**Een onderzoek naar de effecten van vaktherapie beeldend op de motivatie van cliënten binnen de verslavingszorg**

*" Expressing myself through art provides the way to deal with personal difficulties. The power to imagine is a way to grow through harsh realities’’ (De Valdivida, 2010).*

**Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie**

Werkveldgroep verslaving

*24 mei 2018*

|  |  |
| --- | --- |
| Image result for beeldende therapie | Marieke Roskam  **Onderzoek & Innovatie** |

COLOFON

**I** **Auteur**  
Naam Marieke Roskam  
Studentnummer 2082969  
E-mail m.roskam@student.avans.nl  
  
 **I Opleiding** Naam Avans Hogeschool Breda  
Opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlening  
Coach Yvonne Boonaerts  
Eerste beoordelaar Caroline Oomen  
  
 **I Instelling**  
Naam Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie  
Adres Frieling Fivelingo 253  
 3524 BN Utrecht  
Telefoonnummer 010-5031149  
Website www.beeldendetherapie.org  
Opdrachtgever/

Praktijkbegeleider Martine Ruijter





*“Addiction art is the complementary universe to addiction science,*

*providing insights that the science cannot offer and bridging the gap*

*between the science and the human experience of addiction.*

*In treating addiction, art is as necessary as science because,*

*if we do not have the passion to understand and to help,*

*the science may go unused” (Santora, 2010, p. 6).*

Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoek en innovatie wat de afsluitende fase is van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening bij de academie voor sociale studies Breda, van Avans Hogeschool. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek laat ik zien dat ik een start bekwame hbo-professional ben. Dit project bevat een praktijkgericht onderzoek met als uiteindelijk doel het verbeteren van de beroepspraktijk.

Dit onderzoek is opgesteld en uitgevoerd in samenwerking met de werkveldgroep verslaving, onderdeel van de Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie. In overleg met de voorzitter van de werkveldgroep ben ik tot het onderwerp gekomen en richt ik mij tot de cliënten en therapeuten binnen de verslavingszorg die de therapievorm vaktherapie beeldend volgen en geven.

Nu ik aan het einde van mijn studententijd ben gekomen, wil ik graag een paar mensen bedanken. Om te beginnen wil ik in het bijzonder Martine Ruijter (voorzitter van de werkveldgroep verslaving) bedanken. Voor haar tijd, interesse, motivatie en het volle vertrouwen in mij. Ook wil ik het leerteam vanuit Avans Hogeschool en Yvonne Boonaersts bedanken voor hun feedback en hulp. Uiteraard wil ik mijn familie bedanken voor hun steun. Verder bedank ik mijn vriend en vriendinnen, omdat zij altijd in mij geloofd hebben en zullen geloven. Door jullie heb ik vertrouwen in mijzelf gekregen en jullie hebben mijn studententijd onvergetelijk gemaakt!

Ik wens u veel leesplezier toe.

Marieke Roskam

Breda, 23 mei 2018

Inhoud

[Voorwoord 4](#_Toc514851062)

[Samenvatting 7](#_Toc514851063)

[Begripsbepaling 8](#_Toc514851064)

[Hoofdstuk 1 Inleiding 9](#_Toc514851065)

[1.1 Context 9](#_Toc514851066)

[1.2 Theoretische kader 9](#_Toc514851067)

[1.3 Probleemanalyse 11](#_Toc514851068)

[1.3.1 Probleemstelling 12](#_Toc514851069)

[1.4 Doelstelling 12](#_Toc514851070)

[1.5 Centrale vraagstelling en deelvragen 12](#_Toc514851071)

[1.5.1 Hoofdvraag 12](#_Toc514851072)

[1.5.2 Deelvragen 12](#_Toc514851073)

[1.6 Leeswijzer 12](#_Toc514851074)

[Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden 14](#_Toc514851075)

[2.1 Methoden 14](#_Toc514851076)

[2.1.1 Literatuurstudie 14](#_Toc514851077)

[2.1.2 Bevragen 14](#_Toc514851078)

[2.2 Onderzoeksinstrumenten 15](#_Toc514851079)

[2.2.1 Kijkkader 15](#_Toc514851080)

[2.2.2 Open vragenlijsten 15](#_Toc514851081)

[2.2.3 Gesloten vragenlijsten (schaalvragen) 15](#_Toc514851082)

[2.3 Data-analysetechnieken 15](#_Toc514851083)

[2.3.1 Kijkkader 15](#_Toc514851084)

[2.3.2 Horizontaal vergelijken 16](#_Toc514851085)

[2.3.3 Aantallen berekenen 16](#_Toc514851086)

[2.4 Betrouwbaarheid en validiteit 16](#_Toc514851087)

[2.5 Randvoorwaarden 18](#_Toc514851088)

[Hoofdstuk 3 Resultaten 19](#_Toc514851089)

[3.1 Inleiding 19](#_Toc514851090)

[3.2 Beantwoording deelvragen 19](#_Toc514851091)

[3.2.1 Deelvraag 1 19](#_Toc514851092)

[3.2.2 Deelvraag 2 21](#_Toc514851093)

[3.2.3 Deelvraag 3 23](#_Toc514851094)

[3.2.4 Deelvraag 4 24](#_Toc514851095)

[Hoofdstuk 4 Conclusie en aanbevelingen 27](#_Toc514851096)

[4.1 Conclusie 27](#_Toc514851097)

[4.2 Aanbevelingen 29](#_Toc514851098)

[4.2.1. Aanbeveling 1: In beeld krijgen behoefte relationele en sociale verbondenheid 29](#_Toc514851099)

[4.2.2. Aanbeveling 2: Werken met een nulmeting 29](#_Toc514851100)

[4.2.3 Aanbeveling 3: Werken vanuit de zelfdeterminatietheorie 29](#_Toc514851101)

[Hoofdstuk 5 Evaluatie 30](#_Toc514851102)

[Hoofdstuk 6 Innovatievoorstel 32](#_Toc514851103)

[6.1 Aanleiding en inleiding voor de innovatie 32](#_Toc514851104)

[6.2 Eisen aan de innovatie 32](#_Toc514851105)

[6.3 Perspectieven 33](#_Toc514851106)

[6.4 Meerwaarde van de innovatie 34](#_Toc514851107)

[6.5 Praktische haalbaarheid 35](#_Toc514851108)

[6.6 Innovatieve meerwaarde specifieke situatie 35](#_Toc514851109)

[6.7 Uitwerking product 35](#_Toc514851110)

[Literatuurlijst 40](#_Toc514851111)

[Bijlagen 42](#_Toc514851112)

[Bijlage 1: Kijkkaders 42](#_Toc514851113)

[Bijlage 2: Open vragenlijst vaktherapeuten beeldend 43](#_Toc514851114)

[Bijlage 3: Horizontale vergelijkingstabel 45](#_Toc514851115)

[Bijlage 4: Vragenlijst cliënten vaktherapie beeldend 55](#_Toc514851116)

[Bijlage 5: Aantallen berekenen 57](#_Toc514851117)

# 

# Samenvatting

De Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie is de beroepsvereniging die de Nederlandse vaktherapeuten beeldend vertegenwoordigt. Vanuit de beroepsvereniging is de werkveldgroep verslavingszorg ontstaan. De onderzoekster heeft zich gericht op cliënten binnen de verslavingszorg die vaktherapie beeldend als therapievorm hebben.

Voor vaktherapeuten beeldend werkzaam binnen de verslavingszorg is het duidelijk dat deze therapievorm een positief effect heeft op verslaafde cliënten. Zij werken veelal als enige vaktherapeut beeldend binnen een organisatie. Methodieken, literatuur en ervaringen worden landelijk nauwelijks gedeeld. Voornaamste reden hiervan is dat het hen ontbreekt aan tijd, door de hoge productiedruk, wat tevens maakt dat zij weinig tot geen tijd hebben hun therapie daadwerkelijk te onderbouwen met literatuur of eigen onderzoek. Door middel van dit beschrijvende onderzoek zal de invloed van vaktherapie beeldend op verslaafde cliënten in kaart worden gebracht. Bij de verandering van verslavingsgedrag is het cruciaal dat de cliënt motivatie heeft om zijn gedrag te veranderen.

De hoofdvraag van het onderzoek is dan ook: Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik?

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende methoden: het bestuderen van tekstbronnen en bevragen. Om deze methoden uit te voeren is gebruik gemaakt van de onderzoeksinstrumenten kijkkader, open- en gesloten vragenlijsten. Er zijn negen vaktherapeuten beeldend bevraagd die werkzaam zijn binnen de verslavingszorg en twaalf van hun cliënten. De verkregen data is geanalyseerd met behulp van de horizontale vergelijking, het kijkkader en aantallen berekeningen.

Volgens de verschillende onderzoeksmethoden draagt vaktherapie beeldend bij aan het bevorderen van de competentie en autonomie van de cliënt binnen de verslavingszorg. Kijkend naar de onderzochte literatuur en de data die door middel van open vragenlijsten bij vaktherapeuten zijn verkregen kan geconcludeerd worden dat deze therapievorm de behoefte aan relationele en sociale relaties bevordert. Uit onderzoek met gesloten vragenlijsten afgenomen bij cliënten is hier geen eenduidig antwoord over verkregen. Uit de open vragenlijsten afgenomen bij vaktherapeuten beeldend is gebleken dat er veel overeenkomsten zijn in de therapeutische houdingen van de vaktherapeuten beeldend. Er is echter geen eenduidige methodiek waar de vaktherapeuten vanuit werken binnen hun therapievorm in de verslavingszorg. De zelfdeterminatietheorie (ZDT) beschrijft de basisbehoeften waar momenteel aan gewerkt wordt tijdens de vaktherapie beeldend en beschrijft hoe deze bijdraagt aan het vergroten van motivatie. Door vanuit deze theorie te werken wordt er nog specifieker ingegaan op de basisbehoeften en de meerwaarde hiervan op de motivatie van de cliënt wordt duidelijk. De ZDT beschrijft dat des te meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Door vanuit deze methodiek te werken zou vaktherapie beeldend nog meer bijdragen aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik.

