

Transdiagnostisch werken binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend

Een kwalitatief onderzoek naar op welke wijze de transdiagnostische factoren ingezet kunnen worden binnen Affectregulerende Vaktherapie Beeldend.

In 2016 is de module Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) beschreven door een groep beeldend therapeuten. De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en de Commissie Product- en Moduleontwikkeling (CPMO) hebben de module geaccordeerd en opgenomen in de databank van de FVB. Momenteel is het FVB Kennisnetwerk ArVT bezig met het schrijven van een kunstdiscipline-overstijgend en transdiagnostisch brede omschrijving van de methode in de vorm van een handboek ArVT, waarin de methode omschreven wordt met aansluitend een werkvormenboek per kunstdiscipline. De ArVT omschrijft zichzelf als transdiagnostisch met een werkwijze waarbij diverse diagnose overstijgende symptomen aan bod komen. Er is echter nog geen onderbouwing voor deze transdiagnostische werkwijze. In dit onderzoek is geanalyseerd op welke wijze de transdiagnostische factoren (TDF's) ingezet kunnen worden binnen de ArVTb, gericht op het beeldend aanbod en de therapeutische attitude. Er is voor gekozen om alleen de ArVTb met de TDF's nader te onderzoeken om een gerichte focus met kunstdiscipline te houden.

Inge Moerenhout

Inleiding

Zoals het Zorginstituut Nederland (2015) omschrijft is het van belang dat er binnen vaktherapie onderzoek gedaan wordt. Zorgverzekeraars zijn kritisch en willen onderzoekresultaten zien van de effecten van vaktherapie. De ArVTb is een methode die woorden geeft aan de werkwijze van beeldend therapeuten en hierin een gemeenschappelijke taal creëert. Beeldend therapeuten benoemen in het onderzoek: “De ArVTb verwoordt eigenlijk al wat ik aan het doen was met de cliënt.” Hierin is het belangrijk dat er onderbouwing komt voor de transdiagnostische werkwijze binnen de ArVTb. Onderbouwing is noodzakelijk voor zorgverzekeraars en kan de therapeutische behandeling effectiever maken.

In dit artikel:

- Een omschrijving van de ArVTb.
- Een omschrijving van de TDF's volgens de generieke module.
- Op welke wijze de TDF's ingezet kunnen worden binnen de ArVTb gericht op de therapeutische attitude en het beeldend aanbod.

Affectregulerende vaktherapie beeldend

ArVTb is een methode die ontwikkeld is voor kinderen van 4 tot en met 12 jaar met problematische gehechtheid ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen. De methode richt zich op het reguleren van affecten, aandacht en emoties door te werken met beeldende materialen. Affecten zijn de interne spanningen en de niet-afleesbare onbewuste gevoelens en emoties zijn de zichtbare gevoelens. Het reguleren gebeurt in drie fasen: de spanningsregulatie fase, de aandachtsregulatie fase en de affectregulatie fase.

Het is belangrijk dat er onderbouwing komt voor de transdiagnostische werkwijze binnen de ArVTb.

Het hele proces binnen de module heet affectregulatie, omdat onderliggende spanningen en gevoelens, die affecten genoemd worden, het uitgangspunt zijn van de interventies. Het hoofddoel is de toename van gehechtheidsgedrag en de afname van gedrags- en emotionele problemen. Subdoelen hierbij zijn bijvoorbeeld dat het kind in staat is de opvoeder als bron van troost en ontspanning te ervaren, het kind zijn gevoelens kan (laten) reguleren en het sociaal functioneren verbeterd wordt (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).



Kinderen werken met verschillende beeldende materialen binnen de affectregulerende vaktherapie beeldend.

