**Een beeldend therapeutische werkwijze voor diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie**

Kwalitatief onderzoek naar hoe een beeldend therapeutische werkwijze eruit ziet, die een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek bij jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie.



**Naam student**; Janneke van Beek

**Studentnummer**; 1589121

**Studie**; Creatieve Therapie Beeldend

**Jaar**; 4e jaars

**School**; HU Amersfoort

**Praktijkplek**; GGz Ermelo, Fornhese

**Praktijkbegeleider**; Monique van Tuin

**Methodiekdocent**; Gemmy Willemars

**Beoordelaar**; Jaap Driest

**Contactgegevens student**

Janneke van Beek

Oude Prinsenweg 2

3881 PJ Putten

Tel: 06-17397993

Studentnr.: 1589121

Email: jannekevanbeek1@hotmail.com

**Contactgegevens Opleiding**

Hogeschool Utrecht, locatie Amersfoort

Creatieve Therapie

Nieuwe Poort 21

3812 PA Amersfoort

Tel: 088 481 8283

Consulent: Gemmy Willemars

Email: gemmy.willemars@hu.nl

**Beoordelend docent**

Jaap Driest

Email; [jaap.driest@hu.nl](mailto:jaap.driest@hu.nl)

**Contactgegevens Fornhese**

Horsterweg 130

3853 JE Ermelo

0341- 566267

**Beeldend therapeut/ begeleider en tevens contactpersoon;**

Monique van Tuin

Tel: 0341-566744

Email; m.vantuin@ggzcentraal.nl

***“Successful interpretations of images can only be made through mutual understanding and insight between patient and therapist.”.[[1]](#footnote--1)***

**Voorwoord**

Voor u ligt het onderzoekverslag ‘ Een beeldend therapeutische werkwijze voor diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.’

De aanleiding voor dit onderzoek was de vraag vanuit de vaktherapie afdeling van Fornhese Ermelo, naar een beeldend therapeutische werkwijze die goed aan zou sluiten bij het diagnostiektraject van de kinder- en jeugdafdeling van 12-23 jaar. De beeldend therapeuten hebben al jarenlange ervaring, maar blijven nieuwsgierig naar nieuwe ontwikkelingen en ervaringen van collega’s door het hele land, om zo de doelgroep beter van dienst te kunnen zijn.

Ik heb gekozen voor dit onderzoek als onderdeel van de vierdejaars onderzoeksstage in de vrije profilering. Mijn beweegredenen om in de praktijk te blijven wogen voor mij zwaarder dan een minor, aangezien het gehele vakgebied ontzettend onzeker is momenteel. Ik wilde graag nog een nieuwe doelgroepstage ervaren en daarnaast een bijdrage leveren aan de kliniek Fornhese Ermelo en aan het prachtige vakgebied beeldende therapie waarvoor ik word opgeleidt. De motivatie voor het onderwerp kwam doordat ik nieuwsgierig was geworden gedurende de jaren praktijkervaring, hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek, het voortraject van het echte therapie geven, hier had ik nog nauwelijks ervaring in opgedaan. Wel wat voor een therapeutische waarde het heeft. Dit afgelopen jaar heb ik mogen ervaren hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek, maar om het zo objectief mogelijk te maken en dit niet alleen bij Fornhese te onderzoeken, heb ik beeldend therapeuten door het hele land naar hun ervaring gevraagd, zodat ik in kaart kon brengen hoe dit eruit ziet binnen Nederland en wat de meest werkzame manier is om beeldende therapie in te zetten voor de diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Dit onderzoek vond plaats onder praktijkbegeleiding van Monique van Tuin, beeldend therapeut voor Fornhese Ermelo en vanuit de opleiding onder begeleiding van Gemmy Willemars.

Door in de praktijk te onderzoeken en te inventariseren, heb ik een behoorlijk aantal therapeuten binnen kinder- en jeugd instellingen door het gehele land, bereid gevonden om mee te werken aan mijn onderzoek. Mijn dank gaat dan ook uit naar al deze vaktherapeuten die iedere dag weer met grote inzet en gebruik makend van hun ervaring, de kinder- en jeugdpsychiatrie steunen en zo er voor proberen te zorgen dat de jeugd wat meer zich krijgt in hun problematiek en daarnaast meer grip krijgt op een betere en zekere toekomst.

**Samenvatting**

In dit onderzoeksverslag wordt onderzocht welke bijdrage vaktherapeutische beeldende observatie levert aan het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar en via welke werkwijze dit mogelijk is.

Vanuit mijn nieuwe doelgroepstage bij Fornhese Ermelo; een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling voor kinderen van 12-23 jaar met uiteenlopende problematiek, kwam er een vraag van mijn praktijkbegeleider met betrekking tot het beeldende diagnostiektraject. De diagnostiek is momenteel onderhevig aan vele veranderingen en nieuwe regels en er was interesse naar de vraag hoe de beeldende therapie binnen Nederland zijn aandeel levert aan het diagnostiektraject. Gebleken is dat beeldende therapie een nuttige bijdrage levert aan het diagnostiektraject en dat dit ook door collega’s uit het multidisciplinaire team wordt beaamd. Voornamelijk het non verbale aspect, als het handelings- en ervaringsgerichte aspect, maakt het beeldend medium inzetbaar voor de diagnostiek binnen een multidisciplinair team.

Vanuit een literatuuronderzoek, participerende observatie en een inventariserend onderzoek met vijfentwintig beeldend therapeuten, allen werkzaam binnen het beeldend diagnostiektraject bij kleine- en grote kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, ben ik in dit onderzoek ook gekomen tot een beeldende werkwijze die een bijdrage kan leveren aan het diagnostiektraject binnen een multidisciplinair team.

**Summery**

This research report examines what art therapeutic observation contributes to the diagnostic process within the child and adolescent psychiatry in the age of 12-23 years and by which working method this is possible.

Following my new internship at Fornhese Ermelo, a child and adolescent psychiatric institution for children with various problems, there was a question from my supervisor which related to the art therapy assessment process. The diagnostic process is currently subject to many changes and new rules and there was an interest in how art therapy in the Netherlands contributes to the diagnostic process. It has been found that art therapy makes a useful contribution to the diagnostic process, this is acknowledged by colleagues from the multidisciplinary team. Mainly non verbal aspects, as the action- and experiential oriented aspects, making it a visual medium which can be used for diagnosis within a multidisciplinary team .

From a literature review, participant observation and a survey of twenty-five art therapists, all working in the art diagnostic process for small- and large child and adolescent psychiatric institutions. I also came in this study to a visual method that can contribute to the diagnostic process within a multidisciplinary team.

**Inhoudsopgave**

Blz.

**Voor/ Titelblad 1**

**Contactgegevens 2**

**Voorwoord 4**

**Samenvatting 5**

**Inhoudsopgave 6-7**

**Inleiding 8**

**Hoofdstuk 1 Inhoudelijke oriëntatie 9-10**

**Hoofdstuk 2 Probleemstelling 11**

**Hoofdstuk 3 Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling 12**

3.1 Hoofdvraag 12

3.2 Deelvragen 12

3.3 Doelstelling 12

**Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethoden 13**

4.1 Onderzoekstype 13

4.2 Databronnen 13-14

4.3 Dataverzamelingstechnieken 14-15

4.4 Onderzoekstechniek 15

4.5 Kwaliteitsactiviteiten 15

4.5.1. Bruikbaarheid 15

4.5.2. Betrouwbaarheid en geloofwaardigheid 15-16

**Hoofdstuk 5 Resultaten 17**

5.1 *Deelvraag 1 Diagnostiek in de praktijk* 17

5.1.1 Participerende observatie 17-18

5.1.2 Literatuurstudie 18-19

5.1.3 Respondenten 19-20

5.1.4 Triangulatie 20

5.1.5 Conclusie deelvraag 1 21-22

5.2 *Deelvraag 2 Kenmerken* 22

5.2.1 Participerende observatie 22

5.2.2 Literatuurstudie 23

5.2.3 Respondenten 23-25

5.2.4 Triangulatie 25

5.2.5 Conclusie deelvraag 2 25-26

5.3 *Deelvraag 3 Mediumspecifiek en niet mediumspecifiek* 27

5.3.1 Participerende observatie 27

5.3.2 Literatuurstudie 27-28

5.3.3 Respondenten 29-30

5.3.4 Triangulatie 30

5.3.5 Conclusie deelvraag 3 30-32

5.4 *Deelvraag 4 Interventies* 32

5.4.1 Participerende observatie 32

5.4.2 Literatuurstudie 32-34

5.4.3 Respondenten 34-36

5.4.4 Triangulatie 36

5.4.5 Conclusie deelvraag 4 36-37

5.5 *Deelvraag 5 Beeldende werkvormen*  38

5.5.1 Participerende observatie 38-39

5.5.2 Literatuurstudie 39-41

5.5.3 Respondenten 41-43

5.5.4 Triangulatie 43

5.5.5 Conclusie deelvraag 5 43-45

5.6 *Deelvraag 6 Doelen*  46

5.6.1 Participerende observatie 46

5.6.2 Literatuurstudie 46-47

5.6.3 Respondenten 47-48

5.6.4 Triangulatie 48-49

5.6.5 Conclusie deelvraag 5 49-50

**Hoofdstuk 6 Conclusie Hoofdvraag 51-55**

**Hoofdstuk 7 Aanbevelingen 56**

**Dankwoord 57**

**Bronnenlijst 58-61**

**Bijlagen** Bijlage 1 Voorbeeld gestructureerd interview. 62-65

Bijlage 2 Voorbeeld van een half gestructureerd interview met 66-68

een beeldend therapeut.

Bijlage 3 Voorbeeld van een interview met een multidisciplinair 69-71

Teamlid van Fornhese Ermelo.

Bijlage 4 Geïnventariseerde werkwijzen bij observatie en 72

Diagnostiek.

**Inleiding**

Vanaf eind augustus 2012, mijn derde schooljaar, heb ik als stagiaire beeldende therapie bij GGz Centraal gewerkt; een instelling die mensen met ernstige psychische en psychiatrische problemen begeleidt en ondersteunt, met als doel dat zij de regie over hun eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden. Hierbij gaat het om diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg.De voornaamste doelgroep waar ik mij in die tijd mee bezig hield bij GGz Centraal, waren de cliënten van Transit; een kliniek waar de behandeling van complexe traumagerelateerde en persoonlijkheidsproblematiek plaats vindt.

Toen ik aangaf aan het einde van mijn derde jaar dat ik graag zou willen blijven werken bij GGz voor een nieuwe doelgroepstage,werd mij de kans geboden om bij Fornhese; de kinder- en jeugdpsychiatrie te komen. Meteen werd mij toen de vraag gesteld wat ik daar zou willen onderzoeken en ook aangegeven dat het iets zou moeten zijn waar de afdeling van vaktherapie ook baat bij zou hebben. Na overleg bleken zowel de instelling Fornhese, de werkzame beeldend therapeute Monique van Tuin als ik interesse te hebben in het voortraject van therapie; namelijk de diagnostische fase en de bijdrage die beeldende therapie hierbij zou kunnen leveren.

Nu vaktherapie een steeds grotere rol speelt bij verfijning van de diagnostiek, maar er ook steeds minder geld beschikbaar is in deze onzekere, financiële tijden, is het van groot belang om niet alleen in kaart te brengen welke bijdrage vaktherapie levert aan de diagnostiek, maar ook hoe dit effectiever kan. De instellingen moeten zich constant verantwoorden aan de zorgverzekeraars en dit alles moet steeds sneller en beter.

Gedurende dit onderzoek wil ik mij dan ook richten op het in kaart brengen vanuit ervaring van diverse beeldend therapeuten door het hele land binnen kinder- en jeugdinstellingen, wat er zoal wordt gedaan momenteel binnen de diagnostische fase. Deze ervaring gecombineerd met eigen participerende observatie en literatuuronderzoek, zal een beeld kunnen geven van wat de meest bruikbare werkwijze is om toe te passen binnen een diagnostiektraject.

In dit onderzoek zal ik van start gaan met een inhoudelijke oriëntatie met daarop volgend de probleemstelling waaruit blijkt dat aanvullend onderzoek nodig is. Vanuit de probleemstelling wordt de hoofdvraag duidelijk en deze zal opgedeeld worden in bijbehorende deelvragen.

Hierna volgt de doelstelling waarmee ik een beschrijving geef wat ik met de uitkomst van het onderzoek zou kunnen bereiken. Vervolgens komt het hoofdstuk van de onderzoeksmethoden, waarin ik de systematiek van het uitvoeren van mijn onderzoek beschrijf. De resultaten volgen, waarna ik een conclusie vanuit de hoofdvraag trek. Ik zal ook aanbevelingen doen en tot slot volgt het dankwoord.

**Hoofdstuk 1 Inhoudelijke oriëntatie**

Beeldende therapie is in de richtlijnen van het TRIMBOS instituut niet opgenomen als een middel dat kan worden ingezet voor diagnostische doeleinden[[2]](#footnote-0). Ondanks dit gegeven wordt beeldende therapie al jaren op indicatie ingezet ter verfijning van diagnostiek.

Volgens een onderzoek van CINOP[[3]](#footnote-1) naar het beroepsprofiel van de creatief therapeut, behoort diagnosticeren ook niet tot de kerntaken van de creatief therapeut[[4]](#footnote-2), maar wel voor de taak ‘stelt diagnose, doelstellingen en behandelwijze bij op basis van observatie/ evaluatie.

Onderzoek uit 1996[[5]](#footnote-3) toont wel aan, dat ondanks diagnosticeren niet tot de kerntaken behoort, 30% van de beeldend therapeuten structureel betrokken is bij de diagnosestelling, 10% van de beeldend therapeuten nooit betrokken is bij de diagnosestelling en de overige therapeuten soms frequent betrokken bij diagnosestelling. De cliënten worden doorverwezen door het multidisciplinaire team of komen via vaststaande observatiesystematiek bij de therapeut terecht.

Verburgt en de Vries (2005) noemen vaktherapeutische observatie ten behoeve van de psychodiagnostiek zelfs als één van de zeven functies van vaktherapie, wat in tegenspraak is met het beroepsprofiel. Ook stelt Tubben (2006) dat de vaktherapeut binnen de huidige hulpverlening een steeds belangrijkere rol heeft bij het doen van diagnostiek en sluit Smeijsters daar bij aan door aan te geven dat de creatief therapeut in toenemende mate een bijdrage levert in multidisciplinair verband.[[6]](#footnote-4)

Uit voorgaande gegevens blijkt dat beeldende therapie, ook al is dit niet officieel vastgelegd in de GGz richtlijnen, een bijdrage kan leveren aan diagnostiek, maar geldt dit ook specifiek voor de doelgroep jongeren? Volgens Tubben (2006) is het handelingsgerichte aspect van vaktherapie extra waardevol bij het observeren van kinderen. Ook biedt vaktherapie goede mogelijkheden om minder gestructureerde situaties te creëren waarin goed kan worden geobserveerd hoe het kind zich gedraagt in dergelijke situaties. Volgens de richtlijnen van het Trimbos instituut (2005), kan het observeren van kinderen in minder gestructureerde situaties, verhelderend zijn voor de diagnostiek. Ook is de werkgroep van het Trimbos Instituut van mening dat beeldend therapeutische observatie en de Diagnostic Drawing Series (DDS) waarde kunnen hebben voor de multidisciplinaire diagnostiek, omdat deze een aanwijzing voor diagnose kunnen geven en indicaties voor een beeldend therapeutische benadering[[7]](#footnote-5).

De DDS is een tekentest die individueel wordt afgenomen en aspecten van de tekeningen die de cliënt maakt, worden op systematische en objectieve wijze beoordeeld door de therapeut. Zo vormt de DDS een hulpmiddel bij het stellen van een aan de DSM-IV gerelateerde diagnose en geeft ze handvatten voor de beeldende therapie[[8]](#footnote-6). Volgens Henskens (2007) wordt dit instrument op veel plaatsen in Nederland gebruikt als een vast onderdeel van de beeldende therapie.

Het Trimbos Instituut heeft het over een beeldend therapeutische benadering, maar specifiek voor beeldende therapie tijdens een diagnostiektraject is er op internet zo goed als niets te vinden over een beeldende werkwijze of benadering die aansluit binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Literatuurstudie naar de manier van werken van beeldend therapeuten binnen multidisciplinair teamverband, wekt alleen maar de indruk dat er erg gevarieerd wordt in de eigen invulling die vaktherapeuten geven aan de bijdrage aan de diagnostiek. Het diagnostiektraject verschilt erg in duur, vormgeven, werkwijzen en invulling. Enkele therapeuten hanteren wel vaste observatie instrumenten of beeldende werkvormen, maar zodra je de werkwijzen naast elkaar legt, zijn er veel verschillen te vinden; enkele voorbeelden vindt u in bijlage 4.

Volgens Smeijsters (2002) is het steeds belangrijker dat de vaktherapeut doelgericht te werk gaat en zijn werkwijze goed afstemt op de doelstellingen en de hulpverleningssituatie.

Aangezien er nog geen duidelijke beeldende werkwijzen zijn voor de diagnostiektrajecten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland, wil ik graag mij proactief opstellen om de positie van beeldende therapie te versterken en misschien zo een bijdrage te kunnen leveren aan de onzekere positie van beeldende therapie binnen de multidisciplinaire diagnostiek

**Hoofdstuk 2 Probleemstelling**

De vaktherapieën hebben het zwaar te verduren de afgelopen jaren, zo ook de beeldende therapie. Oud beeldend therapeuten zeggen dat er meerdere crises zijn geweest en dat het vast wel weer goed komt, maar toch geven zij ook toe dat het nog nooit zo erg is geweest als nu. De regels en voorwaarden worden steeds scherper, naarmate de crisis toeneemt en dit is niet altijd in het voordeel van de cliënten; de trajecten worden korter en de therapeuten staan onder hoge druk om vooral veel productie te maken, maar inmiddels zijn veel collega’s al ontslagen en maken ze extreem lange dagen in hun eentje wat de prestaties ook niet altijd ten goede komt.

Mijn praktijkbegeleider die ik al sinds mijn vorige stage ken en werkzaam is binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie bij Fornhese Ermelo, voelt deze druk ook en moet zich steeds meer gaan verantwoorden en betere prestaties leveren om het zo voor de zorgverzekeraar aantrekkelijk te houden. Voordat ik begon aan deze stage, kwam ik met het voorstel om iets rond diagnostiek te doen en kwam zij met de vraag of ik een onderzoek zou willen doen wat voor haar als beeldend therapeut, de instelling en misschien voor meerdere instellingen interessant zou kunnen zijn. Na overleg besloten we dat het diagnostiektraject voor jongeren tussen de 12-23 jaar een interessant onderzoek zou opleveren, omdat dit onder grote druk staat en aan grote veranderingen onderhevig is. Zelf heeft ze meerdere nascholingscursussen gedaan om beeldende therapie steeds beter te kunnen toepassen in de praktijk en de doelgroep beter van dienst te kunnen zijn, maar aan literatuur of hoe het verder binnen andere klinieken gaat, is weinig over te vinden en/ of over bekend. Er zijn enkele onderzoeken geweest van leerlingen binnen Nederland; zo is er een onderzoek geweest voor welke bijdrage vaktherapie (Muziek en beeldend) kan leveren binnen een specifieke kliniek van het UMC voor kinderen met gedragsstoornissen en ADHD[[9]](#footnote-7) en een onderzoek naar een werkwijze voor zelfwaardering binnen de beeldende- en muziektherapie[[10]](#footnote-8). Dimphy Fikke, ook participerend in dit onderzoek en veel ervaring met diagnostiek binnen beeldende therapie, een product gemaakt over beeldend therapeutische observatie bij jongeren met een mogelijk autismespectrumstoornis[[11]](#footnote-9) binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Maar een soort van werkwijze, waaruit blijkt op welke manier beeldende therapie een bijdrage zou kunnen leveren aan de diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar, gericht op de gehele diagnostiek en niet specifiek op een soort stoornis, is niet te vinden.

Het probleem is dat beeldende therapie als middel voor diagnostische doeleinden, afgezien van de DDS, niet evidence based is en dat het een van de eerste therapieën is die wegvalt binnen een multidisciplinair team, als er bezuinigd moet worden. Om binnen Fornhese en eventueel ook binnen andere instellingen aan te tonen welke bijdrage beeldende therapie kan leveren en hoe deze geleverd kan worden, is het mijn idee om op zoek te gaan naar bewijs vanuit de praktijk, literatuur en participerende observatie. Hieruit kan blijken hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek, maar ook hoe de ervaringen zijn vanuit het multidisciplinaire team van Fornhese. Ook zal ik kunnen zien hoe de diagnostiektrajecten er binnen het gehele land uit zien en wat er zoal veranderd momenteel. Ook kan ik ontdekken of er misschien winst te behalen is uit nieuwe (werk)vormen en modules die momenteel in opkomst zijn, want ongetwijfeld zijn er mensen bezig met het ontwikkelen van producten die beter aansluiten bij de hoge druk en de hulpvraag van de cliënten en doorverwijzers.

**Hoofdstuk 3 Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling**

**3.1 Hoofdvraag**

Hoe ziet een beeldend therapeutische werkwijze eruit die een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek bij jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie?

**3.2 Deelvragen**

3.2.1. Hoe ziet een diagnostiek traject eruit binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de

leeftijd van 12-23 jaar?

3.2.2. Welke specifieke kenmerken van beeldende therapie kunnen bijdragen aan de diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie?

3.2.3 Welke mediumspecifieke en niet medium specifieke observatie instrumenten zijn geschikt om in de beeldende therapie een bijdrage te leveren aan de diagnostiek?

3.2.4. Welke interventies plegen beeldend therapeuten in een diagnostische fase van de behandeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie?

3.2.5. Welke beeldende werkvormen zetten beeldend therapeuten in een diagnostische fase van de kinder- jeugdpsychiatrie?

3.2.6. Welke doelen streven beeldend therapeuten na in een diagnostische fase van de behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie?

**3.3 Doelstelling**

Dit onderzoek dient een bijdrage te leveren aan de verbetering van beeldende therapie als diagnostisch middel binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

Vanuit de werkgroep van het Trimbos instituut wordt bevestigd dat beeldend therapeutische observatie en de DDS waarde kunnen hebben voor de multidisciplinaire diagnostiek, maar er is in de literatuur binnen Nederland geen specifieke manier beschreven hoe beeldende therapie een bijdrage zou kunnen leveren aan een diagnostiektraject binnen de jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar voor diverse problematiek. Door participerende observatie, literatuuronderzoek en een inventariserend onderzoek hoop ik meer te weten te komen over hoe beeldende therapie wordt ingezet of kan worden ingezet als bijdrage voor een diagnostiektraject, specifiek voor de jeugdpsychiatrie. Deze kennis, zal voor beeldend therapeuten en voor instellingen, interessant kunnen zijn, om zo binnen een diagnostiektraject wat steeds korter lijkt te worden, effectiever te kunnen werken. Door ervaringen uit te wisselen met beeldend therapeuten bij alle grote en kleinere instellingen, komt er zicht op hoe andere collega’s deze trajecten aanpakken en welke nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden er zijn voor ons vakgebied. Zodra ik een samenvatting heb van alles wat er is gezegd, zal ik dit ook doorsturen naar alle beeldende therapeuten die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek, zo zal er ook echt een uitwisseling ontstaan en wie weet heeft dit positieve gevolgen voor het diagnostiektraject in het algemeen binnen de kinder en jeugdpsychiatrie in tijden van crisis.

**Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethoden**

**4.1 Onderzoekstype**

Het onderzoek is een ***kwalitatief onderzoek***; onderzoek waarbij overwegend gebruik wordt maakt van gegevens van kwalitatieve aard en dat als doel heeft onderzoeksproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren.[[12]](#footnote-10)

Ook is het een ***inventariserend onderzoek***; in een relatief onbekend gebied worden er nog relatief onbekende gegevens verzamelt. Het gaat hierbij om het ‘ in beeld brengen en analyseren van (uitgang)probleem/- situatie.[[13]](#footnote-11)

Tot slot heb ik mij ook bezig gehouden met een ***literatuuronderzoek***; de belangrijkste reden om een literatuuronderzoek te doen, is om na te gaan of anderen al een vergelijkbaar onderzoek hebben gedaan.[[14]](#footnote-12) Aangezien er nog geen soortgelijk onderzoek is gedaan, kan ik in de literatuur suggesties opdoen voor de opzet van mijn onderzoek en voor informatie die er al wel bekend is rondom de bijdrage van beeldende therapie bij de diagnostische fase binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

**4.2 Databronnen**

Voor dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van de volgende databronnen:

**🡪 1. Individuele personen**:

Volgens Migchelbrink (2006) kunnen personen als databron twee verschillende functies vervullen; als respondent en/ of als informant.

- *Beeldend therapeuten*; ik heb diverse beeldend therapeuten, werkzaam binnen de diagnostiek als beeldend therapeut binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar, bereid gevonden om mee te werken aan mijn onderzoek.

- *Groep van deskundigen*; Ik heb een groep van deskundigen, uit een ander vakgebied, bereid gevonden om mee te werken aan het onderzoek om zo een nog beter beeld te krijgen van het multidisciplinaire team in een diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, aangezien beeldende therapie niet alleen werkt aan de diagnosestelling.

Dit team bestaat uit een drama therapeut, een psychomotorisch therapeut, een neuropsycholoog en een kinder psychiater en tevens hoofdbehandelaar van het diagnostiektraject bij Fornhese Ermelo.

- *Cliënten*; Ik heb bewust de keus gemaakt om geen cliënten te interviewen, omdat het om een werkwijze gaat en mijn hoofdvraag specifiek gaat over welke bijdrage beeldende therapie aan de diagnostiek kan leveren en de vraag dus meer gericht is op de beeldend therapeuten.

De cliënten die ik zie zijn jong en hebben het veelal erg zwaar, ik wilde hen niet belasten met deze vragen, die juist ook door de ervaren therapeuten beantwoord kunnen worden.

**🡪2. Mediaproducten**:

Ik heb gebruik gemaakt internet, boeken en tijdschriften voor mijn onderzoek. Om een beter beeld te krijgen van hoe cliënten met diverse problematiek kunnen denken, voelen en handelen heb ik verschillende verhalen gelezen en documentaires gezien.

**🡪3. De sociale werkelijkheid**:

Ik heb binnen het werkveld zowel jongeren als therapeuten (bezig) gezien tijdens mijn onderzoeksperiode.

**🡪4. Literatuur:**

In het kader van dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van talige gegevens voor praktijkgericht onderzoek; denk aan boekwerken, scripties en artikelen. Ik heb een uitgebreide literatuurstudie gedaan die aanvullende informatie heeft geboden voor niet alleen de stageperiode, maar ook voor dit onderzoek.

**🡪 5. Databanken**:

Binnen de instelling Fornhese heb ik gebruik gemaakt van de lokaal aanwezige registratiesystemen.

**4.3 Dataverzamelingstechnieken**

Er zijn drie hoofdgroepen voor dataverzamelingstechnieken, voor dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van:

**1.** **Ondervragen**: dit is een bekende en populaire manier van gegevens verzamelen.

Je gebruikt deze techniek om bij personen (respondenten) gegevens te verkrijgen. Je kiest voor ondervraging wanneer het gaat om kennis, houdingen , attitudes, motieven of opvattingen.[[15]](#footnote-13)

🡪Voor het verkrijgen van informatie van beeldend therapeuten heb ik gebruik gemaakt van mondelinge en schriftelijke ondervraging:

- ***Half gestructureerd interview;*** Deze interviewtechniek heb ik in gezet bij de live interviews.

In een half gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast maar de onderwerpen wel. Vaak begint dit soort interviews met enkele gestructureerde vragen naar persoonlijke gegevens, zoals leeftijd en opleiding.

De interviewer heeft voor het gesprek een aantal onderwerpen vastgesteld. Deze worden door middel van een open beginvraag en doorvragen uitgediept. Vaak heeft de onderzoeker voor de onderwerpen een logische volgorde vastgesteld. Wel is de onderzoeker vrij, als dat in het gesprek beter uit komt, de volgorde van de onderwerpen te veranderen. De onderwerpen moeten echter wel allemaal behandeld worden.[[16]](#footnote-14)

In bijlage 1 kunt u een voorbeeld zien van een half gestructureerd interview dat ik de respondenten heb voorgelegd.

