Inzicht in zicht

Een inventariserend onderzoek naar de inzet van therapeutische interventies in de beeldende therapie, die gebruikt worden om een volwassen cliënt zich bewust te laten worden van eigen handelingspatronen

Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Opleiding Creatieve Therapie
Afstudeerrichting Beeldend

Auteur: C. Droppert
Studentnummer: 0639427

Datum: 01 juni 2011
Begeleidster: Y.G. Coolen

"Everything you can imagine is real."

Pablo Picasso (1881-1973)

Inhoudsopgave

Voorwoord **04**

Inleiding **05**

1 Het probleemgebied **06**
1.1 Probleemstelling 06
1.1.1 De doelgroep 06
1.1.2 Van reflecteren naar inzicht 06
1.1.3 De rol van de therapeut 07
1.1.4 Beeldende therapie 08
1.1.5 De aanleiding voor de keuze van het thema a.d.h.v. een casuïstiek 09
1.1.6 Conclusie en relevantie 09
1.2 Vraagstelling 10
1.3 Doelstelling 10

2 De onderzoeksopzet **11**
2.1 Onderzoekstype 11
2.2 Onderzoeksmethode 11
2.3 Dataverzameling 12
2.3.1 De onderzoekspopulatie 12
2.3.2 Dataverzamelingstechniek: de enquête 12
2.4 Data-analyse 14
2.4.1 Datapreparatie 14
2.4.2 De analyse 15
2.5 Kwaliteitscriteria 16
2.5.1 Betrouwbaarheid 16
2.5.2 Validiteit 17

3 De resultaten van het onderzoek **18**
3.1 De respondenten 18
3.2 De doelgroep 18
3.3 De behandeling 19
3.4 De inzet van therapeutische interventies 20
3.5 De nabespreking 22
3.6 Samenvatting van de resultaten 24

4 Discussie **25**
4.1 Beantwoording van de vraagstelling 25
4.2 Reflectie op de totstandkoming van het onderzoek 26
4.3 Een kritische blik op de verrichting van het onderzoek 26
4.3.1 Sterkten van het onderzoek 26
4.3.2 Zwakten van het onderzoek 27
4.4 Aanbevelingen 28
4.5 Verklaring en interpretatie van de resultaten 29
4.5.1 De doelgroep 29
4.5.2 De behandeling 29
4.5.3 De inzet van therapeutische interventies 31
4.5.4 De nabespreking 32
4.6 Het vernieuwde werkmodel 33
4.6.1 De ontwikkeling van mijn werkmodel 33
4.6.2 Integratie van resultaten in nieuw werkmodel 33
4.6.3 Vergelijking oud versus nieuw werkmodel 35

Samenvatting **36**

Literatuuropgave **37**

Bijlagen **39**
B1 Begeleidende brief en enquête 40
B2 Logboek SPSS 47
B3 Berekeningen en grafieken 50

Voorwoord

Inzicht in zicht. De titel zegt het al; in dit onderzoek staat het verkrijgen van inzicht centraal. Het bewust worden van eigen handelingspatronen wordt steeds vaker ingezet als doel bij volwassen cliënten. Dit is mede afkomstig doordat de hulpvraag van mensen omtrent dit doel steeds groter wordt. Mensen lijken tegenwoordig steeds meer met de ontwikkeling van zichzelf bezig te zijn en aan zichzelf te willen werken. Dit wordt wel zichtbaar aan de opmars van boeken, tijdschriften en tv-programma's rondom dit thema. Het bewust worden van eigen handelingspatronen komt steeds meer centraal te staan in de maatschappij.

De interesse in dit onderwerp is ontstaan tijdens mijn stage in de derde fase van deze opleiding. Tijdens deze stage werd mijn aandacht getrokken naar cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen lag. Om mij hier meer in te verdiepen, heb ik er voor gekozen een cliënt, bij wie het doel ook op het bewust worden van eigen handelingspatronen lag, individueel te behandelen. Zowel voor de cliënt zelf, maar ook voor mij - als beeldend therapeut in opleiding - was dit een proces met vallen en opstaan. Ik heb verschillende interventies gepleegd die een beroep deden op zijn vermogen om bewust naar zichzelf te gaan kijken; de ene keer met een positiever resultaat dan de andere keer. Deze zoektocht naar verschillende interventies heeft mijn interesse gewekt om te gaan inventariseren hoe beeldend therapeuten, die werkzaam zijn in de praktijk, dit aanpakken. Dit heeft me doen besluiten om een kwantitatief inventariserend onderzoek op te starten middels een enquêteonderzoek.
Deze scriptie is geschreven aan de hand van mijn eigen praktijkervaringen, de ervaringen van de beeldend therapeuten die hebben meegewerkt aan het onderzoek en ondersteunende vakliteratuur. Vanuit hier heb ik verbanden gelegd tussen de praktijk en theorie. Dit document heeft als doelstelling een beeld te creëren van de resultaten van het inventariserend onderzoek en fungeert tevens als eindwerkstuk ter afsluiting van mijn studie Creatieve Therapie richting beeldend.

Tijdens het afstuderen zijn er een aantal mensen heel belangrijk voor me geweest, die ik wil bedanken voor hun steun in dit intense, maar vooral heel leerzame proces.
Allereerst wil ik de respondenten bedanken voor hun professionele kennis die zij met mij gedeeld hebben. Zonder hen had ik dit onderzoek nooit kunnen realiseren.
Tevens een dank aan alle docenten, die mij tijdens mijn studie begeleid hebben en met name mijn scriptiebegeleidster Yvonne Coolen. Ik wil haar bedanken voor haar goede adviezen en het feit dat ze me weer de juiste kant opstuurde, wanneer ik duizend kanten tegelijk op dreigde te gaan. En een dank aan de hulp van Bianca Heugen en Myriam Deckers van het secretariaat.
Tot slot wil ik mijn lieve familie en vrienden bedanken. Mijn ouders, omdat zij het überhaupt mogelijk hebben gemaakt deze opleiding te kunnen volgen en steeds achter mijn keuzes hebben gestaan. Frieda en Leon, wie altijd hebben laten weten trots te zijn op 'hun kleine zusje'. En in het bijzonder mijn vriend Danny, wie er altijd voor me is en me tijdens deze periode telkens opnieuw het vertrouwen in een goede afronding van deze scriptie gaf. Daarnaast wil ik Dionne, Carmen en Yvette bedanken voor de kritische kijk die zij op het onderzoek hebben geworpen en vooral voor de inspiratie die zij mij gaven. En lieve vrienden, bedankt voor de ontspanning en gezelligheid tijdens de leuke uitjes!

Deze scriptie vormt de afsluiting van vijf heel leerzame jaren! Tijd voor een nieuw begin…

Coralie Droppert, mei 2011

Inleiding

Dit document is ontstaan in het kader van de studie Creatieve Therapie richting beeldend aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen en vormt het eindwerkstuk van deze studie.

De scriptie is in vier hoofdstukken opgedeeld, waarvan ik een beknopte weergave zal geven.
In hoofdstuk 1 zal ik een verdieping geven van het probleemgebied, middels het beschrijven van de probleemstelling, de vraagstelling en de doelstelling. In de probleemstelling wordt het probleem vanuit de derdejaarsstage, de achtergrond van het probleem en de relevantie van het probleem uitgelegd. Vanuit de probleemstelling wordt de hoofdvraag geformuleerd. Tot slot zal ik de doelstelling beschrijven die ik middels dit onderzoek wil behalen.
Hoofdstuk 2 vormt de onderzoeksopzet. Hierin zal de voorbereiding en de uitvoering van mijn onderzoek te lezen zijn middels de toelichting van het onderzoekstype, de onderzoeksmethode, de dataverzameling, de data-analyse en de kwaliteitscriteria.
Hoofdstuk 3 omvat de resultaten van het onderzoek, waarin de gegevens van de ingevulde enquêtes van de respondenten worden uitgewerkt.
In hoofdstuk 4 zal de discussie van het onderzoek te lezen zijn, waarin de verklaring van de resultaten en de vorming van het nieuwe werkmodel centraal staan. Binnen de discussie wordt aangehaald hoe en of de vraagstelling is beantwoord en zal beschreven worden in hoeverre de doelstelling behaald is. Tevens wordt er binnen dit hoofdstuk een kritische blik op de totstandkoming en de resultaten van het onderzoek gegeven. Hieruit volgend worden er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven. Nadat de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd en verklaard zijn, worden deze geïntegreerd in een nieuw werkmodel, waardoor er een vergelijking tussen het oude en nieuwe werkmodel kan worden gegeven.
Tot slot is er een algehele samenvatting van het afstudeerproject te lezen, waarin de belangrijkste zaken nog eens kort en bondig op een rij gezet zullen worden.
De aanhangsels van dit document bestaan uit het meetinstrument, het SPSS logboek en de berekeningen en grafieken vanuit het kwantitatieve praktijkonderzoek.

In de inleiding wil ik graag nog de opmerking maken daar waar over ‘hij’ of ‘hem’ gesproken wordt, daarmee niet per se een mannelijke cliënt of respondent bedoeld is. Dit is enkel gedaan om de leesbaarheid van dit document te vereenvoudigen.

1 Het probleemgebied

In dit hoofdstuk zal een beschrijving worden gegeven van de achtergrond van het probleemgebied. Uit deze beschrijving komt de definitieve probleemstelling voort, waaruit de vraag- en doelstelling zullen resulteren. Oftewel; van thema naar vraagstelling.

1.1 Probleemstelling

De aanleiding voor het gekozen probleemgebied komt voort uit mijn stage-ervaringen bij GGZ Oost Brabant in Helmond, genaamd 't Warant. Hier heb ik tijdens de derde fase van de opleiding tien maanden stage gelopen bij volwassenen en ouderen, zowel binnen de klinische als deeltijdbehandeling.
Mijn interesse ging voornamelijk uit naar volwassen cliënten waar het accent van de behandeling op het ontwikkelen van inzicht in het eigen gedrag lag.

1.1.1 De doelgroep

Het doel om iemand bewust te laten worden van zijn eigen gedrag wordt vaak ingezet wanneer iemand vast loopt in zijn dagelijks leven, maar zelf nauwelijks inziet waardoor dat komt. In sommige gevallen is hier een bepaalde blokkade te zien, die afkomstig kan zijn vanuit het ziektebeeld (bijvoorbeeld PTSS) of een heftige gebeurtenis (live-event) (Hovens & Megen, 2006, p. 280). Anderzijds is er vaak nog onvoldoende reflectievermogen bij een cliënt aanwezig om bewust naar zichzelf te kunnen gaan kijken.

Ieder mens heeft vanuit de aanleg (nature) of door zijn omgeving (nurture) bepaalde handelingspatronen meegekregen of aangeleerd. Rigter (2004, pp. 42-43) gaat er vanuit dat al ons gedrag erfelijk is voorbereid, maar hoe het gedrag zich vorm gaat geven, hangt af van de omgeving waarin hij opgroeit en de leerervaringen die hij opdoet. Dus zowel vanuit biologische als omgevingsfactoren wordt het gedrag van een mens bepaald. De kenmerkende manier waarop een mens problemen aanpakt, wordt ook wel de copingstijl van iemand genoemd. Niet alleen de handeling zelf, maar ook de manier waarop iemand de situatie inschat, erover nadenkt en deze verklaart, valt onder de copingstijl van die persoon (Rigter, 2004, p. 257). In sommige gevallen blijkt dat de gehanteerde copingstijl niet meer toereikend is en de persoon zelf of zijn omgeving last ervaart van het gedrag. Gramsbergen, Deveer & Leezenberg (2005, p. 21) zeggen dat het van belang is om dan te gaan onderzoeken welke eigenschappen en kwaliteiten meer bij de fase van het leven zouden passen; oftewel welke copingstijl zou beter kunnen aansluiten dan de copingstijl die nu gehanteerd wordt. Dit proces wordt opgestart in de therapie.

1.1.2 Van reflecteren naar inzicht

Om inzicht in het eigen gedrag te krijgen, zal het reflectief vermogen van een cliënt moeten worden aangesproken. Groen (2006, pp. 37-41, 111-112) beschrijft het reflectief vermogen als een aan te leren vaardigheid, welke wordt geïmpliceerd als het vermogen tot terugkijken of nadenken over iets wat is gebeurd. Dit vermogen hangt af van het abstractievermogen (van een afstand naar je eigen handelen kunnen kijken), het analytisch vermogen (de situatie kunnen ontleden om verbanden te kunnen zien tussen hoofd- en bijzaken) en een lerende houding (gedrag ter discussie kunnen stellen om dit om te durven zetten in passender gedrag). Deze drie aspecten zijn door de ervaring van het herhaaldelijk reflecteren ook aan te leren in de beeldende therapie. De functie van reflecteren is het bewust worden van en het inzicht krijgen in het eigen handelen met als doel gedragsverandering. De mate waarin het inzichtelijk vermogen al bij een cliënt aanwezig en/of te ontwikkelen is, is afhankelijk van het ziektebeeld, de draagkracht en het intelligentieniveau.

Smeijsters (2008, p. 59) stelt het ontwikkelen van zelfreflectie als een belangrijk doel onder de re-educatieve werkwijze. Deze werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Allereerst is het van belang dat de cliënt bereid is om naar zichzelf te kijken. Wanneer dit niet het geval is, is er duidelijk sprake van een contra-indicatie voor het inzetten van dit doel en voor het daadwerkelijk kunnen veranderen van eigen handelingspatronen. Daaropvolgend bevestigt Budde (2008, p. 32) dat inzicht in het eigen gedrag een randvoorwaarde voor de cliënt is, om te kunnen begrijpen waar verandering van gedrag voor nodig is. Deze benodigde vaardigheden zeggen vanzelfsprekend ook iets over de doelgroep op wie het bewustwordingsdoel toepasselijk is, waardoor mensen met een verstandelijke beperking worden uitgesloten.

De ontwikkeling van zelfreflectie gebeurt volgens Groen (2006, p. 27) in vier fases:

Fase 1: onbewust – onbekwaam
Fase 2: bewust – onbekwaam
Fase 3: bewust – bekwaam
Fase 4: onbewust – bekwaam

Bij aanvang van therapie weet een cliënt vaak nog niet, waar zijn of haar hulpvraag ligt. Dit is ook niet vreemd, aangezien een cliënt zich dan vaak nog niet bewust is van zijn eigen handelen (fase 1). Door reflectie; het nadenken over het eigen gedrag, wordt de cliënt zich bewust van zijn onbekwaamheden (fase 2). Vervolgens is de wil van de cliënt nodig om te kunnen veranderen, wat er toe leidt dat de cliënt steeds bekwamer gaat handelen (fase 3). De laatste fase (4) maakt het doel van reflecteren zichtbaar: onbewust en bekwaam handelen. Dit impliceert dat het nieuwe gedrag is aangenomen door de cliënt en het bekwaam handelen vanzelfsprekend is geworden.

Naarmate een cliënt bewuster gaat handelen en het reflectievermogen groeit, is het ook mogelijk om na afloop van de mediumactiviteit via verbale reflectie het zelfbewustzijn bij de cliënt te vergroten. Smeijsters (2008, p. 59) benoemt dat na de verbale reflectie de exploratie van nieuwe mogelijkheden in de omgang met het probleemgebied kan plaatsvinden in het medium. Om dit gegeven te verduidelijken wil ik een citaat van Haeyen (2007, p. 85) aanhalen: “Van de eigen façade loslaten naar het onder ogen zien van de eigen kwetsbaarheid.” Er wordt dus een proces in gang gezet waar er verandering gaat plaatsvinden. Waardoor dus losgelaten moet worden van oude (bekende en veilige) patronen en waar plaats gemaakt wordt voor nieuw gedrag; er vindt gedragsverandering plaats.

1.1.3 De rol van de therapeut

Wanneer het doel bij een cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt, creëert de therapeut – vanzelfsprekend – een veilige setting waarin dit kan gebeuren. In deze setting staat het vertrouwen centraal. De bereidheid van de cliënt en de veiligheid die de therapeut biedt, zijn dus twee belangrijke aspecten voor het bewustwordingsproces. Daarnaast geeft de therapeut feedback op het handelen van de cliënt middels interventies tijdens het proces. Deze feedback is van belang, omdat een cliënt de reactie op zijn gedrag kan toetsen. Overigens zal de therapeut ook kunnen vragen om reacties van medecliënten, waardoor zij ook de functie kunnen vervullen van de toetsende factor (Gramsbergen et al., 2005, p. 22).

De beeldend therapeut kiest op basis van de doelstelling van de cliënt de werkvorm, het materiaal en de medium- en therapeutische technieken. Deze aspecten staan tijdens de therapie vast, maar kunnen worden bijgesteld door interventies van de therapeut.

Binnen de rol van de therapeut wil ik mij in deze scriptie enkel op de interventies richten. In de casus die ik in paragraaf 1.1.5 verder zal verduidelijken, waren de interventies van mij als therapeut heel belangrijk. Deze cliënt bepaalde zelf het materiaal en de techniek, doordat hij vanuit zijn controledwang alleen het werken met potlood aanging. Hierdoor waren de interventies die ik pleegde van belang om de cliënt bewust te kunnen maken van zijn eigen handelingspatronen. Deze interventies stonden niet van te voren vast, waardoor ze ook wel onvoorspelbare interventies worden genoemd (Schweizer, 2009, p. 193). Ik wil niet wegnemen dat bij andere cliënten de werkvorm, het materiaal en de techniek wel een rol kunnen spelen in het bewustwordingsproces van de cliënt, maar verduidelijken waarom interventies zo’n belangrijke rol in het proces van een cliënt kunnen spelen en ik mij daarom enkel richt op het effect van de niet vooraf vastgestelde interventies van de therapeut.

Om het plegen van interventies vanuit de therapeut te verduidelijken, zal ik de uitleg van Smeijsters (2008, p. 69) aanhalen. Volgens hem is een interventie een handeling die voor, tijdens of na de werkvorm wordt ingezet. Deze kan zowel verbaal als in het medium plaatsvinden. Een interventie is therapeutisch te noemen, wanneer deze betrekking heeft op een verbetering van de toestand van een cliënt. De interventie kan zowel bewust als onbewust worden ingezet (Schweizer, 2009, p. 194).

Bij het doel om bewust te worden van eigen handelingspatronen is hier uit op te maken dat de therapeut door middel van de interventie een respons uit wil lokken bij de cliënt of de cliënt wil prikkelen tot het nadenken over het eigen gedrag. Schweizer (2009, p. 190) benoemt als uiteindelijke doel van een interventie het opheffen of reduceren van een probleem en het tot stand brengen van een verandering met een doel. Het doel van de cliënt is dus richtinggevend voor de te plegen interventie.

1.1.4 Beeldende therapie

Vaktherapie bestaat in totaal uit vier media, genaamd: beeldend vormen, dans & beweging, muziek en drama. Binnen elk medium wordt op een eigen non-verbale manier gewerkt aan de behandelingsdoelen. Veranderingen in het mediumgedrag en de mediumbeleving zijn alleen creatieftherapeutisch te noemen, wanneer deze gelijk staan aan de veranderingen in de psychische, psychosociale en psychomotorische problematiek (Smeijsters, 2008, pp. 48-49). Beeldende therapie gaat uit van dezelfde principes als vaktherapie, maar bij beeldende therapie staat expressie door middel van beeldende materialen centraal. Doordat ieder materiaal en iedere techniek specifieke eigenschappen hebben, worden het materiaal en de techniek doelbewust ingezet om tot het uiten en beleven van bewuste en onbewuste gedachten en gevoelens te komen. De problemen worden door het beeldend werken (letterlijk) zichtbaar en daardoor gemakkelijker bespreekbaar. Daarnaast biedt het de mogelijkheid tot sociaal contact en stimuleert daardoor het sociale functioneren en geeft de gelegenheid nieuw gedrag te oefenen (Budde, 2008).

Kenmerkend voor de beeldende therapie is het ervaringsgericht leren. Tevens sluit deze manier van leren aan bij het bewust worden van eigen handelingspatronen. 'Trial and error'; wat in het Nederlands vertaald, proefondervindelijk leren heet, is het hoofduitgangspunt binnen deze doelstelling. "Het ervarend leren is er op gericht mensen bewust te maken van hun eigen situatie om van daaruit eigen keuzes te kunnen maken voor het verdere verloop van het leerproces." (Beelen, 2000, p. 42). In een artikel van Koekkoek (2001) wordt een basismodel van Luckner en Nadler (1997) omschreven over ervarend leren. Zij stellen dat het ervarend leren pas een methode wordt, wanneer mensen (de therapeut) doelbewust en consequent onbekende situaties (beeldende (groeps)opdrachten inclusief het materiaal en de techniek) creëren, waarvan anderen (de cliënt(en)) middels reflectie kunnen leren. Zij hebben hierop een basismodel gebaseerd: *"Het individu ervaart een balansverstoring door plaatsing in een vreemde situatie met een steunend klimaat waarin confrontatie plaatsvindt met uitdagende oplosbare opdrachten die leiden tot gevoelens van succes welke toenemen door het bewerken van die ervaring die generalisatie en transfer naar toekomstige initiatieven mogelijk maakt."* Beeldend werken is voor vele mensen onbekend. Dit onbekende zorgt vooral in het begin van de therapie vaak voor een balansverstoring en stress, die gedrag uitlokken waarin de cliënt zowel zijn gezonde gedrag vertoont om de opdracht te 'voltooien' als het psychische gedrag. In het contact met de ander (de therapeut of de medecliënten), kan een cliënt ondervinden wat het effect van zijn gedrag is. Op deze manier kan een cliënt ervaren dat er keuzemogelijkheden zijn binnen zijn gedrag.

Een ander hoofdkenmerk voor de beeldende therapie, zijn de verschillende werkstukken die tijdens de behandeling ontstaan, welke een weergave zijn van het doorlopen proces. Smeijsters (2008, p. 191) haalt in zijn boek de methode van Wertheim-Cahen (1994) aan. Zij hanteerde tijdens de vrije beeldende expressie met oorlogsgetroffenen vier aspecten die het beeldend werken therapeutisch maakte. Nou gaat het in mijn onderzoek niet specifiek om oorlogsgetroffenen, maar haar werkwijze illustreert wel heel mooi de kern van beeldende therapie. Tevens sluit haar werkwijze nauw aan bij de vier fases van reflecteren van Groen. In het eerste aspect gaat het bij haar werkwijze om de beweging van het lichaam, die leidt tot het oproepen van ervaringen en emoties (onbewust – onbekwaam). In het tweede aspect staat het resultaat van het beeldend werken centraal, wat helpt bij het nemen van afstand. Dit is tevens een voordeel van het beeldend werken; het product is tastbaar, er kan op teruggekeken worden. Hierdoor worden gedragingen tijdens het proces zichtbaar in het beeld, wat kan leiden tot patroonherkenning; oftewel, de copingstijl van een persoon wordt zichtbaar (bewust – onbekwaam) (Budde, 2008, p. 170). Hierna komt het derde aspect, de betekenisverlening, aan bod. Als de cliënt zelf ook patronen herkent in zijn werk en werkwijze, kan er een koppeling naar situaties in zijn dagelijks leven gemaakt worden. Budde (2008, p. 170) definieert hierop aansluitend: "Bewustwording van patronen in de manier van handelen, is een eerste stap naar mogelijke veranderingen daarin." (bewust – bekwaam). In dit gehele proces van betekenisverlening is de beeldend therapeut diegene die het proces stuurt, volgt en vragen stelt (het vierde aspect). Deze methode illustreert hoe beeldend werken een therapeutisch effect kan hebben op cliënten en hoe beeldende therapie zich karakteriseert.

1.1.5 De aanleiding voor de keuze van het thema a.d.h.v. een casuïstiek

Omdat deze problematiek mij zo interesseerde, heb ik er op stage voor gekozen een volwassen man, bij wie dit doel centraal stond, individueel te gaan behandelen. Zowel voor mij als voor de man zelf was dit een proces met vallen en opstaan. Allebei zoekende naar de weg waar we beiden een insteek in konden vinden. Dit zoeken heeft geleid tot de ontwikkeling van mijn werkmodel. Smeijsters (2005, p. 60) definieert een werkmodel als "denk- of doemodellen aan hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt".

Om de keuze voor het thema van dit onderzoek te onderstrepen, zal ik de casus inhoudelijk verder uitwerken. Allereerst heeft deze man een aantal weken een observatieprogramma in een groep gevolgd. Wat uit meerdere disciplines duidelijk naar voren kwam, was het feit dat de man zich weinig op zichzelf richtte en daardoor des te meer op de medecliënten in de groep. Het doel wat door zijn hoofdbehandelaar was gesteld, was het inzichtelijk maken van zijn eigen copingstijl.
In de beeldende therapie werd zijn gedragspatroon duidelijk zichtbaar in het beeld, alleen had hij dat tot dusver zelf niet in de gaten. In andere therapievormen was hij verbaal en cognitief heel sterk, dus is er voor gekozen hem individuele beeldende therapie aan te bieden.
Ik heb vaak met deze cliënt samengewerkt, omdat hij tijdens het individueel werken veel in zijn veilige patronen bleef en eigenlijk weinig toe liet. Tijdens het samenwerken kon ik reacties bij hem uitlokken en kon hij merken hoe ik op zijn reacties reageerde. Aansluitend op het samenwerkingsaspect schrijven Beelen & Oelers (2000, pp. 26-27) dat een cliënt in het contact met een ander kan ondervinden wat het effect van zijn gedrag is. Wanneer een cliënt na deze bewustwording gaat oefenen met nieuw gedrag, kan hij opnieuw toetsen of het nieuwe gedrag bij hem past en het gewenste effect oplevert. In weinig andere privésituaties kon hij daadwerkelijk ervaren hoe hij handelde en waar dat in resulteerde. De beeldende therapie maakt dit wel mogelijk, doordat hij bijvoorbeeld mijn reactie letterlijk in het beeld terug zag. Ik heb hier tijdens de sessie gebruik van gemaakt door zijn gedrag te spiegelen en hem hiermee dus indirect te confronteren (interventie). Naarmate ik zijn gedrag vaker in het beeldend medium spiegelde, werd hij zich steeds meer bewust van zijn handelingen. Hij reflecteerde beter terug op het werk en hij kreeg meer inzicht in zijn eigen patronen. Geleidelijk aan kon hij ook de verbinding leggen naar zijn privésituatie, waardoor het eerste doel (het bewust worden) van zijn behandeling in grote mate bereikt was.

