ZEGGENSCHAP OVER HET EIGEN LEVEN

Een beeldend therapeutische module voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring.

Sjuul Visser
01-06-2018, Nijmegen

Opdrachtgever: Tineke de Graaff

Begeleider: Mariëlle Koenders

Hoogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie Beeldend.

Afbeelding 1. De verf abstracte achtergrond van de kleur. Grafisch, illustratie. Overgenomen uit “dreamstime.com”. van Malakhova, E., z.d. (https://nl.dreamstime.com/stock-fotografie-de-verf-abstracte-achtergrond-van-de-kleur-met-plaats-voor-tekst-image30115992).

Inhoudsopgave

Voorwoord **Blz. 3**

Samenvatting **Blz. 4**

Inleiding: **Blz. 5-7**

- Theoretisch kader Blz. 5-7

Probleemanalyse: **Blz. 8-10**

- Probleemstelling Blz. 9
- Vraagstelling` Blz. 9
- Doelstelling Blz. 9-10
  - -Uitwerking Blz. 10

Methode: **Blz. 11-13**

- Onderzoekbenadering Blz. 11
  - -Praktijkgericht onderzoek Blz. 11
  - -Kwalitatief onderzoek Blz. 11
  - -Inventariserend en inductief onderzoek Blz. 11
- Databronnen Blz. 11-12
  - -Literatuurstudie Blz. 11
  - -Participanten Blz. 11-12
- Dataverzamelingstechniek Blz. 12
  - -Semigestructureerd interview Blz. 12
  - -Gestructureerd interview Blz. 12
- Analysetechniek Blz. 12-13
  - -Coderen Blz. 12-13
- Kwaliteitscriteria Blz. 13
  - -Betrouwbaarheid en validiteit Blz. 13
  - -Bruikbaarheid Blz. 13

Resultaten: **Blz. 14-18**

- Deelvraag 1 Blz. 14-15
- Deelvraag 2 Blz. 15-16
- Deelvraag 3 Blz. 17
- Deelvraag 4 Blz. 17-18

Conclusie: **Blz. 19-22**

- Resultaten hoofdvraag Blz. 19-22

Discussie: **Blz. 23-24**

- Belang praktijk Blz. 23
- Beroepsmatig handelen Blz. 23
- Kritische kanttekeningen Blz. 24

Aanbevelingen: **Blz. 25**

Literatuurlijst **Blz. 26-27**

Bijlagen: **Blz. 28-29**

- 1. Voorbeelden werkvormen Blz. 28-29
  - -7.1. Fase 1 Blz. 28
  - -7.2. Fase 2 Blz. 28
  - -7.3. Fase 3 Blz. 29
  - -7.4. Fase 4 Blz. 29

Voorwoord

Graag wil ik hier mijn dank uitspreken naar de mensen die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt. Allereerst naar de beeldend therapeuten, voor hun inzet en deelname aan mijn onderzoek. Door middel van interessante interviews met waardevolle informatie is het mogelijk gemaakt om tot resultaten te komen. Bedankt Truus Jans, Karin Schouten, Jolanda Glas, Luc Verheyen, Helma van Jeveren en Linda Sanders. Daarnaast wil ik mijn opdrachtgever, Tineke de Graaff, bedanken. Zij heeft mij aan de hand genomen tijdens dit proces. Mede door haar kritische maar optimistische blik kwam ik elke keer een stapje dichter bij mijn eindresultaat. Voor de begeleiding vanuit de Hogeschool Arnhem en Nijmegen wil ik met name Mariëlle Koenders bedanken, voor het brainstormen, de feedback, de peptalks en haar flexibele beschikbaarheid.

Als laatste wil ik mijn naasten bedanken die mij hebben ondersteund in deze chaotische maar leerzame periode van mijn studieloopbaan.

Samenvatting

“Zeggenschap over het eigen leven” is een praktijkgericht, kwalitatief onderzoek. Door middel van literatuurstudie in combinatie met semigestructureerde en gestructureerde interviews is er antwoord gegeven op de hoofdvraag: “Welke beeldende werkvormen zijn passend volgens de beeldend therapeuten, binnen de vier fases die beschreven worden in het product, “*individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring*”.
Hieruit is gebleken dat de therapeut altijd ruimte en flexibiliteit moet ervaren om af te stemmen op de patiënt in het hier en nu, om zo de veiligheid te waarborgen en de eigen regie en het oplossingsvermogen van de patiënt te stimuleren. Het ontwikkelen van een exacte sessiebeschrijving is daardoor minder passend.
Echter zijn er wel patronen en thema’s naar voren gekomen, die door de meerderheid van de ondervraagde therapeuten beaamd worden.
In de beginfase, twee sessies, ligt de voorkeur bij een observatie- en kennismakingsopdracht. De werkvorm is gericht op het eigen (levens) verhaal van de patiënt. Waarin gekozen wordt voor laagdrempelig materiaal zoals collagetechniek. Het doel hierbij is om de patiënt bewust te maken van zijn wensen en doelen rondom de behandeling en het dagelijkse leven. De nabespreking bestaat daarom voornamelijk uit toekomstgerichte vragen.
Tijdens de eerste fase van de behandelfase, 10 sessies, wordt er geëxperimenteerd met beeldend materiaal. Hierbij ligt de voorkeur bij materialen met een tactiel appèl zoals pastelkrijt, verf/ecoline en klei. De therapeut werkt met de patiënt vanuit de ervaring door middel van kleurgebruik, beweging en beleving. Het doel hierbij is om de patiënt zijn eigen regie te stimuleren. Hierbij worden voornamelijk ervaringsgerichte nabesprekingsvragen gesteld aan de patiënt.
In de opvolgende behandelfase, 10 sessies, wordt er gericht gewerkt aan een langdurig vormgevingsproces. De werkvormen zijn dan gericht op het thema toekomstperspectief. Voor zover mogelijk wordt de materiaal- en techniek keuze bij de patiënt gelaten. Het doel is om de patiënt bewust keuzes te laten maken en te laten handelen naar eigen wensen. Hierbij probeert de therapeut het oplossingsvermogen van de patiënt te stimuleren.
De nabespreking is met name gericht op het beeldend resultaat.
Tijdens de afsluitende fase is het de reflectie op en betekenisgeving aan het proces van de patiënt het doel. De patiënt wordt uitgenodigd zijn gemaakte beeldend werk te ordenen en op te hangen (tentoon te stellen) in de ruimte. Aan de hand van het beeldend proces wordt een transfer gemaakt naar het dagelijkse leven.

Bovenstaande kan worden ingezet bij het reeds geaccordeerde product omzetten naar een consensus-based module. Hierna kan de interventiebeschrijving wetenschappelijk worden onderzocht.

Inleiding

Ter voorbereiding op de consensus-based module heeft Tineke de Graaff opdrachtgever en beeldend therapeut, een product geschreven: ***"individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring"***, hierna te benoemen als 'het product' (link naar het gehele product te vinden in de literatuurlijst). Dit product is beschreven vanuit de persoonsgerichte benadering en transdiagnostische factoren (zie theoretisch kader).
De opdrachtgever heeft contact gezocht met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
In het onderzoek zijn twee studenten van de opleiding beeldende therapie betrokken. Die ieder met een eigen deelonderwerp aan de slag zijn gegaan.
Voor het omzetten van een product naar een consensus-based module moet het verloop van de behandeling op sessieniveau worden uitgeschreven (sessiebeschrijving). Hierover moeten de auteurs (beeldend therapeuten) consensus bereiken. Het deelonderwerp waar dit onderzoek zich op heeft gericht is het verzamelen van effectieve praktijkervaringen voor het ontwikkelen van de sessiebeschrijving.

Tijdens het onderzoek is als eerste een literatuurstudie gedaan om de context van het onderzoek te schetsen. Vanuit deze informatie heeft er een probleemanalyse plaatsgevonden en is er probleemstelling opgesteld. De data is door middel van interviews verzameld en geanalyseerd door middel van de onderzoeksslang van Boeije, (2012) (zie methode). Vanuit de analyse zijn een aantal patronen en thema's naar voren gekomen die beschreven worden in de resultaten. Deze zijn later in de conclusie bekrachtigd met reeds bestaande literatuur.

Theoretisch kader

Vaktherapie is een overkoepelend begrip voor de volgende therapievormen: beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie, danstherapie, speltherapie en psychomotorische therapie. Vaktherapie is een behandelvorm voor mensen met psychische en/of psychosociale problematiek, waarbij methodisch gebruik wordt gemaakt van een evaringsgerichte werkwijze. De hulpvraag van de patiënt staat tijdens de behandeling centraal. Het vakgebied kent al een lange traditie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ook internationaal gezien. Binnen vaktherapie kan er zowel via klachtgerichte- als persoonsgerichte benadering behandeld worden (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Klachtgerichte benadering houdt in dat de patiënt ondersteund wordt om lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosomatische en/of psychosociale problematiek op te heffen, te verminderen of te accepteren. Daarnaast om een terugval en vernieuwende klachten zoveel mogelijke te voorkomen. Hierbij wordt de gestelde (DSM-) diagnose als leidraad gebruikt (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Het product is beschreven vanuit de persoonsgerichte benadering.
De laatste jaren is er binnen de reguliere GGZ steeds meer aandacht gekomen voor het persoonlijke verhaal van de patiënt, de betekenisgeving aan dit verhaal en daardoor reflectie op het eigen leven. De gedachte hierachter is dat patiënt niet alleen van zijn gediagnostiseerde klachten moet herstellen maar ook als persoon zelf.
Door deze persoonsgerichte focus wordt er gewerkt aan de toename van het psychologisch welbevinden, zelfvertrouwen en/of motivatie van de patiënt om tot verandering te komen. De patiënt wordt actief betrokken bij het proces om in contact te zijn met andere, autonomie te bevorderen, authentiek te kunnen zijn en eigen keuzes te

kunnen maken. Door het stimuleren van de expressie van de patiënt kan de zeggenschap en reflectie over het eigen leven verder worden ontwikkeld. Dit is belangrijk om de gezondheid van de patiënt te bevorderen.
Hierbij is er aandacht voor de sterke kanten van de patiënt en het bevorderen van succeservaringen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017; Bohlmeijer, 2012).