- ***Gestructureerd interview***: Dit gestructureerde interview of gestandaardiseerde open interview heb ik ingezet bij de beeldend therapeuten die ik per mail heb benaderd, doordat veel therapeuten weinig tijd hadden mij live te woord te staan.

Het gestructureerde of gestandaardiseerde open interview bestaat uit een serie vragen die van tevoren zijn verwoord en gerangschikt. Deze vragen worden in een vaste volgorde en in dezelfde bewoordingen aan alle ondervraagden voorgelegd. De ondervraagde is vrij in het formuleren van de antwoorden. [[17]](#footnote-15)

In bijlage 2 kunt u een voorbeeld zien van een gestructureerd interview dat ik de respondenten heb voorgelegd.

**2. Observeren**: Dit is kijken en waarnemen. Observatie biedt de mogelijkheid informatie te verzamelen over gebeurtenissen die om de een of andere reden moeilijk in woorden te vatten zijn.[[18]](#footnote-16) Ook is het zorgvuldig en aandachtig waarnemen van gedragingen waarin onderzoekers zijn geïnteresseerd.[[19]](#footnote-17)

🡪 Voor het verkrijgen van informatie in de beroepspraktijk heb ik gebruik gemaakt van;

***participerende observatie;*** het ter plekke in de praktijk rondkijken (observeren) een zoveel mogelijk deelnemen (participeren) aan de activiteiten van alle dag.[[20]](#footnote-18)

Ik heb een aantal maanden vast meegelopen met beeldende therapie voor de diagnostiekgroep in de leeftijd van 12-23 jaar bij de kinder en jeugdpsychiatrische afdeling van Fornhese.

**4.4 Onderzoekstechniek**

Voor dit praktijkonderzoek is gebruik gemaakt van de data-analyse techniek triangulatie.  
‘Triangulatie betekent dat bij de dataverzameling gebruik gemaakt wordt van verschillende bronnen (bijv. vaktherapeut, psychologen), dat gewerkt wordt met meerdere typen van dataverzameling (bijvoorbeeld vragenlijst, interview, participerende observatie) en dat bij de data-analyse meerdere theoretische perspectieven aan bod komen (bijvoorbeeld creatief procestheorie, analoge procesmodel,).[[21]](#footnote-19)

**4.5 Kwaliteitsactiviteiten**

*4.5.1 Bruikbaarheid*

Om de bruikbaarheid van dit onderzoek te optimaliseren heb ik rekening gehouden met een aantal punten die gelden als voorwaarden om tot het leveren van bruikbare kennis te komen.[[22]](#footnote-20)

🡪 Het vertrekpunt van dit onderzoek ligt in de alledaagse praktijk.

🡪 Dit onderzoek sluit aan op de wensen die leven in de praktijk.

🡪 De opvattingen en wensen van mensen in de praktijk zijn betrokken geweest en er heeft een goede afstemming plaats gevonden.

🡪 Er bestond vooraf al domeinkennis door de therapiestage bij GGZ Centraal te Ermelo.

🡪 De tijdsduur van maximaal een half jaar past binnen de tijdshorizon van de belanghebbenden.

🡪 Er heeft een grondige oriëntatie plaatsgevonden op het te onderzoeken praktijkprobleem.

🡪 De onderzoeksresultaten bieden voldoende informatie over de onderzochte werkelijkheid en zijn afgestemd op de informatiebehoefte van de belanghebbenden.

🡪 De informatie is concreet en herkenbaar.

🡪 De aangedragen informatie is hanteerbaar en kan in de onderzochte situatie worden toegepast; het is een hulpmiddel om de onderzochte situatie te begrijpen en om het praktisch handelen te vergroten.[[23]](#footnote-21)

*4.5.2 Betrouwbaarheid en geloofwaardigheid*

Migchelbrink (2006) heeft verschillende maatregelen en activiteiten beschreven om te kunnen werken aan de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van je onderzoek. Om de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten heb ik de volgende activiteiten ondernomen;

🡪 Verantwoorden; In dit onderzoek ben ik aan de hand van participerende observatie, literatuuronderzoek en een inventariserend onderzoek tot resultaten gekomen. Ook heb ik verantwoord op welke wijze ik als onderzoeker heb gewerkt aan de hand van literatuur die zich richt op praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn (Migchelbrink, 2006). Ik heb genomen stappen in dit onderzoek verantwoord en hierdoor maakt dit mijn werk transparant en versterk ik mijn bewijsvoering.

🡪 Nauwkeurig en zorgvuldig werken: Om te voorkomen dat belangrijke informatie verloren zou gaan of door beperkingen van het geheugen worde vertekend, heb ik gebruik gemaakt van opname apparatuur voor data informatie.

🡪 Inhoudscontrole: Tijdens de participerende observatie heb ik iedere keer mijn bevindingen teruggekoppeld naar de praktijkbegeleider in zowel verbale als schriftelijke vorm. Na iedere therapiesessie bespraken we kort na wat mijn bevindingen waren en gaf ze mij feedback. Hierna schreef ik een rapportage van alles wat ik had gezien en waargenomen en dit werd ook nog iedere keer nagelezen. Ook checkte ik mijn informatie regelmatig binnen het multidisciplinaire team bij een behandelplan bespreking, dit ging ik steeds vaker doen.

Nadat ik de samenvatting had geschreven van de informatie die ik had verkregen vanuit de interviews, heb ik dit weer terug gestuurd naar alle therapeuten zodat er nog opmerkingen en feedback kon worden geplaatst wat ik mee kon nemen in de verwerking van de resultaten.

🡪 Herhaling van data verzameling technieken: ik heb alle respondenten mijn samenvatting gestuurd voor een tweede controle en heb bij sommige beeldend therapeuten meerdere malen bepaalde aspecten gevraagd om zo zeker te zijn van mijn interpretatie. Dit geldt ook voor de participerende observatie; regelmatig punten dubbel gecheckt bij mijn praktijkbegeleider.

🡪 Triangulatie: Ik heb langs meerdere kanten en perspectieven hetzelfde verschijnsel onderzocht. Door middel van gebruik van verschillende databronnen, ben ik op zoek gegaan naar overeenstemming tussen de gegevens van hetzelfde verschijnsel. Ik heb gebruik gemaakt van triangulatie van databronnen, triangulatie van dataverzamelingstechnieken en triangulatie van onderzoekers. Alle drie hebben ze elkaar beïnvloedt; als ik bijvoorbeeld iets las in de literatuur, vroeg ik hiernaar in de interviews en aan het team en praktijkbegeleider en ging ik het vervolgens proberen toe te passen in de praktijk. De volgorde van beïnvloeding liep steeds door elkaar.[[24]](#footnote-22)

**Hoofdstuk 5 Resultaten**

Per deelvraag zal ik allereerst resultaten beschrijven die voort zijn gekomen uit de participerende observatie, volgend met de literatuurstudie en dan met de uitkomsten van de interviews met de verscheidene respondenten. Hierna zal ik nog iets toevoegen over de triangulatie; dus hoe de verschillende vormen elkaar aangevuld en bevrucht hebben.

Tot slot schrijf ik per deelvraag ook een conclusie.

**5.1 Deelvraag 1 Diagnostiek in de praktijk**

*Hoe ziet diagnostiek eruit binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar?*

5.1.1 Participerende observatie

Op mijn stageplek binnen de kinder en jeugdpsychiatrie bij Fornhese Ermelo, komen kinderen van 12-23 jaar voor een diagnostiektraject 6-8 weken in de kliniek. Er is maar één diagnostiekgroep en het aantal cliënten varieert van 2 tot 8 personen. Tijdens dit traject gaan de cliënten alleen in het weekend naar huis, maar doordeweeks zijn ze uit hun thuissituatie, om zo een beter beeld van hen te krijgen zonder de invloeden van familie. Dit traject duurt zes tot acht weken en gedurende deze periode is er een groot multidisciplinair team wat naar deze cliënt kijkt; onder andere een kinderpsychiater (tevens hoofdbehandelaar), een neuropsycholoog, systeemtherapeut, beeldend therapeut, dramatherapeut en een psychomotorisch therapeut. Hiernaast is er natuurlijk een grote groep aan verpleging wat de cliënt dagelijks meemaakt en in de gaten houdt, want er zijn voor hen ook een aantal punten die zij in de gaten moeten houden. De kliniek heeft drie afdelingen waar de jongeren van het diagnostiektraject worden ondergebracht; de open afdeling, de half gesloten en de gesloten afdeling. Vaak zijn de jongeren van de gesloten afdeling suïcidaal of hebben last van psychoses en wordt er gewacht met een diagnostiektraject totdat het veilig genoeg is.

Voor specifiek beeldende therapie, komen de jongeren zes keer. Hiernaast is er ook nog een individuele afspraak om de jongere de kans te geven wat meer te vertellen en wat dieper te gaan, zonder groepsgenoten om zich heen. Aan het einde van de zes keer krijgt een cliënt zijn/ haar werk mee en is er een korte terugkoppeling van wat de therapeut zoal is opgevallen. De cliënt krijgt ook nog de kans om iets te vertellen.

Persoonlijk vind ik deze zes weken ook echt nodig om meer van de problematiek te kunnen zien, voornamelijk omdat bij Fornhese ook echt soms moeilijke ‘gevallen’ komen en dit wat tijd nodig heeft voordat de cliënt zichzelf is. Ook het groepscontact vind ik erg prettig, aangezien je veel kunt vergelijken en kunt zien in sociaal opzicht hoe een kind functioneert. Ook wel belangrijk dat er minstens één individueel contact plaats vindt, om ook te kijken hoe de cliënt zich verhoudt tot de therapeut zonder groepsgenoten en eventueel om wat dieper te kunnen gaan.

Aan het einde van de zes tot acht weken, vindt er binnen het team een behandelplan plaats van wat er zoals is gezien, gebeurd en of er een diagnose gesteld kan worden. Ook worden eventuele vervolgbehandelingen en of opties meegenomen voor het gesprek wat er hierna plaats vindt met de cliënt en de ouders of verzorgers. Een eventueel vervolgtraject bij Fornhese Ermelo of bij een andere instelling kan hierna gaan beginnen.

Ook bij Fornhese Ermelo zijn veranderingen merkbaar; voornamelijk de onrust, de verscherping van de regels en de kans op faillissement. Zelf heb ik ook gemerkt, omdat er met zo n groot multidisciplinair team wordt gewerkt, er nog wel eens sprak is van miscommunicatie of dat niet iedereen bij een diagnostiek behandelplan kan zijn. Gedurende het half jaar dat is er was, begon dit steeds wel beter te lopen, maar het blijft lastig om met al die bomvolle agenda’s, want het gaat allemaal om productie, een tijdstip te vinden dat daadwerkelijk iedereen kan. Ook is er een start gemaakt met een nieuw registratiesysteem wat geld moet gaan opleveren, want secretaresses waren hierdoor niet meer nodig, maar als dit niet vloeiend verloopt dan lijkt het voornamelijk geld en tijd te kosten. Hierdoor was er ook wel even flinke spanning, want de therapeuten moesten hierdoor veel overuren draaien en dit komt ook niet altijd ten goede aan de werksfeer.

5.1.2 Literatuurstudie

Volgens het Trimbos instituut is diagnostiek het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van het kind in alle nuances beschreven wordt en waarbij tevens de ontwikkeling van het kind op veel verschillende deelgebieden uitvoerig in beeld wordt gebracht. Hierbij hoort een inventarisatie van verschillende omgevingsvariabelen die van invloed zijn op het functioneren van het kind. Het diagnostisch proces geeft aanknopingspunten voor prioritering diagnostiek binnen de kinder en jeugdpsychiatrie in de behandeling. Diagnostiek is dus niet gericht op het traceren van een bepaald type problematiek, maar het proces is gericht op de volle breedte van de ontwikkeling van het kind, het inventariseren van de probleemgebieden en het vinden van factoren die van invloed zijn op het functioneren.[[25]](#footnote-23)

De kinder- en jeugdpsychiatrie kende tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw geen eigen kenmerkende diagnostiek. Vanaf de jaren tachtig volstaat kwalitatieve informatieverzameling niet langer en zou kwantitatieve informatieverzameling een hoeksteen van het diagnostisch proces moeten zijn. Hiermee veranderde het vak en de identiteit.[[26]](#footnote-24)

De kinder- en jeugdpsychiatrie is een medisch specialisme dat gericht is op kinderen, jeugdigen en de gezinnen waarin ze opgroeien. De kinder- en jeugdpsychiater (veelal de hoofdbehandelaar) start vanuit de hulpvraag met betrekking tot een kind of jeugdige en is gericht op problemen ten aanzien van emoties, cognities en gedrag. De kinder- en jeugdpsychiater moet de hulpvragen met behulp van een gerichte zoekstrategie verduidelijkt krijgen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een diversiteit aan informatie, verkregen van verschillende informanten en via verschillende methoden (Verhulst 2000)[[27]](#footnote-25). Na verduidelijking van de hulpvraag formuleert de kinder- en jeugdpsychiater het multidisciplinaire diagnostische traject. Hij geeft sturing aan de interpretatie van de multidisciplinair verzamelde informatie en streeft een geïntegreerde, interdisciplinaire diagnostische visie op kind of jeugdige na in de vorm van een beschrijvende diagnose (Verheij 1997).

In Nederland is er een expertisenetwerk voor de kinder- en jeugdpsychiatrie; de K7. Om de krachten te bundelen hebben deze zeven instellingen een coöperatie opgericht. Dit netwerk heeft als opdracht; innovatief inspelen op de zorgvraag van kinderen, jongeren en hun gezinnen, waardoor zij vlot toegang krijgen tot effectieve hulp. Er is een nauwere samenwerking in zorgprogramma’s, onderzoek en verdergaande specialisatie[[28]](#footnote-26).

Er zijn zeven grote instellingen in Nederland waar een diagnostiektraject kan plaatsvinden, die deel uitmaken van de K7 zoals hierboven beschreven. Bij iedere instelling ziet dit traject er anders uit en dat is iets wat ik juist bij de respondenten ga informeren.

Beeldende therapie wordt door het Trimbos instituut gezien als een vorm van therapie die een bijdrage kan leveren voor de multidisciplinaire diagnostiek; Beeldend therapeutische observatie en de Diagnostic Drawing Series kunnen een aanwijzing geven en indicaties voor (beeldend) therapeutische behandeling[[29]](#footnote-27). Maar beeldende therapie is nog niet erkend als een op zichzelf staand diagnostisch middel.

5.1.3 Respondenten

**1. Beeldend therapeuten**; 25 Beeldend therapeuten uit het gehele land, werkzaam in het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

In de afgelopen jaren is er heel veel veranderd binnen de gehele zorg in Nederland en deze veranderingen werken ook door binnen de kinder- en jeugdinstellingen. Dit onderzoek wat zich specifiek richt op de beeldende therapie binnen de diagnostische fase voor jeugd in de leeftijd van 12-23 jaar, heeft momenteel heel wat te verduren.

De condities, voorwaarden en settings zijn onder constante verandering onderhevig;

Per 1 januari 2014 is vastgelegd wat de verantwoordelijkheden zijn van een hoofdbehandelaar binnen de geestelijke gezondheidszorg; dit zorgt voor het feit dat 70% van de behandeling door de hoofdbehandelaar moet worden verzorgd en dus kan 30% nog maar worden verzorgd door bijvoorbeeld de beeldende therapie. Nu komen kinderen voornamelijk nog binnen via de tweedelijn, en zijn er nog niet hele grote gevolgen. Toch is er veel verandering voelbaar; enkele instellingen zijn failliet gegaan, heel wat therapeuten worden wegbezuinigd en soms valt beeldende therapie geheel weg als onderdeel van een diagnostiektraject. Vergeleken met een aantal jaren terug zijn de regels al behoorlijk aangescherpt, wat natuurlijk ook zijn voordelen heeft; de diagnostiektrajecten zijn niet meer eindeloos en de hulpvragen en doelen zijn duidelijker en meer transparant, dit is allemaal meer gestandaardiseerd. Helaas zijn er ook kinderen en gezinnen, die zich niet binnen een aantal sessies of een module laten zien, daar is soms de problematiek te heftig voor. Niet iedereen lijkt baat te hebben bij kortere diagnostiektrajecten, sommige cliënten staan zo weer voor de deur. De basis voor een goede therapie is toch voldoende tijd, aandacht, rust, vertrouwen en contact en helaas kunnen veel instellingen zich deze tijd en aandacht financieel niet meer veroorloven.

De gemiddelde duur van een diagnostiektraject is een stuk korter dan voorheen, maar duurt veelal nog steeds tussen de 2 tot 8 weken, waar gemiddeld 2 tot 6 keer beeldende therapie aan te pas komt, in enkele gevallen nog 8-10 keer. Bij een enkele instelling is er zelfs een diagnostiekdag; dan wordt een cliënt door een aantal verschillende therapeuten op één dag gezien en volgt hierna een diagnose. Hierbij zie je aandacht binnen kleine klinieken steeds meer verschuiven richting korter individueel contact, om zo sneller een duidelijk beeld te krijgen van een cliënt en meer diepgang. De therapeuten zelf verschillen nogal van voorkeur voor een individueel of groepsgewijs contact; individueel lijkt meer diepgang te geven en het één op één contact is natuurlijk ook veelzeggend, alleen mis je dan wel het groepsgewijze proces; hoe is de identiteitsontwikkeling, het contact met de peergroup en vindt er een gezonde coping plaats? Wat ook steeds meer voorkomt, is dat tijdens de observatieperiode of het diagnostiektraject tevens de behandeling plaats vindt; dit wordt ook wel procesdiagnostiek genoemd, dit is echt in opkomst. Ook creatieve systeemmodules komen steeds vaker voor, hier liggen nieuwe kansen. Steeds vaker wordt beeldende therapie tijdens behandeling ingezet voor een keer DDS om de diagnostiek nog te verhelderen of wordt gekeken wat uitgesloten kan worden en of beelden therapie überhaupt een geschikt middel zou kunnen zijn om ingezet te worden als vervolgbehandeling.

Beeldende therapie is vaak een onderdeel van een groot multidisciplinair team en samen wordt gekeken naar wat er aan de hand kan zijn met een kind. Eigenlijk ervaren alle beeldend therapeuten dit als prettig; hetgeen wat je doet vindt doorgang binnen het team , er vindt een transfer plaats van het ene vakgebied naar het andere en bij complexere gevallen heb je echt een geheel team nodig om met een brede open blik naar een zaak te kunnen kijken. Beeldende therapie is toch interpretatie gevoelig en je hebt juist de uitwerking van een team nodig, om jezelf als therapeut te kunnen blijven mentaliseren. Toch wordt deze tijd met het team, bij veel instellingen ingekort; de aandacht gaat zoals eerder gezegd meer richting behandelen en produceren, dus de mogelijkheid om veel agenda’s naast elkaar te leggen, wordt steeds lastiger. Beeldende therapie wordt nog wel verschillend ingezet binnen grote instellingen, dit lijkt ook afhankelijk van hoe de hoofdbehandelaar over de non verbale therapie denkt; maar veelal wordt beeldende therapie gezien als een aantoonbare kracht, een mooie aanvulling op verbaal gekregen informatie.

**2. Groep van deskundigen**; Therapeuten uit verschillende vakgebieden, werkzaam in het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo (Zie bijlage 3 voor voorbeeldinterview).

Het multidisciplinaire team bij Fornhese Ermelo heeft wat betreft duur hetzelfde traject als de beeldend therapeut; namelijk 6-8 weken. Voor de andere vaktherapeuten; drama en PMT is het aantal bezoeken van de cliënten ook hetzelfde als bij beeldend. Voor de neuropsycholoog is dit anders; de keren dat zij een cliënt ziet is over het algemeen maar één tot maximaal twee keer, afhankelijk van de problematiek van de cliënt. Door de hoofdbehandelaar wordt er een psychologisch onderzoek aangevraagd en vanaf dat moment komt de neuropsycholoog pas in beeld. Na dit onderzoek vindt er vaak nog een tweede afspraak plaats, omdat er zoveel uit het onderzoek komt dat dit een tweede keer wordt nabesproken. Maar wat ik begreep is dat er verandering gaat komen, men wil proberen de neuropsycholoog vanaf het begin van de cliënt zijn/ haar diagnostiektraject erbij te halen.

De systeemtherapeut probeert in ieder geval één keer de familie de zien en nog een keer voor de terugkoppeling, afhankelijk van de problematiek in het systeem komen er meerdere gesprekken om een duidelijk beeld van het systeem te krijgen en hoe het de cliënt positief of negatief beïnvloed.

De hoofdbehandelaar en tevens kinderpsychiater bij Fornhese Ermelo, ziet de cliënt in ieder geval één keer individueel met de arts assistent en daarnaast iedere dag in het dagelijkse overleg. Ook is er wekelijks nog een supervisie moment met de cliënt.

De arts assistent (psychiater in opleiding) verzamelt alle gegevens en ziet de cliënten ook minimaal een keer per week. De hoofdverpleegkundige verzamelt ook alle gegevens die dagelijks worden genoteerd door de verpleegkundigen. De hoofdbehandelaar moet uiteindelijk een overkoepeling maken tussen alle verzamelde gegevens en stelt uiteindelijk de diagnose en kijkt in overleg met het gehele team naar een mogelijke vervolgbehandeling.

5.1.4 Triangulatie

Toen ik begon met de start van mijn stage en onderzoek, was voor mij het multidisciplinaire team nog niet zo in beeld. Het enige waar ik op dat moment eigenlijk vooral in geïnteresseerd was, was de beeldende therapie. Na gesprekken met enkele beeldend therapeuten, besefte ik hoe belangrijk het multidisciplinaire team is tijdens een diagnostiektraject en dat beeldende therapie maar een onderdeel is van een groter geheel. Toen ben ik ook begonnen met het interviewen van andere disciplines, want samen zorgt een team voor een duidelijke diagnose, mits mogelijk.

Ik ben ook juist door verschillende therapeuten meer literatuur gaan zoeken over wat al bekend is over diagnostiektrajecten waar beeldende therapie bij betrokken is, maar dit was lastiger dan ik dacht. Binnen Nederland is er vrij weinig beschreven, al helemaal over beeldende therapie als inzetbaar diagnostisch middel. Wel heb ik steeds meer informatie verzameld tijdens de interviews met de respondenten en de literatuurstudie, die weer erg bruikbaar waren voor de participerende observatie en die er ook voor zorgden dat ik bij behandelplannen wilde zijn. Hier merkte is pas de bijdrage van ieder afzonderlijk therapeut en hoe belangrijk het geheel is, ze zijn afhankelijk van elkaar om tot een eerlijk en oprecht antwoord te komen, want iedereen heeft zo zijn eigen specialiteit binnen het team!

**5.1.5 Conclusie deelvraag 1**

De diagnostiek binnen Nederland is onderhevig aan grote veranderingen; per 1 januari 2014 is vastgelegd dat 70% van de behandelingen door een hoofdbehandelaar moet worden gedaan, waardoor er nog maar 30% overblijft voor restbehandelingen. Dit geeft uiteraard meer inzichtelijkheid en controleerbaarheid en moet ook de behandeling van

een cliënt ten goede komen, maar de keerzijde van de medaille is dat vaktherapieën minder kans krijgen om mee te draaien in een diagnostiektraject. Tijdens het half jaar van mijn onderzoek heb ik contact gehad met instellingen en beeldend therapeuten door het gehele land en meerdere van hen moesten de deuren sluiten en vele beeldend therapeuten zijn ontslagen. De crisis speelt hierin ook een grote rol, maar ook het feit dat beeldende therapie niet meer tot de 30% restbehandeling meer hoort en als eerste uit het pakket wordt gegooid. De beeldend therapeuten die ik heb gesproken en nog wel hun baan hadden, wisten vaak nog niet voor hoe lang of waren nog de enig overgebleven vaktherapeut binnen de instelling en liepen over van het werk en soms achter de feiten aan.

Gelukkig zijn er ook nog heel wat instellingen waarbij beeldende therapie nog een vaste aanstelling heeft binnen een diagnostiektraject van de kinder- en jeugdpsychiatrie, in ieder geval binnen de K7; de zeven grote kinder en jeugdpsychiatrische instellingen die nauw samenwerken om tot verbetering en ontwikkeling te komen. Wel varieert het aantal keren dat een beeldend therapeut een cliënt ziet steeds meer; voorheen was dit meestal tussen de vier en de tien keer, nu is dit tussen de één en zes keer. Als het meer is, dan zijn het vaak modules die worden ingezet en is dit vaak niet alleen diagnostiek, maar ook al meteen behandeling. De gemiddelde duur van een traject is ook korter geworden en varieert van twee tot acht weken. Er bestaat zelfs zoiets als een diagnostiekdag, waarin een cliënt de hele dag door specialisten wordt gezien en dan een eventuele diagnose krijgt.

Binnen Fornhese Ermelo heeft beeldende therapie een vaste plaats binnen het multidisciplinaire team; het traject duurt zes tot acht weken en de cliënt komt één keer individueel en zes keer met de groep. Dit is vergeleken met de andere instellingen iets meer dan gemiddeld en naar mijn idee ook wel nodig om een cliënt echt beter te leren kennen en vooral de kans te geven zichzelf beter te laten zien. De eerste en vaak ook tweede keer is de cliënt vaak nog onrustig, omdat alles nieuw is en hierna neemt dit veelal af. Ik begreep van beeldend therapeuten door het hele land dat het contact steeds meer individueel wordt, dit om een snellere indruk te krijgen, het minder hoeft te kosten en er sneller overgegaan kan worden op therapie. Maar het gevolg is dat je niet ziet hoe een cliënt zich verhoudt tot zijn eigen peergroup, iets wat juist zo belangrijk is in de leeftijd van 12-23 jaar.

De nadruk komt hierbij steeds meer op behandelen te liggen; productie draaien. Het moet allemaal sneller en duidelijker, maar dit is niet altijd in het voordeel van de cliënt; hoe sneller uitbehandeld, des te sneller ze week op de stoep staan begreep ik van collega therapeuten. Bij lichte problematiek kan een korte traject volstaan, maar iemand met zware hechtingsproblematiek heeft niet genoeg aan twee keer beeldend om zich bloot te durven en kunnen geven. Creatieve systeemmodules en procesdiagnostiek (hierbij wordt naast de diagnostiek ook al begonnen met het behandelen), lijken in opmars te zijn. Hierbij vervaagt het specifieke diagnostiektraject en wordt dit geïntegreerd in de therapie en behandelcontext.

Beeldende therapie wordt door het Trimbos instituut benoemd als een vorm van therapie die en bijdrage kan leveren voor de multidisciplinaire diagnostiek en dit is ook precies wat er gebeurd in de huidige praktijk; beeldende therapie is onderdeel van een groot multidisciplinair team dat in zijn geheel zorg draagt voor het diagnostiektraject. Iedere specialist van een team heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en kracht om de cliënt te kunnen bekijken. Het verschilt nogal hoe vaak de frequentie is per therapeut om de cliënt te observeren, maar degene die de cliënt het meest ziet is de hoofdbehandelaar en bij Fornhese is dit de kinderpsychiater. Daarnaast blijven de kinderen ook intern in Ermelo en zien de verpleegkundigen veel in de dagelijkse bezigheden van de cliënt. De bijdrage van ieder afzonderlijke vak, wordt door het gehele team gezien als iets positiefs en voornamelijk ook het behandelplan waar er flink overlegd en gediscussieerd wordt om van alle uitkomsten tot één geheel te kunnen komen.

Binnen Nederland vinden alle beeldend therapeuten de samenwerking in zo n groot team een aanwinst.

**5.2 Deelvraag 2 Kenmerken**

*Welke specifieke kenmerken van beeldende therapie kunnen bijdragen aan de diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie?*

5.2.1 Participerende observatie

Ik kan niet anders zeggen dan dat ik beeldende therapie in zijn geheel een ontzettend krachtig medium vindt, ook juist voor de diagnostiek. Toen ik begon aan de stage had ik nog geen idee hoe een diagnostiektraject eruit zag en al helemaal niet dat het eigenlijk geen therapie is, behandeling komt pas na diagnostiek. Gedurende de therapiesessies zag ik ontzettend problematische jongeren een therapiesessie binnen komen en steeds iets opener weg gaan.

Ik heb geleerd hoe je een specifiek materiaal in combinatie met een specifieke opdracht kunt inzetten om zo heel veel over een cliënt te weten te kunnen komen en hoe vaker je dit doet, des te meer referentiemateriaal je krijgt en ik ook steeds beter kon herkennen welk gedrag in het medium past bij welke problematiek. In het begin wist ik nog niets en probeerde ik voorzichtig aan de hand van observeren te snappen wat er aan de hand moest zijn, maar na verloop van tijd kon ik al iets opmerken aan de manier van binnenkomen, het gedag zeggen en de houding tegenover de peergroup.