Na deze ervaring ben ik nieuwsgierig geworden naar het feit hoe andere beeldend therapeuten hun rol inzetten en welke interventies zij plegen bij een cliënt bij wie het accent van de behandeling op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Mijn aanpak had duidelijk een positieve invloed op de cliënt om bewust naar zijn eigen copingstijl te gaan kijken en deze te onderzoeken. Echter, doordat ik slechts handelde vanuit mijn kennis uit de opleiding en mijn beperkte ervaring als beeldend therapeute, vroeg ik mij af hoe beeldend therapeuten die werkzaam zijn in de praktijk dit aanpakken. In mijn onderzoek wil ik graag gaan inventariseren welke therapeutische interventies beeldend therapeuten plegen, wanneer zij een cliënt bewust willen maken van hun eigen handelen.

1.1.6 Conclusie en relevantie

Wanneer ik terugblik op mijn stagejaar, zie ik dat ik middels mijn methodische inzet het doel van de cliënt heb kunnen behalen. Tegelijkertijd is mijn nieuwsgierigheid gewekt naar het methodisch werken van andere therapeuten wanneer het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Met dit onderzoek wil ik een beeld geven hoe het door mij beschreven fenomeen uit mijn werkmodel (de interventies van de therapeut ten opzichte van het bewust worden van eigen handelingspatronen) wordt aangepakt in andere praktijksituaties. Zeker wanneer ik naar de relevantie voor het uit te voeren onderzoek ga kijken, verwacht ik dat de inzichten die ik zal verkrijgen, een aanvulling zijn voor mijn eigen werkmodel. Hierdoor kan ik mijn professioneel handelen meer methodisch en gerichter inzetten. Op deze manier leer ik niet alleen de mogelijkheden binnen mijn eigen werkmodel uit te breiden, maar kan ik mezelf ook op de hoogte brengen van andere therapeutische werkmodellen.

Naast de kennis om mijn eigen kunde te professionaliseren, zal dit onderzoek ook een bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van vaktherapie; oftewel het werkveld. Ten eerste zullen de beeldend therapeuten die meewerken aan mijn onderzoek, zelf ook getriggerd worden tot reflectie over hun eigen handelen ten aanzien van hun methode. Mogelijkerwijs zal deze bewustwording ook leiden tot een aanpassing of versterking binnen het eigen werkmodel van hen. Ten tweede zal ik mijn scriptie vanuit de beeldende visie schrijven, maar kunnen er ook waardevolle resultaten uitkomen voor vaktherapeuten van de andere media: muziek, drama, dans & beweging en psychomotorische therapie.

Het ontwikkelen van het inzichtgevend vermogen kan ook bij de andere media binnen de creatieve therapie als doel geformuleerd worden. Hopelijk kunnen de resultaten die uit mijn onderzoek komen, eventueel ook doorgetrokken worden naar deze andere media.

Tot slot lijkt mij dit onderzoek ook relevant voor de ontwikkeling binnen de maatschappij, aangezien dit een heel actueel thema is. Reflectie, inzicht, bewust worden, eigen kracht; het zijn begrippen die we steeds vaker horen. Mensen zijn tegenwoordig steeds meer bezig met hun eigen ontwikkeling. Tunen (2008) beweert in haar artikel, waarin onderzoek is gedaan naar het grote succes van magazines over spiritualiteit, zingeving en psychologie, dat dit wel te zien is aan de opmars van boeken, tijdschriften en tv-programma's rondom deze thema's. Dit impliceert dat deze doelgroep steeds groter wordt, wat het onderzoek dus ook op macrogebied interessant maakt.

1.2 Vraagstelling

De vraagstelling die ik vanuit de probleemstelling formuleer, luidt als volgt:

Welke therapeutische interventies plegen beeldend therapeuten wanneer het doel van een volwassen cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt?

1.3 Doelstelling

Met dit onderzoek wil ik inventariseren welke therapeutische interventies beeldend therapeuten plegen wanneer het doel bij een volwassen cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Ik wil middels tabellen en grafieken een overzichtelijke opbouw realiseren van de therapeutische interventies die worden gepleegd. Daarnaast wil ik inzicht verschaffen in de wijze waarop de beeldende therapie wordt ingezet. Deze informatie wil ik verkrijgen door beeldend therapeuten in de praktijk te gaan benaderen via het versturen van enquêtes per post.

Het onderzoek heeft als doel om het in de probleemstelling beschreven fenomeen uit mijn eigen werkmodel te beschrijven en te inventariseren hoe dit fenomeen zich in andere praktijksituaties binnen het vakgebied voordoet.

Met dit afstudeerproject breng ik zaken als algemene literatuur, eigen praktijkervaring en praktijkervaringen van andere beeldend therapeuten met elkaar in verband. Op deze manier hoop ik een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van beeldende therapie bij mensen bij wie het doel op het bewust maken van eigen handelingspatronen ligt. De uitkomsten kunnen een inzicht bieden voor therapeuten die met deze cliënten werken. De interventies die beeldend therapeuten plegen, kunnen hierdoor worden bijgesteld en meer methodisch en gerichter worden ingezet.

2 De onderzoeksopzet

Van vraagstelling naar het onderzoeksplan, dat is waar het in dit hoofdstuk om draait. Concreet gezien houdt dit in dat de verschillende acties die binnen dit onderzoek zijn genomen, stapsgewijs zijn uitgewerkt. Achtereenvolgend worden de volgende onderwerpen behandeld: onderzoekstype, onderzoeksmethode, dataverzameling, data-analyse en kwaliteitscriteria.

2.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype van een onderzoek wordt door de vraagstelling bepaald. Vanuit deze vraagstelling is gekozen voor een inventariserend onderzoek, omdat deze vraagstelling behoefte heeft aan informatie over de therapeutische interventies die beeldend therapeuten plegen, wanneer het doel van een volwassen cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Een inventariserend onderzoek wordt volgens Baarda & De Goede (2006, p. 101) ook wel een beschrijvend onderzoek genoemd. Het doel van zo'n onderzoek is het trekken van generaliseerbare conclusies via een vooraf gegeven systematiek. In dit onderzoek is het probleem in kaart gebracht, beschreven en geanalyseerd, wat typerend is voor een inventariserend onderzoek (Smeijsters, 2005, p. 52). Migchelbrink (2010, p. 135) vult hierop aan dat het bij een inventariserend onderzoek gaat om de huidige stand van zaken. Concreet gezien zijn er Nederlandse beeldend therapeuten ondervraagd over welke therapeutische interventies zij plegen, wanneer het doel van een volwassen cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Het ging dus niet om een verklaring, maar om een frequentie van de verschillende therapeutische interventies die zijn gepleegd. De functie van dit onderzoek is dus primair inzicht geven, om vanuit hier meer onderbouwd en gericht te kunnen handelen wat betreft de inzet van de therapeutische interventies (Migchelbrink, 2010, p. 19).

2.2 Onderzoeksmethode

De uitvoering van dit onderzoek was voor het grootste deel van kwantitatieve aard.
Volgens Fischer & Julsing (2007, p. 111) onderscheidt kwantitatief onderzoek zich door een grote steekproef die alle relevante kenmerken van de te onderzoeken eenheden in zich heeft. Het doel van kwantitatief onderzoek is dat de resultaten van het onderzoek representatief, nauwkeurig en betrouwbaar zijn middels cijfermatige informatie (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007b, p. 15). Dit sluit mooi aan bij de gestelde vraagstelling, omdat hier gevraagd wordt naar een opsomming van interventies die verkregen kan worden via het analyseren van cijfermatige informatie.
Een survey is een passende methode bij kwantitatief onderzoek. Letterlijk vertaald betekent survey 'overzicht'. Kenmerkend voor een survey is dat er een steekproef wordt getrokken uit een omschreven grotere populatie. Tevens wordt er gesproken over een momentopname, omdat de survey slechts op één bepaald moment wordt gemeten (Baarda & De Goede, 2006, p. 132). De steekproef geeft dus aan welke interventies therapeuten op dit moment plegen ten opzichte van het gestelde doel.
Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden, is het van belang dat er zoveel mogelijk respondenten benaderd worden. Door het bevragen van zoveel mogelijk respondenten via enquêtes, geeft het onderzoek een afgebakend beeld van de werkelijkheid, omdat de vragen gestandaardiseerd zijn. Dit leidt er dus toe dat een kwantitatieve survey gebruik maakt van gestructureerde dataverzamelingsmethode. Hierdoor kunnen de verzamelde gegevens statistisch verwerkt worden, waardoor er een algemene uitspraak over de resultaten kan worden gedaan (Baarda et al., 2007b, p. 17). In totaal zijn er 84 enquêtes verstuurd, waarvan er 31 retour zijn gekomen en er 26 geschikt waren. Baarda & De Goede (2006, p. 166) adviseren een minimale grootte van 30 respondenten. Hierdoor wordt het doen van generaliseerbare uitspraken in dit onderzoek beperkt.

Tevens is een klein deel van dit onderzoek van kwalitatieve aard. Eén van de belangrijkste doelstellingen van kwalitatief onderzoek is het verklaren van fenomenen waarbij het doorgronden van achterliggende oorzaken centraal staat (Fischer & Julsing, 2007, p. 52). In dit onderzoek is het van belang een verklaring te vinden voor de mate van gebruik van de gevraagde interventies. Dit maakt het mogelijk ervaringen van professionals mee te nemen in de verwerking en verklaring van de resultaten. Hierdoor kan er een meer betrouwbaar antwoord op de onderzoeksvraag gegeven worden.

Aan de gesloten vragen, worden bij de interventies voorbeelden gevraagd. Doordat de antwoorden een open karakter hebben, kunnen deze gegevens niet statistisch verwerkt worden. Deze variant van onderzoeken, wordt door Boeije (2005, pp. 19-20) ook wel interpretatief onderzoek genoemd. Het begrijpen van betekenissen van teksten of gedrag, staan binnen dit soort onderzoek centraal. Door middel van het analyseren van de gegeven voorbeelden bij de interventies, verklaar ik hoe interventies door de beeldend therapeuten worden ingezet bij cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt.

2.3 Dataverzameling

Binnen deze paragraaf zal de dataverzameling verder toegelicht worden. Er zal eerst een omschrijving van de afgebakende onderzoekspopulatie met bijbehorende inclusiecriteria gegeven worden. Vervolgens zal de enquête als gebruikte dataverzamelingstechniek beschreven worden, waarbij dieper wordt ingegaan op het type, de vorm van vraagstelling en antwoordmogelijkheden, de lay-out, het moment van afname, de sociale wenselijkheid en de waarborging van de anonimiteit van de respondenten.

2.3.1 De onderzoekspopulatie

Met de onderzoekspopulatie wordt het totaal aantal mensen bedoeld waar het onderzoek zich op richt. Er is een steekproef (een deel) uit deze totale populatie getrokken, omdat het binnen de termijn van vier maanden niet mogelijk was eerst te onderzoeken welke beeldend therapeuten met volwassenen werken en zich bij de cliënt richten op het bewust worden van eigen handelingspatronen. Hiermee wordt dus een aselecte steekproef uitgesloten. Binnen een aselecte steekproef moet men namelijk precies weten hoeveel beeldend therapeuten er totaal in Nederland werkzaam zijn met cliënten met dit behandelingsdoel. Doordat dit steekproefkader niet bekend was, is er gebruik gemaakt van een selecte steekproef (Baarda & De Goede, 2006, pp. 149-151).

Dit onderzoek heeft zich gericht op de concrete werkervaringen van beeldend therapeuten die werkzaam zijn in de volwassenenzorg. Hier wordt meteen al een eerste inclusiecriteria zichtbaar. De inclusiecriteria zijn belangrijk om een afbakening te maken richting een selecte onderzoeksgroep. Met inclusiecriteria worden kenmerken bedoeld die op een geënquêteerde van toepassing moeten zijn. Deze criteria worden gesteld om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten (Kalf & De Beer, 2004, p. 51). Een tweede inclusiecriteria is het feit dat er met het doel: bewust worden van eigen handelingspatronen gewerkt wordt bij volwassenen. Qua tijdsbestek is het onmogelijk om dit vooraf na te gaan, dus wordt dit als eerste vraag in de enquête gesteld. Therapeuten die werkzaam zijn met volwassenen in de gehandicaptensector, worden wel vooraf uitgesloten, omdat het vermogen van deze cliënten vaak erg laag is om inzichtelijk naar zichzelf te kunnen kijken. Dit wordt dus ook als exclusiecriteria benoemd. De overige exclusiecriteria zullen verder niet apart benoemd worden, omdat deze logischerwijs complementair zijn aan de inclusiecriteria. Een selecte steekproef en het stellen van inclusiecriteria zorgen er helaas wel voor dat de externe validiteit van het onderzoek wordt beperkt, omdat de resultaten van het onderzoek niet meer gegeneraliseerd mogen worden over de totale populatie (Buuren, Hummel, Berkhout & Slootmaker, 2003, p. 49).

Om voldoende respondenten te kunnen benaderen, is er gebruik gemaakt van het datagegevensbestand van de Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (NVBT), die aangesloten is bij de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). Via dit bestand zijn 71 adressen verkregen. De overige aangesloten beeldend therapeuten werkten met kinderen/jeugd, ouderen of in de gehandicaptensector. Daarnaast zijn negen oud-studenten benaderd en vier beeldend therapeuten vanuit mijn stageadres in de derde fase van de opleiding. Volgens Buuren (et al., 2003, p. 45) is dit een willekeurige steekproef. Door Baarda & De Goede (2006, p. 161) ook wel een toevallige steekproef genoemd. In totaal zijn er 84 beeldend therapeuten benaderd.

2.3.2 Dataverzamelingstechniek: de enquête

Binnen dit onderzoek wordt gevraagd om een inventarisatie van de therapeutische interventies die beeldend therapeuten plegen; oftewel het onderzoek richt zich op de ervaringen van beeldend therapeuten die werkzaam zijn in de praktijk. Vanuit hier was de keuze voor een enquête de meest logische keuze, omdat met een enquête veel gegevens in een korte tijd verkregen kunnen worden.

Type enquête
Er is gekozen voor een schriftelijke 'tastbare' enquête bij een steekproef van 84 beeldend therapeuten. Om een zo groot mogelijke respons te verkrijgen, zijn de meeste enquêtes (80) per post verstuurd met een bijgevoegde antwoordenveloppe van Hogeschool Zuyd om de ingevulde enquête in te retourneren. De overige vier enquêtes werden per mail verstuurd.
Bij de enquête is een begeleidende brief toegevoegd waarin het onderwerp toegelicht werd en de uiterste retourdatum vermeld werd. Deze zijn verstuurd in enveloppen met geprinte adresetiketten.
De begeleidende brief en enquête zijn in bijlage 1 opgenomen.

Vorm van vraagstelling en antwoordmogelijkheden
De enquête bevat elf vragen verdeeld over vijf onderwerpen. Allereerst wordt in de enquête naar het geslacht, de leeftijd en het aantal jaar werkervaring als beeldend therapeut gevraagd. Na deze vragen is geïnventariseerd bij welke doelgroep dit doel het meeste wordt ingezet en hoe de werkvormen worden ingezet wanneer het doel bij de cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Deze inleidende vragen dragen bij aan het feit dat de respondent alvast een beeld in zich op kan nemen vanuit de eigen therapie, waarop de respondent gemakkelijker een voorbeeld terug kan halen hoe hij of zij intervenieert.

Bij een schriftelijke enquête staat de vorm van vraagstelling vast, omdat er gewerkt wordt met een gestandaardiseerde vragenlijst die voor elke respondent hetzelfde is. Dit maakt het mogelijk om veel data te kunnen verwerken, maar beperkt de respondenten ook in wat zij willen vertellen. Hierbij was het van belang de vragen en antwoordmogelijkheden zo volledig mogelijk te formuleren. Doordat er overleg is geweest met twee oud-studiegenoten die nu werkzaam zijn als beeldend therapeut, is geprobeerd de formuleringen zo volledig mogelijk te maken. De vragen en antwoordmogelijkheden zijn ook zo concreet mogelijk gedefinieerd en geformuleerd. Dit was van belang door het feit dat op deze manier elke respondent dezelfde opvatting van een vraag of antwoordmogelijkheid had. Dit concreet maken van begrippen wordt ook wel operationaliseren genoemd (Baarda et al., 2007b, p. 32). Zo worden interpretaties van termen zoveel mogelijk uitgesloten, wat ten goede komt aan de betrouwbaarheid van de ingevulde enquêtes. Om er achter te komen of iedereen ook hetzelfde onder de verschillende termen verstaat, zijn er enkele proefenquêtes bij (oud-)studiegenoten afgenomen. Hierdoor konden verkeerde interpretaties en fouten voor de start van het onderzoek ontdekt en veranderd worden. Dit heeft de inhoudsvaliditeit (de inhoudelijke correctheid van het meetinstrument) van het meetinstrument versterkt (Buuren et al., 2003, p. 54).

In de enquête is gebruik gemaakt van gesloten vragen met gesloten antwoordmogelijkheden en/of halfopen antwoordmogelijkheden en open vragen. Bij de gesloten vragen met de gesloten antwoordmogelijkheden was vooraf duidelijk uit welke antwoorden de respondent kon kiezen. Logischerwijs stonden deze dan ook vast. Wanneer vooraf niet alle antwoorden bekend waren (bijvoorbeeld bij de doelgroep), werd er de open antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk…' toegevoegd. Dit is gedaan om uitsluitsel van mogelijkheden zoveel mogelijk te beperken (Baarda et al., 2007b, p.55). Bij de antwoordmogelijkheden is er op gelet dat ze elkaar wederzijds aansloten en er geen overlap tussen de verschillende antwoorden bestond (Baarda et al., 2007b, p. 60).

Een overzicht van de mate van gebruik van therapeutische interventies vraagt om een meting naar attituden. Baarda & De goede (2006, p. 187) beschrijven dat het dan juist is om schalen als antwoordmogelijkheden te hanteren. Deze schalen worden ook als vaste antwoordmogelijkheden beschouwd. In deze enquête is er bewust voor gekozen om gebruik te maken van een vierpuntschaal (altijd – regelmatig – soms – nooit). Hierdoor wordt de respondent gedwongen een meer gerichte keuze te maken uit één van die vier mogelijkheden en dit voorkomt het risico dat de respondent telkens de middelste mogelijkheid aan zal kruisen. Het gebruik van een vierpuntschaal versterkt dus de validiteit van het onderzoek. De respondent is in de enquête gevraagd het gegeven antwoord op de vierpuntschaal te verduidelijken met de beschrijving van een voorbeeld uit de praktijk. Uit de gegeven open antwoorden van de respondenten is de gedraging en daarmee de argumentatie op te maken, iets wat bij een gesloten vraag niet gaat, maar wel van belang is om de vraagstelling te kunnen beantwoorden.

Er is bewust geen gebruik gemaakt van de 'weet ik niet'-antwoordmogelijkheid, omdat er van uit is gegaan dat elke therapeut een standpunt heeft over zijn eigen behandeling om deze te verantwoorden aan anderen. Daarnaast zijn er geen echte kennisvragen gesteld, waardoor deze categorie dus ook geen meerwaarde zou hebben gehad (Baarda et al., 2007b, p. 68).
Er is eenmalig een 'n.v.t.'-antwoordmogelijkheid gehanteerd (bij de interventie 'vragen naar reacties medecliënten'), bij de andere vragen is de respondent doorverwezen naar een andere vraag, wanneer hij 'nee' had geantwoord. De missende antwoorden op de overige vragen zijn dan automatisch al toe te schuiven op niet van toepassing.

Lay-out
Verschillende boeken over kwantitatief onderzoek beschrijven dat het van groot belang is om aandacht te schenken aan de lay-out van de enquête. Zo is het van belang een uitnodigende enquête te versturen. Een enquête wordt uitnodigend als deze overzichtelijk is en niet al te lang is.
De enquête is overzichtelijk geworden, doordat er gebruik is gemaakt van een duidelijk lettertype, voldoende regelafstand en witregels tussen de verschillende vragen. De antwoordmogelijkheden zijn direct onder de vraag geplaatst en er is telkens hetzelfde symbool voor de aankruismogelijkheden gebruikt (Baarda et al., 2007b, p. 22; Fischer & Julsing, 2007, p. 131). Om aan al deze voorwaarden te kunnen voldoen, zijn vooraf enkele proefenquêtes bij (oud-)studenten afgenomen. Hun feedback is meegenomen in het uitwerken van de definitieve enquête zoals deze in bijlage 1 is opgenomen.
Daarnaast is er een begeleidende brief en een retourenveloppe meegestuurd, waarin het onderwerp van het afstudeeronderzoek kort is toegelicht. In deze brief is ook een korte instructie gegeven voor het invullen van de enquête en de datum waarop de enquête retour verwacht werd.

Moment van afname
Deze survey heeft zich op een momentopname gericht, omdat de enquête alleen op één bepaald moment werd gemeten (Baarda & De Goede, 2006, p. 132). De vraagstelling is immers beantwoord na één meting en daardoor zou het geen meerwaarde voor het onderzoek hebben gehad om nog een tweede meting te starten. De steekproef geeft dus aan welke interventies therapeuten op dit moment plegen bij volwassenen waar het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt.

Sociale wenselijkheid
Sociale wenselijkheid wordt door Baarda & De Goede (2006, p. 221) omschreven als het fenomeen dat mensen veelal de neiging hebben om zichzelf van hun goede kan te laten zien. Dit zou kunnen betekenen dat respondenten antwoorden in zouden vullen die sociaal wenselijk zijn, maar niet op waarheid berusten. Vanzelfsprekend komt dit de betrouwbaarheid van de gegevens niet ten goede.
In deze enquête wordt veel naar gedragingen gevraagd, waardoor er meer kans bestaat dat de respondent vragen sociaal wenselijk beantwoordt. Het voordeel van deze enquête is wel dat deze schriftelijk is en niet face to face, gezien respondenten schriftelijk vaker hun eigen mening geven, omdat deze volstrekt anoniem zal blijven (Baarda et al., 2007b, p. 20; Fischer & Julsing, 2007, p. 63).

Anonimiteit van de respondent
De anonimiteit van de respondenten is gewaarborgd door het feit dat er met identificatienummers gewerkt is. Alleen kenmerken zoals geslacht, leeftijd en opleiding zijn wel op groepsniveau geanalyseerd. Dit is mogelijk doordat het niet te achterhalen is welke respondenten van de steekproef hebben deelgenomen aan het onderzoek. In de begeleidende brief van de enquête zijn de respondenten hier ook van op de hoogte gesteld.

In deze paragraaf zijn de begrippen betrouwbaarheid en validiteit al enkele malen aan bod gekomen. In paragraaf 2.5 zullen deze beide begrippen nog uitgebreider beschreven worden.

2.4 Data-analyse

Binnen dit onderzoek is met SPSS 16.0 voor Windows gewerkt, wat staat voor Statistical Products and Service Solutions. SPSS is een computerprogramma voor het statistisch verwerken van gegevens. Gegevens kunnen gemakkelijk en snel worden verwerkt in de SPSS-datamatrix en er kunnen allerlei berekeningen mee worden uitgevoerd (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2007a, p. 9).
De grafieken zijn in Microsoft Office Excel 2003 gemaakt, omdat grafieken die in Excel gemaakt worden, overzichtelijker zijn dan de grafieken die in SPSS gemaakt worden.

2.4.1 Datapreparatie

Alvorens de verkregen data ingevoerd kon worden in SPSS, was het belangrijk vooraf een overzicht gemaakt te hebben van de variabelen die in het onderzoek voorkwamen en aan welke waarden deze variabelen verbonden gaan worden. Dit wordt ook wel datapreparatie genoemd. In deze paragraaf zal de codering van de antwoordmogelijkheden en de missing values toegelicht worden.

Codering antwoordmogelijkheden
Het verwerken van gegevens gebeurt via het coderingssysteem. Binnen elke vraag, ofwel variabele, worden meerdere antwoordmogelijkheden opgenoemd. Bij gesloten vragen met vaste antwoordmogelijkheden is op voorhand een codeerschema gemaakt welke codes de antwoorden zouden krijgen. Op deze manier zijn alle gegeven antwoorden van de respondenten als codes in de matrix ingevoerd.
In deze enquête is ook gebruik gemaakt van gesloten vragen met een halfopen antwoordmogelijkheid: 'anders, namelijk…'. Dit vraagt om een andere, enigszins lastigere verwerking, omdat de antwoorden niet vooraf konden worden bepaald zoals bij gesloten vragen. De gegeven open antwoorden zijn met elkaar vergeleken en in categorieën opgedeeld, welke vervolgens ook zijn toegekend aan codes, zodat deze ook in SPSS ingevoerd konden worden. Dit codeerschema wordt ook wel een logboek genoemd, welke is opgenomen in bijlage 2.
Het merendeel van de vragen is op nominaal niveau gemeten. Er is sprake van nominaal meetniveau wanneer het om een verschil gaat in de antwoordmogelijkheden en dus niet om meer of minder. Vragen op nominaal meetniveau worden ook wel categorische gegevens genoemd. Een werkvorm kan bijvoorbeeld verschillen door open, halfopen of gesloten te zijn, maar hier is geen sprake van meer of minder (Baarda & De Goede, 2006, p. 186). Bij een meerkeuzevraag met drie antwoordmogelijkheden, zijn er logischerwijs ook drie codes toegekend aan de drie mogelijkheden. In SPSS wordt de betreffende code (1, 2, 3) ingevoerd welke gegeven is door de respondent. Hierdoor ontstaat er een datamatrix.
De vragen waar gebruik is gemaakt van antwoordschalen, zijn op ordinaal meetniveau verwerkt. Bij ordinale gegevens is er wel sprake van meer of minder, maar is het verschil niet in een getal uit te drukken. Deze gegevens worden ook wel niet-categorische gegevens genoemd. Omdat er binnen de enquête gebruik is gemaakt van een vierpuntschaal, zijn er vier codes toegekend aan de antwoorden: altijd (1), regelmatig (2), soms (3) en nooit (4) (Baarda & De Goede, 2006, pp. 186-187).
Bij het gegeven antwoord op deze vragen diende de respondent ook een voorbeeld te geven. Het verwerken van deze open gegevens gebeurde op kwalitatieve wijze. Per interventie zijn de gegeven antwoorden op de vierpuntschaal en de bijbehorende voorbeelden onder elkaar genoteerd. Op deze manier is een duidelijk overzicht van de gegeven antwoorden per interventie gecreëerd. Hierdoor kon er eenvoudiger gezocht worden naar overeenkomsten en verschillen tussen de gegeven voorbeelden.