Een van de vormen van vaktherapie is beeldende therapie. In beeldende therapie wordt methodisch gewerkt met gerichte interventies met beeldende materialen, gereedschappen en technieken. Hierbij kan er gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld schilderen, tekenen, textiel, steen, metaal, hout en digitale middelen zoals fotografie of film.
De patiënt doet tijdens het beeldend proces zowel fysieke, zintuigelijke, emotionele als cognitieve ervaringen op. De meerwaarde van beeldende therapie is dat het werkstuk concreet is. De patiënt kan het wegleggen of er juist op terug kijken en ervaren hoe het is om het anders te doen. Beeldende therapie wordt door veel patiënten beleefd als een rechtstreekse weg naar diepere gevoelslagen. Hierbij wordt de patiënt geconfronteerd met het eigen patroon van denken, voelen en handelen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Behandelmethode in beeldende therapie kunnen beschreven worden via een interventiebeschrijving. Een Interventiebeschrijving is het geheel aan activiteiten, waarmee hulpverleners specifieke doelen nastreven voor en met patiënten met een hulpvraag. Door het methodisch en systematisch vastleggen van werkwijze en behandeling, kan kennis worden gedeeld en kunnen interventies wetenschappelijk worden onderzocht op effectiviteit. Een belangrijk onderdeel is het onderbouwen van de beschreven interventies met recente literatuur. Hierdoor zijn hulpverleners beter in staat de zorg te verantwoorden.
De Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO) van de Federale Vaktherapeutische Beroepen (FVB) keurt de beschreven interventies. Zij hebben als doelstelling het stimuleren van interventiebeschrijvingen in de vorm van een product of module (Van der, Beek, & Van den, Bos, 2016).

Een product is een interventiebeschrijving in grote lijnen. Hierbij staat de combinatie van probleem en behandelaanbod centraal. Dit wordt gericht op een specifieke doelgroep waarbij een passend vaktherapeutisch behandelaanbod is ontwikkeld. De setting van het behandelaanbod speelt hierin geen rol. Het wordt geschreven voor niet-vakgenoten als hoofd-behandelaren of verwijzers (huisarts) (Van der, Beek, & Van den, Bos, 2016).

Een module is in verhouding tot een product meer gedetailleerd uitgewerkt. De handelingen van de therapeut zijn in een module concreet, expliciet en procesmatig beschreven.
Door de meer gedetailleerde beschrijving vanuit vak-gerelateerde kennis, is het met name geschreven voor vakgenoten. De meer gedetailleerde beschrijving zit hem vooral in de toegevoegde sessiebeschrijving (Van der, Beek, & Van den, Bos, 2016).
Hierin staat vermeld welke beeldende werkvormen elkaar opvolgen tijdens de sessies van de behandeling. Voor het beschrijven van deze beeldende werkvormen zijn een aantal dingen van belang. Het beschrijven van het doel van de beeldende werkvorm; welke beeldende materialen er worden gebruikt; welke attitude van de therapeut van belang is en welke evaluatie/nabesprekingsvragen er aan de patiënt gesteld kunnen worden (Haeyen, 2007).

Zowel producten als modules kunnen het predicaat consensus-based behalen. Dit predicaat kan behaald worden als tijdens het traject van ontwikkelen en beschrijven van de betreffende interventies, door minimaal vijf expert-vaktherapeuten overeenstemming is bereikt over de inhoudt van de interventiebeschrijving. Met expert-vaktherapeut wordt bedoeld dat de vaktherapeut ervaring moet hebben met hetzelfde vaktherapeutisch-middel, dezelfde

doelgroep en werkwijze. Door de overeenstemming over de werkzaamheid van de interventies wordt er een eerste stap gemaakt naar validatie van de interventies.
Hierna kunnen de interventies wetenschappelijk worden onderzocht (Van der, Beek, & Van den, Bos, 2016).

Het bestaande product is opgesteld vanuit transdiagnostische factoren.
Transdiagnostische factoren zijn DSM-diagnose overstijgende factoren. Het gaat hierbij om factoren die bij verschillende psychiatrische aandoeningen een risico vormen voor de problematiek of voor een in-stand-houding van de problematiek. Dit kan gaan over gelijke symptomen bij verschillende stoornissen, zoals angst- en depressieve gevoelens. Het kan ook gaan om gelijke gedragingen, copingstrategieën, cognitieve, emotionele, motivationele factoren of universele neurobiologische factoren (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017; Van den Bos, & Meijnckens, 2017).
Binnen het product worden de transdiagnostische factoren verlies en psychologisch welbevinden gebruikt.

Onder verlies wordt de veranderende levenssituatie van de patiënt verstaan door een tekort of gebrek aan bepaalde aspecten van het leven. Een verlieservaring wordt beschouwd in de breedste zin van het woord. Daarbij kan het gaan om verlies van geliefde, werk, status, lichamelijk functioneren en/of vertrouwen in zichzelf en zijn omgeving.
Het ervaren van verlies is een onderdeel van het menselijk bestaan en de meeste mensen kunnen hierover rouwen.
Verlieservaringen zijn ingrijpende levensgebeurtenissen. Als dergelijk verlies het aanpassingsvermogen van het individu overvraagd kan het verlies niet worden begrepen en geordend. Hierdoor ontbreekt een gevoel van controle en daalt de zelfwaardering. In deze situatie kan het mogelijk zijn dat men er niet in slaagt vorm te geven aan de eigen identiteit en zich niet weet aan te passen aan de nieuwe levensomstandigheden (na verlies).
Dit benoemd men als een ontwrichtende verlieservaring. Een ontwrichtende verlieservaring is een bewezen meerwaarde bij het ontwikkelen van verschillende psychiatrische problemen (De Graaff, 2017; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Bij een ontwrichtende verlieservaring kan ook het verlies van actorschap optreden. Bij het verlies van actorschap ontbreekt het vermogen om betekenisvolle doelen te stellen en daarmee zin te geven aan het eigen leven. Actorschap is een begrip wat het vermogen om richting te geven aan het eigen leven omschrijft. Dit is alleen mogelijk als het individu voor zichzelf aantrekkelijke en wenselijke leef-perspectieven heeft. Daarnaast is het belangrijk dat de persoon zich in staat voelt en mogelijkheden ervaart om deze perspectieven te verwezenlijken en te kunnen reflecteren en evalueren over het leven en zijn toekomstperspectief. Het verlies van actorschap heeft een negatief effect op het psychologisch welbevinden en is daardoor een risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problematiek (De Graaff, 2017; Bohlmeijer, 2012).

Het psychologisch welbevinden gaat over zelfrealisatie, het effectief functioneren van het individu. Zelfrealisatie kan bereikt worden door zelfacceptatie, persoonlijke groei, doelen in het leven, omgevingsbeheersing, autonomie en positieve relaties (Bohlmeijer, 2012).

Probleemanalyse

In de zorgsector, waar beeldende therapie onder valt, worden zorgverleners door bezuinigingen steeds kritischer naar vergoedingen en bestedingen van zorggeld (Van Hooren, 2017).
In 2015 publiceerde het Zorginstituut Nederland het rapport: *Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ*, voor minister Schippers van Volksgezondheid. Het Zorginstituut Nederland constateerde dat de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën onvoldoende is onderzocht. Om met vaktherapie tot de verzekerde zorg te blijven behoren is het belangrijk dat de behandelmethode wordt ondersteund door wetenschap en praktijk. Het vakgebied behoort tot een al lang bestaande behandelmethode zowel nationaal als internationaal, met wetenschappelijk bewijs op laag niveau.
Het Ministerie heeft naar aanleiding van dit rapport besloten de beroepsgroep de ruimte te gegeven om tot 2020 alsnog het benodigde wetenschappelijke bewijs te verzamelen (Boer, 2015).

Hierdoor is aan de vaktherapeutische sector de opdracht gegeven meer wetenschappelijk bewijs te verzamelen en een generieke module te ontwikkelen.
Dit wordt gedaan door middel van diverse onderzoeken in samenwerking met lectoraten, beroepsverenigingen, organisaties/vaktherapeuten uit de praktijk en hogescholen/universiteiten, om zo gezamenlijk de wetenschappelijke onderbouwing te verwezenlijken (Van Hooren,2017).

Een voorbeeld van deze samenwerkingsverbanden is de Generieke Module Vaktherapieën, die in 2017 ontwikkeld is. Dit is gedaan door de FVB met ondersteuning van Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, in samenwerking met verschillende vak-experts.
Hierbij hebben de onderwerpen persoonsgericht benadering en transdiagnostische factoren een grote rol gespeeld omdat hier binnen de Nederlandse GGZ steeds meer aandacht voor is (Van den Bos, & Meijnckens, 2017).

Deze belangstelling heeft ook interesse gewekt van de individuele vaktherapeut zoals het ontwikkelde product van Tineke de Graaff.
De interventiebeschrijving van het product bestaat uit 24 sessies. Deze sessies worden onderverdeeld in vier fases. Elke fase stimuleert een actieve, betrokken en reflectieve houding van de patiënt.
De eerste fase (twee sessies) is gericht op de patiënt bewust maken van voor hem belangrijke wensen. Door deze wensen in beeld te brengen wordt het eerste vormgevingsproces gestart. Hierbij wordt beroep gedaan op verbeelding, commitment en reflectie van de patiënt.
Tijdens de tweede fase (tien sessies) wordt de aandacht gericht op het experimenteren met beeldende materialen. Hierbij gaat het om het opmerken van de eigenschappen van het beeldend materiaal, zich aan te kunnen passen aan deze eigenschappen en eigen regie te nemen.
In de derde fase (tien sessies) staat het vormgevingsproces centraal. Het gaat erom dat de patiënt vorm geeft aan een beeldend idee en komt tot een concreet werkstuk. Dit proces wordt voortgezet tot de patiënt er tevreden over is. Hierdoor neemt de patiënt verantwoordelijkheid en engageert zich.
Tijdens de vierde fase (twee sessies) wordt de patiënt uitgenodigd om te reflecteren en betekenis te geven aan zijn beeldend werk door middel van een zelf ingerichte tentoonstelling. Door woorden te geven aan het beeldend werk en deze woorden te delen krijgt het proces ook buiten de context van de therapie betekenis voor de patiënt (De Graaff, 2017).

Dit product is goedgekeurd door de CPMO van de FVB. Nu is gevraagd om dit product om te zetten in een consensus-based module. Daarna kunnen de interventies wetenschappelijk worden onderzocht en nader worden onderbouwd.

