



Speltherapie

Cora Bartelink

Januari 2012

Speltherapie is een veelgebruikte methode voor de behandeling van kinderen met allerlei problemen en stoornissen. Desondanks is er relatief weinig onderzoek naar gedaan en is het beschikbare onderzoek vaak van matige kwaliteit. Wel zijn de beschikbare resultaten hoopgevend wat betreft de bruikbaarheid en effectiviteit van speltherapie. Beter onderzocht dan ‘gewone’ speltherapie is de variant waarin ouders met behulp van technieken uit speltherapie het gedrag van hun kind beïnvloeden, de zogenaamde ‘filial therapy’ of ‘Parent-Child Interaction Therapy’. De resultaten hiervan zijn goed en houden ook op de lange termijn stand.

Speltherapie is een behandelvorm waarin de hulpverlener systematisch en doelgericht het spel van kinderen beïnvloedt, zodat problemen die hun ontwikkeling belemmeren, verholpen of verminderd kunnen worden. Speltherapie wordt vooral gebruikt bij kinderen van vier tot twaalf jaar. Bij jongeren wordt vaker een vorm van creatieve therapie ingezet. Hoewel de indruk bestaat dat speltherapie veel gebruikt wordt in allerlei instellingen, zijn er geen cijfers beschikbaar over het aantal kinderen dat jaarlijks speltherapie aangeboden krijgt.

Om de laatste stand van zaken rond de effectiviteit van speltherapie in kaart te brengen is een literatuursearch uitgevoerd in een aantal elektronische zoekmachines zoals PsycINFO (voor onderzoek uit de psychologie en aanverwante terreinen), Cochrane Collaboration (voor onderzoek gericht op gezondheidszorg) en Campbell Collaboration. In eerste instantie heeft de search zich gericht op reviews en meta-analyses. Ter aanvulling is vervolgens gekeken naar enkele recente primaire onderzoeken die belangrijke informatie opleverden over de effectiviteit van speltherapie bij bepaalde specifieke problemen. Daarnaast is ook een Nederlands onderzoek naar de effecten van Beeldcommunicatie in het overzicht meegenomen. In totaal werden vier meta-analyses, drie reviews en zeven kwalitatief goede primaire studies op het gebied van speltherapie gevonden.

Dit document biedt een overzicht van wat er inmiddels bekend is over de werkzaamheid van speltherapie. In paragraaf 1 gaan we nader in op speltherapie. In paragraaf 2 komt het onderzoek naar de effectiviteit van speltherapie aan bod, waarna paragraaf 3 ingaat op kritiek op het onderzoek naar speltherapie. We sluiten af met een concluderende paragraaf.

1. Speltherapie nader omschreven

Speltherapie is een methode om kinderen met psychosociale problemen te behandelen met gebruik van spel. Speltherapie vindt individueel of in groepsverband plaats. Deze vorm van therapie kan een oplossing zijn wanneer ingrijpende gebeurtenissen of psychische problemen de ontwikkeling van het kind belemmeren (Hellendoorn, 2005).

Hulpverleners zetten speltherapie in bij problemen op de volgende gebieden:

- traumatische ervaringen, zoals het verlies van belangrijke personen, kindermishandeling en veranderingen in de thuissituatie of gezinssamenstelling;
- emotionele problemen, zoals problemen met het uiten van gevoelens, een gebrek aan zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld en hechtingsproblemen;
- sociale problemen, waaronder moeilijkheden in de omgang met leeftijdgenoten of volwassenen (Groothoff, Jamin & De Beer-Hoefnagels, 2009).

Anna Freud en Melanie Klein, grondleggers van de speltherapie, gebruikten spel om psychoanalytische technieken in hun werk met kinderen toe te passen. Zij beschouwden spel als een plaatsvervangend middel voor de verbale vrije associatie die bij volwassenen in de psychoanalytische praktijk veel gebruikt wordt. In de afgelopen honderd jaar hebben diverse academici en therapeuten specifieke speltherapieën ontwikkeld op basis van hun theoretisch kader en persoonlijke inzichten (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005).

Spel wordt gezien als hét communicatiemiddel van kinderen. Volgens Jamin (2009 in Groothoff, Jamin & De Beer-Hoefnagels, 2009) beeldt een kind in spel uit wat hij heeft beleefd en hoe hij dit ervaren heeft. Spel bevindt zich op de grens tussen verbeelding en werkelijkheid en biedt de mogelijkheid tot zelfontwikkeling en tot expressie van wat een kind nog niet verbaal kan uiten. Het geeft kinderen de mogelijkheid spanning te ontladen en gevoelens te uiten. Daardoor kunnen zij hun ervaringen verwerken en experimenteren met allerlei vormen van nieuw gedrag. In spel kan een kind ook (gezins)interacties uitbeelden.

Daarnaast biedt spel kinderen de mogelijkheid om de wereld om hen heen te leren kennen en daarmee ook zichzelf te ontdekken. Spel stimuleert de lichamelijke ontwikkeling, doordat het kind in beweging is. Het is een natuurlijke manier om kennis op te doen, waarmee het de intellectuele ontwikkeling bevordert.