Missing value
Wanneer een vraag onvolledig is beantwoord, is deze als 'missing value' gecodeerd. Echter zal dan niet duidelijk worden waarom de vraag onvolledig is beantwoord, dus is dit nog specifieker gecodeerd. Volgens Baarda (et al., 2007a, p. 37) is het dan beter om 'user missing values' in te voeren. Indien de respondent meerdere antwoorden dan aangegeven had aangekruist, is deze gecodeerd met de value '777'. Wanneer een vraag niet van toepassing was op de respondent, omdat hij de vraag over kon slaan, is deze gecodeerd met de value '888'. Wanneer de respondent vergeten was om een vraag in te vullen, is deze gecodeerd met de value '999'. Het maken van dit onderscheid is belangrijk om duidelijkheid te creëren waarom vragen niet zijn ingevuld. In de discussie zal hier nog op terug worden gekomen, aangezien er in de discussie een kritische blik op de enquête wordt geworpen.
Daarnaast was het belangrijk het aantal respondenten per vraag gelijk te houden, omdat er anders een foutief percentage zou worden berekend. Dit zou leiden tot verkeerde interpretaties van de resultaten, waardoor het onderzoek niet meer betrouwbaar is te noemen.

2.4.2 De analyse

Nadat zoveel mogelijk enquêtes waren geretourneerd, was het belangrijk deze te gaan verwerken, omdat ze in hun ruwe, onbehandelde vorm nog geen antwoord konden geven op de vraagstelling.
Migchelbrink (2010, p. 107) beschrijft dat de eerste stap de controlestap is. Ter controle is nagegaan of de enquêtes goed en leesbaar zijn ingevuld. Wanneer er veel missende gegevens bij een enquête waren, is de enquête ongeldig verklaard. Tegelijk met het controleren zijn de enquêtes voorzien van een identificatienummer, waardoor eventuele codeerfouten achteraf te achterhalen waren.
Vervolgens zijn de individueel juist ingevulde enquêtes samengebracht tot een totaaloverzicht in een datamatrix via het programma SPSS. Deze datamatrix is in verband met de betrouwbaarheid van het onderzoek herhaaldelijk gecontroleerd op juist ingevoerde gegevens.

Toegepaste frequentieberekeningen
Wanneer er berekeningen worden toegepast, is het van belang eerst te zien wat voor vraagstelling het onderzoek hanteert en na te gaan welke meetniveaus worden toegepast. Bij de vraagstelling wordt een onderscheid gemaakt tussen een te onderzoeken frequentie, samenhang of verschil. In dit onderzoek gaat het om een frequentieonderzoeksvraag. Aan de hand van de gegeven antwoorden van de respondenten wordt gekeken in welke mate, welke frequentie dus, de interventies worden gepleegd (Baarda & De Goede, 2006, p. 47). Bij de data-analyse werden dus frequentieberekeningen gedaan. Baarda & De Goede (2006, pp. 288-289) beschrijven dat bij gegevens op nominaal niveau en ordinaal niveau de berekeningen vaak worden volstaan met tellingen. Daarnaast kunnen er ook frequentieberekeningen zoals percentage-eenheden, de modus (de meest voorkomende waarde) en de mediaan (het middelste getal) worden uitgevoerd. Wel wordt aanbevolen om pas met percentages te rekenen wanneer er meer dan 100 eenheden zijn, wat in dit onderzoek dus niet het geval was. Hierdoor zijn berekeningen telkens met tellingen aangeduid.

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Dit houdt het samenvattend beschrijven van de kenmerken van een groep onderzoekseenheden in door middel van kengetallen (de belangrijkste cijfers), waarbij de meetresultaten overzichtelijk worden weergeven in tabellen en grafieken. Dit is toepasselijk op dit onderzoek omdat deze vraagstelling zich richt op een inventarisering van interventies, waarbij de frequentie centraal staat (McClave, Benson & Sincich, 2007, p. 4).

Omgang met de steekproefgrootte
In totaal hebben 31 van de 84 mensen de enquête geretourneerd, wat een percentage is van 36,9%. Het onderzoek heeft zich op 26 respondenten gericht, omdat vijf enquêtes niet bruikbaar waren. Dit leidt tot een bruikbaar percentage van 31,0%. Doordat het hier een selecte steekproef betreft met een redelijk klein aantal eenheden, mogen er niet zomaar algemene uitspraken gedaan worden over beeldend therapeuten die werkzaam zijn met volwassenen waarbij het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt (Buuren et al., 2003, p. 49). Baarda & De Goede (2006, p. 285) beschrijven dat de toevalskans en daarmee de foutenmarge vanzelfsprekend groter is bij een kleine steekproef dan bij een grote steekproef. Hierdoor worden er binnen dit onderzoek dus alleen uitspraken gedaan over de steekproef.

2.5 Kwaliteitscriteria

Migchelbrink (2010, pp. 26-28, 127-128) benadrukt herhaaldelijk dat het voor de waarde van een onderzoek belangrijk is om aan bepaalde kwaliteitscriteria-eisen, zoals betrouwbaarheid en validiteit, te voldoen. Deze twee eisen zeggen iets over het vertrouwen dat gesteld kan worden in de onderzoeksresultaten en in de handelwijze van de onderzoeker. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor deze eisen tijdens het gehele onderzoek en hierbij stappen te ondernemen om de kwaliteit van het onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen. De genomen stappen worden in paragraaf 2.5.1 en 2.5.2 verder toegelicht.

2.5.1 Betrouwbaarheid

Bij betrouwbaarheid gaat het volgens Migchelbrink (2010, pp. 128-129) om de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in de voorbereiding en uitvoering van het onderzoek. Hierbij is het van belang dat de resultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toeval.
De gemaakte stappen binnen dit onderzoek zijn zo transparant mogelijk uitgewerkt in de onderzoeksopzet. Op deze manier kan de lezer de gemaakte beslissingen, redeneringen en stappen controleren, navolgen en eventueel herhalen. Door deze verantwoording is zichtbaar te achterhalen hoe de resultaten van dit onderzoek bereikt zijn. Deze techniek wordt door Smeijsters (2005, p. 48) confirmability benoemd.
In paragraaf 2.3 is de sociale wenselijkheid al eens aangehaald, waarbij de respondent veelal de neiging heeft om zichzelf van zijn goede kant te laten zien. Dit is zoveel mogelijk voorkomen, omdat het hier een schriftelijke enquête betreft, welke volledig anoniem is verwerkt.
Er kan geen uitspraak gedaan worden over de betrouwbaarheid wat betreft de situatie waarin de respondenten de enquête hebben ingevuld. Zo kan het zijn voorgekomen dat een respondent de enquête heeft ingevuld in een heel rumoerige omgeving, waardoor de concentratie minder was.

Tevens kan ook de gemoedstoestand van de respondent een invloed gehad hebben op de gegeven antwoorden. Dit is helaas niet te achterhalen.
Tijdens de verwerking van de gegevens in de computerprogramma's SPSS en Excel zijn de gegevens aan de hand van het logboek en de ingevulde enquêtes tweemaal gecontroleerd, om eventuele codeerfouten te herstellen. Ook waren alle ingevulde enquêtes eerst voorzien van een identificatienummer, zodat codeerfouten makkelijker waren terug te vinden (Baarda & De Goede, 2006, p. 266).
Er is geen (gedeeltelijke) herhaling van de dataverzamelingstechniek uitgevoerd, omdat dit niet mogelijk was binnen de gestelde tijd voor het onderzoek.

2.5.2 Validiteit

Validiteit wordt door Migchelbrink (2010, pp. 128, 130) beschreven als een op waarheid beruste afspiegeling van de resultaten van het onderzoek. Hij beschrijft dat de validiteit bij een enquête wordt bepaald door de operationalisering van de begrippen. Binnen de enquête zijn begrippen zoveel mogelijk geoperationaliseerd, zodat deze concreet en meetbaar werden; oftewel de begrippen werden ingedeeld in variabelen. Dit was vooral noodzakelijk omdat de enquête veel vragen over gedrag bevatte, waardoor de abstracte en complexe begrippen in duidelijke kaders moesten zijn onderverdeeld om voor elke respondent dezelfde betekenis te hebben. Om te achterhalen of hetzelfde onder de begrippen in de enquête verstaan werd, is de enquête uitgetest bij een docent, een medestudent en twee beeldend therapeuten (oud-studenten) die momenteel werkzaam zijn in de praktijk. De feedback van hen is meegenomen in de afwerking van de definitieve enquête. Het voorleggen van het meetinstrument aan onafhankelijke experts, wordt door Smeijsters (2005, p. 54) peer debriefing genoemd.
Bij de vragen waar naar een overzicht van de mate van gebruik van de therapeutische interventies is gevraagd, is gebruik gemaakt van een vierpuntschaal. Er is gekozen voor een vierpuntschaal, omdat deze heeft moeten voorkomen dat de respondent (onbewust) telkens voor de middelste mogelijkheid zou kiezen. De respondent is nu gedwongen een meer gerichte keuze te maken uit één van die vier mogelijkheden.
Een selecte steekproef en het stellen van inclusiecriteria zorgen er helaas wel voor dat de externe validiteit van het onderzoek wordt beperkt, omdat de resultaten van het onderzoek niet meer gegeneraliseerd mogen worden over de totale populatie (Buuren et al., 2003, p. 49).

In de discussie van het onderzoek zal dieper op de reflectie van de genomen stappen ten behoeve van de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden ingegaan. Hier wordt een kritische blik op het verrichte onderzoek geworpen.

3 De resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek te lezen zijn. De resultaten worden verduidelijkt door tabellen en grafieken welke in bijlage 3 zijn opgenomen. Hier zal in de tekst herhaaldelijk naar worden verwezen. Allereerst volgt er een beschrijving over de respondenten die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Vervolgens worden de blokken zoals deze ook in de enquête gehanteerd zijn, uitgebreid beschreven. Tot slot wordt er een samenvatting gegeven over de resultaten.

3.1 De respondenten

In totaal hebben 31 van de 84 mensen de enquête geretourneerd, wat een percentage is van 36,9%. Het onderzoek heeft zich op 26 respondenten gericht, omdat vijf enquêtes niet bruikbaar waren. Dit leidt tot een bruikbaar percentage van 31,0%. 4 respondenten gaven aan dat deze enquête niet op hen van toepassing was. Dit betekent dat deze beeldend therapeuten of niet werkzaam zijn met volwassenen of zich niet richten op het bewust worden van eigen handelingspatronen bij de cliënt. Er is één enquête ongeldig verklaard, omdat deze respondent herhaaldelijk meerdere antwoorden heeft aangekruist. In totaal zijn de gegevens van 26 respondenten ingevoerd in SPSS. Om foutieve berekeningen te voorkomen, worden de 26 respondenten als 100% geteld.

Allereerst zijn er algemene vragen gesteld over het geslacht, de leeftijd, de beroepsopleiding(en) en het aantal jaar werkervaring. Er gaven 25 van de 26 respondenten aan afgestudeerd te zijn aan een HBO opleiding creatieve therapie beeldend. Wanneer naar het geslacht van de respondenten wordt gekeken, ziet men dat 25 van de 26 respondenten vrouw zijn. De leeftijd van de respondenten varieert van 23 tot 67 jaar. De gemiddelde leeftijd ligt op 42 jaar, wat betekent dat er sprake is van een normale verdeling. Het aantal jaar werkervaring van de respondenten ligt gespreid van 0 tot 30 jaar met een uitschieter van 44 jaar, de mediaan ligt in de categorie van 6 - 10 jaar. Zie voor meer informatie bijlage 3, figuur 1 t/m 4 met de bijbehorende tabellen.

3.2 De doelgroep

In de enquête is de respondent gevraagd één doelgroep aan te kruisen bij welke doelgroep hij het doel om bewust te worden van eigen handelingspatronen het meest inzet. In totaal hebben 15 respondenten één doelgroep aangekruist en de overige 11 respondenten hebben twee of meer doelgroepen aangekruist, waardoor er een onduidelijkheid in de uitkomsten is ontstaan. De berekeningen over de groep van 15 respondenten en over de totale groep van 26 respondenten zijn dan ook afzonderlijk gemaakt.

In beide gevallen is de cliëntengroep met persoonlijkheidsstoornissen het grootst. Deze wordt ook bij beide keren gevolgd door cliënten met stemmingsstoornissen. Van de 15 respondenten, kruisen 7 respondenten cliënten met een persoonlijkheidsstoornis aan en 4 respondenten cliënten met een stemmingsstoornis. Hierna volgen psychotische stoornissen en/of schizofrenie met overmatig middelengebruik en/of middelenafhankelijkheid met 2 respondenten, cliënten met rouw- en verlieswerking met 1 respondent en 1 respondent zet dit doel het meest in bij asielzoekers. Van de respondentengroep bestaande uit 15 respondenten is niet bekend of de aangekruiste doelgroep ook de enige doelgroep is waarmee zij werken.

Bij de totale groep van 26 respondenten, werken 15 van de 26 respondenten met cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. 12 respondenten zetten dit doel ook in bij cliënten met een stemmingsstoornis. Een opvallende uitschieter over de totale respondentengroep in vergelijking tot de 15 respondenten die één doelgroep hebben aangekruist, zijn de 7 respondenten die aangaven dit doel bij cliënten met een angststoornis en/of dwangklachten in te zetten. Hierna volgen cliënten met rouw- en verlieswerking met 3 respondenten, cliënten met een verslaving ook met 3 respondenten, psychotische stoornissen en/of schizofrenie met overmatig middelengebruik en/of middelenafhankelijkheid met 2 respondenten en asielzoekers met 1 respondent.

Uit deze gegevens kan opgemaakt worden dat het doel om de cliënt bewust te laten worden van eigen handelingspatronen bij een grote verscheidenheid aan doelgroepen wordt ingezet. Echter ontstaat hier een onduidelijkheid wat betreft de eenduidigheid van het onderzoek, er zullen dan ook geen verdere verbanden tussen doelgroep en interventies gelegd worden.

Bij 23 respondenten is de cliënt op de hoogte van de doelstelling. In de 3 gevallen waar de cliënt niet op de hoogte is van de doelstelling, is de beeldend therapeut in één geval werkzaam met asielzoekers die de Nederlandse taal niet begrijpen. In de twee andere gevallen zijn de beeldend therapeuten werkzaam met cliënten met een psychotische stoornis en/of schizofrenie waar sprake is van overmatig middelengebruik en/of middelenafhankelijkheid.
Zie voor meer informatie bijlage 3, figuur 5 t/m 7 met de bijbehorende tabellen.

3.3 De behandeling

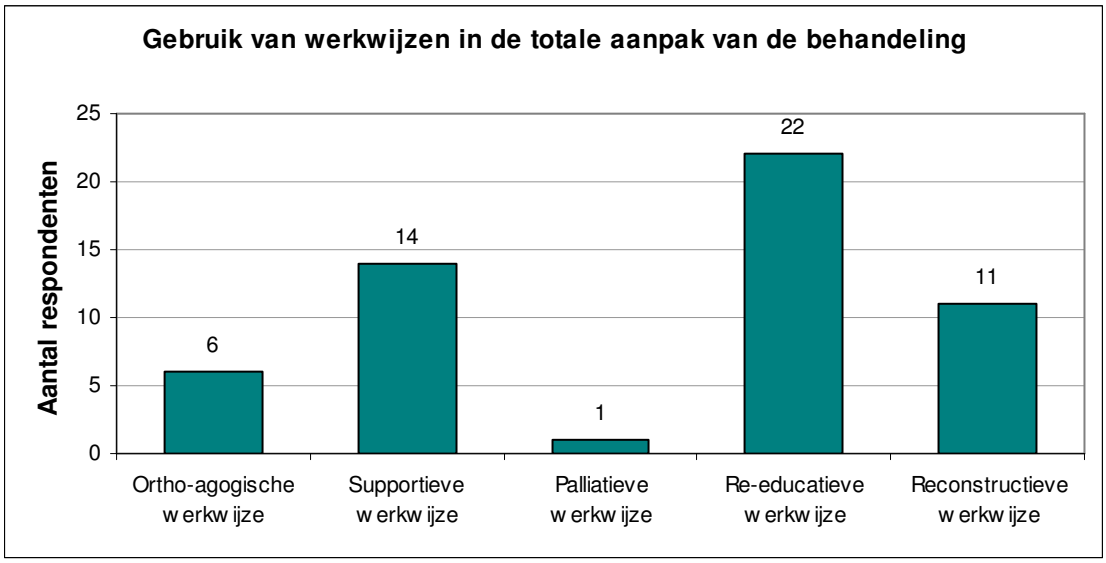
Er zijn vier vragen gesteld over de behandeling die de therapeut aan de cliënt aanbiedt. De eerste vraag betrof de wijze waarop de activiteit wordt ingezet door de respondent. 11 respondenten gaven aan individueel te werken met de cliënt bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. 2 therapeuten hiervan werken veelal met samenwerkingsopdrachten tussen de therapeut en de cliënt. Ook 11 respondenten gaven aan individueel in groepsverband te werken en 1 respondent werkt voornamelijk met samenwerkingsopdrachten tussen de cliënten. 3 respondenten hebben meerdere antwoorden aangekruist, waardoor deze niet zijn verwerkt.

Vervolgens werd de respondent gevraagd hoe de werkvorm meestal wordt aangeboden in de therapie. 11 respondenten bieden zelf de werkvorm aan in de beeldende therapie en 10 respondenten bedenken de werkvorm in overleg met de cliënt of de groep. Slechts 3 respondenten laten de groep of cliënt vrij werken. 2 respondenten hebben bij deze vraag geen eenduidig antwoord gegeven.

Hierna werd de respondent de vraag gesteld welk kader de werkvorm heeft die hij aanbiedt. Het merendeel, 17 respondenten, gaf aan te werken met een halfopen activiteit. Het kader van de activiteit is dan door de therapeut voorgegeven, maar laat wel ruimte voor eigen invulling van de cliënt. 6 respondenten gaven aan de activiteit geheel open te laten, waardoor deze gericht is op het experimenteren en ontdekken en op de eigen vormgeving van de cliënt. Logischerwijs bepaalt de cliënt bij deze vorm van therapie dus veel zelfstandig. Slechts 1 respondent geeft aan de activiteit helemaal voor te structureren, waardoor het verloop van de activiteit vast ligt. Dit wordt ook wel een gesloten activiteit genoemd. Ook hier hebben 2 respondenten geen eenduidig antwoord gegeven.

Een aansluitende vraag op de vragen over de werkvormen, was de vraag over de behandelwijze. 21 respondenten richten zich tijdens de behandeling van de cliënt op de wijze waarop de cliënt met zijn omgeving omgaat; het hier en nu. 2 respondenten richten de behandeling van de cliënt op het doorwerken van vroegere ervaringen, waarbij de levensgeschiedenis van de cliënt centraal staat. De overige 3 respondenten hebben beide opties aangekruist.

Vervolgens werd er gevraagd naar het gebruik van de werkwijzen. Er is een onduidelijkheid in de antwoorden, waardoor de betrouwbaarheid van het resultaat van deze vraag is aangetast. In hoofdstuk 4 ‘De discussie’ zal de onbetrouwbaarheid van deze resultaten worden verklaard. In overleg met senior docent Smeijsters (persoonlijke mededeling, 2011, 28 april) is besloten dat de resultaten van deze vraag niet als werkwijze(n) voor het doel wordt gezien, maar als aanpak van de totale behandeling waarin het bewust worden van eigen handelingspatronen aan de orde komt bij de cliënt.
De grafiek op de volgende pagina maakt duidelijk dat 22 respondenten gebruik maken van de re-educatieve werkwijze, welke zich richt op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. 11 respondenten maken (ook) gebruik van de reconstructieve werkwijze. Deze werkwijze richt zich op het doorwerken van problemen, waarbij persoonsverandering centraal staat. Opvallend is dat slechts 2 van deze 11 respondenten zich richten op het doorwerken van vroegere ervaringen, waarbij de levensgeschiedenis van de cliënt centraal staat. Deze manier van werken ligt namelijk verbonden met de reconstructieve werkwijze. Slechts 2 respondenten relateren hun aanpak niet aan één van deze twee werkwijzen. 14 respondenten gebruiken de supportieve werkwijze. Deze werkwijze richt zich op het bieden van ondersteuning in het leren omgaan met problemen. 6 respondenten maken gebruik van de ortho-agogische werkwijze, waar het draait om het ontwikkelen van vaardigheden op lichamelijk, cognitief, sociaal en emotioneel gebied. Slechts 1 respondent geeft aan gebruik te maken van de palliatieve werkwijze, welke wordt ingezet wanneer de behandeling zich richt op het verzachten van fysieke pijn en/of het valideren van psychische problematiek.



Figuur 1 Overzicht van het gebruik van werkwijzen in de totale aanpak van de behandeling

De beschreven punten onder de behandeling zijn een weergave van hoe de respondenten dit toepassen. Het is niet bekend of zij dit ook de meest juiste manier van werken vinden of dat dit is voorgegeven door de eventuele instelling waar zij werken.
Zie voor meer informatie bijlage 3, figuur 8 t/m 12 met de bijbehorende tabellen.

3.4 De inzet van therapeutische interventies

Vervolgens werd er aan de respondenten gevraagd in welke mate interventies worden gepleegd tijdens de behandeling van de volwassen cliënt waar het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. De respondenten hebben deze antwoorden verduidelijkt met voorbeelden vanuit de therapie. Zie voor meer informatie bijlage 3, figuur 13 met de bijbehorende tabellen.

A. Zelf meedoen op een eigen werk om de cliënt te motiveren (helemaal of gedeeltelijk)
De meeste respondenten gaven aan soms (14) of nooit (8) zelf mee te doen met de activiteit om de cliënt te motiveren. De belangrijkste reden die werd genoemd, is dat mensen hun eigen behoeftes/vormgeving willen leren kennen en dat de respondenten willen voorkomen dat ze zich aan hen aanpassen. Slechts 4 respondenten interveniëren regelmatig op deze manier en 0 respondenten gaven aan dit altijd te doen. De reden om de cliënt te motiveren wordt vaak niet in het verlengde van het doel om bewust te worden van eigen handelingspatronen genoemd. Het wordt wel ingezet wanneer een cliënt zelf niet tot handeling komt of om de drempel om te starten te verlagen. Wel benoemd 1 respondent dat dit gedaan wordt om een veilige basis te creëren, wat volgens haar leidt tot het eerder bereiken van gestelde doelstellingen.

B. Zelf meedoen met een gedeelte van de activiteit op een eigen werk om de handeling voor te doen
Weer veruit de meeste respondenten gaven aan soms (14) of nooit (6) mee te doen met de activiteit om een handeling voor te tonen. De voornaamste reden hiervan is het feit dat de respondenten de cliënt liever zelfstandig laten werken zonder voorbeeld, omdat dit een objectiever beeld geeft van het handelingspatroon van de cliënt in het medium. De 6 respondenten die aangaven dit regelmatig te doen, beschreven dat zij met het voortonen van een ander materiaal of een andere techniek de cliënt willen stimuleren om ander materiaal uit te proberen en zo ander gedrag te laten ervaren.

C. Confronteren door zelf mee te doen op een eigen werk om het gedrag van cliënt te spiegelen (helemaal of gedeeltelijk)
Ook hier gaven de meeste respondenten aan soms (12) of nooit (11) het gedrag van de cliënt te spiegelen om hem hiermee te confronteren. Bijna de helft van de respondenten die dit soms doen, gaven wel aan dat het gedrag daarna bewuster wordt beleefd. 3 respondenten gaven aan regelmatig gedrag te spiegelen, waarvan 2 respondenten dit doen in de vorm van een opdracht waar het draait om leiden en volgen. "Het beurtelings wisselen van rol tussen leiden en volgen biedt een spiegel voor de cliënt hoe hij handelt in het dagelijks leven." (Anoniem, 11 april 2011) Daarbij wordt door meerdere respondenten genoemd dat het confronteren middels spiegelen van gedrag afhankelijk is van de fase van behandeling, omdat confronteren in een te vroeg stadium kan tegenwerken. De basis van veiligheid en vertrouwen tussen therapeut en cliënt is vereist.

D. Confronteren door vragen te stellen over de gedragingen tijdens het beeldend werken
De meeste respondenten confronteren hun cliënt door tijdens het beeldend werken vragen te stellen over de gedragingen van de cliënt. 17 respondenten gaven aan dit regelmatig te doen en 6 respondenten doen dit zelfs altijd. De respondenten gaven voornamelijk aan dat het beeldend werkstuk een illustratie is van de manier waarop een persoon handelt. Door het benoemen en reflecteren op de handeling die zichtbaar is geworden in het beeld, kan de cliënt in het hier en nu zelf zijn gedrag terug zien of door de therapeut geattendeerd worden op zijn gedrag. Hierbij wordt ook vaak genoemd dat in verband met de doelstelling de cliënt eerst wordt geprikkeld door open vragen, waarna vervolgens de eigen observaties van de therapeut worden voorgelegd. 1 respondent benoemde dat de mate van confronteren afhankelijk is van de fase van behandeling. Deze aantallen staan tegenover de kleine groep respondenten die zegt dit soms (2) of nooit (1) te doen. Hier wordt wel beschreven dat deze respondenten dit niet tijdens het proces doen, maar na het proces in de nabespreking.