# Begripsbepaling

**Vaktherapie beeldend** Een ervaringsgerichte therapievorm waarin via beeldende materialen een psychisch proces wordt doorlopen. Deze vorm van behandeling wordt gestuurd door de vaktherapeut beeldend, rekening houdend met de hulpvraag van de cliënt. Het proces bij vaktherapie beeldend staat centraal (NVBT, z.d.-a).

**Verslaving** “Een stoornis in het gebruik van middelen, bijvoorbeeld alcohol, cannabis en opiaten” (American Psychiatric Association, 2013).

**Verslavingszorg** “Hulpverlening aan personen die aan een verslavingsziekte lijden” (Verslavingszorg, 2017).

**Cliënten ‘’**Mensen die gebruik maken van hulpverlening’’ (Cliënten, 2018). In dit onderzoek is de hulpverlening de therapievorm vaktherapie beeldend.

**Motivatie** ”Drijfveren waardoor iemand tot bepaald gedrag wordt gedreven” (Motivatie, 2018).

**Evidence based** “Beroepsmatig handelen gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de (be)handelingen’’ (Evidence based, 2018).

**Practice based** ‘’gebaseerd op resultaten uit de praktijk” (Practice based, 2018).

# Hoofdstuk 1 Inleiding

*In dit hoofdstuk wordt de context voor dit onderzoek beschreven, er volgt een theoretisch kader waarin bestaande theorieën nader worden toegelicht die van belang zijn voor de rest van dit onderzoek. Vervolgens wordt het probleem geanalyseerd en volgt er een probleemstelling. De doelstelling wordt beschreven waaruit de hoofd- en deelvragen volgen. Dit hoofdstuk sluit af met een leeswijzer.*

## Context

Eind vorig jaar werd tijdens de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (hierna NVBT) door een van de leden gevraagd of er belangstelling was om een werkveldgroep verslaving op te richten, waarna deze er begin dit jaar is gekomen. Organisatorisch gezien valt de werkveldgroep onder de NVBT. De werkveldgroep komt voort uit de behoefte vanuit de NVBT leden om onderling kennis te delen en vanuit de behoefte van het management in de zorg, evidence based te werken. Er wordt verwacht van vaktherapeuten beeldend dat zij verantwoorden wat zij doen en dit onderbouwen met literatuur. De zorgverzekering acht vaktherapie beeldend anders niet meer declarabel. Dit heeft al een groot aantal bezuinigen te weeg gebracht en vaktherapie beeldend banen gekost. De verwachtingen van de werkveldgroep zijn producten, modules en literatuur met elkaar te delen om zo evidence based te kunnen werken. Daarnaast willen zij elkaar op de hoogte houden van recente ontwikkelingen binnen beeldende therapie in de verslavingszorg. Tevens willen zij zich profileren naar buiten als vaktherapeuten beeldend die hun bijdrage kunnen leveren aan de verslavingszorg. Dit doen zij door middel van actief te zijn binnen social media en het organiseren van congressen (M. Ruijter, persoonlijke communicatie, 31 januari 2018).

De NVBT is de beroepsvereniging die de Nederlandse vaktherapeuten beeldend vertegenwoordigt. Hun missie is: “zoveel mogelijk beeldend therapeuten verenigen, het ondersteunen van en richting geven aan de voortdurende kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening, zich sterk maken voor een goede positie van beeldend therapeuten in het beroepenveld en zich inzetten om beeldende therapie bekend te maken’’ (NVBT, z.d.-b). De NVBT behoort tot de Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

De voorzitter van de werkveldgroep verslaving van de NVBT, Martine Ruijter, tevens geregistreerd vaktherapeut beeldend, wil via dit onderzoek laten zien dat vaktherapeuten beeldend binnen de verslavingszorg evidence based werken. Vaktherapeuten binnen deze werkveldgroep kennen hoge productiedruk, waardoor zij zelf geen tijd hebben voor het uitvoeren van dit onderzoek. Het onderzoek zal resultaten opleveren voor de werkveldgroep verslaving, maar ook voor alle vaktherapeuten beeldend die werkzaam zijn binnen de verslavingszorg.

Dit onderzoek is gericht op de doelgroep cliënten binnen de verslavingszorg. Het doel van verslavingszorg is er voor zorgen dat de cliënt abstinent van middelen wordt. Het begin van deze behandeling is; motivatie bereiken om te stoppen met verslavende middelen, zodat hierna verder kan worden gegaan met behandeling (M. Ruijter, persoonlijke communicatie, 2 maart 2018).

## 1.2 Theoretische kader

Bij de verandering van verslavingsgedrag is het cruciaal dat de cliënt motivatie heeft om zijn gedrag te veranderen. In tegenstelling tot gedrag dat samenhangt met een psychiatrische aandoening is verslavingsgedrag niet voornamelijk negatief. Het gebruik van verslavende middelen heeft juist voor de meeste verslaafden een positieve functie, of heeft deze functie jarenlang gehad (Franken & Van Den Brink, 2009).

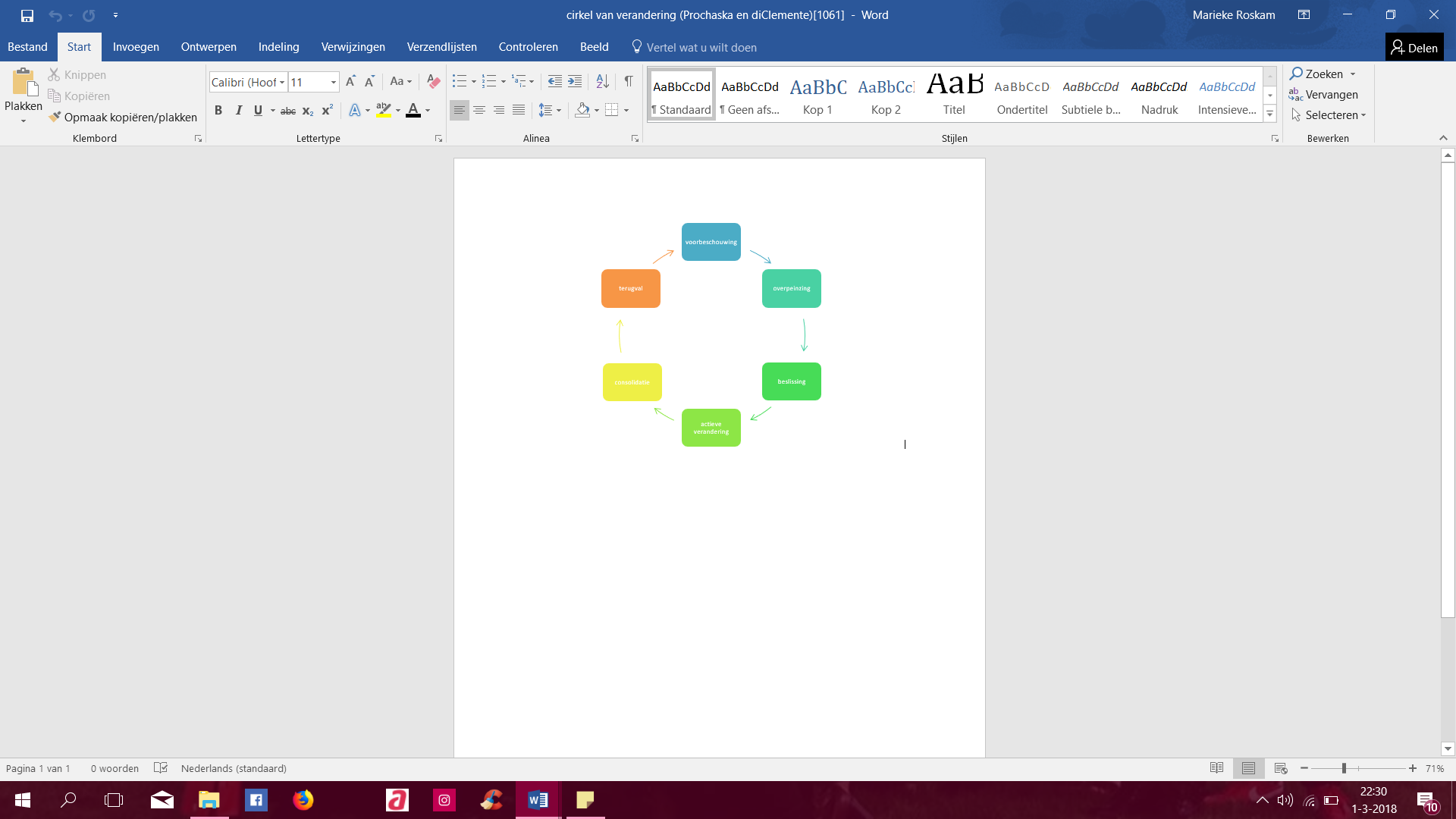
Intrinsieke of autonome motivatie is de mate waarin de cliënt gemotiveerd is om problematisch gedrag te veranderen. De aanwezigheid van deze motivatie om te veranderen heeft grote invloed op het effect van de behandeling en zou zelfs effectiever zijn dan alleen de aanwezigheid van extrinsieke motivatie (druk van buitenaf) (Leenaarts & Van Der Knaap, 2007).