Spel geeft ook de mogelijkheid om rekening te leren houden met anderen en met regels. Dat maakt spel belangrijk voor de sociale ontwikkeling. Bovendien zorgt het ervoor dat kinderen verschillende ervaringen opdoen, doordat zij situaties naspelen en opnieuw beleven. Spel is dan ook een middel voor het kind om zijn gevoel beter te leren herkennen en situaties beter te begrijpen, wat zorgt voor een stimulans in de emotionele ontwikkeling (Hellendoorn, 2005).

Omdat speltherapie moeilijk in abstracte termen is uit te leggen is hierna ter illustratie een aantal voorbeelden beschreven. Deze zijn afkomstig uit het boek 'Spel in psychotherapie' van Groothoff en collega's (2009). Groothoff en collega's gaan in op de werkwijze in speltherapie en lichten deze uitgebreid toe met casuïstiek. Ook besteden zij aandacht aan de wetenschappelijke onderbouwing van speltherapie aan de hand van theorie en empirisch onderzoek.

Het onderstaande voorbeeld beschrijft hoe een kind zijn gevoel van bedreiging uitbeeldt.

'Spel en realiteit

Stanley van negen jaar haalt het hele huis leeg en zet er alleen maar zeer stoere vechters in. In elke kamer komt een vechtman of een dreigend dier zoals een dinosaurus of een draak. Buiten het huis zet hij diverse legermannen neer. Het huis wordt aangevallen, maar de vijand wordt zeer adequaat en meedogenloos neergemaaid. Het gevecht wordt in stilte gespeeld. De sfeer is om te snijden vanwege de enorme agressieve impact. Het gaat om leven en dood.

In Stanleys leven is zijn moeder vermoord, zijn vader zit vast op verdenking van de moord en binnen de families is er een onoplosbare vete losgebarsten. Geen wonder dat hij zijn (t)huissituatie verbeeldt door dit leeggehaalde huis, dat bedreigd wordt door een overmacht, een leger. Het huis als een thuis is ontmanteld. Het huis als zijn ik laat voorts de enorme stille geladenheid zien. Woede die in het echt geen kant uit kan. Woede is in zijn ervaring immers dodelijk, vernietigt alles' (Uit: Groothoff et al., 2009; p. 272).

Speltherapie is bij uitstek een geschikt middel om een gestagneerde ontwikkeling bij kinderen weer op gang te brengen. Een speltherapeut is in staat het spel te verdiepen als hij met het kind meespeelt. Daardoor kan een kind moeilijke ervaringen verwerken. De therapeut stemt daarbij steeds nauwkeurig af op het spel door te verwoorden wat hij ziet gebeuren en welke emoties er bij het kind overheersen. Bijvoorbeeld:

'De tijgers staan met z'n allen hongerig te loeren achter hun rots, verderop liggen de herten, ze hebben niets in de gaten en niemand let op de slang in de boom' (Uit: Groothoff et al., 2009; p. 203).

De speltherapeut kan ook door zijn woorden een element toevoegen aan het spel, bijvoorbeeld doordat hij uitdrukking geeft aan de emoties van het kind of wijst op een aspect in het spel dat hem opvalt en voor het kind belangrijk kan zijn. Wanneer een kind in een spelsituatie bijvoorbeeld duidelijk kinderen laat verdrinken en volwassenen staan te roepen maar niets doen, kan de therapeut de situatie beschrijven en het kind vragenderwijs wijzen op het opvallende aspect dat de volwassenen niet ingrijpen:

'De zee spoelt alle kinderen mee, de grote mensen kijken toe, ze schreeuwen hard, maar ze doen niks...?' (Uit: Groothoff et al., 2009; p. 203).

De speltherapeut zorgt er door zijn houding voor dat er een veilige spelsituatie voor het kind ontstaat. Zijn gedrag is consistent en transparant. Belangrijk is ook dat de therapeut een goede balans weet te vinden tussen afstand en nabijheid die past bij de leeftijd en de problematiek van het kind.

Speltherapie vindt plaats in een spelkamer. Die is zo ingericht dat het kind zoveel mogelijk vrijheid heeft om met allerlei speelgoed en expressiemateriaal te spelen, zoals verkleedspullen, gezelschapsspellen, een zand- en watertafel, poppen, dieren, voertuigen en teken- en knutselmateriaal. Het belangrijkste aan het aanwezige materiaal is dat het een appèl doet op de belevingswereld van het kind, zodat het kind in de gelegenheid is op allerlei manieren te laten zien wat het bezighoudt. Zo kan klei als materiaal dat weinig gestructureerd is en daarmee een kind veel mogelijkheden biedt, heel geschikt zijn om faalangstige en onzekere kinderen een gevoel van controle over materiaal en situaties te laten ontwikkelen. Constructie- en bouwmaterialen bieden door zijn vorm meer structuur. Gestructureerd materiaal beperkt het kind in zijn uitingsmogelijkheden. Afhankelijk van de problemen van een kind kan dit voor- en nadelen hebben. Zo kan constructiemateriaal bij een kind met ADHD zorgen voor meer controle en innerlijke organisatie dan ongevormd spelmaterialen als water of klei. Een speltherapeut volgt het kind in zijn spel. Dat betekent dat hij onder woorden brengt wat er gebeurt in het spel en hoe het kind de situatie beleeft. Soms speelt hij ook mee. Hij sluit aan bij de initiatieven van het kind, probeert de taal van het kind te begrijpen en helpt het om zijn gedachten en gevoelens in spel te uiten (Hellendoorn, 2005; Groothoff et al., 2009).