Spanningsregulatie fase

In deze fase is de beeldend therapeut gericht op het reguleren van de spanningen van het kind. De beeldend therapeut stemt hiervoor de werkvormen en het materiaal af op de behoefte van de cliënt, zodat het kind zich aangemoedigd voelt om aan het werk te gaan en positieve ervaringen op te doen. Als het kind in staat is om hulp en sturing van de therapeut te verdragen en dit leidt tot een ontspannen houding, kan het kind overgaan naar fase 2 (Van der Ende, Van der Vlught, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

Aandachtsregulatie fase

Binnen deze fase wordt het kind de mogelijkheid geboden zijn of haar aandacht ergens op te richten, vast te houden of te verdelen. Het is de bedoeling dat het kind zijn of haar omgeving ontdekt en lichamelijk betrokken raakt bij het werken met de materialen. De therapeut doet mee met het kind en verwoordt wat het kind ziet, hoort, ruikt en voelt zodat de sensopatische beleving en de fysieke betrokkenheid vergroot worden (Van der Ende, Van der Vlught, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

Affectregulatie fase

Deze fase bestaat uit meerdere stappen. Het kind leert herkennen wat hij of zij voelt in het beeldend werken en herkent het kind zelf wat hij of zij op dat moment beleeft. Het kind gaat hierbij de verschillende gradaties van spanningen, gevoelens en emoties onderscheiden en wordt gestimuleerd dit te verwoorden. Hierbij neemt positieve wederkerige interactie toe, zoals initiatief nemen en uitnodigen tot samenwerken. Het is van belang

dat het kind het verschil gaat herkennen tussen ik en de ander, wat mentaliseren genoemd wordt. Dit wordt bevorderd doordat de beeldend therapeut de techniek gelijke en gemarkeerde spiegeling¹ inzet (Van der Ende, Van der Vlught, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

Waar werkt de ArVTb aan?

De ArVTb werkt in deze fasen aan verschillende symptomen en probleemgebieden van de cliënt. Het verminderen van problematische gehechtheid staat voorop. Dit uit zich vaak in emotieregulatie problemen, wat zowel internaliserend als externaliserend kan zijn. Problemen in de spanningsregulatie kunnen ook een gevolg zijn van de problematische gehechtheid van het kind. Als een ouder de spanning(en) van een kind niet wist te verlagen heeft een kind ook niet geleerd hoe hij of zij dit zelf moet reguleren. Binnen de ArVTb leert het kind dit doordat de beeldend therapeut een coregulator is en zo de spanningen probeert te reguleren (Meurs, Vliegen, Emde, Oforsky, & Butterfiel, 2008). Vanaf fase 2 maakt het kind een begin met aandachtsregulatie en mentaliseren. Het kind leert de aandacht richten en zichzelf en de ander opmerken, waardoor het kind ook impulsen leert reguleren. Door de interactie die ontstaat tussen therapeut en het kind wordt sociale interactie bevorderd en neemt de sociale vaardigheid toe. (Verfaillie, 2011; Van der Ende, Van der Vlught, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). De ArVTb wordt hiernaast ingezet bij kinderen met een licht verstandelijke beperking, een autismespectrumstoornis of een vroeg kinderlijk trauma.

Transdiagnostische factoren

De ArVTb omschrijft dat ze transdiagnostisch te werk gaan. Maar is dit ook echt zo? Om te kunnen bepalen of de methode transdiagnostisch is en op welke wijze, is het eerst van belang de TDF's te bespreken. TDF's bieden een gemeenschappelijke taal voor diagnose-overstijgende symptomen (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het begrip transdiagnostisch betekent een rol spelend bij verschillende psychiatrische aandoeningen. TDF's bieden een dieper perspectief waarbij wordt gekeken naar de dezelfde onderliggende genetische, neurobiologische en psychologische mechanismen die kunnen leiden tot een psychiatrische aandoening. Zo kunnen bijvoorbeeld bij zowel depressie als een angststoornis dezelfde symptomen naar voren komen in de behandeling. Dan is het efficiënter om naar deze symptomen (de transdiagnostische factor) te kijken en niet naar de DSM-5 diagnose. Het gaat namelijk niet om het effect van een methode op de stoornis, maar het effect ervan op de ervaring die de cliënt heeft van zijn of haar problemen (Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014; GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Van den Bos & Meijnckens, 2017).

Transdiagnostische factoren bieden een gemeenschappelijke taal voor diagnose-overstijgende symptomen.