Het belang van motivatie komt terug in de zelfdeterminatietheorie (hierna ZDT) of zelfbeschikkingstheorie. Deze beschrijft dat hoe meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Daarnaast beschrijft de theorie dat de intrinsieke motivatie om te stoppen met middelengebruik van de verslaafde cliënt afhangt van de bevrediging van de drie psychologische basisbehoeften. Indien deze bevredigd worden, kan er een optimale functionering en groei van een persoon ontstaan. Deze psychologische basisbehoeften zijn:

* Competentie: het vertrouwen dat de cliënt heeft in zijn eigen vaardigheden en de capaciteit heeft om uitkomsten te beïnvloeden.
* Relationele en sociale verbondenheid: de wil die de cliënt heeft voor interactie, verbinding en de ervaring om voor anderen te zorgen. Deze verbondenheid geeft de cliënt voldoening en kan ondersteunend zijn.
* Autonomie: het gevoel dat de cliënt heeft om psychologisch vrij te zijn. Dat hij zelf richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen (Bartelink, 2013).

Dat motivatie een voorwaarde is voor verandering komt ook terug in de cirkel van gedragsverandering van Prochaska en diClemente. Bij de cirkel van gedragsverandering gaat het erom dat de veranderingen stap voor stap ontstaan en dat de cliënt intrinsieke motivatie kent (Schmanke, 2017).

In figuur 1 zijn de zes fasen van gedragsverandering te lezen met bij iedere verandering een korte toelichting.



*Figuur 1.* De cirkel van gedragsverandering, overgenomen uit Handboek verslaving (p. 320) door I. Franken en W. Van Den Brink, 2009, Utrecht: De Tijdstroom. Copyright 2009, De Tijdstroom Uitgeverij B.V.

Fase 1: Voorbeschouwing of precontemplatie: fase waarin er nog geen bewustzijn is van het probleem

en er nog geen overweging is om het gedrag te veranderen.

Fase 2: Overpeinzing of contemplatie: fase waarin overwogen wordt het gedrag te veranderen door

het afwegen van voor-en nadelen.

Fase 3: Voorbereiding: fase waarin het veranderen wordt gepland.

Fase 4: Actieve verandering: fase waarin het nieuwe gedrag wordt uitgeprobeerd.

Fase 5: Volhouden of consolidatie: fase waarin het nieuwe gedrag de standaard is.

Fase 6: Terugval: als er niet geslaagd wordt het nieuwe gedrag vast te houden vindt er een terugval

plaats, dit kan zijn omdat het nieuwe gedrag niet bevalt of omdat het niet lukt dit gedrag vast

te houden (Schmanke, 2007, Franken & Van Den Brink, 2009).

Binnen vaktherapie beeldend wordt de cirkel van gedragsverandering vaak gebruikt om te kijken waar de cliënt staat binnen de cirkel; hoe kun je komen tot motivatie om te stoppen? Of om een balans op te maken. Dit kan bijvoorbeeld door stil te staan bij de voor-en nadelen van middelengebruik door letterlijk voor- en nadelen te kleien in de vorm van symbolen en deze letterlijk te wegen op een weegschaal (M. Ruijter, persoonlijke communicatie, 3 maart 2018).

## Probleemanalyse

Vaktherapeuten beeldend werken veelal solistisch, aangezien er per verslavingsinstelling veelal één vaktherapeut op dit gebied werkzaam is. Door krachten te bundelen zouden zij practice based kunnen werken. Een manier hiervoor is het uitwisselen van modules, opdrachten en producten. Op deze manier zouden zij naast practice based ook evidence based kunnen werken. Deze modules zijn namelijk theoretisch onderbouwd, wat evidence based werken inhoudt.

Volgens de werkveldgroep moet het beroep van vaktherapeuten beeldend in de verslavingszorg blijven bestaan omdat zij als vaktherapeuten de meerwaarde van de vaktherapie beeldend bij hun cliënten ervaren en hun collega’s de therapie zeer waarderen als toevoeging van de gesprekstherapie. Om dit beroep te behouden is kwaliteitsbevordering nodig wat alleen bereikt kan worden als vaktherapeuten beeldend samen werken en krachten bundelen. Alleen op deze manier bestaat de mogelijkheid om evidence en practice based te werken (M. Ruijter, persoonlijke communicatie, 31 januari 2018).

Vanuit verschillende niveaus kent het praktijkprobleem betrokkenen. De financiering van vaktherapie beeldend binnen de verslavingszorg kent vooral betrokkenen op macroniveau. De behandeling en begeleiding die verslavingszorg instellingen bieden kan worden gefinancierd vanuit verschillende stelsels. Verslavingszorg wordt de eerste drie jaar gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet via zorgverzekeraars. Na die drie jaar komt de financiering vanuit de Wet langdurige zorg via zorgkantoren. In geval van een strafrechtelijke titel financiert justitie de verslavingszorg (GGZ Nederland, z.d.). Een ontwikkeling op macroniveau is het diagnose behandel combinatie (DBC)-beleid. Sinds het ontstaan van dit beleid in 2015 dienen vaktherapeuten beeldend binnen de verslavingszorg hun handelen te verantwoorden. Het heeft als doel de zorgkosten en zorgkwaliteit transparant te maken, daarbij moet de zorg efficiënt gebleken zijn (Universiteit Utrecht, 2017).

Op mesoniveau is de gemeente vooral bij dit probleem betrokken. Sinds de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de gemeente verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers, waar tevens de verslavingszorg onder valt. De gemeente subsidieert de verslavingszorg en verwacht daarvoor dat de professionals zo veel mogelijk evidence en practice based werken (Hanzon, Lucassen, & Sok, 2013). Tevens zijn op dit niveau alle verslavingsinstellingen die vaktherapie beeldend aanbieden en het management hiervan betrokken. Zij verwachten van de vaktherapeuten beeldend dat zij evidence en practice based werken en zijn verplicht dit te verantwoorden aan de gemeenten. Zoals in de missie van de NVBT terug te vinden is, is het van belang dat vaktherapeuten beeldend verenigen, ondersteunen en richting geven aan de voortdurende kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening (NVBT, z.d.-b). Dit probleem gaat dan ook alle vaktherapeuten beeldend binnen de verslavingszorg in Nederland aan, omdat het gaat over de kwaliteit en effectiviteit van vaktherapie beeldend binnen de verslavingszorg.

Ten slotte het microniveau. Hieronder vallen alle vaktherapeuten beeldend binnen de verslavingszorg in Nederland en al hun cliënten. Cliënten verlangen dat zij de beste zorg krijgen. Verslavingszorg Noord-Nederland beschrijft dat het uitgangspunt van verslavingszorg is dat de autonomie van de cliënt zoveel mogelijk gestimuleerd wordt en de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg inzichtelijk en toetsbaar is (Verslavingszorg Noord-Nederland, 2018). Hierdoor is het belangrijk dat vaktherapie beeldend, wat onderdeel is van de behandeling, effectief is bewezen zodat het bijdraagt aan de kwaliteit van de zorgverlening.

### Probleemstelling

Voor vaktherapeuten beeldend werkzaam binnen de verslavingszorg is het duidelijk dat deze therapievorm een positief effect heeft op verslaafde cliënten. Zij werken veelal als enige vaktherapeut beeldend binnen een organisatie. Methodieken, literatuur en ervaringen worden landelijk nauwelijks gedeeld. Grootste reden hiervan is dat het hen ontbreekt aan tijd, door de hoge productiedruk, wat tevens maakt dat zij weinig tot geen tijd hebben hun therapie daadwerkelijk te onderbouwen met literatuur of eigen onderzoek.

## Doelstelling

Door middel van dit beschrijvende onderzoek zal de invloed van vaktherapie beeldend op verslaafde cliënten in kaart worden gebracht. Afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek kunnen de uitkomsten dienen als bundeling van methodieken en de invloed van deze op de cliënt, zodat alle vaktherapeuten beeldend in de verslavingszorg deze kunnen gebruiken als leidraad in hun werk. Dit onderzoek zou een bijdrage kunnen leveren aan de legitimatie van het beroep vaktherapie beeldend binnen de verslavingszorg, ofwel de manier waarop deze therapievorm zich profileert naar de buitenwereld. De aanbevelingen van dit onderzoek kunnen leiden tot een vervolgonderzoek waarbij de werkende factoren van vaktherapie beeldend binnen de verslavingszorg verder worden onderzocht.

## Centrale vraagstelling en deelvragen

### 1.5.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag van het onderzoek is: Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik?

### 1.5.2 Deelvragen

Bij bovenstaande hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg?
2. Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de relationele en sociale verbondenheid van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg?
3. Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de autonomie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg?
4. Welke therapeutische houding wordt verwacht van vaktherapeuten beeldend om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden?

## Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt een korte inleiding gegeven van het onderzoek, de context wordt benoemd, hierna wordt een theoretisch kader gegeven waarin bestaande theorieën nader worden toegelicht die van belang zijn voor de rest van dit onderzoek vervolgens wordt de probleemanalyse beschreven met daarin de probleemstelling. Verder wordt de doelstelling beschreven en van daaruit de hoofdvraag met de desbetreffende deelvragen. In het volgende hoofdstuk worden de gebruikte onderzoeksmethoden verantwoord en worden de begrippen validiteit en betrouwbaarheid uitgebreid toegelicht. In hoofdstuk drie worden de resultaten beschreven, waarin er antwoord wordt gegeven op de deelvragen. Aan het einde van elke paragraaf worden deze resultaten samengevat. In het hoofdstuk daarna worden er conclusies getrokken en zo de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord. Hieruit volgen er verschillende aanbevelingen. Hierna volgt er een kritische evaluatie van het onderzoek. Tot slot wordt in hoofdstuk zes het gekozen innovatievoorstel uitgewerkt.

# Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden

*In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden voor dit onderzoek beschreven. Vervolgens worden de gebruikte onderzoeksinstrumenten nader toegelicht. De data analysetechnieken die worden toegepast tijdens dit onderzoek worden beschreven. Validiteit en betrouwbaarheid worden nader uitgelegd en gekoppeld aan dit onderzoek. Dit hoofdstuk sluit af met de randvoorwaarden.*

*Dit hoofdstuk is gebaseerd op de informatie uit het boek “Praktijkonderzoek in zorg en welzijn” van Van der Donk en Van Lanen (Van der Donk & Van Lanen, 2014).*

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Dit omdat de beleving van de onderzochte personen centraal staat (Kwalitatief onderzoek, 2018). Om dit onderzoek uit te kunnen voeren wordt er gebruik gemaakt van de onderzoeksactiviteiten bestuderen van tekstbronnen en bevragen. De instrumenten die hiervoor worden gebruikt zijn: het kijkkader en open- en gesloten vragenlijsten. Vervolgens wordt de verkregen data geanalyseerd aan de hand van een kijkkader, horizontaal vergelijken en aantallen berekenen.

## 2.1 Methoden

### 2.1.1 Literatuurstudie

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden vindt er een gerichter en meer diepgaand literatuuronderzoek plaats. Ten eerste worden er tekstbronnen bestudeerd, zodat er genoeg kennis en informatie beschikbaar is om de rest van het onderzoek te kunnen uitvoeren. Er wordt gezocht naar bronnen die evidence based zijn. Dit is voornamelijk vakliteratuur en bronnen die wetenschappelijk onderbouwd zijn. Denk hierbij aan handboeken, lesboeken, wetenschappelijke artikelen en informatie van erkende instellingen. Deze literatuur wordt verkregen via zoekmachines als Kaluga, hbo-kennisbank, google scolar en science direct. Gevonden literatuur wordt geanalyseerd en verwerkt. Het doel van het literatuuronderzoek is om de deelvragen te kunnen beantwoorden vanuit verschillende perspectieven. Er wordt onderzocht welke kennis er binnen de literatuur al bekend is over de onderwerpen en aan welke informatie nog behoefte is. De volgende zoektermen zijn hierbij gebruikt; vaktherapie beeldend, beeldende therapie verslaving, verslavingszorg, effecten beeldende therapie, zelfdeterminatietheorie, zelfbeschikkingstheorie, therapeutische houding vaktherapeut beeldend, motivatie stoppen verslaving, methodieken vaktherapie beeldend, competentie, relationele verbondenheid, sociale verbondenheid en autonomie. Tevens zijn deze zoektermen gebruikt in het Engels. De gevonden literatuur wordt geanalyseerd en verwerkt. Door middel van een literatuurstudie is het mogelijk om het onderzoek vanuit verschillende perspectieven en theorieën te bekijken. Hiermee wordt de validiteit van het onderzoek vergroot. De literatuurstudie bestaat uit kernbegrippen, deelaspecten en de relaties hiertussen, deze worden beschreven en uitgelegd met behulp van betrouwbare bronnen uit de literatuur. Om de betrouwbaarheid van de literatuurstudie te waarborgen is er gebruik gemaakt van begripsafbakening, tevens is er onder andere gekeken naar de auteur, het jaartal, de organisatie en in welke domein de tekstbron past.

### 2.1.2 Bevragen

Bij deze onderzoeksactiviteit worden er, na de kennis en informatie die verkregen is vanuit tekstbronnen, personen bevraagd omtrent het onderwerp van het onderzoek. De waarnemingen en ervaringen van de bevraagde personen staan hierbij centraal. Bij deze methode is gekozen voor de instrumenten open en gesloten vragenlijsten. De respondenten zijn geselecteerd met behulp van de aspectenmethode. Met behulp van deze methode wordt er gekeken vanuit welke invalshoeken het onderwerp bekeken kan worden, welke belangen er meespelen en wie die belangen vertegenwoordigt. Vanuit deze methode is er gekozen om de vaktherapeuten beeldend en de cliënten van deze therapievorm te bevragen, zodat de verschillende belanghebbenden worden vertegenwoordigd in dit onderzoek. Een andere reden voor het gebruik van deze methode is doordat er zo inzichten kunnen worden verkregen vanuit het perspectief van twee belanghebbenden, de vaktherapeut beeldend en de cliënt van deze therapievorm.

## 2.2 Onderzoeksinstrumenten

### 2.2.1 Kijkkader

Een instrument waar tijdens dit onderzoek gebruik van wordt gemaakt om tekstbronnen te bestuderen is een kijkkader. De keuze om dit instrument te gebruiken is gemaakt, omdat er door middel van een kijkkader gericht kan worden gezocht naar informatie die relevant is voor het onderzoek. Hierin zijn concreet omschreven kijkpunten geformuleerd die voort zijn gekomen uit de deelvragen. Zo wordt er per deelvraag naar relevante data gezocht.

Om de validiteit en betrouwbaarheid van de literatuur te waarborgen is er gekeken naar de publicatie, in welke domein de tekstbron past, auteur, jaartal en organisatie van de bron.

### 2.2.2 Open vragenlijsten

Voor de methode bevragen worden open vragenlijsten bij de onderzochte personen afgenomen. Voordeel van deze methode is dat er gebruik kan worden gemaakt van de kennis, ervaring en waarnemingen van de professionals. Bij de NVBT zijn 63 vaktherapeuten beeldend die hebben aangegeven binnen de verslavingszorg te werken (E. Borkent, persoonlijke communicatie, 12 maart 2018). De vaktherapeuten worden allen benaderd per e-mail met het verzoek om deze lijst in te vullen. Om zo veel mogelijk respondenten te verkrijgen is er gebruik gemaakt van een mededeling in de nieuwsbrief die zij ontvangen en wordt een herinneringsmail gestuurd. Tevens wordt er een bericht geplaatst op de LinkedInpagina van de NVBT en de pagina van de werkveldgroep verslaving.

### 2.2.3 Gesloten vragenlijsten (schaalvragen)

Een ander instrument waar gebruik van wordt gemaakt om personen te bevragen tijdens dit onderzoek is een gesloten vragenlijst. Met behulp van een vragenlijst kunnen er meerdere cliënten binnen een korte periode worden ondervraagd. Een voordeel van deze methode is dat het anoniem is waardoor men eerder bereid is om mee te werken aan het onderzoek. De respondenten zijn volwassen cliënten binnen de verslavingszorg. Om de respondenten te bereiken wordt er een verzoek gedaan binnen de werkveldgroep verslaving om vragenlijsten bij hun cliënten af te nemen aangezien het voor de onderzoekster niet haalbaar is om bij, vaak gesloten, voorzieningen langs te gaan om de vragenlijsten zelf af te nemen.

Bij het afnemen van de vragenlijsten wordt de validiteit gewaarborgd door de vragen eenduidig en helder te formuleren. De open vragenlijst is van te voren door de opdrachtgever gecontroleerd op de wijze van formulering van de vragen en of deze op de juiste manier geïnterpreteerd worden. Tevens is er een begripsbepaling toegevoegd. De gesloten vragenlijst is gecontroleerd bij cliënten, zodat de opdrachtgever kan nagaan of de validiteit gewaarborgd kan worden. De cliënten interpreteerden de vragen zoals deze bedoeld zijn waardoor de vragenlijst valide is. De respondenten van de open vragenlijsten zijn valide, omdat de vaktherapeuten allen werkzaam zijn met de beoogde doelgroep. De respondenten van de gesloten vragenlijsten zijn valide, omdat zij allen behoren tot de doelgroep, namelijk cliënten binnen de verslavingszorg die de therapievorm vaktherapie beeldend volgen.

## 2.3 Data-analysetechnieken

### 2.3.1 Kijkkader

Om de literatuur te analyseren wordt gebruik gemaakt van een kijkkader, deze is terug te vinden in bijlage 1. De data is hierbij geordend per deelvraag zodat er gericht literatuur verzameld kan worden. Per kijkpunt worden er een korte samenvatting gegeven van de bevindingen. Deze samenvatting is terug te vinden in hoofdstuk 3 resultaten.

### 2.3.2 Horizontaal vergelijken

Om de data verkregen uit de open vragenlijsten te analyseren, wordt gebruik gemaakt van de analysemethode horizontaal vergelijken. Met behulp van deze methode kan er snel een beeld verkregen worden van de manier waarop verschillende personen een open vraag beantwoord hebben. Alle antwoorden die op de open vraag gegeven zijn, worden naast elkaar geplaatst en wordt er op zoek gegaan naar opmerkelijke verschillen en overeenkomsten. Deze horizontale vergelijkingstabel is terug te vinden in bijlage 4. Ten slotte is er een korte samenvatting gegeven van de bevindingen. Deze zijn terug te vinden in hoofdstuk 3 resultaten.

### 2.3.3 Aantallen berekenen

Om de data verkregen uit de gesloten vragenlijsten te analyseren wordt gebruik gemaakt van de analysemethode aantallen berekenen. De keuzemogelijkheden zijn per vraag onder elkaar gezet en het aantal personen dat voor deze keuzemogelijkheid heeft gekozen wordt geturfd. De antwoorden worden gecategoriseerd per deelvraag om de resultaten zo duidelijk mogelijk te analyseren. Deze analysemethode is terug te vinden in bijlage 6. De samenvatting van de analyse is terug te vinden in het resultatenhoofdstuk 3.