Speltherapeuten kunnen werken in het (speciaal) onderwijs, de jeugdzorg, bij instellingen voor mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking, in de (geestelijke) gezondheidszorg en in particuliere speltherapiepraktijken.

1.1 Beeldcommunicatie

Een in Nederland veel gebruikte vorm van speltherapie is Beeldcommunicatie¹. Beeldcommunicatie is een verzamelnaam van therapieën voor kinderen waarin - meer nog dan bij speltherapie in het algemeen - de nadruk ligt op het therapeutisch gebruik van verbeelding en fantasie in het spel van kinderen en andere vormen van creatief bezig zijn. Het doel van Beeldcommunicatie is de pedagogische relatie tussen jonge kinderen en hun ouders en tussen jonge kinderen en hun omgeving te herstellen, wanneer daarin problemen zijn ontstaan door ingrijpende gebeurtenissen in het leven van het kind. Beeldcommunicatie is bedoeld voor kinderen van drie tot twaalf jaar. Beeldcommunicatie bestaat uit vijf fases. Elke fase kenmerkt zich door een specifieke omgang met het spelmateriaal, een bepaalde zingeving aan het spel, een karakteristieke rol van de therapeut en een daarbij behorend doel van het handelen van de therapeut. Aan het begin van de behandeling leert het kind het materiaal kennen, terwijl gaandeweg in de behandeling steeds meer ruimte wordt gemaakt voor het verbeeldende proces en voor de mogelijkheid om met behulp van het materiaal uiting te geven aan emoties.

Fase 1 (Verkenning) bestaat uit een kennismaking met de therapeut en het materiaal. In fase 2 (Themavorming) is het doel inzicht te krijgen in de thema's waar het kind mee bezig is. Het initiatief ligt grotendeels bij het kind en de therapeut speelt mee en tracht inzicht te krijgen in de thematiek van de problemen. In fase 3 (Beeldvorming) vindt een verdere verdieping plaats van de thema's die het kind eerder heeft aangedragen in zijn spel, waarbij het erom draait gaandeweg de beeldvorming van het kind te veranderen. De therapeut interpreteert wat het kind laat zien in zijn spel en communiceert in beeldvorm met het kind. Fase 4 (Doorwerking) gaat expliciet om het verwerken van de problemen en het vinden van oplossingen met behulp van het spelmateriaal. De therapeut intervineert doelgericht, zodat het kind zijn problemen verwerkt en oplossingen kan vinden. Tot slot gaat het er in fase 5 (Generalisatie en herintegratie) om dat kinderen leren om hun nieuw verworven gedrag ook in het dagelijks leven te gebruiken.

Om generalisatie van de behandeling van het kind te bevorderen vindt er ook ouderbegeleiding plaats. Hierin wordt expliciet aandacht besteed aan de vraag hoe ouders het beste kunnen omgaan met hun kind en de negatieve ervaringen die het kind heeft opgedaan. Ook is er aandacht voor de voortgang van de therapie en de merkbare effecten daarvan in het dagelijks leven.

De Universiteit Leiden bood in het verleden een postdoctorale opleiding tot therapeut in Beeldcommunicatie. Deze opleiding is inmiddels opgeheven.

1.2 Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)² is een vorm van speltherapie waarin ouders getraind worden in het spelen met hun kind. PCIT is bedoeld voor de ouders van kinderen van twee tot zeven jaar met gedragsproblemen. De speltherapeut coacht de ouders met behulp van een oormicrofoon tje vanachter een one-way screen.

¹ Voor een uitgebreidere beschrijving van Beeldcommunicatie: Harinck & Hellendoorn, 1987

² Een uitgebreide beschrijving is te vinden in de databank Effectieve Jeugdinterventies: www.jeugdinterventies.nl.

De therapie is gericht op het verbeteren van de interacties tussen ouders en kind en het vergroten van de gehoorzaamheid van het kind. De eerste fase van PCIT bestaat uit een assessment van de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders. In de tweede fase leren ouders hoe ze het kind positieve aandacht kunnen geven door sensitief te reageren en goed gedrag te prijzen. In de derde fase leren de ouders het kind gerichte opdrachten en leiding te geven en gepast te reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruik van time-out procedures. PCIT duurt tussen de negen en twintig weken. De lengte van de therapie is afhankelijk van het vaardigheidsniveau van ouders en de generalisatie van de vaardigheden van de ouders en het gedrag van het kind van de spelsituatie naar alledaagse situaties.

