

# **Implementatie van het Kawa-Model in een kinderpsychiatrische crisis-setting**

Een pilotstudie die de verschillen tussen de rivier-tekeningen van het kind en de therapeut onderzoekt

Vanderveren Isabel

---

bachelor ergotherapie  
academiejaar 2012 - 2013

<b>Inhoud</b>	
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT ENGELS, WFOT CONGRESS 2014</b>	<b>5</b>
<b>VOORWOORD</b>	<b>6</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>7</b>
1 Pico-vraag	7
2 Literatuuronderzoek	7
3 Het Kawa-Model	8
3.1 Onderzoek naar het Kawa-Model	12
3.2 Relevante theorieën	13
4 Perspectief kind <-> therapeut	17
5 Besluit	19
<b>METHODE</b>	<b>20</b>
1 Doelgroep	20
2 Plaats van onderzoek	20
3 Assessment	22
4 Methodiek	22
5 Verzamelen gegevens	23
<b>RESULTATEN</b>	<b>25</b>
1 Doelgroep	25
2 Stenen	25
3 Takken	27
4 Bedding	29
5 Casusbesprekingen (Zie bijlage 5)	30
5.1 Casus 1, L.	30
5.2 Casus 2, J.	31
5.3 Casus 3, H.	31
5.4 Casus 4, C.	31
5.5 Casus 5, B.	31
5.6 Casus 6, T.	32

5.7	Casus 7, S.	32
5.8	Casus 8, My.	32
5.9	Casus 9, Mg.	32
<b>DISCUSSIE</b>		<b>33</b>
<b>1</b>	<b>Stenen</b>	<b>33</b>
<b>2</b>	<b>Takken</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>Bedding</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>Beperkingen onderzoek</b>	<b>35</b>
<b>ALGEMEEN BESLUIT</b>		<b>36</b>
<b>BRONVERMELDING</b>		<b>37</b>
<b>BIJLAGEN</b>		<b>39</b>
<b>1</b>	<b>Bijlage 1: 1<sup>ste</sup> versie observatielijsten</b>	<b>39</b>
1.1	Tekenen van de rivier	39
1.2	Tekenen doorsnede	43
<b>2</b>	<b>Bijlage 2: Definitieve versie observatielijst tekenen rivier</b>	<b>46</b>
<b>3</b>	<b>Bijlage 3: Protocol</b>	<b>50</b>
3.1	Sessie 1: Tekenen van de rivier	50
3.2	Sessie 2: Tekenen van de huidige rivierdoorsnede	50
3.3	Sessie 3: Doorsnede rivier verleden	51
3.4	Sessie 4: Doorsnede rivier toekomst	51
<b>4</b>	<b>Bijlage 5: Casussen</b>	<b>52</b>
4.1	Casus 1, L.	52
4.1.1	Kind	52
4.1.2	Therapeut	52
4.1.3	Verdere sessies	52
4.2	Casus 2, J.	53
4.2.1	Kind	53
4.2.2	Therapeut	53
4.2.3	Levensrivier	54
4.3	Casus 3, H.	56
4.3.1	Kind	56
4.3.2	Therapeut	56
4.4	Casus 4, C.	57
4.4.1	Kind	57
4.4.2	Therapeut	57
4.4.3	Levensrivier	58
4.5	Casus 5, B.	59
4.5.1	Kind	59
4.5.2	Therapeut	59

4.6	Casus 6, T.	60
4.6.1	Kind	60
4.6.2	Therapeut	60
4.7	Casus 7, S.	61
4.7.1	Kind	61
4.7.2	Therapeut	61
4.7.3	Levensrivier	61
4.8	Casus 8, My.	62
4.8.1	Kind	62
4.8.2	Therapeut	62
4.8.3	Levensrivier	62
4.9	Casus 9, Mg.	63
4.9.1	Kind	63
4.9.2	Therapeut	63

# Abstract

**Titel: Implementatie van het Kawa-Model op een kinderpsychiatrische crisis-setting: Een pilotstudie die de verschillen tussen de rivier-tekeningen van het kind en de therapeut onderzoekt.**

**Auteur:** Vanderveren Isabel

**Opleiding:** Artesis Hogeschool Antwerpen, Bachelor in de ergotherapie

**Externe promotor:** Jeannin Niki, ergotherapeut, Universitair Ziekenhuis Leuven (UZL), campus Gasthuisberg

**Interne promotor:** Sven Van Geel

## Samenvatting

Het Kawa-model (Iwama, 2010) is een relatief jong theoretisch kader binnen de ergotherapie, ontwikkeld door Japanse ergotherapeuten, dat wereldwijd aan belangstelling wint. Het model gebruikt de metafoor van de rivier om de ervaringen die de cliënt heeft in verband met het dagelijkse leven in kaart te brengen. Wanneer in België het Kawa-model gebruikt wordt tekent de cliënt en/of de therapeut de metaforische rivier van het dagelijkse leven van de cliënt. Het is onduidelijk of de resulterende rivier verschilt naargelang wie ze tekent. Het is aan te nemen dat onvolledige informatie van de cliënt het behandelplan van de ergotherapeut belemmert.

Het primaire doel van deze kwantitatieve en kwalitatieve studie was allereerst te bepalen of de rivierteekeningen van het Kawa-model getekend door het kind opgenomen in een crisis-psychiatrische setting anders zijn dan deze getekend door de therapeut. Het tweede doel was dan te bepalen welke verschillen er zijn tussen de tekeningen. Op deze manier wilde ik te weten komen hoe het Kawa-model het best gebruikt wordt bij kinderen opgenomen in een crisis-psychiatrische setting in België.

Om dit te onderzoeken werd een serie van Kawa rivier tekeningen geconstrueerd door therapeut en cliënt zowel kwantitatief als kwalitatief geanalyseerd. Verschil in aantal elementen en in het percentuele volume dat deze innemen werden gemeten en genoteerd voor verdere analyse, alsook het percentage elementen dat bij de andere terugkwam. Een kwalitatief onderzoek werd gedaan om overeenkomsten en verschillen tussen ieder paar van Kawa-tekeningen te bepalen.

Er waren significante verschillen waar te nemen in de rivierteekeningen geconstrueerd over het leven van het kind naargelang wie deze tekende. Verschillen werden gemeten in het aantal stenen en drijfhout, alsook in de proportionele grootte van deze componenten. Inhoudelijk werden verschillen bij al de elementen vastgesteld.

Tekeningen getekend door de cliënt worden verkozen boven tekeningen getekend door de therapeut om betekenisvolle en haalbare doelstellingen te kunnen opstellen. Deze studie toont ook de noodzaak en centraliteit van cliëntverhalen in ergotherapie aan.

**Trefwoorden:** Kawa-model, Ergotherapie, Kinderpsychiatrie, Metaforen, Crisis, Verschil in perceptie

# Abstract Engels, WFOT congress 2014

## **Applying the Kawa-Model; a pilot study examining differences between child and therapist in a crisis-psychiatric setting.**

**Vanderveren Isabel, Jeannin Niki, Van Geel Sven, Prof. Iwama Michael**

*Introduction:* The Kawa Model (Iwama, 2006) is a new theoretical framework developed by Japanese occupational therapy practitioners that is increasing in popularity world-wide. The model uses a metaphor of nature- (a river), to translate clients' daily life experiences and direct client-centered occupational therapy interventions. In Belgium, when occupational therapists use the Kawa Model, the client and/or the therapist draws the metaphorical river of the client's daily life narrative. It is unclear whether the resulting river diagram differs according to who actually constructs it. It is postulated that incomplete client information may compromise the subsequent occupational therapy treatment plan.

*Objectives:* The aim of this quantitative/qualitative study was to first determine whether Kawa Model river drawings of the child-client in a crisis-psychiatric setting differed, when drawn by the client, and when drawn by the therapist. The second aim was to determine how the drawings compared and contrasted between client and therapist. The authors aimed to determine how best to administer the Kawa Model to childclients in a crisis-psychiatry setting in Belgium.

*Methods:* A series of paired Kawa River drawings constructed by therapists and clients were analyzed both quantitatively and qualitatively. Differences in the number, and volume taken up by the Model components (water, rocks, driftwood and walls) were noted and measured before further analysis. A qualitative investigation ensued to determine similarities and differences, between each set of Kawa drawings.

*Results:* Significant differences were found between the river drawings constructed for the client, according to who drew them. Differences were measured in the amount of rocks and driftwood drawn, as well as in the proportional sizes of the components.

*Conclusion:* Client-generated Kawa drawings are preferred over therapist generated Kawa drawings, to ensure meaningful, attainable treatment goals.

*Contribution to the practice:* This study demonstrates the necessity and centrality of client narratives in occupational therapy.

# Voorwoord

Ik startte ergotherapie met als doel mij te specialiseren als ergotherapeute in de kinderpsychiatrie. Dankzij de steun die ik kreeg van de docenten op school, heb ik het geluk gehad dit via mijn stages te kunnen doen. Dat ik mijn eindwerk binnen deze doelgroep zou maken, was voor mij dan ook vanzelfsprekend. Binnen deze doelgroep heb ik de enorme kans gekregen om samen te werken met Niki Jeannin, ergotherapeute binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie van het Universitaire Ziekenhuis te Leuven. De samenwerking verliep zeer aangenaam, en ik heb enorm veel kunnen leren van haar. Hiervoor wil ik haar enorm bedanken.

Uiteindelijk heb ik er voor gekozen rond het Kawa-model binnen deze doelgroep te werken. In mijn eerste jaar ergotherapie ben ik voor het eerst in aanraking gekomen met het model wanneer we werden uitgenodigd op een studiedag hierrond. Ik zag onmiddellijk de kracht van het beeldende aspect van het model die een meerwaarde kon zijn in de praktijk. Wanneer ik Niki tijdens mijn eerste stage in de kinderpsychiatrie hierover aansprak, was ook zij enthousiast. Zij zag ook onmiddellijk de mogelijkheden van het model om het toe te passen binnen de crisis-setting en zo was mijn eindwerkonderwerp een feit.

Het uitwerken en uitschrijven van mijn eindwerk was nooit gelukt zonder de enorme steun die ik gekregen heb van verschillende mensen. Ik wil hier dan ook kort de tijd maken om hen hier te bedanken.

Allereerst wil ik Niki Jeannin en Sven Van Geel bedanken voor de goede begeleiding en het enorme enthousiasme dat zij hadden omtrent mijn eindwerk. Dit maakte het echt aangenaam om dit eindwerk uit te werken.

Ook wil ik mijn familie bedanken om mij te blijven steunen en motiveren omtrent dit laatste grote deel van mijn studie. In het bijzonder ook mijn tante, bij wie ik mocht logeren tijdens mijn stage in Leuven en mijn moeder die mijn eindwerk nalas.

Ook een speciaal bedankwoordje aan Liesbet Van Ierschoot voor het nalezen van mijn eindwerk en hier feedback op te geven. Ook wil ik haar bedanken dat ik het Kawa-model in Peru mocht uitwerken. Dit was ook een heel boeiende ervaring voor mij!

Waarschijnlijk vergeet ik nog een heleboel mensen, dus ook aan hen: 'Bedankt!'

# Inleiding

## 1 Pico-vraag

Het Kawa-model beweert een cliëntgericht model te zijn en sluit daarom zeer goed aan bij ergotherapie, die cliëntgerichtheid zeer belangrijk acht. Ik wil via deze studie aantonen dat het belangrijk is het Kawa-model door het kind te laten maken om het echt cliëntgericht te maken. Veel te vaak worden de ergotherapeutische modellen ingevuld door de therapeut of het team waardoor, volgens mij, het cliëntgerichte deels verloren gaat.

Om dit aan te tonen besloot ik om het Kawa-model getekend door het team over het kind zijn situatie en het Kawa-model getekend door het kind over zijn situatie te gaan vergelijken, met als hypothese dat hierin verschillen zouden te zien zijn. Dit evolueerde naar volgende PICO-vraag:

P: Kinderen en jongeren opgenomen in de Leuvense Urgentie en Crisis Kinderpsychiatrie (LUK)

I: Kawa-model door het kind over zijn leven

C: Kawa-model door het team over het leven van het kind

O: Verschil in perceptie op het verhaal van het kind

=> Wat is het verschil tussen de perceptie van het kind, opgenomen in de LUK, op zijn situatie en de perceptie van het team op de situatie van het kind dat tot uiting komt in de getekende rivieren volgens het Kawa-model?

## 2 Literatuuronderzoek

Binnen mijn literatuuronderzoek gebruikte ik volgende databanken: Ebscohost, Springerlink, Trip Database en Google Scholar. Deze doorzocht ik met volgende zoektermen in allerlei combinaties: Child psychiatry/Child mental health, Occupational therapy (for children), Kawa-model, Metaphor/Imagery/Narrative therapy, Children/Families/system in crisis, Crisis intervention, Systemtherapy, Perception child/Perception therapist/Perception adult/Difference in perception

Voor verdere informatie contacteerde ik ergotherapeuten met relevante expertise. Zo contacteerde ik Prof. Michael Iwama, grondlegger van het Kawa-model en Prof. Linda S. Fazio die zich gespecialiseerd heeft in therapeutische metaforen binnen pediatrische ergotherapie, verhalen vertellen/maken bij kinderen en spel bij kinderen.

Ook had ik reeds enkele artikels en boeken verzameld in functie van mijn stage, die ook binnen mijn literatuuronderzoek bruikbaar waren.

Andere artikels en/of boeken haalde ik uit de bronnen van reeds geselecteerde artikels.



### 3 Het Kawa-Model

In het boek geschreven door Michael K. Iwama (2010)<sup>1</sup> wordt het Kawa-model, evenals zijn achterliggende visie goed uitgelegd. Mijn onderstaande tekst is dan ook geïnspireerd op dit boek.

Het Kawa-model heeft zijn oorsprong in Japan, waar een pluralistisch wereldbeeld heerst. Deze pluralistische visie zorgt ervoor dat men zich onlosmakelijk verbonden ziet met de omgeving. De persoon maakt deel uit van de omgeving, net zoals de omgeving deel uitmaakt van de persoon. Autonomie en onafhankelijkheid worden afgekeurd en ontmoedigd (Iwama, 2010).

In het Westen daarentegen heerst een individualistisch wereldbeeld. De persoonlijke betekenis die wordt toegeschreven aan het handelen maakt iedereen uniek. In het Westen splitst men het individu en de omgeving dan ook in 2 aparte entiteiten op. Het handelen wordt gezien als een brug tussen het zelf en de omgeving. (Iwama, 2010)

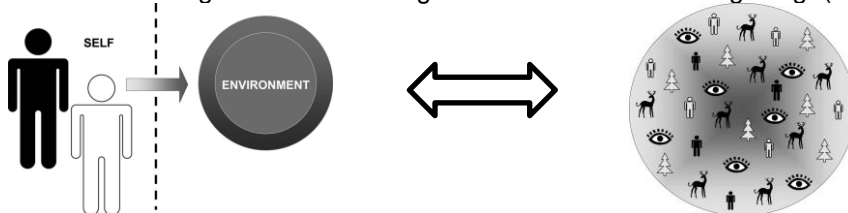
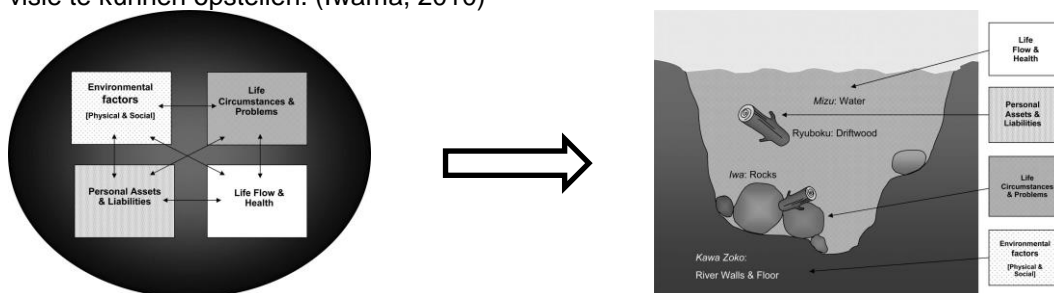


Fig. 1 Schematische weergave van de omgeving volgens het Individualistische en pluralistische wereldbeeld<sup>2</sup>

De huidige ergotherapeutische modellen, zoals het MOHO (Model of Human Occupation) en de CMOP (Canadian Model of Occupational Therapy) zijn op dit Westerse individualisme gebaseerd, en sluiten dan ook niet aan bij een pluralistisch wereldbeeld. Vanuit deze vaststelling werd in 1999 dan ook een grootschalig kwalitatief onderzoek gestart dat uiteindelijk leidde tot het Kawa-model. Het oorspronkelijke model bestond uit een diagram waar niet zozeer de elementen dan wel de dubbele pijlen tussen al de elementen belangrijk waren. Dit werd uiteindelijk omgezet tot de riviermetafoor zoals wij het model nu kennen. Het Kawa-model kan de therapeut helpen om de relatie te bekijken tussen de cliënt en zijn omgeving om zo de doelstellingen meer vanuit een holistische visie te kunnen opstellen. (Iwama, 2010)



Figuur 2 Evolutie Kawa-model van een diagram model naar de rivier-metafoor<sup>2</sup>

**RIVIER:** De rivier krijgt de symbolische voorstelling van het leven. Rivieren kunnen samenkomen, zich afsplitsen, met verschillende snelheden stromen, kronkelen rond verschillende structuren, stoppen met vloeien door opdroging of door in de zee te vloeien. Het leven is een complexe diepgaande reis door tijd en ruimte die vloeit als een rivier. 'Occupation' is als de stroming van het water in de rivier. Een optimale staat van welzijn in iemands leven kan metaforisch geschetst worden door het beeld van een sterke, diepe, onbelemmerde stroom. De elementen in de rivier kunnen de stroom bepalen. (Iwama, 2010)

<sup>1</sup> Iwama, M.K. (2010) Het Kawa-model: Cultureel relevante ergotherapie. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv.  
<sup>2</sup> Iwama, M.K., Thomson, N.A., Macdonald, R.M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*, 31 (14), 1125-1135.

**WATER:** Water is de levensenergie of de levensstroom. Het water dat stroomt raakt de rotsen, wanden en oevers en alle andere elementen die deel uitmaken van de context van de rivier. Het water omhult, bepaalt en beïnvloedt al deze elementen net zoals de elementen het volume, de vorm en het debiet van het water beïnvloeden. Wanneer de stroom stopt, zoals een rivier die in een zee uitmondt, is het levenseinde bereikt. (Iwama, 2010)

**ZIJWAND EN BODEM VAN DE RIVIER:** De zijwanden en de bodem van de rivier, verder de bedding genoemd, zijn de structuren/concepten van de riviermetafoor die staan voor de sociale en fysieke omgeving van de cliënt. De sociale context omvat vooral de mensen die een rechtstreekse relatie hebben met de persoon. Dit sociale kader kan een effect hebben op het volume en het debiet van de rivier. Harmonieuze relaties kunnen de levensstroom versterken en vervolledigen. Een toegenomen levensstroom kan een actief effect hebben op moeilijke omstandigheden en problemen, doordat de kracht van het water de rotsen kan verplaatsen en nieuwe wegen kan creëren waardoorheen het water kan stromen. De bedding kan ook dichtslibben door allerlei obstructies. In dit geval wordt de stroom van de rivier sterk belemmerd. Deze afname van het volume van de levensstroom zal op zijn beurt een diepgaand negatief effect hebben op de andere elementen. (Iwama, 2010)

**ROTSEN:** Rotsen vertegenwoordigen afzonderlijke omstandigheden die een belemmering kunnen zijn voor iemands levensstroom. Het zijn levensomstandigheden die door de cliënt als problematisch en als moeilijk te verwijderen worden ervaren. De meeste rivieren hebben zulke rotsen in verschillende groottes, vormen en aantallen. De rotsen van de cliënt kunnen daar van begin af aan zijn, zoals bij congenitale omstandigheden, ze kunnen spontaan optreden, zoals een plotse ziekte of verwonding en kunnen van voorbijgaande aard zijn. Het belemmerende effect van de rotsen kan vergroten als ze tegen de bedding (omgeving) stuiten. (Iwama, 2010)

**DRIJFHOUT:** Drijfhout vertegenwoordigt de persoonlijke kenmerken en bronnen, zoals waarden, karakter, persoonlijkheid, speciale vaardigheden, materiële en immateriële voordelen en levenssituaties. Ze kunnen een positief of een negatief effect hebben op de omstandigheden en de levensstroom van de persoon. Ze zijn voorbijgaand in de natuur en dragen een zekere mate van lotsbeschikking of toevaligheid met zich mee. In sommige gevallen lijken ze sterk belemmerend, zeker wanneer ze zich vastzetten tussen de rotsen en de rivierwanden. Aan de andere kant kunnen ze tegen dezelfde structuren aan botsen om obstructies weg te duwen. Drijfhout is een deel van iedere rivier en is vaak het ongrijpbare component die elke cliënt uniek maakt (Iwama, 2010).