## 2.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Validiteit houdt in dat hetgeen onderzocht wordt wat er onderzocht dient te worden. Om dit te bereiken zijn bij de uitvoering de invloeden die de uitkomsten van het onderzoek bepalen herkent en beschreven. Dit is beschreven in hoofdstuk 6. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten validiteit:

* Resultaatvaliditeit: De mate waarin het onderzoek antwoordt geeft op de hoofd- en deelvragen en leidt tot een bruikbare oplossing van het praktijkprobleem. Om aan deze vorm van validiteit te voldoen is er tijdens dit onderzoek veel gecommuniceerd met de opdrachtgever, zodat er duidelijk is wat de opdrachtgever verwacht van het onderzoek.
* Procesvaliditeit: De mate waarin de onderzoeksaanpak overeenkomt met hoe normaliter ontwikkelingen in gang worden gezet binnen de organisatie. Om aan deze vorm van validiteit te voldoen is er tijdens dit onderzoek veel gebruik gemaakt van vakliteratuur en het afnemen van vragenlijsten bij de vaktherapeuten beeldend.
* Democratische validiteit: De mate waarin het onderzoek is uitgevoerd in overleg met de belanghebbenden in het te onderzoeken probleem. Om aan deze vorm van validiteit te voldoen heeft de opdrachtgever overlegt tijdens bijeenkomsten met de werkveldgroep verslavingszorg over de behoeften van de vaktherapeuten beeldend. Daarnaast is er contact geweest met de voorzitter van de NVBT, om zijn behoeften in kaart te brengen.
* Katalyserende validiteit: De mate waarin het onderzoek bijdraagt aan het begrip van de beroepspraktijk voor professionals. Om aan deze vorm van validiteit te voldoen is er gekeken naar de behoefte van de professionals en worden de uitkomsten van dit onderzoek met hen gedeeld.
* Dialogische validiteit: De mate waarin het onderzoek systematisch gevolgd is door professionals. Om aan deze vorm van validiteit te voldoen wordt het onderzoek gedeeld met de voorzitter van de NVBT en de voorzitter van de werkveldgroep verslaving, die het vervolgens deelt met de werkveldgroep.

Om het onderzoek zo valide mogelijk uit te voeren is er rekening gehouden met de volgende richtlijnen:

* De onderzoekster communiceert over het praktijkonderzoek: De onderzoekster communiceert met de voorzitter van de NVBT en met de voorzitter van de werkveldgroep verslaving, die heeft gecommuniceerd met alle vaktherapeuten beeldend die daar lid van zijn. Dit om te zorgen dat het onderzoek bijdraagt aan het werkveld en zij daadwerkelijk baat hebben bij het onderzoek.
* De onderzoekster verdiept zich in het praktijkprobleem: De onderzoekster is om het praktijkprobleem helder te krijgen in gesprek gegaan met betrokkenen, heeft relevante bronnen geraadpleegd en het onderzoek vanuit verschillende perspectieven bekeken, onder andere vanuit micro, meso, macroniveau.
* De onderzoekster verdiept zich in de organisatie: Om een helder beeld van de organisatie te schetsen is de onderzoekster in gesprek gegaan met de voorzitter van de NVBT en de voorzitter van de werkveldgroep verslaving, zijn er kritische vragen aan hen gesteld en is er via de website van de NVBT informatie verkregen.

Betrouwbaarheid houdt in dat de onderzoekster ernaar streeft dat het onderzoek dezelfde onderzoeksresultaten op zou leveren als hetzelfde onderzoek door iemand anders zou worden uitgevoerd. Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk uit te voeren is de onderzoekster zich ervan bewust dat de resultaten zo min mogelijk tot stand zijn gekomen door toevallige verstoringen. Een voorbeeld van een toevallige verstoring is het verkeerd aflezen van een antwoord bij een vragenlijst. Tevens heeft de onderzoekster rekening gehouden met de beperkte tijd en het aantal respondenten die er zijn. Hier wordt dieper op in gegaan in hoofdstuk zes.

Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk uit te voeren wordt er rekening gehouden met de volgende richtlijnen:

* De onderzoekster zorgt voor triangulatie: Bij dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende (soorten) data. Er is gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen, (hand)boeken, vaktijdschriften, professionals uit het werkveld en cliënten. Deze data zijn op verschillende manieren en via verschillende bronnen verzameld, namelijk door literatuuronderzoek en open- en gesloten vragenlijsten.
* De onderzoekster zorgt voor transparantie: Om transparantie te kunnen waarborgen is er in dit onderzoek een onderzoeksaanpak opgenomen, waarin de werkwijze transparant en navolgbaar is beschreven.

## 2.5 Randvoorwaarden

Bij een goede uitvoering van het onderzoek moet er rekening worden gehouden met de volgende randvoorwaarden:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Theoretisch kader |
| Tijd | 30 - 40 uur per week |
| Locatie | Bij het verzamelen van tekstbronnen wordt er vanuit Avans Hogeschool, de bibliotheek of thuis gewerkt. Bij het verzamelen van informatie middels interviews wordt op de werkplek van de geïnterviewde gewerkt (verschillende verslavingsinstellingen). Bij overlegmomenten met de opdrachtgever wordt bij de opdrachtgever thuis gewerkt. Bij bijeenkomsten van de werkveldgroep wordt bijeengekomen op het hoofdkantoor van de NVBT in Utrecht. |
| Materialen | Computer / opname apparatuur / papier / printer/ schrijfmaterialen / literatuur: (hand) boeken, wetenschappelijke tijdschriften, vakliteratuur en websites. |
| Kosten | Printkosten / reiskosten |
| Communicatie | 1 x per week samen komen met het leerteam  Indien nodig mailcontact met de coach  Indien nodig (skype)afspraak met de opdrachtgever  Bijwonen bijeenkomsten werkveldgroep verslaving  Respondenten voor het afnemen van interviews |

# Hoofdstuk 3 Resultaten

*In dit hoofdstuk wordt er een antwoord gegeven op de geformuleerde deelvragen. Iedere deelvraag wordt beantwoord door in te gaan op wat er over in de literatuur is beschreven en door de uitkomsten van de bevragingen te analyseren.*

## 3.1 Inleiding

De zelfdeterminatietheorie is een macrotheorie over de menselijke motivatie, welke is ontwikkeld door Edward L. Deci en Richard M. Ryan. Volgens de ZDT zijn er drie aangeboren, universele en fundamentele psychologische basisbehoeften. De intrinsieke motivatie om te stoppen met middelengebruik van de verslaafde cliënt hangt af van de bevrediging van die drie natuurlijke basisbehoeften. Indien deze bevredigd worden, kan er een optimale functionering en groei van een persoon ontstaan. Deze basisbehoeften zijn: de behoefte aan autonomie, de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid en de behoefte aan competentie. Verslaving wordt ook wel gezien als gevolg van een verstoring in de realisatie van de basisbehoeften (Van der Stel, 2012).

## 3.2 Beantwoording deelvragen

### 3.2.1 Deelvraag 1

*Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg?*

*Literatuur*

Met de behoefte aan competentie wordt de wens van de cliënt bedoelt om zich bekwaam te voelen om een taak te volbrengen. Het is een gevoel dat de cliënt heeft, dat hij de capaciteiten heeft om goed te functioneren. Deze behoefte sluit aan bij de wens om ergens goed in te zijn en bij te dragen aan de omgeving waarmee hij is verbonden (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens & Andriessen, 2009).

Volgens de Laat & Nijland (2011) is competentiebeleving ‘het oordeel dat een persoon heeft over zichzelf met betrekking tot bepaalde vaardigheden. Een positieve competentiebeleving is het besef iets te kunnen, ergens goed in te zijn. Dit besef kan leiden tot het gevoel iets waard te zijn’. De positieve competentiebeleving wordt in gang gezet door intrinsieke competentiebehoefte, die aangeboren is en gestimuleerd kan worden door een responsieve omgeving, die de bron is van extrinsieke motivatie. De motivatie wordt versterkt door het ervaren van competentie. Deze competentiebeleving is nodig om te bepalen waar de mogelijkheden van de cliënt liggen (De Laat & Nijland, 2011). Vaak worden cliënten geconfronteerd met het gebrek aan zelfvertrouwen en competentie die zij hebben verloren door de vele terugvallen. Tijdens de sessies vinden zij zichzelf niet creatief genoeg en denken zij dat dit wel wordt verwacht. Dit kan worden bijgesteld door het opdoen van positieve ervaringen in de interactie met anderen. Bijvoorbeeld door goede afspraken te maken samen en te durven samenwerken. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt zich na verloop na tijd meer durft te laten zien. Het zelfbeeld wordt op deze manier positief bijgesteld en de cliënt heeft meer vertrouwen in zichzelf en zijn capaciteiten. Door middel van vaktherapie beeldend leert de cliënt het belang van het nemen van kleine stappen. Hij leert dat hij tevreden kan zijn met wat er bereikt wordt en zich niet te veel te meten aan een ander, maar bij het eigen gevoel te blijven. Door uitdagingen aan te gaan leert de cliënt dat deze meer moed heeft dan hij zelf gedacht had. Door het onbekende te trotseren groeit het zelfvertrouwen (Haeyen, 2011).

De vaktherapeut beeldend houdt rekening met een kenmerk van verslaving, namelijk directe behoeftebevrediging door in het beginstadium werkvormen met garantie op succes in te zetten. Denk hierbij aan het inkleuren van toeval technieken. Dit zijn teken- en schildertechnieken die door toevallige effecten snel succes geven, deze kunnen snel leuke resultaten opleveren. Bijvoorbeeld het werken met ecoline. (Schweizer, 2011). Dit aspect is van belang omdat het ik-versterkend werkt. Het versterkt de competentie van de cliënt doordat deze een succeservaring heeft (Bergstra, 2012).

Volgens Schweizer (2009) is vaktherapie beeldend een belangrijk middel ter vergroting van het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde. Dit sluit aan bij de behoefte van competentie, als de cliënt zelfvertrouwen kent zal deze zich bekwamer voelen om een taak te volbrengen.