1.3 Theraplay

Theraplay is een vorm van speltherapie die gebaseerd is op de hechtingstheorie. Het is bedoeld voor jonge kinderen in de leeftijd van 2,5 tot 12 jaar met problemen in de interactie met anderen, zoals hun ouders, leerkrachten en/of leeftijdgenoten. Onder andere is Theraplay geschikt voor kinderen die extreem verlegen of sociaal angstig zijn of andere emotionele problemen ervaren. De behandeling is erop gericht dat kinderen in spelactiviteiten ervaringen opdoen die zij normaal gesproken in het contact met hun ouders opdoen, zoals structuur (regels en grenzen) en verzorging (fysiek en emotioneel, bijvoorbeeld vasthouden, wiegen, knuffelen) krijgen, uitgedaagd (plagen, aanmoedigen) en betrokken (bijvoorbeeld kietelen, stuiteren en springen, verrassingen) worden. Gaandeweg de behandeling worden ouders erbij betrokken, zodat zij de activiteiten ook thuis met hun kind kunnen uitvoeren.

2. Effectiviteit

Over speltherapie zijn zeven overzichtsstudies verschenen in de internationale wetenschappelijke literatuur. Op basis van deze overzichten is een aantal algemene conclusies te trekken. In de eerste plaats dat speltherapie lijkt te werken bij een groot aantal uiteenlopende problemen zoals emotionele en gedragsproblemen. De effectgroottes zijn matig tot groot (Bratton et al., 2005; Bratton & Ray, 2000; Leblanc & Ritchie, 2001; Ray, Bratton, Rhine, & Jones, 2001). Speltherapie lijkt positieve effecten te hebben op zelfconcept, gedrag, cognitieve vaardigheden, sociale vaardigheden en angst (Bratton et al., 2005; Bratton & Ray, 2000), gezinsrelaties en gezinsfunctioneren (Bratton et al., 2005). Gemiddeld hadden kinderen die speltherapie kregen minder problemen dan kinderen die geen behandeling kregen. Speltherapie lijkt even effectief te zijn als verbale therapieën voor volwassenen en andere therapieën voor kinderen, zoals een sociale vaardigheidstraining (Leblanc & Ritchie, 2001).

Een tweede conclusie die veel onderzoekers trekken is dat het bewijs voor de effectiviteit van speltherapie schaars is gezien het feit dat speltherapie al zes decennia lang aan kinderen wordt gegeven (Bratton et al., 2005; Bratton & Ray, 2000; Leblanc & Ritchie, 2001; Ray et al., 2001). Vrij weinig onderzoek had voldoende methodologische kwaliteit om duidelijke uitspraken over de effectiviteit te kunnen doen. Veel onderzoek is bij slechts een kleine groep uitgevoerd of heeft geen controlegroep om de resultaten tegen af te zetten. Ook maken onderzoekers lang niet altijd gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten.

Speltherapie lijkt even effectief te zijn voor jongens en meisjes, jongere en oudere kinderen en voor kinderen met en zonder stoornis. Het maakt niet uit of speltherapie individueel of in groepsverband aangeboden wordt. Beide vormen zijn even effectief (Bratton et al., 2005; Ray et al., 2001). Ook al is

speltherapie effectief ongeacht de setting, kinderen in een residentiële instelling krijgen de meeste uren therapie en hebben er daarom ook de meeste baat bij (Bratton et al., 2005). Gemiddeld bestaat speltherapie uit ongeveer 16 sessies. Het aantal sessies blijkt een belangrijke voorspeller voor de uitkomsten. De effectgrootte nam toe met het aantal sessies, met een piek bij 35 tot 45 sessies. Daarna nam de effectgrootte weer af (Bratton et al., 2005; LeBlanc & Ritchie, 1999; Leblanc & Ritchie, 2001; Ray et al., 2001). Het is onduidelijk wat de effecten zijn als er slechts enkele sessies speltherapie worden aangeboden. Volgens sommige onderzoekers heeft speltherapie ook bij minder sessies positieve effecten (Ray et al., 2001). Volgens anderen zou speltherapie bij weinig sessies juist een negatief effect kunnen hebben (Leblanc & Ritchie, 2001).

Ook de betrokkenheid van ouders was een significante voorspeller voor de uitkomsten. Als ouders betrokken zijn bij de behandeling of er zelfs een actieve rol in spelen door training van een speltherapeut, zoals bij filial therapy het geval is, vergroot dat de kans op succes (Bratton et al., 2005; LeBlanc & Ritchie, 1999; Leblanc & Ritchie, 2001; Ray et al., 2001). Kinderen van wie de ouders onder supervisie van een speltherapeut zelf speltherapie bieden, hebben minder problemen na afloop van de behandeling dan kinderen die in groepsverband of individueel door een speltherapeut behandeld worden.

Speltherapie vanuit een humanistisch en non-directief theoretisch model, waarin het kind een bepalende rol heeft in wat er in de behandeling gedaan wordt en de therapeut een meer volgende rol vervult, lijkt betere resultaten te boeken dan speltherapieën die zijn gebaseerd op een gedrags- en cognitieve theorie, waarbij de therapeut het verloop van het proces veel meer stuurt (Bratton et al., 2005).