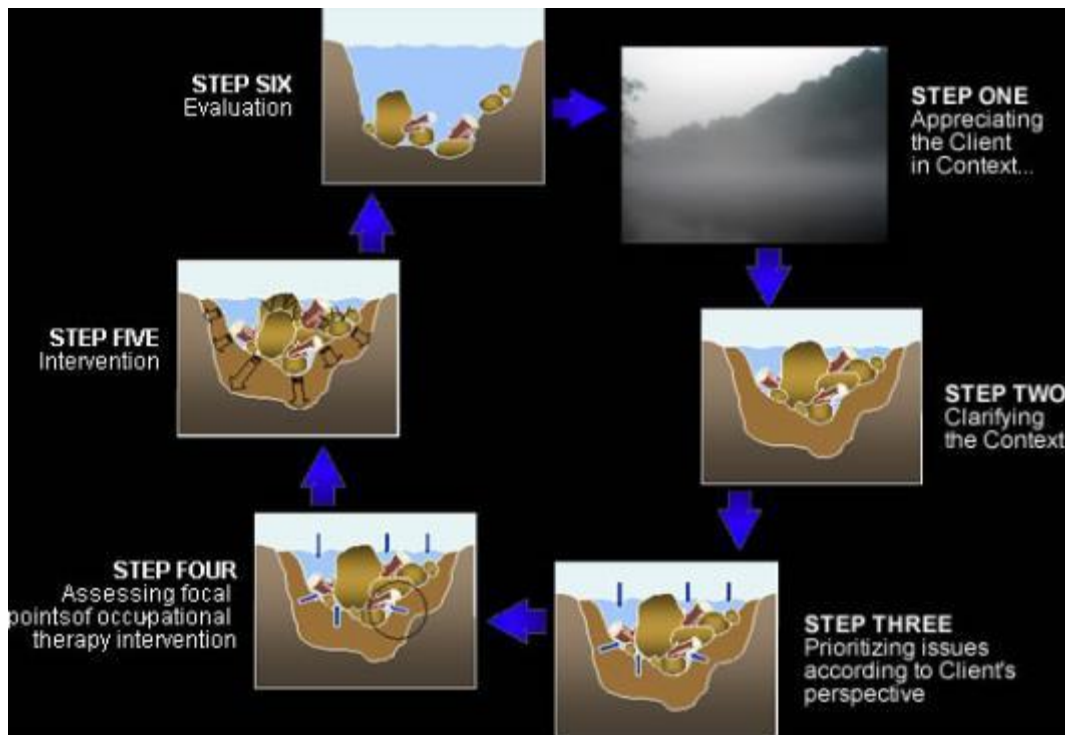
**RUIJTE TUSSEN HINDERNISSEN:** In het Kawa-model zijn de ruimtes tussen de rotsen, het drijfhout en de rivierbedding de punten waar de levensenergie (water) van de cliënt op een evidente manier stroomt. Extreem gesteld zijn dit de factoren die de hoop van de cliënt om morgen een nieuwe dag te zien gaande houden. De ruimtes waar de levensstroom doorheen vloeit, zijn representatief voor het handelend bezig zijn. Water dat op een natuurlijke manier door deze ruimtes stroomt, kan de rotsen en de rivierwanden doen eroderen en ze na verloop van tijd transformeren tot een groter kanaal voor de levensstroom (Iwama, 2010).

Iwama (2010) geeft aan dat optimaal gezien het Kawa-model door de cliënt zelf getekend moet worden. Wanneer de cliënt in de onmogelijkheid verkeert om zijn eigen rivier te schetsen zullen personen die van dichtbij betrokken zijn uitleg kunnen verschaffen. Het zijn vaak de indringende vragen bij het tekenen van de rivier die een beter en specifiek inzicht kunnen verschaffen, en dit kan, wanneer het tekenen van de rivier niet samen met de cliënt gebeurt, deels verloren gaan (Iwama, 2010). Dit wordt aangenomen door Iwama (2010), maar hier is echter nog geen onderzoek naar gedaan.

In sommige situaties kan het de ergotherapeut zijn die de rivier moet tekenen. De therapeut zal in deze gevallen een poging ondernemen om het verhaal van de cliënt te interpreteren en te vertalen in een rivierdiagram om als een algemene metafoor te gebruiken in de dialoog. De bedoeling is om te komen tot een wederzijds begrip van de beleving door de cliënt over zijn welzijn en beperkingen, en de rijke omringende context die deze ervaringen hun kwaliteit en betekenis geven te benoemen.

De vraag waar vele cliënten, en ook therapeuten mee worstelen is volgende: 'Moet een bepaald onderdeel van de cliënt voorgesteld worden als een rots, als drijfhout of in de bedding?' Ook ik heb tijdens de uitvoering van het Kawa-model deze vraag vaak van jongeren gekregen. In het boek van Iwama (2010) wordt hier volgend antwoord op gegeven: 'Het is belangrijk voor de cliënt om zijn uitslagen in een bepaalde categorie onder te brengen. Ongeacht de categorie waarin het terechtkomt, zijn de verhoudingen tot de andere structuren/factoren/items en de dynamieken die daarmee gepaard gaan de belangrijkste overwegingen.' De concepten en de contextuele toepassing van het Kawa-model zijn door hun natuurlijke ontwerp flexibel en aanpasbaar. (Iwama, 2010)

Eerder dan te proberen om iemands problemen te reduceren (alleen bezig zijn met de rotsen) tot afzonderlijke aandachtspunten, zoals in de Westerse gezondheidszorg gebeurt, dwingt het Kawa-model de ergotherapeut de problemen binnen een holistisch referentiekader te bekijken en te behandelen, met de betrachting de geïdentificeerde problemen van de cliënt binnen hun geïntegreerde, onscheidbare contexten te beoordelen. (Iwama, 2010)



Figuur 3 Het Kawa-model in 6 stappen<sup>3</sup>

In zijn boek stelt Iwama (2010) 6 stappen voor die als methode kunnen dienen om het Kawa-model te gebruiken. Hij benadrukt dat dit voorgestelde stappen zijn en dat ergotherapeuten zelf creatieve manieren moeten bedenken om het Kawa-model te gebruiken. In mijn praktijkstudie heb ik mij gefocust op de 1<sup>ste</sup> 3 à 4 stappen. Deze zal ik dan ook kort weergeven. Stap 5: het komen tot een interventie en stap 6: evaluatie zijn niet van toepassing binnen de crisis-setting, vanwege de korte opnameduur.

Binnen de 1<sup>ste</sup> stap wordt de vraag gesteld: 'Wie is de cliënt?'. Men gaat de rivier van de cliënt tekenen. Er wordt aangeraden gebruik te maken van de longitudinale dimensie van het model en zowel het verleden, heden als de toekomst te gaan tekenen. (Iwama, 2010)

In een 2<sup>de</sup> stap wil men de context verhelderen. Het gaat erom dat men in dialoog gaat met de cliënt over de metaforische weergaven. De therapeut probeert de metaforische voorstelling te begrijpen. Vragen van de therapeut kunnen er alsnog tot leiden dat de cliënt zijn tekening enigszins aanpast. Deze dialoog kan naast 'assessment' ook al een eerste vorm van 'therapeutische activiteit' zijn. (Iwama, 2010)

Binnen de 3<sup>de</sup> stap gaan we kijken naar wat volgens de perceptie van de cliënt voorrang krijgt om aan te werken en wat in eerste instantie minder belangrijk is. De ergotherapeut gaat hier op zoek naar mogelijke interventiepunten. (Iwama, 2010)

De 4<sup>de</sup> stap gaat de focuspunten van de ergotherapeutische behandelingen vastleggen. Aan deze stap komen we op de crisisafdeling echter niet vaak gezien de korte periode van opname. (Iwama, 2010)

<sup>3</sup> Iwama, M. (2012). Application to practice. Geraadpleegd op 20 oktober, 2012, <http://kawamodel.com/application-to-practice>

### 3.1 Onderzoek naar het Kawa-Model

Het Kawa-model staat nog in zijn kinderschoenen, er is nog niet veel onderzoek naar gedaan. Een eerste grootschalig kwalitatief onderzoek, dat startte in 1999, dat leidde tot het model, leidde in de eerste plaats tot een diagram waar niet zozeer de elementen, dan wel de dubbele pijlen tussen al de elementen belangrijk waren. In een later stadium werd dit omgezet in de riviermetafoor, naar hoe we het model nu kennen. (Iwama, M., 2010)

In Ierland was er een onderzoek door Carmody S., Nolan R., Ni Chonuir N.N., Curry M., Halligan C., Robinson K. (2007) naar de sterkten en uitdagingen van het Kawa-model. Zij besloten dat het een bruikbaar en effectief model is voor ergotherapeuten omdat men kan achterhalen wat belangrijk is voor de patiënt, het occupationeel profiel bepaald kan worden, men de context kan betrekken, het de doelstellingen faciliteert en men een evaluatie kan meten in het ergotherapeutisch proces. Zij besloten ook dat het Kawa-model nog uitdagingen heeft. Zo besloten zij dat de therapeuten vaak een eigen interpretatie hadden over hoe het model het gebruikt moest worden en hoe de cliënten hun rivier moeten tekenen, en dit beïnvloedt uiteraard ook hoe de cliënten het gaan zien. Daarnaast ervaren veel cliënten onzekerheid over onder welke noemer ze iets moeten plaatsen.

In een onderzoek van Nelison A. (2007) werd het Kawa-model niet onderzocht maar wel gebruikt als methode in een onderzoek naar cultureelrelevante therapie.

Een laatste onderzoek dateert van 2012. De onderzoekers wilden de houding van therapeuten tegenover het model aan het licht brengen. Uit hun onderzoek bleek dat therapeuten eerst sceptisch tegenover het nieuwe model stonden, maar zij ervoeren wel dat het de interactie met de cliënt verbeterde en dat het hen uitdaagde in hun praktijk. Na het gebruik stonden de therapeuten positief tegenover het model (Paxson, D. Winston, K., Tobey, T., Johnston, S., Iwama, M., 2012).

## 3.2 Relevante theorieën

Gezien het er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar het Kawa-model ben ik op zoek gegaan naar andere theorieën om zo te zoeken naar de relevantie van het model binnen ergotherapie en binnen het werken op een systeemtherapeutische kinderspsychiatrische crisis-setting. Ik geef telkens een stelling weer die ik heb gebaseerd op verschillende bronnen.

- a. *Het Kawa-model sluit beter aan bij de noden vloeiend uit de rol van 'kind' (spel), dan huidige gebruikte modellen.*

De rivier in het Kawa-model wordt beschreven als een metafoor. In de theorie over metaforen vond ik het artikel van Prof. Linda S. Fazio (1992 en 2012), een Amerikaanse ergotherapeute die metaforen in haar werk met kinderen beschrijft. In eerste instantie verwijst ze naar Winner (1988) die vanuit onderzoek aangeeft dat kinderen vanaf vier jaar simpele metaforen begrijpen en dat deze vanaf drie à vier jaar geproduceerd kunnen worden. Bij mijn doelgroep zijn metaforen dus zeker te gebruiken. In haar werk vertelt Fazio dat metaforen voor een betere therapeutische communicatie zorgen en veiligheid bieden, ook wanneer deze gebruikt worden bij kinderen. In een mailcontact met haar geeft zij ook aan dat metaforen uitermate geschikt zijn voor kinderen omdat zij aansluiten bij hun favoriete occupaties, namelijk spel en doen alsof.

- b. *De nadruk van het Kawa-model op de omgeving past zeer goed bij de rollen van kinderen en bij de systeemtheoretische visie binnen de LUK.*

Nelson & Iwama (2010) beschrijven in het boek van Rodger (2010) het gebruik van het Kawa-model bij kinderen. Zij stellen vast dat binnen de huidige ergotherapie met kinderen vaak dezelfde principes worden gebruikt als in de rehabilitatie bij volwassenen, en dat vele theoretische modellen specifiek voor volwassenen zijn opgesteld. In de praktijk betekent dit dat autonomie en onafhankelijkheid benadrukt worden. Zij pleiten ervoor af te stappen van ergotherapie bij kinderen waarbij het individu centraal staat en om meer te gaan stilstaan bij de fysieke en sociale omgevingsfactoren. Kinderen nemen hun rollen en occupaties immers altijd op in een bepaalde omgeving (Rodger, 2010). Nelson en Iwama ((2010) in Rodger, 2010) stellen het Kawa-model voor als alternatief voor de huidige gebruikte modellen en theorieën. Het Kawa-model sluit volgens hen veel meer aan bij de noden van de kinderen.

- c. *Kinderen zien dingen vaak anders dan volwassenen. Ook wij als 'volwassen' ergotherapeut zullen de dingen dus anders zien dan het kind. Dit voedt mijn hypothese dat er verschillen te vinden zullen zijn in de rivieren van de kinderen en die van het team.*

In haar artikel verwijst Waters (2011) naar Freeman et al (1997) die stelt dat ondanks ieders verhaal uniek is, ze allemaal grotendeels beïnvloedt worden door dezelfde socio-culturele omgeving. Polkingborne (2004 in Waters, 2011) stelt dat niet alles hierdoor verklaard kan worden, omdat deze omgevingselementen geen rekening houden met de complexiteit van de individuele ervaring. Anderzijds zijn ouders continu bezig met dingen aan te leren aan hun kinderen, en dus ook zij beïnvloeden het verhaal van het kind. Toch hebben zelfs de allerjongste kinderen al een eigen verhaal over gebeurtenissen omdat er zich aangeboren biologische eigenschappen voordoen (Waters, 2011). In haar artikel stelt Waters (2011) dan ook dat er een verschil is tussen hoe kinderen en hun ouders, het aandachtszoekend gedrag van de kinderen, en ook ruimer allerlei gebeurtenissen, zien. Bennett (2008) haalt aan dat ook de copingstrategie die kinderen hanteren voor heel andere verhalen kunnen zorgen.

- d. *Het gebruik van het Kawa-model kan gezien worden als 'externaliseren' binnen de narratieve therapie. Narratieve therapie is enorm geschikt voor kinderen.*

Het Kawa-model vertoont overeenkomsten met narratieve therapie. In het artikel van Bennett (2008) wordt beschreven dat één van de hoofddoelen van de narratieve benadering is om het bewustzijn over de dominante verhalen in iemands leven te verhogen. Mijn doelstelling binnen mijn werk met het Kawa-model is om duidelijkheid te krijgen over wat er zich door de ogen van de kinderen nu allemaal afspeelt in hun leven. De narratieve methode heeft 4 kernconcepten, waarvan er één over externaliseren gaat. Externaliseren is een zeer interessante methodiek binnen de narratieve therapie, die veel gelijkenissen vertoont met wat ik doe. Bij externalisatie wordt het probleem dat bediscussieerd wordt buiten de persoon gelegd waardoor de persoon hierop invloed en controle kan uitoefenen (White & Epston, 1990). Binnen externalisatie wordt vaak gebruik gemaakt van metaforen, symbolische taal en inbeelding. Verder zegt Bennett (2008) nog dat externaliserende conversaties, geïntegreerd met expressieve kunsttechnieken, geïmplementeerd op een speelse manier, therapeutisch van grote waarde zijn voor kinderen. Zandspel, creatieve therapie, poppen enz. kunnen gebruikt worden om externaliserende conversaties te faciliteren (Freeman et al., 1997). Narratieve methoden zijn bijzonder geschikt voor kinderen, gezien kinderen goed reageren op non-verbaal werken (Smith and Nylund, 1997) en omdat deze methode goed aansluit bij hun nood aan een speelse attitude tegenover serieuze problemen (Fazio, S.L. 2012). Kinderen maken vaak heel andere verhalen omtrent gebeurtenissen, al naargelang de copingstrategie die hen helpt met de situatie om te gaan. De verhalen die het leven van de kinderen overheersen worden vaak gevormd door belangrijke anderen in hun leven (ouders, peers, leerkrachten) (Bennett, 2008).

- e. *Het Kawa-model sluit aan bij de cliënt-centered praktijk die centraal staat bij ergotherapie. Hierdoor is het relevant te onderzoeken of de rivier anders getekend wordt door de cliënt en de therapeut.*

Het Kawa-model zegt cliënt-centered te zijn. De grondlegger van de cliënt-centered therapie, Rogers (1951), vermeldt dat de focus van de therapie op het perspectief van de cliënt moet liggen en dat de noden van de cliënt de therapie moeten leiden (in Gunnarson, B., 2008). Dit is essentieel binnen mijn studie, gezien ik wil aantonen dat het belangrijk is om het kind de rivier te laten tekenen om zijn perspectief te benadrukken.

- f. *Het Kawa-model leidt tot levensverhalen van de cliënt en deze worden als nuttig ervaren binnen de ergotherapie.*

Volgens Wicks & Whiteford (2003) zijn levensverhalen nuttig voor ergotherapeuten omdat deze hen kennis geven over uitgevoerde occupaties alsook over de betekenis die hieraan toegekend wordt en over de interacties met anderen (in Gunnarson, B., 2008). Het Kawa-model peilt naar de levensverhalen van de cliënt. Dus wanneer we de uitspraak van Wicks & Whiteford doortrekken is het Kawa-model een nuttig instrument voor ergotherapeuten.

- g. *Het Kawa-model is een metafoor. Metaforen zijn reeds beschreven in ergotherapie, systeemtherapie, narratieve therapie en client-centered therapie. Theorieën die, zoals reeds hierboven aangehaald werd, relevant zijn.*

Binnen de setting waar ik deze studie uitvoerde is systeemtherapie het uitgangspunt. Ook binnen het Kawa-model wordt heel veel aandacht geschonken aan de omgeving, en is de context enorm belangrijk. Vandaar dat ik begin met het bespreken van metaforen binnen de systeemtherapie. Onnis et al (2007) beschrijven in hun artikel zowel theoretisch als praktisch hoe metaforen in systeemtherapie gebruikt kunnen worden.