Psychiatrische patiënten met verlies van actorschap door een ontwrichtende verlieservaring zijn gebaat bij een wetenschappelijk onderbouwde module.
De zorg die de beeldend therapeut bijdraagt aan de behandeling van de patiënt kan hierdoor verbeteren.
De kosten van ziekte en verlies van deze psychiatrische patiënten drukt op de maatschappij en op de patiënt zelf. De patiënt is namelijk niet in staat om te voldoen aan de norm van zelfredzaamheid (De Graaff, 2017).
Wetenschappelijk onderbouwde interventies kunnen de behandeling van deze doelgroep bevorderen waardoor de patiënt zijn zelfredzaamheid kan verbeteren. Hierdoor kunnen patiënten beter meekomen in de dagelijkse maatschappij, wat zorgt voor een betere gezondheid en welzijn van de patiënt.

Probleemstelling

Het ontbreekt in het product van Tineke de Graaff aan de eerste voorwaarde voor wetenschappelijk onderzoek, namelijk dat het consensus-based tot stand is gekomen. Ook de interventiebeschrijving op sessieniveau ontbreekt.

Vraagstelling

Voor dit onderzoek is de vraag of er consensus mogelijk is over de fasen van de interventie en de praktische invulling daarvan op sessieniveau.

Hoofdvraag: *"*Welke beeldende werkvormen zijn passend volgens de beeldend therapeuten, binnen de vier fases die beschreven worden in het product, "*individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring"*?

Deelvragen:
- Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de eerste fase van de behandeling, gericht op de patiënt bewust maken van zijn eigen wensen?
- Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de tweede fase van de behandeling, gericht op het experimenteren met beeldend materiaal ?
- Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de derde fase van de behandeling, gericht op het vormgevingsproces?
- Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de vierde fase van de behandeling, gericht op de afsluiting van de behandeling?

Doelstelling

Het onderzoek kan bijdragen leveren aan een van de doelstellingen zoals beschreven in de onderzoekagenda 2015-2020 van de FVB ("22 nieuwe vaktherapeutische interventies zijn beschreven en theoretisch onderbouwd vanuit de wetenschappelijke literatuur en/of beschreven volgens een erkend format.") (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).
Daarnaast kan er meer kennis worden vergaard over persoonsgericht werken en behandelen via transdiagnostische factoren.

Het hoofddoel, van de opdrachtgever en de rest van de auteurs, is om het product te vertalen naar een consensus-based module, zodat de interventies wetenschappelijk kunnen worden onderzocht. Om dit te bereiken moet er kennis en ervaring uit de praktijk over werkwijze en werkvormen verzameld worden.
Dit onderzoek gaat zich richten op het verzamelen van deze informatie door middel van interviews. Het doel is dat aan het einde van elk interview wordt gekeken naar overkoepelende thema's, materialen, attitude en nabesprekingsvragen.

Uitwerking:
Deze data zullen beschreven worden in een (bachelor) onderzoeksverslag. De auteur van dit onderzoeksverslag, Sjuul Visser, is eigenaar van de resultaten. De opdrachtgever uit de praktijk mag de resultaten gebruiken voor vervolgonderzoek naar de consensus-based module. Alle deelnemende partijen worden vermeld als mede-ontwikkelaars van de module.

Methode

Onderzoekbenadering

Praktijkgericht onderzoek:
Het hoofdtype onderzoek wordt volgens Verhoeven, (2011), bepaald door het type probleem dat wordt opgelost. In het geval van dit onderzoek komt het probleem vanuit de praktijk. Verhoeven, (2011), beschrijft het oplossen van een probleem uit de praktijk als een praktijkgericht onderzoek. Hierbij wordt de vraag gericht op praktische, toepasbare kennis.

Kwalitatief onderzoek:
In dit onderzoek is de vraag gericht op het verzamelen van kennis en ervaringen van beeldend therapeuten waardoor er wordt uitgegaan van een kwalitatief onderzoek.
De onderzoeker is hierbij geïnteresseerd in de betekenis die de participanten zelf aan de situatie geven. De kennis, mening en betekenisgeving van de participanten speelt hierbij een centrale rol. Bij kwalitatief onderzoek is het verzamelen van gegevens flexibel, er kan worden aangepast op onverwachte situaties (Verhoeven,2011).

Inventariserend en inductief onderzoek:
Onder kwalitatief onderzoek heb je nog vallen nog een aantal soorten van onderzoek.
Ten eerste valt dit onderzoek onder inventariserend onderzoek.
Binnen dit type onderzoek wordt de huidige stand van zaken in beeld gebracht (De Witte, 2016).
In dit geval wordt er gekeken naar welke kennis en ervaringen er al beschikbaar zijn over interventies, werkwijze en werkvormen, bij het behandelen van de beschreven doelgroep.
Ten tweede wordt deze informatie gebruikt voor het ontwikkelen van een consensus-based module waarbij een nieuwe behandelmethode (theorie) wordt ontwikkeld.
Dit valt onder inductief onderzoek (Verhoeven, 2011).

Databronnen

Literatuurstudie:
Allereerst heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden om de context van het onderzoek te schetsen. Er is gebruik gemaakt van verschillende databronnen.
Hierbij wordt er gezocht naar al bestaande informatie, kennis en inzichten (Michelbrink, 2014). Tijdens het opzoeken van deze informatie is er gebruik gemaakt van zowel Nederlandstalige als Engelstalige boeken, (wetenschappelijke) artikelen en databases.
Daarnaast zijn er ook bronnen ontvangen van de opdrachtgever.
Om de verkregen resultaten uit het onderzoek verder te onderbouwen is er ook gebruik gemaakt van (inter-) nationale vakliteratuur.

Participanten:
De geïnterviewde beeldend therapeuten zijn belangrijke databronnen voor het onderzoek. Een aantal hiervan zijn tevens de auteurs van de uiteindelijke consensus-based module.
De opdrachtgever heeft vijf van de zes participanten geworven. Het contact met deze therapeuten is dan ook via de opdrachtgever als tussenpersoon verlopen.
Er is ook gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode volgens Baarda, Van der Hulst, & De Goede, (2012). Tijdens het interview is er aan elke participant gevraagd of hij/zij nog een beeldend therapeut kent die met deze doelgroep werkt en open zou kunnen staan voor een interview. Vanuit deze steekproef zijn een aantal namen benoemd maar helaas geen participanten geworven. Wel is er een oproep op sociaalmedia geplaatst (Facebookpagina Vaktherapie) waarmee één (laatste) participant is geworven.

De zes participanten zijn allen werkzaam als beeldend therapeut binnen verschillende GGZ organisaties. De helft van de beeldend therapeuten is meer dan 30 jaar werkzaam met de beschreven doelgroep. De andere helft heeft werkervaring tussen de vijftien en twintig jaar.

Dataverzamelingstechniek

De data zijn via een expertinterview verzameld. Hierbij worden personen geïnterviewd die kennis hebben van het onderwerp waar onderzoek naar wordt gedaan (Baarda, et al., 2012).

Semigestructureerd interview:
De eerste interviewtechniek is semigestructureerd. Bij een semigestructureerd interview staan de interview vragen niet van te voren vastgesteld. Daarentegen zijn de onderwerpen van het interview wel van te voren bepaald. Voor de volgorde van het bespreken van deze onderwerpen wordt van te voren een meest logische opzet gemaakt, hier mag tijdens het interview wel van afgeweken worden. Voor elk van deze onderwerpen wordt een beginvraag geformuleerd. Elk onderwerp is van te voren opgesteld door middel van een topiclijst. Hier staan belangrijke trefwoorden geformuleerd die door middel van de beginvraag beantwoord moeten worden. Het kan zijn dat de geïnterviewde niet spontaan antwoord geeft op alle trefwoorden, hiervoor kunnen er van te voren ook ‘door’-vragen worden opgesteld (Baarda et al., 2012).

Gestructureerde interviews:
Na de vier semigestructureerde interviews, zijn er ter controle van de verkregen resultaten nog twee gestructureerde interviews afgenomen. Een gestructureerd interview is een interview waarbij de vragen van te voren in een vaste volgorde zijn opgesteld. Er wordt door de gespreksleider meer gekaderd en meer richting gegeven aan de onderwerpen (Baarda, et al., 2012).
Deze extra interviews zijn toegevoegd om saturatie te bereiken over de verkregen resultaten. Saturatie houdt in dat de dataverzameling niet langer tot nieuwe informatie leidt en nog alleen bevestiging geeft aan de eerder verkregen resultaten (Boeije, 2012).

Analysetechniek

Volgens Boeije, (2012) is analyseren van kwalitatief onderzoek, het proces van systematisch onderzoeken en ordenen van de interviewtranscriptie.
Hierdoor krijgt de onderzoeker meer inzicht in zijn onderwerp. De analyse bestaat uit het uiteenleggen en structureren van de verkregen informatie. Dit wordt gedaan door de gegevens samen te vatten en te ordenen in categorieën. De onderzoeker vergelijkt gegevens om te zien of ze overeenkomsten hebben. Deze categorieën worden vervolgens weer met elkaar in verband gebracht. De analyse van de gegevens wordt voortdurend gestuurd door de reflectie op de probleemanalyse van het onderzoek (Boeije, 2012).
Tijdens de kwalitatieve analyse wordt er gewerkt volgens de constante vergelijking. Dit houdt in dat de dataverzameling- en de analysetechniek afgewisseld worden. Door de verzamelde data tussendoor te analyseren kan de onderzoeker de manier van verzamelen van data aanpassen op de nieuw verkregen informatie (Boeije,2012).

Coderen:
Het vergelijken van de informatie op overeenstemmingen en het plaatsen binnen categorieën, noemt men coderen. Elke categorie krijgt een naam, ook wel een code genoemd. De keuze voor een bepaalde code is aan de onderzoeker zelf (Boeije, 2012).
De onderzoeksslang van Boeije, (2012) is een systematische weergave van het coderingsproces.
Dit stappenmodel zorgt voor houvast in de analysefase. Hierbij komen de drie verschillende coderingsmethodes aanbod. Open coderen is de eerste stap waarmee de categorieën worden vastgesteld. Axiaal coderen is de volgende stap waarbij de categorieën worden

beschreven. Het vervolgens structureren van de categorieën door opzoek te gaan naar verbanden, heet selectief coderen. Het structureren van de codering is gedaan door middel van mind-maps.