De TDF's worden steeds bekender onder vaktherapeuten. Vaktherapeuten zijn eigenlijk al gewend om in transdiagnostische termen te praten. Ze werken tegenwoordig meer cliëntgericht: wat roept het aanbod momenteel op? Welke gedragingen /emoties komen naar voren? De vaktherapeut is minder gericht op de DSM-5 diagnose en meer op de cliënt en het zichtbare gedrag. De nadruk ligt op het herstel van de gezondheid in plaats van het tegengaan van symptomen van de ziekte/stoornis (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Cliënten praten eerder over klachten die ze ondervinden dan de stoornis of diagnose die ze hebben. Hier sluiten beeldende therapie en de ArVTb goed bij aan. De ArVTb is een ervaringsgerichte methode waar doen en ervaren vooropstaat. Wat voelt de cliënt bij het materiaal? Welke materialen vindt de cliënt fijn en welke niet? Er wordt gericht naar de cliënt gekeken en eigenlijk niet of nauwelijks naar een DSM-5 diagnose.

Transdiagnostische factoren volgens de Generieke module Vaktherapie

Vaktherapie heeft een Generieke module waarin gemeenschappelijke kenmerken van vaktherapie zo goed mogelijk worden omschreven (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014) hebben een boek geschreven met dertien verschillende TDF's. De Generieke module Vaktherapie heeft gekeken hoe deze TDF's samengevoegd konden worden tot kenmerkende TDF's binnen vaktherapie. Hieruit zijn de volgende zeven TDF's gekomen:

- *Arousal*
- *Waarneming*
- *Emotieregulatie*
- *Executieve functies*
- *Regelsystemen*
- *Verlies*
- *Sociaal functioneren/sociale interactie*

Om deze zeven TDF's goed naast de ArVTb te kunnen leggen en te concluderen op welke wijze ze ingezet kunnen worden binnen de ArVTb, is er gekeken naar overlappende problematiek, therapeutische attitude en het beeldend aanbod.

Arousal

Onder arousal wordt de gevoeligheid voor interne en externe stimuli verstaan. Hieruit kan een te hoog of te laag spanningsniveau ontstaan (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). In de spanningsregulatie fase van de ArVTb wordt eraan gewerkt om dit spanningsniveau weer op een gemiddeld niveau te krijgen (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Hierin ontstaat een duidelijke overlap tussen de transdiagnostische factor arousal en de spanningsregulatiefase van de ArVTb. Aan arousal kan gewerkt worden binnen de ArVTb door zowel de houding als het aanbod aan de cliënt aan te passen. Door beeldende materialen aan te bieden die de cliënt al kent of graag wil gebruiken ontstaat er veiligheid en roept het minder tot geen spanning op. Hierin kan de therapeut het kind spiegelen en matchen², waardoor het kind zich gezien voelt en spanningen omlaaggaan. Op het moment dat er iets misgaat, neemt de therapeut de verantwoordelijkheid voor datgene wat er gebeurt (Nissen & Hensbroek, 2014; Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Kinesthetische materialen doen hierbij een beroep op het uiten van de spanning, door bijvoorbeeld heel hard te krassen.

Waarneming

Onder waarneming vallen waarnemen en gewaarwording. Gewaarwording is de opname van de prikkels uit de omgeving door middel van de zintuigen en de waarneming is het interpreteren en begrijpen van deze gewaarwording (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Gewaarwording heeft een overlap met de aandachtsregulatie fase waar het kind zijn aandacht leert richten, vast te houden en te verdelen (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Deze gerichte aandacht is nodig om jezelf (of de ander) te kunnen waarnemen (Verfaillie, 2011). Aan waarneming kan binnen de ArVTb gewerkt worden door de waarneming van het kind te benoemen: "Wat voelt de klei warm, hè?" Zo wordt de cliënt met gerichte aandacht bewuster van wat hij of zij voelt. Hiervoor kunnen sensopathische materialen ingezet worden (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017). Waarneming kan naast het begrip mentaliseren gelegd worden. Dan gaat het over de waarneming van jezelf en de ander los van jezelf (Verfaillie, 2011). Binnen de ArVTb leert het kind dat er ook een ander in de ruimte is en deze persoon dingen anders kan voelen of doen, wat mentaliseren genoemd wordt. Hieraan kan gewerkt worden door via een mentaliserend bevorderende houding¹ het kind te stimuleren verschillende materialen uit te proberen en te onderzoeken om zo de (verschillende) waarneming en de fysieke ervaring te prikkelen (Haeyen, 2011).