E. Tijdens de activiteit momenten inlassen om de cliënt vanuit het beeldend werk naar eigen gedragingen te laten kijken (patroonherkenning)
Maar liefst 16 respondenten gaven aan regelmatig momenten tijdens het beeldend werken in te lassen waarop de cliënt naar zijn eigen gedragingen kan kijken vanuit het gemaakte beeld. 4 respondenten lassen deze momenten zelfs altijd in tijdens de sessie. Een respondent verduidelijkt dit met: "tussentijdse reflectiemomenten helpen met zien → ervaren → doen → veranderen" (Anoniem, 11 april 2011). Meerdere respondenten haalden aan dat het beeldend product als spiegel fungeert om de cliënt bewust te maken van eigen gedragingen, herkenning wordt hierbij als sleutelwoord benoemd. "Kijken naar het werk leidt tot het bewust keuzes maken om verder te gaan met het beeldend werk." (Anoniem, 11 april 2011) Ook is hierbij meerdere malen benoemd dat de therapeut aan de cliënt vraagt een link te leggen tussen de gedragingen die zichtbaar zijn in het beeld en de manier waarop de cliënt in zijn dagelijks leven handelt. De minderheid van de respondenten lassen soms (5) of nooit (1) momenten tijdens het werken in om de cliënt vanuit het gemaakte beeld naar zijn eigen gedragingen te laten kijken. De respondenten die dit verduidelijkt hebben met een voorbeeld, vermeldden dat zij dit meestal niet tijdens het proces doen, maar in de nabespreking.

De respondent heeft zelf ook de mogelijkheid gehad om interventies bij te voegen. Een interventie die tweemaal benoemd is en in het verlengde ligt van deze interventie, is het tussentijds evalueren van werkstukken. 1 respondent beschrijft hierbij: "de beeldende producten illustreren het proces en de gemaakte stappen, welke door het zien bespreekbaar worden" (Anoniem, 11 april 2011). Volgens de andere respondent stimuleert de zichtbaarheid van het proces verdere verandering. Wel wordt dit door Schweizer (2009, p. 193) een voorspelbare interventie genoemd.

F. Gedragsalternatieven aanbieden in het medium om te oefenen met ander gedrag
De grote meerderheid van de respondenten biedt regelmatig (16) of altijd (1) gedragsalternatieven aan in het medium om de cliënt te laten oefenen met ander gedrag. Deze 17 respondenten gaven herhaaldelijk aan dat zij met oefeningen werken in tegengesteld gedrag, waardoor de cliënt zijn gedrag, waarvan hij last ervaart, extra tegenkomt. De interventie is dus gericht op de herkenning van eigen patronen. De therapeut daagt de cliënt dus uit om met nieuwe patronen te experimenteren. Dit wordt door één respondent ook wel provocatief coachen genoemd. "De cliënt kan dan in het medium oefenen om op een ander spoor dan het gebruikelijke spoor te geraken." (Anoniem, 11 april 2011) 7 respondenten gaven aan dit soms te doen en 2 respondenten doen dit nooit. Uit de gegeven voorbeelden van hen komt geen eenduidige verklaring voort.

G. Vragen om reacties van medecliënten
Uit de vraag in de enquête hoe de werkvorm wordt aangeboden, werd duidelijk dat 11 respondenten (meestal) individuele therapie geven. Deze score is bijna gelijk aan de 10 respondenten die hebben aangegeven dat het vragen om reacties van medecliënten niet op hen van toepassing is. De andere respondent gaf aan dit soms te doen, maar dat zij weinig met groepen werkt.
6 respondenten gaven aan regelmatig gebruik te maken van reacties van medecliënten en 4 respondenten maken zelfs altijd gebruik van reacties van medecliënten. De therapeut laat meestal de medecliënten vanuit de beeldelementen benoemen wat opvalt aan het werkstuk. De cliënt om wie het gaat, kan dan bij zichzelf nagaan of dit herkenbaar is en klopt. Ook wordt meerdere malen aangegeven dat de reacties van medecliënten als positieve bekrachtiging worden gebruikt. In totaal kruisten 6 respondenten aan soms gebruik te maken van de reacties van de medecliënten. De meerderheid van deze respondenten gaf aan dat de groepsdynamica dit bij hen niet toelaat.

H. Positieve bekrachtiging
Bijna alle respondenten maken gebruik van positieve bekrachtiging wanneer het doel van de cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. 13 respondenten doen dit zelfs altijd en 11 respondenten doen dit regelmatig. Respondenten benoemden dat ieder moment wanneer de cliënt ander gedrag onderzoekt en hiermee experimenteert, het gevoel van eigenwaarde wordt versterkt door positieve bekrachtiging. Volgens een respondent “leren mensen van hun mogelijkheden welke door positieve bekrachtiging telkens opnieuw worden aangehaald” (Anoniem, 11 april 2011). Hierin ligt volgens haar de ruimte om door te ontwikkelen. 1 respondent gaf aan soms de cliënt positief te bekrachtigen en 1 respondent gaf aan dit nooit te doen, wanneer het bewust worden van eigen handelingspatronen centraal staat. Volgens deze respondent is “weten dat het gedrag goed is, onvoldoende om als inzicht te gebruiken” (Anoniem, 11 april 2011).

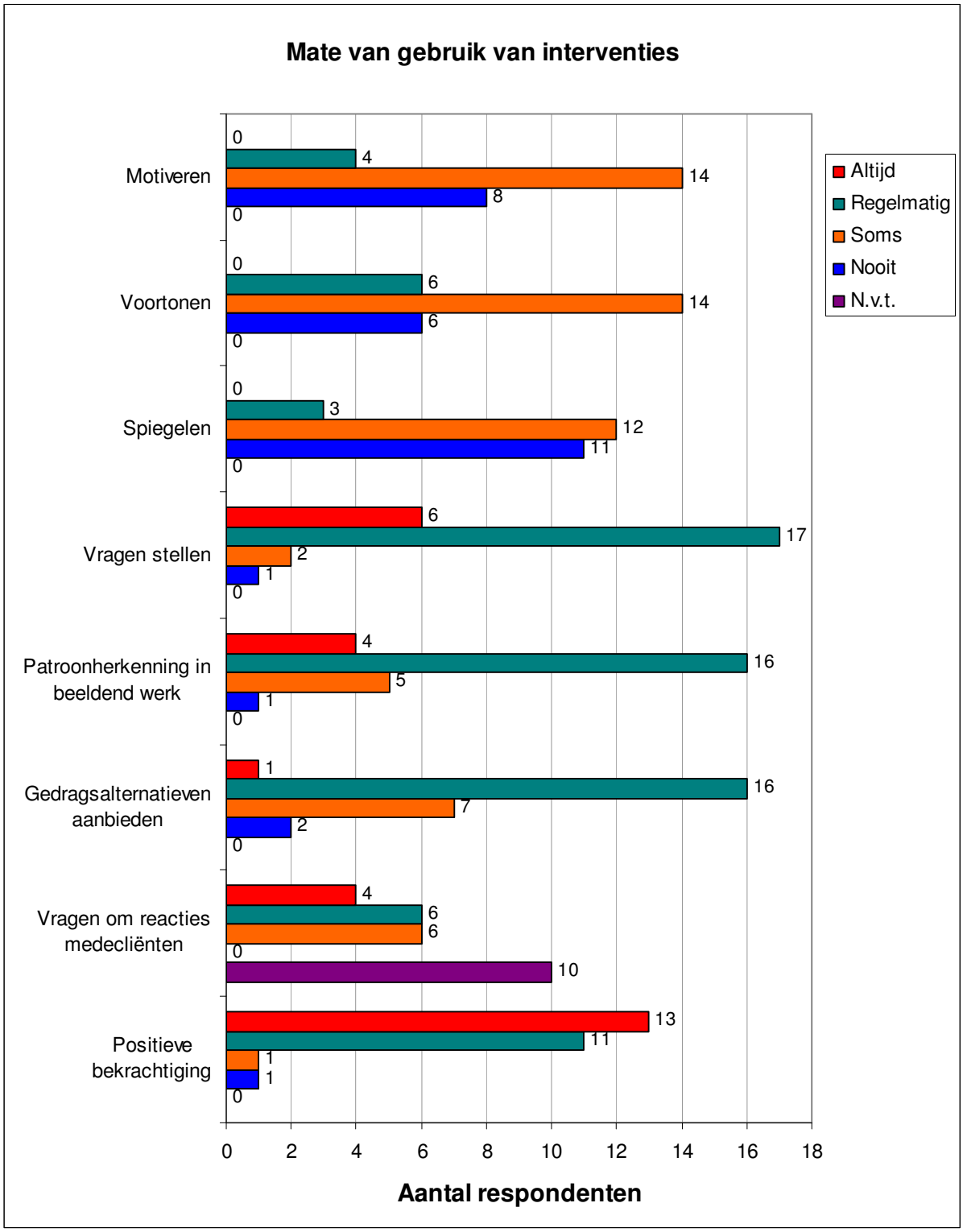
I. Herhaling
Een interventie die meerdere malen zelf werd benoemd door de respondenten, is het aanbieden van herhaling. 2 respondenten gaven aan dit te doen door middel van huiswerkopdrachten, die zij telkens met de cliënt bespreken. 1 van hen verduidelijkt dit door aan te geven dat “bewustwording en verandering pas echt buiten de therapie, in de thuissituatie, kan plaatsvinden” (Anoniem, 11 april 2011). 1 respondent doet dit door terug te refereren naar voorgaande sessies of gebeurtenissen, “om zo een patroon te laten ontdekken of de verandering in te kunnen laten zien” (Anoniem, 11 april 2011). Het geven van huiswerkopdrachten valt ook onder voorspelbare interventies (Schweizer, 2009, p. 193).

Op de volgende pagina (p. 23) staan de gegevens van de mate van gebruik van de interventies overzichtelijk in een grafiek weergegeven.

3.5 De nabespreking

Tot slot is de respondent gevraagd of hij een nabespreking houdt. 25 respondenten gaven aan een nabespreking te houden met de cliënt bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. 1 respondent beantwoordde deze vraag zowel positief als negatief, zij is werkzaam met asielzoekers die niet altijd de Nederlandse taal begrijpen.

Vervolgens werd gevraagd naar de rol die de therapeut binnen de nabespreking inneemt. 8 van de 26 respondenten hebben meerdere antwoorden aangekruist, waardoor de eenduidigheid van deze 8 respondenten wordt beperkt. Van de 18 respondenten hebben 12 respondenten aangegeven dat zij samen met de cliënt naar zijn gedachtes over de gebeurtenissen in de sessie kijken en waar nodig, deze bijstellen middels open vragen. 5 respondenten hebben aangegeven zich actief op te stellen door veel vragen aan de cliënt te stellen. 1 respondent houdt zich vooral op de achtergrond en laat de cliënt zelf over zijn werk vertellen.
Zie voor meer informatie bijlage 3, figuur 14 & 15 met de bijbehorende tabellen.



Figuur 2 Overzicht van mate van gebruik van interventies

3.6 Samenvatting van de resultaten

Om een overzicht van alle resultaten te geven, wordt in deze paragraaf een samenvatting gegeven van de 26 ingevulde enquêtes. 25 respondenten zijn vrouw en 25 respondenten zijn afgestudeerd aan een HBO opleiding creatieve therapie beeldend. De leeftijd van de respondenten varieert van 23 tot 67 jaar en het aantal jaar werkervaring van de respondenten ligt gespreid van 0 tot 30 jaar met een uitschieter van 44 jaar.

De resultaten laten zien dat de respondenten het doel om bewust te worden van eigen handelingspatronen het vaakst bij persoonlijkheidsstoornissen inzetten, welke gevolgd wordt door stemmingsstoornissen. In bijna alle gevallen is de cliënt op de hoogte van de doelstelling.

Uit de resultaten wordt duidelijk dat de helft van de respondenten individueel werkt en de andere helft werkt individueel in groepsverband. Een kleine helft van de respondenten bepaalt zelf de werkvorm die aan de cliënt(en) wordt aangeboden, de andere kleine helft doet dit in overleg met de cliënt of de cliëntengroep. Weinig respondenten laten de cliënt(en) helemaal vrij werken. Bijna driekwart van de respondenten biedt de cliënt een halfopen activiteit aan. Een kwart van de respondenten biedt een open activiteit aan, waarbij het experimenteren en ontdekken en de eigen vormgeving van de cliënt centraal staat. Bijna alle respondenten richten zich op de wijze waarop de cliënt met zijn of haar omgeving omgaat (het hier en nu).
De resultaten laten zien dat de re-educatieve, de supportieve en de reconstructieve werkwijzen het meest overeen komen met de aanpak van de respondenten. Bijna alle respondenten maken gebruik van de re-educatieve werkwijze en de helft van de respondenten maakt gebruik van de supportieve werkwijze en de reconstructieve werkwijze. Een kwart van de respondenten hanteert de ortho-agogische werkwijze en slechts 1 respondent hanteert ook de palliatieve werkwijze.

Wat betreft de interventies weergeven de resultaten dat het merendeel van de respondenten nooit of soms meedoet om een cliënt te motiveren, iets voor te tonen of te confronteren wanneer het doel van de cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Deze interventies worden door de respondenten niet als interventies gezien die in het verlengde liggen van het doel om bewust te worden van eigen handelingspatronen. Daarnaast laten de respondenten de cliënt liever zelfstandig werken zonder voorbeeld, omdat dit een objectiever beeld geeft van het handelingspatroon van de cliënt in het medium.
De overgrote meerderheid van de respondenten stelt altijd of regelmatig vragen over handelingen en gedragingen in het medium tijdens het proces. De voornaamste reden hiervan is dat door het benoemen en reflecteren op de handeling die zichtbaar is geworden in het beeld, de cliënt in het hier en nu zelf zijn gedrag kan terug zien of door de therapeut geattendeerd kan worden op zijn gedrag. Ook de overgrote meerderheid van de respondenten last altijd of regelmatig momenten tijdens het beeldend werken in om de cliënt vanuit het beeldend werk naar eigen gedragingen te laten kijken (patroonherkenning). Volgens meerdere respondenten fungeert het beeldend product als spiegel om de cliënt bewust te maken van eigen gedragingen. De cliënt kan dan gaan proberen een link te leggen tussen de gedragingen die zichtbaar zijn in het beeld en die hij ook tegenkomt in het dagelijks leven. De respondenten die de vorige twee beschreven interventies soms of nooit plegen, leggen de nadruk meer op de nabespreking.
Ook de meerderheid van de respondenten biedt regelmatig gedragsalternatieven aan in het medium om te oefenen met ander gedrag. Dit wordt voornamelijk gedaan via opdrachten in tegengesteld gedrag, waardoor de cliënt zijn gedrag, waarvan hij last ervaart, extra tegenkomt. Vervolgens kan de cliënt in het medium oefenen hoe hij om kan gaan met ander gedrag.
Ongeveer een derde van de respondenten vraagt altijd of regelmatig om reacties van medecliënten. Een kwart geeft aan dit alleen te doen wanneer de groepsdynamica dit toelaat. Voor de overige respondenten was deze vraag niet van toepassing, gezien zij individueel werken.
Bijna alle respondenten maken gebruik van positieve bekrachtiging wanneer het doel van de cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Respondenten benoemden dat ieder moment wanneer de cliënt ander gedrag onderzoekt en hiermee experimenteert, het gevoel van eigenwaarde wordt versterkt door positieve bekrachtiging.

4 Discussie

De discussie fungeert als nabespreking van het verrichte onderzoek. Allereerst wordt besproken of en in hoeverre de resultaten van de ingevulde enquêtes een antwoord geven op de vraagstelling die voorafgaand het onderzoek is geformuleerd. Vervolgens wordt er een kritische blik geworpen op de totstandkoming van het onderzoek en wordt er een uitspraak over de sterkte- en zwaktepunten gedaan. Vanuit hier worden er aanbevelingen voor vervolgonderzoek geformuleerd. Daarna zullen de resultaten verklaard worden aan de hand van ondersteunende vakliteratuur. Tot slot wordt er een nieuw werkmodel geformuleerd, welke wordt vergeleken met mijn oude werkmodel vanuit de stage.

4.1 Beantwoording van de vraagstelling

Nadat de onderzoeksresultaten geanalyseerd zijn, kan de vraag gesteld worden in hoeverre deze een antwoord hebben gegeven op de gestelde vraagstelling aan de start van het onderzoek. Deze vraagstelling luidde als volgt: *'Welke therapeutische interventies plegen beeldend therapeuten wanneer het doel van een volwassen cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt?'*

De oorspronkelijke doelstelling richtte zich op het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van de behandeling van beeldende therapie bij mensen bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Ten gevolge hiervan zouden de interventies die beeldend therapeuten plegen, bijgesteld kunnen worden en meer methodisch en gerichter ingezet zouden kunnen worden.

Er is een representatief beeld van de mate van het gebruik van interventies verkregen en door de voorbeelden die de respondenten hebben gegeven is ook de beargumentering hieruit op te maken. De voorbeelden geven een illustratie van de overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de reden waarom de interventie gepleegd wordt. Dit maakt het antwoord op de vraagstelling meer compleet. Daarnaast was hieruit op te maken of iedereen dezelfde opvatting van de interventie had. Hierdoor zijn de resultaten meer betrouwbaar geworden. Echter; bij het beeld van interventies wat nu is geschetst, kan de kanttekening geplaatst worden of de lijst met interventies wel compleet is geweest. Achteraf gezien had een literatuurstudie voorafgaand het opstellen van de enquête zinvol geweest, waardoor de beantwoording rijker zou zijn en dieper kon gaan dan alleen de interventies die worden gepleegd vanuit de basishouding. Hier wordt in paragraaf 4.3 dieper op ingegaan.

In de korte tijd van het onderzoek zijn relatief veel respondenten benaderd, waardoor het antwoord op de vraagstelling ook meer valide is geworden. Allereerst is een beeld geschetst in welke setting therapeuten de beeldende therapie aanbieden. Er wordt zichtbaar hoe therapeuten momenteel werkzaam zijn in de praktijk. De resultaten laten helaas niet zien of dit volgens hen ook de meest geschikte manier zou zijn.

Het enquêteonderzoek heeft een breed spectrum aan informatie opgeleverd. Door deze verscheidenheid wordt de basishouding van de therapeut zichtbaar. Echter – zoals ook binnen de opmerkingen van de respondenten wordt benoemd – blijft gelden dat elke cliënt een individu is en als individu behandeld dient te worden, waardoor de antwoorden dus niet voorschrijvend zijn. Er behoeft specifieker onderzoek binnen de verschillende doelgroepen om de antwoorden wel voorschrijvend te kunnen maken. De resultaten zijn nu namelijk niet gekoppeld aan een bepaalde doelgroep of bepaalde symptomen, maar kunnen bij meerdere cliënten worden toegepast. De resultaten van dit onderzoek zijn gekoppeld aan de basishouding van de beeldend therapeut, wanneer het doel van de cliënt in de totale behandeling op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt.

Concluderend kan gesteld worden dat de hoofdvraag gedeeltelijk is beantwoord, gezien de beantwoording niet volledig is. Met dit onderzoek zijn de basisinterventies vanuit de beeldend therapeut benadrukt en de manier waarop de behandeling en werkvormen worden aangeboden. Er zijn helaas geen specifieke interventies die beeldend therapeuten plegen bij cliënten met dit behandelingsdoel uitgelicht. Tevens wordt niet beantwoord of de behandeling en werkvormen die beeldend therapeuten in de praktijk aanbieden, ook de meest efficiënte manier volgens hen is. In paragraaf 4.4 zijn de aanbevelingen voor vervolgonderzoek te lezen. In deze paragraaf wordt duidelijk hoe het vervolgonderzoek uitgebreid zou kunnen worden tot een completer onderzoek wat antwoorden kan geven op de resterende vragen.

4.2 Reflectie op de totstandkoming van het onderzoek

Terugkijkend op de onderzoeksopzet, kan de voorgenomen wijze van het onderzoek met de daadwerkelijke methode vergeleken worden. Het is voor buitenstaanders belangrijk om inzicht te hebben in het gehele onderzoeksproces. Volgens Migchelbrink (2010, p. 129) is het verantwoorden van genomen stappen belangrijk ten behoeve van de transparantie die op deze manier in het onderzoeksproces wordt gecreëerd. Deze transparantie werd al zichtbaar in hoofdstuk 2, waar de onderzoeksopzet uitgebreid is beschreven. In deze paragraaf zal hier een reflectie op plaatsvinden.

De planning
Het tijdspad zoals deze in de voorbereiding van het onderzoek is gemaakt, is volgens planning verlopen. Wel is de enquête één week later dan gepland naar de respondenten verstuurd. Om het onderzoek representatief te maken, hebben er voldoende respondenten de enquête retour gestuurd binnen de gestelde tijd. Hierdoor moest er geen extra tijd aan de respondentenwerving geschonken worden.

De steekproef
In het onderzoeksvoorstel heb ik als doel van het onderzoek geschreven dat ik de resultaten wilde gaan generaliseren. Om resultaten te generaliseren, is het belangrijk een aselecte steekproef uit de onderzoekspopulatie te trekken. Echter moet men binnen een aselecte steekproef precies weten hoeveel beeldend therapeuten er totaal in Nederland werkzaam zijn met volwassen cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Er was geen steekproefkader bekend, waardoor er een selecte steekproef is getrokken en de resultaten niet meer te generaliseren zijn. De uitspraken die in dit onderzoek worden gedaan, gelden dus alleen voor de getrokken steekproef.
Een groot voordeel binnen dit onderzoek is dat bijna alle enquêtes per post zijn verstuurd. Ook binnen de opmerkingen van de respondenten werd beschreven dat hen een 'tastbare' enquête veel meer motiveerde om in te vullen. Tevens benoemde de respondenten het een interessant onderzoek te vinden. Deze twee aspecten hebben waarschijnlijk bijgedragen aan de relatief hoge respons.

De enquête
Zoals beschreven, is de enquête één week later dan gepland naar de respondenten verstuurd. Achteraf gezien, was het beter geweest om nog meer tijd in de enquête te steken. In paragraaf 4.3 wordt er een kritische blik op de enquête geworpen, waaruit duidelijk wordt waarom. Hierdoor was de enquête meer volledig en minder multi-interpretabel geworden. Dit had een meer betrouwbaar resultaat van het onderzoek opgeleverd.

4.3 Een kritische blik op het verrichte onderzoek

Wanneer het verrichte onderzoek onder de loep wordt genomen, wordt duidelijk dat het onderzoek zowel zijn sterkten als zijn zwakten bevat. Eén van de belangrijkste fases tijdens het onderzoeksproces, was het opstellen van de enquête. De enquête is immers het meetinstrument waarmee alle informatie op een betrouwbare en valide wijze verzameld moet worden. In deze paragraaf zullen de belangrijkste sterke en zwakke punten van het onderzoek besproken worden.

4.3.1 Sterkten van het onderzoek

Een sterk punt van het onderzoek is het aantal respondenten wat in korte tijd bereikt is. In totaal hebben 31 van de 84 respondenten de enquête retour gestuurd, wat een percentage is van 36,9%. Het onderzoek heeft zich op 26 respondenten gericht, omdat vijf enquêtes niet bruikbaar waren. Dit leidt tot een bruikbaar percentage van 31,0%. Alhoewel Baarda & De Goede (2006, p. 166) een minimum aantal van 30 eenheden adviseren, kunnen 26 respondenten wel als een relatief grote steekproefomvang worden gezien binnen het tijds- en geldbestek in dit onderzoek.

De vragen in de enquête bevatten zowel open, halfopen en gesloten antwoordmogelijkheden. De respondenten hebben veelvuldig gebruik gemaakt van de open en halfopen antwoordmogelijkheden. Hierdoor is er meer tijd in de verwerking van de resultaten gestoken, maar deze verbreding heeft de resultaten wel rijker gemaakt en daarmee de beantwoording van de onderzoeksvraag meer betrouwbaar. Tevens hebben de voorbeelden die de respondenten bij de interventies hebben gegeven, meegeholpen aan een completer antwoord op de vraagstelling.

Wanneer inzichtelijk wordt welke interventies worden gepleegd door 'collega beeldend therapeuten', kan dit een kennis- en inspiratiebron voor elkaar zijn. De kennis en ervaringen kunnen worden gedeeld met elkaar, zodat de interventies doelmatiger kunnen worden ingezet.
Hoewel het onderzoek breed is en daardoor vrij algemeen blijft, wordt wel de basishouding van de beeldend therapeut zichtbaar. Veel respondenten plaatsten aan het eind van de enquête het een interessant onderzoek te vinden en benieuwd te zijn naar de resultaten. 17 van de 31 respondenten hebben hun e-mailadres ingevuld om de resultaten van het onderzoek in te kunnen zien. Het lijkt hierdoor of beeldend therapeuten op zoek zijn naar meer onderzocht materiaal wat de basishouding van de therapeut kracht bij zet. Er is behoefte aan onderzoek binnen dit domein.

4.3.2 Zwakten van het onderzoek

De kritische noot die in deze paragraaf op het onderzoek wordt gegeven, laat een transparante houding vanuit mij als onderzoeker zien. De punten die nu benoemd zullen worden, zijn voor mij een leermoment hoe ik een onderzoek in het vakgebied in het vervolg aan zou pakken. Deze reflectie laat zien hoe ik het onderzoek in vervolg meer valide zou kunnen maken.

Uit de op- en aanmerkingen van de respondenten bleek dat het moeilijk was de enquête vanuit één doelstelling in te vullen. Zo werd door meerdere respondenten aangegeven dat de doelen in de beeldende therapie vrijwel altijd gemengd zijn en dat het bewust worden van eigen handelingspatronen niet een op zichzelf staand doel is. Waarschijnlijk geldt dit niet alleen voor de respondenten die dit hebben aangegeven, maar kunnen meerdere respondenten dit zo ervaren hebben. Dit heeft mogelijkerwijs de betrouwbaarheid van het onderzoek aangetast.