Kwaliteitscriteria

Betrouwbaarheid (trustwothiness) en validiteit:
Bij kwalitatief onderzoek worden hoge eisen gesteld aan trustworthiness. De mate van trustwothiness bepalen de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.
Een van de eisen van trustworthiness is het opstellen van een informed consent wat ondertekend moeten worden door de participant en de onderzoeker zelf.
In dit onderzoek werd tevens gebruik gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat er gebruik is gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden (Schoot, 2011).

Belangrijk voor de betrouwbaarheid en validiteit van de data-verzameling is het opstellen van identieke vragenlijsten (Verhoeven, 2011). De beide soorten interviewtechnieken zijn volgens een vaste vragenlijst afgenomen, de vragenlijsten zijn zo gestructureerd mogelijk gevolgd tijdens de interviews, zodat de interviews zo identiek mogelijk zijn afgenomen.
Bij het transcriberen van de interviews, zijn de samengevatte transcripten terug gestuurd naar de participanten ter controle.

Tijdens het onderzoek heeft een derde partij naar de analysetechniek en codering van het onderzoek gekeken omdat dit de onderzoeker een beeld geeft of zijn codering “juist” en logisch is opgesteld. Dit is gedaan door de derde partij naar de codes te laten kijken en deze te laten rangschikken. Over de rangschikking is later gesproken met de onderzoeker en zijn op-en-aanmerking meegenomen in de vervolg analyse.

Daarnaast is het analyseren via de constante vergelijking een bevordering de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Net als het bereiken van saturatie.

Bruikbaarheid:
Het onderzoek is gericht op de praktijk.
Om de bruikbaarheid van praktijkgericht onderzoek zo hoog mogelijk te maken is het van belang om de opdrachtgever uit de praktijk zo nauw mogelijk te betrekken bij het onderzoek. Hierdoor kun je bepalen waar het onderzoek op gericht moet worden. Daarnaast is de opdrachtgever vaak werkzaam binnen een organisatie waarin deskundigen werken die behulpzaam kunnen zijn bij het onderzoek. Dit geeft ook een positief effect op de betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2011).
Tijdens dit onderzoek was er een nauw samenwerkingsverband met de opdrachtgever uit de praktijk. Er heeft tussendoor veel overleg plaatsgevonden over keuzes voor de onderzoeksopzet en de uitvoering van de interviews.

Resultaten

De resultaten zijn onderaan elke deelvraag schematisch weergeven door middel van een staafdiagram.

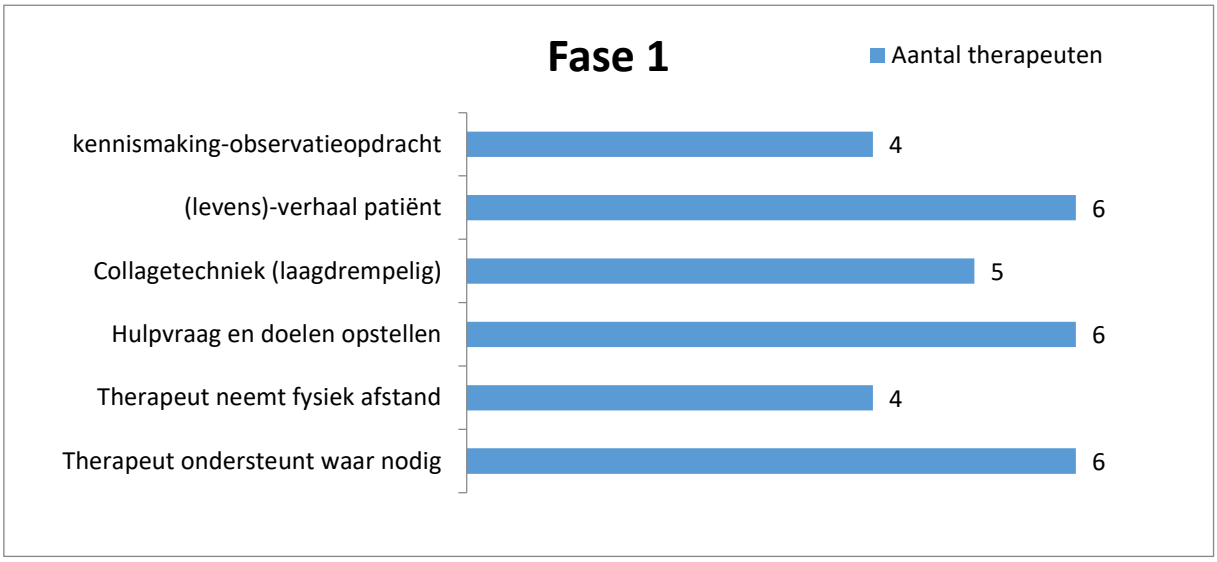
Deelvraag 1

Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de eerste fase van de behandeling, gericht op de patiënt bewust maken van zijn eigen wensen?

Vier van de zes beeldend therapeuten geeft aan dat zij in de eerste fase van de behandeling, de beginfase (twee sessies), starten met een kennismaking- en observatieopdracht. Hierin biedt elke therapeut een werkvorm aan waarin de patiënt zijn eigen (levens-) verhaal kan vormgeven. Vijf van de zes beeldend therapeuten doet dit door middel van een laagdrempelig materiaal zoals collagetechniek. Vaak een bekend materiaal voor de patiënt. Tijdens deze fase is de attitude van de therapeut ondersteunend waar nodig. De ervaring, van vier van de zes beeldend therapeuten is dat de patiënt het vaak als prettig ervaart als er fysiek afstand wordt genomen door de therapeut. Dit doet de meerderheid door iets ondergeschikts te gaan doen in de therapieruimte maar wel in het zicht te blijven van de patiënt.

Participant 3: "Zodat de patiënt niet het gevoel heeft dat die op zijn vingers gekeken wordt."

Het doel van de opdracht is om de hulpvraag en doelstelling voor de behandeling duidelijk te krijgen. Daarom wordt er tijdens de nabespreking vaak gekozen voor toekomstgerichte vragen, om zo de patiënt bewust te maken van zijn eigen wensen binnen therapie en het dagelijkse leven. Voorbeelden van werkvormen die gegeven kunnen worden zijn te vinden in de bijlagen *(Bijlage 1.1: Fase 1).*



(Grafiek 1: Resultaten deelvraag 1).

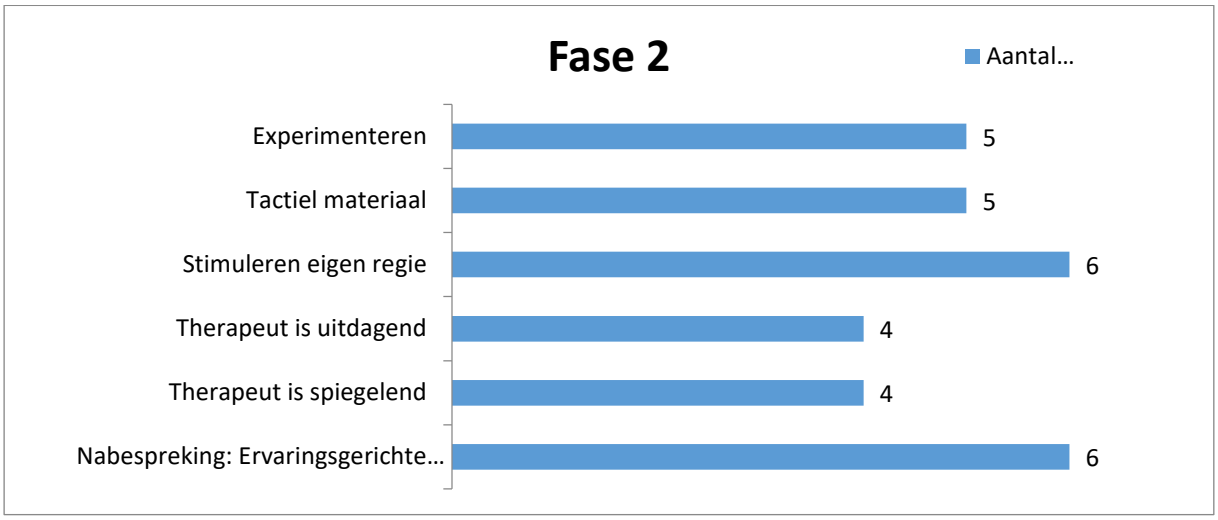
Deelvraag 2

Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de tweede fase van de behandeling, gericht op experimenteren met beeldende materialen?

Tijdens de eerste behandelfase (tien sessies) wordt er door vijf vaan de zes beeldend therapeuten geëxperimenteerd met beeldende materialen. Dit houdt in dat de patiënt de mogelijkheden van verschillende materialen onderzoekt. Hierdoor kan de patiënt gaan ervaren welke materialen en handelingen hij/zij wel of niet als prettig vindt. Volgens de therapeuten heeft experimenteren een positieve invloed op het stimuleren van de eigen regie. Vijf van de zes therapeuten kiest hierbij voor materialen die appèl[1] kunnen doen op een tactiele[2] ervaring. De materialen die hierbij genoemd worden zijn verf (acryl, aquarel en ecoline), pastelkrijt en klei.

Participant 2: "Door experimenteren kan de patiënt vaak opnieuw contact leren maken met zijn gevoelswereld en deze gevoelens ervaren, herkennen en benoemen".

Vier van de zes therapeuten probeert tijdens deze fase de patiënt zoveel mogelijk uit te dagen en te spiegelen in zijn handelingsonderzoek. Dit wordt voornamelijk gedaan via het beeldend medium. Tijdens de nabespreking wordt er door alle beeldend therapeuten gekozen voor ervaringsgerichte vragen. Deze vragen kunnen ook al tijdens het proces van beeldend werken worden gesteld. Voorbeelden van werkvormen die gegeven kunnen worden zijn te vinden in de bijlagen *(Bijlage 1.2: Fase 2).*



(Grafiek 2: Resultaten deelvraag 2).