Maar als ik het dan heb over de kracht van het medium; dan kom ik toch als eerste bij het cliché antwoord dat een beeld meer zegt dan duizend woorden, want zo blijkt het ook uit mijn eigen ervaringen in de praktijk. Naast dat beeld heb je dan ook nog hetgeen wat de cliënt er achteraf over kwijt wil en wat je zelf navraagt. Het is een laagdrempelige vorm van therapie en ondanks dat cliënt vaak gespannen beginnen, zorgt het vaak zonder dat ze doorhebben dat er onbewust ontzettend veel. Als een cliënt een beetje affiniteit heeft met beeldend werken, dan kan het ook voor ontzettend veel ontspanning zorgen en ook openheid geven over de problematiek van de cliënt. In veel gevallen kunnen cliënten, vooral omdat ze nog jong zijn (12-23 jaar), nog niet altijd betekenis geven aan emoties, gedachten en gevoelens. In het beeld kunnen ze onbewust veel kwijt en achteraf kunnen de cliënten veel beter beschrijven wat er gaande is en beter koppelen aan het dagelijkse leven.

Het is bekend dat ieder materiaal een appel doet op een cliënt en dit komt iedere keer weer naar voren. Dit in combinatie met de juiste opdracht kan duidelijkheid verschaffen over de problematiek van een cliënt. De manier hoe iemand omgaat met het materiaal, hoe iemand een beeld maakt, de verhouding van de maker en het beeld en de vertaling die hij/ zij hieraan geeft, etc. Er is ontzettend veel wat kan bijdragen aan het zicht krijgen op de diagnostiek, juist door het mediumspecifieke, non verbale aspect! En het mooie is dat een cliënt het zelf kan ervaren en er een tastbaar product overblijft. Hierbij is het de kracht van beeldende therapie dat het voor de cliënt vaak lijkt alsof hij/ zij aan het knutselen is, maar er ondertussen voor de therapeut uit alles iets gehaald kan worden. De cliënten hebben dit vaak niet geheel in de gaten en zien het vaak als een prettige manier van therapie en prettiger dan de verbale therapieën.

5.2.2 Literatuurstudie

Vanuit de observaties uit de beeldende therapie wordt aanvullende diagnostiek geleverd op de algemene psychodiagnostiek. De zogeheten psychodiagnostiek wordt niet door de beeldend therapeut uitgevoerd. De beeldend therapeut voert voor zichzelf echter wel beeldend therapeutische diagnostiek uit[[30]](#footnote-28). De conclusies vanuit de beeldende observatie monden uit in een stellingname ten aanzien van de wijze waarop de cliënt denkt, voelt en handelt en hoe hij zich uitdrukt en vormgeeft in het medium. Beeldend therapeutische diagnostiek geeft hieraan betekenis door een verband te leggen tussen het beeldend werk en wat daarvan de functie of achtergrond kan zijn. Deze vraag wordt gesteld ten aanzien van de vijf gebieden; materiaalkeuze, materiaalomgang, vormgeving, thematiek en relatie. In de diagnostiek van de beeldend therapeut speelt de algemene diagnostiek een belangrijke rol. Daarnaast trekt de beeldend therapeut ook eigen conclusies, waarbij de vijf mediumaspecten een hoofdrol spelen. Soms biedt beeldende therapie mogelijkheden waar andere disciplines die (nog) niet zien. De therapeut probeert op basis van de observatie uitspraken te doen omtrent de (ontwikkelings)mogelijkheden op intrapsychisch en interpsychisch vlak. Hoe de beeldend therapeut precies tot een diagnose komt en welke elementen daarbij voorop staan, is mede afhankelijk van de visie (opgedaan uit ervaring en specialisme) die de therapeut heeft op de beeldende therapie.[[31]](#footnote-29)

Alhoewel uit het CINOP- onderzoek naar het beroepsprofiel (Nafzger& Van Gaalen-Oordijk, 1999) blijkt dat diagnosticeren niet tot de tien kerntaken van de creatief therapeut wordt gerekend, ligt dit anders voor het bijstellen daarvan. In het onderzoek wordt als taak genoemd ‘stelt diagnose, doelstellingen en behandelwijze bij op basis van observatie/ evaluatie’ en wordt bovendien het toenemend belang van het vaststellen van de eerste diagnose gesignaleerd. Met andere woorden; de creatief therapeut moet in toenemende mate beschikken over de bekwaamheid om vanuit het medium een bijdrage te leveren aan de diagnostiek in multidisciplinair teamverband.[[32]](#footnote-30)

Volgens Smeijsters[[33]](#footnote-31) zou beeldende therapie een bijdrage kunnen leveren aan de diagnostiek en werken, omdat;

- Het medium een appel doet op het kernzelf van de cliënt.

- Het medium de cliënt in de gelegenheid stelt de vitality affects (Stern) van zijn kernzelf (Damasio) niet cognitief, maar gevoelsmatig en intuïtief tot expressie te brengen.

- De cliënt in het moment zelf en direct de achtergrondgevoelens en emotieschema’s kan ervaren.

- Het medium de cliënt in staat stelt te handelen en te ervaren in het moment zelf en daaraan niet-cognitief, maar gevoelsmatig en intuïtief vorm te geven.

Het beeldend medium is visueel, concreet en tastbaar, wat een jongere kan helpen te laten zien wie hij of zij is zonder dit direct verbaal duidelijk te hoeven maken.[[34]](#footnote-32)

5.2.3 Respondenten

**1. Beeldend therapeuten**; 25 Beeldend therapeuten uit het gehele land, werkzaam in het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

Beeldende therapie wordt, veelal ook binnen het multidisciplinaire team, gezien als een prachtige aanvulling op de verbale therapievormen. Het is een laagdrempelige vorm van therapie en wordt door veel jongeren zelfs als ontspannend benoemd. De kracht van beeldende therapie zit hem juist in het non verbale; men zegt wel eens “een beeld zegt meer dan 1000 woorden.’ Juist doordat de aandacht meer op het werken en het beeld gericht is, voelt een kind vaak geen dreiging. Ook is beeldend daarom een medium waarbij je, vooral met jongeren met sociale problematiek, via het beeld kunt praten, zonder dat degene zich direct aangevallen voelt. Ook is de afleidbaarheid van het middel een manier om weerstand te omzeilen. Iemand hoeft en kan zich vaak niet verschuilen achter woorden en het zal ook vaak niet voelen als hoeven te verschuilen. Hierdoor kan iemand zich nauwelijks anders voordoen, wat soms nog wel lukt bij verbale therapie; het masker valt weg. Terwijl de cliënt denkt dat er niet wordt opgelet, kan de therapeut rustig alles in zich opnemen van wat gebeurt tijdens het werken in het medium. Hierbij kan de therapeut dus zelf ook een appel doen op de cliënt of een situatie of opdracht sturen; het is manipulatief op een positieve manier; als je iets te weten wilt komen rondom diagnostiek en of problematiek en je bent een goede therapeut; dan kun je door je houding, het juiste materiaal, de passende opdracht en nog eventueel verdere interventies, bijna alles te weten komen, wat bij verbale therapieën soms niet te achterhalen valt. Er zit altijd een onvoorspelbaarheids factor in en spontane reacties of uitingen komen veel sneller bij een non verbale therapievorm dan bij een verbale.

Het werken in het medium is zeker de kracht van beeldende therapie; hoe gaat iemand om met materiaal, hoe gebruikt iemand het materiaal en wat doet het materiaal met iemand (appelwaarde). Ieder materiaal heeft een specifieke eigenschap en door meerdere materialen uit te proberen kan er een goede mix van positieve ervaring en frustratie ontstaan; hierdoor kan de problematiek zichtbaar worden en worden handelingspatronen herkend. Indirect kan beeldende therapie iets met een kind doen; er wordt iets buiten jezelf gemaakt wat over jezelf gaat, hierbij kan een kind over zichzelf nadenken, zonder dat hier woorden aan te pas hoeven komen. Het directe hierbij is dat het zichtbaar wordt. Het tastbare aspect maakt het aantoonbaar en het blijft bestaan; je kunt als therapeut samen met de cliënt terug kijken en door het visuele aspect te spiegelen, kunnen kinderen zelf ook waarnemen wat er gebeurd of wat er te zien is en dit kan eventueel gekoppeld worden, of zich vertalen naar het dagelijkse leven.

De verhouding van het beeld en de maker is ook erg krachtig in het medium; wat verteld een kind over het werk zodra het af is? Er kan namelijk behoorlijk wat verschil zitten in het maken op zich en het erna hierover kunnen praten; de betekenis van het werk en het gedrag, loopt dit synchroon of juist in tegenspraak? Soms is er tijdens de nabespreking plots iets weg, wat tijdens het maken in het medium nog wel zichtbaar was; het wordt weggemaakt of afgeweerd. Kan een kind wel of niet vertalen of ergens betekenis aan geven of een relatie ermee in stand houden of niet? De beeldtaal is dus erg belangrijk. Veel gebeurd er op onbewust niveau tijdens het maken van een werkstuk en dit manifesteert zich in vorm, beeld en kleur en de relatie hiertussen; dit roept heel wat op en is soms ook lastig te vertalen in woorden. Beeldende therapie is dus ook een mooie manier om te kijken hoe het voelen, denken en handelen in balans of disbalans is.

Vooral ook procesdiagnostiek kan inzicht geven in het complete functioneren met zowel de tekorten als de kwaliteiten. Een kind wordt gevraagd iets te doen en het bijzondere bij beeldend werken is dat hierdoor niet alleen de beperkingen, maar het ook de mogelijkheden zichtbaar maakt. Dit kan erkenning geven voor wie men is en wat men kan en dit biedt vaak openingen voor verder behandelen en veranderen. Wat iemand wel of niet laat zien tijdens een observatiefase, kan de richting bepalen voor verder onderzoek en/ of eventueel uitsluitsel geven voor bepaalde problematiek.

**2. Groep van deskundigen**; Therapeuten uit verschillende vakgebieden, werkzaam in het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo

De groep deskundigen uit het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo, geeft bijna een collectief antwoord als het gaat om specifieke kenmerken die een bijdrage kunnen leveren aan de diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar; het non verbale aspect. De hoofdbehandelaar geeft aan dat sommige cliënten zich beter non verbaal kunnen uiten, dan verbaal en vindt beeldende therapie daarom ook een bijzondere bijdrage leveren; het is een ander referentiekader. Enkele deskundigen die ook wel samengewerkt hebben noemen ook het tastbare product en het gebruik van materiaal een krachtige bijdrage leveren. De neuropsycholoog die vrij nieuw is in het team geeft ook aan in het vorige team nauw samen gewerkt te hebben met een beeldend therapeute tijdens het diagnostiektraject en dat ze toen ook de beeldende bijdrage echt een toevoeging vond; ‘als een beeldend therapeut met een gericht doel haar expertise inzet in de beeldende therapie wat betreft inhoud en omgang met materialen, etc, dan kan het een bijzondere bijdrage leveren aan diagnostiek naast de verbale therapievormen.’

5.2.4 Triangulatie

Nadat ik gesproken had met collega’s van het team Transit, besefte ik mij pas hoeveel

waarde collega’s hechten aan beeldende therapie. Ik had nooit zo stilgestaan bij beeldende therapie in een diagnostiektraject als aanvulling, ik kende alleen maar beeldende therapie als een behandelvorm. Dit meegenomen en het inzien van het belang van het multidisciplinaire team, ging ik ook aan de beeldend therapeuten bij andere instelling navragen hoe beeldende therapie werd gezien binnen het team en wat zij zelf het belang vonden van zo n groot team. Ik kreeg toen juist ook reacties dat men vond dat beeldende therapie af en toe te weinig werd gewaardeerd en ook dat sommige therapeuten jaren hebben moeten vechten om aan te tonen dat ze ook een plekje verdiende in het diagnostiektraject. Het is dus van groot belang dat je als beeldend therapeut zelf weet welke specifieke kenmerken een bijdrage kunnen leveren aan een diagnostiektraject, helemaal als de hoofdbehandelaar niet zo gelooft in creatieve therapie.

Vanaf dat moment ben ik mij meer gaan inspannen om binnen de beeldende therapie te zien wat beeldende therapie voor een bijdrage kan leveren en dit kon ik ook weer beter inbrengen en uitleggen tijdens interviews met collega therapeuten.

***5.2.5 Conclusie deelvraag 2***

Beeldende therapie wordt binnen vrijwel binnen alle kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen gezien als een waardevolle bijdrage voor het diagnostiektraject. Het multidisciplinaire team benoemt voornamelijk het non verbale aspect, wat mits je dit goed en met een duidelijk doel weet in te zetten in combinatie met materiaal, bijzondere taferelen kan opleveren. Wel is beeldende therapie afhankelijk van de hoofdbehandelaar voor participatie aan een diagnostiektraject; als de hoofdbehandelaar geen goede ervaringen heeft met dit medium, dan is er een kans dat beeldende therapie uit een multidisciplinair team geweerd wordt.

De kracht van het medium beeldende therapie als diagnostisch middel, heb ik zelf mogen meemaken en soms was ik er echt verbaasd over hoeveel je te weten kan komen door de juiste materialen met een juiste opdracht te combineren. Vooral de laagdrempeligheid en het feit dat kinderen vaak denken dat ze gewoon creatief bezig zijn, maar ondertussen…. Juist doordat de aandacht meer op het werken en het beeld gericht is, voelt een kind vaak geen dreiging; via het beeld kan er gepraat worden. De afleidbaarheid van het middel is hierbij de perfecte manier om de weerstand van jongeren te omzeilen. Iemand hoeft zich niet te verschuilen achter woorden en een masker houdt vaak geen stand. Precies dit aspect maakt beeldende therapie zo krachtig; sommige jongeren hebben zichzelf aangeleerd te verbergen door middel van taal en dus zien verbale therapieën niet altijd deze kanten die wij als non verbaal therapeuten te zien krijgen. De cliënt ziet beeldende therapie daarom ook regelmatig als iets wat ontspanning oplevert of voor prettige afleiding zorgt, ondertussen neemt de beeldend therapeut rustig alles in zich op.

Naast dat het materiaal een appel doet op de cliënt, kan de therapeut zelf ook een appel doen op de cliënt, de situatie of de opdracht. Beeldende therapie kan op een positieve manier manipulatief zijn, ook middels interventies die je pleegt. Je bent een goede therapeut als je iets te weten wilt komen rondom diagnostiek of problematiek en je hierbij je houding, het juiste materiaal, de passende opdracht en interventies weet in te zetten. Er zit een onvoorspelbaarheids factor is en spontane reacties of uitingen komen veel sneller bij een non verbale therapievorm dan bij een verbale.

Volgens Smeijsters (2008) geeft beeldend therapeutische diagnostiek betekenis door een verband te leggen tussen het beeldend werk en wat daarvan de functie of achtergrond kan zijn. Deze vraag wordt gesteld ten aanzien van de volgende vijf gebieden; materiaalkeuze, materiaalomgang, vormgeving, thematiek en relatie. Ieder materiaal heeft zijn eigen appelwaarde en dus een eigen uitwerking op een cliënt. Hoe een cliënt vervolgens hiermee omgaat en wat de cliënt hier achteraf over verteld, kan uiterst interessant zijn. Voornamelijk of dit synchroon loopt met het geen de beeldend therapeut heeft gezien in het proces en wat eruit ontstaan is en hoe de maker dit zelf heeft ervaren. Er kan een goede mix van positieve ervaring en frustratie ontstaan; hierdoor kan de problematiek zichtbaar worden en de handelingspatronen worden herkend. Door het tastbare aspect wordt niet alleen het werk maar ook de problematiek zichtbaar en dit visuele aspect kun je spiegelen. Hierdoor kunnen kinderen zelf ook waarnemen wat er gebeurd of wat er te zien is en dit kan eventueel gekoppeld worden naar het dagelijkse leven.

Een kind wordt gevraagd iets te doen en het bijzondere bij beeldend werken is dat hierdoor niet alleen de beperkingen, maar het ook de mogelijkheden zichtbaar maakt. Dit kan erkenning geven voor wie men is en wat men kan en dit biedt vaak openingen voor verder behandelen en veranderen. Wat iemand wel of niet laat zien tijdens een observatiefase, kan de richting bepalen voor verder onderzoek en/ of eventueel uitsluitsel geven voor bepaalde problematiek.

**5.3 Deelvraag 3 Mediumspecifiek en niet mediumspecifiek**

*Welke mediumspecifieke en niet mediumspecifieke observatie instrumenten zijn geschikt om in de beeldende therapie een bijdrage te leveren aan de diagnostiek?*

5.3.1 Participerende observatie

Het enige mediumspecifieke observatie instrument dat er voor beeldende therapie bestaat is de DDS. Ik heb helaas nog niet kunnen zien hoe dit precies in zijn werk gaat, maar een collega heeft het wel helemaal uitgelegd en ben er erg nieuwsgierig naar. Er is weinig evidence based in de beeldende therapie, dus het zal zeker een bijzonder middel zijn om bij te kunnen dragen aan het diagnostiektraject.

Daarentegen heb ik wel mediumspecifieke en niet- mediumspecifieke eigenschappen mogen meemaken tijdens de beeldende therapie van het diagnostiektraject;

\* Mediumspecifiek;

* Het materiaal; het appel dat het doet op de cliënt, hoe je materialen kunt inzetten op het moment dat je denkt dat hier veel informatie uit te verkrijgen is, maar ook hoe de cliënt het benoemt en of het zich laat leiden door het materiaal of zich er juist tegen verzet.
* Werkvormen; welke werkvorm je inzet kan soms cruciaal zijn en als ik verdenkingen heb van een of andere problematiek of ik wil juist iets beter onderzoeken, dan kies ik de opdracht hierbij uit. Hoe de cliënt omgaat met de opdracht, het vormgeeft en het vervolgens vertaald is een unieke ervaring die je niet bij een ander medium zult aantreffen.
* Contact; Hoe de cliënt contact maakt met het medium, het materiaal, de opdracht, met groepsgenoten en met de therapeut is soms ook al alleszeggend. Soms kan een cliënt gewoon helemaal geen contact maken en dan zit je al snel in de autistische hoek. Maar het kan ook zijn dat een cliënt geen of nauwelijks contact kan maken met mensen, maar juist zich goed in beeld kan uitdrukken. Interessant of tijdens de nabespreking dan iets in dat contact is gebeurd.

\* Niet medium specifiek;

- Contact; beetje dubbel omdat contact ook door andere vakspecialisten kan worden

geobserveerd, ook buiten ons medium. Maar toch wil dat niet zeggen dat wat een kinderpsychiater ziet in zijn werkkamer, de cliënt hetzelfde gedrag vertoont bij beeldende therapie. Juist door het medium ontlok je een cliënt gedrag uit dat hij/ zij soms nergens anders laat zien. Maar wat je aan contact kunt zien op het moment dat je iemand ophaalt in de wachtkamer en hoe het contact is met de peergroup, kan ook al bijdragen aan de diagnostiek.

- Gedrag; Welk gedrag vertoont de cliënt zowel binnen als buiten de setting van een

therapie. Als je in een dossier leest dat een cliënt thuis bepaald gedrag vertoont en dit niet doet op de kliniek, dan kan dit aanwijzingen geven. Ook hoe gedragspatronen zijn en hoe een cliënt zich gedraagt tegenover mij. Ik heb vaker meegemaakt dat je merkt dat er een wantrouwen is en dan kan dit wijzen op een psychose of schizofrenie. Eventueel zou trauma ook nog kunnen.

5.3.2 Literatuurstudie

De laatste decennia is er een duidelijke behoefte ontstaan aan diagnostische instrumenten om gestandaardiseerd en systematisch beeldende observaties uit te voeren. Een belangrijk voordeel is de wetenschappelijk gebaseerde werkwijze die dan ontstaat. De validiteit en betrouwbaarheid zijn aangetoond. Een gestandaardiseerd observatie- en diagnostiek instrument maken het mogelijk om uitspraken over beeldende indicaties en doelen beter te onderbouwen en, door al het wetenschappelijk onderzoek dat eraan vooraf is gegaan, zijn de uitkomsten bewezen onderbouwd en effectief.[[35]](#footnote-33)

Volgens Smeijsters worden de Diagnostic Drawing Series oftewel de DDS (Fowler en Cohen) en de Rutten-Saris-Index (2002), binnen Nederland gezien als beeldend therapeutische diagnostische instrumenten. [[36]](#footnote-34) In de meeste landen van Europa en de rest van de wereld is ‘Art Therapy’ een universitaire opleiding en er is dan vaak sprake van een combinatie van psychologie en kunstgeschiedenis.[[37]](#footnote-35) Dit zie je dan ook veel terug in de Amerikaanse tekentesten die zijn ontwikkeld en voornamelijk door psychologen en psychiaters worden gebruikt en niet door beeldend therapeuten; denk aan de Silver Drawing Test (Silver 2007) en de ‘Draw a person picking an apple from a tree’ de PPAT (1998).

Smeijsters (2008) heeft het ook over mediumspecifieke en niet mediumspecifieke eigenschappen in de termen; specifieke analogie, die berust op specifieke eigenschappen van het creatief therapeutisch medium en de niet-specifieke analogie die betrekking heeft op wat de cliënt weliswaar met het creatief therapeutische medium, maar ook met vele andere zaken kan doen.[[38]](#footnote-36) Vanuit het beroepsprofiel van de beeldend therapeut wordt deze analogie ook aangehaald; de ervaringen die een cliënt in de therapiesituatie opdoet met beeldende middelen en de ervaringen die de cliënt buiten de therapiesituatie opdoet elkaar beïnvloeden. Deze mogelijke analogie tussen beeldend werken en het dagelijks leven van een cliënt is een belangrijk uitgangspunt in de beeldend therapeutische behandeling. Mediumspecifiek tijdens een diagnostiek traject zijn de materialen met hun appelwaarde, gereedschappen, technieken, resultaten, beeldende interacties en het beeldend proces. Dit alles is specifiek voor beeldende therapie en zijn observatiepunten voor de diagnostiek.[[39]](#footnote-37) Het creatief-procesmodel sluit nog aan bij het lijstje met mediumspecifieke eigenschappen en heeft baanbrekend werk verricht door het formuleren van een appellijst. In de appellijst worden verschillende bindingen gelegd. De eerste is de verbinding tussen de wijze van omgang met het medium en de behoeften van de cliënt, waardoor de mediumactiviteit een psychologische betekenis krijgt. De tweede verbinding is die tussen uiterlijke manifestaties in het medium en innerlijke behoeften.[[40]](#footnote-38)

Door uit te gaan van het analoge procesmodel (Smeijsters, 2008) is het ook niet noodzakelijk om in verbale reflecties observaties met de jongere na de gaan en te bespreken. Ook wanneer de jongere weinig zelfinzicht heeft of zich verbaal moeilijk kan uiten, kan observatie plaatsvinden van de (non-verbale) analoge vormgeving. De analogie betreft niet alleen de expressie van gevoelens en belevingen in het medium, maar ook gedrag cognitie, interactie en communicatie in het beeldend medium dat deels overeen komt met de symptomen die kenmerkend zijn voor een psychische stoornis (Smeijsters, 2008). In de vormgevind, materiaalbeleving en materiaalhantering kan dus worden geobserveerd hoe iemand analoog aan het kernzelf denkt, voelt en handelt (Penzes, 2010).[[41]](#footnote-39)

5.3.3 Respondenten

**1. Beeldend therapeuten**; 25 Beeldend therapeuten uit het gehele land, werkzaam in het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

Naast de observaties van de beeldend therapeuten in het diagnostiek traject, wordt veel gebruik gemaakt van de Diagnostic Drawing Series (DDS). De DDS is evidence based voor volwassenen, niet voor kinderen, toch wordt dit observatiemiddel ingezet bij beeldende therapie om een indicatie te krijgen van een mogelijke diagnose. Beeldend therapeuten houden hierbij wel rekening met het feit dat bijv. een depressie er bij volwassen heel anders uitziet dan bij kinderen. De DDS geeft zicht op structurele kenmerken in het tekenen, wat naast de vele interpretatieve tests echt een aanvulling is.

Naast de DDS, zijn er ook enkele tekentests die worden ingezet door beeldend/ kindertekentherapeuten, die van oorsprong meer uit de psychologie of psychiatrie komen; House Tree Person (HTP), Rutten- Saris- index Grafische Elementen (RS),

Gezin-in–dieren test, Draw-A-Person test en de Draw-a-Family test. Enkele therapeuten gebruiken deze tests ook om er een eigen gemaakte, afgeleide test van te creëren.

Naast de ‘instrumenten’, zijn er ook medium specifieke en niet- medium specifieke kenmerken, die beeldend therapeuten geschikt vinden om aan te houden in een diagnostisch traject;

***Medium specifieke kenmerken***;

- Materiaal; Hoe gebruikt iemand het materiaal? Gaat de cliënt erin op of houdt hij/zij afstand? Laat de cliënt zich leiden door het materiaal en wat roept het op (denk aan zintuiglijke waarnemingen en emoties)?

- Contact: Als iemand verbaal moeilijk contact kan maken, hoe doet de cliënt dit dan in beeld, non verbaal en binnen de opdracht? Ontstaat daar op een ander niveau wel contact of nog steeds niet, dat kun je meenemen in je observatie. Ook kun je kijken bij een eventuele samenwerkingsopdracht hoe de samenwerking verloopt.

- Contact met therapeut; Hoe is de houding t.o.v. de therapeut en hoe gaat de cliënt om met grenzen, structuur, ruimte en tijd die door de therapeut kunnen worden bepaald?

- Beeldende opdracht: Hoe gaat de cliënt om met de opdracht en maakt de cliënt gebruik van vorm en/of symboliek? Ook goed om te kijken of de cliënt aansluiting vindt bij de mogelijkheden van het vak, eventueel voor vervolgbehandeling.

- Totaalplaatje; Hoe is het totaalplaatje van het beeld en de maker en hoe verhoudt zich dit tot elkaar.

***Niet mediumspecifieke kenmerken***;

-Contact; Hoe verhoudt iemand zich tot de therapeut, de stagiaire of de eigen peergroup? Vanaf het begin van het ophalen in de wachtkamer kun je als therapeut al veel opmaken uit de manier waarop een cliënt je aankijkt, hoe iemand gedag zegt en hoe iemand meeloopt naar de werkruimte. `überhaupt hoe iemand uit zijn ogen kijkt kan al iets zeggen.

- Setting; Hoe is een cliënt elders en binnen een beeldende setting,. Maar ook welke plaats een cliënt inneemt in de ruimte en hoe een cliënt omgaat met alles wat hij/zij ziet binnen deze ruimte en ruimt de cliënt achteraf op.

- Gedrag; Wat zijn gedragspatronen en mocht de cliënt zich anders gedragen binnen een beeldende setting dan bijv. thuis, dan is het ook interessant, mede voor ouders, om dit gedrag uit te lokken en zo te kunnen achterhalen waar dit vandaan kan komen.

In het gedrag kun je als therapeut zijnde ook nog meenemen of je enig wantrouwen signaleert, dit zou eventueel tekenen van een trauma, psychose of schizofrenie kunnen zijn. Ook het lichamelijk functioneren kun je meenemen in observatie van gedrag.

De scheidingslijn tussen mediumspecifiek en niet medium specifieke kenmerken is lastig te bepalen, bijna alles komt wel voort uit het medium zodra je als beeldend therapeut de cliënt observeert. Toch heb ik gekozen om deze twee te blijven scheiden, omdat de interpersoonlijke eigenschappen zich ook buiten het medium manifesteren en juist iets kunnen vertellen over de persoon zonder dat dit specifiek alleen binnen het medium beeldende therapie te achterhalen is.

**2. Groep van deskundigen**; Therapeuten uit verschillende vakgebieden, werkzaam in het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo

Ieder deskundig vakgebied van het multidisciplinair team, handelt vanuit zijn/ haar eigen mediumspecifieke kenmerken, juist deze zorgen voor de belangrijke eigen bijdrage in het grote team. Ieder vakgebied heeft een eigen kenmerk wat het zo speciaal maakt wat ze doen. Voor specifiek beeldende therapie benoemen de diverse therapeuten het non verbale aspect, maar ook de kracht van het materiaal, de appelwaarde die hierbij hoort en de opdrachten die gegeven worden.