Uit de analyse van de resultaten kwam naar voren dat het voor respondenten lastig was de enquête vanuit één doelgroep in te vullen. De respondenten diende één doelgroep in te vullen bij wie zij het doel om bewust te worden van eigen handelingspatronen het meest inzetten. Vanuit deze keuze diende de respondent de verdere enquête in te vullen, waardoor er gezocht kon worden naar verschillen en overeenkomsten in de behandeling tussen de verschillende doelgroepen. In totaal hebben 15 respondenten één doelgroep aangekruist en de overige 11 respondenten hebben twee of meer doelgroepen aangekruist. Hieruit is in ieder geval op te maken dat die 11 respondenten de enquête niet vanuit één specifieke doelgroep hebben ingevuld. Dit bleek ook terug te komen in de op- en aanmerkingen aan het einde van de enquête, waar respondenten aangaven de doelgroepbepaling moeilijk te vinden. Waarschijnlijk had de enquête meer resultaten wat betreft de doelgroep opgeleverd, wanneer de enquête zich enkel op één specifieke doelgroep had gericht. De respondent die de enquête dan in zou mogen vullen, diende werkzaam te zijn met deze doelgroep (nieuw inclusiecriteria) en vooraf op de hoogte te zijn om welke doelgroep het ging. Wanneer vooraf duidelijk is om welke doelgroep het draait, is een respondent eerder geneigd de resultaten alleen vanuit deze doelgroep in te vullen. De respondent leek behoefte aan meer duidelijkheid te hebben.

De resultaten van de enquête laten een beeld zien hoe therapeuten in de praktijk handelen. Deze resultaten laten echter niet zien of dit volgens de therapeuten ook de meest geschikte manier van behandelen zou zijn of dat dit is voorgegeven vanuit de setting waarin zij werken. Het is mogelijk dat de werkelijkheid kan verschillen met de ideale situatie volgens de respondenten. Achteraf was het waardevol geweest onder het kopje 'C. Behandeling' in de enquête een vraag toe te voegen welke setting zij het meest geschikt zouden vinden in het kader van deze behandeling.

Onder hetzelfde kopje viel ook de vraag over het gebruik van de werkwijzen van Smeijsters. De respondenten konden aangeven welke werkwijzen zij het dichtst bij hun eigen werkwijzen vonden aansluiten. Ik heb in de enquête benoemd dat het mogelijk was meerdere antwoorden te geven bij deze vraag. Achteraf gezien, had ik deze mogelijkheid niet moeten geven. In een e-mailbericht benoemt Smeijsters (persoonlijke mededeling, 2011, 28 april) dat in verschillende fasen van therapie, verschillende werkwijzen ingezet kunnen worden. Er kan dan van de ene werkwijze geleidelijk naar de andere werkwijze toegewerkt worden. De doelstellingen per fase bepalen dus de werkwijze die gehanteerd wordt. Echter hield de enquête geen rekening met de verschillende fasen in de therapie, waardoor deze resultaten enkel geïnterpreteerd kunnen worden. Smeijsters gaf hierbij aan dat wanneer respondenten meerdere werkwijzen voor één doel gebruiken, hiermee niet de werkwijze (want die is gekoppeld aan een bepaald doel), maar 'methode', 'werkvorm' of 'aanpak' bedoeld wordt. Schweizer (2009, p.165) benoemt dat de interventies afhankelijk zijn van de fase van behandeling waarin de cliënt verkeerd. Waar in sommige gevallen is uitgegaan van de totale aanpak in de behandeling en niet alleen van het doel om de cliënt bewust te laten worden van eigen handelingspatronen, kan ook bij het gebruik van interventies de vraag worden gesteld of de interventies puur in het kader van het bewustwordingsdoel zijn gepleegd.

Tevens is het een opvallend resultaat dat slechts 2 van de 11 respondenten wie werkzaam zijn met de reconstructieve werkwijze, zich in de aanpak van hun behandeling richten op het doorwerken van vroegere ervaringen, waarbij de levensgeschiedenis van de cliënt centraal staat. Deze manier van werken ligt namelijk verbonden met de reconstructieve werkwijze. Hiervoor kunnen twee verklaringen worden gegeven. Ten eerste zou het kunnen zijn dat de respondenten de enquête vanuit meerdere cliënten hebben ingevuld, waardoor de resultaten niet gelijk aan elkaar hoeven te zijn. Ten tweede zou het kunnen zijn dat de respondenten de begrippen niet hebben begrepen. Wel is de tweede verklaring zoveel mogelijk voorkomen door de begrippen uit deze vraag in het begrippenkader aan het eind van de enquête te plaatsen.

Hoewel de enquête grondig is doorbesproken met een docent en twee oud-studenten die nu werkzaam zijn als beeldend therapeut, kan de vraag gesteld blijven worden of de lijst met interventies wel compleet is geweest in de enquête. Het gebrek aan voorkennis, heeft de enquête onvolledig en multi-interpretabel gemaakt, waardoor de validiteit van het meetinstrument is aangetast. Het totale onderzoek is erg breed opgezet, waardoor de basishouding van de therapeut wel zichtbaar is geworden, maar er geen specifieke aspecten konden worden uitgelicht. Wanneer ik heel kritisch naar het onderzoek kijk, verwacht ik achteraf gezien dat ik meer ontwikkelingen in mijn eigen werkmodel had kunnen bijbrengen, wanneer ik mijn onderzoek alleen op één enkele casus had gericht en eventueel in een vervolgonderzoek de resultaten pas bij beeldend therapeuten in de praktijk had gemeten. Vanuit het materiaal wat ik tijdens mijn derdejaarsstage heb verzameld, had ik de basis voor het doen van een casestudy. Ik wilde mijzelf echter breder richten, waardoor ik heb gekozen voor een survey waarin ik meerdere aspecten kon belichten. Echter blijkt het tegenovergestelde; juist doordat ik het onderzoek breder heb willen maken, maar de basis miste, heeft het onderzoek juist minder resultaten opgeleverd. Daarnaast was het wegens de tijdsduur van het onderzoek niet mogelijk om mij daadwerkelijk breder te kunnen richten. In paragraaf 4.6, waar het werkmodel wordt besproken, wordt hier dieper op ingegaan.

4.4 Aanbevelingen

De kritische blik die op het onderzoek is geworpen, laat zien dat er nog verbeterpunten in het onderzoek zijn. Hierdoor zijn er momenteel nog geen aanbevelingen te doen voor de praktijk of de beroepsontwikkeling, maar wel voor vervolgonderzoek. Er zijn twee mogelijkheden voor vervolgonderzoek, welke ik zal beschrijven.

De eerste mogelijkheid is een vervolgonderzoek wat ik zelf zou kunnen opstarten. Dan zou ik adviseren mijn eigen casus aan de hand van een kwalitatieve casestudy te gaan verklaren. Dit maakt het voor mij mogelijk mijn eigen werkmodel te verklaren en de resultaten uit het onderzoek te integreren in een nieuw werkmodel.

Een tweede mogelijkheid voor een vervolgonderzoek op dit onderzoek, zou alleen mogelijk zijn als de onderzoeker(s) over meer tijd zou(den) beschikken. Ik spreek bewust van het meervoud, omdat het vervolgonderzoek interessant zou zijn voor meerdere onderzoekers. Doordat dit onderzoek wegens het beperkte tijdsbestek van kleine aard is, zou het interessant en waardevol zijn een dergelijk onderzoek grootschaliger op te zetten. Uit de respons en opmerkingen van de respondenten blijkt het onderwerp van het onderzoek aan te spreken voor therapeuten die werkzaam zijn in de praktijk. De resultaten van dit onderzoek laten een weergave zien van de basishouding. Om een gelijk onderzoek als deze grootschaliger op te zetten zou het wetenswaardig zijn dit onderzoek op te splitsen en op verschillende punten te meten, namelijk de doelgroep en de fase van behandeling. Nu de basishouding bekend is, kan op zoek gegaan worden naar verschillen en overeenkomsten tussen verschillende doelgroepen en de verschillende fasen in de behandeling. Het is dan raadzaam om dezelfde enquête uit te voeren bij verschillende doelgroepen, zodat de resultaten vergelijkbaar worden. Indien de doelgroep vooraf bekend is, zal de respondent ook sneller geneigd zijn om alleen vanuit die ene doelgroep antwoord te geven. Wanneer er een grote respondentengroep benaderd wordt, worden generalisaties mogelijk en zouden de resultaten uit mijn onderzoek toetsbaar worden aan het grotere onderzoek.

Zoals al duidelijk bleek uit paragraaf 4.3, dient het meetinstrument aangepast en uitgebreid te worden tot een meer valide enquête, waardoor de resultaten meer betrouwbaar worden. Dit zou mogelijk zijn door de tekortkomingen die in de vorige paragraaf zijn besproken, aan te passen. Tevens zou er een voorliteratuuronderzoek opgestart moeten worden, om de enquête zo volledig mogelijk te kunnen maken. Deze inventarisatie levert een verbreding van kennis op over en voor de beroepspraktijk, wat zorgt voor de ontwikkeling van vaktherapeutische beroepen.

De afronding van dit hernieuwt opgezet inventariserend onderzoek, kan dan weer tot een basis voor een verklarend onderzoek leiden. In dit verklarend onderzoek kan op zoek gegaan worden naar de beweegredenen van beeldend therapeuten voor de inzet van interventies bij cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Deze verbreding van kennis kan voor beeldend therapeuten leiden tot een heroverweging van de inzet van therapeutische interventies binnen de behandeling van deze cliënten.

4.5 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten uit het onderzoek verklaard en geïnterpreteerd vanuit de literatuur en mijn eigen denkwijze. Om het overzicht te bewaren, wordt dit conform aan de resultatenbeschrijving in hoofdstuk 3 gedaan.

4.5.1 De doelgroep

Haeyen (2007, p. 42) beschrijft in haar boek dat volgens Budde (1989) het uitbreiden van het gedragsrepertoire onder de algemene doelstellingen van beeldende therapie valt. Hierdoor valt ook te verklaren waarom therapeuten dit doel bij een grote verscheidenheid aan doelgroepen inzetten. Volgens Haeyen (p. 102) bieden gedragspatronen die via vormgeving, spel of beweging naar voren komen, aanknopingspunten voor (zelf)reflectie, het aan de orde stellen van patronen en gedragsverandering.
De respondenten zetten dit doel het meest in bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en cliënten met een stemmingsstoornis. Deze cijfers zijn te verklaren door Schoemaker & De Ruiter (2005, p. 25), wie beschrijven dat één op de zeven volwassenen van de Nederlandse bevolking ooit een depressie (valt onder stemmingsstoornissen) krijgt en bij 40% van deze mensen keert de depressie zelfs binnen twee jaar weer terug. Over de cijfers van mensen met een persoonlijkheidsstoornis is in Nederland weinig bekend. Wel beschrijven Schoemaker & De Ruiter (2005, p. 164) dat bij 6 tot 63 % van de psychiatrische cliënten de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis (één van de persoonlijkheidsstoornissen) wordt vastgesteld. Dit impliceert dat dit een grote doelgroep is in de psychiatrie. De cijfers rondom stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen vallen hoger uit dan andere stoornissen. Deze ziektebeelden lijken dus veel meer mensen te treffen in vergelijking met andere ziektebeelden.

Uit de resultaten blijkt dat bijna alle respondenten hun cliënt op de hoogte brengt van de doelstelling. Schweizer (2009, p. 165) verklaart dit door dit als randvoorwaarde van de therapie te zien. 2 respondenten bij wie de cliënt niet op de hoogte is van de doelstelling, werken met cliënten bij wie een psychotische stoornis en/of schizofrenie met overmatig middelengebruik en/of middelenafhankelijkheid is gediagnosticeerd. Vandereycken & Van Deth (2004, pp. 111-112) benoemen dat het ziekte-inzicht bij deze cliënten vaak van geringe aard is, waardoor zij vaak geen reden voor hulp zien. Dit zie ik als een verklaring dat de cliënt met dit ziektebeeld niet altijd op de hoogte is van de doelstelling, omdat er een grote kans bestaat dat de therapie dan door de cliënt wordt afgewezen. Een andere respondent bij wie de cliënt niet op de hoogte wordt gesteld van de doelstelling, is werkzaam met asielzoekers wie niet altijd de Nederlandse taal begrijpen. Het doel van de behandeling kan niet via taal duidelijk gemaakt worden, dus vindt dit plaats via de ervaring in de beeldende therapie.

4.5.2 De behandeling

De resultaten over de behandeling geven een weergave hoe de respondenten werkzaam zijn in de praktijk. Deze resultaten laten niet zien of dit ook de meest effectieve manier van behandelen is.

Individuele therapie of groepstherapie
De helft van de respondenten biedt individuele beeldende therapie aan en de andere helft biedt beeldende therapie in een groep aan. De één-op-éensituatie in individuele therapie geeft de therapeut de gelegenheid de therapie af te stemmen op de behoefte van de cliënt. De therapeut zet de therapeutische relatie en de (tegen)overdrachten actief in in het proces (Schweizer, 2009, p. 474). Elke keuze die in deze houding gemaakt wordt, is dus een interventie die betekenis heeft voor het therapieproces.

Binnen de groepstherapie wordt de therapie veelal gericht op de 'buitenstructuur' van de cliënt. Dit impliceert het centraal laten staan van de wijze waarop de persoon met zijn omgeving omgaat en dit wordt weer zichtbaar in de omgang met het beeldend werken en de medecliënten (Smeijsters, 2003, p. 79). Groen (2006, p. 40) schrijft in haar boek over de wisselwerking die hier tussen de deelnemers plaatsvindt, wat leidt tot de ontwikkeling van de sociale cognitie. Dit leidt er toe dat een cliënt gaat nadenken over zijn eigen gedrag (in relatie tot de ander) en zichzelf hiervan bewust gaat worden.
Het social-learning-model van Bandura (1977) gaat er van uit dat een persoon gemotiveerd wordt door het observeren van het gedrag en de consequenties van dat gedrag. Door het aanschouwen van de consequenties of de opbrengsten van dat gedrag, kan een persoon gemotiveerd worden tot het vertonen van soortgelijk gedrag. Dit noemt hij observationeel leren. Dit model is afkomstig uit de behavioristische benadering, welke afstamt uit de gedragstherapie (Valcke, 2007, pp. 154-155). Een mens leert over de relatie tussen de opbrengsten van het gedrag bij een ander. Op dat gedrag baseert de mens verwachtingen dat het gedrag dus bepaalde opbrengsten zal opleveren. Daarom gaat het observationeel leren net een stap verder dan het imiterend leren. De persoon gaat zelf inzien en de keuze maken, waarom hij iets wel of niet zou willen overnemen (Valcke, 2007, pp. 154-155). Daarbij biedt het materiaal en het product in de beeldende therapie natuurlijk de mogelijkheid om afstand te nemen, zodat de cliënt zich bewust kan worden van datgene wat ervaren is. De omgang met de beeldende therapie en met het interactionele aspect, geeft zowel de therapeut als de cliënt zelf de mogelijkheid te ervaren hoe de pathologie van de cliënt in de beeldende therapie zijn vertaalslag vindt (Schweizer, 2009, p. 303). Concluderend gezien kan gesteld worden dat elk groepslid gedrag met zich meebrengt dat zinvol kan zijn, maar tegelijkertijd ook juist de aanleiding kan zijn waarom de persoon in therapie is gegaan (Beelen, 2000, p. 14; Remmerswaal, 2006a, p. 211; Schweizer, 2009, p. 308). In groepstherapie wordt dus ook een heel andere opstelling van de therapeut verwacht. In eerste instantie neemt de therapeut meer een centrale positie in de groep in, maar naarmate de groep vordert, zal de therapeut zich meer aan de rand van de groep gaan bewegen. Hierbij dient de therapeut rekening te houden met het feit dat de groep van invloed is op het functioneren van het individu en omgedraaid. Daarnaast blijkt uit de voorbeelden bij de interventie over het gebruik maken van reacties van medecliënten dat dit erg afhankelijk is van de groepsdynamica in welke mate hier gebruik van wordt gemaakt.
Winnicott beschrijft het therapeutisch groepsklimaat in de groep met het kernbegrip 'containing'. Onder containing wordt de ruimte verstaan die de therapeut aan de cliënt geeft om te kunnen experimenteren. Het verschil tussen individuele en groepstherapie is, dat in de individuele therapie de therapeut degene is die zorgt voor containment, terwijl in de beeldende groepstherapie de groep deze functie vervult (Smeijsters, 2008, p. 85-88).

Het aanbieden van individuele therapie of groepstherapie is vaak geen bewuste keuze van de therapeut, maar wordt zo aangeboden, omdat dat nou eenmaal de setting is. Zoals uit de literatuur blijkt, zijn er bij beide settings zowel voor- als nadelen, waarvan de voordelen door de therapeut zoveel mogelijk benut moeten worden. Wel lijken er bij groepstherapie meer mogelijkheden voor de therapeut te zijn om de sessie zo goed mogelijk te benutten.

De bepaling van de werkvorm

De bepaling van de werkvorm is volgens Schweizer (2009, p. 83) afhankelijk van de fase van behandeling en van het niveau van de cliënt. De fase van de behandeling is door de enquête niet letterlijk zichtbaar geworden, maar wel af te leiden uit de gegeven antwoorden. Inzicht krijgen is iets anders dan het inzicht al hebben. Aan de beginfase ligt het doel op het verkrijgen van het inzicht, in de latere fases wordt dit inzicht verder uitgewerkt tot gedragsverandering. Daarbij vermeldt Schweizer (2009, p. 202) dat cliënten met een goed zelfinzicht zelfstandiger kunnen werken en hierdoor beter weten welke werkvormen geschikt zouden zijn voor hen.
10 respondenten bedenken de werkvorm in overleg met de groep. Dit sluit aan bij wat Haeyen (2007, pp. 44-45) in haar boek beschrijft. Zij geeft aan dat het belangrijk is om de autonomie en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt centraal te stellen. De cliënt heeft volgens haar dan ook invloed op de behandeling, wat dan ook betekent dat de werkvorm beter in overleg bepaald kan worden. Schweizer (2001, p. 88) bevestigt dit doordat er volgens haar een structuur moet worden aangebracht in de sessies, maar dat er ook ruimte moet zijn voor individuele wensen en werkpunten. Volgens Schweizer (2009, p. 83) heeft een gerichte therapie de beste kansen als de cliënt 'probleemeigenaar' is en zelf in staat is om aan te geven en te verwoorden waar de therapie om draait. Dit gegeven sluit ook aan bij het feit dat bijna een kwart van de respondenten een open activiteit aanbiedt en driekwart een halfopen activiteit aanbiedt. In de voorbeelden die de respondenten bij de interventies geven, wordt duidelijk dat wanneer de cliënt zelf ruimte heeft voor eigen invullingen in het werk, de eigen vormgeving en hiermee de handelingspatronen in het medium veel sneller zichtbaar worden.

Smeijsters (2003, p. 194) volgt hierop met: 'Vormgeving ontstaat in een psychisch proces dat de cliënt bij het maken van het beeld doorloopt'.
Hier tegenover staat dat 11 respondenten de werkvorm bedenken zonder overleg te plegen met de groep. Dit laat een directieve houding van de therapeut zien, wat het meest aansluit bij de beginfase van behandeling waar het bewust worden van eigen handelingspatronen centraal staat.

De aanpak van de totale behandeling
De vraag betreft het gebruik van de werkwijzen is onbetrouwbaar. In dit geval kan beter over de aanpak van de behandeling gesproken worden, omdat het lijkt alsof de respondenten hun antwoorden hebben gegeven vanuit verschillende faseringen. Deze visie staat in paragraaf 4.3 al beschreven. Door er deze visie op te geven, kunnen er wel koppelingen met de literatuur gemaakt worden.

Bijna alle respondenten geven aan het hier en nu centraal te stellen in de behandeling van de cliënt bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Dit sluit aan bij de ruime meerderheid die heeft gekozen voor de re-educatieve werkwijze. In de middenfase van de therapie wordt voornamelijk vanuit deze werkwijze gewerkt. Bij de re-educatieve werkwijze wordt geprobeerd verandering van het probleemgedrag te bewerkstelligen. De problematiek van de cliënt komt voort uit het vasthouden aan denk- en handelingspatronen die de cliënt vanuit zijn hulpvraag wil veranderen. In deze fase van behandeling neemt de therapeut de rol van de confronterende factor aan. Het draait om het bewust worden van eigen gedragingen en het oefenen met nieuw gedrag. De therapeut stuurt dit door werkvormen aan te bieden, waarin de cliënt zichzelf tegenkomt. Deze werkvormen kunnen gericht zijn op het ervaren van de tegenhanger van het eigen gedrag of extra gericht zijn op het tegen komen van gedrag waar de cliënt last van ervaart. Door middel van de alternatieve gedragingen die de cliënt in het hier en nu opdoet in het handelen, kan beweging worden aangebracht in deze patronen. Deze werkwijze staat in verband met het bewust worden van eigen handelingspatronen, waarbij het voornamelijk gaat om de actuele ervaring (Smeijsters, 2008, p. 59).

De supportieve werkwijze heeft een ondersteunend karakter, welke bij het doel om de cliënt bewust te maken van zijn eigen handelingspatronen, vaak ter voorbereiding wordt ingezet (Smeijsters, persoonlijke mededeling, 2011, 28 april). In de eerste fase van de behandeling staat het creëren van een vertrouwensrelatie centraal. De therapeut is sturend in wat hij aanbiedt, zodat er een kader gecreëerd wordt waarbinnen de cliënt kan ervaren en oefenen. Door het gecreëerde vertrouwen, voelt de cliënt zich veilig genoeg om de uitdaging aan te gaan om naar zijn eigen handelen te durven kijken en de problemen waar hij tijdens het werken tegen aan loopt te benoemen (Smeijsters, 2008, p. 57). Echter is niet te achterhalen of de respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, de supportieve werkwijze ook als voorbereidende werkwijze hebben bedoeld.

De ortho-agogische werkwijze en de palliatieve werkwijze staan volgens Smeijsters niet in verband met het doel om de cliënt bewust te maken van eigen handelingspatronen. Waarschijnlijk zijn deze werkwijzen gekozen op basis van de individuele cliënt.

4.5.3 De inzet van therapeutische interventies

Weinig respondenten doen zelf mee met de activiteit op een eigen werkstuk, om de cliënt te motiveren, iets voor te tonen of om gedragingen van de cliënt te spiegelen. De voornaamste redenen die hiervoor worden gegeven, liggen in het verlengde wat in paragraaf 4.5.2 is beschreven over het aanbieden van een halfopen activiteit. Ten eerste willen de respondenten de zelfstandigheid en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt aanspreken en ten tweede leidt het werken zonder voorbeeld tot een objectiever beeld van het handelen. Dit correleert met het feit dat Schweizer (2009, p. 192) het zelf meedoen om deze redenen, ook meer als interventies ziet, die in de startfase van de therapie worden gepleegd. Een ander argument ziet Schweizer (2009, p. 199) in het feit dat het onzekerheid bij de cliënt op kan roepen. Dit gegeven correleert ook met de opmerkingen van de respondenten.

Volgens Haeyen (2007, p. 43) is taal een belangrijk gegeven in de beeldende therapie; hierdoor kunnen woorden aan ervaringen gegeven worden. Daarnaast benoemt zij dat het werkstuk een weergave van het proces is. Dit werkstuk laat zien of wat de cliënt vertelt, ook in overeenstemming is met het proces, wat vooral van belang is bij cliënten wie cognitief sterk zijn. Door het benoemen en reflecteren op de handeling die zichtbaar is geworden in het beeld, kan de cliënt in het hier en nu zelf zijn gedrag terug zien of door de therapeut geattendeerd worden op zijn gedrag. Hierop aansluitend schrijft Schweizer (2009, p. 214) dat door het verwoorden van het inzicht over de ervaring, het inzicht meer bewust wordt gemaakt. Dit sluit aan bij de gegevens van de respondenten.

Het merendeel van de respondenten laat de cliënt tijdens het beeldend werken op een afstand naar het beeld kijken om patronen in het eigen werk te laten herkennen. Deze interventie is onderdeel van de basishouding van de therapeut. Haeyen (2007, p. 48) benoemt dat het beeldend werkstuk het mogelijk maakt naar jezelf te kunnen kijken; het kan confronteren, bevestigen of een nieuw licht werpen op eigen gedragingen. Een sterk punt van beeldende therapie ten opzichte van andere vaktherapieën, is dat het beeld blijft bestaan. De gemaakte keuzes zijn vaak terug te herleiden en vanuit hier kan de cliënt zich bewust gaan worden van de gemaakte keuzes en gepleegde handelingen. Vervolgens kan de cliënt nog in datzelfde proces beslissen om zo verder te gaan of om het anders aan te pakken (gericht op gedragsverandering). Het vervolg van het proces, laat in het beeld terug zien op welk niveau van behandeling de cliënt dat moment zit.

Tegenover verbale therapieën heeft vaktherapie het voordeel dat gedragsalternatieven direct uitgeprobeerd kunnen worden in het medium. Deze gedragsalternatieven worden aangeboden vanuit een materiaal of een techniek wat een ander appèl op de cliënt doet, dan hoe de cliënt gewend is te handelen in het dagelijks leven. Dit sluit aan bij het feit dat bijna driekwart van de respondenten regelmatig een gedragsalternatief aanbiedt in het medium tijdens het werken.