[1]*Appèl: Elk materiaal heeft zijn eigen appèl. Dit heeft betrekking op de eigenschappen van het materiaal. Het appèl nodigt de patiënt uit om iets te doen met het beeldend materiaal. Hoe de persoon reageert op het appèl van het materiaal, zegt iets over het behoeftepatroon van de patiënt (Smeijsters,2008).*

[2]*Tactiel: Tactiel materiaal houdt in dat het materiaal tactiele expressie uitlokt. Dit wil zeggen dat de patiënt in direct contact staat met het materiaal door middel van zijn handen zonder tussenkomst van gereedschappen (Hinz, 2009).*

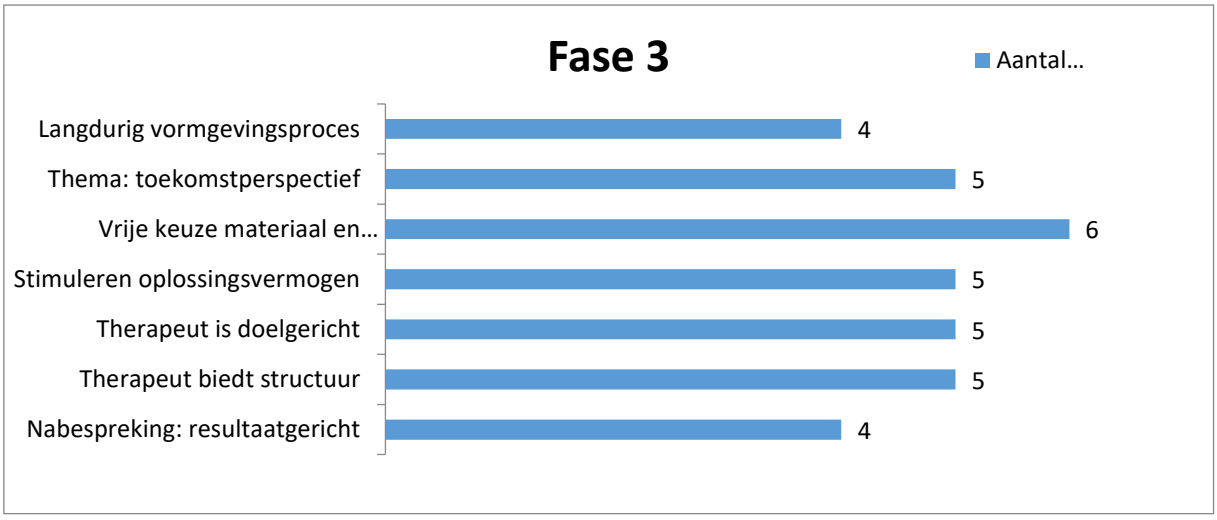
Deelvraag 3

Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de derde fase van de behandeling, gericht op een langdurig vormgevingsproces?

Tijdens het proces van beeldende therapie worden de patronen en thema's van de patiënt steeds duidelijker. Na het experimenteren met beeldend materiaal wordt door, vier van de zes therapeuten, een overstap gemaakt naar een langdurig vormgevingsproces.
Tijdens deze behandelfase (tien sessies) richten, vijf van de zes therapeuten, zich op het thema toekomstperspectief. Alle therapeuten overleggen met de patiënt welke materialen en technieken er gebruikt gaan worden om het gewenste resultaat te bereiken. De patiënt krijgt hierin zoveel mogelijk eigen keuze omdat het doel van de fase ligt bij de patiënt bewuste keuzes laten maken en laten handelen naar eigen wensen.

Participant 4: "Als de patiënt tevreden en trots kan zijn over het resultaat, is het naar mijn mening geslaagd".

Om structuur aan te brengen gaan vijf van de zes beeldend therapeuten doelgericht en planmatig te werk. Eerst materiaaluitleg geven bij onbekend materiaal, vervolgens een schets maken van het idee, tot aan de uitwerking. De therapeut probeert hierbij het oplossingsvermogen van de patiënt te stimuleren. Door vier van de zes therapeuten wordt er tijdens de nabespreking vooral aandacht geschonken aan het beeldend resultaat. Wat wil de patiënt bereiken en welke keuzes zijn daarvoor nodig. Voorbeelden van werkvormen die gegeven kunnen worden zijn te vinden in de bijlagen *(Bijlage 1.3: Fase 3).*



(Grafiek 3: Resultaten deelvraag 3).

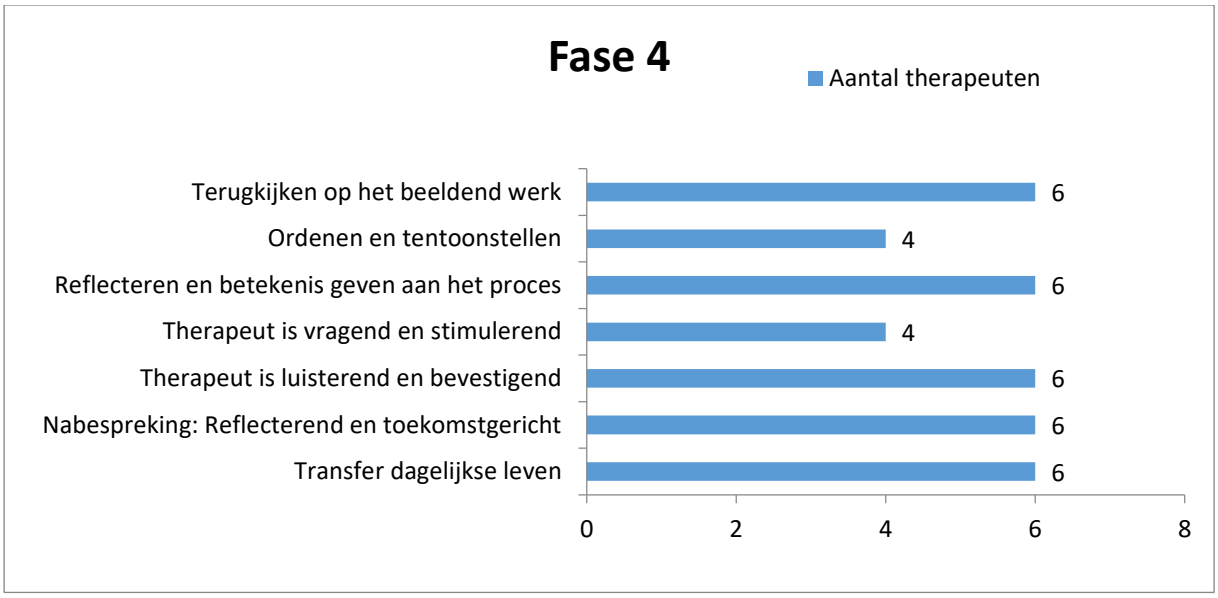
Deelvraag 4

Welke kennis/praktijkervaringen worden benoemd door de beeldend therapeuten binnen de vierde fase van de behandeling, gericht op reflecteren en betekenisgeven?

Tijdens de afsluitende fase (twee sessies), geeft elke therapeut aan, samen met de patiënt, terug te kijken op het gemaakte beeldend werk.

Participant 1: "Dat is het mooie aan beeldende therapie, beeldend werk is concreet. Je kan het bewaren en er aan het einde met de patiënt samen op terug kijken".

Vier van de zes therapeuten gebruiken al het beeldend werk, terwijl twee van de zes therapeuten de patiënt een selectie van betekenisvolle werken laat kiezen.
Vier van de zes therapeuten laat de patiënt het beeldend werk ordenen en tentoonstellen. Elke therapeut stelt reflecterende en toekomstgerichte vragen over het proces van de patiënt. Hierbij wordt de patiënt uitgedaagd om te reflecteren over en betekenis te geven aan zijn eigen proces. Alle therapeuten zijn hierbij luisterend en bevestigend aanwezig. Vier van de zes therapeuten probeert daarnaast ook vragend en stimulerend aanwezig te zijn.
In deze fase is de transfer[3] naar het dagelijks leven van extra van belang. Voorbeelden van werkvormen binnen deze fase zijn te vinden in de bijlagen *(Bijlage 1.4: Fase 4)*.



(Grafiek 4: resultaten deelvraag 4).

[3]*Transfer dagelijks leven: De overeenkomst tussen patronen in (beeldende) therapie en patronen in het dagelijkse leven (Smeijsters,2008).*

Naast de resultaten die verzameld zijn aan de hand van de deelvragen kwamen er nog een aantal belangrijke thema´s aan de orde. De beeldend therapeuten beschrijven ieder de psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring als een doelgroep met minder draagkracht. Dit maakt de doelgroep extra kwetsbaar.

Participant 6: "De veiligheid en eigen regie van de patiënt tijdens de behandeling staat centraal".

Daarom is het belangrijk dat de therapeut ter aller tijde afgestemd blijft op de patiënt in het hier-en-nu. Daarbij is het empathisch vermogen van de therapeut van groot belang. Bij deze doelgroep is, volgens alle therapeuten, het stimuleren van de eigen regie van de patiënt een overkoepelend doel.