Ook in het boek van Kempeneers (2005) wordt het gebruik van metaforen binnen systeemtherapie aangehaald. Metaforen drukken iets uit wat niet in woorden gezegd kan worden (Watzlwick in Kempeneers, 2005) en zijn op die manier dus een goede manier om met weerstand om te kunnen gaan (Haley in Kempeneers, 2005). Ze geven cliënten een extra kans om problemen bij zichzelf te herkennen (Lange, 2000 in Kempeneers, 2005). Mc Curry & Hayes (in Kempeneers, 2005) beschrijven vanuit een systeemtherapeutisch perspectief voorwaarden waaraan voldaan moet worden om met metaforen te werken opdat deze een positieve uitwerking hebben. Metaforen dienen volgens hen consistent te zijn met het ontwikkelingsniveau van de cliënten, uit hun dagelijkse wereld te komen, een grote mate van common sense te bevorderen, een sensorische respons op te roepen en patronen van gebeurtenissen te bevatten die een grote mate van gelijkenis vertonen met de situatie van de cliënt, maar die geen betrekking hebben op het onderwerp van de therapie. (Kempeneers, 2005)

Binnen de narratieve therapie is er oog voor metaforen en verhalen. Deze stroming gaat ervan uit dat mensen om hun leven te begrijpen hun ervaringen willen rangschikken in tijd en op een samenhangende manier (Nicholson, 1996). Metaforen kunnen hier perfect voor dienen. (Kempeneers, 2005)

Ook binnen de cliënt-centered therapie komen metaforen aan bod. Men wil de cliënt laten luisteren naar zijn innerlijke weten, wat impliceert dat de cliënt contact maakt met zijn problemen, maar er niet mee samen valt. Beeldtaal is enorm geschikt om aan dit proces te voldoen (Leijssen, 1999). Deze metaforen en/of verhalen kunnen ertoe bijdragen dat er een juiste afstand gecreëerd wordt en kunnen belevingen van de cliënt symboliseren. (Kempeneers, 2005)

Ook binnen andere stromingen, zoals psychoanalyse, psychosynthese, Jungiaanse-analyse en Neuro-Linguïstisch-Programmeren (NLP) worden metaforen beschreven. Ik haal deze hieronder aan omdat er interessante theorieën worden weergegeven.

In het boek van Kempeneers (2005) worden metaforen ook nog in verband gebracht met de psychoanalyse, psychosynthese en Jungiaanse-analyse. Er wordt verwezen naar Erickson & Rosse (1983) die beweren dat metaforen nieuwe patronen en dimensies van het bewustzijn kunnen oproepen. Zij zien metaforen als de stimuli die onbewuste zoekprocessen op gang brengen. De metaforen leiden uiteindelijk tot het geven van nieuwe betekenissen en nieuwe dimensies van bewustzijn. (Kempeneers, 2005)

Dr Pesechian (1990) beschrijft volgende functies van verhalen: Spiegelfunctie, modellering, mediatie, opslagfunctie, stimuleren en perspectiefwisseling. (Kempeneers, 2005)

Jung was heel erg bezig met symbolen en zei dat een symbool niet louter een teken van het ene ding voor het andere is, maar de beste voorstelling van iets dat zich nog in een proces van bewust-worden bevindt. (Kempeneers, 2005)

Assagioli zegt dat verhalen structuren uit het onbewuste wakker maken en zo intuïties en inspiratie uit dit onderbewuste toegankelijk kunnen maken. Dit kan aangewend worden in het werken met visualisaties en in het werken met symbolen. In het werken met symbolen benadrukt hij hun activerende functie gezien ze een opslagplaats zijn van dynamische en psychische geladenheid en ze de functie hebben van omvormer van psychische energieën. (Kempeneers, 2005)



Binnen de NLP, Neuro-Linguïstisch-Programmeren, vinden we een grote theoretische basis omtrent metaforen.

Hierbinnen wordt beschreven dat metaforen 2 betekenisdomeinen hebben, het onderwerpsdomein (waar het over gaat maar waar niet over gesproken wordt) en het metafoordomein (waar het niet over gaat maar waar wel over gesproken wordt). Daarnaast moet er een soort van vertaling zijn en moet de verbinding tussen de onderdelen van het verhaal gelijk zijn aan de verbindingen tussen de onderdelen van het probleem. (Kempeneers, 2005)

Metaforische communicatie krijgt verschillende functies beschreven door Derks en Hollander (1996). Ze kunnen gebruikt worden als start, om te ondersteunen waar andere communicatievormen tekortschieten, om mensen in een bepaalde mentale toestand of sfeer te brengen, om mensen innerlijk te helpen zoeken, om een creatieve toestand te induceren, als geheugensteun, om taboeonderwerpen te bespreken, als defensie, om moeilijk definieerbare onderwerpen bespreekbaar te maken, als cultuurdrager, om hiërarchische verhoudingen uit te drukken, om de eigen gedachten te organiseren, om hulpbronnen te activeren en om mentale hindernissen op te ruimen en dus probleemoplossend te werken. (Kempeneers, 2005)

Meijer (2001) ontwikkelde de metafore theorie, waarmee hij stelt dat een metafoor therapeutisch werkzamer is naarmate zij beter aansluit bij het referentiekader van de cliënt en herkenbaar is, naarmate er meer niveaus betrokken zijn, er een element van verwarring en verassing in zit en bovendien een eervolle oplossing geboden wordt. Metafore taal draagt een waarheid in zich die niet voor intellectuele analyse vatbaar is. Ze richt zich naar de rechterhersenhelft die beroep doet op fantasie, creativiteit en intuïtie. Het onderbewuste lijkt symptomen aan te reiken. Methoden die via het onbewuste werken, zoals metafoorgebruik, dat suggestief is en onbewuste patronen doorbreekt, kunnen daarom doeltreffend zijn. Bovendien worden metaforen langer onthouden dan een rationele uitleg doordat ze boeiend en veelzeggend zijn. De indirectheid van de metafoor voorkomt vaak kritische reacties en weerstand. De verwarring, maar vooral ook de uitweg die geboden wordt, stimuleren de cliënt waardoor die makkelijker tot verandering kan komen. (in Kempeneers, 2005)

*h. In behandeling van crisis moet rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau van het kind. Play- en art-therapy worden geschikt bevonden, alsook metaforen omdat deze goed aansluiten bij het ontwikkelingsniveau en de occupaties van het kind. Het Kawa-model, en het creatief of via de zandbak laten uitwerken van dit model vormen dus een geschikte methodiek.*

Sondoval, Scott en Padilla (2009) verwerkten in een 'overview' verschillende artikels in verband met crisis bij kinderen.

Ten eerste wordt de impact van een crisis op kinderen geschetst. Deze impact blijkt beperkt te zijn (NIMH, 2001). Vaak bezitten kinderen voldoende copingvaardigheden om om te gaan met stressvolle situaties en hebben ze slechts minimale assistentie nodig van volwassenen. Enkelen, voornamelijk zij met weinig sociale ondersteuning belanden in een staat van crisis (Barenbaum, Ruchkin, & Schwab-Stone, 2004; Caffo & Belaise, 2003; Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003 in Sondoval, Scott en Padilla 2009). Gezien het falen van de copingsvaardigheden aan de basis van de crisis ligt zou de interventie erop gericht moeten zijn de copingsvaardigheden te verbeteren. (Sondoval et al, 2009).

In hetzelfde artikel (Sondoval, Scott en Padilla) wordt beschreven dat zowel playtherapy als art therapy effectief zijn als crisis-interventie (Cole & Piercy, 2007 ; Kaduson, 2006 ; Hansen, 2006). Het Kawa-model uitwerken in de zandbak of via creatieve methodieken zijn dus uitermate geschikt.

- i. Binnen de theorie rond 'crisis' wordt er rekening gehouden met de sociale en culturele context. De context blijkt bij crisis, net zoals bij het Kawa-model en systeemtherapie belangrijk.*

In het artikel van Morton (2010) wordt crisis duidelijk geschetst. De theorie over 'crisis' binnen de psychiatrie is grotendeels gebaseerd op het werk van Caplan (1964). Hij stelde dat individuen een zeker niveau van emotionele homeostase handhaven en ze hun probleemoplossende vaardigheden kunnen gebruiken om om te gaan met stress. Op sommige momenten echter kan de uitdaging zo groot zijn zodat het individu niet in de mogelijkheid is om zijn copingmechanismen te gebruiken waardoor er een crisisreactie ontstaat. Cohen et al (1983) beschrijven dit niet als pathologisch, maar als een normale reactievolgorde bij een gevaarlijke en extreme gebeurtenis. (Morton, 2010)

Myer en Moore (2006) ontwikkelden een model dat gebaseerd is op het idee dat een crisis niet gebeurt in een vacuüm, maar dat zij gevormd wordt door de culturele en sociale context waarin zij zich voordoen (Deiter & Pearlman, 1998; van der Kolk & McFarlane, 1996). Ook al is dit een ecologisch model in plaats van een systeemtheoretisch model, gezien het individu gescheiden wordt van zijn context, toch benadrukt het het belang van de omgeving. Gladding (1998) zegt in het artikel van Myer en Moore (2006) dat een causale keten tussen het individu en het systeem niet al de problemen die resulteren uit een crisis kunnen verklaren. Niet al de moeilijkheden zijn afhankelijk van het systeem, het is ook deels het gevolg van de individuele ervaring van de crisis.

Het ecologisch model van Myer en Moore (2006) is gebaseerd op de hypothese van Bronfenbrenner (1995), die zegt dat de ontwikkeling het product is van een interactie van proces, persoon, context en tijd.

## **4 Perspectief kind <-> therapeut**

Zoals reeds eerder vermeld betekent cliënt-centered therapie dat de focus van de therapie op het perspectief van de cliënt moet liggen en dat de noden van de cliënt de therapie moeten leiden (Rogers, 1951 in Gunnarson, B. 2008).

Het Kawa-model zegt cliënt-centered te zijn en zou dus het perspectief van de cliënt moeten weergeven. Vanuit deze optiek zegt Iwama (2010) dan ook dat het Kawa-model getekend moet worden door de cliënt. Wanneer dit niet mogelijk blijkt kan het aan een naaste van de cliënt gevraagd worden. Pas wanneer dit niet mogelijk is zal de rivierdoorsnede door de therapeut getekend worden, die hierbij zoveel mogelijk rekening houdt met het verhaal van de cliënt. Deze uitspraak is echter niet onderbouwd. Het is niet aangetoond dat er verschillen zijn in de rivierteekeningen van de therapeuten over de kinderen en de tekeningen van de kinderen zelf.

Een specifieke vorm binnen cliënt-centered therapy is child-centered therapy. Er wordt gestreefd naar een partnerschap tussen de therapeut en het kind, de controle over het proces wordt gedeeld. Het is belangrijk te luisteren naar en te respecteren wat het kind heeft te zeggen, te focussen op hun behoeften, hun perspectief te zien en de kinderen te zien als individuen alsook hen te zien als lid van een groep. Het kind mee de doelstellingen laten bepalen heeft ook een positief effect op de therapie-outcome (Rodger and Keen, 2010 in Rodger, 2010). Binnen dit samenwerkingsverband kan de cliënt, het kind dus, zijn expertise inbrengen over zichzelf, zijn familie, zijn occupaties en zijn context. De therapeut daarentegen heeft een technische expertise met kennis over mogelijkheden, de ontwikkelingsstatus, het bereik van de behandeling, de geschiktheid van de behandeling en hun evidence base alsook het aanbieden van informatie over de behandeling (Sumsion & Law, 2006; Tickle-Degnen, 2002 - King, Law, King, and Evans, 1998). Dit alles moet dan geïntegreerd worden met de wensen, perspectieven en verwachtingen die de ouder heeft wanneer hij hulp komt zoeken (Rodger and Keen, 2010 in Rodger, 2010).

Wilkins et al (2001) bespreken in hun paper waarom het zo moeilijk is client-centeredness te implementeren binnen ergotherapie. Hoewel vele ergotherapeuten geloven in de principes van client-centredness lijkt het toch moeilijk deze te implementeren in hun praktijk. Zij zeggen dat de uitdagingen zich op 3 niveau's voordoen, namelijk op het niveau van het systeem, op het niveau van de therapeut en op het niveau van de cliënt (Wilkins et al, 2001).

In een onderzoek van Maitra en Erway (2006), wordt er gekeken naar hoe ergotherapeuten en hun cliënten denken over de client-centeredness van de ergotherapeuten. De ergotherapeuten gaven aan de principes van client-centeredness te gebruiken. Hun cliënten daarentegen waren het hier niet helemaal mee eens. Geen van de cliënten bleken zich bewust van de cliënt-centered aanpak. Zo zeiden al de ergotherapeuten dat ze uitgelegd hadden wat ergotherapie was terwijl maar ongeveer de helft van de cliënten aangaf dat ze dit uitgelegd gekregen hadden. Drie vierde van de ergotherapeuten gaf aan de cliënt te betrekken bij het bepalen van de doelstellingen terwijl de meerderheid van de cliënten aangaf dat ze niet of slechts zeer weinig betrokken werden bij het bepalen van de doelstellingen. De auteurs vermoeden dat het verschil in perceptie het resultaat is van dat de therapeut en cliënt hun rol in de cliënt-centered praktijk niet zo goed begrijpen. Zij bevelen dan ook de ontwikkeling van een systematische strategie aan die de rollen van de cliënt en therapeut beschrijft.

Kinderen hebben slechts vanaf hun 8 à 9 jaar voldoende vermogens tot abstract redeneren om aan zelf-assessment te kunnen doen en om doelen te bepalen. Hierdoor gaan vaak de volwassenen rondom hem de doelen bepalen. Toch is het belangrijk het kind te betrekken bij het formuleren van de doelstellingen (Pollock et al, 2010 in Rodger, 2010).

Curtin (2001) heeft een onderzoek gedaan naar hoe we kinderen kunnen betrekken in kwalitatief onderzoek, hoe we hun perspectief te weten kunnen komen. In zijn artikel verwijst hij naar Sorensen (1989), Kendall (1997), Graue&Walsh (1998), Shaw (1996) en Yarrow (1960) die hier allen onderzoek naar gedaan hebben. Volgende methoden worden als bruikbaar aangegeven: Tekening maken, videoverhaal maken, met een ingebeelde vriend spreken, uitbeelden van scènes of rollen, tekenen en schrijven in een dagboek, zinnen vervolledigen, een videotape die de onderzoeker toont uitleggen, een focusgroep of het gebruiken van speelgoed (via een pop praten, door een speelgoedtelefoon praten).

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar het verschil in perspectief tussen de cliënt en de therapeut. In sommige artikels wordt dit verschil door de auteur wel bevestigd. Zo staat in het artikel van Bennett (2008) te lezen dat kinderen afhankelijk van hun coping, hele andere verhalen kunnen maken omtrent gebeurtenissen. Ze ervaren deze gebeurtenissen dus mogelijk heel anders dan de volwassenen om hen heen.

In het artikel van Waters (2011) wordt dan weer gezegd dat ondanks er dezelfde socio-culturele invloed is op het verhaal van de ouder als op het verhaal van het kind over dezelfde gebeurtenis, dit verhaal toch heel anders kan zijn naargelang de aangeboren biologische eigenschappen van het kind, die niet hetzelfde zijn bij kind, ouder en therapeut.

Sturgess et al (2002, in Rodger, 2010) zeggen letterlijk dat er steeds meer bewijs is voor het feit dat de perceptie van het kind verschilt van de perceptie van de volwassenen rondom hem. Zeker wanneer er een waardeoordeel over de belangrijkheid van verschillende doelen gemaakt moet worden is er een verschil te merken volgens Wigfield en Eccles (1992, in Rodger, 2010).

Bij kinderen ouder dan 8 jaar, voornamelijk bij adolescenten, is aangetoond dat de doelen in verband met het kind zeer verschillend zijn tussen die van de kinderen, hun ouders of hun leerkrachten (McGavin, 1998 and Pollock & Stewart, 1998 in Rodger, 2010). Ook bij jongere kinderen is dit aangetoond (Missiuna et al, 2006 in Rodger, 2010).

Cowan et al (1974) hebben een onderzoek gedaan naar het verschil tussen de perceptie van de therapeut over de cliënt en hoe de cliënt zichzelf beoordeeld in een self-assessment. Hieruit bleek dat de therapeuten de 'typische' cliënt als meer angstig, depressief en vijandig zagen dan dat de cliënten zichzelf beoordeelden. Er was dus wel degelijk een verschil.

## **5 Besluit**

Uit dit literatuuronderzoek kan ik allereerst besluiten dat het Kawa-model wel degelijk een geschikte methodiek is binnen de kinderpsychiatrische crisis-setting waar ik mijn onderzoek uitvoer. Gezien hier nog geen literatuur over te vinden was besluit ik dit uit literatuur over methodieken die nauw aansluiten en gelijkenissen vertonen met het Kawa-model.

Verder blijkt uit de literatuur dat er wel degelijk een verschil in perceptie over gebeurtenissen is tussen het kind en de volwassenen rondom hem. Ieder individu heeft een individuele interpretatie over gebeurtenissen en zal er zijn eigen verhaal rond vormen. Dit voedt mijn hypothese dat er ook in de Kawa's van de therapeuten en de kinderen verschillen zullen te vinden zijn.

# Methode

## 1 Doelgroep

Voor ieder kind moet individueel bepaald worden of het Kawa-model geschikt is of niet. Hieronder zijn de inclusie- en exclusiecriteria geformuleerd.

Inclusiecriteria:

- Het kind of de jongere moet opgenomen zijn op de LUK
- Positief advies vanuit het team

Exclusiecriteria:

- Zware verstandelijke beperking
- Acute psychotische opstoot
- Negatief advies vanuit het team

In totaal heb ik de gegevens van negen kinderen kunnen verzamelen, om te verwerken in dit onderzoek.

## 2 Plaats van onderzoek

Het onderzoek werd gevoerd in de Leuvense Urgentie en Crisis Kinderpsychiatrie (LUK), onderdeel van de Kinder- en jeugdpsychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Leuven (UZL), gelegen op de campus Gasthuisberg.

Adriaenssens & Delbroek (2012) hebben het concept van de LUK uitgewerkt nadat het aantal ouders met kinderen die de situatie thuis of op school niet meer aankonden, en die zich hierdoor aanmelden op de spoedgevallendienst een enorme toename kende. De WHO bevestigt deze stijging en maakt de schatting dat tegen 2020 neuropsychiatrische stoornissen één van de vijf meest voorkomende oorzaken zullen zijn van morbiditeit, mortaliteit en functiebeperking bij kinderen (Murray & Lopze, 1996 in Adriaenssens & Delbroek, 2012).

In Leuven was het reeds mogelijk een consult kinderpsychiatrie te hebben op de spoedgevallendienst, maar dit bleek niet meer voldoende. Tot in 2010 moest 95% van de jeugdigen die opgevangen werden op de kinderpsychiatrische spoedgevallendienst van het UZ Leuven naar huis, met een ambulante verwijzing. Slechts voor 5% kon meteen een opname georganiseerd worden ondanks er indicatie voor opname was bij 30%. (Adriaenssens & Delbroek, 2012)

Vanuit aanbevelingen in de literatuur hebben Adriaenssens & Delbroek (2012) het concept van de LUK uitgewerkt. Dit concept wordt hieronder beschreven.

Doelgroep:

- 0 - 15 jaar met acute psychiatrische problematiek, suïcidaliteit, bedreigde levenssituatie of omstandigheden die de kinderpsychiater inschat als aanwijzing voor kort verblijf.
- Jongeren van 15 tot 18 jaar wanneer blijkt dat de jongere niet terecht kan voor opname in crisishospitalisatie UPC Kortenberg of Pathways Tienen, met de beperking dat ernstige acute agressiestoornis of problematisch druggebruik als primaire problematiek een uitsluiting vormt gezien het open karakter van de opname eenheid. (Adriaenssens & Delbroek, 2012)

#### Voorwaarden voor opname:

- Walk-in principe: Jongere meldt zich aan op spoedgevallen, opname is verzekerd wanneer men beschikt over een verwijzing van arts of therapeut.
- Opnameduur is minimaal 24 uur en maximum 7 dagen. Per uitzondering wordt dit verlengd. Ook kan er een geplande heropname plaatsvinden.
- De jongere moet een minimale motivatie hebben voor de opname.
- Ouders en opvoeders dienen de opname te zien als een werkfase voor het gezin.
- Het is een open afdeling, er kunnen geen jongeren verblijven die nood hebben aan een gesloten vorm van toezicht.