Volgens Schweizer (2001, p. 89) zijn cliënten elkaars voorbeeld en een bron van inspiratie voor elkaar. Zo kan een leerervaring niet alleen iets positiefs voor de cliënt zelf opleveren, maar ook voor zijn medegroepsgenoten. In verschillende literatuurbronnen komt naar voren dat groepsleden een therapeutisch effect op elkaar kunnen hebben (Beelen & Oelers, 2000, p. 14; Remmerswaal, 2006, p. 211, Schweizer, 2009, p. 198). Driekwart van de respondenten maakt gebruik van medecliënten om het gedrag van de cliënt bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt, positief te beïnvloeden. Toch zegt ook nog een kwart van de respondenten alleen gebruik van de reacties van medecliënten te maken, wanneer de groepsdynamica dit toelaat. Ik heb zelf ervaren dat dit afhankelijk kan zijn van de verschillende persoonlijkheden in de groep; de ene groep heeft eenmaal meer met elkaar dan de andere groep. Wanneer de samenstelling van de groep heel wisselend is, heeft de groep een minder hechte band dan een groep die al voor langere tijd samen therapie volgt.

Vervolgens gaven bijna alle respondenten aan gebruik te maken van positieve bekrachtiging. Volgens de respondenten versterkt positieve bekrachtiging het gevoel van eigenwaarde wanneer een cliënt ander gedrag uitprobeert. Van Rijn & Vermeyden (2009, p. 32) benoemen ook letterlijk: “Door positieve bekrachtiging wordt de drijfveer gevoed om dat gewenste gedrag vaker te stellen.” Volgens Schweizer (2009, p. 210) geeft positieve feedback de cliënt mogelijkheden tot groei en verandering.

4.5.4 De nabespreking

De nabespreking zegt iets over de fasering en over de totale aanpak. Bijna alle respondenten houden een nabespreking met hun cliënt. Volgens Budde (2008, p. 159) dient een nabespreking voor het terugkijken op het verloop van het proces waar ervaringen uit het proces een plaats in de belevingswereld van de cliënt krijgen. Schweizer (2009, p. 193) benoemt dat een nabespreking onder voorspelbare interventies valt. In dit onderzoek draait het om onvoorspelbare interventies, maar de manier waarop de respondent de nabespreking houdt, laat wel zien hoe de rollen tussen cliënt(en) en therapeut verdeeld zijn.
Wanneer de cliënt zelf voornamelijk veel over zijn werk vertelt, kan de cliënt ook bepalen wat hij er over wil vertellen. Op deze manier blijft het voor de cliënt veilig. Budde (2008, p. 163) plaatst deze vorm van nabespreken dan ook meer in de beginfase van de behandeling. Weinig respondenten hebben voor deze vorm van nabespreken gekozen.
Het nabespreken in een groep is volgens Budde (2008, p. 163) geïndiceerd voor cliënten wie aandacht voor elkaar kunnen opbrengen, kunnen kijken naar elkaars werk en daarop kunnen reageren. Deze vorm van bespreken vraagt om veel zelfstandigheid. Als therapeut valt de nabespreking hierdoor wel minder te sturen.
De meeste respondenten stellen zich actief op of kijken samen met de cliënt naar de gebeurtenissen in de sessie en waar nodig worden deze bijgesteld door de therapeut middels open vragen. Budde (2008, p. 163) benoemt dat deze vormen van nabespreken geïndiceerd zijn voor cliënten voor wie verdieping in hun werkproces van belang is. Dit sluit aan bij het niveau van de cliëntengroep binnen deze scriptie. Volgens Budde zeggen deze vormen ook meer over de houding van de therapeut gedurende het gehele proces. De therapeut stuurt in deze nabespreking de cliënt naar het ontdekken van eigen handelingspatronen om van daaruit een link te kunnen leggen naar het dagelijks leven.

“Door de koppeling te maken tussen het werkproces en andere situaties, kan de ervaring geïntegreerd worden in iemands handelen.” (Budde, 2000, p. 125) Doordat de therapeut de cliënt helpt om dieper in te gaan op een werkstuk, krijgt de cliënt meer greep op zijn handelingen en motieven.

4.6 Het vernieuwde werkmodel

Zoals eerder is beschreven, definieert Smeijsters (2005, p. 60) een werkmodel als “denk- of doemodellen aan hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt”. Het doel van deze scriptie was het vernieuwen van mijn eigen werkmodel. In deze paragraaf zal ik eerst ingaan op de ontwikkeling van mijn werkmodel, gedurende het verrichten en uitwerken van het onderzoek. Vervolgens zal ik de resultaten integreren in een nieuw werkmodel, waarna een vergelijking tussen het oude en nieuwe werkmodel gemaakt wordt.

4.6.1 De ontwikkeling van mijn werkmodel

Het werkmodel dat ik tijdens mijn stage bij GGZ Oost-Brabant regio Helmond heb ontwikkeld, was gebaseerd op de theorie van de eerste twee jaar van de opleiding en de ervaringen die ik tot dan toe had opgedaan bij verschillende cliënten. De resultaten van het onderzoek hebben mij inzicht gegeven in hoe beeldend therapeuten interventies plegen bij volwassen cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt. Het analyseren van gegevens van respondenten en het in kaart brengen van mijn eigen methodisch handelen, heeft er toe bijgedragen dat ik meer inzicht heb gekregen in de interventies die een rol spelen bij het bewust worden van eigen handelingspatronen.

De manier van onderzoek doen, zegt veel over mijzelf als persoon. Zoals ik in paragraaf 4.3 heb beschreven, is een survey waarschijnlijk geen passende manier geweest om dit onderzoek zo efficiënt mogelijk uit te voeren. Wanneer ik een kritische blik op mijzelf als onderzoeker werp, kan ik ook de analogie naar mijn rollen in andere situaties leggen. Het hebben van hoge verwachtingen, het groots willen aanpakken en daarmee de beginstappen overslaan, kom ik niet alleen tegen in mijn rol als onderzoeker, maar ook in mijn therapeutische houding. Tijdens dit onderzoek ben ik me hier extra bewust van geworden. De titel van dit onderzoek lijkt bijna wel een meervoudige betekenis te hebben. ‘Inzicht in zicht’ is niet alleen voor de inhoud van dit onderzoek heel treffend, maar ook voor het uitvoeringsproces van het gehele onderzoek. Ik kies er voor om ook deze bevindingen mee te nemen in de ontwikkeling van mijn nieuwe werkmodel, omdat ik een aantal zaken heel treffend bij de behandeling van cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen vind aansluiten.

Door deze aspecten mee te nemen, ben ik in staat mijn werkmodel zinvol te vernieuwen.

4.6.2 Integratie van resultaten in nieuw werkmodel

In deze paragraaf zal een nieuw werkmodel worden beschreven waarin de belangrijkste resultaten van het onderzoek zijn geïntegreerd. Binnen mijn praktijkervaring als beeldend therapeute heb ik ervaren dat vooral de interventies tijdens het proces heel sturend zijn gericht op het bewustwordingsproces van een cliënt. Het werken vanuit mijn intuïtie stond centraal en hierop heeft zich mijn werkmodel ontwikkeld. Met dit onderzoek heb ik mijn eigen werkmodel kunnen bijschaven en worden enkele zaken bevestigd, die vanuit mijn intuïtie ingezet werden. Ik zal de belangrijkste aspecten uitlichten en beschrijven.

Fasering van de behandeling
Op stage behandelde ik tien verschillende groepen en één individuele cliënt. Wegens tijdgebrek en een chronisch te kort aan financiële middelen binnen de instelling, konden ik en mijn stagebegeleidster slechts bij één wekelijks MDO aanwezig zijn. Over het proces van de andere acht groepen werden we alleen kort ingelicht voor de start van de therapie. Dit resulteerde in het feit dat de werkvorm binnen de beeldende therapie en het proces van de cliënt nogal eens langs elkaar afliepen. Wegens tijdsgebrek en het tekort aan informatie werden er geen behandelplannen opgesteld.
Door de manier waarop ik dit onderzoek heb uitgevoerd, ben ik me bewust geworden van het feit dat het heel belangrijk is veel tijd en energie te steken in de voorbereiding en haalbaarheid van hetgeen wat ik tot stand wil brengen. Voor mij als therapeut zijnde betekent dit dat ik vooraf het behandelplan van de cliënt opstel, waarin de behandeling qua doelstellingen stap voor stap wordt uitgewerkt.

Dit behandelplan is noodzakelijk, zodat de hoofddoelstelling van de cliënt opgedeeld kan worden in fases en dus in kleinere doelstellingen. Dit leidt er toe dat de cliënt mogelijkheden krijgt aangeboden die passend zijn bij dat moment om ervaringen op te doen ten behoeve van de doelstelling. Ik ben me er van bewust dat ik tijdens mijn stage vaker een stapje terug moest doen om het tempo van de cliënt aan te houden.

In het nieuwe werkmodel dien ik meer vanuit opgestelde fases te werken. Doelen dienen vooraf in het behandelplan van de cliënt te zijn opgesteld en hier moet per fase aandacht aan besteed worden. Van belang is dat de cliënt zelf inspraak heeft in de te bereiken doelen. Tevens dienen tussenevaluaties ervoor om het proces van de cliënt in het oog te houden. In de tussenevaluatie wordt samen met de cliënt gekeken naar het proces en in hoeverre de hulpvraag bereikt is en/of aangepast dient te worden. Vanuit hier kan het behandelplan worden bijgesteld.

In de beginfase van de behandeling staat het creëren van vertrouwen en veiligheid centraal. De cliënt heeft in deze fase de mogelijkheid om kennis te maken met het beeldend medium, met de therapeut en eventueel met de medecliënten. In deze fase wordt de hulpvraag van de cliënt geformuleerd.

In de middenfase van de therapie staat het werken aan de hulpvraag centraal. Het bewust worden van eigen handelingspatronen, wordt in deze fase zichtbaar door de werkvormen die de therapeut aanbiedt (hier wordt in het volgende kopje dieper op ingegaan). De therapeut biedt in deze fase mogelijkheden aan, waarin de cliënt zijn eigen gedrag tegenkomt en ervaart. Vanuit deze ervaringen wordt de analogie naar het dagelijks leven gelegd. Vervolgens biedt de therapeut alternatieve mogelijkheden aan, waardoor de cliënt kan oefenen met ander en meer passender gedrag. In deze fase gaan de interventies van de therapeut een steeds belangrijkere rol innemen, omdat het proces op deze manier meer gestuurd kan worden (hier wordt verderop in deze paragraaf dieper op ingegaan). De middenfase duurt het langst in de totale behandeling.

In de eindfase staat het afsluiten van de therapie centraal. De cliënt moet dan genoeg handvatten hebben meegekregen in de eerste twee fases, waardoor het nieuw aangeleerde gedrag steeds meer eigen is geworden.

De werkvormen

De manier waarop de werkvorm wordt ingezet, is niet alleen afhankelijk van de behoefte van de cliënt, maar ook vanuit de manier waarop de instelling of de praktijk hier regels voor heeft. Binnen GGZ Oost Brabant werd er vrijwel geen individuele therapie aangeboden, omdat dit door financiële tekorten niet mogelijk was. Binnen een eigen praktijk wordt vaak juist individueel gewerkt. De therapeut dient zelf de voordelen van de individuele of groepsbehandeling te benutten.

Wanneer het doel van de cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt en de therapie vordert, dient de cliënt steeds meer zelfstandig keuzes te maken in zijn proces. Dit betekent dat de cliënt ‘probleemeigenaar’ is en zelf in staat is om aan te geven en te verwoorden waar de therapie om draait. De werkvorm wordt dan ook in overleg met de therapeut bepaald. Ditzelfde wordt zichtbaar in het feit dat er gewerkt wordt met halfopen activiteiten. Wanneer de cliënt zelf de kans heeft om eigen vormgevingsprocessen te benadrukken, worden eigen handelingspatronen eerder zichtbaar.

Interventies van de therapeut

De resultaten van het onderzoek bevestigen mijn eigen werkmodel wat betreft het plegen van de therapeutische interventies. Wanneer het bewust worden van eigen handelingspatronen centraal staat bij de cliënt, dient de therapeut ruimte te bieden om ervaringen op te doen die de cliënt bewust maken van eigen gedragingen.

Binnen het onderzoek werden de confronterende interventies als meest gebruikte interventies gezien die bijdragen aan het bewust worden van eigen handelingspatronen. Het stellen van gerichte vragen over gedragingen van de cliënt tijdens het werken, het inlassen van momenten om op zoek te gaan naar patroonherkenning in het beeldend werk en het aanbieden van gedragsalternatieven in het medium, zijn de belangrijkste aspecten om een cliënt bewust te maken. Wanneer gekeken wordt naar de fase van de behandeling, zullen deze interventies voornamelijk in de middenfase van de totale behandeling plaatsvinden. In deze fase wordt behandeld vanuit de re-educatieve werkwijze. Het inzichtelijk maken middels de confronterende aanpak van de therapeut, sluit nauw aan bij deze werkwijze.

De visies van de extern deskundigen bevestigen mijn eigen werkmodel. Door de inzichten die ik binnen dit onderzoek heb opgedaan, ben ik beter in staat de interventies bewuster en meer doelgericht in te zetten in plaats van alleen vanuit mijn intuïtie te werken. Het werkmodel is hierdoor alleen maar meer kracht bijgezet.

4.6.3 Vergelijking oud versus nieuw werkmodel

De ontwikkeling van mijn nieuwe werkmodel laat zien dat er al veel elementen aanwezig waren in mijn oude werkmodel, alleen toen nog minder expliciet ontwikkeld. Ik handelde veel onbewuster, meer vanuit mijn eigen gedrevenheid om mensen te helpen dan vanuit de wensen van de cliënten. Door mijn hoge verwachtingen kon ik mensen te snel in een richting pushen. Ik hield cliënten continue in het zicht, waardoor ik vaak te snel intervenieerde. Zo kreeg de cliënt soms te weinig ruimte om zelf te werken en zijn eigen tempo en richting te bepalen. De inhoud van wat ik zei of deed was wel relevant, maar ik vroeg teveel van iemand. De grootste reden hiervoor was de onzekerheid die in mijzelf lag. Ik hield teveel vast aan mijn eigen verwachtingen waardoor ik niet in de echte rol van therapeut zat. De manier waarop ik dit onderzoek heb verricht, heeft me hier nog meer bewust van gemaakt. Ik zie nu achteraf ook in dat ik tijdens dit onderzoek hele grote stappen heb genomen, waardoor ik de focus van het onderzoek ben kwijt geraakt. Binnen mijn nieuwe werkmodel is het ook van belang dat ik de focus vooraf bepaal, waardoor ik me daaraan vast kan houden. De interventies die ik bij de cliënten pleegde, waren soms al een stap verder dan dat de cliënt zelf was. Het concept was er, maar de uitvoering was zonder eenduidige richting, waardoor het zowel voor mijzelf als voor de cliënten moeilijk was om zicht te houden op de kern. Hierdoor was het tijdens de reflectie over mijn eigen handelen ook moeilijk te bepalen wat nou precies werkte in mijn therapeutische houding en waarom.
Ik heb na dit onderzoek vooral meer kennis in mijn eigen werkmodel gekregen en de manier waarop ik dit werkmodel kan aanpassen tot een geschikter werkmodel waar zowel ik zelf als de cliënten baat bij hebben. Hierdoor voel ik me zekerder als therapeut.

Om de ontwikkelingen van mijn oud naar nieuw werkmodel overzichtelijk weer te geven, zal ik de vergelijking in een tabel uiteenzetten:

Oud werkmodel	Nieuw werkmodel
Ontwikkelingsproces: • kennis leerjaar 1 en 2 opleiding + praktijkervaring = werkmodel uit praktijk	Ontwikkelingsproces: • reflectie op oud werkmodel + praktijkonderzoek + verklaren resultaten onderzoek met behulp van literatuur = bijschaving oud werkmodel → ontwikkeling nieuw werkmodel
Fase-indeling therapie: • behandelplan gedurende de behandeling opstellen • snel een positief resultaat bij de cliënt willen bereiken • niet mogelijk om wekelijks MDO van cliënten bij te wonen	Fase-indeling therapie: • voor de behandeling een behandelplan opstellen • behandeling in het tempo van de cliënt uitvoeren (therapie op maat); doelen worden samen met de cliënt nageleefd • wekelijks MDO van cliënten bijwonen
De werkvorm: • voordelen van de setting waarin je werkt zoveel mogelijk benutten • halfopen activiteiten	De werkvorm: • voordelen van de setting waarin je werkt zoveel mogelijk benutten • halfopen activiteiten
Interventies t.o.v. bewust worden: • gericht op confrontatie • te vroeg in het proces van de cliënt confronterende interventies plegen • interventies intuïtief plegen	Interventies t.o.v. bewust worden: • gericht op confrontatie • mate van confronteren afhankelijk van de fase van behandeling • interventies vanuit kennis plegen

Samenvatting

Dit document betreft de verslaglegging van een onderzoek wat ik in het kader van mijn afstudeerproject heb verricht. Het gaat om een onderzoek naar de inzet van therapeutische interventies in de beeldende therapie in het proces van een volwassen cliënt bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt.

Tijdens mijn derdejaarsstage bij GGZ Oost Brabant in Helmond, heb ik ervaren dat de therapeutische interventies een hele belangrijke rol aannemen om het proces van een cliënt met deze doelstelling goed te kunnen sturen. De werkvorm en de setting van de activiteit liggen vaak van te voren al vast, maar het proces van de cliënt kan tijdens de activiteit gericht worden bijgestuurd door interventies van de therapeut. Een interventie is therapeutisch te noemen, wanneer deze betrekking heeft op een verbetering van de toestand van de cliënt. De beeldend therapeut wil door middel van de interventie een respons uitlokken bij de cliënt of de cliënt laten nadenken over het eigen gedrag. Het doel van een interventie is het opheffen of reduceren van een probleem en het tot stand brengen van een verandering. De vraagstelling van het onderzoek luidde als volgt: *'Welke therapeutische interventies plegen beeldend therapeuten wanneer het doel van een volwassen cliënt op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt?'*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is er een inventariserend onderzoek opgestart. Dit onderzoek was voor het grootste gedeelte van kwantitatieve aard. Via een survey zijn er gegevens van 26 beeldend therapeuten verzameld en geanalyseerd. De schriftelijke enquête had als doel om het bovenstaand beschreven fenomeen uit mijn eigen werkmodel te beschrijven en te inventariseren hoe dit fenomeen zich in andere praktijksituaties binnen het vakgebied voordoet.

De resultaten uit het onderzoek richten zich op de inzet van de behandeling en op de therapeutische interventies. Om de autonomie en de zelfstandigheid van de cliënt met dit behandelingsdoel te bevorderen, wordt de werkvorm in overleg tussen de therapeut en de cliënt(en) bepaald. Om de eigen vormgevingsprocessen in het medium te benadrukken, worden er halfopen activiteiten aangeboden. Binnen dit behandelingsdoel staat de wijze waarop de persoon met zijn omgeving omgaat centraal. De beeldende therapie maakt dit mogelijk doordat het gedrag in het beeldend werk zichtbaar wordt en er binnen het medium geoefend kan worden met ander, meer passender gedrag. In dit stadium zal de beeldende therapie zich dan steeds meer gaan richten op gedragsverandering bij de cliënt. De re-educatieve werkwijze (Smeijsters) sluit bij deze behandeling, waar het hier en nu centraal staat, aan.

Wanneer het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt, neemt de therapeut de rol van de confronterende factor aan. Interventies waarbij er een spiegel aan de cliënt wordt voorgehouden, worden het meest gepleegd in het kader van dit doel. Het stellen van gerichte vragen over gedragingen van de cliënt tijdens het werken, het inlassen van momenten om op zoek te gaan naar patroonherkenning in het beeldend werk en het aanbieden van gedragsalternatieven in het medium, zijn de belangrijkste aspecten om een cliënt bewust te maken.

Door dit onderzoek te verrichten en daarmee deze resultaten te analyseren en te verklaren, heb ik mijn werkmodel kunnen vernieuwen. Concluderend kan ik stellen dat ik de interventies nu gerichter en meer methodisch kan inzetten, waardoor de behandeling bij cliënten bij wie het doel op het bewust worden van eigen handelingspatronen ligt, effectiever kan worden ingezet.

De resultaten van het onderzoek laten de basishouding van de beeldend therapeut zien en juist daarom biedt dit onderzoek de basis voor vervolgonderzoek. Naast de basishouding, zou het wetenswaardig zijn om specifieke interventies uit te lichten bij verschillende doelgroepen. Binnen dit onderzoek zou het dan mogelijk zijn om op zoek te gaan naar overeenkomsten en verschillen binnen de behandelingen van het bewust worden van eigen handelingspatronen bij verschillende doelgroepen.

Literatuuropgave

Boeken

Baarda, D.B. & Goede, M.P.M., de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (4de druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de & Dijkum, C.J., van (2007a). *Basisboek SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens* (3de druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de & Kalmijn, M. (2007b). *Basisboek enquêteren. Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes* (2de druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Beelen, F. & Oelers, M. (2000). *Interactief* (2de druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen.* Amsterdam: Boomonderwijs.

Budde, E. (2000). *Wat woorden niet kunnen zeggen. Creatieve werkvormen en methodieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen. Creatieve werkvormen en methodieken* (2de druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Buuren, H., Hummel, H., Berkhout, J. & Slootmaker, A. (2003). *Onderzoek. De basis* (2de druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Fischer, T. & Julsing, M. (2007). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* Houten: Wolters-Noordhoff.

Gramsbergen, Y.H., Deveer, M.A.J. & Leezenberg, M.G. (2005). *Persoonlijke kwaliteit* (2de druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Groen, M. (2006). *Reflecteren: de basis*. Houten: Wolters-Noordhoff.

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

Hovens, J.E. & Megen, H.J.G.M. (red). (2006). *Handboek Psychologische psychiatrie.* Utrecht: De Tijdstroom.

Kalf, H. & Beer, J., de (2004). *Evidence-based logopedie. Logopedisch handelen gebaseerd op de wetenschappelijke evidentie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

McClave, Benson & Sincich (vertaald door: Smitt, P. & Ulsda, K.). (2007). *Statistiek. Een inleiding voor het hoger onderwijs* (9de druk). Amsterdam: Pearson Education Benulux.

Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (15de druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen* (2de druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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

Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie* (2de druk). Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie* (3de druk). Bussum: Coutinho.

Schoemaker, C. & Ruiter, C. de (red.) (2005). *Trimbos zakboek psychische stoornissen.* Utrecht: De Tijdstroom.

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

Schweizer, C., Bruyn, J. de, Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M. & Visser, H. (Eds.) (2009). *Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Rigter, J. (2004). *Psychologie voor de praktijk* (5de druk). Bussum: Coutinho.

Rijn, E. van, & Vermeyden, S. (2009). *Behandelend trainen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Valcke, M. (2007). *Onderwijskunde als ontwerpwetenschap.* Gent: Academia Press.

Vandereycken, W. & Deth, R. van (2004). *Psychiatrie. Van diagnose tot behandeling* (2de druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Artikelen

Koekkoek, B. (2001). *Ervarend leren in de geestelijke gezondheidszorg*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 56, p.315-330.
Geraadpleegd op 24 september 2010 op http://han.hszuyd.nl/han/VakbibliotheekvoordegezondheidszorgBohnStafleuvanLoghum/www2.bsl.nl/corp/common/framecreator.asp?a k=ggzenwelzijn&ap=vakb

Tunen, C. (2008). *Meeliften op de spiritualiteithype. Het grote succes van mindstyle magazines.* Geraadpleegd op 4 april 2011 op http://medium4.wordpress.com/category/artikelen/mindstyle-magazines/

Bijlagen

B1 Begeleidende brief en enquête
B2 Logboek SPSS
B3 Berekeningen en grafieken

B1. Begeleidende brief en enquête

Coralie Droppert
Altenahof 1
5709 LZ Helmond
0639427droppert@hszuyd.nl

Betreft: inventariserend onderzoek over therapeutische interventies in de beeldende therapie

Helmond, maandag 28 maart 2011

Geachte heer/mevrouw,

Ja hoor, u heeft het vast al in de gaten, er is weer een enquête op uw bureau beland! Aangezien ik er van uit ga dat het invullen van enquêtes of het meewerken aan interviews bijna dagelijkse kost voor u is, wil ik u toch vriendelijk verzoeken deze enquête niet meteen in de kartonnen doos naast de deur te deponeren, maar om toch even verder te lezen!

Mijn naam is Coralie Droppert en ik ben vierdejaars student beeldende therapie aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen. In het kader van mijn afstudeeronderzoek wil ik inventariseren **welke therapeutische interventies** beeldend therapeuten plegen wanneer het doel van een cliënt in behandeling op de **bewustwording van eigen handelingspatronen ligt**.
De cliëntengroep bij wie dit doel wordt ingezet wordt steeds groter. Beeldende therapie biedt voor hen een veilig oefenkader om eigen patronen te ontdekken en te experimenteren om nieuwe gedragingen te oefenen en deze vervolgens eigen te maken. Wat mij in dit onderzoek bezig houdt, is de vraag welke rol de therapeut inneemt in dit proces, oftewel; **hoe interveniëren therapeuten wanneer het bewust worden van eigen handelingspatronen centraal staat in de behandeling.** Het betreft hier dus niet de activiteit die u inzet (de voorbereiding), maar de interventies die u gedurende de sessies pleegt welke betrekking hebben op een verbetering van de toestand van de cliënt of sturing geven aan het proces van de cliënt.
Aangezien u als beeldend therapeut werkzaam bent, kunt u mij een goed beeld geven van uw werkervaringen in de praktijk.

Om mijn onderzoek te kunnen laten slagen en van voldoende betekenis te kunnen maken voor ons vak, zou u mij verder kunnen helpen door deze enquête in te vullen. Het invullen zal ongeveer tien minuten in beslag nemen. Graag ontvang ik dan ook de ingevulde enquête binnen twee weken, voor **maandag 11 april 2011** terug in de meegeleverde geadresseerde antwoordenveloppe. Een postzegel is niet nodig.
De gegevens zullen volstrekt anoniem verwerkt worden. Wanneer u geïnteresseerd bent in de resultaten van dit onderzoek in de vorm van een digitale scriptie, kunt u uw e-mailadres aan het einde van de enquête noteren.