De sensopathische beleving

Emotieregulatie

Emotieregulatie is het vermogen om fysiologische, cognitieve en gedragsmatige reacties op een externe of interne prikkel op te merken, subjectief te benoemen en constructief te uiten, te wijzigen en/of af te wikkelen (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Hierin kan een onderscheid gemaakt worden in emoties en affecten. Affecten zijn lichamelijke reacties die automatisch geuit worden, bijvoorbeeld het rillen van angst. Emoties zijn affecten waarover je hebt leren nadenken (Nicolai, 2018). Affecten en emoties hangen met

elkaar samen; als je vanbinnen je affecten kunt waarnemen worden emoties vanbuiten meer vanzelf gereguleerd. Het aspect affecten kan naast de affectregulatie fase van de ArVTb gelegd worden. In deze fase gaat het kind herkennen wat het voelt in het beeldende werk en leert het kind verschillende gradaties van spanningen, gevoelens (affecten) en emoties onderscheiden en intentioneel betekenis geven (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Bij de transdiagnostische factor emotieregulatie gaat het naast intentioneel betekenis geven ook om subjectief benoemen en constructief uiten (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Zoals hierboven omschreven zorgt het subjectief benoemen en constructief uiten ervoor dat een affect een emotie wordt. In de ArVTb is dit nog niet aan de orde, dit is voor na de ArVTb behandeling. Als er aan het deel van affecten wordt gewerkt binnen de ArVTb kan de therapeut verwoorden wat het ziet als het gaat om de affecten. Hierbij sluit de therapeut aan bij de behoefte van de cliënt, ook met het materiaal (Verfaillie, 2011; Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Onderzoek wijst echter uit dat lichaamsgerichte opdrachten meer emoties kunnen oproepen en verschillende materialen de cliënt de mogelijkheid bieden het verschil tussen affecten en emoties op te merken (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017).

Executieve functies

Onder executieve functies valt de mentale capaciteit die noodzakelijk is voor het formuleren van doelen, het plannen hoe deze doelen bereikt kunnen worden en het effectief uitvoeren van activiteiten om ze te bereiken. Hiervoor is het richten en vasthouden van aandacht, impulscontrole en zelfregulatie, een goed werkgeheugen, mentale flexibiliteit en zelfreflectie nodig (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Als we de ArVTb bekijken kunnen de deelaspecten het richten van de aandacht en impulsen en zelfregulatie naast de ArVTb gelegd worden. Binnen de ArVTb wordt namelijk in fase 2 gewerkt aan het richten en vasthouden van de aandacht. Hier kan aan gewerkt worden door het inzetten van sensopathische materialen. Dit doet een appèl op het voelen en beleven van het materiaal, waar gerichte aandacht voor nodig is (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017; Verfaillie, 2011). Impulscontrole is een onderdeel van zelfregulatie waar pas aan gewerkt kan worden als de aandacht van het kind

gericht is. Als je meer aandacht hebt voor jezelf en je eigen gevoel, kunnen impulsen ook meer opgemerkt worden (Shanker & Barker, 2016). Aan zelfregulatie wordt pas gewerkt aan het einde van de aandachtsregulatie fase en in de affectregulatie fase. Om het gedrag van het kind te reguleren zet de therapeut zichzelf in als coregulator. De therapeut probeert zo (samen) met de cliënt te kijken hoe gedrag gereguleerd kan worden (Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010; Verfaillie, 2011). Het beeldende aanbod wordt improviserend ingezet, zodat het kind leert omgaan met verschillende impulsen.

Regelsystemen

Onder regelsystemen worden de systemen verstaan die ten grondslag liggen aan het activeren van neurale systemen afgestemd op verschillende situaties. Deze zijn voorzien in de juiste homeostatische regulering van de energiehuishouding en slaap (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). De ArVTb werkt hier niet expliciet aan. Wel kan er gezegd worden dat je als externe stressregulator de regelsystemen kalm probeert te houden binnen de ArVTb. Echter blijkt uit onderzoek dat er niet genoeg onderbouwing is om te kunnen concluderen dat de TDF regelsystemen ingezet kan worden binnen de ArVTb.