(Adriaenssens & Delbroek, 2012)

#### Opzet:

- De focus ligt op stabilisering van de situatie en een perspectief op zelfstandigheid van de jongere
  - Een plaats voor time-out (in overleg met de verwijzende residentiële partners)
  - Een snelle terugkeer naar het opvoedmilieu van herkomst
  - Werken met de jongere, met actieve deelname van de ouders, die zich soepel beschikbaar houden voor snelle participatie
  - Dynamische samenwerking tussen de beschikbare medewerkers die op die dag in de crisisgroep aanwezig zijn: leefgropleiding, ziekenhuisschool, bewegingstherapeut, gezinstherapeut, drama- en creatief therapeut
  - Een systeemtheoretische visie, met integratie van de kinderpsychiatrische diagnose, familiale of andere moeilijkheden en gezinspsychiatrie
  - 2 keer per dag worden observaties samengebracht
- (Adriaenssens & Delbroek, 2012)

#### Team:

- Verantwoordelijke geneesheer: prof. Dr. Peter Adriaenssens
  - Kinderpsychiater: dr Hanne Delbroek
  - Assistent kinderpsychiater
  - Hoofdverpleegkundige: Frank Bartholomé
  - Crisiscoördinator-psycholoog: Liesbet Van Canneyt
  - Creatief therapeut: Niki Jeannin
  - Psychomotorisch therapeut
  - Leefgropleiding
  - Ziekenhuisschool
- (Adriaenssens & Delbroek, 2012)

De taak van de ergotherapeut binnen de LUK wordt door Adriaenssens en Delbroek (2012) als volgt omschreven: 'Observatie, analyse van moeilijkheden en vaardigheden op emotioneel, cognitief, perceptueel, sociaal en sensomotorisch gebied op non-verbale of indirect verbale wijze. Wat is de invloed van dit functioneren op iemands handelen, denken en voelen? Het geobserveerde materiaal wordt meteen of na teamoverleg geïntegreerd met suggesties tot verandering. De middelen waarmee de doelen nagestreefd worden zijn divers, omdat bij de keuze daarvan in sterke mate rekening wordt gehouden met de wensen, de vaardigheden en het betekenisvol handelen van de patiënt. Concreet kan dit gaan via beeldend materiaal (klei, tekenen, hout, schilderen), drama,... De sessies kunnen plaatsvinden zowel individueel als in groep. Op indicatie kunnen familieleden betrokken worden.'

### 3 Assessment

Het Kawa-model werd binnen deze setting gebruikt als assessment en als aanknopingspunt om te bepalen hoe de verdere opname ingevuld zou kunnen worden. Om de tekeningen objectief en gestructureerd te kunnen beoordelen heb ik observatielijsten opgesteld. Er is zowel een observatielijst voor de gehele rivier als voor de doorsnedes. Ik had in het begin drie voorstellen gemaakt, en dan samen met mijn externe promotor gekozen voor de beste optie (zie bijlage 1).

Tijdens mijn stage heb ik deze observatielijsten gebruikt, geëvalueerd en geoptimaliseerd. De observatielijst van de rivier heb ik tijdens mijn stage opnieuw aangepast. Deze was opgesteld naargelang de elementen, maar was op die manier niet overzichtelijk. Uiteindelijk heb ik deze chronologisch gemaakt, en op deze manier werkte de observatielijst veel duidelijker (zie bijlage 2).

Naast deze observatielijsten trachtte ik telkens een tekst uit te schrijven voor het kind en voor het team.

Tijdens mijn 'assessment' maakte ik gebruik van een digitale pen voor registratie van de tekeningen. Op deze manier konden de tekeningen makkelijk getransfereerd worden naar de computer. Deze digitale pen biedt ook de mogelijkheid het geluid op te nemen bij het getekende. Hiervoor werd op voorhand wel toestemming aan het kind gevraagd..

Voor de tekeningen van de kinderen werd een kader van 16 op 26 cm aangeboden. De tekeningen van de therapeuten gebeurde op een tekening van 8 op 13 cm. De tekening van de therapeut werd opgesteld op basis van de gegevens die we van spoed kregen en op basis van de eerste teambesprekingen.

### 4 Methodiek

Het Kawa-model mag volgens Iwama (2010) flexibel gebruikt worden. Hierdoor heb ik voor het gebruik bij mijn cliëntengroep de functie van de verschillende elementen vereenvoudigd.

In mijn onderzoek heb ik het drijf hout als de krachten genomen, de positieve dingen. Naar de kinderen toe heb ik het drijf hout als takken benoemt. De stenen daarentegen zijn de problemen, de dingen die moeilijk lopen. Het zand, de bedding van de rivier heb ik gebruikt als de omgeving van de kind, de school, vrienden, familie en andere. Bij sommige kinderen heb ik hen de hoogte van het water laten aanduiden. Gezien ik dit niet consequent gedaan heb is dit niet mee opgenomen in de studie.

Oorspronkelijk wilde ik met ieder kind het Kawa-model uitvoeren in 4 sessies.

- Sessie 1: Tekenen van de rivier van oorsprong tot uitmonding
- Sessie 2: Tekenen van de huidige rivier doorsnede
- Sessie 3: Tekenen van de rivierdoorsnedes uit het verleden
- Sessie 4: Tekenen/maken van de rivierdoorsnedes in de toekomst

Om dit min of meer gestructureerd en bij iedereen ongeveer hetzelfde te laten verlopen stelde ik een semi-gestructureerd interview op (Zie bijlage 3).

In de praktijk bleek dit protocol echter niet uitvoerbaar om verschillende redenen. De belangrijkste reden is dat de crisis-opname slechts voor een korte periode is. Om in deze korte opnameperiode (maximum zeven dagen) vier sessies te doen, is onhaalbaar. Hierop besliste ik enkel het tekenen van de rivier van oorsprong tot uitmonding en het tekenen van de huidige doorsnede uit te voeren. Uiteindelijk werd er in één of twee sessies met het Kawa-model gewerkt. De reden waarom het bij enkele van de kinderen niet in één sessie ging, was bij drie kinderen omdat de eerste sessie, het uitwerken van de rivier, in groep gebeurd was. Hier dieper op ingaan, en het uitwerken van de doorsnede werd nadien individueel gedaan met ieder kind apart. Een ander meisje had het te moeilijk, waardoor ik gestopt ben, om het de volgende dag te hervatten. Nog een ander meisje kon geen krachten benoemen waardoor ik de dag nadien met haar specifiek ben gaan werken rond de krachten.

Daarnaast vraagt ieder kind om een aparte aanpak vanwege een verschillende persoonlijkheid en vanwege een verschillende problematiek. Het Kawa-model biedt deze flexibiliteit aan, en het zou dan ook zonde zijn deze niet aan te wenden om de resultaten toch maar zo objectief mogelijk te houden. Het belang van het kind moet voorrang krijgen op het belang van het onderzoek.

In mijn oorspronkelijke protocol zou ik met tekeningen werken, en enkel voor de toekomst gebruik maken van de zandbak. In de praktijk bleek echter dat het manipuleren van de materialen, en de mogelijkheid om aanpassingen te maken zonder te moeten schrappen, veel beter aansloeg dan het tekenen. Vandaar dat in de meeste gevallen, zeker voor het maken van de rivier, gebruik gemaakt heb van de zandbak. Ondertussen tekende ik dan met mijn digitale pen de rivier mee en nam ik alsnog het geluid op. Voor de rivierdoorsnede werd meestal wel gebruik gemaakt van het schrift, omdat dit objectiever moest zijn, gezien dit voor het onderzoek bestemd was. Wanneer het kind dit toch niet zag zitten werd alsnog de zandbak gebruikt waarna we dit samen overzetten op papier, zodat het toch nog volgens het perspectief van het kind bleef. Ook werd er niet met een halve buis gewerkt, maar gewoon in de zandbak, omdat dit praktischer was.

## **5 Verzamelen gegevens**

Ik heb er bewust voor gekozen om de tekeningen pas te interpreteren na de stageperiode om zo bias uit te sluiten. Moest ik immers zien dat er veel verschil zat tussen de tekeningen, zou ik hier in mijn toekomstige tekeningen bewust of onbewust rekening mee kunnen gaan houden.

Om de tekeningen te gaan meten moest ik op zoek gaan naar een manier om dit zo nauwkeurig mogelijk te doen. Dit bleek niet vanzelfsprekend. Op de computer vond ik geen programma die oppervlaktes aan de hand van tekeningen kon berekenen, dus moest ik het handmatig doen. Ik kalkeerde de tekeningen over op transparant millimeterpapier om nadien het aantal millimeters te gaan tellen. Een proces dat veel tijd vergde en niet 100% nauwkeurig was. Toch was dit de best beschikbare methode.

Ik mat de totale oppervlakte, de oppervlakte stenen, de oppervlakte takken en de oppervlakte van de bedding. Ook het aantal stenen, takken en elementen in het zand werden geteld. Daarnaast telde ik ook hoeveel stenen/takken/elementen in de bedding er van het kind bij de therapeut terugkwamen en ook hoeveel stenen/takken/elementen in de bedding er van de therapeut bij het kind terugkwamen.



Hierop werden gemiddelden berekend en werd gebruik gemaakt van boxplotten om de spreiding te tonen. Ook werden via het Analysiscis toolpak, 'T-toets: twee gepaarde steekproeven voor gemiddelden' en 'Beschrijvende statistiek' van excel andere statistische waarden berekend.

Ook inhoudelijk wilde ik de verschillen tussen wat de kinderen en de therapeuten zeiden kennen. Om dit overzichtelijk te maken deelde ik alles op in groepen.

Stenen:

- Stenen met betrekking tot omgeving
  - \* Stenen met betrekking tot andere personen: familie, vrienden...
  - \* Stenen met betrekking tot andere: school, LUK...
- Problematisch gedrag
  - \* Problematisch gedrag naar anderen: Agressie, weglopen, drugs, gedragsproblemen...
  - \* Problematisch gedrag naar zichzelf: Automutilatie, suïcidepogingen, eetstoornis, zelfverwaarlozing...
- Internaliserende problematiek
  - \* Enkelvoudige gedachten, gevoelens en emoties: Eenzaam, jaloezie, verlegen, minderwaardig, angst, boosheid, woede...
  - \* Ruimere problematieken: Faalangst, perfectionisme, psychosomatiek, depressie, hypersensitiviteit, financiële problemen...
- Gebeurtenissen
  - \* Gebeurtenissen in het heden: Nachtmerries, 'klik'...
  - \* Gebeurtenissen in het verleden: Adoptie, pestervaringen...

Takken:

- \* Takken in verband met omgeving: Familie, vrienden, school, LUK, dieren...
- \* Hobby's en dingen die men graag doet: Toneel, creatief bezig zijn...
- \* Persoonlijke kenmerken: Motivatie, behandelingswens...

Elementen in de bedding:

- \* Primaire steungroep: Ouders, broers en zussen, familie...
- \* Vrienden, relaties: Bepaalde individuen, vriendengroepen, ex-relaties...
- \* Institutioneel: School, LUK, CBJ...

Na de verdeling heb ik gekeken naar hoe vaak de verschillende categorieën voorkwamen bij de beide groepen. Deze heb ik dan in een percentage tegenover het totaal gezet om deze te kunnen vergelijken.

# Resultaten

## 1 Doelgroep

Tabel 1 Verdeling opnames tijdens stageperiode

	Mannelijk	Vrouwelijk	Totaal
Aantal	19	32	51
%	37,25%	62,75%	100,00%

	Mannelijk	Vrouwelijk	Totaal
Aantal	1	8	9
%	11,11%	88,89%	100,00%

Tabel 2 Verdeling Kawa's tijdens stageperiode

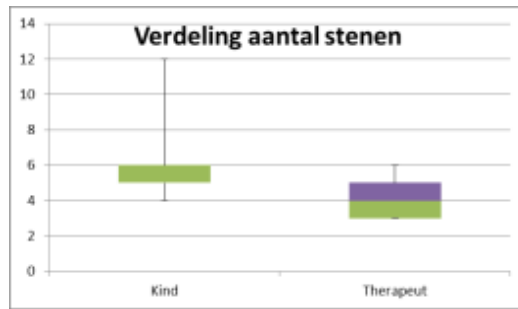
Tijdens mijn stageperiode, van 5 november 2012 tot 21 december 2012, zijn er op de crisis-unit in totaal 51 personen opgenomen geweest. Hiervan waren 37,25 % jongens en 62,75% meisjes. Het Kawa-model werd in 9 casussen uitgevoerd, meer bepaald bij 8 meisjes en 1 jongen. Gezien er meer meisjes zijn opgenomen is het een logisch gevolg dat er ook met meer meisjes gewerkt werd. Maar wanneer we het percentage gaan bekijken zien we dat er toch minder Kawa's uitgevoerd zijn bij jongens dan dat er opnamen waren van jongens. Bij 25% van de opgenomen meisjes werd een Kawa uitgevoerd terwijl dit slechts bij 5,26% van de opgenomen jongens gebeurde.

Al de kinderen hadden de leeftijd tussen 10 en 17 jaar.

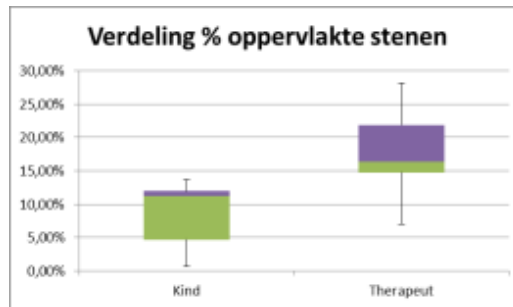
## 2 Stenen

Tabel 3 Stenen: statistische gegevens

	Aantal stenen		Percentuele ppervlakte stenen		% stenen dat terugkomt bij de andere	
	Kind	Therapeut	Kind	Therapeut	Kind	Therapeut
Casus 1	9	6	0,84%	12,35%	11,11%	16,67%
Casus 2	12	3	4,68%	22,63%	16,67%	66,67%
Casus 3	5	4	13,67%	6,94%	20,00%	25,00%
Casus 4	6	5	10,84%	16,40%	16,67%	20,00%
Casus 5	4	5	11,22%	15,61%	75,00%	60,00%
Casus 6	5	3	11,27%	14,75%	40,00%	66,67%
Casus 7	6	4	12,65%	28,20%	33,33%	50,00%
Casus 8	6	6	11,95%	21,86%	16,67%	16,67%
Casus 9	5	3	0,63%	19,30%	0,00%	0,00%
Gemiddeld	6,44	4,33	8,64%	17,56%	25,49%	35,74%
Standaarddeviatie	2,5055494	1,22474487	5,1408350	6,2590322		
Variantie	6,27777778	1,5	0,2642818	0,3917548		
P-waarde	0,056845761		0,004813012			



Grafiek 1 Verdeling aantal stenen



Grafiek 2 Verdeling percentuele oppervlakte stenen

Tabel 4 Inhoudelijke analyse stenen

STENEN		Kind				Therapeut			
		Aantal		%		Aantal		%	
Gedrag stenen mbt omgeving	Personen	17	20	40,48%	47,62%	7	9	18,42%	23,68%
	Andere	3		7,14%		2		5,26%	
Problematisch gedrag naar	Anderen	2	5	4,76%	11,90%	4	10	10,53%	26,32%
	Zichzelf	3		7,14%		6		15,79%	
Internaliserende problematiek	GGE	9	13	21,43%	30,95%	5	15	13,16%	39,47%
	Ruimer	4		9,52%		10		26,32%	
Gebeurtenissen	Nu	2	4	4,76%	9,52%	0	4	0,00%	10,53%
	Verleden	2		4,76%		4		10,53%	
TOTAAL		42		100,00%		38		100,00%	

Tabel 5 Detail internaliserende problematiek

=> Internaliserende problematiek	Kind	Therapeut
Gedachten, gevoelens en emoties (GGE)	69,24%	33,33%
Ruimere internaliserende problematiek	30,76%	66,67%

Gemiddeld gezien tekent het kind 2,11 stenen meer dan de therapeut. Dit verschil situeert zich op de grens van significantie met een p-waarde van 0,056846. In 7 van de 9 casussen tekende het kind meer stenen dan de therapeut. Slechts in 1 casus tekende de therapeut meer stenen. In een andere casus werden evenveel stenen getekend.

Ondanks dat de kinderen het meeste aantal stenen tekenden was de percentuele oppervlakte gemiddeld veel hoger bij de therapeut. Gemiddeld namen de stenen van de kinderen 8,64% van de gehele tekening in beslag. Bij de therapeut was dit 17,56%. Dit verschil wordt als statistisch significant beschouwd met een p-waarde van 0,004813. In 8 van de 9 gevallen was de percentuele oppervlakte groter bij de therapeut.

Gemiddeld kwam slechts 25,19% van de stenen die het kind aangaf terug in de tekeningen van de therapeut. Bij het kind kwamen gemiddeld 35,74% van de stenen getekend door de therapeut terug.

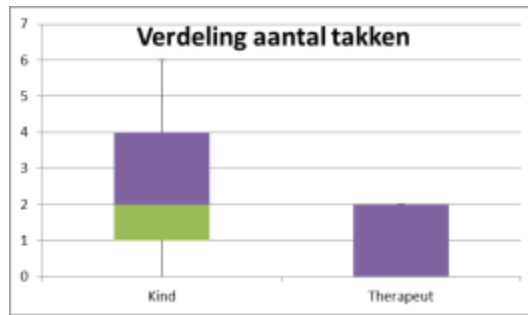
De standaarddeviatie van het aantal stenen voor het kind en de therapeut zijn respectievelijk 2,505549 en 1,224745. Voor de percentuele oppervlakte bedraagt dit respectievelijk 5,14084 en 6,25903. In de boxplots zijn er grote verschillen te zien en is te zien dat bij het kind 50% van het aantal getekende de stenen tussen de 5 en 6 ligt, met een grote uitschieter naar boven. Bij de therapeut ligt dit alles lager. Bij de boxplots van de percentuele oppervlakte zien we het omgekeerde fenomeen. 50% van de waarden van de kinderen ligt tussen de 5 en 12%, bij de therapeut is dit tussen de 15 en 20%.

Ook bij de resultaten van de inhoudelijke analyse vinden we opmerkelijke verschillen terug. Deze zijn weergegeven in de onderste 2 tabellen.

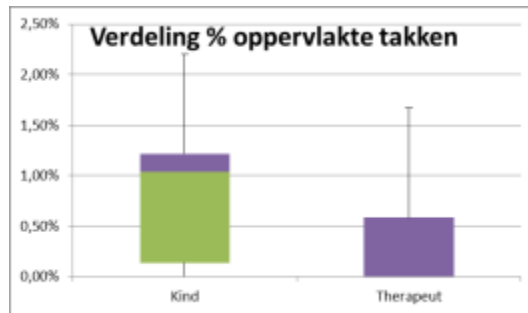
### 3 Takken

Tabel 6 Takken: Statistische analyse

	Aantal takken		Percentuele oppervlakte takken		% takken dat terugkomt bij de andere	
	Kind	Therapeut	Kind	Therapeut	Kind	Therapeut
Casus 1	4	2	0,09%	0,58%	0,00%	0,00%
Casus 2	2	2	1,39%	1,57%	0,00%	0,00%
Casus 3	2	0	1,21%	0,00%	0,00%	0,00%
Casus 4	2	2	2,20%	1,67%	0,00%	0,00%
Casus 5	1	0	1,13%	0,00%	0,00%	0,00%
Casus 6	5	0	1,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Casus 7	1	0	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Casus 8	6	0	0,14%	0,00%	0,00%	0,00%
Casus 9	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gemiddelde	2,56	0,67	0,91%	0,58%	0,00%	0,00%
Standaarddeviatie	2,006932	1	0,72%	0,71%		
Variantie	4,027778	1	0,01%	0,00%		
P-waarde	0,033119		0,052154			



Grafiek 3 Verdeling aantal takken



Grafiek 4 Verdeling percentuele oppervlakte takken

Tabel 7 Inhoudelijke analyse takken

TAKKEN	Kind		Therapeut	
	Aantal	%	Aantal	%
Omgevingselementen	24	92,31%	0	0,00%
Hobby's en dingen die men graag doet/goed kan	2	7,69%	4	66,67%
Persoonlijke kenmerken	0	0,00%	2	33,33%
<b>TOTAAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

Het gemiddeld aantal takken dat werd getekend door het kind en de therapeut, respectievelijk 2,56 en 0,67, verschilt significant met een p-waarde van 0,033119. Ook het verschil in de percentuele oppervlakte van de takken bij kind en therapeut respectievelijk 0,91% en 0,47%.