Indien er nog vragen of opmerkingen zijn, kunt u contact met mij opnemen via e-mail of per post gericht aan mijn persoonlijke adres, welke boven aan deze pagina genoemd staat.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Coralie Droppert

Bijlage: enquête en antwoordenveloppe

Invulinstructies

Deze enquête bestaat uit elf vragen, verdeeld over vijf onderwerpen. Ik zou u willen verzoeken bij het beantwoorden van de vragen telkens het hokje aan te kruisen bij het antwoord dat op u van toepassing is of uw voorkeur heeft. Sommige vragen vereisen een enigszins andere beantwoording, de instructie daarvoor wordt bij de vragen zelf gegeven. Gelieve daarom de vragen en de bijbehorende instructie nauwkeurig te lezen.
Let u er bij het invullen van de enquête op dat u dit doet vanuit het doel om een cliënt bewust te maken van eigen handelingspatronen en niet vanuit eventuele subdoelstellingen van een cliënt.

A. Persoonsgegevens

Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw
Leeftijd: _____ jaar
Beroepsopleiding(en): _____
_____
_____

Hoeveel jaar werkervaring als beeldend therapeut heeft u?
☐ 0 - 5 jaar ☐ 6 - 10 jaar ☐ 11 - 15 jaar ☐ 16 - 20 jaar ☐ 21 jaar of meer, namelijk ___ jaar

B. Doelgroep

1. Kunt u de volgende twee stellingen allebei positief beantwoorden?
   - Ik werk met volwassenen (18-65 jaar)
   - Ik richt me bij minstens één volwassen cliënt op het vergroten van de bewustwording op eigen handelingspatronen

   ☐ Ja
   ☐ Nee

(Wanneer u 'nee' heeft aangekruist, wil ik u bedanken voor uw medewerking en hoeft u deze enquête niet verder in te vullen. Gelieve de enquête wel terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenveloppe.)

2. Bij welke doelgroep/problematiek zet u het doel om een cliënt bewust te maken van eigen handelingspatronen het meeste in?
(Wanneer u bij meerdere doelgroepen dit doel inzet, graag dan de doelgroep kiezen bij wie u dit het meeste inzet.)
   ☐ Cliënten met een stemmingsstoornis
   ☐ Cliënten met een angststoornis/dwangklachten
   ☐ Cliënten met een psychotische stoornis/schizofrenie
   ☐ Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis
   ☐ Cliënten met een verslaving
   ☐ Cliënten met comorbiditeit (dubbeldiagnose), namelijk _____
   ☐ Anders, namelijk _____

(Gelieve de komende vragen beantwoorden vanuit de doelgroep die u nu heeft aangekruist.)

3. Is de cliënt op de hoogte van de gestelde doelstelling?
   ☐ Ja
   ☐ Nee

C. Behandeling

4. Hoe wordt de activiteit binnen de beeldende therapie, wanneer het doel van de cliënt op de bewustwording van eigen handelingspatronen ligt, voornamelijk aangeboden bij deze doelgroep?

- ☐ Individueel
- ☐ Samenwerking tussen therapeut en cliënt
- ☐ Individueel in groepsverband
- ☐ Samenwerking tussen cliënten

5. Hoe ziet de inhoud van een sessie er over het algemeen uit t.o.v. het doel om de bewustwording over eigen handelingspatronen bij de cliënt te vergroten?

- ☐ Werkvormen worden door de beeldend therapeut aangeboden
- ☐ De cliënt/groep bepaalt zelf wat hij/zij wil(len) doen (er wordt dan vrij gewerkt)
- ☐ Werkvormen worden bedacht in overleg met de cliënt/groep

6. Welk soort werkvorm is in uw ervaring geschikt gebleken t.o.v. het doel om de bewustwording bij de cliënt te vergroten?

- ☐ Open: werkvorm is gericht op experimenteren, ontdekken en op de eigen vormgeving van de cliënt; cliënt bepaalt hierbij veel zelfstandig
- ☐ Half open: het kader van de werkvorm is voorgegeven, maar laat ruimte voor eigen invulling van de cliënt
- ☐ Gesloten: het verloop van de werkvorm ligt vast, deze is voorgestructureerd door de therapeut

7. Op welk van de twee onderstaande aspecten richt u zich wanneer het bewust worden van eigen handelingspatronen centraal staat bij de cliënt?

- ☐ Op het doorwerken van vroegere ervaringen (gericht op levensgeschiedenis van de cliënt)
- ☐ Op de wijze waarop de persoon met zijn omgeving omgaat (het hier en nu)

8. Welke werkwijze zoals Smeijsters deze beschrijft, hanteert u om de bewustwording bij de cliënt te vergroten? Aan het eind van de enquête worden de onderstaande begrippen nog uitgebreider uitgelegd.
(Bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- ☐ Ortho-agogisch: ontwikkelen van vaardigheden
- ☐ Supportief: ondersteuning bieden in het leren omgaan met problemen
- ☐ Palliatief: verzachten van fysieke pijn en het valideren bij psychische problematiek, doelgroep zijn mensen met chronische problematiek
- ☐ Re-educatief: gericht op het beïnvloeden en doorwerken van problemen
- ☐ Reconstructief: gericht op het doorwerken van problemen

D. De inzet van therapeutische interventies binnen de behandeling

9. Op de volgende twee pagina's treft u acht interventies aan waarvan ik u wil vragen per interventie in te vullen in welke mate u deze gebruikt en of u hier een voorbeeld uit de praktijk betreffende uw gekozen doelgroep bij vraag 2 van kunt geven. U kunt eventueel nog twee interventies bijvoegen die u ook van belang vindt, maar niet genoemd worden.
Let er bij het invullen op dat u de mate van het gebruik van de interventies alleen invult ten behoeve van de vergroting van de bewustwording bij de cliënt en dus niet voor eventuele andere doelen.

A. Zelf meedoen met de activiteit op een eigen werk om de cliënt te motiveren (gedeeltelijk of met de totale activiteit)

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

B. Zelf meedoen met een gedeelte van de activiteit op een eigen werk om de handeling voor te doen (voortonen)

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

C. Confronteren door zelf mee te doen met de activiteit op een eigen werk om het gedrag van de cliënt te spiegelen (gedeeltelijk of met de totale activiteit)

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

D. Confronteren door vragen te stellen over de gedragingen tijdens het beeldend werken

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

E. Tijdens de activiteit momenten inlassen om de cliënt vanuit het beeldend werk naar eigen gedragingen te laten kijken (patroonherkenning)

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

F. Gedragsalternatieven aanbieden in het medium om te oefenen met ander gedrag

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

G. Vragen om reacties van medecliënten

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit	N.v.t.
☐	☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

H. Positieve bekrachtiging

Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

		Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
I.	**Anders, namelijk** _____	☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

		Altijd	Regelmatig	Soms	Nooit
J.	**Anders, namelijk** _____	☐	☐	☐	☐

Voorbeeld uit praktijk: _____

E. De nabespreking

10. Houdt u een nabespreking met de cliënt?
    - ☐ Ja
    - ☐ Nee

(Wanneer u 'nee' heeft aangekruist, wil ik u bedanken voor uw medewerking en was dit de laatste vraag voor u.)

11. Welke rol neemt u aan in de nabespreking?
    - ☐ Ik stel me actief op door veel vragen aan de cliënt te stellen
    - ☐ Ik kijk samen met de cliënt naar zijn gedachtes over de gebeurtenissen in de sessie en waar nodig stel ik deze bij middels open vragen
    - ☐ Ik houd me vooral op de achtergrond en laat de cliënt zelf over zijn werk vertellen
    - ☐ Ik houd me vooral op de achtergrond en laat cliënten aan elkaar vragen stellen

Dit is het einde van de enquête, ik wil u van harte bedanken voor uw medewerking!
Op de volgende pagina is ruimte voor eventuele op- en/of aanmerkingen.

Ruimte voor op- en/of aanmerkingen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Indien u de resultaten van dit onderzoek in de vorm van een digitale scriptie wenst te ontvangen, kunt u uw e-mailadres hieronder noteren:

_____

Begrippenverklaring bij vraag 8.
Werkwijzen H. Smeijsters uit het Handboek Creatieve Therapie (2008), 3de druk.

- Ortho-agogische werkwijze: deze werkwijze richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden. De mediumactiviteiten zijn gericht op de ontwikkeling van psychomotorische, sensorimotorische en spraak/taalvaardigheden en perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden. De creatief therapeut heeft een directieve houding en het verloop van de werkvormen in het medium liggen vast.

- Supportieve werkwijze: deze werkwijze richt zich op het bieden van ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Het betreft hier niet het wegnemen van problemen, maar juist de verbetering van de omgang met de problemen en symptomen van het ziektebeeld. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter.

- Palliatieve werkwijze: de belangrijkste doelstelling binnen deze werkwijze is het verzachten van fysieke pijn en het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek. De doelgroep betreft mensen met chronische problematiek.

- Re-educatieve werkwijze: deze werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Hiertoe behoort het veranderen van probleemgedrag en de eventuele psychische conflicten die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen. Het eigen gedrag en het beleven in het hier en nu en de directe oorzaken daarvan staan centraal in deze werkwijze. Na afloop van de activiteit vindt een reflectie plaats.

- Reconstructieve werkwijze: deze werkwijze is gericht op het doorwerken van problemen en gaat het om het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten, die vaak zijn terug te voeren tot de kinderjaren. Van een onbewust conflict kan sprake zijn als bij de cliënt in bepaalde situaties emoties optreden die hij zelf niet begrijpt. De doelstelling richt zich op het bewust maken van deze conflicten en op persoonlijkheidsverandering.

B2. Logboek SPSS

Vraag	Variabele	Codering		Meetniveau
A. Persoonsgegevens				
	Geslacht	Man Vrouw	1,00 2,00	Nominaal
	Leeftijd	Geen categorische vraag		Ratio
	Beroepsopleiding(en)	Geen categorische vraag		-
	Aantal jaar werkervaring	0 - 5 jr. 6 - 10 jr. 11 - 15 jr. 16 - 20 jr. 21 - 25 jr. 26 - 30 jr. 31 - 35 jr. 36 - 40 jr. 41 - 45 jr.	1,00 2,00 3,00 4,00 5,00 6,00 7,00 8,00 9,00	Ratio
B. Doelgroep				
1	Volwassen + bewustwording	Ja Nee	1,00 2,00	Nominaal
2	Inzet bij welke doelgroep	Stemmingsstoornis Angststoornis Psych. st./ schizofr. Persoonlijkheidsst. Verslaving Rouwverwerking Asielzoekers	1,00 2,00 3,00 4,00 5,00 6,00 7,00	Nominaal
3	Cliënt op hoogte van doel	Ja Nee	1,00 2,00	Nominaal
C. Behandeling				
4	Activiteit	Indidueel Samenwerking T-C Indivudeel in groep Samenwerking C-C	1,00 2,00 3,00 4,00	Nominaal

Vraag	Variabele	Codering		Meetniveau
C. Behandeling				
5	Inhoud sessie	Werkvorm door T Werkvorm door C Werkvorm in overleg	1,00 2,00 3,00	Nominaal
6	Soort werkvorm	Open Halfopen Gesloten	1,00 2,00 3,00	Nominaal
7	Richting van behandeling	Levensgeschiedenis Hier en nu	1,00 2,00	Nominaal
8	Werkwijzen	Ortho-agogisch Supportief Pallialtief Re-educatief Reconstructief	Ja = 1,00 Nee = 2,00 Ja = 1,00 Nee = 2,00 Ja = 1,00 Nee = 2,00 Ja = 1,00 Nee = 2,00 Ja = 1,00 Nee = 2,00	Nominaal
D. De inzet van therapeutische interventies binnen de behandeling				
9a	Motiveren	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal
9b	Voortonen	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal
9c	Confronteren door spiegelen	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal
9d	Confronteren door vragen stellen	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal
9e	Cliënt naar eigen werk laten kijken	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal

Vraag	Variabele	Codering		Meetniveau
D. De inzet van therapeutische interventies binnen de behandeling				
9f	Gedragsalternatieven aanbieden	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal
9g	Vragen om reacties medecliënten	Altijd Regelmatig Soms Nooit N.v.t.	1,00 2,00 3,00 4,00 888,00	Ordinaal
9h	Positieve bekrachtiging	Altijd Regelmatig Soms Nooit	1,00 2,00 3,00 4,00	Ordinaal
E. De nabespreking				
10	Nabespreking	Ja Nee	1,00 2,00	Nominaal
11	Rol therapeut	Actief Samen C vertellen CC vragen stellen	1,00 2,00 3,00 4,00	Nominaal

Codering bij missende gegevens:
Wanneer er meerdere antwoorden zijn ingevuld is dit gecodeerd met de value ‘777’.
Wanneer een vraag niet van toepassing was op de respondent, is deze gecodeerd met de value ‘888’.
Wanneer de respondent vergeten is om een vraag in te vullen, is deze gecodeerd met de value ‘999’.

N.B.: de voorbeelden bij de interventies (open gegevens) zijn kwalitatief verwerkt.

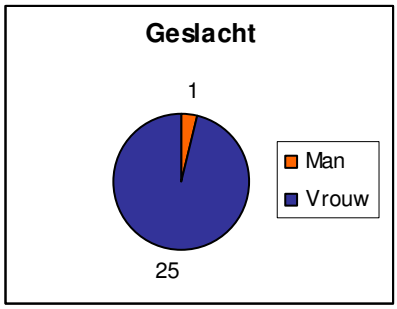
B2. Berekeningen en grafieken

A. Persoonsgegevens

Tabel 1 Statistics

Geslacht

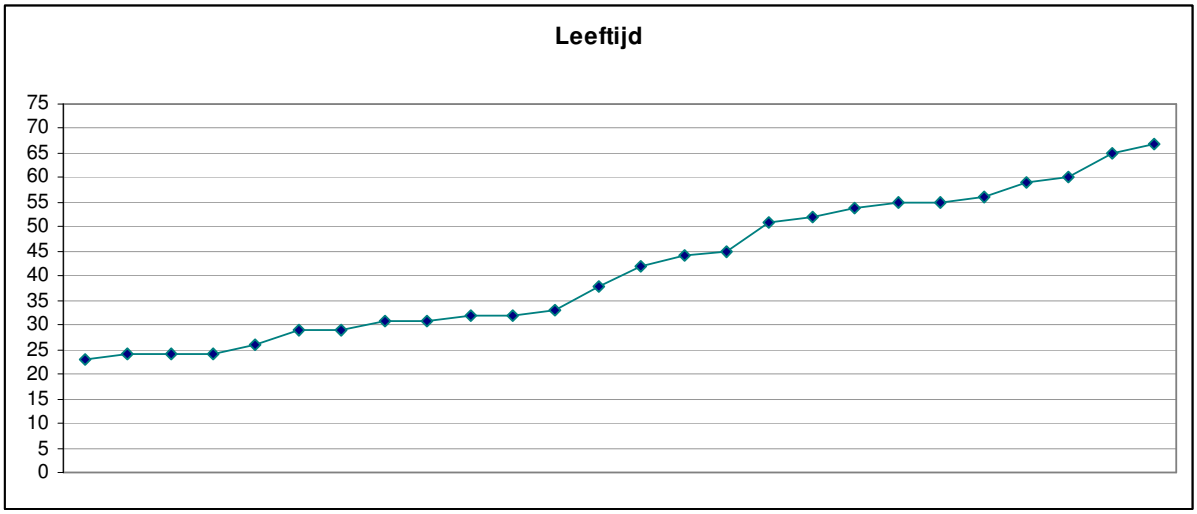
N	Valid	26
	Missing	0
	Mode	2



Figuur 1 (gegevens uit tabel 1 & 2)

Tabel 2 Geslacht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Man	1	3,8	3,8	3,8
	Vrouw	25	96,2	96,2	100
	Total	26	100	100	



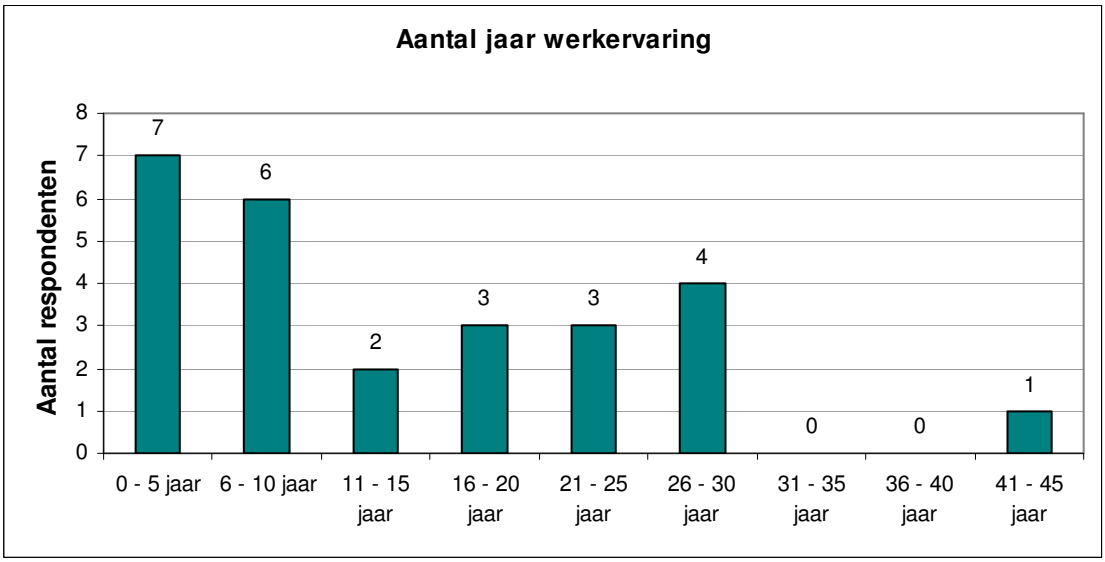
Figuur 2

Tabel 3 Statistics

Aantal jaar werkervaring		
N	Valid	26
	Missing	0
	Median	2
	Mode	1

Tabel 4 Aantal jaar werkervaring

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 - 5 jaar	7	26,9	26,9	26,9
	6 - 10 jaar	6	23,1	23,1	50
	11 - 15 jaar	2	7,7	7,7	57,7
	16 - 20 jaar	3	11,5	11,5	69,2
	21 - 25 jaar	3	11,5	11,5	80,8
	26 - 30 jaar	4	15,4	15,4	96,2
	40 - 45 jaar	1	3,8	3,8	100
	Total	26	100	100	

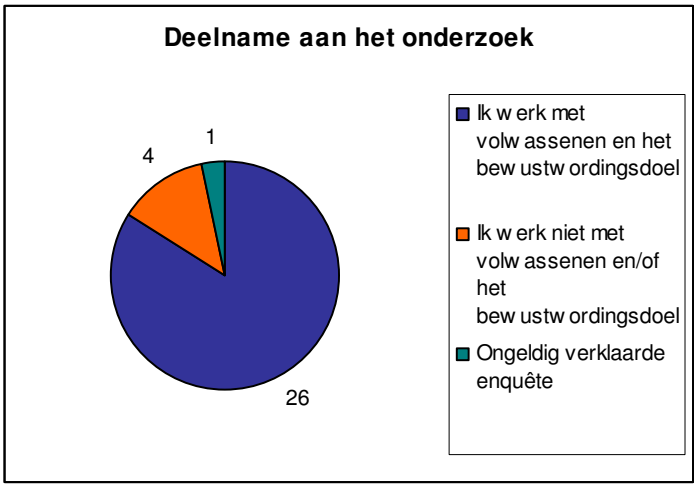


Figuur 3 (gegevens bij tabel 3 & 4)

Vraag 1

Tabel 5 Statistics
Werken met volwassenen en bewustwording

N	Valid	31
	Missing	0
	Mode	1



Figuur 4 (gegevens uit tabel 5 & 6)

Tabel 6 Werken met volwassenen en bewustwording

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ik werk met volwassenen en het bewustwordingsdoel	26	83,9	83,9	83,9
	Ik werk niet met volwassenen en het bewustwordingsdoel	4	12,9	12,9	96,8
	Ongeldig verklaarde enquête	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Vraag 2

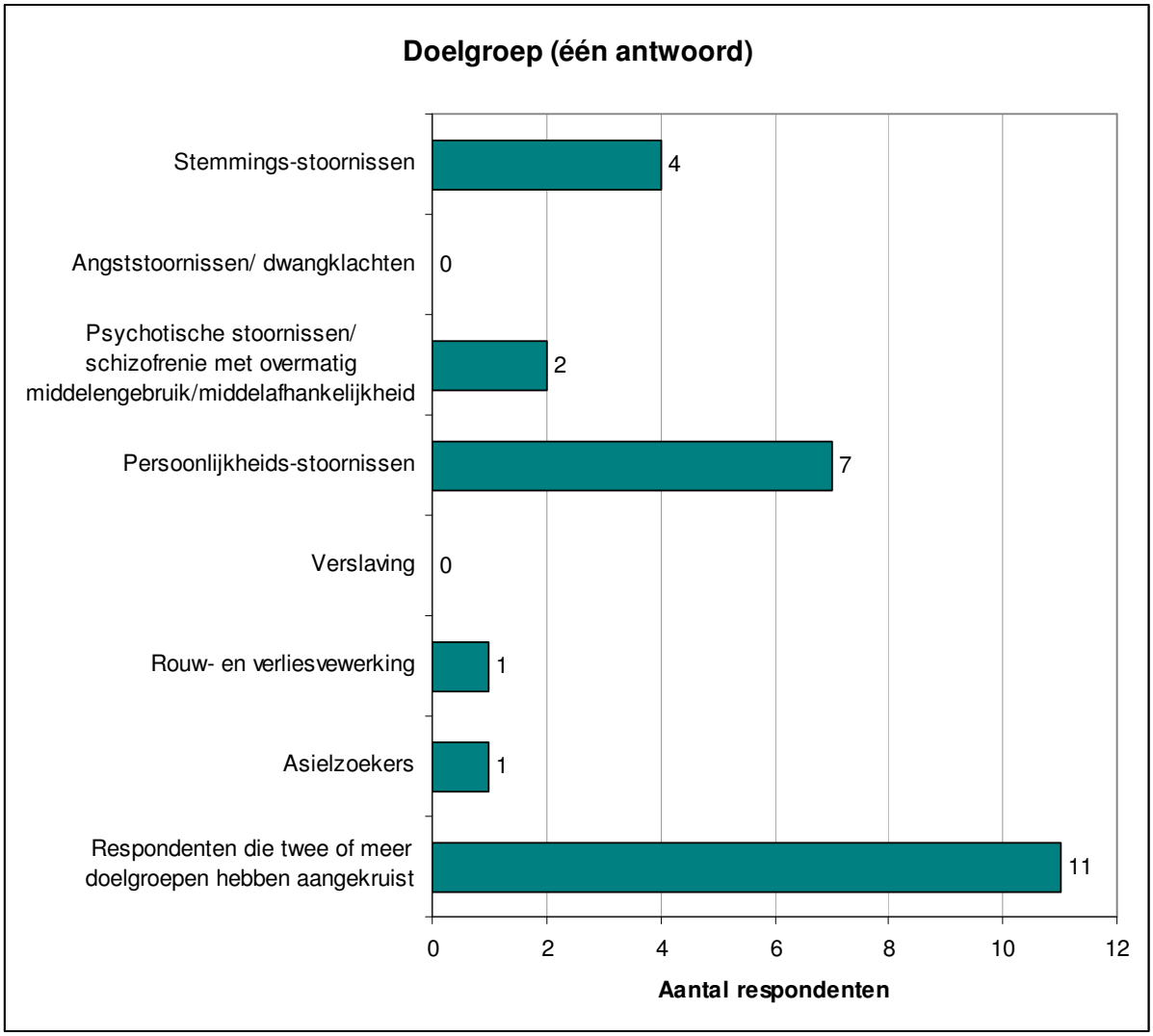
Tabel 7 Statistics

Respondenten die één doelgroep hebben aangekruist

N	Valid	15
	Missing	11
	Mode	4

Tabel 8 Respondenten die één doelgroep hebben aangekruist

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cliënten met een stemmingsstoornis	4	15,4	26,7	26,7
	Cliënten met een psychotische stoornis/schizofrenie met overmatig middelengebruik/middelenafhankelijkheid	2	7,7	13,3	40
	Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis	7	26,9	46,7	86,7
	Cliënten met rouw- en verliesverwerking	1	3,8	6,7	93,3
	Asielzoekers	1	3,8	6,7	100
	Total	15	57,7	100	
Missing	System	11	42,3		
Total		26	100		



Figuur 5 (gegevens uit tabel 7 & 8)

Tabel 9a Statistics

		Cliënten met een stemmingsstoornis	Cliënten met een angststoornis/ dwangklachten	Cliënten met een psychotische stoornis/ schizofrenie met overmatig middelengebruik/ middelenafhankelijkheid	Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis
N	Valid	26	26	26	26
	Missing	0	0	0	0
	Mode	2,00	2,00	2,00	1,00

Tabel 9b Statistics

		Cliënten met een verslaving	Cliënten met rouw- en verwerkingsproblematiek	Asielzoekers
N	Valid	26	26	26
	Missing	0	0	0
	Mode	2,00	2,00	2,00

Tabel 10 Cliënten met een stemmingsstoornis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	12	46,2	46,2	46,2
	Nee	14	53,8	53,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 11 Cliënten met een angststoornis/ dwangklachten

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	7	26,9	26,9	26,9
	Nee	19	73,1	73,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 12 Cliënten met een psychotische stoornis/ schizofrenie met overmatig middelengebruik/ middelenafhankelijkheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	2	7,7	7,7	7,7
	Nee	24	92,3	92,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 13 Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	15	57,7	57,7	57,7
	Nee	11	42,3	42,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 14 Cliënten met een verslaving