Over speltherapie en de behandeling van kindermishandeling bestaan twee overzichtsstudies. Allin, Wathen en MacMillan (2005) onderzochten behandelmethodes voor verwaarloosde kinderen en hun ouders. Zij vonden twee primaire studies naar de effectiviteit van speltherapie bij verwaarloosde kinderen. Beide studies lieten een positief resultaat zien. De sociale interactie van de kinderen verbeterde aanzienlijk door speltherapie. Ook vertoonden zij minder internaliserend en externaliserend probleemgedrag. De verbeelding van verwaarloosde kinderen nam toe als gevolg van speltherapie. Ook bleken de samenwerking en de interactie met leeftijdgenoten te verbeteren. Een discussiepunt bij de toepassing van speltherapie bij verwaarloosde kinderen is dat het mogelijk de oorzaak van het probleem, namelijk het disfunctioneren van de ouders en het gezin, niet aanpakt. Ook White en Allers (1994) onderzochten met een review de mogelijkheid van speltherapie bij mishandelde en verwaarloosde kinderen. Uit de literatuur komt een specifiek profiel van spelthema's en speelgedrag van mishandelde kinderen naar voren. Maar er is nauwelijks onderzoek gedaan naar hoe hulpverleners deze specifieke gedragingen doelgericht en systematisch kunnen beïnvloeden, met andere woorden naar de effectiviteit van speltherapie bij mishandelde en verwaarloosde kinderen.

In aanvulling op bovenstaande overzichtsstudies zijn enkele primaire onderzoeken meegenomen in dit overzicht over de effectiviteit van speltherapie. Carpentier, Silovsky en Chaffin (2006) onderzochten de langetermijneffecten van cognitieve gedragstherapie (CGT) en speltherapie bij kinderen met seksuele gedragsproblemen. Daarvoor werden 135 kinderen tussen vijf en twaalf jaar aselekt toegewezen aan twaalf sessies CGT of speltherapie. De resultaten hiervan werden vergeleken met een groep kinderen met gedragsproblemen maar zonder seksuele gedragsproblemen. De onderzoekers deden na tien jaar een follow-up waarvoor ze registratiegegevens van jeugdzorgorganisaties, politie en justitie opvroegen. De groep kinderen die CGT had gevolgd had bij de follow-up significant minder seksuele misdrijven begaan dan de kinderen die speltherapie

ontvingen: 2 procent tegenover 10 procent. Zij verschilden niet van de kinderen met andere gedragsproblemen wat betreft het aantal misdrijven op seksueel gebied. Dit ondersteunt het gebruik van CGT bij kinderen met seksuele problemen. Deze CGT bestond uit 12 sessies en was erop gericht om de seksuele gedragsproblemen te veranderen onder andere door kinderen duidelijke seksuele gedragsregels en vaardigheden op het gebied van zelfcontrole te leren en hun ouders basale gedragsmatige vaardigheden in het opvoeden en het houden van toezicht te leren. Speltherapie bleek duidelijk minder effectief dan CGT.

Packman en Bratton (2003) onderzochten de effectiviteit van een groepsgewijze spel- en activiteitentherapie bij preadolescenten met een combinatie van leer- en gedragsproblemen. De onderzoekers vergeleken 12 kinderen die geen behandeling kregen met 12 kinderen die twaalf sessies speltherapie kregen. Zij deden een voormeting en een nameting, waarbij zij gebruikmaakten van de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Behavior Assessment System for Children - Parent Rating Form (BASC – PRF). De overall effectgrootte van de therapie was groot ($d = .83$). Ook voor internaliserende problemen waren de effecten groot ($d = 1.03$ voor de BASC; $d = .90$ voor de CBCL). Vooral angstig en depressief gedrag verminderde als kinderen aan de therapie deelnamen. De externaliserende problemen namen minder sterk af, maar de effecten waren toch nog matig tot sterk ($d = .53$ voor de BASC; $d = .78$ voor de CBCL). De analyses lieten zien dat kinderen die de therapie kregen, minder hyperactief gedrag hadden, geduldiger waren en meer sociaal gewenst gedrag lieten zien, zoals op hun beurt wachten en anderen niet in de rede vallen.

Packman en Bratton (2003) menen dat dit onderzoek een spel- en activiteitentherapie voor preadolescenten ondersteunt. De eerste resultaten zijn positief, maar er moet wel bij opgemerkt worden dat het onderzoek bij slechts een kleine groep is uitgevoerd en dat alleen aan ouders om een oordeel over de vermindering van de problemen is gevraagd.

Blanco en Ray (2011) onderzochten de effecten van kindgerichte speltherapie bij kinderen van zes en zeven jaar op hun schoolprestaties. De 41 kinderen hadden een verhoogd risico op een onderwijsachterstand. De helft van de kinderen kreeg gedurende acht weken twee keer per week speltherapie, de andere helft stond op de wachtlijst voor de interventie. Voorafgaand aan de interventie en na afloop werden de schoolprestaties aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst beoordeeld. Uit het onderzoek bleek dat de kinderen die speltherapie kregen, meer vooruitgingen wat betreft schoolprestaties dan kinderen op de wachtlijst.