Conclusie

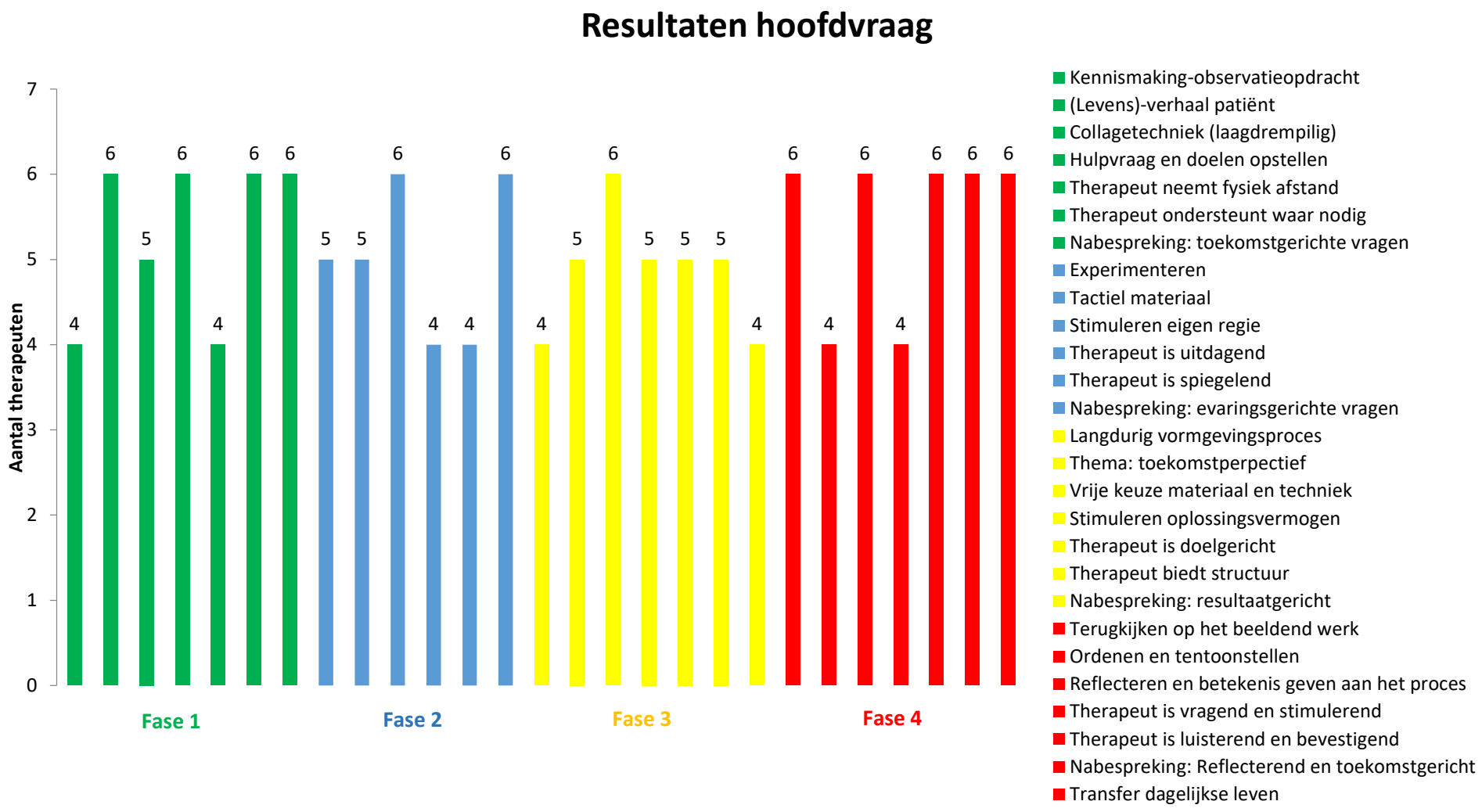
"Welke beeldende werkvormen zijn passend volgens de beeldend therapeuten, binnen de vier verschillende *fases die beschreven worden in het product, "individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring?"*

De hoofdvraag van dit onderzoek is door middel van de resultaten gedeeltelijk beantwoord. Er zijn vele patronen en thema's duidelijk geworden. Waarvan enkele resultaten in de conclusie ook gekoppeld worden aan reeds bestaande literatuur.
Echter is het door de afstemming in het hier-en-nu en de stimulatie van de eigen regie van de patiënt, minder passend om een vaste sessiebeschrijving op te stellen.

De doelgroep waarvoor deze module wordt ontwikkeld is volgens de beeldend therapeuten kwetsbaar omdat zij beschikken over minder draagkracht. Door de ontwrichtende verlieservaring en het verlies van actorschap hebben de patiënten het vermogen om richting te geven aan het eigen leven verloren.

Het doel van de behandeling is het herstellen van actorschap, het vermogen om richting te geven aan het eigen leven oftewel de eigen regie van de patiënt vergroten.
Eigen regie houdt in dat ieder mens in staat gesteld moet worden om zijn eigen leven te leiden, eigen keuzes te maken en mee te doen in de samenleving waar mogelijk. Daarom moet de behandeling aansluiten bij de patiënt zijn eigen waarden, mogelijkheden en voorkeuren (Brink, & Van der Veen, 2013).
De meerderheid van de bevraagde beeldend therapeuten beaamd het stimuleren en waarborgen van de eigen regie van de patiënt. Dit wordt gedaan door naast het behandelvoorschrift altijd te blijven afstemmen op de patiënt in het hier-en-nu.
De wijze waarop de patiënt contact maakt en afstemt, vertelt veel over de balans in denken-voelen-handelen. Door af te stemmen, mee te gaan in de beleving en de beweging van de patiënt kan de therapeut het patroon van denken-voelen-handelen van de patiënt beter leren begrijpen (Schweizer, 2009).
Hiervoor is een empathische houding van de therapeut van belang.
Een empathische, betrokken houding van de therapeut is één voorwaarde om goed aan te voelen hoe de patiënt in zijn vel zit en hoe de patiënt met zijn problemen omgaat (Schweizer, 2009).
Volgens de beeldend therapeuten kan een afgestemde empathische houding de veiligheid en autonomie van de patiënt bevorderen.

Ondanks het afstemmen op het individu in het hier-en-nu en het stimuleren en waarborgen van de patiënt zijn eigen regie, zijn er meerdere patronen, in de behandeling van deze doelgroep, tot uiting gekomen.



(Grafiek 5: resultaten hoofdvraag).

Uit de resultaten van deelvraag één, *(Grafiek 1).* blijkt dat de meerderheid van de beeldend therapeuten in fase 1 van de behandeling, de beginfase, starten met een observatie- en kennismakingsopdracht. Het thema van de beeldende werkvorm is daarom gericht op het eigen (levens) verhaal van de patiënt. De meerderheid werkt hierbij vanuit collagetechniek en beschrijft dit als laagdrempelig.
Collagetechniek is een beeldende techniek die houvast en structuur biedt. Via collagetechniek is het makkelijk om een succeservaring op te doen en in contact te treden met het beeldend medium. Collagetechniek bevat het opnieuw herschikken en ordenen van een thema en tot een compositie komen rondom dat thema (Willemars, et al., 2013).
Vanuit hier kan de patiënt bewust worden van zijn eigen hulpvraag en doelen voor de behandeling en het dagelijkse leven. Daarom richt de nabespreking zich op het opstellen van hulpvragen en doelen aan de hand van het eigen (levens) verhaal. Volgens Schweizer, (2009) is beeldende therapie zonder doelen ondenkbaar. Vanuit de observatie wordt er een inventarisatie gemaakt van de affiniteit met het beeldend medium en de sterke en zwakke kanten op verschillende ontwikkelingsgebieden. Deze gegevens worden afgestemd op de hulpvraag van de patiënt, waaruit de doelstelling volgt.
De meeste beeldend therapeuten nemen tijdens deze fase fysiek afstand zodat de patiënt zich zo vrij mogelijk voelt. De therapeut moet echter de hulpbehoefte van de patiënt wel in de gaten blijven houden. *(Grafiek 5: **Fase 1**)* .

Uit de resultaten van deelvraag twee, *(Grafiek 2),* is naar voren gekomen dat experimenteren met beeldende materialen een positief effect heeft op de eigen regie van de patiënt (herstel actorschap). De patiënt kan door middel van het experiment gaan ervaren welke handeling hij wel of niet prettig vindt.
Volgens De Graaff, De Boer, & Schoot, (2014) kan beeldende therapie worden beschouwd als een proces van het hervinden van controle, het gebruiken van eigen kracht en het aanboren van het oplossingsvermogen. Experimenteren en vervolgens reflecteren op het proces kan helpen bij het leren omgaan met problemen (ontwrichtende verlieservaring).
Door middel van experimenteren wordt de eigen regie van de patiënt gestimuleerd. De meerderheid van de therapeuten kiest hierbij voor materialen die een tactiele ervaring tot een gevoelsmatige beleving kunnen opleveren. Waarmee er vervolgens geëxperimenteerd kan worden vanuit kleur, beweging en beleving
Volgens Hinz, (2009), behoort deze tactiele ervaring die leidt tot gevoelsmatige beleving tot de eerste laag van het Expressive Therapy Continuum (ETC). Op deze laag wordt er gewerkt vanuit het proces van zintuigelijke waarneming en gevoelsmatige beleving zonder directe koppeling aan een beeldend resultaat. Dit kan bijdragen aan het beter leren begrijpen en reguleren van emoties.
De meerderheid van de therapeuten beaamt dat experimenteren de patiënt vaak opnieuw in staat stelt om contact te maken met zijn gevoelswereld. Hierbij probeert de therapeut de patiënt zoveel mogelijk uit te dagen en te spiegelen.
Hierdoor wordt er in de nabespreking vaak gekozen voor ervaringsgerichte vragen, deze kunnen ook al tijdens het beeldend proces gesteld worden.

Het experimenteren met beeldend materiaal wordt door Pénzes, Van Hooren, Dokter, & Hutschemaekers, (2014) gezien als materiaal interactie. Dit houdt in dat de manier waarop de patiënt omgaat met het appèl van het materiaal, de technieken en de gereedschappen, informatie geeft over de mentale gezondheid van de patiënt. *(Grafiek 5: **Fase 2**)*.

Uit de resultaten van deelvraag 3, *(Grafiek 3),* blijkt dat tijdens de behandeling thema's en patronen van de patiënt steeds duidelijker worden. In deze fase wordt er daarom vaak een overstap gemaakt naar een langdurig vormgevingsproces waarbij aan deze thema's en patronen gewerkt kan worden. In deze fase , richting het einde van de behandeling, wordt er ook vaak gewerkt vanuit het thema toekomstperspectief.

Een ontwrichtende verlieservaring zorgt er vaak voor dat het toekomstperspectief van de patiënt wordt aangetast (Muthert, 2007).
Tijdens deze fase wordt er vaak overlegd met de patiënt welke materialen en technieken gebruikt gaan worden om aan de thema's te werken en het gewenste eindresultaat te bereiken. Het doel is om de patiënt te laten handelen naar eigen wensen en het oplossingsvermogen te stimuleren.
Door de verantwoordelijkheid gedeeltelijk bij de patiënt te leggen wordt er ook gewerkt aan het oplossingsvermogen van de patiënt wat van belang is voor het dagelijkse leven (Van Staveren, 2013).
Tijdens het eigen project van de patiënt brengt de therapeut structuur aan door doelgericht en planmatig te werk te gaan. De nabesprekingen zijn vooral gericht op het resultaat en wat de patiënt wil bereiken. De therapeut probeert ten alle tijden het oplossingsvermogen van de patiënt te stimuleren. *(Grafiek 5: **Fase 3**).*

Uit de resultaten van deelvraag 4, *(Grafiek 4),* is naar voren gekomen dat tijdens de afsluitende fase van de behandeling alle therapeuten, samen met de patiënt, terugkijken op het gemaakte beeldend werk. Door middel van reflecterende en toekomstgerichte vragen wordt de patiënt uitgedaagd om te reflecteren over en betekenis te geven aan het eigen proces.
Zodra het individu de eigen ervaring met het proces gaat begrijpen ontstaat er betekenisgeving. Het zelfbewustzijn speelt hierbij een grote rol wat door middel van reflectie bereikt kan worden (Elzerman, 2014).
De attitude van de therapeut is enerzijds vragend en stimulerend en anderzijds luisterend en bevestigend. In deze fase is de transfer naar het dagelijks leven extra van belang. *(Grafiek 5: **Fase 4**).*

De hierboven beschreven thema's en patronen kunnen bijdragen bij het ontwikkelen van een sessiebeschrijving voor de consensus-based module. Dit heeft vele voordelen voor de praktijk. Deze voordelen worden hieronder beschreven aan de hand van de discussie.