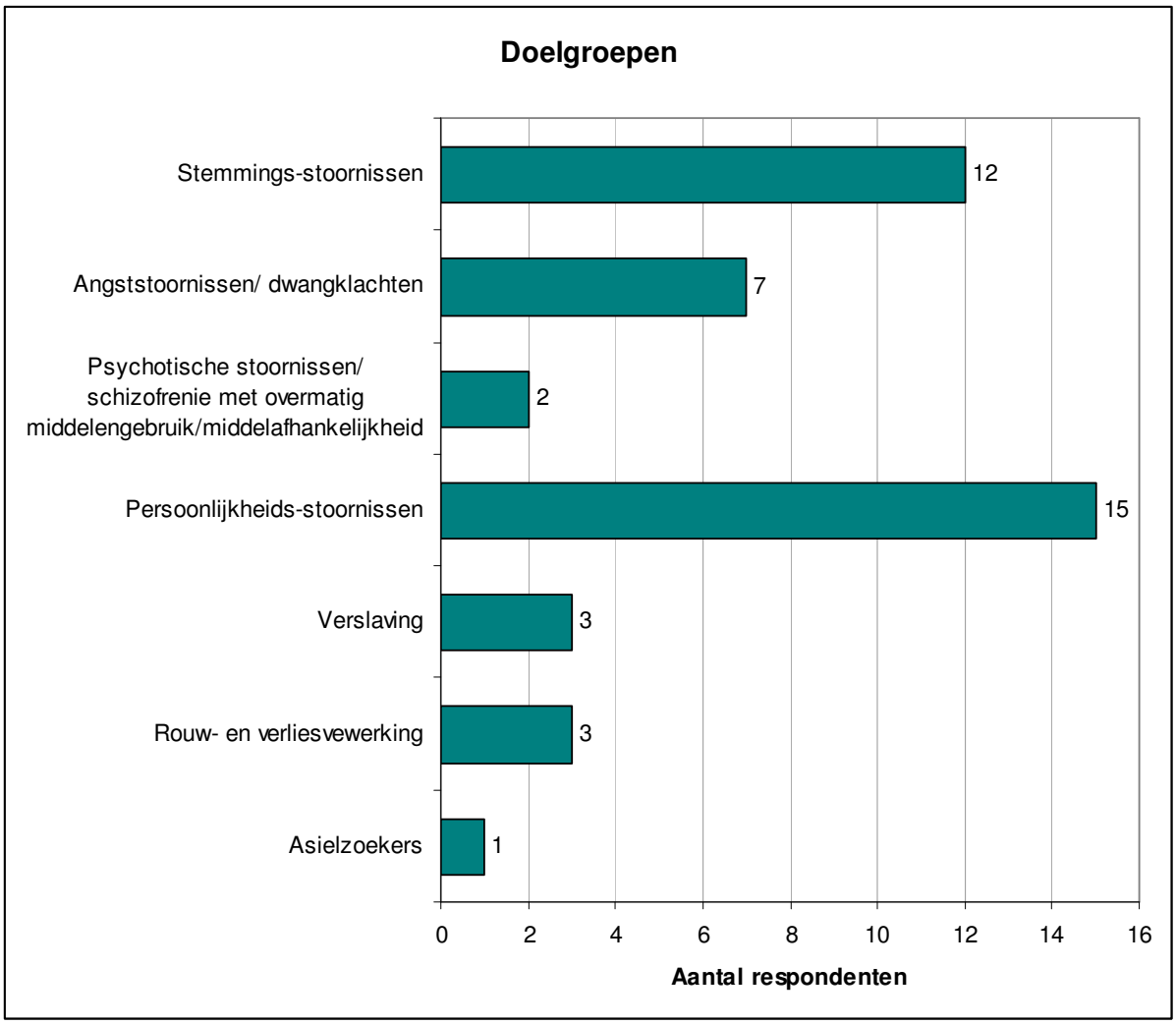
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	3	11,5	11,5	11,5
	Nee	23	88,5	88,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 15 Cliënten met rouw- en verwerkingsproblematiek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	3	11,5	11,5	11,5
	Nee	23	88,5	88,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 16 Asielzoekers

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	1	3,8	3,8	3,8
	Nee	25	96,2	96,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	



Figuur 6 (gegevens uit tabel 9 t/m 16)

Vraag 3

Tabel 17 Statistics

Cliënt op de hoogte van doelstelling

N	Valid	26
	Missing	0
	Mode	1

Figuur 7 (gegevens uit tabel 17 & 18)

Tabel 18 Cliënt op de hoogte van doelstelling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	23	88,5	88,5	88,5
	Nee	3	11,5	11,5	100
	Total	26	100	100	

C. Behandeling

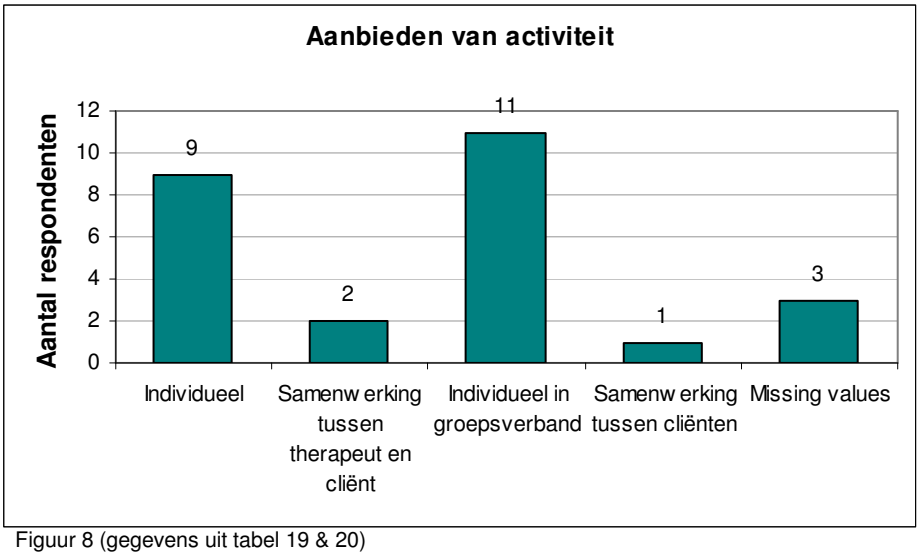
Vraag 4

Tabel 19 Statistics

Aanbieden van de activiteit		
N	Valid	23
	Missing	3
Mode		3

Tabel 20 Aanbieden van de activiteit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Individueel	9	34,6	39,1	39,1
	Samenwerking tussen therapeut en cliënt	2	7,7	8,7	47,8
	Individueel in groepsverband	11	42,3	47,8	95,7
	Samenwerking tussen cliënten	1	3,8	4,3	100
	Total	23	88,5	100	
Missing	System	3	11,5		
Total		26	100		



Figuur 8 (gegevens uit tabel 19 & 20)

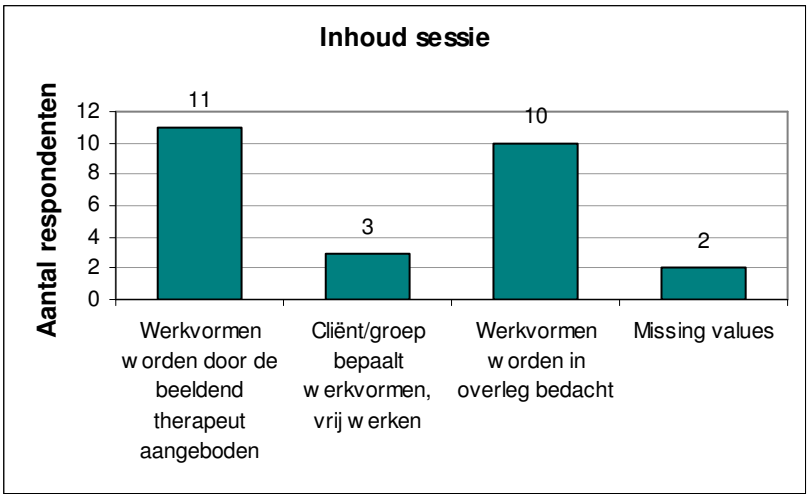
Vraag 5

Tabel 21 Statistics

Inhoud sessie		
N	Valid	24
	Missing	2
Mode		1

Tabel 21 Inhoud sessie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Werkvormen worden door de beeldend therapeut aangeboden	11	42,3	45,8	45,8
	Cliënt/groep bepaalt werkvormen, vrij werken	3	11,5	12,5	58,3
	Werkvormen worden in overleg bedacht	10	38,5	41,7	100
	Total	24	92,3	100	
Missing	System	2	7,7		
Total		26	100		



Figuur 9 (gegevens uit tabel 21 & 22)

Vraag 6

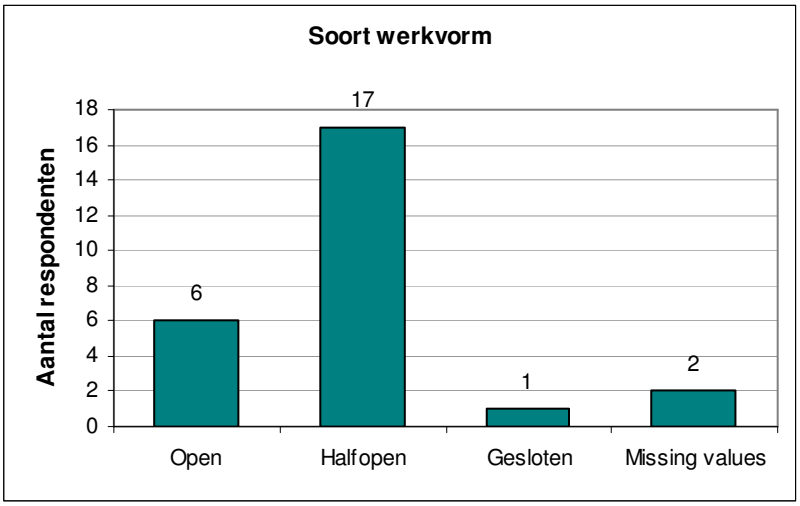
Tabel 23 Statistics

Soort werkvorm

N	Valid	24
	Missing	2
	Mode	2

Tabel 24 Soort werkvorm

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Open	6	23,1	25	25
	Halfopen	17	65,4	70,8	95,8
	Gesloten	1	3,8	4,2	100
	Total	24	92,3	100	
Missing	System	2	7,7		
Total		26	100		



Figuur 10 (gegevens uit tabel 23 & 24)

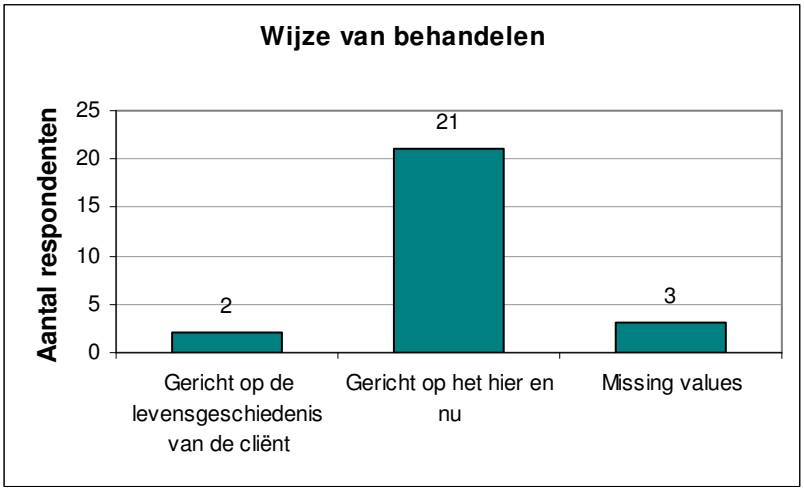
Vraag 7

Tabel 25Statistics

Wijze van behandelen		
N	Valid	23
	Missing	3
	Mode	2

Tabel 26 Wijze van behandelen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gericht op de levensgeschiedenis van de cliënt	2	7,7	8,7	8,7
	Gericht op het hier en nu	21	80,8	91,3	100
	Total	23	88,5	100	
Missing	System	3	11,5		
Total		26	100		



Figuur 11 (gegevens uit tabel 25 & 26)

Vraag 8

Tabel 27 Statistics

		Gebruik van ortho-agogische werkwijze	Gebruik van supportieve werkwijze	Gebruik van palliatieve werkwijze	Gebruik van re-educatieve werkwijze	Gebruik van reconstructieve werkwijze
N	Valid	26	26	26	26	26
	Missing	0	0	0	0	0
	Mode	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00

Tabel 28 Gebruik van ortho-agogische werkwijze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	6	23,1	23,1	23,1
	Nee	20	76,9	76,9	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 29 Gebruik van supportieve werkwijze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	14	53,8	53,8	53,8
	Nee	12	46,2	46,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 30 Gebruik van palliatieve werkwijze

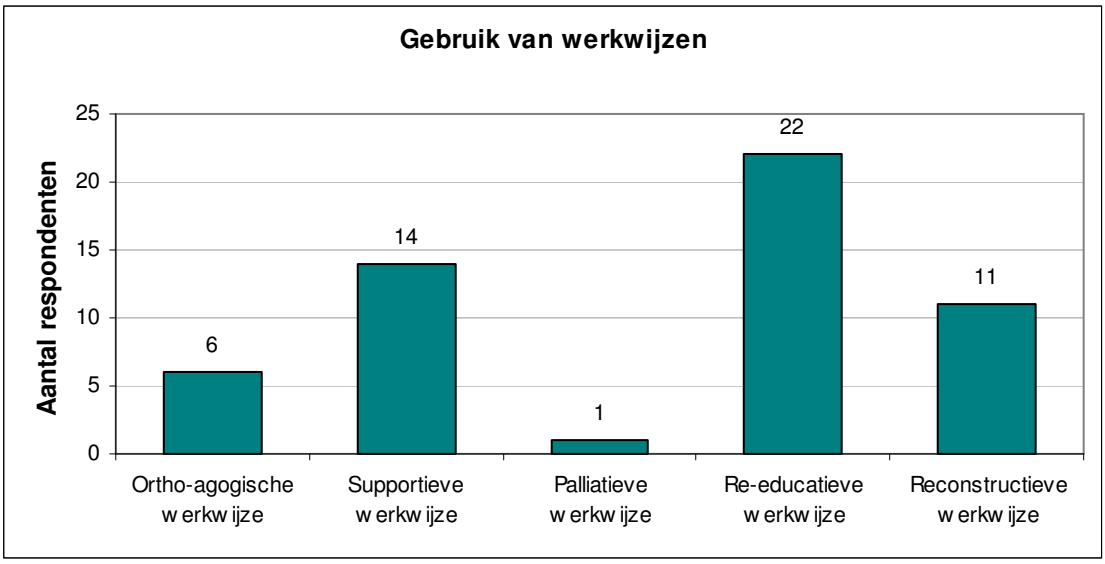
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	1	3,8	3,8	3,8
	Nee	25	96,2	96,2	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 31 Gebruik van re-educatieve werkwijze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	22	84,6	84,6	84,6
	Nee	4	15,4	15,4	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 32 Gebruik van reconstructieve werkwijze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	11	42,3	42,3	42,3
	Nee	15	57,7	57,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	



Figuur 12 (gegevens uit tabel 27 t/m 32)

D. De inzet van therapeutische interventies binnen de behandeling

Vraag 9

Tabel 33a Statistics

		A. Zelf meedoen om de cliënt te motiveren	B. Zelf meedoen om een handeling voor te doen	C. Confronteren door het gedrag van de cliënt te spiegelen	D. Confronteren door vragen te stellen over de gedragingen van de cliënt
N	Valid	26	26	26	26
	Missing	0	0	0	0
	Median	3,0000	3,0000	3,0000	2,0000
	Mode	3,00	3,00	3,00	2,00

Tabel 33b Statistics

		E. Beeldend werk als uitgangspunt laten dienen voor patroonherkenning bij de cliënt	F. Gedragsalternatieven aanbieden in het medium om cliënt met ander gedrag te laten oefenen	G. Vragen om reacties van medecliënten	H. Gebruik maken van positieve bekrachtiging
N	Valid	26	26	26	26
	Missing	0	0	0	0
	Median	2,0000	2,0000	3,0000	1,5000
	Mode	2,00	2,00	888,00	1,00

Tabel 34 A. Zelf meedoen om de cliënt te motiveren

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Regelmatig	4	15,4	15,4	15,4
	Soms	14	53,8	53,8	69,2
	Nooit	8	30,8	30,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 35 B. Zelf meedoen om een handeling voor te doen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Regelmatig	6	23,1	23,1	23,1
	Soms	14	53,8	53,8	76,9
	Nooit	6	23,1	23,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 36 C. Confronteren door het gedrag van de cliënt te spiegelen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Regelmatig	3	11,5	11,5	11,5
	Soms	12	46,2	46,2	57,7
	Nooit	11	42,3	42,3	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 37 D. Confronteren door vragen te stellen over de gedragingen van de cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vaak	6	23,1	23,1	23,1
	Regelmatig	17	65,4	65,4	88,5
	Soms	2	7,7	7,7	96,2
	Nooit	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 38 E. Beeldend werk als uitgangspunt laten dienen voor patroonherkenning bij de cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vaak	4	15,4	15,4	15,4
	Regelmatig	16	61,5	61,5	76,9
	Soms	5	19,2	19,2	96,2
	Nooit	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 39 F. Gedragsalternatieven aanbieden in het medium om cliënt met ander gedrag te laten oefenen

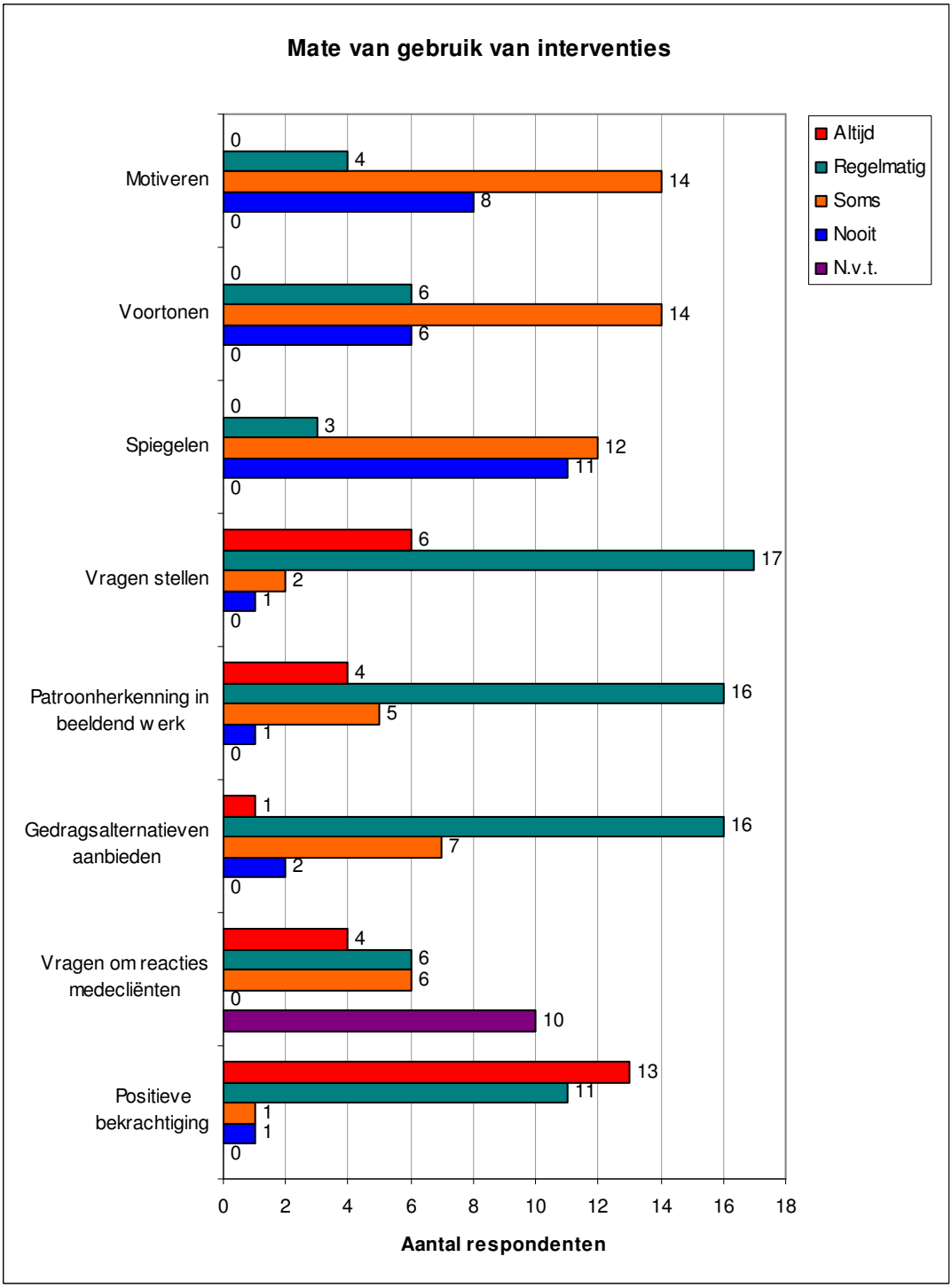
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vaak	1	3,8	3,8	3,8
	Regelmatig	16	61,5	61,5	65,4
	Soms	7	26,9	26,9	92,3
	Nooit	2	7,7	7,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 40 G. Vragen om reacties van medecliënten

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vaak	4	15,4	15,4	15,4
	Regelmatig	6	23,1	23,1	38,5
	Soms	6	23,1	23,1	61,5
	N.v.t.	10	38,5	38,5	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Tabel 41 H. Gebruik maken van positieve bekrachtiging

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vaak	13	50,0	50,0	50,0
	Regelmatig	11	42,3	42,3	92,3
	Soms	1	3,8	3,8	96,2
	Nooit	1	3,8	3,8	100,0
	Total	26	100,0	100,0	



Figuur 13 (gegevens uit tabel 33 t/m 41)

E. De nabespreking

Vraag 10

Tabel 42 Statistics

Een nabespreking houden

N	Valid	25
	Missing	1
	Mode	1

Tabel 43 Een nabespreking houden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	25	96,2	100	100
Missing	System	1	3,8		
Total		26	100		

Vraag 11

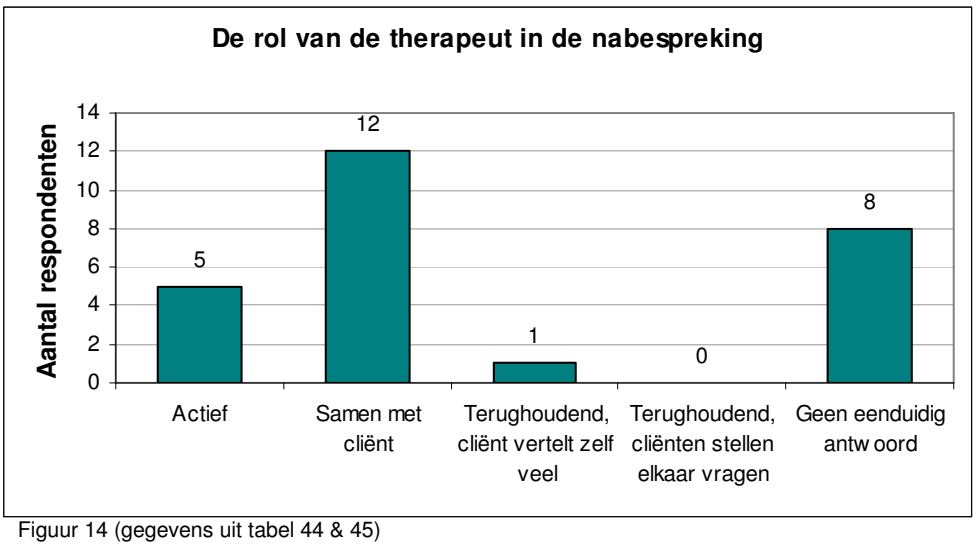
Tabel 44 Statistics

De rol van de therapeut in de nabespreking

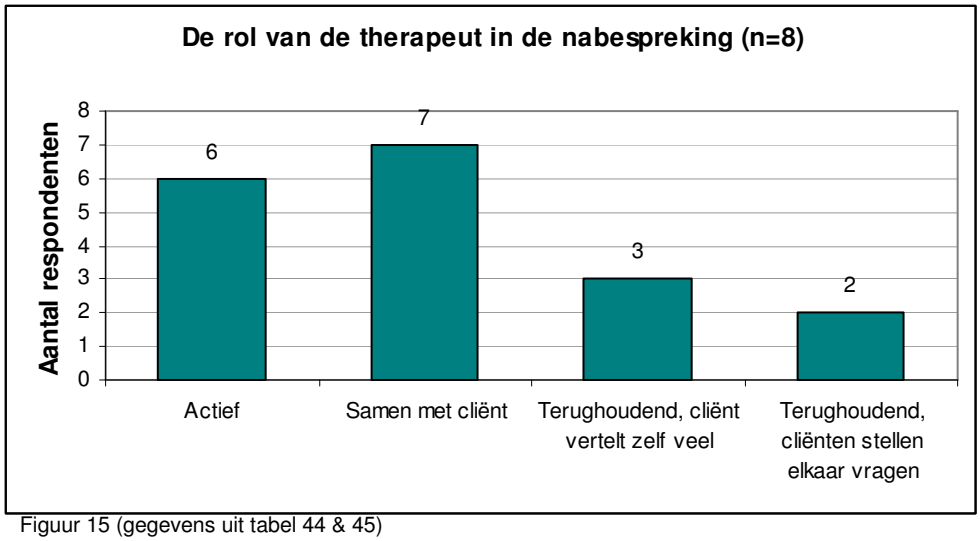
N	Valid	26
	Missing	0
	Mode	2

Tabel 45 De rol van de therapeut in de nabespreking

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Actief	5	19,2	19,2	19,2
	Samen	12	46,2	46,2	65,4
	Terughoudend, cliënt vertelt zelf veel	1	3,8	3,8	69,2
	Geen eenduidig antwoord	8	30,8	30,8	100
	Total	26	100	100	



Figuur 14 (gegevens uit tabel 44 & 45)



Figuur 15 (gegevens uit tabel 44 & 45)