2.1 Onderzoek naar Beeldcommunicatie

Voor zover bekend is er in Nederland slechts een effectonderzoek uitgevoerd naar kortdurende Beeldcommunicatie (De Vroom, 1997). Het doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in de effectiviteit van Beeldcommunicatie in combinatie met ouderbegeleiding bij kinderen met opvoedingsproblemen als gevolg van een ingrijpende gebeurtenis. In totaal namen 50 kinderen deel aan het onderzoek. De resultaten zijn vergeleken met een normgroep van 'normale' kinderen en met kinderen die bij een RIAGG aangemeld waren.

Twee groepen deden mee aan Beeldcommunicatie. De tweede behandelgroep ging van start nadat de eerste behandelgroep afgerond was. Er waren vijf meetmomenten:

1. een selectieonderzoek voorafgaand aan de behandeling en het onderzoek;
2. nameting voor behandelgroep 1 en tweede voormeting voor behandelgroep 2;
3. nameting voor behandelgroep 2 en de eerste follow-upmeting van groep 1;

4. tweede follow-upmeting van behandelgroep 1 en de eerste follow-upmeting van behandelgroep 2;
5. tweede follow-upmeting van behandelgroep 2 ongeveer een jaar na afloop van de behandeling.

Voor de effectmeting zijn diverse meetinstrumenten bij de ouders, de leerkrachten en de kinderen gebruikt. Bij de kinderen is alleen de Plaatjesschaal gebruikt. De Plaatjesschaal bestaat uit vier subschalen die betrekking hebben op achtereenvolgens cognitieve competentie, fysieke competentie, acceptatie door leeftijdgenoten en acceptatie door de moeder.

Bij de ouders zijn de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS), Child Behavior Checklist (CBCL) en de Nijmegen-California-Kinder-Sorteertechniek (NCKS) afgenomen. Bij leerkrachten is de Teacher's Report Form (TRF) afgenomen.

Beeldcommunicatie in combinatie met ouderbegeleiding blijkt op korte termijn een duidelijk en significant effect op internaliserend probleemgedrag (effectgrootte $d = .72$) te hebben en leidt tot een toename van 'egoveerkracht' en zelfwaardering (effectgrootte $d = .83$).

In vergelijking met kinderen op een wachtlijst deden kinderen die Beeldcommunicatie kregen het niet beter als het gaat om externaliserend probleemgedrag, schoolresultaten, 'probleemgedrag zoals beoordeeld door de leerkrachten' en 'acceptatie door moeder en leeftijdgenoten'. Ook bij de follow-up blijven de verbeteringen met betrekking tot internaliserende problemen zichtbaar. Voor de externaliserende problemen was pas na verloop van tijd een verschil zichtbaar tussen kinderen die wel en geen Beeldcommunicatie kregen. Pas bij de follow-up werd duidelijk dat kinderen die Beeldcommunicatie kregen minder externaliserende problemen hadden dan kinderen die niet meededen aan Beeldcommunicatie.

De leeftijd, het geslacht, de intelligentie en de sociaaleconomische status van het kind hadden geen effect op de effectiviteit van de behandeling. Kinderen van ouders, en dan vooral vaders die gemotiveerd waren voor de behandeling, hadden meer profijt van de behandeling op het gebied van egoveerkracht, zelfwaardering en prosociale competentie.

2.2 Onderzoek naar Parent-Child Interaction Therapy

Naar de effectiviteit van Parent-Child Interaction Therapy is al veel internationaal onderzoek gedaan. Uit een meta-analyse van Thomas en Zimmer-Gembeck (2007) blijkt dat PCIT positieve effecten heeft. PCIT verminderde door ouders gerapporteerde gedrags- en opvoedingsproblemen. De effectgroottes van de uitgebreide versie van PCIT waren groot en van de kortdurende variant matig. Ook de behandelend therapeuten constateren verbeteringen in geobserveerde gedragingen van het kind.

Een onderzoek dat in deze meta-analyse niet is meegenomen, is dat van Chaffin en collega's (2004). Zij onderzochten met een Randomized Controlled Trial (RCT) de effecten van PCIT in gezinnen waarin kindermishandeling plaatsvond. Honderdtien gezinnen deden mee aan het onderzoek. Ze werden bij toeval aan een van de drie interventiegroepen toegewezen. De interventiegroepen waren PCIT, PCIT plus op de individuele gezinssituatie afgestemde hulp, en de standaard community based oudergroep. De onderzoekers concluderen dat ouders die aan PCIT hebben deelgenomen tot zeker drie jaar na de interventie minder vaak opnieuw hun kind mishandelden (19 procent recidive) dan gezinnen die de reguliere hulp ontvingen (49 procent recidive). De extra toevoeging van op het gezin afgestemde hulp leverde geen betere resultaten op dan de variant waarbij alleen PCIT geboden werd. Bagner en Eyberg (2007) onderzochten de effecten van PCIT op gedragsproblemen bij kinderen met een verstandelijke beperking. Dertig gezinnen namen deel aan het onderzoek. De helft kreeg meteen PCIT aangeboden en de andere helft kwam eerst op een wachtlijst terecht. De resultaten laten zien

dat moeders die aan PCIT deelnamen na afloop op een positievere manier met hun kind omgingen dan moeders op de wachtlijst. Ook waren de kinderen van moeders die hadden meegedaan gehoorzamer. De deelnemende moeders rapporteren na afloop minder gedragsproblemen en minder opvoedingsstress gerelateerd aan moeilijk gedrag van hun kind. De onderzoekers menen dat het gezien de positieve resultaten niet nodig is om PCIT aan te passen voor kinderen met een verstandelijke beperking.