*‘’Men kan ervaren dat men wat zekerder is geworden. Men leert het eigen verhaal te vertellen, het eigen werkstuk te laten zien en te zeggen; dit heb ik gemaakt en dit betekend het voor mij. En dat dit niet perfect hoeft te zijn’’ (Haeyen, 2011).*

*Vaktherapeuten beeldend*

Uit de open vragenlijsten afgenomen bij vaktherapeuten beeldend is gebleken dat deze therapie bijdraagt aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg. Dit omdat zij binnen de ervaringsgerichte beeldende oefeningen vaardigheden en capaciteiten kunnen ontdekken van zichzelf, die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de succeservaringen van de cliënt. Zij leren ander gedrag te oefenen en in te zetten. Door deze succeservaringen krijgen zij vertrouwen in hun eigen mogelijkheden, wat weer bij kan dragen aan hun motivatie en zelfvertrouwen om aan hun middelengebruik te werken. De cliënt krijgt door middel van vaktherapie beeldend meer inzicht in de verslaving en meer vertrouwen in vaardigheden om de verslaving te kunnen hanteren. Door beeldend werken ervaart de cliënt dat deze zelf invloed heeft op een situatie en zelf beslissingen mag nemen (zie bijlage 3 voor de horizontale vergelijkingstabel).

*Cliënten*

*“Ik heb door de vaktherapeut beter leren accepteren hoe eindresultaten zijn en minder kritisch of negatief naar een opdracht (eindresultaat) te kijken. Het is goed zoals het is. Dus anders tegen dingen aan kijken”* (cliënt 7, persoonlijke communicatie, 3 mei 2018).

Uit onderstaande cirkeldiagram blijkt uit de schaal vragenlijsten afgenomen bij cliënten binnen de verslavingszorg die vaktherapie beeldend als therapievorm volgen dat elf van de twaalf cliënten aangeven dat hun zelfvertrouwen is gegroeid door middel van deze therapievorm. Eén cliënt antwoord hier neutraal op (zie bijlage 5 voor de aantallen en berekeningen).

**Samengevat**

Volgens de literatuur is de behoefte aan competentie de wens van de cliënt om zich bekwaam te voelen om een taak te volbrengen. Het is een gevoel dat de cliënt heeft dat deze capaciteiten heeft om goed te functioneren (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens & Andriessen, 2009). Vaktherapie beeldend is een belangrijk middel ter vergroting van het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde. Dit sluit aan bij de behoefte van competentie. Als de cliënt zelfvertrouwen kent zal deze zich bekwamer voelen om een taak te volbrengen (Schweizer, 2009). Volgens de vaktherapeuten beeldend draagt hun therapievorm bij aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg. Dit omdat binnen de ervaringsgerichte beeldende oefeningen zij vaardigheden en capaciteiten kunnen ontdekken van zichzelf, die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de succeservaringen van de cliënt. Door deze succeservaringen krijgen zij vertrouwen in hun eigen mogelijkheden wat weer bij kan dragen aan hun motivatie en zelfvertrouwen om aan hun middelengebruik te werken. Elf van de twaalf cliënten geven aan dat hun zelfvertrouwen is gegroeid door middel van vaktherapie beeldend.

### 3.2.2 Deelvraag 2

*Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de relationele en sociale van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg?*

*Literatuur*

De behoefte aan relationele en sociale verbondenheid is de wens die de cliënt heeft tot interactie, verbinding en de ervaring om voor anderen te zorgen. De cliënt heeft de wens om positieve relaties op te bouwen met anderen, zich geliefd te voelen en zelf van anderen te houden. Deze verbondenheid geeft de cliënt voldoening en kan ondersteunend zijn. De behoefte aan relatie uit zich in de wens verbonden te zijn. Die wens gaat in twee richtingen: mensen willen zich gekend weten door anderen, willen verzorgd worden én hebben de behoefte voor anderen te zorgen. Het gaat om meer dan alleen contact; mensen willen zich echt verbonden voelen in een betekenisvolle relatie (Wassink, 2015).

Cliënten met een verslaving hebben in hun leven veel afwijzing gekend in het contact met anderen. Hierdoor ontstaat onzekerheid in contact, waardoor de behoefte tot relationele en sociale verbondenheid afneemt. Tijdens de beeldende vaktherapiegroep wordt er geoefend met het samenwerken met anderen. De cliënt kan oefenen met het aangaan van nieuwe contacten, samenwerken, conflicthantering, herkenning, steun en feedback geven en ontvangen. Daarnaast kan de cliënt ervaren om anders om te gaan met contacten dan voorheen. Cliënten leren tijdens de therapiesessies om eigen patronen in de interactie met anderen te herkennen en erkennen. Na verloop van tijd geven zij aan dat er een ontwikkeling plaats vindt, het innemen van een sociale positie gaat de cliënt van loop naar tijd beter af. De patronen in het contact met anderen kunnen worden gewijzigd door te experimenteren met ander gedrag. De cliënt merkt dat tijdens het oefenen ander sociaal gedrag een ander gevolg kan hebben. Er wordt in de vaktherapie beeldend linken gelegd tussen het sociale gedrag dat de cliënt vertoond tijdens de therapie en de gedragspatronen in de dagelijkse praktijk. De cliënt kan het eigen ‘oude’ gedrag in contact met anderen herkennen en zien hoe deze is veranderd. Tevens wordt er met de cliënt een gewenste toekomstsituatie geschetst. Dit helpt de cliënt om zich te richten op de waarde die hij heeft op sociaal en relationeel gebied. Na verloop van tijd raakt de cliënt meer vertrouwd in het contact maken omdat deze zichzelf in het contact leert kennen en leert om contact te maken. De cliënt wordt hierdoor zelfverzekerder waardoor de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid toeneemt (Haeyen, 2011). ‘Vaktherapie beeldend biedt de mogelijkheid tot sociaal contact, stimuleert daardoor het sociale functioneren en geeft de gelegenheid nieuw gedrag te oefenen’ (Smeijsters, 2008).

*Vaktherapeuten beeldend*

Uit de open vragenlijsten afgenomen bij vaktherapeuten beeldend is gebleken dat vaktherapie beeldend de relationele en sociale verbondenheid van de cliënt kan vergroten, omdat het een ingang geeft om in de groep interactie aan te gaan en verbindingen te maken. Hiernaast kan de cliënt contact maken met zijn onderliggende behoeften en gevoelens wat relationele en sociale verbondenheid bevordert. Bij deze therapievorm hoef je niet direct in contact te treden met de therapeut en over je verslaving te praten, maar kun je je richten op het materiaal en de opdracht. Wanneer men meer vertrouwt raakt met de therapie, het materiaal en de therapeut kan de aandacht en het contact meer op de therapeut en medecliënten komen te liggen. Deze positieve, steunende ervaringen kunnen er toe bijdrage dat ook het contact met anderen buiten de groep weer verbeterd. Vaktherapie beeldend heeft als kracht dat je in de groep de interactie met elkaar kunt aangaan. Het geeft een mogelijkheid om sociaal te leren en een eigenheid hierin te vinden. Tevens wordt er tijdens deze therapievorm duidelijk hoe iemand in staat is om contact te maken met anderen. De relaties die de cliënt heeft met anderen wordt in beeld gebracht. Door dit met beeldende middelen te doen ontstaat er een mogelijkheid om afstand te nemen, dit kan leiden tot nieuwe inzichten. Een vervolgopdracht zou kunnen zijn om de wens van de cliënt wat betreft relaties in beeld te brengen (zie bijlage 3 voor de horizontale vergelijkingstabel).

*Cliënten*

In onderstaande cirkeldiagram is te zien dat er geen eenduidig antwoord geven wordt op de vraag of vaktherapie beeldend de cliënten meer inzicht geeft in en behoefte geeft aan relationele en sociale verbondenheid (zie bijlage 5 voor de aantallen en berekeningen).

**Samengevat**

Volgens de literatuur is behoefte aan relationele en sociale verbondenheid de wens die de cliënt heeft voor interactie, verbinding en de ervaring om voor anderen te zorgen (Wassink, 2015). Er worden in de vaktherapie beeldend linken gelegd tussen het sociale gedrag dat de cliënt vertoond tijdens de therapie en de gedragspatronen in de dagelijkse praktijk. De cliënt kan het eigen ‘oude’ gedrag in contact met anderen herkennen en zien hoe deze is veranderd. Daarnaast wordt er met de cliënt een gewenste toekomstsituatie geschetst. Dit helpt de cliënt om zich te richten op de waarde die hij heeft op het sociaal en relationeel gebied. Na verloop van tijd raakt de cliënt meer vertrouwd in het contact maken, omdat deze zichzelf in het contact leert kennen en leert om contact te maken. De cliënt wordt hierdoor zelfverzekerder, waardoor de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid toeneemt (Haeyen, 2011). Volgens de vaktherapeuten beeldend draagt hun therapievorm bij aan het vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid, omdat het een ingang geeft om in de groep interactie aan te gaan en verbindingen te maken. Tevens kan de cliënt contact maken met zijn onderliggende behoeften en gevoelens wat relationele en sociale verbondenheid bevordert. Er wordt tijdens vaktherapie beeldend duidelijk hoe iemand in staat is om contact te maken met anderen. De relaties die de cliënt heeft met anderen worden in beeld gebracht. Door dit met beeldende middelen te doen ontstaat er een mogelijkheid om afstand te nemen, wat kan leiden tot nieuwe inzichten. De cliënten geven geen eenduidig antwoord op de vraag of vaktherapie beeldend hen meer inzicht en behoefte geeft ten opzichte van relationele en sociale verbondenheid.