Opmerkelijker dan de statistische significantie is het lage percentage dat het inneemt tegenover de totale oppervlakte. De therapeut tekent zelfs maar in 3 van de 9 casussen takken.

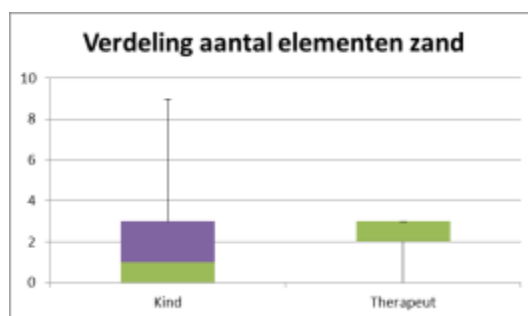
De standaarddeviatie bedraagt qua aantal takken respectievelijk bij kind en therapeut 2,006931 en 1. Bij de oppervlakte is dit respectievelijk 0,72136% en 0,70559%.

Geen enkele van de takken die getekend wordt door therapeut of kind komt terug bij de andere. Dat er een inhoudelijk verschil is is ook zeer duidelijk te zien in de laatste tabel waar de inhoudelijke analyse gemaakt wordt.

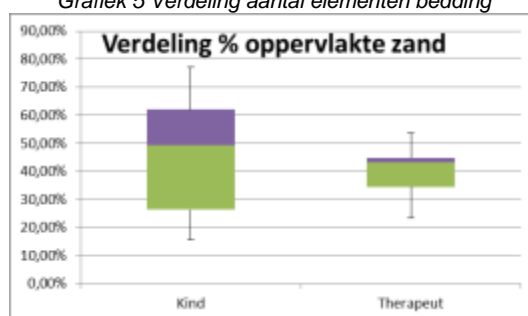
## 4 Bedding

Tabel 8 Bedding: Statistische analyse

	Aantal elementen in de bedding		Percentuele oppervlakte bedding		% elementen in de bedding dat terugkomt bij de andere	
	Kind	Therapeut	Kind	Therapeut	Kind	Therapeut
Casus 1	9	3	19,80%	43,20%	11,11%	33,33%
Casus 2	1	0	26,30%	23,39%	0,00%	0,00%
Casus 3	3	3	15,69%	44,89%	66,67%	66,67%
Casus 4	3	3	47,35%	44,74%	33,33%	33,33%
Casus 5	0	3	62,01%	53,18%	0,00%	0,00%
Casus 6	0	2	49,27%	42,93%	0,00%	0,00%
Casus 7	3	1	56,78%	34,48%	0,00%	0,00%
Casus 8	0	3	77,25%	53,69%	0,00%	0,00%
Casus 9	0	3	72,63%	33,93%	0,00%	0,00%
Gemiddelde	2,11	2,33	47,45%	41,60%	12,35%	14,81%
Standaarddeviatie	0,978156	0,372678	22,48%	9,66%		
Variantie	8,611111	1,25	5,05%	0,93%		
P-waarde	0,829191		0,442546			



Grafiek 5 Verdeling aantal elementen bedding



Grafiek 6 Verdeling percentuele oppervlakte bedding

Grafiek 7 Inhoudelijke analyse bedding

ZAND	Kind		Therapeut	
	Aantal	%	Aantal	%
Primaire steungroep	7	36,84%	19	90,48%
Vrienden en relaties	5	26,32%	0	0,00%
Institutioneel	7	36,84%	2	9,52%
TOTAAL	19	100,00%	21	100,00%

Gemiddeld genomen geven de kinderen en de therapeut respectievelijk 2,11 en 2,33 elementen in de bedding aan. Met een p-waarde van 0,829191 is dit verschil dan ook niet significant. Ook de percentuele oppervlakte dat de bedding inneemt ligt dicht bij elkaar bij kind en therapeut, respectievelijk 47,45% en 41,60%. Ook hier is het verschil niet significant met een p-waarde van 0,442546.

Wanneer we kijken naar het percentage elementen in de bedding dat terugkomt bij de andere, zien we dat dit een zeer laag percentage is. Slechts 12,35% van de elementen die het kind aangeeft komt terug bij de therapeut, andersom is dit 14,81%. Deze percentages zijn slechts over drie casussen verspreid. Bij de andere casussen kwam zelfs niets terug. In vier casussen benoemden de kinderen geen omgevingselementen omdat ze niet konden of wilden.

Wanneer we kijken naar de spreiding in het boxplot en naar de standaarddeviatie, zien we dat er bij de kinderen veel meer spreiding te zien is. Zowel de minima als maxima liggen verder van de mediaan. Kinderen zijn hier dus minder eenduidig in dan de therapeuten.

Ondanks dat het verschil in het aantal elementen en in de percentuele oppervlakte niet significant is, is er duidelijk wel een inhoudelijk verschil. Meteen valt op dat wij nooit iets over hun vrienden vermelden, terwijl zij dat in iets meer dan 1/4<sup>e</sup> van de gevallen doen. Wij daarentegen gaan in 90,48% van de gevallen de problemen zoeken binnen de primaire steungroep. De kinderen doen dit slechts in 36% van de gevallen. Ook gaan kinderen veel vaker dan ons problemen binnen hun institutionele omgeving aangeven, zij doen dit in 36,84% van de gevallen, wij slechts in 9,52% van de gevallen

## **5 Casusbesprekingen (Zie bijlage 5)**

### **5.1 Casus 1, L.**

Opvallend in de casus van L. is dat de stenen van het kind slechts een heel klein percentage inneemt terwijl de oppervlakte van de stenen van de therapeut bijna 15x meer plaats inneemt. Ook haar omgeving neemt iets meer dan de helft minder plaats in als dat wij aangeven. Haar vader, die in de gevangenis zit, en die bij ons zowel in stenen als in de bedding terugkomt vermeld zij niet.

We zien bij L. dat ze haar omgeving indeelt in allerlei personen en plaatsen. Iedere steen en iedere tak staat in verband met haar omgeving. Enkel haar gedrag kan ze los van haar omgeving benoemen. Haar gedragsproblemen minimaliseert ze en het weggelopen ziet ze niet als een probleem.

Ook de takken situeren zich op een heel ander gebied. Terwijl ik haar behandelingswens en motivatie voor examens als een kracht erken, ziet zij haar vrienden en zus als krachten.

Gezien haar omgeving een belangrijke plaats inneemt, en alles in verband met haar omgeving staat, heb ik ervoor gekozen om met haar aan de slag te gaan met familie-opstellingen.

## 5.2 Casus 2, J.

We zien bij J dat de kracht die wij zagen, creativiteit, er ook wel degelijk is. Hij neemt het maken van zijn levensrivier heel serieus en brengt creatieve dingen in in de metafoor. Zo is er een brug naar een veilige plek, LUK en school (zijn krachten). Op deze brug steunt zijn allergrootste steen, zodoende dus dat hij hier zelf niet zo'n last van heeft.

Het benoemen van zijn stenen loopt moeilijk, wel vermeld hij angsten, wat ook bij ons de grootste steen is. Ook het emotioneel of hypersensitief zijn komt bij beiden voor. Dit laatste beeldt hij uit door te zeggen dat zijn rivier als een magneet is, dat al de stenen van anderen aantrekt.

Nadien hebben we van de verschillende foto's van zijn levensrivier nog een collage gemaakt zodat hij dit mee naar huis kon nemen.

## 5.3 Casus 3, H.

Wij zagen bij H voornamelijk angsten, de breuk met haar vriend, psychosomatiek en de sterfte van haar grootvader. De angsten komen bij H. zelf terug onder de noemer van faalangst. Wat wij niet zagen of benoemden was haar minderwaardigheidscomplex dat daaruit voortkwam net als de jaloezie. Dat ze nachtmerries had was ook nieuw voor ons. Deze nachtmerries waren heel intens, en hierdoor kon ze dus ook niet meer goed slapen.

Iets wat wij ook niet wisten was de steen die ze met het woordje 'klik' aangaf. Dit is een moment waarop ze precies uit zichzelf keert. Ze kan niets meer zeggen of doen en verstijft. Dit kan uren duren. Ze zegt dat ze dit wel vaker heeft, maar dat het niet altijd door anderen gezien wordt.

Opmerkelijk in haar casus is het plantje dat ze tekent. Dit staat voor haar verleden. Ze zegt dat haar verleden is als een plantje die al de zuurstof uit haar rivier trekt.

## 5.4 Casus 4, C.

Bij C. zien wij als therapeut alleen maar problemen binnen haar primaire steungroep, terwijl haar vrienden, maar zeker ook school ook een grote plaats innemen. Haar school vermeldt zij zelfs binnen stenen en bedding, terwijl wij dit als therapeut nergens vermelden. Haar perfectionisme, depressieve stoornis en suïcidepoging daarentegen vermeldt zij niet als probleem. Wel zegt ze weinig energie te hebben en problemen te hebben met haar lichaam, vrienden, ouders en broer.

Als krachten zien wij als therapeut haar hobby's. De volleybal die ze speelt, het toneel dat ze doet, terwijl zij haar vrienden en hond ziet als kracht.

Bij het maken van de levensrivier gaat C. verder in de toekomst. Hier zet ze een boom neer. Ze zegt hierbij dat er mogelijks een frisse wind door komt waaien, die bepaalde takken die in de boom hangen, zou kunnen doen vallen in de rivier. Zo denkt ze aan zelfvertrouwen, liefde, vriendschap...

## 5.5 Casus 5, B.

Bij B. neemt haar omgeving wel veel plaats in, maar ze benoemt deze niet. De suïcide van haar vader komt helemaal niet aan bod. De verwaarlozende situatie thuis geeft zij weer in de steen van haar moeder. De hechtingsproblematiek, depressiviteit en problemen op school komen niet voor bij haar. Het feit dat ze gepest geweest is en haar suïcidedachten komen wel bij beiden terug. Wij vergeten haar eenzaamheid te vermelden.



Opvallend bij B. is dat ze 1 tak heeft die haar grootste stenen draagt. Ze zegt dit ook: 'Door mijn vriendin is het draagbaar'.

## **5.6 Casus 6, T.**

T. zit gevangen in een kluwen van haar moeder en grootmoeder en komt dan nog eens uit een gezinssituatie waar ook de ouders psychiatrische problemen hebben. Zij kan de problemen in haar omgeving echter niet specificeren. Wel zegt ze net als ons dat de pestervaringen een enorme invloed op haar hebben, alsook haar gezin. Wij geven ook haar school aan als een probleem en zij niet. Zij is ook heel kwaad geeft ze aan, en ze heeft een enorme drang naar zelfstandigheid, terwijl haar moeder en oma haar hier heel fel in beperken.

Ondanks dat wij geen takken aangeven geeft T. wel veel takken aan. Zowel binnen haar omgeving als binnen de hobby's die ze graag doet en de dingen die ze volgens haar goed kan.

## **5.7 Casus 7, S.**

Binnen de casus van S. situeren wij als therapeut de stenen binnen de thema's angst, perfectionisme, neurose en faalangst. S. haar stenen situeren zich iets ruimer. Zo vermeldt zij de opname, de onzekerheid over school en haar ex-vriend.

S. laat haar omgeving ook veel meer plaats innemen, terwijl wij dachten dat dit minder invloed had. Ze vermeldt haar ouders wel niet, terwijl het angstige systeem bij ons het enige element in de bedding is. Ze tekent ook een tak, maar kan deze nadien niet meer benoemen.

## **5.8 Casus 8, My.**

Bij My. Neemt de omgeving een enorme plaats in in haar rivier. Maar liefst 77,25% van haar rivierdoorsnede wordt ingenomen door haar omgeving, die haar belemmert. Wij hadden de invloed van de omgeving ook groot ingeschat, maar toch niet zo groot.

Opvallend is dat ze buiten 1 steen zelfmoordgedachtes en 1 naamloze steen enkel anderen als steen benoemt. Wij vermelden suicide, zelfverwaarlozing, middelenmisbruik, pestervaringen, automutilatie en depressie, en bij haar komen dus enkel de zelfmoordgedachtes terug.

Verder geeft M. ook heel wat krachten aan, al zijn deze, buiten haar sigaretten, ook weer voornamelijk gericht op andere mensen.

## **5.9 Casus 9, Mg.**

Ook bij Mg. Zien we dat ze een enorm groot deel van haar rivier invult als bedding. Ze ziet haar omgeving meer dan dubbel zo problematisch dan dat wij dit ingeschat hadden.

Verder geeft ze wel enkele kleine steentjes aan, maar ze zegt dat zijzelf geen problemen heeft. Wij zien heel veel boosheid en agressie bij Mg. en vermoeden toch ook dat de adoptie moeilijk is voor haar.

# Discussie

## 1 Stenen

Uit de resultaten valt op dat het kind, ondanks hij meer stenen tekent dan de volwassene, hij deze percentueel veel minder laat doorwegen. Dit zou erop kunnen wijzen dat het multidisciplinair team de problemen van het kind overschat of dat het kind zijn problemen onderschat. Dit laatste kan komen door een beperkt ziekte-inzicht of door ontkenning.

Nog opvallend is dat slechts 25,5% van de stenen die het kind aangeeft ook gezien werd door de therapeut, wat betekent dat we ongeveer 75% van de dingen waar het kind mee zat niet wisten voor we het Kawa-model toepasten. Slechts 35% van wat wij als therapeut als probleem aanschouwden werd ook daadwerkelijk als problematisch gezien door het kind. Dit wil daarom nog niet zeggen dat dit geen problemen zijn, maar wel dat het kind of de jongere dit (nog) niet als probleem erkent. Zo was er een meisje waarbij wij haar weglooptgedrag als probleem aanschouwden. Ze was ook al ettelijke keren door de politie teruggebracht moeten worden. Zij vermeldde dit echter niet. Ook wanneer ik haar dit bevroeg zei ze dat ze dat helemaal niet als probleem zag.

Naast de statistische significantie in zowel het geval van het aantal stenen, als van de percentuele oppervlakte ervan, is ook de klinische significantie aangetoond wat betreft de stenen.

Wat als 1<sup>ste</sup> opvalt binnen de inhoudelijke analyse is het grote verschil in het aantal stenen met betrekking tot de omgeving. De kinderen schrijven 47,62% van hun problemen toe aan hun omgeving. Wij gaan veel meer kijken naar het gedrag van het kind en hoe ze zichzelf voelen. Ook gaan zij vaker gebeurtenissen, al dan niet in het verleden aan de basis van hun problemen leggen. Meer dan de helft van de problemen, ruim 57% wordt door het kind toegeschreven aan dingen buiten het zichzelf. Bij de therapeut neemt dit slechts 28,94% in beslag. Wanneer we naar het gedrag kijken zien we dat de kinderen hun problematisch gedrag veel minder vaak als steen gaan aangeven. Wij geven dit meer dan dubbel zo vaak aan. Mogelijks zien zij dit niet als problematisch of willen ze dit niet toegeven. Het gevolg is wel dat we onze primaire doelstellingen niet moeten gaan leggen op het reduceren van probleemgedrag, dan wel op het bewustmaken van dit probleemgedrag. Wanneer we kijken naar de meer internaliserende problematieken zien we dat dit verschil nog min of meer meevalt, tegenover de andere verschillen dan toch. Binnen de internaliserende problematiek is er wel een verschil te zien in het aangeven van enkelvoudige 'gedachten, gevoelens en emoties' en het aangeven van een ruimere internaliserende problematiek. In 69% van de gevallen dat er internaliserende problematiek wordt aangegeven, geven kinderen enkelvoudige gedachten, gevoelens en emoties aan. Terwijl wij als therapeut in 66,67% van de gevallen een ruimere problematiek aangeven. Dit kan te maken hebben met een verschil in terminologie en dat de therapeut veel sneller op zoek gaat naar achterliggende, ruimere oorzaken. Het kind daarentegen denkt er minder over na en geeft gewoon de gevoelens of gedachten weer.

## 2 Takken

Over het algemeen worden er weinig takken getekend. Niet door het kind, maar zeker ook niet door de therapeut. De therapeut lijkt hier in eerste instantie zeer weinig aandacht aan te besteden. Slechts in 3 van de 9 casussen gaf de therapeut de krachten van het kind aan. Dit komt waarschijnlijk omdat het Kawa-model door ons werd opgesteld aan de hand van het spoedverslag en de eerste teamvergaderingen. Gezien het een crisissetting is worden deze momenten gebruikt om de crisis duidelijk te krijgen en wordt er een algemene probleeminventarisatie gedaan. De kinderen zijn er ook maar zeven dagen, in welke we de crisis willen zien verdwijnen om dan via andere hulpverlening de onderliggende problematieken aan te pakken.

Toch denk ik dat deze cijfergegevens aangewend moeten worden door de therapeuten, voor mij is dit zeker een 'eye-opener' geweest. Krachten worden, zeker in de ergotherapie, gezien als uitermate belangrijk. Deze kunnen aangewend worden om een relatie met het kind op te bouwen, maar ook om de problemen aan te pakken. We moeten deze dan ook erkennen van in het begin. Moest na het werken met de kinderen opnieuw een Kawa gemaakt worden zouden er zeker meer takken in voorkomen. Toch moeten we ons voornemen in de toekomst reeds van aan de start krachten bij de kinderen te zien.

Een ander verschil is dat wij niet dezelfde krachten zien als de kinderen, wanneer we er dan al aangeven tenminste. 0% van de takken die therapeut en kind aangaven kwamen terug bij de ander.

Zeer opvallend is dat bij de kinderen 92,31% van de getekende takken verwijst naar iets of iemand in de omgeving. Dit wil zeggen dat als we de krachten zien als aanknopingspunt van verandering, de kinderen dit niet bij zichzelf gaan zoeken maar wel bij anderen. Bij de therapeut werd dit nooit bij iets of iemand in de omgeving gelegd. Bij één van de kinderen kwamen er ook twee hobby's of dingen die men graag deed naar voor als krachten. Maar bij haar nam dit slechts de minderheid van haar krachten in.

Als therapeut ging men vooral naar krachten vanuit het kind zelf kijken (ook al werden er maar in drie casussen krachten getekend). 66,67% van onze krachten bevonden zich binnen de hobby's of de dingen die de kinderen graag deden. De overige takken gingen over positieve eigenschappen van het kind, meer bepaald de motivatie en behandelingswens.

## 3 Bedding

Binnen het aantal elementen in de bedding en de percentuele oppervlakte die het inneemt zit er weinig verschil. Wanneer we echter dichter gaan kijken zien we dat er binnen enkele casussen toch wel grote verschillen te zien zijn.

Wanneer we inhoudelijk kijken, zien we ook enorme verschillen. In eerste instantie kijken therapeuten bijna uitsluitend (90,48%) naar de primaire steungroep. Misschien is dit wel logisch gezien zij het vaak zijn die de kinderen aanmelden en op gesprek komen. Met hen gebeurt ook de probleeminventarisatie. Toch denk ik dat het belangrijk is dat we in de toekomst al van in het begin meer aandacht schenken aan de ruimere omgeving gezien de vrienden en instituten de overgrote meerderheid van de bedding van de kinderen innemen. Zeker als therapeut binnen een systeemtherapeutische setting moet hier meer aandacht aan geschonken worden.

## 4 Beperkingen onderzoek

Dit onderzoek toont heel wat verschillen aan tussen de tekeningen van het kind en die van de therapeut. Het onderzoek is dus zeker in zijn opzet geslaagd. Toch zijn er elementen die kunnen verbeteren wanneer men het onderzoek nog eens zou overdoen.