Sparks (2010) deed onderzoek naar een interventie vergelijkbaar met PCIT, genaamd Child Parent Relationship Therapy (in 2006 ontwikkeld door Landreth). 25 tienerouders kregen tien sessies met deze vorm van speltherapie en werden vergeleken met 21 tienerouders die tien lessen over ouderschap kregen. De tienerouders waren tussen de vijftien en negentien jaar oud. De ouders die speltherapie ontvingen, accepteerden hun kind in grotere mate dan de controlegroep. Zij toonden meer empathie voor hun kind en leken een betere relatie met hun kind te krijgen. De stress van de tienerouders nam echter niet af. Sparks (2010) concludeert dat deze vorm van speltherapie een geschikte methode is als ouderprogramma voor adolescenten, zowel preventief als wanneer er al problemen in de omgang tussen ouder en kind dreigen te ontstaan.

2.3 Onderzoek naar Theraplay

Naar Theraplay zijn enkele buitenlandse onderzoeken gedaan (Siu, 2008; Wettig, Coleman & Geider, 2011). Vooral naar de behandeling van kinderen met sociaal angstig gedrag is onderzoek gedaan. De eerste effecten zijn positief. Gebleken is dat sociaal teruggetrokken gedrag afnam nadat kinderen aan Theraplay hadden deelgenomen. Kinderen reageerden assertiever en hadden meer vertrouwen in zichzelf en anderen. De resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid bekeken worden, omdat het aantal kinderen in de onderzoeken slechts beperkt waren (Siu, 2008) en de controlegroep het niet mogelijk maakte om te concluderen dat het aan Theraplay lag dan wel aan spontaan herstel (Wettig et al., 2011).

3. Kritiek op speltherapie en onderzoek

Het meest recente overzicht van onderzoek naar speltherapie is van Phillips (2010). Hij heeft een zeer kritische review geschreven over de huidige stand van zaken in onderzoek naar de effectiviteit van speltherapie. In tegenstelling tot andere onderzoekers meent hij dat er nauwelijks degelijk empirisch bewijs is voor de effectiviteit van speltherapie, ook al is het een van de meest wijdverspreide en gerenommeerde behandelmethoden voor kinderen. Alleen voor speltherapie bij kinderen die een medische procedure moeten ondergaan is er vrij veel bewijs dat het werkt. Maar ook hier plaatst Phillips (2010) een aantal kanttekeningen bij:

- Het onderzoek zou niet het effect van speltherapie, maar van cognitief gedragstherapeutische elementen daarin laten zien.
- De effecten zijn niet zo algemeen als gedacht, maar slechts op enkele goed gespecificeerde variabelen impact hebben. Zo blijkt bijvoorbeeld het kind wel verandering te rapporteren, maar blijken die veranderingen niet uit observaties van anderen. Speltherapie lijkt wel van invloed te zijn op de angst die het kind ervaart, maar niet op hoe het kind pijn ervaart of in hoeverre het meewerkt aan de procedure.
- Bij sommige onderzoeken waren ouders aanwezig, bij andere niet. De mogelijkheid bestaat dat de effecten van speltherapie bij jonge kinderen hierdoor beïnvloed zijn. Ouders vormen dan een modererende of mediërende factor.

Over onderzoek op andere terreinen concludeert Phillips (2010) dat het weinig voortbouwt op eerder werk. De effecten van speltherapie bij angstproblemen en angststoornissen buiten een medische setting zijn onduidelijk. Sommige onderzoeken laten geen enkel of negatieve resultaten zien, maar andere tonen wel positieve resultaten aan. Van de onderzoeken met positieve resultaten blijkt het onderzoeksdesign vaak niet te voldoen aan de hoge eisen om met zekerheid te kunnen stellen dat de therapie het gevonden effect teweegbrengt.

Phillips (2010) meent dat eerder uitgevoerde meta-analyses onvoldoende rekening houden met de beperkte kwaliteit van het primaire onderzoek. Hij merkt op dat de theoretische modellen voor verandering binnen speltherapie nauwelijks geëxpliciteerd en onderzocht zijn. Onderzoekers meten nauwelijks variabelen die te maken hebben met het spel van kinderen in de behandeling.

Baggerly en Bratton (2010) reageren op de kritiek van Phillips. Deels zijn zij het met hem eens. Ook zij menen dat onderzoek naar speltherapie aan de methodologische eisen van goed onderzoek moet voldoen en dat dit tot op heden vaak nog niet het geval is. Zij zijn het er niet mee eens dat onderzoek naar speltherapie waarin ouders als therapeut zijn ingeschakeld (filial therapy) niet meegenomen zou mogen worden. Volgens hen is filial therapy een vorm van speltherapie.