### 3.2.3 Deelvraag 3

*Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de autonomie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg?*

*Literatuur*

De behoefte aan autonomie is het gevoel dat de cliënt heeft om psychologisch vrij te zijn. Dat hij zelf richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen. Daarnaast verwijst deze behoefte naar de wens om zelf keuzes te maken en daarin niet te worden gedwongen. ’Mensen die de kans hebben gehad zich autonoom te ontwikkelen leerden zichzelf te reguleren, zij zijn minder afhankelijk van externe prikkels. Ze zijn meer intrinsiek gemotiveerd en kunnen zich beter distantiëren van de kortstondige beloningen die items in hun omgeving hen bieden’ (Van der Stel, 2012).

Verslaving wijst op een gebrek aan autonomie. Het is dan ook van belang dat de cliënt gemotiveerd wordt, zodat de zelfbepaling van de cliënt versterkt wordt. De zelfbepaling stimuleert dat cliënten leren hun gedrag en beslissingen aandachtig te volgen. Voor het herstel van cliënten met een verslaving is het daarom van belang dat hen een context wordt aangeboden, waarin de autonomie wordt bevorderd (Van der Stel, 2012).

Een kenmerk van de doelgroep binnen de verslavingszorg is ontkenning. Dit komt voort uit het gevoel dat de cliënt denkt uit vrije wil keuzes te maken. Echter is dit in de psyche een samenspel tussen bewuste en onbewuste processen, waar geen invloed op uitgeoefend kan worden. Anderzijds zijn er gecontroleerde processen waar de cliënt wel invloed op uit kan oefenen. De cliënt is zich deels niet bewust van deze processen, waardoor deze ambivalent is over zijn eigen verslaving. De processen in de psyche worden gestimuleerd door middel van vaktherapie beeldend. Het beeld wat de cliënt maakt geeft hem de mogelijkheid om bewustwording te creëren omtrent zijn eigen proces. Dit kan ondersteunend werken bij het aanleren van autonomie (Bergstra, 2012).

Een groot resultaat dat wordt bereikt met vaktherapie beeldend is inzicht. Inzicht in patronen omtrent voelen, denken en handelen. De cliënt leert zich bewust te worden van het gevoel er te mogen zijn en zo een betere fundering te ontwikkelen. De cliënt leert om op zichzelf te staan en zich vrij te voelen om eigen keuzes te maken, wat autonomie inhoudt (Haeyen, 2011).

*Vaktherapeuten beeldend*

Uit de open vragenlijsten afgenomen bij vaktherapeuten beeldend is gebleken dat vaktherapie beeldend de autonomie van de cliënt kan vergroten, doordat deze therapievorm continu draait om zelf keuzes maken. De cliënt krijgt zelf de ruimte om deze keuzes te maken en door eigen invulling te geven aan de materialen die hij gebruikt. Hierdoor ervaren zij de regie. Iemands stijl komt geheel naar voren waardoor de autonomie van de cliënt versterkt wordt. Tevens kan de cliënt zelfstandig met ondersteuning ontdekken waar zijn krachten en valkuilen liggen (zie bijlage 3 voor de horizontale vergelijkingstabel).

*Cliënten*

*“Ik heb geleerd om mijn grenzen duidelijk en op tijd aan te geven”* (cliënt 6, persoonlijke communicatie, 30 april 2018).

In onderstaande cirkeldiagram is te zien dat de cliënten meer inzicht hebben in en meer richting geven aan hun eigen leven (zie bijlage 5 voor de aantallen en berekeningen). Hier wordt verder op in gegaan in hoofdstuk 4 conclusies.

**Samengevat**

Volgens de literatuur is de behoefte aan autonomie het gevoel dat de cliënt heeft om psychologisch vrij te zijn. Dat hij zelf richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen (Van der Stel, 2012). Een groot resultaat dat wordt bereikt met vaktherapie beeldend is inzicht. Inzicht in patronen omtrent voelen, denken en handelen. De cliënt leert zich bewust te worden van het gevoel er te mogen zijn en zo een betere fundering te ontwikkelen. De cliënt heeft geleerd om op zichzelf te staan en zich vrij te voelen om eigen keuzes te maken, wat autonomie inhoudt. Volgens de vaktherapeuten beeldend draagt de therapie bij aan het vergroten van de autonomie van de cliënt omdat er ruimte is voor eigen invulling door de cliënt. Doordat zij binnen het beeldend werken hun eigen keuzes kunnen maken, ervaren zij de regie. Iemands stijl komt geheel naar voren waardoor de autonomie van de cliënt versterkt wordt. Cliënten geven aan dat zij meer inzicht hebben in en meer richting geven aan hun eigen leven door vaktherapie beeldend.

### 3.2.4 Deelvraag 4

*Welke therapeutische houding wordt verwacht van vaktherapeuten beeldend om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden?*

*Literatuur*

De taak van de vaktherapeut beeldend is een omgeving te creëren die de intrinsieke motivatie van de cliënt verbeterd en waarin de cliënt in staat is om het gedrag aan te passen. Tevens is het van belang dat de therapeut zich inleeft in het perspectief van de cliënt. Hoe ambivalent deze ook kan zijn om de behandeling te accepteren (Holt & Kaiser, 2009). Het is van belang dat de therapeut de cliënt door de verschillende types van motivatieregulatie loodst. ‘De therapeut probeert aan de drie basisbehoeftes tegemoet te komen, zelfs als de cliënt niet elke behoefte belangrijk vindt. Om een verandering van motivatie mogelijk te maken zal de therapeut een behoefte bevredigende context aanbieden in de therapie’ (Keymeulen, 2015).

In het begin van de behandeling moet de cliënt vaak nog gemotiveerd raken om zijn leven aan te willen passen. Het is van belang dat de vaktherapeut beeldend motiveert, omdat de cliënt zich niet altijd bewust is van de negatieve gevolgen van gebruik of ambivalentie vertoont tegenover verandering. Om die ambivalentie af te laten nemen is het van belang dat de cliënt zijn eigen tempo mag bepalen en dat “niks” moet binnen de vaktherapie beeldend. De vaktherapeut probeert dan een op een contact te maken met de cliënt om de werkvorm toe te lichten en/of te kijken naar de mogelijkheden binnen het aanbod of binnen deze therapievorm algemeen (Bergstra, 2012).

De therapeut kan competentieversterkend te werk gaan door structuur en houvast te bieden binnen het therapeutische proces. Dit kan de cliënt inzicht en veiligheid bieden. Een structurerende context kan de behoefte aan competentie bevredigen (Keymeulen, 2015). De therapeut kan relationele en sociale verbondenheid nastreven door te investeren in onvoorwaardelijke therapeutische aandacht. De therapeut creëert een warme context. Hierin kan de cliënt zijn persoonlijke gevoelens in vol vertrouwen delen. De autonomie van de cliënt kan worden vergroot door vanuit een nieuwsgierige en geïnteresseerde houding het perspectief van de cliënt te begrijpen. Hierbij is empathie erg belangrijk. Een goed begrip van de cliënt laat toe om hem te ondersteunen bij het maken van keuzes. Het is van belang dat de therapeut uitstraalt dat de cliënt zelf de meeste mogelijkheden heeft om zichzelf te veranderen maar wel gelooft in de groeimogelijkheden van de cliënt. Hierbij hanteert de therapeut geen druk. De cliënt moet zelf helemaal achter de beslissing staan om in behandeling te gaan (Verfaille, 2011).

Om bovenstaande te realiseren is het van belang dat de vaktherapeut beeldend de volgende grondhoudingen hanteert:

* Een oordeelvrije houding. Dit wordt gekenmerkt door neutraliteit en openheid.
* Een ruimte biedende houding. Hierin biedt de therapeut interventies en werkvormen aan die ruimte laten voor de persoonlijke invulling van de cliënt.
* Een vertrouwen gevende houding. Deze houding wordt gekenmerkt door het vertrouwen in de cliënt en zijn kwaliteiten en mogelijkheden. De therapeut gaat uit van de positieve kanten van de cliënt en daagt deze uit om de eigen sterke kanten te gebruiken (Verfaille, 2011).

*Vaktherapeuten beeldend*

Uit de open vragenlijsten afgenomen bij vaktherapeuten beeldend is gebleken dat de therapeuten verschillende therapeutische houdingen aannemen. Meerdere vaktherapeuten geven aan een motiverende houding aan te nemen. Er zijn veel overeenkomsten in de therapeutische houdingen van de vaktherapeuten beeldend. Namelijk een ondersteunende, open houding.

Echter is er geen eenduidig uitgangspunt of eenduidige methodiek waar de ondervraagde vaktherapeuten beeldend vanuit werken binnen beeldende therapie in de verslavingszorg. Dit is goed te zien in de horizontale vergelijkingstabel in bijlage 3.

*Cliënten*

Uit de schaal vragenlijsten afgenomen bij cliënten binnen de verslavingszorg die vaktherapie beeldend volgen is gebleken dat de vaktherapeut oordeel vrij op de cliënt reageert en de cliënt zich serieus genomen voelt door de therapeut. De therapeut geeft de cliënt vrijheid om zijn eigen werk vorm te geven en weet wat hij nodig heeft tijdens de therapiesessie. Dit is terug te vinden in aantallen berekenen, bijlage 5.