Als instrument noemt zowel de neuropsycholoog en de hoofdbehandelaar en kinderpsychiater de DDS; oftewel de Diagnostis Drawing Series. Vanuit hun vakgebied wordt er graag gewerkt met evidence based materiaal en zij zijn beide op de hoogte van de kracht van dit meetinstrument. Zij hopen dan ook dat onze beeldend therapeut dit snel kan gaan toepassen, want momenteel is zij hiervoor nog in opleiding.

Het bijzondere is wel dat de DDS nog niet evidence based is voor de jeugd, alleen bij volwassenen. Ondanks dit feit zou het team graag zien dat dit gebruikt kan gaan worden, juist door de positieve ervaringen en een kritische blik die geleverd kan worden bij het verschil tussen problematiek van jeugdigen en volwassenen.

5.3.4 Triangulatie

Deze deelvraag was zeker een lastige, mede doordat ik tijdens het interviewen erachter kwam dat veel therapeuten niet zo goed weten wat nu precies medium specifiek is en wat niet, maar ook omdat als je het puur hebt over observatie instrumenten, iedereen meteen de DDS noemde. Vanuit dit gegeven en deze onduidelijkheid ben ik in de boeken gedoken en ondanks dat we deze termen op school hebben geleerd, is het niet duidelijk te vinden in het handboek beeldende therapie van Smeijsters. Pas toen ik begon te lezen over analogie en de specifieke analogie, begreep ik dat dit hetzelfde was en toen viel het kwartje. Dit heb ik vervolgens neergelegd bij mijn praktijkbegeleider die precies kon uitleggen wat volgens haar medium specifiek was niet medium specifiek. Dit kon ik weer meenemen bij de resterende interviews en soms heb ik nog mailtjes nagestuurd om nogmaals te vragen of de beeldend therapeuten hier nog iets bij konden noemen en dan had ik zelf ook wat voorbeelden bij onduidelijkheid.

***5.3.5 Conclusie deelvraag 3***

De laatste decennia is er een duidelijke behoefte ontstaan aan diagnostische instrumenten om gestandaardiseerd en systematisch beeldende observaties uit te voeren. Een belangrijk voordeel is de wetenschappelijk gebaseerde werkwijze die dan ontstaat. De validiteit en betrouwbaarheid zijn aangetoond. Een gestandaardiseerd observatie- en diagnostiek instrument maken het mogelijk om uitspraken over beeldende indicaties en doelen beter te onderbouwen en, door al het wetenschappelijk onderzoek dat eraan vooraf is gegaan, zijn de uitkomsten bewezen onderbouwd en effectief

Als we het puur hebben over een mediumspecifiek diagnostisch observatie instrument dan wordt er in de praktijk veel gebruik gemaakt van de Diagnostic Drawing Series (DDS). De DDS is evidence based voor volwassenen, niet voor kinderen, toch wordt dit observatiemiddel ingezet bij beeldende therapie om een indicatie te krijgen van een mogelijke diagnose. Beeldend therapeuten houden hierbij wel rekening met het feit dat bijv. een depressie er bij volwassen heel anders uitziet dan bij kinderen. De DDS geeft zicht op structurele kenmerken in het tekenen, wat naast de vele interpretatieve tests echt een aanvulling is. Ook het multidisciplinaire team geeft aan baat te hebben bij de DDS en binnen Fornhese Ermelo wordt er lovend naar uit gezien dat mijn praktijkbegeleider bezig is met de cursus hiervoor.

Naast de instrumenten zijn er ook mediumspecifieke en niet mediumspecifieke observatie kenmerken die beeldend therapeuten geschikt vinden om aan te houden in een diagnostisch traject;

***Medium specifieke kenmerken***; Smeijsters (2008) noemt dit ook wel specifieke analogie;

- Materiaal; Hoe gebruikt iemand het materiaal? Gaat de cliënt erin op of houdt hij/zij afstand? Laat de cliënt zich leiden door het materiaal en wat roept het op (denk aan zintuiglijke waarnemingen en emoties)?

- Contact: Als iemand verbaal moeilijk contact kan maken, hoe doet de cliënt dit dan in beeld, non verbaal en binnen de opdracht? Ontstaat daar op een ander niveau wel contact of nog steeds niet, dat kun je meenemen in je observatie. Ook kun je kijken bij een eventuele samenwerkingsopdracht hoe de samenwerking verloopt.

- Contact met therapeut; Hoe is de houding t.o.v. de therapeut en hoe gaat de cliënt om met grenzen, structuur, ruimte en tijd die door de therapeut kunnen worden bepaald?

- Beeldende opdracht: Hoe gaat de cliënt om met de opdracht en maakt de cliënt gebruik van vorm en/of symboliek? Ook goed om te kijken of de cliënt aansluiting vindt bij de mogelijkheden van het vak, eventueel voor vervolgbehandeling.

- Totaalplaatje; Hoe is het totaalplaatje van het beeld en de maker en hoe verhoudt zich dit tot elkaar.

Smeijsters (2008) benoemt als mediumspecifiek/specifieke analogie tijdens een diagnostiek traject de materialen met hun appelwaarde, gereedschappen, technieken, resultaten, beeldende interacties en het beeldend proces.

Door uit te gaan van het analoge procesmodel (Smeijsters, 2008) is het ook niet noodzakelijk om in verbale reflecties observaties met de jongere na de gaan en te bespreken. Ook wanneer de jongere weinig zelfinzicht heeft of zich verbaal moeilijk kan uiten, kan observatie plaatsvinden van de (non-verbale) analoge vormgeving. De analogie betreft niet alleen de expressie van gevoelens en belevingen in het medium, maar ook gedrag cognitie, interactie en communicatie in het beeldend medium dat deels overeen komt met de symptomen die kenmerkend zijn voor een psychische stoornis (Smeijsters, 2008). In de vormgeving, materiaalbeleving en materiaalhantering kan dus worden geobserveerd hoe iemand analoog aan het kernzelf denkt, voelt en handelt (Penzes, 2010).[[42]](#footnote-40)

***Niet mediumspecifieke kenmerken***/ Smeijsters (2008) noemt dit ook wel; niet-specifieke analogie;

-Contact; Hoe verhoudt iemand zich tot de therapeut, de stagiaire of de eigen peergroup? Vanaf het begin van het ophalen in de wachtkamer kun je als therapeut al veel opmaken uit de manier waarop een cliënt je aankijkt, hoe iemand gedag zegt en hoe iemand meeloopt naar de werkruimte. `überhaupt hoe iemand uit zijn ogen kijkt kan al iets zeggen.

- Setting; Hoe is een cliënt elders en binnen een beeldende setting,. Maar ook welke plaats een cliënt inneemt in de ruimte en hoe een cliënt omgaat met alles wat hij/zij ziet binnen deze ruimte en ruimt de cliënt achteraf op.

- Gedrag; Wat zijn gedragspatronen en mocht de cliënt zich anders gedragen binnen een beeldende setting dan bijv. thuis, dan is het ook interessant, mede voor ouders, om dit gedrag uit te lokken en zo te kunnen achterhalen waar dit vandaan kan komen.

In het gedrag kun je als therapeut zijnde ook nog meenemen of je enig wantrouwen signaleert, dit zou eventueel tekenen van een trauma, psychose of schizofrenie kunnen zijn. Ook het lichamelijk functioneren kun je meenemen in observatie van gedrag.

**5.4 Deelvraag 4 Interventies**

*Welke interventies plegen beeldend therapeuten in een diagnostische fase van de behandeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie?*

5.4.1 Participerende observatie

Ik heb gemerkt dat beeldende therapie een geheel is van interventies!!! Als je een goede therapeut bent, kun je constant van plan veranderen. Vooral voor het diagnostiektraject is dit soms erg passend, maar toch ook erg afhankelijk van wat je wilt bereiken. Ik kan me voorstellen dat als je heel weinig tijd hebt om met een cliënt iets te doen in beeldende therapie, dat je veel meer interventies zult moeten plegen om zo sneller iets te weten te komen; je manipuleert situaties een beetje om een bepaald gedrag uit te kunnen lokken.

In het geval van mijn stage hadden we ruimschoots de tijd en vind mijn praktijkbegeleider het juist belangrijk om achterover te leunen om te zien wat de cliënt vanuit zijn/ haar eigen gedrag laat zien en/ of doet. Zodra iets niet duidelijk was of iemand stagneerde, dan mocht ik pas ingrijpen. Ik kan mij beide situaties goed voorstellen en vond het ook lastig om achterover te leunen. Ik kwam vanuit een heftige doelgroepstage vorig jaar bij vrouwen met ernstige PTSS en veelal persoonlijkheidsproblematiek. Daar moest ik echt therapie geven en greep veel in en bemoeide me veel met deze cliënten. Maar dit jaar bij de jeugd, heb ik echt mijn houding aan moeten passen en ben ik veel meer gaan observeren. Hierdoor vond ik het af en toe ook lastig om te peilen hoe ver ik mocht gaan met een nabespreking, maar gedurende de tijd vorderde voelde ik dit steeds beter aan en had ik ook niet meer de neiging constant een onzekere blik te hulp willen schieten. Ik heb geleerd in het afgelopen jaar dat als je de neiging hebt om iemand te willen helpen, deze ook een appel op jou doet en dit ook iets te maken kan hebben met de problematiek. De kunst is dan om hier een interventie van te maken en wanneer iemand altijd hulpbehoevend is juist achterover te leunen en wanneer een cliënt nooit om hulp vraagt, een stap naar voren te doen en hulp aan te bieden. Zo kun je ook achter gedragspatronen komen en ook je eigen gevoelens en gedragingen reflecteren.

Maar interventies doe je naar mijn optiek dus door gedrag, houding, contact, materiaal, werkvormen en begrenzing.

5.4.2 Literatuurstudie

Allereerst interessant om te kijken wat een interventie nu eigenlijk is en/ of betekent; een interventie is een ingrijpen met een beweegreden (Kranz, 2006). Het doel is om een langzame of snelle verandering te bewerkstelligen. Het is de bedoeling om de cliënt te herstructureren op cognitief en/ of affectief gebied (Kievit, 1992). Het uiteindelijke doel van een interventie is het opheffen en/ of reduceren van een probleem en het tot stand brengen van een verandering met een doel. Een interventie staat dus altijd in verband met een doel. Doelen zijn richtinggevend voor de interventies en in het globale doel van een interventie wordt verwezen naar het onderkende probleem. Niet alleen het onderkende probleem speelt een rol bij het formuleren van het globale doel; er kunnen ook als middel om het doel te bereiken verschillende typen interventies inzetbaar zijn, met een eigen theoretische oriëntatie (De Bruijn e.a., 2003). Verschillende manieren om richting te geven worden ook wel werkwijzen genoemd (Smeijsters 2008).[[43]](#footnote-41)

Interventies vinden plaats in de driehoek medium-therapeut-client. Bij deze interventies wordt het medium ingezet en ook de attitude en verbale aspecten kunnen op vele manieren ingezet worden om contact te maken met de cliënt en het beeldend therapeutisch proces te bevorderen. Daarbij kan de interactie met leden van de therapiegroep ook ingezet worden als interventie.[[44]](#footnote-42)

Tijdens een diagnostiektraject of tijdens andere beeldend therapie momenten, zijn er een aantal voorspelbare momenten van interventies te onderscheiden van onvoorspelbare momenten[[45]](#footnote-43)[[46]](#footnote-44);

- Voorspelbare momenten; Tijdens een zitting is er een aantal voorspelbare momenten te onderscheiden, waarop beeldend therapeuten interventies plegen. Per fase in de behandeling zijn er kenmerkende interventies. Voor veel cliënten is het prettig als de start van de zittingen volgens een vast ritueel verloopt. Deze voorspelbaarheid brengt rust en vertrouwdheid, bijvoorbeeld de manier waarop een zitting wordt opgestart, een mediumactiviteit wordt afgerond, een nabespreking wordt voorbereid en de afsluiting van de zitting. Vanwege de persoonlijke betekenis van de beeldende activiteiten is het belangrijk onzorgvuldig en weloverwogen af te ronden en eventueel de overgang naar de volgende situatie voor te bereiden.

- Onvoorspelbare momenten; De onvoorspelbare momenten komen voor wanneer de cliënt iets onverwachts doet. Dit kunnen spontane verbale en non-verbale uitingen van de cliënt zijn, emoties die getoond worden of onverwachte manieren om aan een werkstuk te werken. (Krantz, 2006). Deze momenten komen vaak voor tijdens een zitting. Dit vraagt van de therapeut een voortdurend afstemmen en inspelen op de bezigheden en het gedrag van de cliënt.

Aanleidingen om interventies te plegen worden vooral uitgelokt door de situatie waarin beeldend behandeld wordt. De doelstelling kan aanleiding zijn voor een interventie en ook het bevorderen van een situatie waarin de cliënt zich goed kan uiten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het creëren van betrokkenheid, stimuleren of begrenzen van de beeldende activiteit of gedrag (Krantz, 2006). Ik- zwakke cliënten vragen om meer structuur, voorspelbaarheid, overzicht en regelmaat. De cliënt maar ook de therapeut wordt tijdens het beeldend werken dieper geraakt, waarbij er een mengeling ontstaat van bewuste en onbewuste belevingen. Interventies zullen dus ook vaak een mengeling zijn van bewuste en onbewuste handelingen. Voorwaarde voor professioneel handelen is dan ook dat de beeldend therapeut een eigen vormtaal en eigen belevingswereld heeft ontwikkeld en de eigen voorkeuren en weerstanden goed kent. De beeldend therapeut moet te sterke overdracht en tegenoverdracht in het medium kunnen herkennen om zo objectief mogelijk te kunnen zien wat de belevingswereld van de cliënt is.[[47]](#footnote-45)

Dimphy Fikke, ook een van de respondenten voor dit onderzoek, heeft een artikel geschreven voor de algehele jeugdpsychiatrie en dit stuk vind ik erg aansluiten bij dit stuk over interventies bij jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar binnen het diagnostiektraject in de kinder- en jeugdpsychiatrie;

De therapeut stelt zich directief en sturend op in het aanbieden van de werkvormen en het materiaal. Een uitnodigende en steunende houding is belangrijk om de jongere te stimuleren zich te laten zien in het observatieproces. Dit kan zijn de keuze het werk of niet in de groep te verbaliseren of bij (verbale) weerstand uit te nodigen om in het beeldend werken te laten zien waar de jongere tegenaan loopt. Binnen de observatie worden verschillende therapeutische technieken en interventies zowel in het medium als verbaal ingezet, om te observeren hoe de jongere hier op reageert. Daarbij worden interventies zoveel mogelijk overwogen, waarbij ook het niet plegen van een interventie een belangrijke rol speelt. Bij een non-directieve houding van de therapeut, of een vrije opdracht, kan onder andere worden geobserveerd hoe de jongere reageert in minder gestructureerde situaties.

Observaties kunnen worden benoemd, de ervaringen en keuzes van de jongere zelf kunnen worden verteld of toegelicht en er kan worden doorgevraagd op handelingen of gedane afspraken. Het geobserveerde kan worden uitgediept of verhelderd door bijvoorbeeld contrasteren ( Bijvoorbeeld twee werkprocessen met elkaar te vergelijken (of uitvergroten (door van gereedschap te wisselen of het tegenovergestelde vragen te doen).[[48]](#footnote-46)

5.4.3 Respondenten

**1. Beeldend therapeuten**; 25 Beeldend therapeuten uit het gehele land, werkzaam in het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

Alle therapeuten zijn het erover eens dat een diagnostische fase/ observatieperiode geen onnodig negatieve ervaring hoeft te zijn, dat hebben de meeste kinderen al genoeg.

Daarom staat een veilige sfeer creëren op de eerste plaats. Hierbij hoort ook het creëren van een vertrouwd en ontspannend contact; vanuit vertrouwen en oprecht contact, kun je een kind echt leren kennen en van daaruit onderzoeken wie het kind is, wat hij/zij goed kan en minder goed kan, wat hem/ haar bezig houdt en hoe zijn/ haar belevingswereld is. Als er geen ontspanning is, dan zie je waarschijnlijk niet de ware aard van het kind maar een coping.

De cliënt zelf is het belangrijkste; de veiligheid staat op nummer een en daar wordt deels ook de houding op aangepast; steunend, zonder oordeel en transparant.

Naast het creëren van een veilig en vertrouwde sfeer, zijn de therapeuten het ermee eens dat een groot deel van het observeren ook interveniëren is; het uitvoeren van een werkvorm gaat gepaard met interventies, deze kun je niet voorbereiden.

Afhankelijk van het doel van observatie, diagnostiek of de hulpvraag, plaats je interventies of heb je als beeldende therapeut een bepaalde houding naast het creëren van een veilige therapiesetting. Soms moet je een cliënt laten pruttelen en niet meteen ingrijpen, ook om te zien hoe iemand omgaat met frustratie of een ijzeren stilte. Zodra je de neiging hebt om een cliënt te steunen, kan dit ook wat over de problematiek van de cliënt zeggen. De cliënt kan baat hebben bij positieve bekrachtiging en erkenning, maar begrenzing is net zo goed van groot belang; bij misdraging moet dit duidelijk worden aangegeven en je niet laten leiden door angst, daarin ontstaat de meeste binding.

Nabijheid is voor gemak en veiligheid, een voorwaarde voor de binnenwereld. Professionele afstand is om te laten ervaren dat we een andere relatie met het kind hebben dan familie of vrienden.

🡪 Bij kinder- en jeugd psychiatrische instellingen waar een diagnostiektraject ook meteen behandelen is, worden er zoveel mogelijk materialen en opdrachten uitgeprobeerd om te kijken wat er voor een cliënt mogelijk is en waar deze aansluiting bij vindt. Soms worden hierbij na een eerste keer al doelen gesteld met de cliënt om naartoe te werken. De sessies worden dan al wel wat uitgestippeld, maar per moment wordt er gekeken naar wat nodig is. De sessies worden sneller onderbroken om te kijken wat er gebeurd bij de cliënt en dit terug te kunnen koppelen; meer inzichtgevend.

🡪 Bij kinder- en jeugd psychiatrische instellingen waar er een duidelijk hulpvraag of doel is, wordt de houding en de interventies aangepast aan hetgeen duidelijk moet worden. Hierbij is het vaak zo dat het traject niet al te lang is, maar dat er verduidelijking moet komen. In dat geval, is het van belang dat zowel de interventies als de houding worden afgestemd op het kind; dus is het kind teruggetrokken en wil je deze uit de tent lokken, dan pleeg je interventies, neem je ene andere houding aan en gebruik je materiaal wat zeker een reactie gaat geven. Hier wordt sneller iets toegevoegd aan een opdracht om zo reacties te ontlokken. Heel vaak is de beeldend therapeut ook in een 1 op 1 situatie met de cliënt en kan de therapeut zijn houding aanpassen, maar ook zijn/ haar werk; bijvoorbeeld bewust het eigen werk mooier of slechter maken om te kijken hoe de cliënt hierop reageert.

🡪 Bij kinder- en jeugd psychiatrische instellingen waar het diagnostisch traject er is om puur uit te vinden wat er met een kind aan de hand zou kunnen zijn wat betreft diagnostiek, heb ik veel gehoord dat er een duidelijk kader wordt geschept om de veiligheid te waarborgen, maar daarbinnen er zoveel mogelijk vrij te laten om zoveel mogelijk te kunnen zien. Hierbij horen veel verschillende opdrachten en materialen en wordt de DDS ook regelmatig ingezet om al een idee te krijgen van welke kant een kind op gaat wat betreft de problematiek. Soms is er weinig tijd en moet er sneller een reactie worden uitgelokt, daar kunnen opdrachten en interventies voor gebruikt worden. De houding van de therapeut is hierbij veelal steunend, open, zonder oordeel, maar ook wat teruggetrokken om zo het kind te zien zoals het is zonder beïnvloeding van de therapeut.

De houding over het algemeen bij de volgende diagnostiekgroepen:

1. Gedragsstoornissen; meer op hun gemakt stellen

2. Emotionele stoornissen: meer achterover leunen

3. Autisme of psychose: als het te ongestructureerd is, meer gestructureerd maken

Bij de jeugd worden er over het algemeen meer interventies toegepast dan bij de kinderen en wordt vaak minder uitleg gegeven. Het ene kind heeft nu eenmaal meer behoefte aan afstemming en duidelijke structuur, terwijl het andere kind meer vrijheid nodig heeft om zich te kunnen laten zien. Wel worden er duidelijke voorwaarden en kaders geschept en ingegrepen waar nodig. Voorwaarde is in ieder geval dat het laagdrempelig blijft en te kijken wat er mogelijk is in het moment; dit is tenslotte de kracht van ons beeldend therapeuten!

**2. Groep van deskundigen**; Therapeuten uit verschillende vakgebieden, werkzaam in het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo

Ieder lid van het multidisciplinaire team herkent het belang van interventies. In iedere creatieve therapie komt dit voor, maar net zo goed bij de verpleging of de psychiater. In het geval van een diagnostiektraject worden interventies ingezet voor een bepaalde veiligheid en structuur, maar ook om zoveel mogelijk te weten te komen van de jonge cliënten die toch ook in een fase zitten waarin alles niet zo makkelijk bloot wordt gelegd. De meeste kinderen in de leeftijd van 12-23 jaar zijn behoorlijk aan het puberen, de hormonen gieren door het lijf en daarnaast hebben ze de zorgen en de onrust van de problematiek die ze allemaal hebben, wat zich bij iedereen op een andere manier uit. Om tot een heldere diagnose te komen speelt het hele team samen als interventie om zoveel mogelijk te weten te komen van de jongere met zijn/ haar problematiek. Zelfs het inzetten van een psychologisch onderzoek zou je kunnen zien als een therapeutische interventie om zo helderheid te verkrijgen.

5.4.4 Triangulatie

Ik heb het afgelopen jaar nog nooit zo vaak een interventie bewust ingezet. Nadat ik in de literatuur had gelezen wat er zoal allemaal onder een interventie valt, begon ik hier pas een beeld bij te krijgen. Ik denk dat ik vorig jaar heel veel heb geleerd in de praktijk, zonder al de terminologie erbij te gebruiken. Na wat literatuur te hebben gelezen, ben ik de respondenten gaan vragen naar interventies die zij legen binnen de beeldende diagnostische fase. Langzamerhand ben ik toen steeds meer gaan uitproberen in de praktijk, om te zien wat voor mij belangrijke interventies waren en wat ik passend vond ik de context met mijn eigen praktijkbegeleider. Ik ging steeds meer vragen stellen, uitproberen en weer terug koppelen naar andere beeldend therapeuten en literatuur. Vooral de tekst van Dimphy Fikke in haar samengevatte onderzoek vond ik erg verhelderend en gaf mij steeds meer durf en vertrouwen om interventies te plegen. Ook werd ik mij bewust van interventies die ik standaard pleeg, maar ook bewust van wat een positieve als negatieve invloed kan hebben. Door steeds verscheidene bronnen te raadplegen, kon ik deze beter koppelen en toepassen in de praktijksituatie om zo steeds iets meer van de cliënt te weten te komen, wat uiteindelijk ten goede kwam voor mijn leerproces om beeldende therapie in te zetten als diagnostisch middel.

***5.4.5 Conclusie deelvraag 4***

Een interventie is het ingrijpen met een beweegreden. Het doel is om een langzame of snelle verandering voor elkaar te krijgen en om de cliënt te herstructureren op cognitief en/ of affectief gebied. Interventies vinden plaats in de driehoek medium-therapeut-client. Bij deze interventies wordt het medium ingezet en ook de attitude en verbale aspecten kunnen op vele manieren ingezet worden om contact te maken met de cliënt en het beeldend therapeutisch proces te bevorderen. Daarbij kan de interactie met leden van de therapiegroep ook ingezet worden als interventie.

Alle therapeuten zijn het erover eens dat een diagnostische fase/ observatieperiode geen onnodig negatieve ervaring hoeft te zijn, dat hebben de meeste kinderen al genoeg.

Daarom staat een veilige sfeer creëren op de eerste plaats. Hierbij hoort ook het creëren van een vertrouwd en ontspannend contact; vanuit vertrouwen en oprecht contact, kun je een kind echt leren kennen en van daaruit onderzoeken wie het kind is, wat hij/zij goed kan en minder goed kan, wat hem/ haar bezig houdt en hoe zijn/ haar belevingswereld is. Als er geen ontspanning is, dan zie je waarschijnlijk niet de ware aard van het kind maar een coping.

De cliënt zelf is het belangrijkste; de veiligheid staat op nummer een en daar wordt deels ook de houding op aangepast; steunend, zonder oordeel en transparant.

Naast het creëren van een veilig en vertrouwde sfeer, zijn de therapeuten het ermee eens dat een groot deel van het observeren ook interveniëren is; het uitvoeren van een werkvorm gaat gepaard met interventies, deze kun je niet voorbereiden.

Afhankelijk van het doel van observatie, diagnostiek of de hulpvraag, plaats je interventies of heb je als beeldende therapeut een bepaalde houding naast het creëren van een veilige therapiesetting. Soms moet je een cliënt laten pruttelen en niet meteen ingrijpen, ook om te zien hoe iemand omgaat met frustratie of een ijzeren stilte. Zodra je de neiging hebt om een cliënt te steunen, kan dit ook wat over de problematiek van de cliënt zeggen. De cliënt kan baat hebben bij positieve bekrachtiging en erkenning, maar begrenzing is net zo goed van groot belang; bij misdraging moet dit duidelijk worden aangegeven en je niet laten leiden door angst, daarin ontstaat de meeste binding.

Tijdens een diagnostiektraject of tijdens andere beeldend therapie momenten, zijn er een aantal voorspelbare momenten van interventies te onderscheiden van onvoorspelbare momenten;

- Voorspelbare momenten; Tijdens een zitting is er een aantal voorspelbare momenten te onderscheiden, waarop beeldend therapeuten interventies plegen. Per fase in de behandeling zijn er kenmerkende interventies. Voor veel cliënten is het prettig als de start van de zittingen volgens een vast ritueel verloopt. Deze voorspelbaarheid brengt rust en vertrouwdheid, bijvoorbeeld de manier waarop een zitting wordt opgestart, een mediumactiviteit wordt afgerond, een nabespreking wordt voorbereid en de afsluiting van de zitting. Vanwege de persoonlijke betekenis van de beeldende activiteiten is het belangrijk onzorgvuldig en weloverwogen af te ronden en eventueel de overgang naar de volgende situatie voor te bereiden.

- Onvoorspelbare momenten; De onvoorspelbare momenten komen voor wanneer de cliënt iets onverwachts doet. Dit kunnen spontane verbale en non-verbale uitingen van de cliënt zijn, emoties die getoond worden of onverwachte manieren om aan een werkstuk te werken. Deze momenten komen vaak voor tijdens een zitting. Dit vraagt van de therapeut een voortdurend afstemmen en inspelen op de bezigheden en het gedrag van de cliënt.

Om als therapeut contact te maken met de cliënt, is het nodig dat de therapeut zijn persoonlijkheid niet uitschakelt, maar meeneemt. Tegelijkertijd is een voorwaarde voor professioneel handelen dat de beeldend therapeut een eigen vormtaal en eigen belevingswereld heeft ontwikkeld en de eigen voorkeuren en weerstanden goed kent. Doordat de cliënt en de therapeut tijdens het beeldend werken dieper worden geraakt, zal er een mengeling ontstaan van bewuste en onbewuste belevingen en interventies een mengeling zijn van bewuste en onbewuste handelingen. De beeldend therapeut moet te sterke overdracht en tegenoverdracht in het medium kunnen herkennen om zo objectief mogelijk te kunnen zien wat de belevingswereld van de cliënt is.

**5.5 Deelvraag 5 Beeldende werkvormen**

*Welke beeldende werkvormen zetten beeldend therapeuten in een diagnostische fase van de kinder- en jeugdpsychiatrie in?*

5.1.1 Participerende observatie

Gedurende mijn stage heb ik een aantal opdrachten ingezet en uitgeprobeerd om te kijken welke het meeste en beste weergeeft wat de problematiek van de cliënt kan zijn en om zo meer vergelijkingsmateriaal te hebben. Op het moment dat ik de opdracht voor een tweede keer of een derde keer gaf, wist ik steeds iets beter waarom ik juist deze opdracht wilde inzetten en wat ik hier precies uit kon opmaken. Onderstaande opdrachten heb ik vaker dan een keer ingezet en gaven mij veelal een helder beeld van bepaalde problematiek aspecten;

1. **Dier dat bestaat uit 5 onderdelen van 5 dieren en maak hierbij ook een passende achtergrond.**

🡪 Doel; Planning/uitvoeren fantasie/ faalangst check/ perfectionisme/ oplossingsstrategieën/ zelfwaardering

Autisme/schizofreen raakt het overzicht kwijt

Samenhang valt te zien door het dier en de achtergrond te beoordelen, passen deze bij elkaar?