Wanneer Baggerly en Bratton (2010) filial therapy naast de standaarden voor evidence based behandeling leggen, komen zij tot de conclusie dat deze therapie als 'waarschijnlijk effectief' beschouwd kan worden bij het verminderen van internaliserende problemen van kinderen, externaliserende problemen van kinderen en stress van ouders in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep.

Zij zijn het met Phillips eens dat veel onderzoek niet voldoet aan de eisen voor gerandomiseerd onderzoek, maar menen dat in afgelopen 25 jaar grote winst geboekt is op terrein van onderzoek naar speltherapie. Baggerly en Bratton (2010) zijn het met Phillips (2010) eens dat de veranderingstheorie of het veranderingsmodel van speltherapie – de relatie tussen kind, therapeut, spel en de combinatie ervan – meer aandacht verdient. Ook menen zij met Phillips dat het proces van spel binnen speltherapie nader onderzocht moet worden, vooral de waarde van fantasiespel, doen alsof en geregisseerd spel en van spelthema's en het verband tussen spel en de uitkomsten.

4. Conclusie

Speltherapie is een vorm van behandeling die veel bij kinderen gebruikt wordt. Het is een behandeling waarbij de speltherapeut doelgericht en systematisch het spel van kinderen beïnvloedt om de belemmeringen in hun ontwikkeling op te heffen.

Speltherapie lijkt effectief in de behandeling van uiteenlopende problemen. Speltherapie kan zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag verminderen. Belangrijke factoren die van invloed zijn op de uitkomsten, zijn de betrokkenheid van ouders in het behandelproces en het aantal sessies. Het is voorsnog onduidelijk waarom de betrokkenheid van de ouders zo belangrijk is, of met andere woorden wat de werkzame factor is in de betrokkenheid van ouders.

Meer onderzoek is echter nodig om met meer zekerheid te kunnen concluderen dat speltherapie effectief is. Het gebrek aan methodologisch gedegen onderzoek is een punt van grote kritiek van veel onderzoekers. Ook Hellendoorn (2005) concludeert dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van speltherapie. Haar verklaring hiervoor is dat therapeuten vooral praktijkwerkers zijn. In de praktijk zijn er weinig mogelijkheden voor tijdrovend en methodologisch ingewikkeld onderzoek. Een belangrijk aspect van effectonderzoek zou de veranderingstheorie moeten zijn, oftewel het verband tussen de problemen van het kind, de doelen die in de behandeling gesteld zijn en de werkwijze van de speltherapeut.

Naar Parent-Child Interaction Therapy, een vorm van speltherapie waarin ouders als therapeut worden ingezet om middels spel het gedrag van hun kind te beïnvloeden, is goed onderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn positief. Ook bij complexere doelgroepen als gezinnen waarin kindermishandeling heeft plaatsgevonden en kinderen met een verstandelijke beperking zijn met PCIT goede resultaten te behalen.

Literatuur

Allin, H., Wathen, C. N., & MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(8), 497-504.

Baggerly, J., & Bratton, S. (2010). Building a firm foundation in play therapy research: Response to Phillips (2010). *International Journal of Play Therapy*, 19(1), 26-38.

Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 418-429.

Blanco, P.J. & Ray, D.C. (2011). Play therapy in elementary schools: A best practice for improving academic achievement. *Journal of Counseling & Development*, 89, 235-243.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.

Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47-88.

Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488.

Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., et al. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510.

Groothoff, E., Jamin, H. & Beer-Hoefnagels, E. de (2009). *Spel in psychotherapie: Theorie, techniek en toepassing*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Harinck, F. & Hellendoorn, J. (1987). *Therapeutisch spel: Proces en interactie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Hellendoorn, J. (2005). Speltherapie. In: J. Hermanns, C. van Nijnatten, F. Verheij & M. Reuling (Eds.), *Handboek jeugdzorg. Deel 2: Methodieken en programma's*. (). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (1999). Predictors of play therapy outcomes. *International Journal of Play Therapy, 8*(2), 19-34.
- Leblanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly, 14*(2), 149-163.
- Packman, J., & Bratton, S. C. (2003). A school-based group Play/Activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy, 12*(2), 7-29.
- Phillips, R. D. (2010). How firm is our foundation? Current play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*(1), 13-25.
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy, 10*(1), 85-108.
- Siu, A.F.Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy, 18* (1), 1-12.
- Sparks, C.V.F. (2010). Filial therapy with adolescent parents: The effect on parental empathy, acceptance and stress. Liberty University (dissertation).
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P-positive parenting program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, 35*(3), 475-495.
- Vroom, J.M.W. de (1997). *Effecten van kortdurende beeldcommunicatie*. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden
- Wettig, H.H.G., Coleman, A.R. & Geider, F.J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy, 20* (1), 26-37.
- White, J., & Allers, C. T. (1994). Play therapy with abused children: A review of the literature. *Journal of Counseling & Development, 72*(4), 390-394.