Verlies

Onder verlies valt de verandering van de levenssituatie van de cliënt die een gevolg is van een ontstaan tekort of gebrek aan een belangrijk motiverend voorwerp of motiverende situatie (GGZ Kwaliteitsontwikkeling, 2017). De ArVTb werkt hier niet expliciet aan. Wel kan er gezegd worden dat verlieservaringen naar voren kunnen komen door een ArVTb traject in te zetten. In de ArVTb behandeling kan ervoor gekozen worden een korte zijweg te nemen en de problematiek rondom de verlieservaring te behandelen. Echter is het efficiënter om een gerichte behandeling na de ArVTb in te zetten. Het is mogelijk dat hier de cognitie voor bevraagd wordt wat de ArVTb niet omdat het een ervaringsgerichte methode is.

Sociaal functioneren/sociale interactie

Hieronder valt het vermogen om interpersoonlijke relaties aan te gaan en te onderhouden, waarbij op een adequate manier autonomie wordt gehandhaafd en andermans persoonlijke grenzen worden geaccepteerd (GGZ Kwaliteitsontwikkeling,

2017). Binnen de ArVTb is het een doel dat het kind sociaal beter functioneert omdat het zijn emoties kan reguleren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de ArVTb het sociaal functioneren bevordert (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Binnen de ArVTb kan hieraan gewerkt worden door samen te werken met de cliënt en het mentaliserend vermogen te bevorderen waardoor het kind niet alleen meer zichzelf ziet maar ook de beeldend therapeut (Verfaillie, 2011). De therapeut zet een houding in waar spiegelen en matches centraal staan zodat de cliënt zich gezien voelt. De verschillende materiaalbelevingen benadrukken de verschillende vormen van interactie.

Classificeren

De voorkomende TDF's binnen de ArVTb: arousal, emotieregulatie, executieve functies, waarneming en sociaal functioneren/sociale interactie kunnen geclassificeerd worden. Binnen de ArVTb kun je niet aan fase twee werken als fase een niet doorlopen is. Uit onderzoek is gebleken dat het zo ook met de TDF's is; je kan niet aan bepaalde factoren werken als andere factoren niet in orde zijn. Hier kan het volgende over gezegd worden: het is van belang dat spanningen (*arousal*) gereguleerd zijn om vervolgens de aandacht te kunnen richten. Als een kind zijn aandacht kan richten is het ook in staat om te kunnen *waarnemen*. Dit staat in één lijn met de waarneming van eigen affecten en emoties (*emotieregulatie*). Hierin is het van belang dat je eerst je binnenwereld voelt (affect) voordat je iets aan de buitenkant kunt veranderen (emoties).

Je kan niet aan bepaalde transdiagnostische factoren werken als andere niet in orde zijn.

Het vermogen om zintuigelijke informatie op te nemen en te verwerken (*waarnemen*) is voorwaardelijk aan het werken aan impulsiviteit en zelfregulatie (*executieve functies*). Als affecten en emoties meer onder controle zijn, zal het *sociaal functioneren* verbeteren.

Toelichting aan de hand van een casus

Kees is een jongen van 12 jaar die thuis en op school verschillende emotionele uitbarstingen kan hebben. Kees kan uit het niets heel verdrietig of heel boos worden. Kees wordt aangemeld bij een beeldend therapeut met de hulpvraag of er iets gedaan kan worden aan deze emotionele uitbarstingen. De beeldend therapeut observeert in