Door de uitvoering, motoriek en de plaatsing van het dier, in balans uit balans…

Samenhang en inzicht kan ook iets zeggen over het IQ.

Bij autisme wordt er stapje voor stapje gewerkt, niet vanuit overzicht.

**2.** **Zw/w scheuropdracht**

**Materiaal;** oliepastel/vetkrijt.

**🡪Hoe**; Pak een groot wit vel en een zwart helft van dit vel wbt grootte.

Vanuit het midden van het zwarte vel scheur je stukjes uit, waarvan je op een helft van het witte papier deze opplakt en kijkt of je er een fantasiedier van kunt maken. Maak er vervolgens een passende omgeving bij.

Zodra dit gedaan is kan met de buitenrand van het zwarte papier op de andere kant van het witte vel geplakt worden en kijken of je vanuit vrije associatie een fantasiedier ziet of kunt maken.

🡪Doel: Verschil tussen eerste gestructureerde gedeelte en vrije gedeelte bij laatste gedeelte van de opdracht. Bij autisme, bipolair en of schizofreen ontstaat er onrust.

Bij nabespreking bipolair en of schizofreen kan de uitwerking duidelijk zijn, maar de uitleg onduidelijk of niet te volgen.

**3.** **Primaire kleuren**: acrylverf, spons, 3 kleuren, papier vol sponzen en dan met kwast uitwerken.

Opdracht; Deel 1🡪 een groot dun vel papier en een half dik vel papier wat je hier op legt. Geef iedereen een schaaltje met de drie primaire kleuren. Met een klein stukje natte spons breng je de drie kleuren aan op het blad, alle drie de kleuren moeten gebruikt worden en je mag eventueel ook mengen. Het mag niets voorstellen. Blad vol, geen wit meer te zien.

🡪 Deel 2; kijk nu of je iets in deze ondergrond ziet en werk dit uit met een kwast.

Mag eventueel

🡪Doel; Structuur belangrijk of niet. Brengt iemand zelf structuur in het schilderij? /

De manier van werken met het materiaal/Fantasiewerking/ persoonlijkheidsproblematiek eventueel bij het geen structuur willen aanbrengen en het nogal spontaan, snel handelen in het werken zonder er veel over na te denken.

**4. FC oefening**

Werkvorm; Vanuit loslaten controle en structuur weer nieuwe vormen en context vinden, stapsgewijs.

🡪 Zittend met een krijtje in de niet schrijven hand. Met de ogen open en of gesloten maar iig niet naar het blad kijkend. Zoek een vorm uit, kleur deze in, knip t uit en plak het op een nieuw vel papier. Maak een passende achter/ondergrond bij deze vorm.

🡪Doel; Kan er aandachtsgericht gewerkt worden? Rustgevend/ Minder faalangst/ meer in contact met persoonlijke verbeelding en vormgeving.

**5. Onderwaterlandschap**

Werkvorm; Vis die bij jou past, oliepastel, uitknippen, plek op gezamenlijk vel, onderwaterlandschap samen maken. Eventueel plantjes ed toevoegen

🡪 Doel; samenwerking

Methodieken en methoden die mij aanspreken zijn voornamelijk de stromingen die gebaseerd zijn op Mindfulness, mentaliseren en oordeelvrij proberen te handelen.

Daarnaast vind ik het analoge procesmodel erg interessant en ook de appellijst is natuurlijk een prachtig meetinstrument.

5.1.2 Literatuurstudie

🡪 Materiaal;

Bij de keuze van de materialen houdt (Budde, 2000) rekening met de groep deelnemers: waar men mee bezig is, welk materiaal hen aanspreekt en in welke fase van het proces men zit. Teken- en schildermateriaal behoren tot de basisuitrusting. Verder kunnen materialen als klei, hout, metaal, textiel of wegwerpmateriaal gebruikt worden (Heywood, 2003). Wanneer er met kinderen gewerkt wordt (Eaten, Doherty& Widrick, 2007), zijn schilderen, kleuren, tekenen en werken met klei de meest gebruikelijke materialen. Het materiaal moet voor de cliënten uitnodigend zijn en klaarliggen bij het begin van de sessie. Smeijsters (2003) somt potlood, houtskool, verf, klei, karton en papier op, maar ook ander materiaal is mogelijk om te gebruiken. Het is belangrijk dat het materiaal het middel kan zijn om tot uitdrukking van gevoelens te komen. Bar-Sela et al. (2007) stipt duidelijk aan dat waterverf bewust gekozen is door de therapeut, om via kleur en beweging het uiten van gevoelens op papier te vergemakkelijken. Doordat slechts via het indirecte medium het gevoel benoemd wordt, is er sprake van een veilige situatie. Op die manier kan de cliënt het gevoel toelaten (Smeijsters, 2003).  
Materiaal heeft de eigenschap geen vastomlijnde betekenis te hebben, zoals taal heeft. Elk materiaal op zich is anders wat betreft elementen en structuur en appelleert voor ieder individu op een andere manier (Smeijsters, 2003). [[49]](#footnote-47)

🡪 Opdrachten  
Budde (2000) omschrijft drie soorten opdrachten die, afhankelijk van de doelgroep gebruikt kunnen worden binnen de beeldende therapie;

1. Abstracte opdrachten die uitgaan van de techniek of het materiaal.

2. Abstract-figuratieve opdrachten gaan uit van de vormgeving, waarbij men bijvoorbeeld een opdracht met cirkels en driehoeken geeft.

3. Tenslotte zijn er ook de figuratieve opdrachten waarbij een onderwerp of een voorwerp het uitgangspunt vormt.

🡪Opdrachten kunnen gericht zijn op het (1) intrapersoonlijke vlak waarbij opdrachten gericht zijn op het verbeelden en uitbeelden van zichzelf, een bepaald gevoel, situatie of gebeurtenis; (2) interpersoonlijke vlak waarbij opdrachten binnen een groep gegeven worden, gericht op het functioneren binnen de groep en de onderlinge verhoudingen; (3) experimenteel vlak: werken aan de hand van thematiek, of vrije opdrachten gericht op vrije expressie; (4) materiaalexploratie; de opdrachten zijn gericht op het laten kennismaken met nieuwe materialen, gereedschappen en technieken; (5) observatie en (nadere) diagnostiek waarbij bovenstaande opdrachten gericht zijn op het observeren van mediumgedrag.[[50]](#footnote-48)

In het onderzoek van Dimphy Fikke staan vier soorten werkvormen benoemd die bedoeld zijn voor cliënten met een stoornis in het autistisch spectrum, maar net zo goed kunnen worden ingezet tijdens een diagnostische fase voor diverse problematiek. Waar mogelijk moet rekening worden gehouden met de opbouw van de observatieperiode door niet te starten met groepsgerichte werkvormen of complexere, meer persoonlijke werkvormen;

1. **Werkvormen gericht op het materiaal**; hantering, beleving en keuze/ voorkeur.

De materiaalkeuze kan vrij zijn of vastgelegd, maar bij iedere werkvorm worden materialen gebruikt. In de werkvorm kan de focus liggen op materiaaleigenschappen (mate van structuur of onvoorspelbaarheid) en de beleving hiervan, materiaalexploratie (variatie, gebruik van verschillende eigenschappen) en materiaalhantering (kennis, vaardigheden, oppakken van instructies).

2. **Werkvormen gericht op eigen inbreng en eigen vormgeving**.

Met thema’s uitnodigen tot eigen inbreng (bijvoorbeeld je wens verbeelden, de vier basisemoties in een miniboekje). Bij deze werkvormen kan zelfonthulling ontlokt worden en daardoor meer zich verkregen worden op het gevoelsleven van de jongere. Binnen de eigen vormgeving kan geobserveerd worden op welke wijze de jongere hieraan uiting geeft.

3. **Werkvormen gericht op de interactie**.

Er kan gevraagd worden in een tweetal naar elkaar toe te werken. Een groepsopdracht kan ook als groep worden uitgevoerd, met verbaal onderling overleg of juist zonder te praten.

4. **Werkvormen gericht op beeldspraak en symbolen**.

Een werkvorm kan geïntroduceerd worden met beeldspraak, of er kan gevraagd worden gebruik te maken van symbolen om bijvoorbeeld eigenschappen van zichzelf of de gemoedstoestand vorm te geven. (bijvoorbeeld; verbeeld het weer in jezelf).[[51]](#footnote-49)

In het handboek beeldende therapie (Schweizer, 2009) staan een aantal methoden en methodieken beschreven die toepasbaar zijn voor beeldende therapie bij kinderen;

1. **Creatiefprocestheorie**; het belangrijkste toepasbare aspect is hierbij de appellijst; een manier om de expressiewaarde te meten. Zo wordt het voorbeeld gegeven met een klei opdracht; kinderen met weinig innerlijke structuur, een ernstige gedragsstoornis en een negatief zelfbeeld gaan aan het werk met klei🡪 klei is een materiaal dat een enorm appel doet op de gevoelswereld van het kind, mar het is ook materiaal dat zich laat manipuleren, een foutje kan hersteld worden. Klei maakt dat een kind betrokken is op zichzelf, klei vraag aandacht. Door te kneden worden de handen warm en het hele lijf raakt betrokken. Deze lichamelijke betrokkenheid is voor deze kinderen een belangrijke ervaring, ze zijn immers snel afgeleid en niet goed geaard.

2. **Analoge procesmodel**; Door het medium methodisch in te zetten op basis van de problematiek die je waarneemt en de mogelijkheden van de cliënt, weergeeft de analogie overeenkomsten tussen de wijze van vormgeven in het medium en daarbuiten. Hierdoor biedt dit handvaten voor beeldend therapeutische observatie en diagnostiek en kan het een bijdrage leveren aan de algehele diagnostiek.

3. **’t Tijdloze Uur**; een methode die uitgaat van beweging en intuïtie. Tekenen vanuit intuïtie en beweging brengt een leer/ groeimodel op gang waar het kind zijn innerlijke beleving kan verbinden met de buitenwereld (Feldenkrais, 1972). De wiegende balansbeweging of de stilte maakt het mogelijk dat het kind de weg naar binnen opent. Gebeurt voornamelijk aan de hand van teken en klei opdrachten.[[52]](#footnote-50)

4. **Florence Cane**; Vanuit de Florence Cane techniek zijn er enkele beeldende technieken en onderzoeken gedaan, speciaal gericht op diagnostiek bij kinderen in diverse leeftijden, ook in de groep 12-23 jaar. Hierbij worden vooral de bekende scribbles ingezet, om vanuit gevoel lijnen op papier te zetten zonder dat ze iets hoeven voor te stellen. Dit in combinatie met klei opdrachten kan diagnostiek verhelderen.[[53]](#footnote-51)[[54]](#footnote-52)

5. **Mentalization Based Treatment** (MBT); Dit als manier inzetten om begrijpend waar te nemen, waarbij je je eigen acties en die van een kind kan zien als betekenisvol en voortkomend uit verlangens, behoeften, gevoelens, overtuigingen en bedoelingen die jij of het kind hebt.

Tot slot heeft Haeyen (2007) een heel boek vol werkvormen geschreven, gericht op de persoonlijkheidproblematiek. Dit boek ken ik door vorig jaar zowat uit mijn hoofd en een aantal werkvormen hiervan heb ik erg nuttig gevonden om ook in te zetten in het beeldend diagnostiek traject.[[55]](#footnote-53)

5.1.3 Respondenten

**1. Beeldend therapeuten**; 25 Beeldend therapeuten uit het gehele land, werkzaam in het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

Zoals eerder vermeld bij het kopje van de observatie instrumenten, is de DDS het meest populaire beeldend meetinstrument, mede doordat het evidence based is. Dit meetinstrument wordt door veel therapeuten ingezet voor een eerste observatiesessie en kennismaking, omdat het de richting van diagnostiek kan verduidelijken. De DDS wordt ook vaak ingezet als een eenmalig beeldend contact; soms als de diagnostiek nog net iets te onduidelijk is, maar de nadruk ligt meer op behandelen, dan wordt de DDS afgenomen door een beeldend therapeut en volgen er geen verdere sessies. Ook worden enkele tekentesten uit de psychologie/ psychiatrie hoek gebruikt; de House- Tree- Person, Rutten-Saris- index Grafische Elementen en de Gezin- in –Dieren tekening toegepast, aangezien deze snel een algemeen, duidelijk en objectief beeld opleveren.

Naast deze testen, gebruiken alle beeldend therapeuten gedurende de diagnostische fase binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, beeldende opdrachten. Deze opdrachten geven zij vaak al jaren, waardoor de therapeuten veel vergelijkingsmateriaal hebben en steeds specifieker kunnen benoemen wat de opdracht aan problematiek kan verhelderen. Enkele therapeuten hebben een vaste volgorde van opdrachten, ook afhankelijk van individueel contact of groepsgewijs contact waarbij er bijvoorbeeld steeds in en uitloop is. Maar het merendeel van de therapeuten heeft geen vaste volgorde voor de opdrachten, bekijken ook per keer, per cliënt en per hulpvraag wat nodig is om tot verheldering van de diagnostiek te komen.

Wat de beeldend therapeuten veel doen tijdens een diagnostisch traject en de volgorde is wisselend, is een vrije opdracht geven om te kijken wat cliënten voor een materiaal kiezen, welk thema en of zij met deze vrijheid kunnen omgaan en daar de volgende sessies door laten bepalen, of juist een gestructureerde opdracht om een wat houvast te bieden en van daaruit steeds minder gestructureerde opdrachten aanbieden.

Beeldend therapeuten laten gedurende de diagnostische fase zoveel mogelijk materiaalsoorten aan bod komen en bieden beeldende opdrachten, naast een eventuele DDS, zo gevarieerd mogelijk aan. Dit omdat ieder materiaal een ander appel doet op de cliënt en iedere opdracht weer een ander doel kan hebben.

Enkele opdrachten die veel worden aangeboden en waar de beeldend therapeuten veel uit kunnen halen:

* Maak een fantasiedier (of welk dier zou je voor 24 uur willen zijn); Heeft een cliënt fantasie? Welke eigenschappen van het dier zou je willen hebben en in welke omgeving moet het dier zich bevinden? Deze opdracht wordt variërend gemaakt van klei, houtjes of krijtjes.
* Emotiecirkel/ tekening; Geeft zich op welke emoties op het moment van maken o de voorgrond zijn van de cliënt en ook of hij/zij dit kan vertalen naar beeld of later in taal.
* Scribbles/ Florence Cane; Kan een cliënt loslaten? Heeft de cliënt fantasie of kan deze helemaal niets met die ongestructureerdheid?
* Vrije opdracht; Kies een materiaal naar keuze en een onderwerp, de cliënt is volledig vrij, afgezien van de tijd, om te maken wat hij/zij wil. Hierbij interessant of de cliënt iets kan met die enorme vrijheid, kan het keuzes maken en voor welk materiaal en/ of onderwerp kiest het?
* Collage/ eigen map maken waar het werk ik kan worden gestopt ‘dit ben ik’; een opdracht die wat houvast heeft, omdat de meeste kinderen kiezen voor een collage of iets kiezen wat ze vertrouwd vinden, maar waaruit je wel heel veel kunt opmaken.
* Droomeiland; dit wordt gedaan me verschillende materialen met de vraag hoe dit eiland eruit zou zien, wie er wel/ niet mogen komen, hoe een veilige plek eruit ziet en of het ver van de bewoonde wereld af ligt.
* Samenwerkingsopdracht; Deze wordt veelal gegeven in samenwerking met de therapeut of groepsgenoten van de cliënt en neemt allerlei vormen aan, belangrijkste uiteraard hoe de samenwerking verloopt en hoe de cliënt zich verhoudt naar peergroup.

Methodes die beeldend therapeuten het meest inspireren;

Sommige therapeuten werken puur cliëntgericht en zijn verder niet bewust bezig met een methode of weken niet volgens een methode. Er zijn ook een groot aantal therapeuten die wel enkele methodes meenemen in het geven van beeldende therapie tijdens de diagnostische fase;

* Creatieve procestheorie (analoge procesmodel); appel van de diverse materialen
* DGT; oordeelvrije manier van werken
* Mindfulness; vol bewustzijn, in het moment en uit de gedachten.
* Eclecticisme; datgene kiezen wat het beste lijkt op dat moment.
* MBT; het versterken van het mentaliserend vermogen

**2. Groep van deskundigen**; Therapeuten uit verschillende vakgebieden, werkzaam in het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo

Niet alle therapeuten uit het multidisciplinaire team zetten werkvormen in; uitgezonderd de drama en PMT therapeut, maar dan in hun eigen medium. Werkvormen inzetten zijn voornamelijk heel beeldend georiënteerd. De verpleging gebruikt soms bij groepsopdrachten wel een bepaalde vorm of werkvorm, maar ook dit is niet te evenaren met de beeldende werkvorm zoals ik deze bedoel in deze deelvraag. Werkvormen zin de zin van tekentesten, zijn wel bekend bij de kinderpsychiater en de neuropsycholoog.

Of de participanten methodieken en/ of methoden gebruiken bij hun werk, verschilt erg sterk. De ene therapeut werkt bewust volgens een bepaalde methodiek of methode, terwijl de ander zich laat leiden door de cliënt, Sommige therapeuten nemen kleine stukjes mee uit een methodiek die ze interesseert, maar dit uit zich meer in gedrag en houding dan dat dit specifiek wordt betrokken bij de therapie of diagnostiek.

Het belang van werkvormen is duidelijk bij het team en dit wordt ook als onderdeel gezien dat juist de kracht is van het non verbale aspect.

**5.1.4 Triangulatie**

De werkvormen die ik kende van mijn vorige studiejaar en bijbehorende stage, waren voornamelijk gericht op het geven van therapie. Het duurde een aantal weken voordat ik doorhad bij de participerende observatie dat diagnostiek in beeldende therapie toch echt een voortraject is van behandeling en dat de opdrachten heel erg belangrijk zijn om doordacht in te zetten. Vanuit deze ontdekking ging ik steeds gerichter aan mijn praktijkleider vragen stellen waarom ze een bepaalde werkvorm had ingezet en wat het doel hiervan is. Eenmaal begonnen met de interviews, vroeg ik eerst nog maar naar werkvormen die werden ingezet, maar ook hierbij ging ik steeds meer beseffen dat er veel meer achter ene werkvorm zit. Bij de beeldend therapeuten ging ik nu ook na waarom zij deze opdracht in gingen zetten, wat voor een informatie ze eruit konden halen en met welke gedachte en of methodiek zij eigenlijk werkten. Vanuit de vraag welke beeldende werkvormen inzetbaar zijn tijdens de diagnostiekfase, heb ik deze voor mezelf dan ook uitgebreid met een korte uitbreiding naar welke methoden en methodieken zij graag inzetten. Want vanuit de literatuur in het handboek beeldende therapie las ik ook allerlei stromingen die met een specifieke gedachte werkvormen aanbieden. Dit herkende ik later weer terug in de interviews en dit kon ik weer meenemen in mijn participerende observatie. Ook om te kijken welke methoden ik zelf interessant vindt en welke ik onbewust soms gebruik.

***5.1.5 Conclusie deelvraag 5***

De DDS is het meest populaire meetinstrument dat wordt ingezet bij het diagnostiek traject, omdat het ook evidence based is, zijn de hoofdbehandelaren hier erg lovend over. Dit meetinstrument wordt door veel therapeuten ingezet voor een eerste observatiesessie en kennismaking, omdat het de richting van diagnostiek kan verduidelijken. De DDS wordt ook vaak ingezet als een eenmalig beeldend contact; soms als de diagnostiek nog net iets te onduidelijk is, maar de nadruk ligt meer op behandelen, dan wordt de DDS afgenomen door een beeldend therapeut en volgen er geen verdere sessies. Ook worden enkele tekentesten uit de psychologie/ psychiatrie hoek gebruikt; de House- Tree- Person, Rutten-Saris- index Grafische Elementen en de Gezin- in –Dieren tekening toegepast, aangezien deze snel een algemeen, duidelijk en objectief beeld opleveren.

Naast deze testen, gebruiken alle beeldend therapeuten gedurende de diagnostische fase binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, beeldende opdrachten. Deze opdrachten geven zij vaak al jaren, waardoor de therapeuten veel vergelijkingsmateriaal hebben en steeds specifieker kunnen benoemen wat de opdracht aan problematiek kan verhelderen. Enkele therapeuten hebben een vaste volgorde van opdrachten, ook afhankelijk van individueel contact of groepsgewijs contact waarbij er bijvoorbeeld steeds in en uitloop is. Maar het merendeel van de therapeuten heeft geen vaste volgorde voor de opdrachten, bekijken ook per keer, per cliënt en per hulpvraag wat nodig is om tot verheldering van de diagnostiek te komen. Het nut hiervan heb ik zelf ook ervaren aangezien het echt af hangt van welke cliënten er in de groep zijn (dan zet ik bijvoorbeeld geen groepsopdrachten in) en wat ik tot nog toe al heb gezien. Zodra ik iets denk te zien aan problematiek, ga ik bedenken welke werkvorm ik zou willen inzetten om zoveel mogelijk informatie te achterhalen en te kijken of mijn eerdere bevindingen op het juiste spoor zaten.

Beeldend therapeuten laten gedurende de diagnostische fase zoveel mogelijk materiaalsoorten aan bod komen en bieden beeldende opdrachten, naast een eventuele DDS, zo gevarieerd mogelijk aan. Dit omdat ieder materiaal een ander appel doet op de cliënt en iedere opdracht weer een ander doel kan hebben.

Sommige therapeuten werken puur cliëntgericht en zijn verder niet bewust bezig met een methode of weken niet volgens een methode. Er zijn ook een groot aantal therapeuten die wel enkele methodes meenemen in het geven van beeldende therapie tijdens de diagnostische fase. Ikzelf heb gemerkt dat ik onderstaande vijf ook het meest toepasbaar vindt voor het diagnostiektraject;

* Creatieve procestheorie (analoge procesmodel); appel van de diverse materialen
* DGT; oordeelvrije manier van werken
* Mindfulness; vol bewustzijn, in het moment en uit de gedachten.
* Eclecticisme; datgene kiezen wat het beste lijkt op dat moment.
* MBT; het versterken van het mentaliserend vermogen

Het belangrijkste bij de werkvormen is dat de cliënt zich veilig voelt en hierdoor zoveel mogelijk laat zien. Alle beeldend therapeuten hebben voorkeuren voor bepaalde opdrachten, omdat zij uit hun ervaring hebben gezien wat het kan vertellen over de client. Dimphy Fikke, ook respondent voor dit onderzoek, heeft vier groepen werkvormen benoemd voor de kinder- en jeugdpsychiatrie;

1. Werkvormen gericht op het materiaal; hantering, beleving en keuze/ voorkeur.

2. Werkvormen gericht op eigen inbreng en eigen vormgeving.

3. Werkvormen gericht op de interactie; samenwerkingsopdrachten

4. Werkvormen gericht op beeldspraak en symbolen.

Vanuit de praktijk zijn er enkele opdrachten waar beeldend therapeuten veel informatie uit kunnen halen, de laatste twee heb ik zelf nog toegevoegd;

* Maak een fantasiedier (of welk dier zou je voor 24 uur willen zijn); Heeft een cliënt fantasie? Welke eigenschappen van het dier zou je willen hebben en in welke omgeving moet het dier zich bevinden? Deze opdracht wordt variërend gemaakt van klei, houtjes of krijtjes.
* Emotiecirkel/ tekening; Geeft zich op welke emoties op het moment van maken o de voorgrond zijn van de cliënt en ook of hij/zij dit kan vertalen naar beeld of later in taal.
* Scribbles/ Florence Cane; Kan een cliënt loslaten? Heeft de cliënt fantasie of kan deze helemaal niets met die ongestructureerdheid?
* Vrije opdracht; Kies een materiaal naar keuze en een onderwerp, de cliënt is volledig vrij, afgezien van de tijd, om te maken wat hij/zij wil. Hierbij interessant of de cliënt iets kan met die enorme vrijheid, kan het keuzes maken en voor welk materiaal en/ of onderwerp kiest het?
* Collage/ eigen map maken waar het werk ik kan worden gestopt ‘dit ben ik’; een opdracht die wat houvast heeft, omdat de meeste kinderen kiezen voor een collage of iets kiezen wat ze vertrouwd vinden, maar waaruit je wel heel veel kunt opmaken.
* Droomeiland; dit wordt gedaan me verschillende materialen met de vraag hoe dit eiland eruit zou zien, wie er wel/ niet mogen komen, hoe een veilige plek eruit ziet en of het ver van de bewoonde wereld af ligt.
* Samenwerkingsopdracht; Deze wordt veelal gegeven in samenwerking met de therapeut of groepsgenoten van de cliënt en neemt allerlei vormen aan, belangrijkste uiteraard hoe de samenwerking verloopt en hoe de cliënt zich verhoudt naar peergroup.
* Primaire kleuren: acrylverf, spons, 3 kleuren, papier vol sponzen en dan met kwast uitwerken.

Opdracht; Deel 1🡪 een groot dun vel papier en een half dik vel papier wat je hier op legt. Geef iedereen een schaaltje met de drie primaire kleuren. Met een klein stukje natte spons breng je de drie kleuren aan op het blad, alle drie de kleuren moeten gebruikt worden en je mag eventueel ook mengen. Het mag niets voorstellen. Blad vol, geen wit meer te zien.

🡪 Deel 2; kijk nu of je iets in deze ondergrond ziet en werk dit uit met een kwast.

Mag eventueel

🡪Doel; Structuur belangrijk of niet. Brengt iemand zelf structuur in het schilderij?

* Zw/w scheuropdracht

Materiaal; oliepastel/vetkrijt.

🡪Hoe; Pak een groot wit vel en een zwart helft van dit vel wbt grootte.

Vanuit het midden van het zwarte vel scheur je stukjes uit, waarvan je op een helft van het witte papier deze opplakt en kijkt of je er een fantasiedier van kunt maken. Maak er vervolgens een passende omgeving bij.

Zodra dit gedaan is kan met de buitenrand van het zwarte papier op de andere kant van het witte vel geplakt worden en kijken of je vanuit vrije associatie een fantasiedier ziet of kunt maken.

🡪Doel: Verschil tussen eerste gestructureerde gedeelte en vrije gedeelte bij laatste gedeelte van de opdracht. Bij autisme, bipolair en of schizofreen ontstaat er onrust.

Bij nabespreking bipolair en of schizofreen kan de uitwerking duidelijk zijn, maar de uitleg onduidelijk of niet te volgen.

**Deelvraag 6 Doelen**

*Welke doelen streven beeldend therapeuten na in een diagnostische fase van de behandeling van de kinder- en jeugdpsychatrie?*

6.1.1 Participerende observatie

Het hoofddoel voor de beeldende therapie tijdens het diagnostiektraject is voor mijzelf zoveel mogelijk van het kind te kunnen zien in de zes weken dat ik hem/ haar zie. Het is natuurlijk prachtig als je door je eigen medium een helder beeld van de problematiek van de cliënt kan verkrijgen. Mooi meegenomen is als beeldende therapie, dat standaard wordt aangeboden in het diagnostiektraject, aansluit bij de cliënt. Zodra je een cliënt ziet die echt zijn/ haar ei kwijt kan en alles wat ze verbaal niet goed weet te uitten, in beeld kan omzetten en vervolgens kan vertalen naar woorden, dan heb je een lucky shot. Ik heb dit in het half jaar dat ik stage heb gelopen een aantal keren meegemaakt dat een cliënt ook echt binnen kwam met een negatieve stemming en veel meer ontspannen de deur weer uit liep.

In het algeheel is beeldende therapie laagdrempelig en hebben de kinderen niet eens door dat er onbewust heel veel gebeurd en wij als beeldend therapeuten ontzettend veel kunnen noteren. Dit zorgt dan ook voor minder druk en wordt het over het algemeen als ontspannen ervaren. Dit geldt dan weer minder voor kinderen die perfectionistisch zijn en waarbij het werkstuk nooit goed genoeg is, maar de kunst is ook om daar de opdracht en het materiaal bij aan te passen. Ook is er eigenlijk voor alle kinderen, ook al zijn ze helemaal niet creatief, altijd wel een materiaalsoort of opdracht te vinden die goed te doen zijn.