Discussie

Belang praktijk

De doelstelling van het onderzoek is om kennis en ervaringen uit de praktijk te verzamelen. Dit doel is bereikt door het verkrijgen van vaste thema's en patronen in de behandeling van de psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring.
Vanuit deze thema's en patronen kan er een sessiebeschrijving worden ontwikkeld. Dit draagt bij aan het praktijk probleem. Hierdoor kan namelijk het bestaande, reeds geaccordeerde, product omgezet worden naar een consensus-based module.
Door het product om te zetten naar een consensus-based module kunnen de interventies wetenschappelijk worden onderzocht. Dit draagt ten eerste bij aan het behalen van de opgestelde doelstelling in de onderzoekagenda 2015-2020 van de FVB. Dit draagt bij aan een maatschappelijk probleem/doel: wetenschappelijk bewijs verzamelen voor de accreditatie van vaktherapie in 2020. Ten tweede zorgt de consensus-based module voor aansluiting op en kennis over de veranderingen binnen de GZZ, waar steeds meer gewerkt wordt vanuit de persoonsgerichte behandeling vanuit transdiagnostische factoren. Ten derde zorgt een consensus-based module, vanuit de transdiagnostische factor, verlieservaring en psychologisch welbevinden, voor een breed inzetbare interventiebeschrijving bij de doelgroep psychiatrische patiënten. Uiteindelijk kunnen alle beeldend therapeuten werkzaam met deze doelgroep baadt hebben bij een onderbouwde interventiebeschrijving. Ten vierde kan de zorg die de beeldend therapeut bijdraagt aan de behandeling van de patiënt enigszins worden gestructureerd en onderbouwd. Hierdoor kan de beeldend therapeut de behandeling beter verantwoorden naar mede behandelaren en verwijzers. Als laatste kan het de behandeling en gezondheid van de patiënt ten goede doen. De patiënt is namelijk niet in staat om te voldoen aan de norm van zelfredzaamheid in de maatschappij. De consensus-based module kan bijdragen aan het herstel van actorschap, de eigen regie en zelfredzaamheid van de patiënt. Hierdoor kunnen patiënten beter meekomen in de dagelijkse maatschappij, wat zorgt voor een betere gezondheid en welzijn van de patiënt en de maatschappij.

Beroepsmatig handelen

Voor het onderzoek zijn verschillende stappen ondernomen. Er is eerst een literatuurstudie gedaan om de context van het praktijkonderzoek te begrijpen. Vervolgens is er een vragenlijst opgesteld aan de hand van de verkregen literatuur. De eerste vier interviews zijn afgenomen via een semigestructureerde interviewguide, om de participant zoveel mogelijk ruimte te geven voor informatieverstrekking. Deze interviewtechniek is gekozen omdat het onderwerp van het interview vast stond maar er geen indicatie kon worden gemaakt van de antwoorden.
Tijdens het onderzoek is er zoveel mogelijk gewerkt vanuit de eisen van trustworthiness, daarbij hoort het opstellen van een informed consent die ondertekend is door de participanten en de onderzoeker.
Tijdens het transcriberen van de interviews is gedaan door middel van een samenvatting die daarna is het transcript gecontroleerd door de participanten zelf. Hiervoor is gekozen omdat er voor het onderzoek binnen een kort tijdsbestek zoveel mogelijk interviews zijn afgenomen.
Het analyseren van de transcripten is gedaan via de onderzoeksslang van Boeije, (2012).
De thema's en patronen die hieruit voortkwamen zijn geordend door een schematische weergaven via mind-mapping. Vanuit de verkregen thema's en patronen is een gestructureerde vragenlijst opgesteld. Deze interviews zijn nog bij twee participanten afgenomen om saturatie over de resultaten te bereiken. Daarnaast is er bij de resultaten, bij elke deelvraag, een staafdiagram toegevoegd. Hiervoor is gekozen zodat de lezer in een oog opslag kan terug vinden hoe veel therapeuten de thema's benoemd hebben die van belang

zijn bij de fase van de behandeling. In de conclusie zijn een aantal resultaten bekrachtigd met reeds bestaande literatuur. De afwisseling van analyseren en dataverzameling draagt bij aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.
Voor vervolgonderzoek zijn er nog wel verbeter- en aandachtspunten te benoemen.

Kritische kanttekeningen

Het onderzoek heeft geleid tot mooie resultaten maar ook discussiepunten.

Door middel van dit onderzoek is het duidelijk geworden dat exact protocolleren van individuele beeldende therapie niet passend is. Elke participant geeft namelijk aan dat de afstemming van de therapeut op de patiënt in het hier-en-nu centraal moet staan. Dit om de veiligheid van de patiënt te waarborgen en de eigen regie en het oplossingsvermogen van de patiënt te stimuleren.
Echter wordt dit wel van het vakgebied gevraagd om tot de verzekerde zorg te blijven behoren. Hierin zal dus een middenweg gevonden moeten worden. Naar mijn idee kan dit gedaan worden door middel van het vaststellen van thema's die uitgewerkt kunnen worden via verschillende beeldende werkvormen.

De uitvoering van het onderzoek heeft ook nog een aantal kritische kanttekeningen. Niet elke participant heeft exact dezelfde vragen gekregen tijdens het interview. Dit kwam met name door het verschil van de semigestructureerde vragenlijst en de gestructureerde vragenlijst. Dit heeft enerzijds het voordeel dat het onderzoek triangulatie bevat door middel van verschillende data-verzamelingstechnieken.
Anderzijds zou het ook invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek omdat de data niet allemaal via dezelfde techniek is verzameld. Hierdoor kunnen participanten geprikkeld worden tot het geven van verschillende soorten informatie.
Binnen de groep participanten werkt één derde bij één en dezelfde organisatie. De verzamelde resultaten waren nog betrouwbaarder geweest als elke participant binnen een andere organisatie werkzaam zou zijn.

Voor de analyse zijn de transcripties niet letterlijk uitgeschreven maar samengevat en gecontroleerd door de participant zelf. Dit heeft enerzijds het voordeel dat het minder tijd kost waardoor er meer interviews konden worden afgenomen en saturatie kon worden bereikt. Het nadeel hiervan is wel dat in dit proces sprake was van een tussenperiode van één tot ander halve week voordat de controle kon worden uitgevoerd. Hierdoor zou eventueel belangrijk informatie kunnen zijn ontgaan. Echter hebben alle participanten het transscript goedgekeurd.

De verkregen resultaten zijn onderbouwd met literatuur. Hiervoor zijn voornamelijk Nederlandstalige bronnen gebruikt, waarbij niet elke bron een wetenschappelijke bron is. Ook zijn er bronnen gebruikt die zich niet richten op de beschreven doelgroep maar op vergelijkbare doelgroepen. Hiervoor is gekozen omdat het onderbouwen met literatuur steeds belangrijker wordt. Echter is niet over alle onderwerpen in dit onderzoeksverslag al wetenschappelijke of internationale kennis bekend.

Aanbevelingen

Om dit onderzoek verder uit te breiden zijn er mogelijke vervolgstappen nodig in de praktijk. Daarnaast zijn er suggesties voor vervolgonderzoek.

- Om het reeds geaccordeerde product om te zetten naar een consensus-based module zullen de beeldend therapeuten consensus moeten bereiken over de verkregen resultaten uit dit onderzoek. Vanuit deze consensus kan een sessiebeschrijving voor de module worden opgesteld. Van belang is dat er in deze module aandacht wordt besteed aan de afstemming van de therapeut op de patiënt in het hier-en-nu. De sessiebeschrijving zal dus enigszins flexibel moeten worden opgesteld zodat er ruimte blijft voor de therapeut om af te stemmen. Hierdoor ontstaat een breed inzetbare module voor de beschreven doelgroep binnen beeldende therapie.

- De resultaten van het onderzoek kunnen worden verbeterd als er bij herhaaldelijk onderzoek een grotere groep participanten wordt verzameld en ondervraagd. Dit zou de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten kunnen bevorderen. Van belang hierbij is dat de ondervraagde participanten zoveel mogelijk werkzaam zijn binnen verschillende GGZ organisaties.
- Bij herhaaldelijk onderzoek kan er gekeken worden naar het uitbreiden van het aantal beeldende (therapeutische) werkvormen voor de beschreven doelgroep. Dit kan bijdrage aan de keuzemogelijk en afstemming van de therapeut in het hier-en-nu.

- Zodra de consensus-based module is ontwikkeld is het aan te raden de sessiebeschrijving te onderzoeken in de praktijk op effectiviteit. Dit zou gedaan kunnen worden door de effectiviteit van de behandeling te meten bij de beschreven doelgroep. Het is aan te raden om hier een kwantitatief meetinstrument te gebruiken met een indicatielijst met voor- en nameting bij de patiënt (dit is nog niet eerder gedaan). Door dit vervolgonderzoek kan de behandeling steeds beter wetenschappelijk worden onderbouwd. Dit is op meerdere fronten van belang. Het kan bedragen aan de effectiviteit van de behandeling en daarmee de gezondheid van de patiënten. Ook kan het bijdragen aan het verder onderbouwen en profileren van beeldende therapie. Maatschappelijk gezien zou deze wetenschappelijke kennis kunnen bijdragen aan de veranderingen binnen de GGZ waar steeds meer aandacht komt voor persoonsgericht behandelen vanuit transdiagnostische factoren.