Allereerst heb ik geen informed consent laten ondertekenen door de ouders van de kinderen. Dit was binnen het kader van het eindwerk niet nodig, en was binnen de dienst van het Universitaire Ziekenhuis Leuven zeer moeilijk haalbaar.

Ondanks dat ik de tekening maakte met de gegevens die ik uit het team haalde, is het toch nog niet echt de tekening van het team. Wanneer een andere therapeut uit het team van hetzelfde kind een tekening moet maken, zou dit er vermoedelijk anders uitzien. Toch heb ik zo goed en zo kwaad als ik kon de opinie van het team proberen weer te geven in mijn tekeningen.

Als therapeut tekende ik mijn tekeningen tijdens de vergadering in een kader dat maar half zo groot was dan dat van het kind. Dit was omdat ik dan in het boekje tijdens de vergadering kon tekenen en schrijven wat ik hoorde. Mogelijks heeft dit verschil in grootte ook voor een verschil in grootte van de getekende elementen gezorgd, mogelijks ook niet. Wanneer dit in de toekomst nogmaals onderzocht wordt zou ik aanraden kaders van dezelfde grootte te nemen.

Voor vele kinderen werkte de zandbak veel beter dan het tekenen. Dit manipuleren en echt verleggen van de elementen was een meerwaarde. Enkele kinderen konden hun rivierdoorsnede dan ook niet tekenen maar legde dit in de zandbak. Terwijl tekende ik dit dan mee in het kader. Ik vroeg wel vaak bevestiging en probeerde zo nauwgezet als mogelijk hetgeen men legde te tekenen, maar hoogstwaarschijnlijk zijn hierdoor toch enkele nauwkeurigheidfoutjes ingeslopen.

# Algemeen besluit

Allereerst wil ik bevestigen dat het Kawa-model, zoals reeds vermoed door het literatuuronderzoek een geschikt model, en ook een geschikte methodiek is voor een kinderpsychiatrische crisis-setting met een systeemtherapeutische visie.

In de praktijk heb ik wel gemerkt dat het werken in de zandbak veel meer tot de verbeelding van de kinderen spreekt dan dat men de rivier gaat tekenen. Toch zou ik niet één van de twee de perfecte methodiek noemen. De meerwaarde ligt erin het kind te laten kiezen welke modaliteit het best aansluit bij zijn interesses om zo aan de slag te gaan.

Al tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek merkte ik reeds verschillen op. Toch had ik op voorhand besloten de tekeningen pas te interpreteren wanneer ik van iedere casus alles had om bias uit te sluiten. Het verbaasde me dan ook niet dat uit het onderzoek deze verschillen wel degelijk naar voor komen.

Zowel bij het tekenen van de stenen als bij het tekenen van de takken zijn er in zowel aantal als percentuele oppervlakte tegenover de totale oppervlakte significante verschillen gevonden. Bij de bedding lag het aantal getekende elementen en de percentuele oppervlakte hiervan bij kind en therapeut gemiddeld vrij dicht bij elkaar, en het verschil werd dan ook niet significant gevonden.

Zowel bij de stenen, de takken als de bedding werden verschillen in inhoud gevonden. Slechts een klein aantal van wat de therapeut aangaf kwam terug bij het kind en andersom net hetzelfde. Nadat ik dit vaststelde wilde ik wel eens weten wat we nu juist zo anders beoordeelden.

Zowel bij de stenen als de takken zien we dat het kind zowel dus zijn problemen als zijn krachten veel vaker dan ons toeschrijven aan de omgeving. Wij gaan veel meer kijken naar problemen en krachten binnen het kind zelf. Wanneer we naar de bedding kijken, lijkt ook hier enorm veel verschil in te zijn. Terwijl wij als therapeut heel vaak naar de problemen binnen de primaire steungroep kijken, gaan kinderen veel vaker problemen benoemen met vrienden en problemen binnen de instituten waar ze aan verbonden zijn. Ondanks dat we hier dus werken binnen een systeemtherapeutische setting, lijken we het belang van de omgeving dus toch nog te onderschatten. We laten deze veel te weinig terug komen in de takken en in de stenen, terwijl dit bij de kinderen minstens de helft inneemt. Ook kijken we veel te nauw als we naar de omgeving kijken. We zien voornamelijk de primaire steungroep, terwijl ook de vrienden en instituten een prominente rol spelen in het leven van de kinderen. Ergens is dit logisch gezien ik op basis van het spoedverslag en de eerste overlegmomenten mijn Kawa-model heb opgesteld, voor ik met het kind begin te werken. Op dit moment is de primaire steungroep hier geweest om het kind aan te melden en zijn er gesprekken geweest om de aard van de crisis vast te stellen. Vrienden en school, alsook krachten, komen tot dan vaak niet aan bod. Wanneer ik na het werken met het kind opnieuw een Kawa-model zou maken zou dit er veel anders uitzien, en zou dit vermoedelijk minder verschillen vertonen met dat van het kind. We gaan onze doelen en prioriteiten echter opstellen na deze eerste gesprekken en dus op het moment dat we dat doen is er dus de kans dat we de bal mislaan. In deze context zou het Kawa-model dus zeer goed als intakeformulier of als assessment gebruikt kunnen worden.

Uit het onderzoek besluit ik dat het belangrijk is dat we het Kawa-model door het kind zelf laten uitvoeren omdat we anders wel eens informatie kunnen missen, onze prioriteiten verkeerd leggen, of irrelevante doelstellingen opstellen. Vergelijken met het Kawa-model van de therapeut kan boeiend zijn om verder aan de slag te gaan.

# Bronvermelding

Bennett, L. (2008). Narrative Methods and Children: Theoretical Explanations and practice Issues. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21 (1), 13-23.

Carmody, S., Nolan, R., Choncuir, N.N., Curry, M., Halligan, C., Robinson, K. (2007). The guiding nature of the kawa (river) model in Ireland: Creating both opportunities and challenges for occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 14 (4), 221-236.

Cowal, M.L., Weinee, E.A., Weiner, B.J. (1974). Therapist perceptions of clients and client self-report. *Journal of Clinical Psychology*, 30 (2), 227-230.

Curtin, C. (2001). Eliciting children's voices in qualitative research. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 295-302.

Fazio, L.S. (1992). Tell Me a Story: The Therapeutic Metaphor in the Practice of Pediatric Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 46 (2), 112-119.

Fazio, L. S. (2012, December 28). Interview by I. Vanderveren [e-mail]. Metaphor in occupational therapy.

Friedberg, R.D., Wilt, L.H. (2010). Metaphors and Stories in Cognitive Behavioral Therapy with Children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28, 100-113.

Gunnarson, B. (2008). *The Tree Theme Method: An Occupational Therapy Intervention Applied in Outpatient Psychiatric Care*. Doctoral Dissertation. Lund University Sweden: Faculty of medicine.

Iwama, M.K. (2010) *Het Kawa-model: Cultureel relevante ergotherapie*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv.

Iwama, M. (2012). Application to practice. Geraadpleegd op 20 oktober, 2012, <http://kawamodel.com/application-to-practice>

Kempeneers, S. (2005). Als woorden spreken: Over het gebruik van verhalen en metaforen in psychotherapie. Leuven: Acco.

Maitra, K. K. & Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 298-310.

Myer, R.A., Moore, H.B. (2006). Crisis in Context Theory: An Ecological Model. *Journal of Counseling & Development*, 84, 139-147.

Nelison, A. (2007). Seeing white: a critical exploration of occupational therapy with indigenous Australian people. *Occupational therapy international*, 14 (4), 237-255.

Nelson, A., Iwama, M. (2010). Cultural Influences and Occupation-centered Practice with Children and Families. In: Rodger, S. (2010). *Occupation Centered Practice with Children: A practical Guide for Occupational therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.

Onnis, L., Bernardini, M., Giambartolomei, A., Leonelli, A., Menenti, B., Vietri, A. (2007). The use of metaphors in systemic therapy : A bridge between mind and body languages. *European Family Therapy Association, Glasgow Congress*.

Paxson, D. Winston, K., Tobey, T., Johnston, S., Iwama, M. (2012). The Kawa Model: Therapists' Experiences in Mental Health Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 28 (4), 340-355.

Rodger, S. (2010). *Occupation Centered Practice with Children: A practical Guide for Occupational therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.

Rodger, S., Keen, D. (2010) Child- and Family-centered Service Provision. In: Rodger, S. (2010). *Occupation Centered Practice with Children: A practical Guide for Occupational therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.

Sandoval, J., Scott, A.N., Padilla, I. (2009). Crisis Counseling: An Overview. *Psychology in the Schools*, 46 (3), 246-256.

van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (1996). The black hole of trauma. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on the mind, body, and society* (pp. 3–23). New York: Guilford Press.

Waters, K.R. (2011). The hungry-for-attention metaphor: Integrating narrative and behavioural therapy for families with attention seeking children. *The Australian and new Zealand journal of family therapy*, 32 (3), 208-219.

Wicks, A., Whitefort, G. (2003). Value of life stories in occupation-based research. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 86-91.

Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., Law, M. (2001). Implementing client-centered practice: why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68 (2), 70-90.

# Bijlagen

## 1 Bijlage 1: 1<sup>ste</sup> versie observatielijsten

### 1.1 Tekenen van de rivier

Kenmerken	Observatie
<p><b>Rivier:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Grootte           <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe groot?</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> <li>Lengte           <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe lang?</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> <li>Uitgestrektheid           <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoeveel plaats neemt de rivier in op het blad?</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	
<p><b>Brede + smalle stukken:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Breed of smal</li> <li>Leeftijd</li> <li>Gebeurtenis/betekenis</li> </ol>	<p><i>Breed stuk 1</i></p> <p><i>Breed stuk 2</i></p> <p><i>Smal stuk 1</i></p> <p><i>Smal stuk 2</i></p>
<p><b>Oorsprong:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Plaats op blad           <ul style="list-style-type: none"> <li>Plaats vertrek rivier op blad</li> <li>Leeftijd</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> <li>Kenmerken           <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe breed?</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	
<p><b>Uitmonding:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Plaats op blad           <ul style="list-style-type: none"> <li>Plaats eindpunt rivier op blad</li> <li>Leeftijd</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> <li>Kenmerken           <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe breed?</li> <li>Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	

Tekenen  
Rivier



Kenmerken	Observatie
<p><b>Tekenen rivier</b></p> <p><b><u>Aftakkingen:</u></b></p> <p>1. Betekenis - Gebeurtenis/betekenis</p> <p>2. Plaats - Waar tussen begin- en eindpunt - Leeftijd</p> <p>3. Beschrijving - Wat is de vorm? - Hoe groot/lang is de aftakking? - Waar begint en eindigt de aftakking? - Interpretatie</p>	<i>Aftakking 1</i>
	<i>Aftakking 2</i>
	<i>Aftakking 3</i>  ...
<p><b><u>Bochten:</u></b></p> <p>1. Betekenis - Gebeurtenis/betekenis</p> <p>2. Plaats - Waar tussen begin- en eindpunt - Leeftijd</p> <p>3. Beschrijving - Scherp of stomp? - Grootte bocht - Interpretatie</p>	<i>Bocht 1</i>
	<i>Bocht 2</i>
	<i>Bocht 3</i>
	<i>Bocht 4</i>  ...
<p><b><u>Opvallende kenmerken</u></b></p> <p>1. Beschrijving - Vorm - Grootte - Interpretatie</p> <p>2. Betekenis - Gebeurtenis/betekenis</p> <p>3. Plaats - Waar tussen begin- en eindpunt - Leeftijd</p>	<i>Kenmerk 1</i>
	<i>Kenmerk 2</i>
	<i>Kenmerk 3</i>
	<i>Kenmerk 4</i>  ...

Kenmerk	Observatie
<p>Tekenen stenen in rivier (negatieve zaken)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betekenis <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebeurtenis/betekenis</li> <li>- Terugkomende steen?</li> </ul> </li> <li>2. Plaats <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar tussen begin- en eindpunt</li> <li>- Leeftijd</li> <li>- In/naast water</li> <li>- Waar tussen beide kanten?</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> <li>3. Beschrijving <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorm</li> <li>- Grootte</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	<p><i>Steen 1</i></p> <p><i>Steen 2</i></p> <p><i>Steen 3</i></p> <p><i>Steen 4</i></p> <p>...</p>
<p>Tekenen takken in rivier (positieve zaken)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betekenis <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebeurtenis/betekenis</li> <li>- Terugkomende steen?</li> </ul> </li> <li>2. Plaats <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar tussen begin- en eindpunt</li> <li>- Leeftijd</li> <li>- In/naast water</li> <li>- Waar tussen beide kanten?</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> <li>3. Beschrijving <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorm</li> <li>- Grootte</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	<p><i>Tak 1</i></p> <p><i>Tak 2</i></p> <p><i>Tak 3</i></p> <p><i>Tak 4</i></p> <p>...</p>
<p>Interacties</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stenen met stenen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interactie tussen</li> <li>- Beschrijving/Interpretatie</li> </ul> </li> <li>2. Takken met takken <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interactie tussen</li> <li>- Beschrijving/Interpretatie</li> </ul> </li> <li>3. Stenen met takken <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interactie tussen</li> <li>- Beschrijving/Interpretatie</li> </ul> </li> <li>4. Andere interacties <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interactie tussen</li> <li>- Beschrijving/Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	<p><i>Interactie 1</i></p> <p><i>Interactie 2</i></p> <p><i>Interactie 3</i></p> <p>...</p>

## Conclusie

## 1.2 Tekenen doorsnede

Kenmerken	Observatie
<p><b>Tekenen van bedding</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betekenis           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waarvoor staat de bedding?</li> <li>- Waarom vormt het een belemmering</li> </ul> </li> <li>2. Locatie           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bodem of zijkant?</li> <li>- Rechts of links?</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> <li>3. Beschrijving           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoogte zand</li> <li>- Breedte zand</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	<p><i>Omgevingselement 1</i></p> <p><i>Omgevingselement 2</i></p> <p><i>Omgevingselement 3</i></p> <p><i>Omgevingselement 4</i></p> <p>...</p>
<p><b>Tekenen van water</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoeveelheid water           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoogte water (overstroming &lt;-&gt; leeg)</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> <li>2. Kenmerken           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Water tussen stenen en takken</li> <li>- Stilstaand water / vastzittend water</li> <li>- Opvallende kenmerken</li> <li>- Interpretatie</li> </ul> </li> </ol>	

Kenmerken	Observatie	
<p>Tekenen van stenen</p>	<p>1. Betekenis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waarvoor staat de steen</li> <li>- Waarom een steen</li> </ul>	<p><i>Steen 1</i></p>
	<p>2. Locatie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar in de rivier</li> <li>- Raakpunt met bedding</li> <li>- Raakpunt met andere stenen</li> </ul>	<p><i>Steen 2</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raakpunt met takken</li> <li>- Interpretatie</li> </ul>	<p><i>Steen 3</i></p>
	<p>3. Beschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorm</li> <li>- Grootte</li> <li>- 1 geheel/verschillende delen binnen steen</li> <li>- Andere kenmerken</li> <li>- Interpretatie</li> </ul>	<p><i>Steen 4</i></p>
	<p>...</p>	<p><i>Steen 5</i></p> <p>...</p>
<p>Tekenen van takken</p>	<p>1. Betekenis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waarvoor staat de tak</li> <li>- Waarom een tak</li> </ul>	<p><i>Tak 1</i></p>
	<p>2. Locatie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waar in de rivier</li> <li>- Raakpunt met bedding</li> <li>- Raakpunt met andere takken</li> </ul>	<p><i>Tak 2</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raakpunt met stenen</li> <li>- Interpretatie</li> </ul>	<p><i>Tak 3</i></p>
	<p>3. Beschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorm</li> <li>- Grootte</li> <li>- 1 geheel/verschillende delen binnen tak</li> <li>- Andere kenmerken</li> <li>- Interpretatie</li> </ul>	<p><i>Tak 4</i></p>
	<p>...</p>	<p><i>Tak 5</i></p> <p>...</p>

Kenmerken	Observatie	
Interacties	1. Stenen met stenen - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie	<i>Interactie 1</i>
	2. Takken met takken - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie	<i>Interactie 2</i>
	3. Stenen met takken - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie	<i>Interactie 3</i>
	4. Stenen met bedding - Interactie tussen - Beschrijving/interpretatie	<i>Interactie 4</i>
	5. Takken met bedding - Interactie tussen - Beschrijving/interpretatie	
	6. Andere interacties - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie	Interactie 5  ...
Conclusie		

## 2 Bijlage 2: Definitieve versie observatielijst tekenen rivier

Kenmerken	Observatie
<p><b>Tekenen Rivier</b></p>	
<p><b>Kenmerken</b></p>	
<p><b>Kenmerken</b></p>	

- Rivier:**
1. Uitgestrektheid
    - Hoe lang/groot?
    - Hoeveel plaats neemt het in?
    - Interpretatie
  2. Oorsprong
    - Plaats op blad
    - Leeftijd
    - Beschrijving
    - Interpretatie
  3. Uitmonding
    - Plaats op blad
    - Leeftijd
    - Beschrijving
    - Interpretatie

- Kenmerk 1:**
1. Wat voor kenmerk?
    - Steen/tak/zand/andere
    - Breed stuk/smalle stuk
    - Bocht/aftakking
    - ...
  2. Plaats
    - Plaats tussen begin- & eindpunt
    - Leeftijd
  3. Beschrijving
    - Grootte
    - Vorm
    - Scherp/stomp (bocht)
    - Breedte (breed/smalle stuk)
    - Andere kenmerken
  4. Betekenis
    - Gebeurtenis/betekenis
    - Terugkomend?
  5. Interpretatie

- Kenmerk 2:**
1. Wat voor kenmerk?
    - Steen/tak/zand/andere
    - Breed stuk/smalle stuk
    - Bocht/aftakking
    - ...
  2. Plaats
    - Plaats tussen begin- & eindpunt
    - Leeftijd
  3. Beschrijving
    - Grootte
    - Vorm
    - Scherp/stomp (bocht)
    - Breedte (breed/smalle stuk)
    - Andere kenmerken
  4. Betekenis
    - Gebeurtenis/betekenis
    - Terugkomend?
  5. Interpretatie

## Kenmerken

### **Kenmerk 3:**

1. Wat voor kenmerk?
  - Steen/tak/zand/andere
  - Breed stuk/smalle stuk
  - Bocht/aftakking
  - ...
2. Plaats
  - Plaats tussen begin- & eindpunt
  - Leeftijd
3. Beschrijving
  - Grootte
  - Vorm
  - Scherp/stomp (bocht)
  - Breedte (breed/smalle stuk)
  - Andere kenmerken
4. Betekenis
  - Gebeurtenis/betekenis
  - Terugkomend?
5. Interpretatie

### **Kenmerk 4:**

1. Wat voor kenmerk?
  - Steen/tak/zand/andere
  - Breed stuk/smalle stuk
  - Bocht/aftakking
  - ...
2. Plaats
  - Plaats tussen begin- & eindpunt
  - Leeftijd
3. Beschrijving
  - Grootte
  - Vorm
  - Scherp/stomp (bocht)
  - Breedte (breed/smalle stuk)
  - Andere kenmerken
4. Betekenis
  - Gebeurtenis/betekenis
  - Terugkomend?
5. Interpretatie

### **Kenmerk 5:**

1. Wat voor kenmerk?
  - Steen/tak/zand/andere
  - Breed stuk/smalle stuk
  - Bocht/aftakking
  - ...
2. Plaats
  - Plaats tussen begin- & eindpunt
  - Leeftijd
3. Beschrijving
  - Grootte
  - Vorm
  - Scherp/stomp (bocht)
  - Breedte (breed/smalle stuk)
  - Andere kenmerken
4. Betekenis
  - Gebeurtenis/betekenis
  - Terugkomend?
5. Interpretatie



## Kenmerken

### **Kenmerk 6:**

1. Wat voor kenmerk?
  - Steen/tak/zand/andere
  - Breed stuk/smal stuk
  - Bocht/aftakking
  - ...
2. Plaats
  - Plaats tussen begin-&eindpunt
  - Leeftijd
3. Beschrijving
  - Grootte
  - Vorm
  - Scherp/stomp (bocht)
  - Breedte (breed/smal stuk)
  - Andere kenmerken
4. Betekenis
  - Gebeurtenis/betekenis
  - Terugkomend?
5. Interpretatie

### **Kenmerk 7:**

1. Wat voor kenmerk?
  - Steen/tak/zand/andere
  - Breed stuk/smal stuk
  - Bocht/aftakking
  - ...
2. Plaats
  - Plaats tussen begin-&eindpunt
  - Leeftijd
3. Beschrijving
  - Grootte
  - Vorm
  - Scherp/stomp (bocht)
  - Breedte (breed/smal stuk)
  - Andere kenmerken
4. Betekenis
  - Gebeurtenis/betekenis
  - Terugkomend?
5. Interpretatie

### **Kenmerk 8:**

1. Wat voor kenmerk?
  - Steen/tak/zand/andere
  - Breed stuk/smal stuk
  - Bocht/aftakking
  - ...
2. Plaats
  - Plaats tussen begin-&eindpunt
  - Leeftijd
3. Beschrijving
  - Grootte
  - Vorm
  - Scherp/stomp (bocht)
  - Breedte (breed/smal stuk)
  - Andere kenmerken
4. Betekenis
  - Gebeurtenis/betekenis
  - Terugkomend?
5. Interpretatie

<p>Interacties</p>	<p>1. Stenen met stenen - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie</p> <p>2. Takken met takken - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie</p> <p>3. Stenen met takken - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie</p> <p>4. Andere interacties - Interactie tussen - Beschrijving/Interpretatie</p>	<p><i>Interactie 1</i></p> <p><i>Interactie 2</i></p> <p><i>Interactie 3</i></p> <p>...</p>
<p>Conclusie</p>		

## **3 Bijlage 3: Protocol**

### **3.1 Sessie 1: Tekenen van de rivier**

#### **Inleiding interview**

Ik ben Isabel, een stagiaire ergotherapie hier, en ik ga samen met u proberen om u levensverhaal weer te geven.