Er zijn ontzettend veel punten waar ik op let tijdens de observatie in het diagnostiektraject, deze heb ik al eerder benoemd. Maar het hoofddoel is dus het kind te zien krijgen zoals hij of zij is en zonder masker om zo te kunnen begrijpen waarom een kind zich gedraagt en voelt zoals hij/ zij dit zelf ervaart. Hierbij is het ook nog erg belangrijk om de directe omgeving van het kind in kaart te kunnen brengen, waar de rest van het team bij nodig is zoals de systeemtherapeut. Maar de sociale omgevingsfactoren kunnen veelal ook heel veel gedrag en problematiek verklaren.

6.1.2 Literatuurstudie

‘Beeldende therapie kan het onmogelijke doen voor een kind; het kan symbolisch zowel het positieve als het negatieve belichten, zonder angst of daadwerkelijke consequenties. Het kind kan leren controle te krijgen over de werkelijkheid door te experimenteren met een actieve mogelijkheid tot materiaal, en zijn/ haar gevoelens en gedachten te kunnen uiten in het mediumproces. Het kind kan symbolische toegang verlenen tot traumatische gebeurtenissen uit het verleden en kan oefenen en leren uitvoeren voor de toekomst; het kind kan leren om controle te krijgen over zijn symbolische modus en zo zich genoeg vertrouwd voelen om de realiteit aan te gaan.’[[56]](#footnote-54)

Volgens Hakvoort (2007) is vaktherapie in staat om belangrijke situaties en mechanismen bloot te leggen waarin de cliënt zich neerzet, positioneert reageert en uitdrukt terwijl hij handelt en in actie is. Deze mogelijkheid om het handelen van de cliënten te observeren en daarin actief te interveniëren en te experimenteren, is wat vaktherapie onderscheidt van de meer verbaal georiënteerde therapieën en is dus ook het doel tijdens een diagnostisch traject; het blootleggen van de cliënt en daarbij alle gevoelens, emoties en gedragingen kunnen zien, waaruit blijkt wat er met de cliënt aan de hand kan zijn.

Harris (1963) en Koppitz (1968) hebben ook ontdekt dat door te tekenen niet alleen kan worden ontdekt hoe kinderen zich ontwikkelen, maar ook de persoonlijkheid van het kind naar voren kan komen, evenals de emotionele toestand.

Vanuit Fornhese Ermelo, wordt aangegeven dat het doel van het diagnostiektraject is om een diagnose te kunnen stellen.[[57]](#footnote-55)

Een beschrijvende diagnose beval zowel een classificatie op basis van de symptomen als de relevante kenmerken van het kind of de jeugdige en de omgeving die etiologisch en/ of prognostisch van belang zijn. Op basis van de diagnose zijn uitspraken te doen over behandelingsvormen en beloop en kan een individueel behandelingsplan geformuleerd worden. In tegenstelling tot het lukraak zo veel mogelijk gegevens verzamelen zonder veel consequenties voor de keuze van behandeling, dient hedendaagse diagnostiek een gerichte zoekstrategie te zijn die aansluit bij de hulpvraag en die anticipeert op de behandelingsmogelijkheden.[[58]](#footnote-56) In de uitwerking van Rutter & Taylor (2002) vormen de oriëntatie op het kind of de jeugdige, het werken vanuit de hulpvraag, de planning van het onderzoek en de integratie van de bevindingen in een beschrijvende diagnose de bouwstenen van de identiteit van de kinder- en jeugdpsychiater als diagnosticus.

6.1.3 Respondenten

**1. Beeldend therapeuten**; 25 Beeldend therapeuten uit het gehele land, werkzaam in het diagnostiektraject binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar.

Het hoofddoel van een diagnostiek traject is natuurlijk om de diagnostiek zo helder mogelijk te krijgen. Specifiek voor beeldende therapie om zoveel mogelijk te weten te komen van een cliënt en aan de hand van een onderbouwing met beeldmateriaal kunnen aantonen wat er speelt. Door middel van verschillende opdrachten en beeldende materialen, diverse kanten van een cliënt kunnen belichten. Eventueel kan er in overleg met het team of met de jongeren, passende doelen worden opgesteld om aan een hulpvraag te voldoen. De mogelijkheden en beperkingen van het kind moeten goed zichtbaar worden tijdens een diagnostiek traject.

***Mogelijke observatiepunten;***

* Emotionele ontwikkeling; Welke emoties spelen op de voorgrond? Welke emoties zijn verborgen? Hoe is de emotieregulatie? Is er sprake van angst? Heeft de cliënt fantasie, kan het spelen en droomt het veel?

Hoe ziet een kind zichzelf, ook in verhouding tot de peergroup? Heeft de cliënt zelfvertrouwen? Hoe is de stemming? Hoe is de omgang/ hechting?

Welk materiaal doet welk appel bij de cliënt en hoe gaat deze hiermee om?

Met welk materiaal heeft de cliënt affiniteit? Kan een cliënt contact maken met het materiaal of is beeldende therapie een contra indicatie?

Is er druk bij presteren of wanneer ontstaat deze? Is er sprake van perfectionisme? Stelt de cliënt haalbare of hoge doelen? Hoe gaat de cliënt om met het product?

* Cognitieve ontwikkeling; Hoe is het geheugen? Hoe neemt de cliënt waar? Hoe is de spraak en taal vaardigheid van de cliënt? Heeft de cliënt enige zelfreflectie? Hoe gaat de cliënt om met advies, reflectie en feedback? Is de cliënt snel tevreden?

Stelt een cliënt vragen voordat hij/ zijn begint en wordt de opdracht goed begrepen? Denkt de cliënt na voordat hij/zij begint? Maakt de cliënt bewuste keuzes?

Hoe zijn de denkpatronen? Werkt de cliënt volgens een voorafgesteld plan? Kan de cliënt vragen stellen als hij/zij bezig is? Welke conflicten of tegenstellingen worden zichtbaar? Is er sprake van structuur en kan eventueel een cliënt structuur aanbrengen bij het afwezig zijn van structuur? Is de manier van werken gestructureerd te noemen of is het een grote chaos?

* Lichamelijke ontwikkeling: Is de motoriek grof/ fijn? Hoe is het uiterlijk? Hoe is de impulscontrole? Hoe werken de zintuigen?
* Sociale ontwikkeling; Hoe is het contact met de therapeut, eventueel met de peergroup en kan er contact gemaakt worden. Is er sprake van betrokkenheid en zo ja in welke mate? Is er inlevend vermogen, een geweten en sociaal inzicht? Is er sprake van coping gedrag? Eventuele familierelaties?

De beeldend therapeut zal ook kijken of beeldende therapie mogelijk positief ingezet kan worden als onderdeel van een vervolgbehandeling en tijdens het diagnostiektraject ook letten op welke materialen goed inzetbaar zijn en waar de cliënt zelf affiniteit mee heeft.

Er zijn drie belangrijke onderdelen bij een diagnostiektraject die uiteindelijk beantwoord moeten worden;

* Wat wil de cliënt en wat is zijn/ haar hulpvraag?
* Wat willen de ouders en waar willen zij hulp bij of duidelijkheid over?
* Wat is de vraag van de verwijzer?

Wanneer deze drie vragen duidelijk beantwoord worden tijdens een diagnostiektraject, dan heeft een diagnostiektraject een positieve bijdrage kunnen leveren en het team zijn werk goed gedaan! Überhaupt kan een diagnostiektraject een goed beeld geven van wat de probleemgebieden zijn van een kind en waar nog verdere hulp en of ondersteuning bij nodig is. Ook kan een diagnostiektraject uiteindelijk zorgen voor een juiste verwijzing naar een afdeling voor behandeling waar de cliënt behandeld kan worden voor de geconstateerde problematiek of naar een afdeling waar nog meer duidelijkheid kan worden verschaft!

**2. Groep van deskundigen**; Therapeuten uit verschillende vakgebieden, werkzaam in het multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo

Het gehele multidisciplinaire team wil hetzelfde; het kind te zien krijgen binnen elk hun eigen vakgebied. De manier waarop ze dit voor elkaar krijgen of misschien ook niet, is per vakgebied verschillend. Iedere specialist heeft eigen observatiepunten en manieren om een zo helder mogelijk beeld van de cliënt te krijgen. De hoofdbehandelaar en tevens kinderpsychiater bij Fornhese Ermelo heeft de taak om van alles wat binnen komt aan gegevens, een geheel te maken en samen te vatten tot het kunnen stellen van een diagnose.

Hierbij is het ook van belang om de specifieke hulpvraag in de gaten te houden. Eigenlijk moet er altijd een diagnose gesteld worden, maar soms wil de verwijzer of de ouders nog meer te weten komen en dan is dit ook erg belangrijk om in de gaten te houden.

6.1.4 Triangulatie

Het doel is vaak duidelijk geformuleerd en op de eerste plaats gaat het om het stellen van een diagnose, maar in de praktijk is dit niet altijd zo makkelijk. Afhankelijk van een doorverwijzer of van ouders, kan het soms nog erg lastig worden gemaakt. Vooral de ouders kunnen nog wel eens ontevreden zijn of niet begrijpen dat als zij bijvoorbeeld beiden werken met autisten en hun eigen kind ook de diagnose krijgt van een stoornis en/ of ontwikkelingsstoornis in het autistische spectrum, zij dit niet kunnen geloven. Het leek mij in eerste instantie goed te doen om met zo n groot team een diagnose te kunnen stellen, maar na enkele behandelplanbesprekingen was dit toch echt heel veel lastiger dan ik dacht in sommige gevallen; ouders die niet mee willen werken, problemen in het systeem, een kind dat niet mee wil werken of dat plots naar de gesloten afdeling moet vanwege een psychose of suïcidaal gedrag, etc. Ook hebben we wel eens met de handen in het haar gezeten omdat de problematiek zo lastig is dat een heel team twijfelt en er niet uit kan komen wat er precies aan de hand moet zijn met een cliënt. Vanuit het behandelteam terug naar de praktijk waar een cliënt mij af en toe echt aan het twijfelen bracht; soms kan een depressie ervoor zorgen dat iemand zo erg uit het contact treedt, dat het net lijkt alsof je te maken hebt met een stoornis in het autistische spectrum. Ook bij beeldend therapeuten door het gehele land ervoer ik af en toe dit door ‘hoofdpijndossiers’ zoals ze deze ook wel noemen. Enkele cliënten zijn al bij meerdere instellingen onderzocht en soms kan een therapeut net een nieuwe doorbraak doen door een eigen aanpak die aanslaat. Voornamelijk de oudere en ervaren therapeuten worden veelal ingezet op deze gevallen, laat staan hoe moeilijk het af en toe nog voor mij is om te kunnen zien wat er aan de hand is. Maar toch heb ik ook gemerkt dat als ik als mens ga zitten en dicht bij mezelf blijf met natuurlijk een professionele houding, ik het dichtste bij kan komen, bij wie de cliënt daadwerkelijk is.

***6.1.5 Conclusie deelvraag 6***

Het hoofddoel van een diagnostiek traject is natuurlijk om de diagnostiek zo helder mogelijk te krijgen. Specifiek voor beeldende therapie om zoveel mogelijk te weten te komen van een cliënt en aan de hand van een onderbouwing met beeldmateriaal kunnen aantonen wat er speelt. Door middel van verschillende opdrachten en beeldende materialen, diverse kanten van een cliënt kunnen belichten. Eventueel kan er in overleg met het team of met de jongeren, passende doelen worden opgesteld om aan een hulpvraag te voldoen. De mogelijkheden en beperkingen van het kind moeten goed zichtbaar worden tijdens een diagnostiek traject.

***Mogelijke observatiepunten;***

* Emotionele ontwikkeling; Welke emoties spelen op de voorgrond? Welke emoties zijn verborgen? Hoe is de emotieregulatie? Is er sprake van angst? Heeft de cliënt fantasie, kan het spelen en droomt het veel?

Hoe ziet een kind zichzelf, ook in verhouding tot de peergroup? Heeft de cliënt zelfvertrouwen? Hoe is de stemming? Hoe is de omgang/ hechting?

Welk materiaal doet welk appel bij de cliënt en hoe gaat deze hiermee om?

Met welk materiaal heeft de cliënt affiniteit? Kan een cliënt contact maken met het materiaal of is beeldende therapie een contra indicatie?

Is er druk bij presteren of wanneer ontstaat deze? Is er sprake van perfectionisme? Stelt de cliënt haalbare of hoge doelen? Hoe gaat de cliënt om met het product?

* Cognitieve ontwikkeling; Hoe is het geheugen? Hoe neemt de cliënt waar? Hoe is de spraak en taal vaardigheid van de cliënt? Heeft de cliënt enige zelfreflectie? Hoe gaat de cliënt om met advies, reflectie en feedback? Is de cliënt snel tevreden?

Stelt een cliënt vragen voordat hij/ zijn begint en wordt de opdracht goed begrepen? Denkt de cliënt na voordat hij/zij begint? Maakt de cliënt bewuste keuzes?

Hoe zijn de denkpatronen? Werkt de cliënt volgens een voorafgesteld plan? Kan de cliënt vragen stellen als hij/zij bezig is? Welke conflicten of tegenstellingen worden zichtbaar? Is er sprake van structuur en kan eventueel een cliënt structuur aanbrengen bij het afwezig zijn van structuur? Is de manier van werken gestructureerd te noemen of is het een grote chaos?

* Lichamelijke ontwikkeling: Is de motoriek grof/ fijn? Hoe is het uiterlijk? Hoe is de impulscontrole? Hoe werken de zintuigen?
* Sociale ontwikkeling; Hoe is het contact met de therapeut, eventueel met de peergroup en kan er contact gemaakt worden. Is er sprake van betrokkenheid en zo ja in welke mate? Is er inlevend vermogen, een geweten en sociaal inzicht? Is er sprake van coping gedrag? Eventuele familierelaties?

In de uitwerking van een diagnose door een geheel diagnostisch team is het van belang dat door oriëntatie op het kind of de jeugdige, het werken vanuit de hulpvraag, de planning van het onderzoek en de integratie van de bevindingen in een beschrijvende diagnose tot uitdrukking komt.

Er zijn drie belangrijke onderdelen bij een diagnostiektraject die uiteindelijk beantwoord moeten worden;

* Wat wil de cliënt en wat is zijn/ haar hulpvraag?
* Wat willen de ouders en waar willen zij hulp bij of duidelijkheid over?
* Wat is de vraag van de verwijzer?

De beeldend therapeut zal ook kijken of beeldende therapie mogelijk positief ingezet kan worden als onderdeel van een vervolgbehandeling en tijdens het diagnostiektraject ook letten op welke materialen goed inzetbaar zijn en waar de cliënt zelf affiniteit mee heeft.

**Hoofdstuk 6 Conclusie**

*Uit mijn onderzoek ‘Hoe ziet een beeldend therapeutische werkwijze eruit die een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek bij jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie’, is het volgende gebleken:*

***Beeldend therapeutische werkwijze die een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek bij jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie***

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Janneke van Beek (2014)

**Zorgprogramma** Beeldende diagnostiektraject in de algemene jeugdpsychiatrie

(12-23 jaar)

**Rationale**

Beeldend therapeutische observatie wordt binnen het multidisciplinaire team als aanvullend en soms bevestigend ervaren. De hoofdbehandelaar heeft per 1 januari 2014 70% van de behandeling in handen en beeldende therapie is onderdeel van de overgebleven 30%.

Deze beeldend therapeutisch observatie richt zich op de gehele problematiek van een cliënt, dit is geen specifieke werkwijze voor een bepaald soort stoornis. Hoe de kracht van het beeldende werken tot uiting komt in het medium en hoe dit kan worden ingezet als diagnostisch middel, zult u in deze werkwijze terugvinden.

De laagdrempeligheid van het beeldende medium is een absoluut pluspunt; de cliënt denkt creatief bezig te zijn en is met zijn/ haar aandacht op het werken gericht, waardoor een kind geen directe dreiging voelt. Via het beeld kan er gesproken worden. De afleidbaarheid van het middel is hierbij de perfecte manier om de weerstand van jongeren te omzeilen. Een cliënt hoeft zich niet te verschuilen achter woorden en een masker houdt vaak geen stand. Beeldende therapie kan er dus voor zorgen dat wij als beeldend therapeuten kanten van jongeren belicht krijgen, die een verbale therapeut nooit te zien zal krijgen. De cliënt zal beeldende therapie dan ook regelmatig ervaren als iets wat ontspanning oplevert, terwijl de beeldend therapeut alles rustig in zich opneemt.

Volgens Smeijsters (2008) geeft beeldend therapeutische diagnostiek betekenis door een verband te leggen tussen het beeldend werk en wat daarvan de functie of achtergrond kan zijn. Deze vraag wordt gesteld ten aanzien van de volgende vijf gebieden; materiaalkeuze, materiaalomgang, vormgeving, thematiek en relatie. Ieder materiaal heeft zijn eigen appelwaarde en dus een eigen uitwerking op een cliënt. Hoe een cliënt vervolgens hiermee omgaat en wat de cliënt hier achteraf over verteld, kan uiterst interessant zijn. Voornamelijk of dit synchroon loopt met het geen de beeldend therapeut heeft gezien in het proces en wat eruit ontstaan is en hoe de maker dit zelf heeft ervaren. Er kan een goede mix van positieve ervaring en frustratie ontstaan; hierdoor kan de problematiek zichtbaar worden en de handelingspatronen worden herkend. Door het tastbare aspect wordt niet alleen het werk maar ook de problematiek zichtbaar en dit visuele aspect kun je spiegelen. Hierdoor kunnen kinderen zelf ook waarnemen wat er gebeurd of wat er te zien is en dit kan eventueel gekoppeld worden naar het dagelijkse leven.

Een kind wordt gevraagd iets te doen en het bijzondere aan beeldend werken is dat hierdoor niet alleen de beperkingen, maar ook de mogelijkheden zichtbaar maakt. Dit kan erkenning geven voor wie men is en wat men kan en dit biedt vaak openingen voor verder behandelen en veranderen. Wat iemand wel of niet laat zien tijdens een observatiefase, kan de richting bepalen voor verder onderzoek en/ of eventueel uitsluitsel geven voor bepaalde problematiek.

Door uit te gaan van het analoge procesmodel (Smeijsters, 2008) is het ook niet noodzakelijk om in verbale reflecties observaties met de jongere na de gaan en te bespreken. Ook wanneer de jongere weinig zelfinzicht heeft of zich verbaal moeilijk kan uiten, kan observatie plaatsvinden van de (non-verbale) analoge vormgeving. De analogie betreft niet alleen de expressie van gevoelens en belevingen in het medium, maar ook gedrag, cognitie, interactie en communicatie in het beeldend medium dat deels overeen komt met de symptomen die kenmerkend zijn voor een psychische stoornis.

**Indicaties**

* Jongeren waarbij vragen of onduidelijkheden bestaan rondom (complexe) diagnostiek.

**Contra-indicaties**

* Wanneer de diagnostiek helder is en alleen vraag naar een behandeladvies.
* Indien een jongere niet in de groep kan functioneren (door een te hoog angstniveau, zware depressie, te laag gewicht bij eetproblematiek, agressief gedrag, suïcidaal gedrag, een acute manie of psychose).
* Jongeren met een verstandelijke beperking, omdat in groepsobservatie van deze werkwijze niet uitgegaan wordt van een hierbij passend ontwikkelingsniveau.

**Doelen**

Het hoofddoel van een diagnostiek traject is natuurlijk om de diagnostiek zo helder mogelijk te krijgen. Specifiek voor beeldende therapie om zoveel mogelijk te weten te komen van een cliënt en aan de hand van een onderbouwing met beeldmateriaal kunnen aantonen wat er speelt. Door middel van verschillende opdrachten en beeldende materialen, diverse kanten van een cliënt kunnen belichten. Eventueel kan er in overleg met het team of met de jongeren, passende doelen worden opgesteld om aan een hulpvraag te voldoen.

Van belang is dat onderstaande punten worden meegenomen tijdens het beeldend werken in het medium en er wordt gekeken waar een jongere op vastloopt, wat zijn mogelijkheden zijn en wat zijn beperkingen;

* Emotionele ontwikkeling; Welke emoties spelen op de voorgrond? Welke emoties zijn verborgen? Hoe is de emotieregulatie? Is er sprake van angst? Heeft de cliënt fantasie, kan het spelen en droomt het veel?

Hoe ziet een kind zichzelf, ook in verhouding tot de peergroup? Heeft de cliënt zelfvertrouwen? Hoe is de stemming? Hoe is de omgang/ hechting?

Welk materiaal doet welk appel bij de cliënt en hoe gaat deze hiermee om?

Met welk materiaal heeft de cliënt affiniteit? Kan een cliënt contact maken met het materiaal of is beeldende therapie een contra indicatie?

Is er druk bij presteren of wanneer ontstaat deze? Is er sprake van perfectionisme? Stelt de cliënt haalbare of hoge doelen? Hoe gaat de cliënt om met het product?

* Cognitieve ontwikkeling; Hoe is het geheugen? Hoe neemt de cliënt waar? Hoe is de spraak en taal vaardigheid van de cliënt? Heeft de cliënt enige zelfreflectie? Hoe gaat de cliënt om met advies, reflectie en feedback? Is de cliënt snel tevreden?

Stelt een cliënt vragen voordat hij/ zijn begint en wordt de opdracht goed begrepen? Denkt de cliënt na voordat hij/zij begint? Maakt de cliënt bewuste keuzes?

Hoe zijn de denkpatronen? Werkt de cliënt volgens een voorafgesteld plan? Kan de cliënt vragen stellen als hij/zij bezig is? Welke conflicten of tegenstellingen worden zichtbaar? Is er sprake van structuur en kan eventueel een cliënt structuur aanbrengen bij het afwezig zijn van structuur? Is de manier van werken gestructureerd te noemen of is het een grote chaos?

* Lichamelijke ontwikkeling: Is de motoriek grof/ fijn? Hoe is het uiterlijk? Hoe is de impulscontrole? Hoe werken de zintuigen?
* Sociale ontwikkeling; Hoe is het contact met de therapeut, eventueel met de peergroup en kan er contact gemaakt worden. Is er sprake van betrokkenheid en zo ja in welke mate? Is er inlevend vermogen, een geweten en sociaal inzicht? Is er sprake van coping gedrag? Eventuele familierelaties?

De beeldend therapeut zal ook kijken of beeldende therapie mogelijk positief ingezet kan worden als onderdeel van een vervolgbehandeling en tijdens het diagnostiektraject ook letten op welke materialen goed inzetbaar zijn en waar de cliënt zelf affiniteit mee heeft.

Er zijn drie belangrijke onderdelen bij een diagnostiektraject die uiteindelijk beantwoord moeten worden;

* Wat wil de cliënt en wat is zijn/ haar hulpvraag?
* Wat willen de ouders en waar willen zij hulp bij of duidelijkheid over?
* Wat is de vraag van de verwijzer?

**Interventies**

Interventies vinden plaats in de driehoek medium-therapeut-client. Bij deze interventies wordt het medium ingezet en ook de attitude en verbale aspecten kunnen op vele manieren ingezet worden om contact te maken met de cliënt en het beeldend therapeutisch proces te bevorderen. Daarbij kan de interactie met leden van de therapiegroep ook ingezet worden als interventie.

Een veilige sfeer creëren staat op de eerste plaats. Hierbij hoort ook het creëren van een vertrouwd en ontspannend contact; vanuit vertrouwen en oprecht contact, kun je een kind echt leren kennen en van daaruit onderzoeken wie het kind is, wat hij/zij goed kan en minder goed kan, wat hem/ haar bezig houdt en hoe zijn/ haar belevingswereld is. Als er geen ontspanning is, dan zie je waarschijnlijk niet de ware aard van het kind maar een coping.

De cliënt zelf is het belangrijkste; de veiligheid staat op nummer een en daar wordt deels ook de houding op aangepast; steunend, zonder oordeel en transparant.

Afhankelijk van het doel van observatie, diagnostiek of de hulpvraag, plaats je interventies of heb je als beeldende therapeut een bepaalde houding naast het creëren van een veilige therapiesetting. Soms moet je een cliënt laten stoeien en niet meteen ingrijpen, ook om te zien hoe iemand omgaat met frustratie of een ijzeren stilte. Zodra je als therapeut de neiging hebt om een cliënt te steunen, kan dit ook wat over de problematiek van de cliënt zeggen. De cliënt kan baat hebben bij positieve bekrachtiging en erkenning, maar begrenzing is net zo goed van groot belang; bij misdraging moet dit duidelijk worden aangegeven en je niet laten leiden door angst, daarin ontstaat de meeste binding.

Om als therapeut contact te maken met de cliënt, is het nodig dat de therapeut zijn persoonlijkheid niet uitschakelt, maar meeneemt. Tegelijkertijd is een voorwaarde voor professioneel handelen dat de beeldend therapeut een eigen vormtaal en eigen belevingswereld heeft ontwikkeld en de eigen voorkeuren en weerstanden goed kent. Doordat de cliënt en de therapeut tijdens het beeldend werken dieper worden geraakt, zal er een mengeling ontstaan van bewuste en onbewuste belevingen en interventies een mengeling zijn van bewuste en onbewuste handelingen. De beeldend therapeut moet te sterke overdracht en tegenoverdracht in het medium kunnen herkennen om zo objectief mogelijk te kunnen zien wat de belevingswereld van de cliënt is.

**Activiteit**

Hieronder volgen een aantal werkvormen per onderwerp waar je opdracht voor in kunt zetten;

* *Werkvormen gericht op het materiaal*;

Primaire kleuren: acrylverf, spons, 3 kleuren, papier vol sponzen en dan met kwast uitwerken zonder dat het iets voorgesteld en vervolgens kijken wat je er wel inziet en dit uitwerken met eventueel een kwast en meerdere kleuren.

* *Werkvorm gericht op samenwerking*;

🡪 Samenwerkingsopdracht; Deze wordt veelal gegeven in samenwerking met de therapeut of groepsgenoten van de cliënt en neemt allerlei vormen aan, belangrijkste uiteraard hoe de samenwerking verloopt en hoe de cliënt zich verhoudt naar peergroup.

* *Werkvormen gericht op emoties*;

🡪 Emotiecirkel/ tekening; Geeft zich op welke emoties op het moment van maken o de voorgrond zijn van de cliënt en ook of hij/zij dit kan vertalen naar beeld of later in taal.

* *Werkvormen gericht op het zelfbeeld*;

🡪 Collage/ eigen map maken waar het werk ik kan worden gestopt ‘dit ben ik’; een opdracht die wat houvast heeft, omdat de meeste kinderen kiezen voor een collage of iets kiezen wat ze vertrouwd vinden, maar waaruit je wel heel veel kunt opmaken.

* *Werkvorm gericht op structuur/ ongestructureerdheid*;

🡪 Vrije opdracht; Kies een materiaal naar keuze en een onderwerp, de cliënt is volledig vrij, afgezien van de tijd, om te maken wat hij/zij wil. Hierbij interessant of de cliënt iets kan met die enorme vrijheid, kan het keuzes maken en voor welk materiaal en/ of onderwerp kiest het?

* *Werkvormen gericht op aandacht/ controle*;

🡪 Scribbles/ Florence Cane; Kan een cliënt loslaten? Heeft de cliënt fantasie of kan deze helemaal niets met die ongestructureerdheid?

* *Werkvormen gericht op belevingswereld en fantasie*;

🡪 Maak een fantasiedier (of welk dier zou je voor 24 uur willen zijn); Heeft een cliënt fantasie? Welke eigenschappen van het dier zou je willen hebben en in welke omgeving moet het dier zich bevinden? Deze opdracht wordt variërend gemaakt van klei, houtjes of krijtjes.

**Materiaal**

Laat gedurende een diagnostiektraject zoveel mogelijk verschillende materiaalsoorten aan bod komen, dit omdat iedere materiaal zijn eigen appelwaarde heeft.

* 2D materiaalsoorten
* 3D materiaalsoorten
* Diverse materiaal gereedschappen
* Diverse diktes papier en verschillende afmetingen

**Meetinstrument**

De DDS kan worden ingezet als diagnostisch, evidece based, beeldend middel. Wel moet rekening gehouden worden met het verschil in problematiek tussen een volwassene waarop deze test berust is en tussen de problematiek van een kind.

De DDS kan het beste worden ingezet bij het eerste individuele contact.