- Dit onderzoek zou ook nog kunnen worden toegepast binnen soortgelijke vaktherapieën die een consensus-based module ontwikkelen. Hiervoor zou een soortgelijk onderzoek kunnen plaatsvinden door middel van het interviewen van expert-vaktherapeuten die werkzaam zijn met een ander medium. Denk hierbij aan muziektherapie, dramatherapie, danstherapie en psychomotorische therapie. Hierbij is het van belang dat het onderzoek zich zoveel mogelijk houdt aan de eisen van trustworthiness. Daarnaast moeten de interviews worden afgenomen totdat er saturatie wordt bereikt over de verkregen resultaten.

Literatuurlijst

Baarda, B., Van der Hulst, M., & De Goede, M. (2012). *Basisboek interviewen; Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (3e druk). Groningen: Noordhoff

Boeije, H, R., (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen* (2e druk). Amsterdam: Boom Lemma.

Boer, A. (2015*). Rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ'.* referentie 2015130207. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Bohlmeijer, E.T. (2012). *Eudaimonia, voer voor psychologen. Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg* (Proefschrift). Universiteit Twente, Twente.

Brink, C., & Van der Veen, N. (2013). *Kennisdossier 5; eigen regie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid* (Kennisdossier). Utrecht: MOVISIE.

De, Graaff, T. (2017). *individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring.* Geraadpleegd op 20 januari 2018, van http://www.databankvaktherapie.nl/knowledge_base/individuele-beeldende-therapie-gericht-op-het-herstel-van-actorschap-voor-psychiatrische-patienten-met-een-ontwrichtende-verlieservaring/

De Graaff, T., De Boer, F., & Schoot, T., (2014). *Beeldende therapie bij tinnitus; omgaan met chronische klachten.* Geraadpleegd op: 24-04-2018, via: https://www.researchgate.net/publication/266087787_Beeldende_therapie_bij_tinnitus_Leren_omgaan_met_een_chronische_klacht?enrichId=rgreq-3b5597bf5dd2caf1aa5f050fc43eea34-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NjA4Nzc4NztBUzoxNDY3NDU5NDYyODQwMzlAMTQxMTk5ODM2ODQzMg%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

De Witte, M., (2016). *Onderzoek en innovatie; methodologie deel 2* (PowerPoint). Nijmegen: Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

Elzerman, H., (2014, 18 december). *Betekenisgeving in beeldend onderwijs. Een pilotonderzoek naar arrangementen van kunstwerken en leerkrachtbegeleiding, om betekenisgeving door kinderen in het proces van receptie, productie en reflectie te stimuleren* [HBO-Kennisbank]. Geraadpleegd op: 28-04-2018, via; https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:hbokennisbank.nl:sharekit_inholland%3Aoai%3Asurfsharekit.nl%3A2be80ebe-8551-4c2d-8d01-851f87698808

Haeyen, S., (2007). *Niet uitleven maar beleven; beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hinz, L. (2009). *Expresive Therapies Continuum; A Framework for Using Art in Therapy.* NY: New-York: Routledge, taylor & francis group.

Malakhova, E., (z.d.). *De verf abstracte achtergrond van de kleur. Grafisch, illustratie.* Geraadpleegd op: 29 mei 2018, van https://nl.dreamstime.com/stock-fotografie-de-verf-abstracte-achtergrond-van-de-kleur-met-plaats-voor-tekst-image30115992

Migchelbrink, F. (2014). Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werk (2de druk). Amsterdam: SWP.

Muthert, H., (2007). *Verlies en verlagen over verliesverwerking bij schizofrenie.* Assen: Van Gorcum.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, (2017). *Generieke Module: Vaktherapieën* (Module). Utrecht: Auteur.

Pénzes, I., Hooren, S., Smeijsters, H., Dokter D., & Hutschemaeker, G. (2014) Material interaction in art therapy assesment. *The Art in Psychotherapy, 2014* (5), 484-492.

Schoot, T., (2011). *Inleiding kwalitatief onderzoek* (PowerPoint). Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Schweizer, C., (2009). *Handboek beeldende therapie; uit de verf.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H., (2008). *Handboek creatieve therapie.* Bussum: Continho.

Van der, Beek, R. & Van den, Bos, K. (2016). *Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen* (Handleiding). FVB: Utrecht.

Van den, Bos, K. & Meijnckens, D. (2017). Transdiagnostische factoren: een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie, 13*(4), 6-13.

Van Hooren, S., (2017). Hogescholen richten coöperatie kennisontwikkeling vaktherapieën; een coöperatie, Waarom? Wat gaat die doen, dan? *Tijdschrift voor Vaktherapie,13 (3),* 18-21.

Van Staveren, R., (2013). Patiëntgericht communiceren, wat en waarom? *Tijdschrift Psychopraktijk, 2013 (6).* 18-22

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?; praktijkboek methoden en techniek voor het hoger onderwijs* (4e druk). Den Haag: Boom Lemma.

Willemars G., Burkard, C., Kottelenberg, J., Peters, S., Spaninks, S., Omarsdottir, S., Lavrijsen, M., Strijbos, N., Helmich, M., Westerveld, Y., Verhofstad, B., & Friso, W., (2013). *Impulsen onder controle: Van Destructief naar Constructief handelen. Kortdurend traject beeldende therapie gericht op het vergroten van impulscontrole binnen de forensische psychiatrie* (Product). Utrecht: FVB.

Bijlagen

1. Voorbeeld werkvormen

Tijdens het afnemen van de interviews zijn er door de beeldend therapeuten een aantal voorbeeld werkvormen benoemd. Deze werkvormen staan hieronder uitgeschreven per fase.

8.2. **Fase 1:** Kennismaking- en observatieopdracht, gericht op het bewustmaken van de patiënt zijn wensen

1. **Werkvorm:** Levensverhaal.
   Materiaal: Stift en pastélkrijt op A3 papier.
   Doel: Hulpvraag en doelstelling formuleren voor de behandeling.
   Instructies: Geef je eigen levensverhaal vorm aan de hand van jaarringen van een boom. De jaarringen mag je op papier zetten met stift. Elke ring staat voor een fase van jou leven. Je begint bij je geboorte en eindigt in het heden. Daarna mogen de ringen ingekleurd worden met pastélkrijt. Verder heeft de patiënt eigen regie over de vormgeving. Variatie hierop is het vormgeven van een levenslijn.

2. **Werkvorm:** Eigen wensen vormgeven.
   Materiaal: Collagetechniek tijdschriften, scharen, lijm op A3 papier.
   Doel: Hulpvraag en doelstelling formuleren voor de behandeling.
   Instructie: Maak een collage over je doelen en wensen in het leven. Een variant hierop voor vermijdende patiënten is de plaatjes niet opplakken als collage maar in een doosje doen en het doosje versieren.

3. **Werkvorm:** Gevoelscirkel
   Materiaal: Kleurpotlood en Patélkrijt op A3 papier.
   Doel: Hulpvraag en doelstelling formuleren voor de behandeling.
   Instructie: Een cirkel laten vormgeven met kleurpotlood. Deze cirkel verdelen in taartpunten van de mate en hoeveelheden verschillende gevoelens een rol spelen bij de patiënt. Deze vervolgens laten inkleuren en verder vormgeven met pastélkrijt.

8.3. **Fase** 2: Experimenteren met beeldende materialen, gericht op het stimuleren van de eigen regie van de patiënt.

1. **Werkvorm:** Experimenteren met eigen gekozen materiaal
   Materiaal: Vrije keuze tussen verfsoorten, krijtsoorten op A2 papier en klei.
   Doel: Stimuleren van de eigen regie en doorleven van gevoelens.
   Instructie: Is er een materiaal wat je aanspreekt om beeldend mee te gaan werken. Eventuele materiaal instructies bij onbekend materiaal.

2. **Werkvorm:** Experimenteren vanuit kleur en beweging (Florence Kane).
   Materiaal: Vrije keuze uit verf- of krijtsoorten op A2 papier.
   Doel: Stimuleren van de eigen regie en doorleven van gevoelens.
   Instructie: Kies een materiaal wat je aanspreekt. Kies vervolgens maximaal drie kleuren die je aanspreken. Ga hiermee experimenteren met verschillende bewegingen. Bijvoorbeeld ronde bewegingen of rechte bewegingen, spiralen of bijvoorbeeld lussen. Probeer ook verschillende druk uit te oefenen op het materiaal. Hard of zacht drukke, snel of langzaam bewegen.

3. **Werkvorm:** Maak z'n lelijk mogelijk schilderij
   Materiaal: Acrylverf op A2 papier.
   Doel: Stimuleren van de eigen regie en doorleven van gevoelens.
   Instructies: Kies maximaal drie kleuren acrylverf en probeer daarmee een z'n lelijk mogelijk schilderij te maken.

8.4. **Fase 3:** Langdurig vormgevingsproces, gericht op het oplossingsvermogen van de patiënt.

1. **Werkvorm:** Drieluik
   Materiaal: Vrije keuze of Acrylverf.
   Doel: Het stimuleren en verbeteren van het oplossingsvermogen.
   Instructie: Maak een drieluik van verleden-heden-toekomst. Wat wil je achter je laten? Waar sta je nu? Wat wil je meenemen naar de toekomst? Je kan van te voren een schets maken.

2. **Werkvorm:** Geef je toekomstperspectief vorm
   Materiaal: Vrije keuze.
   Doel: Het stimuleren en verbeteren van het oplossingsvermogen.
   Instructies: Geef je eigen toekomstperspectief vorm, hoe ziet deze omgeving eruit? Welke mensen zijn er bij je? Welke doelen wil je nog behalen? Je kan van te voren een schets maken.

3. **Werkvorm:** Eigen project opzetten.
   Materiaal: Vrij naar keuze
   Doel: Het stimuleren en verbeteren van het oplossingsvermogen.
   Instructies: Heb je aan de hand van de doelen die we hebben opgesteld en de thema's die we zijn tegen gekomen anders zelf een idee voor een beeldend werk. Welk materialen en kleuren zou je willen gebruiken? Zou je eerst een schets kunnen maken vaan je idee?

8.5. **Fase 4:** Afsluitende fase, gericht op het reflecteren over en betekenis geven aan het proces van de patiënt.

1. **Werkvorm:** Tentoonstelling.
   Materiaal: De gemaakte beeldend werken, tape, punaises.
   Doel: Reflecteren over en betekenis geven aan heet proces.
   Instructies: Maak een ordening van de (meest betekenisvolle) beeldend werken. Hang en orden deze in de ruimte. Vertel wat over het proces wat je heb doorgemaakt?