We gaan enkele keren samenzitten om tot ons verhaal te komen

Ik ga je vragen stellen, en aan de hand daarvan gaan we enkele tekeningen maken.

Soms zal ik nog wat vraagjes extra stellen over wat je tekent.

Je kan niets fout doen, probeer maar te tekenen en te zeggen wat voor jou klopt.

Begrijp je alles? Indien niet, verder uitleggen wat het kind niet begrijpt

#### **Tekenen van rivier vanaf oorsprong tot uitmonding**

Ik zou graag hebben dat je je leven voorstelt als een rivier waarin jij het water bent dat stroomt. Iedere rivier begint ergens, en eindigt ook weer ergens, net zoals jou leven begint bij je geboorte en ergens ook weer zal stoppen. Net zoals jou leven niet heel de tijd hetzelfde verloopt, kan ook een rivier kronkels vertonen, aftakkingen hebben, enzovoort.

Nu mag jij van mij je rivier tekenen, vergeet niet aan te duiden waar ze vertrekt en waar ze naartoe gaat.

Duidt eens aan waar op je rivier jij nu bent?

Buiten dat er bochtjes in een rivier zijn, is er nog meer te zien in een rivier. In een rivier kunnen dingen zitten die ervoor zorgen dat het water niet meer kan stromen, maar er kunnen ook dingen zijn die mee kunnen stromen met het water en op sommige momenten plaats kunnen maken zodat het water kan verder stromen.

Dus jij bent het water in de rivier dat wil stromen, en dan zijn er plots zaken in de rivier die ervoor zorgen dat jij als water moeilijk kan stromen. Hoe stel jij jou deze zaken voor? Welke voorwerpen of elementen in een rivier kunnen dit zijn denk je? Kan het kind dit niet, zeggen we dat dit rotsen kunnen zijn.

Nu mag je in de rivier die je getekend hebt de elementen die jou belet hebben te stromen, op eender welke moment, tekenen.

Naast deze zaken in je rivier die ervoor zorgden dat het water moeilijker door kon zijn er ook misschien elementen in het water die ervoor zorgden dat het water juist opnieuw wat meer plek kreeg om te stromen.

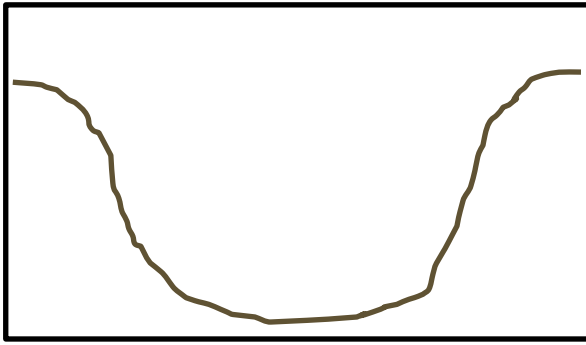
Hoe stel jij de zaken voor in de rivier die er voor jou als water voor zorgen dat je wat meer ruimte krijgt?

Kan je je ook voorstellen dat je deze als takken kan voorstellen?

Nu mag je in jou rivier de zaken tekenen die ervoor zorgden dat je kon blijven stromen.

### **3.2 Sessie 2: Tekenen van de huidige rivierdoorsnede**

Vorige keer hebben we je hele rivier getekend, nu kunnen we die rivier op verschillende plaatsen opensnijden om er eens van dichtbij in te kijken. Als je de rivier doorsnijdt krijg je deze vorm. Dit is de oever, en dit de bodem van de rivier. Je ziet nu voor jou een lege rivier. Ik teken op een blad papier deze vorm op de moment dat ik het hierover heb om het visueel te ondersteunen, en wijs aan over welke plaatsen ik het heb.



We gaan in die rivier verschillende zaken tekenen, opdat het jou rivier wordt. We gaan beginnen met de bedding van de rivier. De bedding van een rivier is alle zand en modder dat zich aan de kant afzet. Jij bent het water in die rivier, en het is de bedoeling dat het water goed kan doorstromen. Als er nu heel veel zand en modder aan de randen zit, gaat het water nog maar weinig plaats om goed te kunnen doorstromen. Terwijl dat wanneer er helemaal geen zand is, het water goed kan stromen.

Net zoals het water in de rivier een bedding rond zich heen heeft, heb jij ook allerlei mensen om je heen. Dit kunnen mensen vanuit je familie zijn, vanop je school, vanop je vrijetijdclub,... En net zoals heel veel zand het stromen voor je water moeilijk maakt, kan deze omgeving het jou ook moeilijk maken. Dus als je vind dat je omgeving je het moeilijk maakt, dan kan je dat in jou rivier laten zien door veel zand te tekenen aan de zijkant of op de bodem.

Nu gaan we je stenen plaatsen in je rivier. Weet je nog waarvoor die stenen staan? Bevragen en eventueel terug uitleggen. Alles wat jij als een steen in jou rivier ervaart mag je nu tekenen.

Er zijn natuurlijk ook goede dingen te vinden in jou rivier. Goede dingen gaan we voorstellen als takken. Deze takken kunnen dingen voorstellen waar je goed in bent of positieve eigenschappen, of alles wat jij als positief beschouwd. Die takken kunnen altijd op je rivier meedrijven en kunnen stenen soms wel wegduwen, maar ze kunnen ook vast komen te zitten. Nu mag jij jou takken bij in je rivier tekenen.

Nu ontbreekt er nog 1 ding in de rivier en dat is het water. Jij bent het water dat door de rivier stroomt. Het stelt jou levensenergie voor. Je mag dit nog bijtekenen.

Nu weten we hoe het kind de rivier ziet. Ik kan nu aan haar de rivier laten zien die wij getekend hebben om haar het verschil/de gelijkenis te laten zien.

### **3.3 Sessie 3: Doorsnede rivier verleden**

We gaan terug naar de rivier van de 1<sup>ste</sup> sessie kijken. We gaan kijken naar de plekken voor het 'nu' waar een opvallende verzameling van stenen te vinden is, of waar er vele aftakkingen zijn of waar er scherpe bochten zijn. Hieruit kiezen we de belangrijkste gebeurtenissen waarna we de opdracht geven een rivierdoorsnede te tekenen inclusief bedding, stenen en takken van deze momenten.

De observatielijsten en aanvullende vragen vanuit sessie 2 worden opnieuw gebruikt.

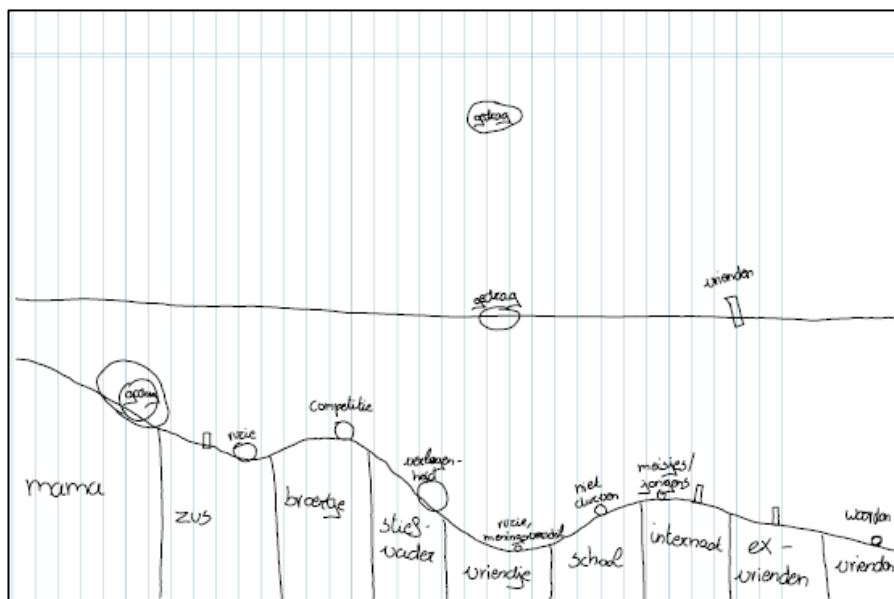
### **3.4 Sessie 4: Doorsnede rivier toekomst**

De vierde sessie gaat over de toekomst. Om dit meer plastisch voor te stellen zou ik graag met de zandbak en de halve buis, wat stenen en takken gaan werken (gebaseerd op sand play therapy) en zo eerst te vertrekken vanuit het nu en te gaan kijken wat we kunnen veranderen om naar een rivier te evalueren die meer ruimte aan het water biedt.

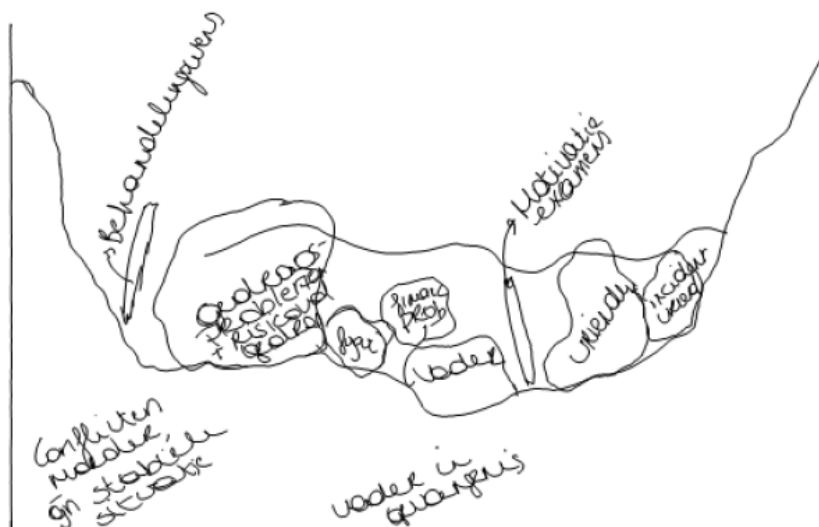
## 4 Bijlage 5: Casussen

### 4.1 Casus 1, L.

#### 4.1.1 Kind



#### 4.1.2 Therapeut



#### 4.1.3 Verdere sessies



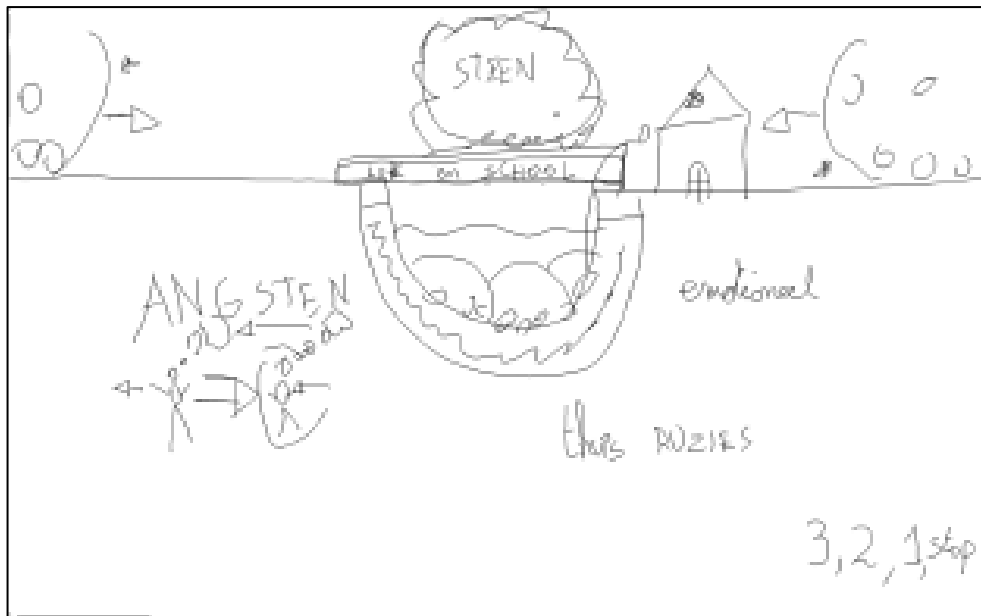
Familie-opstelling VOOR



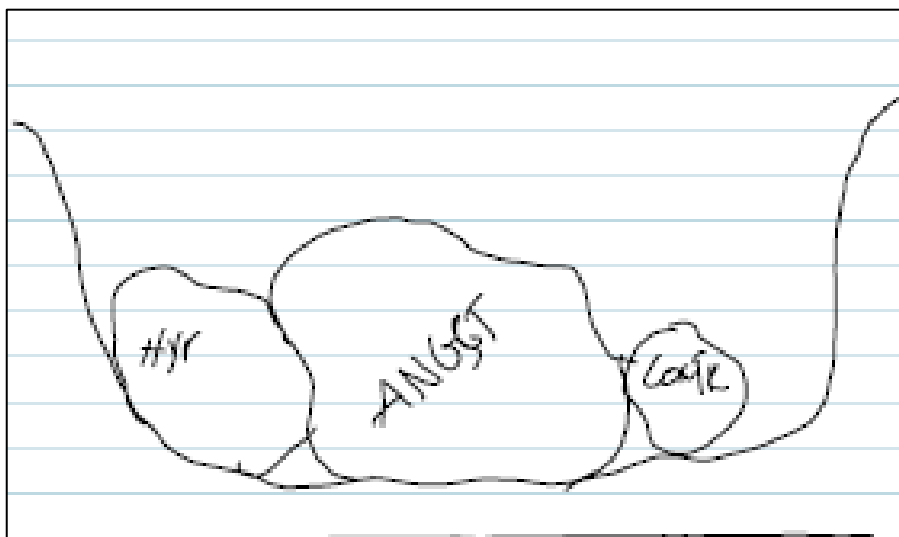
Familie-opstelling NA

## 4.2 Casus 2, J.

### 4.2.1 Kind



### 4.2.2 Therapeut



\* Op deze afbeelding zijn de takken die de therapeut tekende eraf gevallen. Het ging om 2 takken, namelijk creativiteit en toneel

### 4.2.3 Levensrivier





① Begin van het leven op de aarde  
 & vorms & processen helpen je

② Lege school stenen & bakken  
 → Lege schoolwastafelgordel  
 → Samen op school & thuis  
 → Geleide school veranderen

③ Steen - Bloedspoor  
 → Bloed stroomt  
 → Heeft persoonlijke betekenis  
 → Toch eenmaal kunnen klimmen

④ Geleide Juis  
 → Hebben  
 → Mogelijkheid om te klimmen  
 → Toch eenmaal kunnen klimmen

⑤ NIJ  
 → Hebben die vrede (gevoelensveel)  
 → Hebben een gevoel  
 → Emotioneel  
 → Hebben een school + help bij de ogen zien  
 → Magriet

⑥ Wat na kunstschool?

⑦ Goede + slechte dingen

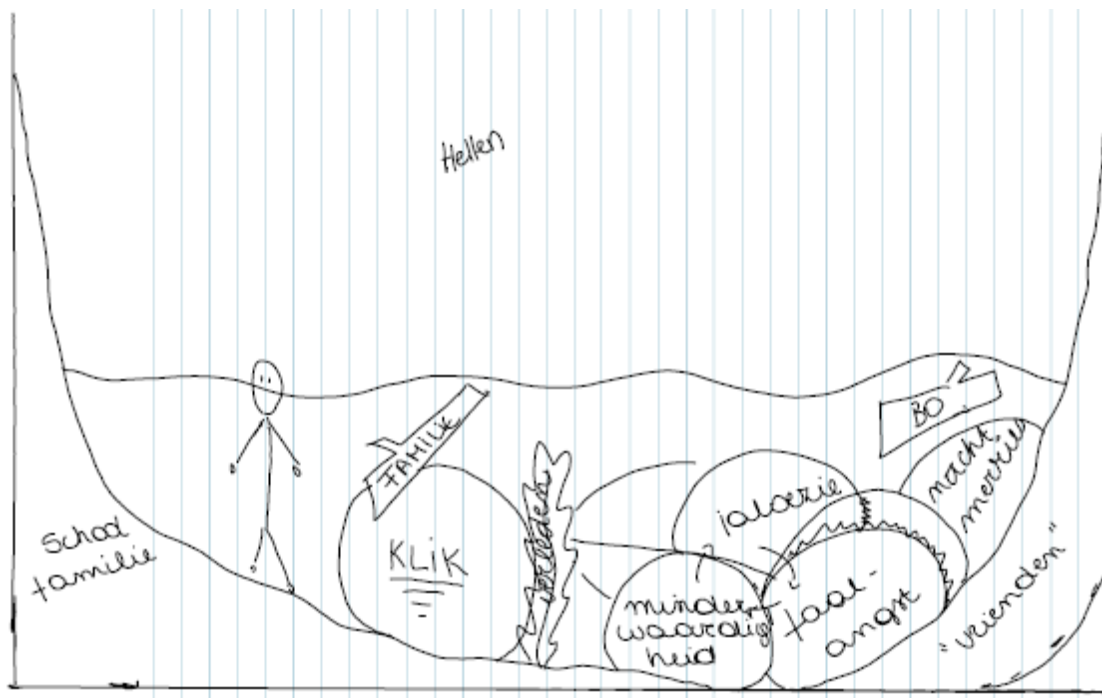
⑧ Splitsing  
 → Weg met stenen (tegenlog)  
 → Weg met takken uitin  
 → Waar de top (gevoel)  
 → Wind waait v'loeg  
 & van de wegen