**Methoden**

Eventuele methoden en methodieken die beeldend therapeuten als prettig ervaren gedurende een diagnostiektraject;

* Creatieve procestheorie (analoge procesmodel); appel van de diverse materialen
* DGT; oordeelvrije manier van werken
* Mindfulness; vol bewustzijn, in het moment en uit de gedachten.
* Eclecticisme; datgene kiezen wat het beste lijkt op dat moment.
* MBT; het versterken van het mentaliserend vermogen

R**andvoorwaarden**

- De beeldend therapeut heeft een brede kennis van psychopathologie en basiskennis

van de differentiaaldiagnostiek.

- De bevindingen worden per sessie bijgehouden in een rapportage.

- De bevindingen worden in een multidisciplinair team uitgewisseld en besproken.

- Deelname van minimaal 4 sessies om observatie te kunnen funderen en zodat herhaling/ patronen zichtbaar in beeld kunnen worden gebracht.

**Behandelduur en frequentie**

Eenmalig een individuele sessie van 60 minuten.

Wekelijkse groepssessie van 60 minuten.

Observatieperiode van 2 tot 8 sessies, waarbij de duur afhankelijk is van de setting bij de instelling.

**Eindtermen**

Van het diagnostiektraject wordt een verslag gemaakt waarin de observaties beschreven worden. Indien van toepassing worden het behandeladvies en/ of de indicatiestelling voor de beeldende therapie beschreven.

**Aanbevelingen**

Dit onderzoek heeft laten zien hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan een diagnostiektraject voor kinderen in de leeftijd van 12-23 jaar binnen een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling. Ik heb getracht een werkwijze te maken die kan bijdragen aan een specifieker behandelconcept, waardoor er meer duidelijkheid komt voor de hoofdbehandelaar, beeldend therapeut en de cliënt. Mijn aanbeveling is dan ook dat beeldende therapie een grotere rol bij observatie en diagnostiek gaat innemen, daar waar nu nog wordt getwijfeld aan de bruikbaarheid van dit creatieve medium.

De aanbeveling voor mijn praktijkbegeleider is dat mits mogelijk, de duur van het diagnostiektraject behouden wordt. Gezien de omstandigheden bij andere instellingen is dit een nuttige duur van het traject en kan hier ook echt voldoende duidelijk worden aan diagnostiek in de zeven bijeenkomsten die een cliënt heeft.

De aandacht verschuift naar behandelen en dus worden de trajecten korter. Mocht ook Fornhese het traject gaan verkorten, dan is er ook nog een mogelijkheid voor procesdiagnostiek, waar naast de diagnostiek ook al wordt begonnen met behandelen. Dit is erg in opkomst, net als creatieve systeemmodules. Deze modules richten zich op het gehele systeem van jongeren en de familie, waar ouders ook worden betrokken bij de observatie en eventuele therapie. Hier lijkt erg veel vraag naar, zeker omdat een heel gezin kan lijden onder de problematiek van een kind in huis. Andersom kan een kind ook problematisch worden door het systeem waar het zich in bevindt, dit is wederzijdse beïnvloeding.

Tenslotte zou ik nog willen aanraden om de cursus voor de DDS door te zetten, omdat de hoofdbehandelaar graag werkt met evidence based materiaal en er al een goede richting gegeven kan worden aan diagnostiek na een eerste observatiemoment met de DDS.

In het kader van de ontwikkeling van vaktherapie is er vanuit de praktijk van het diagnostiektraject veel vraag naar gerichte problematiekmodules. Er wordt weinig onderzoek geleverd door de beeldend vaktherapeuten, dit ondanks het grote aantal therapeuten onder ons. Voor de scholen dus misschien ook een mooie kans om hierop in te spelen en de leerlingen al vroeg kennis te laten maken met het maken en uitvoeren van een onderzoek en/ of onderzoeksproduct!

**Dankwoord**

Allereerst wil ik Fornhese Ermelo bedanken voor de kans die mij geboden is om in het studiejaar 2013-2014, stage te kunnen lopen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Hierbij gaat mijn grote dank uit naar Monique van Tuin, die de praktijkbegeleiding op zich heeft genomen en altijd klaar stond om mij te ondersteunen, ook tijdens de onrustige tijd waarin de vaktherapie is belandt. Ook het gehele multidisciplinaire team van Fornhese Ermelo wil ik bedanken voor de fijne samenwerking en de mogelijkheid tot vragen.

Vanuit school wil ik graag Jaap Driest bedanken die mij heeft ondersteund met de organisatie rondom het onderzoek en de doelgroepstage. Gemmy Willemars, methodiekdocente en ervaren beeldend therapeut stond mij bij in onzekere tijden en heeft mij altijd gesteund en voor mij klaar gestaan, hartelijke dank hiervoor!

Tenslotte wil ik al de therapeuten hartelijk bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek, de namen staan hieronder vermeld;

Henk Aartsma Beeldend therapeut Triversum, Alkmaar

Marit Bierman Neuropsycholoog GGz Centraal, Fornhese Ermelo

Florian Blaas Beeldend therapeut Herlaarhof, Vught

Jacqueline de Bruyn Beeldend therapeut Triversum, Alkmaar

Tanja Dollenkamp Beeldend therapeut Triversum Alkmaar

Annemiek Dop Kinder- en jeugdpsychiater GGz Centraal, Fornhese, Ermelo

Dimphy Fikke Beeldend therapeut UMC Utrecht

Gerard Hagenaar Beeldend therapeut de Viersprong, Halsteren

Monica Huijben Beeldend therapeut de Jutters, Den Haag

Ragnhild Ivangh Beeldend therapeut Karakter, Zwolle

Margreeth de Jager Beeldend therapeut Yulius, locatie de Kreek, Dordrecht

Martina de Jong Beeldend therapeut GGz Centraal, Fornhese Amersfoort

Klaske van Laar Beeldend therapeut Eleos, Zwolle

Ron van Laun Beeldend therapeut GGz Centraal, Fornhese, Ermelo

Darja Minnaard-van Alten Beeldend therapeut GGz Almere

Bert Molenaar Teamleider bedrijfsvoering de Rietschans/ Fornhese

Francien Posthumus Meyjes Beeldend therapeut De Bascule, Amsterdam

Winneke Rauh Beeldend therapeut Curium-LUMC Gouda. Oegstgeest

Kim Rollé Beeldend therapeut bij Juzt en bij GGz Breburg

Nanda Sanders Beeldend therapeut/psycholoog De Jutters, Den Haag

Leonie Scholtz Beeldend therapeut kliniek Asterisk GGz Lelystad

Ilse Sleutel Drama therapeute Fornhese Ermelo & Fornhese Amersfoort

Josephine van Spanje Beeldend therapeut Virenze Maliebaan, Utrecht

Gisela Sprang Beeldend therapeut Yulius Locatie Carnisselande Barendracht

Monique van Tuin Beeldend therapeut GGz Centraal, Fornhese, Ermelo

Marit van Vliet Beeldend therapeut Eigen praktijk www.maritvanvliet.nu

Marjanne van de Voorde Beeldend therapeut Eleos Ede & eigen praktijk Voordebeeldend

Joyce van Wijk Beeldend therapeut De Jutters, Den Haag

Theo van Zadelhoff Beeldend therapeut Karakter Arnhem/ Ede

**Bronnenlijst**

Artikelen

**Gerven**, M. van. Problemen bij de klinische behandeling van een meervoudige persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor de psychiatrie*. (1996), no.2.

**Nafzger**, J. & Gaalen- Oordijk, I. Van. (1999). Eindrapport arbeidsmarktonderzoek creatieve therapie. *CINOP*.

**Verheij**, F. & Verhulst, F.C. & Ferdinand, R.F. (2007). Kinder en jeugdpsychiatrie: een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor psychiatrie*. (2007), no. 7. Blz. 429-438

Buitenlandse artikelen

**Campbell**, E.R. The effectiviness of art therapy in reducing symptoms of trauma, anxiety, and stress; A meta-analysis dissertation. *Wheaton College* . (2010). Blz. 1-40.

**Rickers-Ovsliankina**, M. Review of studies of ‘free’ art expression of behavior. *Psychological bulletin*. (1949), nr.1. Blz. 76-85

Boeken:

**Baarda**, D.B., & Goede, M.P.M. de. (2006). *Basisboek methoden en technieken: Handleiding* *voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (4e dr.). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

**Baarda**, B. & Hulst, M. van der (2012). *Basisboek interviewen*. Groningen; Noordhoff Uitgevers B.V., blz. 19-20.

**Foks-Appelman**, T. (2005). *Kinderen geven tekens*. Delft; Eburon.

**Gerritzen**, H.M.J.A. & Goor- Lambo, G. &Mussert, P. Chr. (1986). *Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek*. Amsterdam: Boom Meppel. Blz. 1-31

**Hayen**, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Gehele boek gelezen, deels vorig jaar en deels dit jaar.

**Hutschemaekers**, G. & Neijmeijer, L. & Wijgert, J. (1996). *Beroep: Vaktherapeut/ vakbegeleider: een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders n de gezondheidszorg*. Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid.

**Kaarsemaker- Verfaille**, M.(2008). *Beeldende therapie en MBT; hoe integreer je die twee?* Huisdrukkerij en boekbinderij GGz.

**Koopmans**, J.M. (2006). *Professionals organiseren informeel leren*. Delft: Eburon Uitgeverij B.V.

**Krantz**, B. (2006). *Interventies van vaktherapeuten*. Nijmegen; HAN.

**Migchelbrink**, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

**Molen**, H.T. van der (2012). *Klinische psychologie*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

**Smeijsters**, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho. H1& H10.

**Smeijsters**, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho

**Schweizer**, C. (2001). *In beeld; doelgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

**Schweizer**, C. (2009). *Handboek beeldende therapie, ‘uit de verf’*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Blz. 135- 428.

**Verhulst**, F.C. & Verheij, F. (2000). *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.

Buitenlandse literatuur:

**Florence**, C. (1983). The artist in each of us. Vermont: Art Therapy Publications. Blz. 33-88.

**Case**, C & Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. London: Routledge.

**Gilroy**, A. (2006). *Art therapy, Research & Evidence- based Practice*. Sage Publications Ltd.

**Gilroy**, A. (2011). *Art therapy research in practice*. Oxford, Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Wien: Peter Lang. Blz. 89-158.

**Gitlin**, M.J. (1995). *What do you see? Phenomenology of therapeutic art expression*. London, Bristol and Pennsylvania; Jessica Kingsley Publishers. Blz. 97-187.

**Rubin**, J.A. (2001). *Approaches to Art Therapy. Theory & Technique*. New York, London: Brunner-Routledge.

**Rubin**, J.A. (2011). *Child Art therapy; an Innovative guide to the practice of art therapy*. John. Wiley & Sons. Blz. 267-298.

Internet:

**- Beroepsprofiel van de creatief therapeut**;

[www.beeldendetherapie.org](http://www.beeldendetherapie.org)

- **DBC registratie/ diagnose kinder- en jeugdpsychiatrie**.

<http://www.dbcspelregels.nl/ggz/typeren/typeren-dbc-wat/diagnoseclassificatie/diagnose-bij-kinder-en-jeugdpsychiatrie/>

- **Richtlijn Diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen:**

[www.nvvp.net/](http://www.nvvp.net/)

- **Essay Kinder- en jeugdpsychiatrie**:

<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1645pdf.pdf>

- **Expertisenetwerk KJP**;

<http://netwerk-kjp.nl/organisatie/>

**- Fornhese Ermelo**:

<http://www.ggzcentraal.nl/organisatieonderdelen/fornhese/ermelo/ermelo>

**- GGz Centraal**:

<http://www.ggzcentraal.nl>

- **Half Gestructureerd interview**:

[www.cs.ru.nl](http://www.cs.ru.nl)

- **Samenvatting Kinder- en jeugdpsychiatrie**:

<https://www.joho.org/nl/studie/6239-samenvatting-kinder-en-jeugdpsychiatrie-deel-2-onderzoek-en-diagnostiek-deel-1>

- **Literatuursuggesties diagnostiek**:

<http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/registratie/k_j-psycho/kj-literatuursuggesties.pdf>

- **Richtlijnen Trimbos instituut**: <http://www.ggzrichtlijnen.nl>

- **RS index**:

[www.beeldendetherapie.org](http://www.beeldendetherapie.org)

- **Trimbos Instituut: Richtlijnen GGZ volgens het Trimbos Instituut**:

<http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=464&richtlijn_id=35>

- **Vaktherapie**; http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over\_vaktherapie/info\_vaktherapie\_en\_creatieve\_therapie/beeldende\_therapie

Praktijkonderzoek

- **Bonfrer, S. & Haanraads**, S. (2010). *Heden, verleden en toekomst, module creatieve therapie.* Opgevraagd op 06 oktober 2011 afkomstig van <http://hbokennisbank.uvt.nl/cgi/hu/show.cgi?fid=30140>.

- **Claeys**, L. (2008-2009). *Het perspectief van hulpverleners op beeldende therapie bij depressieve stoornissen*. Masterproef universiteit Gent.

- **Fikke**, D. (2012). *Beeldend therapeutische observatie bij jongeren met mogelijk een autismespectrumstoornis* (ASS). Blz. 1-5

- **Haan**, N. De & Schuurs, D. & Voorst, L. Van & Wallet, R. (2008). *Zelfwaardering in de beeldend- en muziektherapie*. Onderzoeksverslag naar de werkwijze van de vaktherapeuten binnen ‘de Bascule’, instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie te Amsterdam.

- **Taken**, F. & Tilborghs, E. (2009). *Observatie & diagnostiek in vaktherapie*. Onderzoek naar de bijdrage van vaktherapeutische verfijning van de diagnostiek op Vosseveld, kinderpsychiatrische behandelafdeling van het UMC Utrecht.

**Bijlage 1 Voorbeeld gestructureerd interview met een beeldend therapeut**

***Interview Monique Tuin***

**Kunt u iets vertellen over uw vooropleiding?**

Ik heb Middeloo gedaan, beeldende therapie. Daarvoor HBO cultureel werk gedaan. Daarna een basiscursus schematherapie, gezins-creatieve therapie, dialectische gedragstherapie en nu ben ik bezig met metalliseren in vaktherapie.

En volgend jaar ga ik nog de Diagnostic Drawing Series doen.

**Wanneer bent u bij Kinder- en jeugdpsychiatrie terecht gekomen?**

Ik ben begonnen in het speciaal onderwijs, een klein baantje na mijn afstuderen, toen heb ik zwangerschapsbehandeling gedaan en daarna ben ik bij de adolescenten terecht gekomen, toen bij de volwassenen terecht gekomen en uiteindelijk weer bij de adolescenten, daar werk ik nu al weer een paar jaar.

**Is dat de doelgroep die u het meest ligt?**

Ja ik vind de pubers erg leuk, al het pubergedoe vind ik altijd wel erg grappig en ik vind het ook wel heel mooi als je op die leeftijd nog iets kan doen waar ze mee verder kunnen, bij volwassenen ben je soms een beetje achteraf aan het herstellen, ook wel in het hier-en-nu maar die hebben er vaak al een heel stuk opzitten. Bij pubers heb ik meer het gevoel dat ze nog iets meenemen in de toekomst en het toekomstperspectief.

**Kunt u iets vertellen over het diagnostiek traject bij Fornhese, hoe het in zijn werk gaat?**

Op dit moment zijn ze er 6 tot 8 weken, en zie ik ze deze periode in de groep elke week 1x. Daarnaast zie ik ieder kind ook nog een keer voor een individuele observatie.

**Wat is het verschil tussen de werking van individueel contact en in groepsverband?**

Het verschil ertussen is dat ik binnen de individuele sessie ruimte heb en biedt om aandacht te geven aan dingen waar ze het in de groep niet over willen hebben. En kan de opdracht ook heel persoonlijk uitpakken. Er is meer ruimte en rust om het daarover te hebben. Daarnaast is het ook wel interessant om te kijken, hoe zij reageren op een 1 op 1 situatie in vergelijking met de dynamiek in de groep, daar zit ook gewoon verschil in.

**Is het genoeg tijd om gedegen te kunnen werken?**

Ja, het is wat het is, en dat is eigenlijk prima. Op den duur ga ik ook de DDS in het individuele contact gebruiken. Zo kun je even kort, scherp kijken.

**Zijn er bepaalde werkvormen die u in zal zetten in groepsverband?**

Werkvormen die ik inzet zijn zowel individueel in de groep als echt groepsopdrachten en bij de groepsopdracht kijk ik echt naar, kunnen ze een beetje afstemmen en samenwerken, daarnaast kijk ik ook naar de intelligentie. Bij de individuele opdrachten, dat is altijd wel interessant, hoe ze individueel in de groep werken. een aantal elementen zijn ook wel belangrijk, hoe zij zichzelf zien in de relatie tot anderen. Vaak zie je dan ook jongeren met een negatief zelfbeeld, die zichzelf dan altijd negatief met de anderen vergelijken, wat daarin dan opvalt. Ik vind het ook wel interessant om al die verschillen zo is naast elkaar te zien, dat geeft mij ook weer informatie. Als bv iemand die ADD of ADHD heeft of je hebt iemand die een persoonlijkheidsstoornis heeft, dat ziet er wel heel anders uit en het werkt ook heel anders en het werkt ook heel anders op elkaar in.

**Hoe uit zich dat specifiek in de beeldende therapie, op momenten dat u die werkvormen inzet en iedereen daar anders op reageert?**

Als ik een samenwerkingsvorm heb, wat dan vaak opvalt is dat iemand met een stoornis in het as-spectrum, het gewoon heel ingewikkeld vindt. Dan zit er een overmatige aanpassing aan in het kopiëren en dan klopt het ook niet zeg maar. Maar als je iemand met een persoonlijkheidstoornis ziet, bv iemand met borderline trekken, dat is of heel overmatig expressief of naargelang de stemming heel klein of zwart. Het kan ook heel verstorend dan wel destructief zijn, omdat diegene die interacties gewend is vanuit huis of de omgeving waar iemand vandaan komt. Dat zie je vaak ook wel teruggespeeld hoe iemand zich in de groep verhoud tot zijn werk, dan wel in de dynamiek met andere groepsgenoten. Als je iemand met ADD of ADHD heb, die nog geen medicatie gebruikt, dan word het al gauw een grote puinhoop, er is geen overzicht en geen planning meer. Dat zie je ook vaak bij mensen met autisme, die hebben moeite met plannen, zeker in het begin dan is alles nog nieuwe en ze nog nergens aan gewend zijn. Maar goed dat laat ik ook vaak maar gebeuren, omdat dat een deel van de diagnostiek kan weergeven. Ik hou ook wel een aantal kaders met betrekking tot de veiligheid en vertrouwdheid, dat houdt ik altijd wel voor ogen. Maar je wil toch wel dingen weten.

**Krijgen alle mensen met ADD of ADHD medicatie?**

Dat is een interessante discussie daarin staan de psychiatrie en de alternatieve gezondheidszorg lijnrecht tegenover elkaar in hun opvattingen. Ik denk dat er te snel medicatie word gegeven en dat er ook meer gekeken zou moeten worden naar voeding en omstandigheden of heeft iemand ms gewoon een bepaald temperament wat een beetje druk is maar door een hele rommelige, chaotische thuissituatie of gebeurtenis in het leven van iemand, iemand daar op reageert, dus ik vind dat je daar eigenlijk altijd naar moet kijken. Maar wanneer iemand werkelijk ADD/ADHD heeft iemand echt baat bij medicatie, dat is gewoon zo. Maar goed dat is mijn persoonlijke mening.

**Als u kijkt naar de werkvormen en materialen, zijn er materialen die u graag inzet met oog op het appel en dergelijke?**

Ik heb wel een soort vast aanbod, ik kijk zeker wel naar de verschillende materialen en appels. Zoals hard/zacht, vloeiend, weerstand, kracht, dat soort dingen heb ik altijd wel in mijn hoofd die ik meeneem. Kan iemand zelf structuur aanbrengen in iets waar geen structuur in aan te brengen is? Hoe reageert ie überhaupt daarop? Wat is de mate van ontregeling? of van plezier? wat daar ontstaat. Voor iemand die heel perfectionistisch is, kunnen vloeiende materialen heel beangstigend zijn, maar wat aan de andere kant soms ook juist heel bevrijdend kan zijn.

dan ligt het aan het materiaal en je kunt er toch niets meer aan doen, dat kan heel verontschuldigend werken voor je eigen prestaties. De overmatige angst en dwangklant zal dat echt verschrikkelijk vinden.

**Wanneer zou je klei inzetten?**

Dat vind ik altijd wel interessant in de samenwerkingsopdracht omdat je dan ook helemaal zelf moet bouwen aan structuur, dat doet nog meer appel op waar kan jij zelf structuur aan geven en waar sta je in relatie tot de ander. Waar klei ook wel een appel op doet is op iets stuk kunnen maken. Het is in eerste instantie koud, het is glibberig dat is ook niet altijd even prettig voor eenieder, dat roept van alles op. Het is altijd wel interessant om te zien wat dat in ze oproept aan emotieregulatie.

**Zijn er specifieke methodieken binnen deze fase waar je veel informatie uithaalt?**

Dat vind ik een lastige vraag. Ik werk al zolang dat de methodieken die ik heb geleerd al geïntegreerd zijn in de manier waarop ik werk.

Wat ik heel waardevol vind is dat ik vanuit de DGT heel oordeelvrij kijk en ook geen oordeel geef aan wat ik zie of gebeurd. Ik beoordeel en bekijk en beschrijf, maar ik geef daar niet gelijk een kwalificatie van goed, slecht, links of rechts. Daarmee hoop ik dat ik de jongere ook de vrijheid geef om dingen te doen en te vertellen, dat vind ik een belangrijke basis. Ik ben natuurlijk opgeleid met de creatieve proces theorie, dus ik kijk ook absoluut naar hoe iemand omgaat met de appels van de materialen, zich verhoud tot het beeld, dat zit zo in de basis ingebakken. Ik zie dat nog steeds als iets dat heel waardevol is.

**Is bij MBT ook niet het oordeelvrije een belangrijk onderdeel?**

Ja idd, het metalliseren. Ik heb net mijn eerste les gehad. Het is heel erg gebaseerd op hechting en hechtingsstijlen. Door mensen te leren andere hechtingsstijlen aan te nemen via het metalliseren in het hier-en-nu, waardoor die anders in het leven kan gaan staan. Maar dat is natuurlijk ook oordeelvrij.

**Als je het hebt over mediumspecifieke en niet mediumspecifieke meetinstrumenten, wat kunt u daarover zeggen in dit traject?**

Zoals ik net al zei, mediumspecifiek kijk naar hoe iemand materiaal gebruikt, vorm gebruikt, het totaalplaatje van beeld en maker en hoe zich dat tot elkaar verhoud, je ziet vaak angstige mensen, mensen met persoonlijkheidsproblematiek met een heel kwetsbaar, negatief zelfbeeld, zodra er iets van henzelf op tafel ligt, dat er roept vaak veel op aan angst, schaamte, allerlei negatieve emoties. Dus vaak moet dat weg, dat zegt vaak al iets. Hoe diegene zich verhoudt tot datgene wat ie maakt. Maar ik kijk ook wel naar hoe iemand materiaal hanteert, gaat hij erin op, of houdt hij er afstand van, kan hij zich een beetje laten leiden door het materiaal en dat wat het oproept. Dat zijn de hele mediumspecifieke dingen, ook in groepsopdrachten. Weet je als iemand moeilijk contact kan maken verbaal, hoe doet ie dat dan in beeld, non- verbaal en binnen die opdracht. Er ontstaat daar op een ander niveau wel contact, of dus nog steeds niet, dat neem ik mee. Bij niet mediumspecifieke dingen kijk ik naar wat voor een rol neemt iemand in de groep in. Daarom is het ook interessant om te kijken naar hoe zit dat thuis en herhaalt iemand dat of niet. Hoe doe je dat naar je eigen peergroup of tot mij of tot jou als stagiaire. Wat zijn de gedragspatronen daarin of hoe komt iemand binnen? Wat valt mij daarin op? Hoe kijkt iemand uit zijn ogen? Of zie ik ook of iemand wantrouwende vragen heeft? Vanuit schizofrenie of psychose. Dit neem ik ook zeker mee! Hoe ruimt iemand op of niet? Of dat nou verbaal hoorbaar is of zichtbaar in de houding. En ook kijken hoe iemand zijn plek kiest in de ruimte, dat neem ik ook mee. Hoe gaat iemand om met grenzen. Grenzen van tijd, de opdracht of de sessie.

**Zijn er interventies die u pleegt?**

Wat ik wil is dat iemand zich hier veilig voelt. Ik leg daarom goed uit hoe de therapie gaat en wat de structuur is van de sessie.

Op het moment dat iemand zich misdraagt en daarmee bv anderen schade berokkend, ben ik daar vrij duidelijk in. Dan volgt evt een time out, en bespreek ik dit buiten de groep. En gaat het kind evt terug naar de afdeling als het niet lukt. Vervolgens bekijk ik dan met de afdeling, met de verpleegkundige naar wat wel werkt. Niet elke jongere is hetzelfde. Een jongere met een re-actieve hechtingsstoornis zullen ook proberen het bloed onder je nagels vandaan te halen. En dat is ook wel eens gebeurd, dat ik echt de neiging had om ze met een trap onder hun kont de deur uit te gooien. Dat besef wat wel werkt en wat niet werkt is heel belangrijk.

Op het moment dat ik zie dat hier iemand ter plekke ontregelt probeer ik altijd te kijken naar wat we in het moment daar iets aan kunnen doen.

Maar ook de weerstand en de angst op dat soort momenten is wat het is, en het is belangrijk om daar erkenning voor te geven, maar ook begrenzing. Met geweldige Nederlandse woorden als 'holding' en 'containment', houvast en markeren van: dit is wat jij voelt, dat betekend niet dat iedereen daar zo in zit. Dan is het ook belangrijk om helder te maken dat het nu even niet lukt en dat de jongere op een ander moment weer welkom is en samen te onderzoeken hoe het anders kan, om te voorkomen dat iemand hierdoor een bevestiging denk te krijgen van niet goed genoeg te zijn/ falen. Als therapeut is het ook belangrijk om in de begeleiding van cliënten duidelijk te begrenzen en je niet te laten leiden door je angst, dan spiegel je niet zo goed. Een oordeelvrije benadering vind ik erg belangrijk in de therapie, daarin ontstaat de meeste binding.

**Hoe is uw houding tijdens deze diagnostische fase?**

Neutraal, ik stem altijd af op de sfeer en op de mogelijkheden van dat moment. Ik ga niet specifiek allerlei emoties inzetten om te kijken wat er dan gebeurd, dat vind ik echt voor behandeling. Ik geef gewoon heel sec alle opdrachten, door de tijd heen. Basisveiligheid en vertrouwen vind ik belangrijk. Ik koppel er ook aan wat mijn bevindingen zijn, dat is het zo ongeveer.

**Is er een groot verschil in de werkvormen voor de jeugd en volwassenen?**

De context die zij met zich meebrengen is altijd anders, de kinderen zitten nog in allerlei systemen waar ze last van hebben, of die last hebben van hen. Er is sowieso een groot verschil in levensfase daar vind ik wel een groot verschil in. Maar ook school en opleiding, plus dat je nog een heel brein hebt wat in ontwikkeling is en op zijn kop staat. En vergeet de hormonen ook niet, die zullen ook het nodige doen bij de individuen en in de groepsdynamiek.

**Werkt u tijdens de diagnostische fase altijd vanuit de hulpvraag of zijn er ook nog andere doelen die u nastreeft?**

Ik kijk van te voren eigenlijk bewust niet zozeer naar de hulpvraag. Ik wil er zo open en neutraal mogelijk instappen. Ik heb een hele serie werkvormen waarvan ik probeer dat ze daar iig allemaal een keer van hebben geproefd. Zodat als ik mijn verslag schrijf, ik daar zo een aantal elementen uit kan halen aan wat ik zie. Dat is altijd wel grappig als je dat dan bij elkaar legt in het behandelplan, om uit alle verschillende invalshoeken te kijken waar je uitkomt. Dan zie je bv van hier heb je nog steeds geen antwoord op.

Vooral als er veel systeemproblematiek is, probeer ik daar wel van te voren iets over terug te lezen of als iemand een schizofrene ontwikkeling heeft. Maar zoals ik al zei dus niet per definitie.