de eerste sessie dat Kees veel spanningen ervaart. Kees verstopt zich in een hoekje of rent door het hele lokaal heen. De emoties van Kees gaan alle kanten op en Kees heeft geen idee wat er eigenlijk in hem omgaat. De therapeut spiegelt Kees door op hetzelfde tempo te krassen met het krijtje. De therapeut probeert een coregulator voor Kees te zijn, waardoor spanningen gereguleerd worden (spanningsregulatie fase). Kees leert na verschillende sessies dat hij ook ontspannen in de ruimte kan zijn en dat beeldende therapie ook leuk is. Omdat Kees meer ontspannen is merkt hij ook meer op in de ruimte in plaats van dat hij hard door de ruimte rent. Met passende interventies probeert de beeldend therapeut de aandacht van Kees te richten op wat er gebeurt (aandachtsregulatie fase). De therapeut benoemt wat er in het beeldende werken gebeurt: “Voelt de klei bij jou ook zo warm?” Zes sessies gaan voorbij waarin de therapeut de aandacht van Kees probeert te stimuleren. Tot Kees zelf verwoordt: “Ik vind de klei zonder de steentjes erin fijner, dit doet niet zo’n pijn.” De therapeut haakt hierop in door naar de affectregulatie fase te gaan, waar de therapeut benoemt dat zij de klei anders kan ervaren of terugpakt naar “Weet je dat je het zaagsel zo fijn vond?” Door verschillende onderliggende gevoelens (samen) te benoemen en het verschil tussen Kees en de beeldend therapeut zichtbaar te maken leert Kees eigen emoties opmerken. Hierdoor ontstaat er interactie met de beeldend therapeut. Door het contact tussen Kees en de beeldend therapeut en de emoties die meer gereguleerd geuit worden, wordt het sociaal functioneren bevorderd. Door de gehele therapie heen heeft Kees zijn emoties leren herkennen en verwoorden, waardoor zelfregulatie is ontstaan wat een beroep doet op het voorstadium van de executieve functies. In de laatste fases kwamen emoties meer op de voorgrond te staan, waardoor de verlieservaring van een papa en mama die niet meer samen zijn naar voren kwam. Kees kon heel boos en verdrietig zijn om de scheiding van zijn ouders.

Conclusie

Bovenstaande casus maakt inzichtelijk hoe er vijf TDF’s ingezet kunnen worden binnen de ArVTb. Zowel de TDF’s als de ArVTb zijn gericht op de cliënt en de gedragingen/symptomen die op dat moment naar voren komen om de cliënt zo effectief mogelijk te behandelen. Uit onderzoek blijkt dat de TDF’s naast de drie fasen van de

ArVTb gelegd kunnen worden. Arousal komt in zijn geheel overeen met de spanningsregulatie fase. De TDF waarneming komt overeen met de aandachtsregulatie fase en het affectieve deel van emotieregulatie en bepaalde deelaspecten van de executieve functies kunnen naast zowel de aandachtsregulatie fase als de affectregulatie fase gelegd worden. De TDF sociaal functioneren/sociale interactie is niet naast een bepaalde fase te leggen maar naast de gehele methode waar het sociaal functioneren bevorderd wordt door het doorlopen van alle fasen. Per TDF is een passende therapeutische attitude die overeenkomt met de werkwijze binnen de ArVTb. Samenvattend kan hieruit geconcludeerd worden dat het bij beide van belang is de therapeutische attitude aan te passen aan de behoefte van de cliënt. Bij arousal in de spanningsregulatie fase spiegelt en matcht de therapeut de cliënt terwijl later in de andere fasen bij waarneming, executieve functies en emotieregulatie meer een mentaliserende bevorderende houding³ ingezet wordt waarbij de therapeut verwoordt wat het kind ziet, hoort, ruikt en voelt. Zo wordt het kind geprikkeld de eigen ik en de omgeving te ontdekken.

Uit onderzoek blijkt dat de TDF’s naast de drie fasen van de ArVTb gelegd kunnen worden.

Hierbij wordt ook het beeldend aanbod aangepast aan de behoefte van het kind.

Elke cliënt reageert anders op het beeldende materiaal, waardoor beeldende materialen niet specifiek per TDF in te delen zijn. Wel wijst onderzoek uit dat sensopathische materialen een beroep doen op de verschillende TDF’s. Het kan spanning laten uiten, waarneming bevorderen en affecten ontdekken en leren uiten.

Discussie

Vijf van de zeven TDF’s kunnen geïntegreerd worden met de ArVTb interventie, wat een aanvulling is voor het FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie.

Echter blijven hier nog een aantal vraagstukken openliggen. Zowel de TDF’s als de ArVTb zijn in ontwikkeling. In de praktijk is de ontwikkeling van de ArVTb al verder dan de modulebeschrijving uit 2016. Hierbij kan de vraag gesteld worden of de TDF’s al duidelijk op de kaart gezet zijn.