⑨ Na regen kan een veld  
 komen  
 → Na stenen wegge veld  
 pieren

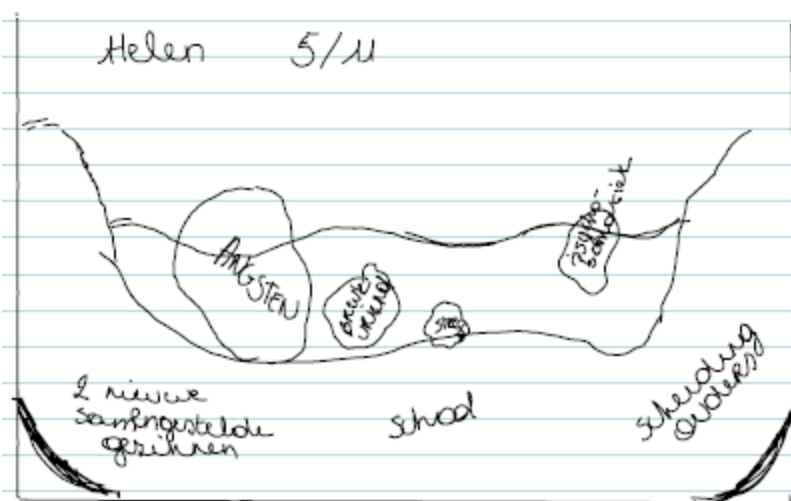


### 4.3 Casus 3, H.

#### 4.3.1 Kind

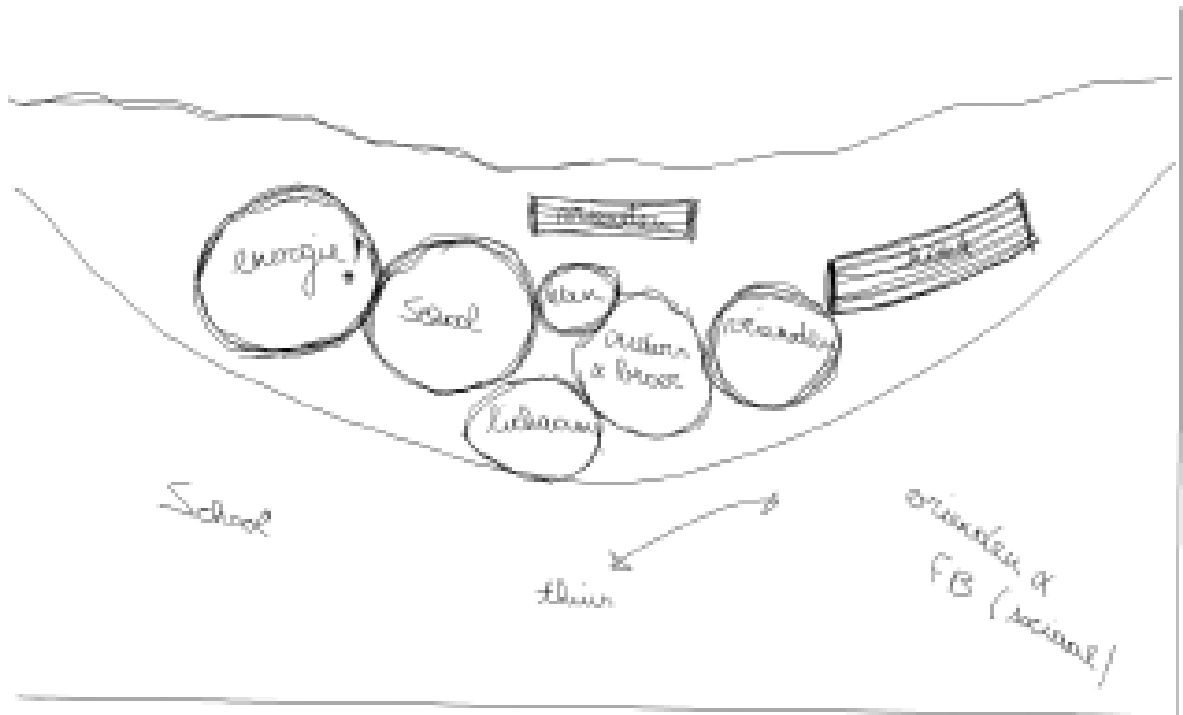


#### 4.3.2 Therapeut



## 4.4 Casus 4, C.

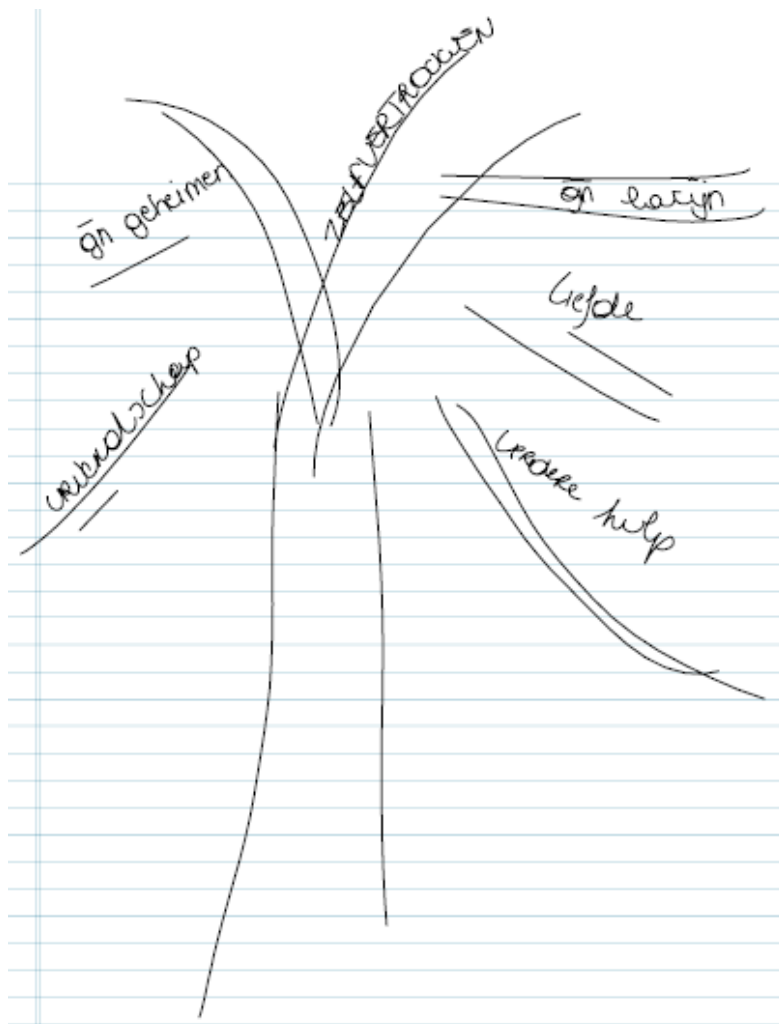
### 4.4.1 Kind



### 4.4.2 Therapeut



#### 4.4.3 Levensrivier

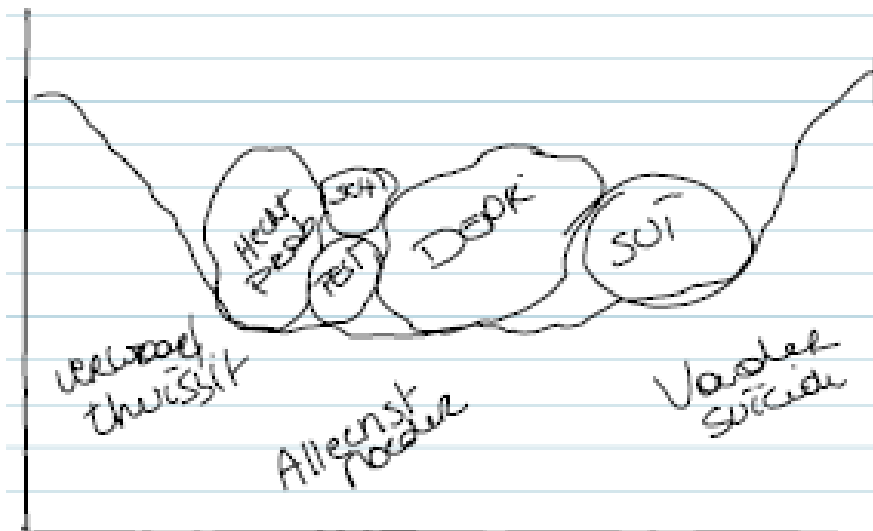


## 4.5 Casus 5, B.

### 4.5.1 Kind

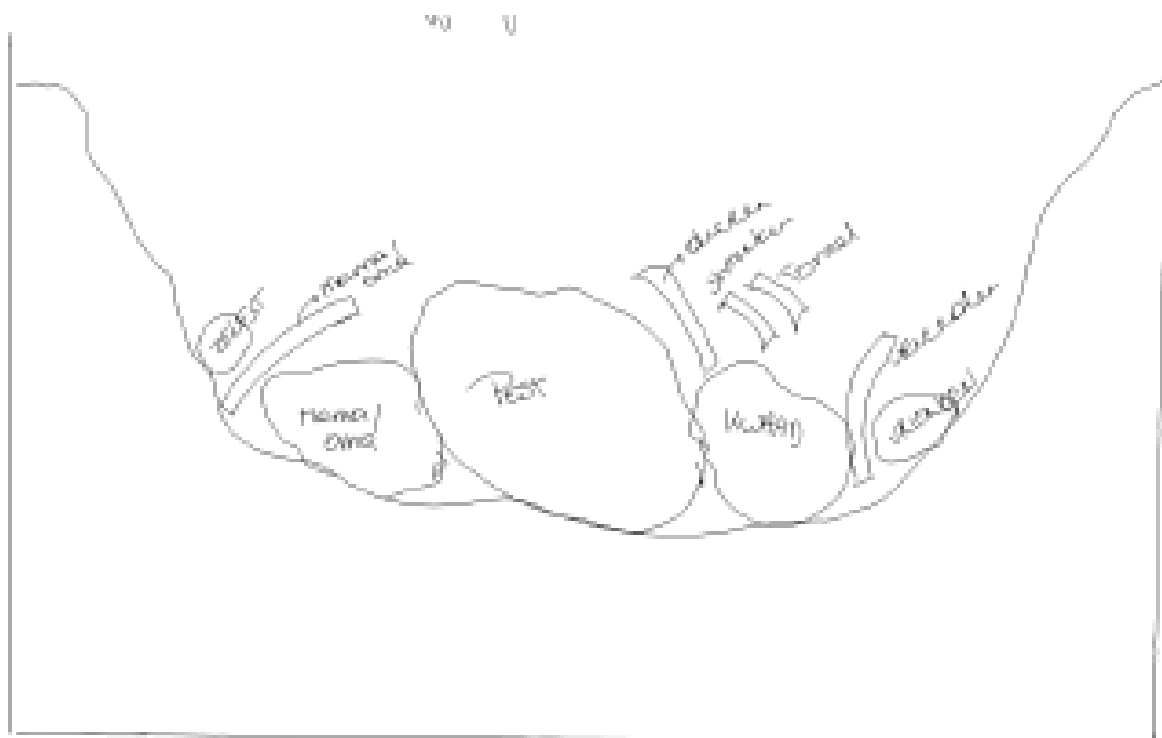


### 4.5.2 Therapeut



## 4.6 Casus 6, T.

### 4.6.1 Kind

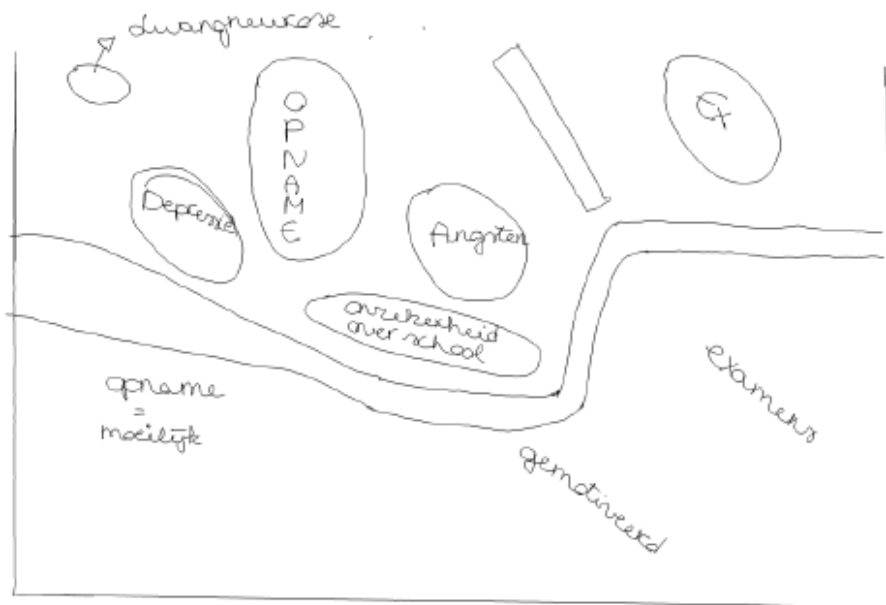


### 4.6.2 Therapeut

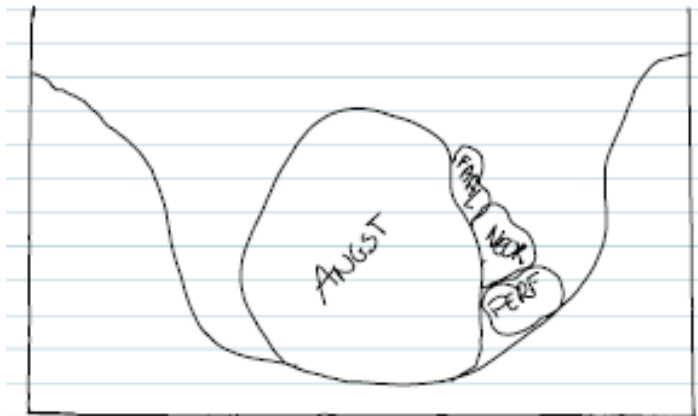


## 4.7 Casus 7, S.

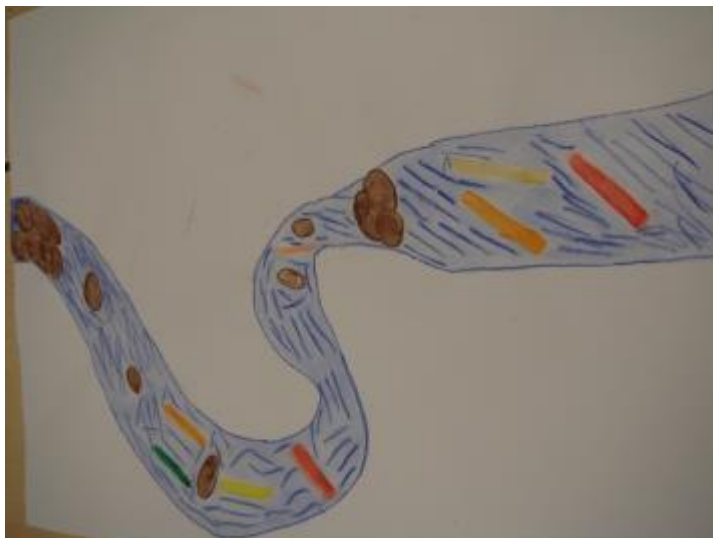
### 4.7.1 Kind



### 4.7.2 Therapeut

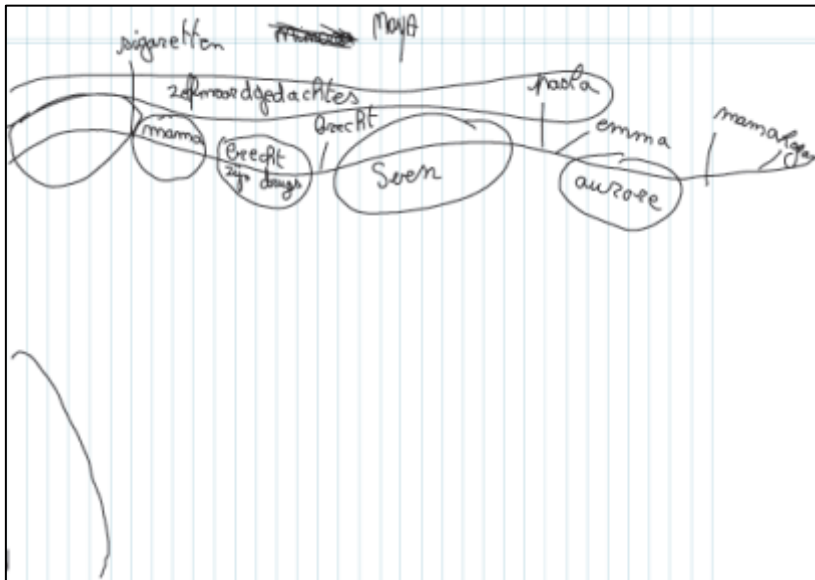


### 4.7.3 Levensrivier



## 4.8 Casus 8, My.

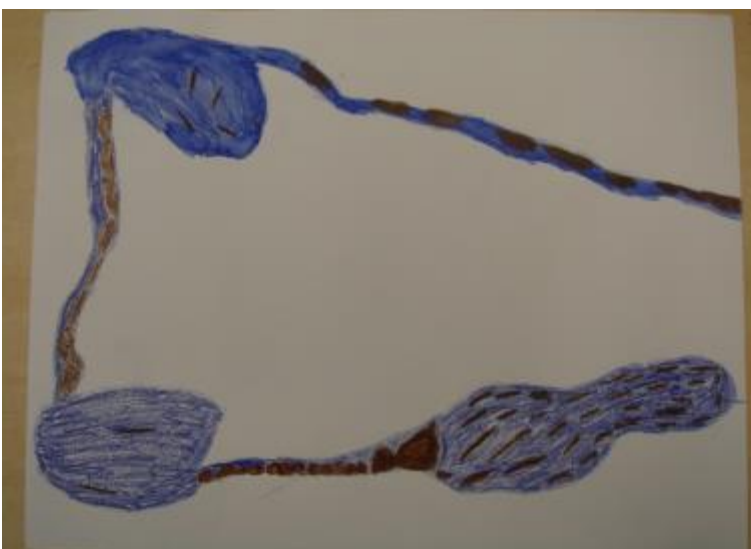
### 4.8.1 Kind



### 4.8.2 Therapeut

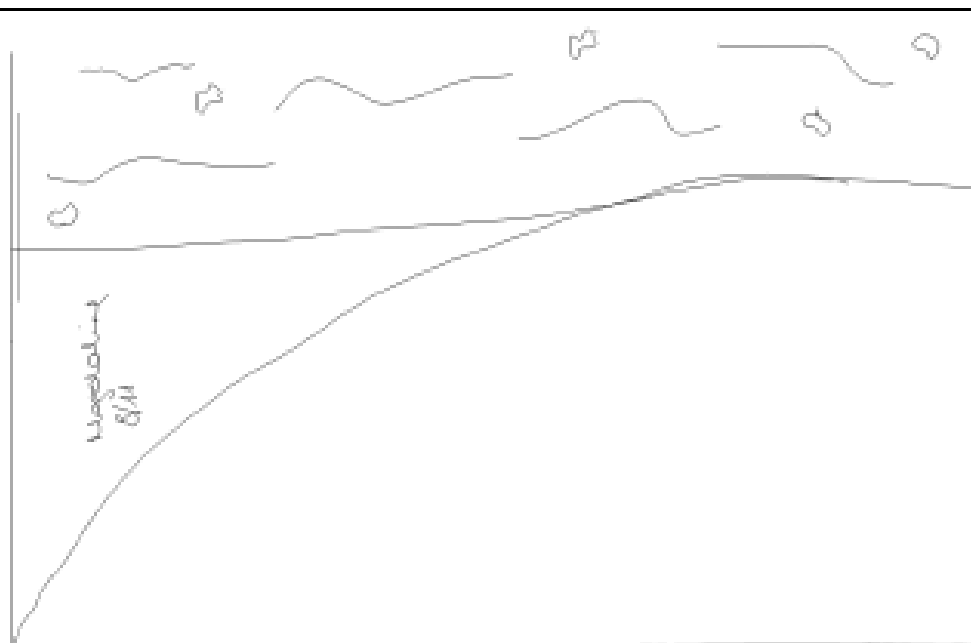


### 4.8.3 Levensrivier



## 4.9 Casus 9, Mg.

### 4.9.1 Kind



### 4.9.2 Therapeut