**Wat vind u een kracht van de beeldende therapie binnen de diagnostiek?**

Dat blijf ik ook de kracht van het vak op zich vinden. Je hebt een beeld en een maker, die verhouding ten opzichte van, dat blijf ik enorm boeiend vinden. Alles wat er in de beeldtaal gebeurd, wat iemand daarover verteld, het onbewuste wat zich meer manifesteert in vorm, beeld en kleur en de relatie daartussen, tussen het beeld en de maker, omdat het ook heel wat oproept. Omdat er ook nog verschil zou zitten tussen het maken op zich en wat het doet en daarna erover praten. Dan kan er soms iets weg zijn wat in het maken wel zichtbaar was. Dat je kan zien dat iemand helemaal ergens in op gaat en er heel erg in geraakt word. Als je het daar in de nabespreking over hebt kan dat volledig weg zijn, het word weggemaakt of afgeweerd.

Ik wil graag horen wat iemand daarover vind en denkt. Mijn interpretatie is dan niet eens zo interessant. Het interessante vind ik is, wat verteld het iemand zelf, want het is het beeld van de maker. De dialoog tussen de beeld en maker en mij, daar zit natuurlijk ook informatie in. Kan iemand wel of niet iets vertalen of ergens betekenis aan geven, een relatie ermee in stand houden of niet.

**Zijn er nog dingen die u zelf mist of nog wilt vertellen?**

Wat belangrijk blijft is dat je nooit geïsoleerd kan werken, dat je altijd het multidisciplinair team nodig hebt in het leggen van de puzzel van de diagnostiek van de jongeren. Dit is altijd maar een stukje. Bij drama, pmt, gezinsonderzoek of andere onderdelen komen altijd wel de puzzelstukjes samen. In de discussie tussen de verschillende disciplines, manifesteert het probleem zich vaak en word meer duidelijk wat er aan de hand is met de jongere. Het is echt een geheel, zeker in diagnostiek niet.

**Bijlage 2 Half gestructureerd interview met een beeldend therapeut**

***Interview Josephine van Spanje***

**Algemene vragen;**

1. **Kunt u iets over uw achtergrond/ opleiding vertellen? En waar werkt u momenteel?**

* HBO beeldende therapie gedaan aan de HvU in Amersfoort, 1996 gediplomeerd. Direct aan het werk als beelden therapeut in zowel volwassen psychiatrie als jeugdpsychiatrie. Ongeveer 2001 geregistreerd therapeut, carrière voortgezet in kinder en jeugdpsychiatrie, eerst binnen kliniek en dagkliniek en nu voor een polikliniek in Utrecht (Virenze Maliebaan).

**Vragen gericht op beeldende therapie en diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie;**

1. **Hoe ziet het diagnostiektraject (en hoe lang is dit traject voor bt) er uit op uw werkplek bij de kinder- en jeugd psychiatrie in de leeftijd van 12-23 jaar? En kunt u hierbij ook iets vertellen over een individueel traject of groepssetting en waarom deze keus? Hoe lang duurt dit traject voor beeldend?**

* In de polikliniek doe ik bijna uitsluitend individuele diagnostiek trajecten van 5 sessies maximaal. Soms een gezin diagnostisch onderzoek van 1 sessie als we willen uitzoeken hoe de gezinsfactoren zich verhouden tot de kindfactoren. Individuele trajecten omdat de poli te klein is voor een groepsgewijs aanbod. Nadeel is dat ik de interactie alleen met mijzelf kan beschrijven en niet met groepsgenoten, voordeel is dat ik het kind in kwestie uitvoerig kan zien en beschrijven
* In het verleden had ik een opeen diagnostiekgroep voor jongeren opgenomen in een kliniek, observatietijd van 6-8 weken, dat kon in een groep omdat daar de aanmeld stroom constant was en ik het een meerwaarde vond om te zien hoe de contacten met groepsgenoten verliepen ook als er niet perse werd samengewerkt..

1. **Welke specifieke kenmerken van beeldende therapie kunnen bijdragen aan de diagnostiek binnen de kinder- en jeugd psychiatrie?**

Ik beschrijf vooral “neutraal” hoe een kind met verschillende opdrachten aan de slag gaat, het begint met waarnemen en registreren; hoe gaat het kind op met de gestelde opdracht. Specifieke kenmerken: het productieproces is zichtbaar en het eindresultaat is zichtbaar, maar ook tastbaar, veranderbaar.

* Mate van samenwerking: alles samen, om de beurt samen, alles alleen, hulp op afroep
* Mate van fantasie of concreet denken / behoefte aan voorbeelden of alles zelf verzinnen? Blijft het bij het onderwerp, dwaalt et af, gaat het op hol?
* Praktische uitwerking; kan een kind plannen, denkt het eerst na en gaat het dan doen of handelt het meteen, handelt het impulsief, handelt het constructief
* Tav gevoel: kan het kind met hulpmiddelen als een gevoelsklok uitdrukking geven aan gevoel, is er bij herhaling variatie zichtbaar in het actuele gevoel? Kent en herkent het kind basis gevoelens op plaatjes? Kan het voorbeelden tekenen bij zijn eigen gevoel hiërarchie wat hem boos/ bang etc maakt? In welke mate is er sprake van (doorleefde)expressie? Of alleen schematisch/ cerebraal?

**4. Welke mediumspecifieke en niet medium specifieke observatie instrumenten zijn geschikt om in de beeldende therapie een bijdrage te leveren aan de diagnostiek.**

**Medium**; Je ziet alles voor je gebeuren, het materiaal gebruik, hoe er wordt omgegaan.

Voornamelijk bij autisme en ontwikkelingsstoornissen is het materiaal enorm goed bruikbaar.

**Niet medium**; De interpersoonlijke dingen; begint al in de wachtkamer, hoe iemand mij gedag zegt, of een cliënt mij aankijkt. Ook wat de parallel is tussen hoe een cliënt elders is en binnen een beeldende setting. Dit lok ik ook uit zodra ik weet wat er speelt buiten de therapie en het gedrag van de cliënt, dan probeer ik binnen deze setting dit gedrag uit te lokken en te kijken waar dit door kan komen, dit is ook voor de ouders ontzettend interessant natuurlijk.

Ook hoe cliënten zich verhouden naar ruimte, tijdsdruk en het moeten stoppen, etc.

Hoe reageren ze op mij?

1. **Welke interventies pleegt u als beeldend therapeut in een diagnostische fase van de behandeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie?**

* Ik ben gestructureerd in de voorwaarden van de therapie: we beginnen zo laat, we eindigen zo laat. We ruimen samen op en vertellen terug aan ouders. Ik bedenk en geef opdrachten. Daarbinnen geef ik het kind ruimte om op zijn eigen manier te reageren op de opdracht. Ik ben wel directief aanwezig, ik geef het kind terug waar relevant terug wat ik zie en herhaal evt. de opdracht. Interventies die nodig zijn registreer ik ook, bijv. mate van hulp of het niet vragen van hulp. Ik laat het kind niet zwemmen, de therapiesituatie moet geen onnodig negatieve ervaring zijn, die hebben de meeste kinderen al genoeg, ik zal altijd positief eindigen, bijv door het kind te bedanken voor zijn inzet.

**6. Welke beeldende werkvormen (eventueel enkele voorbeelden) zet u als beeldend therapeut in binnen een diagnostische fase van de kinder- en jeugdpsychiatrie in en waarom? Nog specifiek materiaalgebruik en zo ja waarom?**

- Samen spiegelmandala tekenen – om de beurt elkaar natekenen, is kind alert op beurtwisseling? Waar zit het kind qua vormgeving, “sporen”in de zin van lijnen en vormen, figuratief, concreet of fantasie, symboliek? In staat tot natekenen? Mate van frustratietolerantie

- samen tekenen met reuzenpotlood, eerst om de beurt fruitschaal met fruit, raden wat je tekent, dan opeens een fantasiewending > samenwerking? Voorkeur voor leiden of volgen rigiditeit voelbaar? Behoefte aan controle? Kan het raden? Kan het zijn werk geheim houden? Geeft het relevante details in zijn tekening kan het switchen van concreet naar iets dat niet past (fantasie)? Toont het gevoel voor het spel element?

- knutselen met een theedoos: zelfstandige knutselopdracht. Heeft het idee wat je van een theedoos kan maken? Concreet of fantasie behoud het de vorm of kan het volgens plan vorm veranderen? Vraagt het hulp, in welke mate loopt het vast? Afstemming op andere materialen, hoeveelheid lijm, maten nemen bij papier, kan het inschatten wat een goede werkvolgorde is? Kan het combineren? Tijdswaarneming?

- voorgestructureerde gevoelstekeningen

- evt. kunstkaarten kiezen

- sociogram in 3 D maken met rolletjes papier

**7. Welke doelen streeft u na in een diagnostische fase van de behandeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie?**

> kindfactoren beschrijven die mogelijk passen binnen een diagnose of het probleemgedrag inzichtelijker maken waardoor een behandeladvies beter te geven is. Zicht krijgen op welke gebieden het kind ondersteuning nodig heeft > werkzame ingrediënten in de opvoeding of begeleiding zichtbaar maken (en alvast wat uitproberen in de sessies).

**8. Kunt u nog iets vertellen over de therapeutische houding die u belangrijk vindt binnen een diagnostische fase van de kinder- en jeugdpsychiatrie en waarom u hiervoor kiest?**

Ik ben altijd directief, ook in de diagnostische fase. Ik laat een kind nooit zwemmen of door de mand vallen. In toon me accepterend en uitnodigend zodat het kind zich kan laten zien in hoe het zich mogelijk ook thuis of op school gedraagt maar ben wel duidelijk in de therapievoorwaarden: zo werken we en dit verwacht ik van je. In de diagnostiekfase probeer ik ook al de eerste interventies uit.

**9. Welke beeldende methodieken vind u aansluiten/ of maakt u gebruik van binnen de diagnostische fase van de kinder- en jeugdpsychiatrie?**

Analoge procesmodel (beschreven door Smeijsters) en ook “interactief” en gegevens uit de “gezins creatieve therapie”, deze laatste zijn beiden ontwikkeld en beschreven door Frans Beelen.

**10. Hoe is het om binnen een multidisciplinair team te werken rondom diagnostiek en wat voegt dit eventueel toe?**

Het praktische, non verbale aspect is een krachtige aanvulling naast alle verbaal verkregen informatie. Zeggen en doen blijkt in praktijk zelden hetzelfde.

**Dossier:**

Door ervaring lees ik steeds minder vaak een dossier. Ik word wel altijd ingepraat, maar vaak weet ik dit niet goed meer op t moment dat ik de cliënt voor me heb, door de drukte en de vele cliënten. Soms lees ik mij in en maak al een behandelplan vooraf, soms gaandeweg.

**Rondom veranderingen diagnostiek;**

Per 1 januari verplicht om de hoofdbehandelaar voor 70 procent te laten behandelen,

Beeldende therapie krijgt nog maar 30 %.

Kinderen komen via de tweedelijn binnen voor diagnostiek, en dat valt onder die 30 procent dus daarom nog weinig veranderingen zichtbaar, behalve wat vaste regels voor zorgverzekeraars.

Ik werk nu binnen een kleine polikliniek en alles wordt individueel gedaan, niet in groepsverband, dit heeft vooral voordelen als dat ik binnen kortere tijd meer kan inzoomen op t kind en de diagnostiek kan inzetten. Alleen mis je bij individueel de interactie van een groep.

**Bijlage 3 Voorbeeld interview met multidisciplinair teamlid van Fornhese Ermelo**

***Interview met Marit Bierman***

**Wat is uw achtergrond en hoe bent u hier terecht gekomen?**

Ik ben psycholoog, ik heb psychologie gestudeerd. Daarna kun je nog allerlei vervolg opleidingen doen. Als je binnen de GGZ gaat werken, moet dat ook. Dat betekend dat je eerst nog een 2 jarige opleiding hebt tot GGZ-psycholoog en daarna kun je nog de specialisten opleiding doen van vier jaar.

**En dat heeft u ook allemaal gedaan?**

Ja, dus ik ben zelf specialist klinisch hulp psycholoog, dat is mijn achtergrond. Vanaf dat je die centrale opleiding doet, dan werk je en doe je de opleiding tegelijkertijd. Mijn specialisatie is de neuropsychologie, bij heel veel psychiatrische stoornissen is er natuurlijk de link met de werking van het brein. Als psycholoog ben je vooral geïnteresseerd in wat is het gevolg daarvan voor het gedrag van de mensen en het dus te koppelen aan het cognitief functioneren van mensen. Zeker bij ADD weten we dat het heel veel aandachtsproblemen met zich mee brengt. Maar we weten ook bij mensen met een psychose dat dit een verval van cognitieve vermogens met zich mee kan brengen. Veel traagheid, veel ordeningsproblemen, dus vanuit dat kader. Dus daar is dan mijn studie op gericht. Wat ik hier doe op de kliniek is vooral die psychodiagnostiek, het psychologisch onderzoek als bijdrage aan het complete diagnostische beeld. Dat kan bestaan uit intelligentieonderzoek, zodat je het globale niveau van iemand komt te weten. Maar je bent natuurlijk veel meer geïnteresseerd in die specifieke informatie wetenswaardigheden zoals ze dat noemen, dus dat vul je dan vaak ook aan met neuropsychologisch onderzoek en persoonlijkheidsonderzoek. Omdat zeker bij de jongeren die worden opgenomen, die zitten nog volop in hun ontwikkeling van identiteit en persoonlijkheid, dat soort dingen. Ik bedoel, naast dat je opzoek gaat naar de stoornis, wil je natuurlijk ook opzoek gaan naar de kracht van mensen. Waar hebben ze veel moeite mee met wat ze kunnen begrijpen en verwerken aan informatie. Maar waar ligt ook de kracht aan coping vaardigheden bijvoorbeeld.

**Hoe lang bent u al werkzaam bij Fornhese?**

Vanaf half maart, nog niet zo heel erg lang. De doelen die ik hier heb is dus vooral met name die psychodiagnostiek hier opzetten. Vanuit de beeldende therapie word natuurlijk het één en ander gedaan. Er word psychiatrisch onderzoek gedaan en er word natuurlijk heel veel soorten onderzoek gedaan. De psychodiagnostiek die werd al wel gedaan, maar die moest op een ander manier eigenlijk ingebed gaan worden binnen de zorg. En zoals binnen de kliniek moest dat ook veel meer binnen die zes weeks diagnostiek opname ingevoegd gaan worden. Maar ook meer hier op de poli's moet het gewoon veel meer onderdeel gaan worden van de diagnostiek als die worden uitgezet. Dus dat moet logistiek, zoals het proces gaat als inhoudelijk moet dat nog een verbeterblad gaan maken. Dat is één van de opdrachten die ik hier heb.

**Heeft u altijd bij de kinder- en jeugd gewerkt?**

Ja ik heb altijd binnen kinder- en jeugdpsychiatrie gewerkt. Hiervoor heb ik bij het UMC gewerkt ook bij kinder- en jeugdpsychiatrie. Dus het is wel idd mijn specialisatie.

**Hoe bent u daarin terecht gekomen?**

Vanuit mijn stage, ik heb stage gelopen in de kinder- en jeugdpsychiatrie en daarna eigenlijk niet meer weg gegaan. En uiteindelijk hier terecht gekomen. Wat ik hier vooral leuk vind is dat je met een multidisciplinair team werkt en dat je bijdrage een onderdeel is van het grotere geheel. Ik vind het ook belangrijk dat, ook al draag je dit deel bij, je ook snapt hoe dit deel zich verhoud tot de rest. Dat je ook binnen je behandeling veel meer verschillende opties hebt. Dat je ook gaat kijken wat past nou bij iemand. Ook het samenwerken, we doen psychologische behandelingen, we doen bv cognitieve gedragstherapieën die ook samenwerken met de vaktherapeuten, dat is ook een goeie combinatie om te doen. Daarnaast vind ik ook de complexiteit van de diagnostiek interessant, omdat je op al die verschillende lagen moet nadenken en moet kijken wat er aan de hand is. Waarom is nou eerdere behandeling niet geslaagd? Hoe kunnen we dat begrijpen? En wat betekend dat voor de toekomst? Wat dat betreft heb ik ook meer met de complexe problematiek.

**Bent u ook al vanaf het begin bij de intake met het onderzoek, of echt gedurende de periode dat daar vraag naar is?**

Ik ben daar niet vanaf het begin bij, maar daar komt waarschijnlijk wel verandering in de komende tijd. Maar zoals dat nu gebeurd is dat de sturend behandelaar, zoals in dit geval de arts assistent een aanvraag doet voor een psychologisch onderzoek en dan in overleg met diegene bepalen we dan de inhoud van de vraag. Wat willen ze nou precies weten en waarvoor dient het. Dan doen wij het psychologisch onderzoek met een collega, een psychodiagnostisch medewerker, die voert echt het test onderzoek uit. Ik doe een deel van het onderzoek en heb altijd een anamnese met de patiënt. Uiteindelijk doen wij de bijdrage in de diagnostische bespreking. Eigenlijk vind daarna ook altijd een losse afspraak met de patiënt plaats, omdat het vaak zoveel informatie geeft. Maar als je alle diagnostiek terugkoppelt er zoveel word verteld, dat je helemaal geen ruimte voor hebt. Dus doen we vaak een tweede advies.

**Dus na die testen krijgen ze niet meteen informatie terug?**

Nee want je hebt nog niet gescoord.

Wat we dan moeten doen is, je moet allerlei vragenlijsten in gaan vullen en gaan scoren. Vervolgens moet je gaan kijken; wat komt daar eigenlijk uit?

Kunnen we dat snappen en dan kun je het pas terugkoppelen aan de patiënt.

**Dus het is pas het tweede advies gesprek dat dit terugkomt?**

Ja maar in de diagnostiek bespreking voeg je dat al in, in de vergadering voor het complete diagnostische beeld. Vooral voor de beschrijvende diagnose.

**Tot nu toe heb je ook een deeltje meegekregen met vaktherapeuten, hoe vond je die samenwerking?**

Ja heel prettig. Wat het leuke is, is dat je allemaal vanuit je eigen vakgebied en eigen visie kijkt naar de patiënten, maar ook je eigen methodieken. Wat je vaak ziet is dat je tot hetzelfde komt, maar dan vanuit je eigen manier van werken. Maar dat het natuurlijk ook heel veel inzicht kan geven, als ik bijvoorbeeld iets vind en als vaktherapeut vind je ook iets, dat je heel goed kunt begrijpen waarom je dat allebei hebt gevonden. Dus dat samenvoegen van informatie heel veel zegt en wij doen natuurlijk ook veel werken, dus ze hoeven niet bij alle taken heel veel te praten. Dat hoort natuurlijk ook bij vaktherapie, dus je kan kijken naar de profielen van mensen, wat bij iemand past bij ze. Dus ik vind het wel prettig, dat je ook vanuit een andere methodiek daarnaar kijkt en beter begrijpt vanuit je psychologische onderzoeken waarom al die vaktherapieën al dan niet lopen en andersom. Met de psychodiagnostiek breng je de individu zelf in kaart met al zijn vermogens en onvermogend. Er was op een gegeven moment een jongen die weerstand opriep bij één van de vaktherapeuten. Hij deed niet mee, hij sondeerde zich de hele tijd af. Is dat nou onwil of is dat nou onvermogen, dat was even een beetje dubbel. Toen bleek uit het psychologisch onderzoek dat het een jongen was die heel zwak geïntegreerd was. Dus die jongen werd zo overspoeld, dat we ook beter konden snappen bij vaktherapieën, dat was in dit geval PMT, in een ruimte met allemaal andere mensen, dat was gewoon teveel dus die jongen ging gewoon letterlijk tegen de muur staan en maar blijven kijken omdat het gewoon teveel is.

**En over beeldende therapie specifiek heb je het idee dat het een bijdrage kan leveren?**

Ja, dat denk ik wel. Ik heb op mijn vorige werk ook samengewerkt met een beeldend therapeut, een collega dus van jou. Ik weet dat zij ook zo zoekende was, net als jij, naar op welke manier kunnen we daar nou iets gestructureerd ons werk vormgeven om een expliciete bijdrage te leveren, om ook iets te kunnen zeggen daarover. Wat ik aan haar heel prettig vond is dat ze wel een heel duidelijk doel had van wat ze deed, welke thematiek ze aanbracht. Haar expertise zat natuurlijk in, hoe je met die beeldende therapie omgaat qua inhoud en materialen, wat dan ook. Voor de diagnostiek van de behandeling was dat heel prettig. Ik denk dat het wel een moeilijk vak is om uiteindelijk wat meer gestructureerd te maken. Omdat het wel heel veel vrijheid kent, maar daar kan je volgens mij best wel wat mee. In onze psychodiagnostiek gebruiken we ook veel productief materiaal. Dan mogen mensen bij afbeeldingen verhalen bedenken, dat geeft vrijheid maar wordt wel gestuurd vanuit een theoretisch kader. Ik kan mij voorstellen dat dit bij jullie ook is.

En als je dat goed gebruikt dan is het natuurlijk een hele mooie bijdrage.

**Heeft u nog vragen aan mij?**

Ik vraag mij nog af hoeveel er bekent is over de bijdrage van beeldende therapie bij de diagnostiek. Het word gebruikt als interventie, in het kader van de behandeling, maar hoever zijn jullie nu als het gaat om diagnostiek.

**Er is weinig evidence based, veel praktijk onderzoek, maar niets is vastgelegd. Het enige wat wel evidence based is, is DDS. Veel therapeuten zijn hiermee bezig juist omdat het evidence based is. In het traject van zes weken geven ze dan deze opdracht zodat ze aan de hand daarvan werkvormen geven om dan nog specifieker te kunnen kijken.**

**Ja het is lastig, er schijnt vanuit de praktijk veel bekend is maar dat het niet echt bewezen is, terwijl dat wel is waar ze nu om vragen, dus dat is het lastige.**

Ik heb hele goeie ervaringen van BT bij bipolaire jongeren gezien, dat werkte supergoed. Vooral jonge meiden met manische en depressieve episodes waar bij ze vooral in de manische periodes in een psychose konden raken wat zo ontwrichtend werkt. Wat heel leuk was dat heel veel van de thema's die ze zijn tegengekomen in die episodes, de verwarring, de gevoelens etc goed konden worden gethematiseerd en verwerkt in de beeldende therapie. Voor de identiteit was dat een hele belangrijke. Er kwamen ook erg bijzondere kunstwerken uit.

Ik denk dat de BT voor bepaalde doelgroepen erg goed werkt.

**Bijlage 4 Geïnventariseerde werkwijzen bij observatie en diagnostiek[[59]](#footnote-57)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Therapeut | Doelgroep | Aantal obs. sessies | Doel  Zicht krijgen op: | Standaard of indicatie | Werkwijze |
| De Bruyn  (2007)  beeldend | Psychiatrisch kinder-en jeugd ziekenhuis  Gezinsdiagnostiek bij adolescenten | 1 gezin | Doelstelling wordt afgestemd op hypothese van gezinstherapeut. Het betreft observatiedoelen omtrent gezinsdynamiek. | standaard | Gezin maakt gezamenlijk meerkoppig dier. |
| De Bruyn  (2007)  beeldend | Psychiatrisch kinder-en jeugd ziekenhuis  Afdeling kinderen | onbekend | Onbekend | Op indicatie | onbekend |
| Elinor Ulman (1992)  beeldend | Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis  Grote variëteit aan patiënten | 1 I | Snelle, efficiënte accumulatie van diagnostische informatie | Op indicatie (maar bijna alle patiënten krijgen indicatie) | Met standaard set van materialen. vier beelden maken. De 4 opdrachten zijn:  Opdracht 1: maak alsjeblieft van deze materialen een beeld.  Opdracht 2a: bewegingen in de lucht maken  Opdracht 2b: bewegingen op papier maken  Opdracht 3: Ritmische scribble met ogen dicht  Opdracht 4: client mag kiezen tussen scribble of leeg papier |

1. Rubin (2003), blz. 83 [↑](#footnote-ref--1)
2. http://www.ggzrichtlijnen.nl [↑](#footnote-ref-0)
3. Nafzger (1999) [↑](#footnote-ref-1)
4. Smeijsters (2008), blz. 25. [↑](#footnote-ref-2)
5. Hutschemaekers (1996) [↑](#footnote-ref-3)
6. Smeijsters (2003), blz. 25. [↑](#footnote-ref-4)
7. http://www.ggzrichtlijnen.nl [↑](#footnote-ref-5)
8. Taken (2009), blz. 18. [↑](#footnote-ref-6)
9. Taken (2009) [↑](#footnote-ref-7)
10. Haan (2008) [↑](#footnote-ref-8)
11. Fikke (2012) [↑](#footnote-ref-9)
12. Baarda (2006), blz.15 [↑](#footnote-ref-10)
13. Migchelbrinck (2010), blz. 19 [↑](#footnote-ref-11)
14. Baarda (2006), blz. 51 [↑](#footnote-ref-12)
15. Migchelbrink (2010), blz. 89. [↑](#footnote-ref-13)
16. Baarda (2012), blz. 19-20. [↑](#footnote-ref-14)
17. Migchelbrink (2010), blz. 208-209. [↑](#footnote-ref-15)
18. Migchelbrink (2010), blz. 89. [↑](#footnote-ref-16)
19. Migchelbrink (2010), blz. 94. [↑](#footnote-ref-17)
20. Baarda (2006), blz. 14. [↑](#footnote-ref-18)
21. Smeijsters (2005), blz. 54. [↑](#footnote-ref-19)
22. Migchelbrink (2006), blz. 26. [↑](#footnote-ref-20)
23. Migchelbrink (2006), blz. 26-27. [↑](#footnote-ref-21)
24. Migchelbrink (2006), blz. 129-130 [↑](#footnote-ref-22)
25. www.trimbos.nl [↑](#footnote-ref-23)
26. Verheij (2007), blz. 429 [↑](#footnote-ref-24)
27. Verheij (2007), blz. 431 [↑](#footnote-ref-25)
28. <http://netwerk-kjp.nl/organisatie/> [↑](#footnote-ref-26)
29. <http://www.ggzrichtlijnen.nl> [↑](#footnote-ref-27)
30. Schweizer (2009), blz. 150. [↑](#footnote-ref-28)
31. Schweizer (2009), blz. 150-151. [↑](#footnote-ref-29)
32. Smeijsters (2008), blz. 25. [↑](#footnote-ref-30)
33. Smeijsters (2008), blz. 261. [↑](#footnote-ref-31)
34. Fikke (2012), blz. 1. [↑](#footnote-ref-32)
35. Schweizer (2009), blz. 151-152. [↑](#footnote-ref-33)
36. Smeijsters (2008), blz. 229. [↑](#footnote-ref-34)
37. Foks-Appelman (2005), blz. 28. [↑](#footnote-ref-35)
38. Smeijsters (2008), blz. 261. [↑](#footnote-ref-36)
39. [www.beeldendetherapie.org](http://www.beeldendetherapie.org) [↑](#footnote-ref-37)
40. Smeijsters (2008), blz. 262. [↑](#footnote-ref-38)
41. Fikke (2012), blz. 1. [↑](#footnote-ref-39)
42. Fikke (2012), blz. 1. [↑](#footnote-ref-40)
43. Schweizer (2009), blz. 190-191. [↑](#footnote-ref-41)
44. Schweizer (2009), blz. 191. [↑](#footnote-ref-42)
45. Schweizer (2009), blz. 193. [↑](#footnote-ref-43)
46. Krantz (2006), blz. 26-30. [↑](#footnote-ref-44)
47. Schweizer (2009), blz. 193-194. [↑](#footnote-ref-45)
48. Fikke (2012), blz. 3. [↑](#footnote-ref-46)
49. Claeys (2008/2009), blz. 16. [↑](#footnote-ref-47)
50. http://www.beeldende-therapie.nl [↑](#footnote-ref-48)
51. Fikke (2012), blz. 3. [↑](#footnote-ref-49)
52. Schweizer, 229-265. [↑](#footnote-ref-50)
53. Gitlin (1995), blz. 97-160. [↑](#footnote-ref-51)
54. Cane (1983). [↑](#footnote-ref-52)
55. Haeyen (2007). [↑](#footnote-ref-53)
56. Rubin (2001), blz. 29. [↑](#footnote-ref-54)
57. [www.ggzcentraal.nl](http://www.ggzcentraal.nl) [↑](#footnote-ref-55)
58. Verheij (2007), blz. 431. [↑](#footnote-ref-56)
59. Taken, F & Tilborghs, E. (2009) [↑](#footnote-ref-57)