Verschillende onderzoeken omschrijven namelijk dat er nog geen duidelijk transdiagnostisch model

is en er nog geen theoretische onderbouwing is dat de zeven TDF's daadwerkelijk het werk van vaktherapeuten in voldoende mate omschrijven (Botterman, 2018; Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het artikel van Jan de Lange (2019) uit het laatst gepubliceerde vaktijdschrift bevestigt dat er verrekende beslissingen gemaakt zijn als het gaat om de zeven TDF's middels de Generieke module Vaktherapie. Niet alle probleemgebieden die behandeld worden binnen vaktherapie worden gedekt met de zeven vastgestelde TDF's. Dit geldt ook voor de probleemgebieden die binnen de ArVTb behandeld worden. Bepaalde behandeldoelen van de ArVTb vallen niet onder een DSM-5 diagnose, maar zouden wel transdiagnostisch genoemd kunnen worden. Als er bijvoorbeeld gekeken wordt naar het verschil dat er gemaakt wordt tussen affecten en emoties, wat daadwerkelijk relevant is om te onderscheiden, wordt dit onder één begrip samengevat bij de transdiagnostische factor emotieregulatie. Hoewel het onderzoek een goede onderbouwing geeft voor de zeven TDF's middels de Generieke module Vaktherapie met de ArVTb uit 2016, valt er wellicht meer te halen als beide begrippen verder ontwikkeld zijn.

Noten

¹ *Gemarkeerde spiegeling*: de spiegeling waarvan duidelijk is dat het niet de expressie van eigen gevoelens van het kind is maar een reactie van de vaktherapeut, die in aangepaste vorm terug geeft wat het kind ervaart (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

² *Matchen*: iets nieuws toevoegen na of tijdens een handeling. Bijvoorbeeld we maken een vogel van klei maar de mijne heeft een krulstaart (Persoonlijke communicatie, 2020).

³ *Mentaliserende bevorderende houding*: de beeldend therapeut en de cliënt werken spiegelend in de interactie. Therapeut en kind spiegelen elkaar, waardoor het kind via spiegeling van de therapeut leert hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander in de interactie (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

Literatuur

- Botterman, N. (2018). *Het ETC en de zeven transdiagnostische factoren*. Amersfoort: Hoge school Utrecht.
- De lange, J. (2019). Transdiagnostische denken en doen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4/15. 2-6.
- Fikke, D., Penzes, I., & Hooren, S. (2017). The Expressive Therapies Continuum. Een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2-11.
- GGZ Kwaliteitsontwikkeling. (2017). *Generieke Module Vaktherapie*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de*

behandeling van persoonlijkheidstoornissen.

Introductie van een beeldende vragenlijst.

Antwerpen - Apeldoorn: Garant.

Meurs, P., Vliegen, N., Emde, R., Oforsky, J., & Butterfiel, P. (2008). *Affectinterpretatie en emotieregulatie. I feel Pictures test*. Leuven: Lannoo Campus.

Nicolai, N. (2018). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: de kunst van het evenwicht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nissen, I., & Hensbroek, W. (2014). Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 53 - 60.

Tel-vos, P. (2020, januari 6). Persoonlijke communicatie. (I. Moerenhout, Interviewer)

Shanker, S., & Barker, T. (2016). *Zelfregulatie bij kinderen. Bestrijd stress en laat je kind excelleren*. Houten - Antwerpen: Uitgeverij Unieboek.

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

Van der Ende, W., Van der Vlugt, S., Nieuwenhuis, L., Smelt, C., & Tel-Vos, P. (2016). *Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrag- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Federatie vaktherapeutische beroepen.

Van Heycop Ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren. Theorie & praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.

Verheugt-Pleiter, J., Schmeets, M., & Zevalkink, J. (2010). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: van Gorcum.

Zorginstituut Nederland. (2015, Februari 02). *Weinig bewijs voor effect vaktherapie*. Opgehaald van www.zorginstituutnederland.nl:https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/11/02/weinig-bewijs-voor-effect-vaktherapie-voorlopig-nog-onderdeel-basispakket

Over de auteur

Inge Moerenhout is afstuderend student aan de Hogeschool Utrecht bij de opleiding vaktherapie, kunstdiscipline beeldend. Tijdens en naast haar studie heeft ze ervaring op kunnen doen met de ArVTb, de TDF's en de doelgroep kinderen en jongeren.
E: m.inge@hotmail.com