**Samengevat**

De literatuur beschrijft dat de vaktherapeut beeldend competentieversterkend te werk kan gaan door structuur en houvast te bieden binnen het therapeutische proces. Dit kan de cliënt inzicht bieden en veiligheid geven. Een structurerende context kan de behoefte aan competentie bevredigen (Keymeulen, 2015). De therapeut kan relationele en sociale verbondenheid nastreven door te investeren in onvoorwaardelijke therapeutische aandacht. De therapeut creëert een warme context. Hierin kan de cliënt zijn persoonlijke gevoelens in vol vertrouwen delen. De autonomie van de cliënt kan worden vergroot door vanuit een nieuwsgierige en geïnteresseerde houding het perspectief van de cliënt te begrijpen. Hierbij is empathie erg belangrijk. Een goed begrip van de cliënt laat toe om hem te ondersteunen bij het maken van keuzes. Het is van belang dat de therapeut uitstraalt dat de cliënt zelf de meeste mogelijkheden heeft om zichzelf te veranderen maar wel gelooft in de groeimogelijkheden van de cliënt. Hierbij hanteert de therapeut geen druk. De cliënt moet zelf helemaal achter de beslissing staan om in behandeling te gaan (Verfaille, 2011). Meerdere vaktherapeuten beeldend geven aan een motiverende houding aan te nemen. In hun antwoorden komt naar voren dat zij rekening houden met de behoefte van de cliënt, zie bijlage 3. Er zijn veel overeenkomsten in de therapeutische houdingen van de therapeuten. Echter is er geen eenduidig uitgangspunt of eenduidige methodiek waar de ondervraagde vaktherapeuten beeldend vanuit werken binnen beeldende therapie in de verslavingszorg.

# Hoofdstuk 4 Conclusie en aanbevelingen

*In dit hoofdstuk worden er conclusies getrokken vanuit de verkregen resultaten. Deze conclusies worden eerst per deelvraag beschreven en daarna wordt de hoofdvraag beantwoord. Ten slotte worden er vanuit deze conclusies aanbevelingen voor dit onderzoek beschreven.*

## 4.1 Conclusie

*De hoofdvraag van het onderzoek is: Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik?*

Het belang van motivatie komt terug in de zelfdeterminatietheorie. Deze beschrijft dat des te meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Daarnaast beschrijft de theorie dat de intrinsieke motivatie om te stoppen met middelengebruik van de verslaafde cliënt afhangt van de bevrediging van drie psychologische basisbehoeften. De psychologische basisbehoeften zijn: competentie, relationele en sociale verbondenheid en autonomie. Indien deze bevredigd worden, kan er een optimale functionering en groei van een persoon ontstaan.

Volgens de literatuur is vaktherapie beeldend een belangrijk middel ter vergroting van het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde. Dit sluit aan bij de behoefte van competentie. Als de cliënt zelfvertrouwen kent zal deze zich meer bekwaam voelen om een taak te volbrengen.

Volgens de vaktherapeuten beeldend draagt hun therapievorm bij aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg omdat zij door middel van succeservaringen vertrouwen krijgen in hun eigen mogelijkheden, wat weer bij kan dragen aan hun motivatie en zelfvertrouwen om aan hun middelengebruik te werken.

De cliënten geven aan dat hun zelfvertrouwen is gegroeid door middel van vaktherapie beeldend. Dit sluit aan bij de behoefte van competentie, als de cliënt zelfvertrouwen kent zal deze zich bekwamer voelen om een taak te volbrengen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat volgens alle soorten verkregen data vaktherapie beeldend bijdraagt aan het vergroten van de competentie van de cliënt.

Er wordt in de literatuur beschreven dat vaktherapie beeldend de cliënt kan helpen om zich te richten op de waarde die hij heeft op het relationeel en sociaal gebied. Ook biedt deze therapievorm de mogelijkheid tot sociaal contact, stimuleert daardoor het sociaal functioneren en geeft de gelegenheid nieuw gedrag te oefenen.

Volgens de vaktherapeuten beeldend draagt hun therapievorm bij aan het vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid, omdat het een ingang kan geven om in de groep interactie aan te gaan en verbindingen te maken. Tevens kan de cliënt contact maken met zijn onderliggende behoeften en gevoelens wat relationele en sociale verbondenheid bevordert. Er kan tijdens deze therapievorm duidelijk worden, hoe iemand in staat is om contact te maken met anderen. De relaties die de cliënt heeft met anderen worden in beeld gebracht.

De cliënten geven geen eenduidig antwoord op de vraag of vaktherapie beeldend hen meer inzicht en behoefte geeft ten opzichte van relationele en sociale verbondenheid. Het is mogelijk dat deze therapievorm de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid onvoldoende bevordert. Daarnaast is het mogelijk dat cliënten onvoldoende bewust zijn van dit gevolg van de therapie, daar het een complex observatie vermogen vergt en het accent van het resultaat van de therapie voor hen ergens anders of meer praktisch ligt.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat volgens de literatuur en de vaktherapeuten beeldend deze therapievorm bijdraagt aan het vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid. Echter is het van belang om nader onderzoek te doen om antwoord te kunnen geven op de vraag of vaktherapie beeldend bijdraagt aan de relationele en sociale verbondenheid van de cliënt. Dit wordt nader toegelicht bij de paragraaf aanbevelingen.

In de literatuur wordt beschreven dat tijdens vaktherapie beeldend sessies de cliënt leert zich bewust te worden van het gevoel er te mogen zijn en zo een betere fundering te ontwikkelen. De cliënt leert om op zichzelf te staan en zich vrij te voelen om eigen keuzes te maken, wat autonomie inhoudt. Volgens de vaktherapeuten beeldend draagt hun therapievorm bij aan het vergroten van de autonomie van de cliënt, omdat er ruimte is voor eigen invulling. Doordat zij binnen het beeldend werken hun eigen keuzes kunnen maken, ervaren zij de regie. Iemands stijl komt geheel naar voren waardoor de autonomie van de cliënt versterkt wordt.

Cliënten geven aan dat zij meer inzicht hebben in en meer richting geven aan hun eigen leven door deze therapievorm. Dit sluit aan bij de behoefte van autonomie, het gevoel dat de cliënt richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat volgens alle soorten verkregen data vaktherapie beeldend bijdraagt aan het vergroten van de autonomie van de cliënt.

Volgens de literatuur kan de vaktherapeut beeldend competentieversterkend te werk kan gaan door structuur en houvast te bieden binnen het therapeutische proces. Dit kan de cliënt inzicht en veiligheid bieden. Een structurerende context kan de behoefte aan competentie bevredigen. De therapeut kan relationele en sociale verbondenheid nastreven door te investeren in onvoorwaardelijke therapeutische aandacht. De therapeut creëert een warme context. Hierin kan de cliënt zijn persoonlijke gevoelens in vol vertrouwen delen. De autonomie van de cliënt kan worden vergroot door vanuit een nieuwsgierige en geïnteresseerde houding het perspectief van de cliënt te begrijpen. Hierbij is empathie erg belangrijk.

Meerdere vaktherapeuten beeldend geven aan een motiverende houding aan te nemen. In hun antwoorden komt naar voren dat zij rekening houden met de behoefte van de cliënt, zie bijlage 3. Er zijn veel overeenkomsten in de therapeutische houdingen van de vaktherapeuten. Echter, zoals beschreven in paragraaf 3.4 is er geen eenduidige methodiek die wordt gehanteerd. Om de motivatie van de cliënt te bevorderen is het van belang dat er vanuit een methodiek gewerkt wordt die dit dan ook stimuleert. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van bovenstaande therapeutische houdingen die de basisbehoeften van de cliënt bevorderen. Zoals terug te lezen is in paragraaf 1.3.1 ontbreekt het de vaktherapeuten beeldend, door de hoge productiedruk aan tijd, om hun therapie daadwerkelijk te kunnen onderbouwen met literatuur of eigen onderzoek. Door te werken vanuit een motivatie bevorderende methodiek is hun werk evidence based, wat verschillende betrokkenen van hen verwachten, zie paragraaf 1.3.

De intrinsieke motivatie van de verslaafde cliënt om te stoppen met middelengebruik hangt af van de bevrediging van bovengenoemde basisbehoeften. Uit bovenstaande conclusies vanuit de deelvragen kan geconcludeerd worden dat vaktherapie beeldend wel degelijk bijdraagt aan het vergroten van de competentie en autonomie van de cliënt. Tevens draagt volgens de eerdergenoemde literatuur en de vaktherapeuten beeldend deze therapievorm bij aan het bevorderen van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid. Tijdens de vaktherapie beeldend sessies worden de drie basisbehoeften bevredigd, wat de motivatie van de cliënt bevordert. Het is niet duidelijk of deze therapievorm onvoldoende de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid bevordert of dat cliënten onvoldoende bewust zijn van dit gevolg van de therapie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er nog nader onderzoek gedaan moet worden om antwoord te geven op de vraag of er tijdens de therapiesessies meer de nadruk moet liggen op deze basisbehoefte.

Er zijn veel overeenkomsten in de therapeutische houdingen van de vaktherapeuten beeldend. Echter is er geen eenduidige methodiek waar de ondervraagde therapeuten vanuit werken binnen de verslavingszorg. Dit kan teruggeleid worden naar de probleembeschrijving waarin in beschreven wordt dat het vaktherapeuten beeldend ontbreekt aan tijd om hun therapie te onderbouwen. Hierin wordt ook het belang van evidence based werken benoemd. Door te werken vanuit een motivatieversterkende methodiek kan de motivatie van de cliënt nog meer vergroot worden en wordt er tevens evidence based gewerkt. Daarnaast zou het werken vanuit deze methodiek alle basisbehoeften apart behandelen waardoor de invloed van vaktherapie beeldend op het bevorderen van de relationele en sociale verbondenheid sterker naar voren komt. Dit wordt verder uitgewerkt in de volgende paragraaf.

## 4.2 Aanbevelingen

### 4.2.1. Aanbeveling 1: In beeld krijgen behoefte relationele en sociale verbondenheid

Aangezien de cliënten geen eenduidig antwoord geven op de vraag of vaktherapie beeldend hen meer inzicht en behoefte geeft ten opzichte van relationele en sociale verbondenheid is het niet bekend of deze therapievorm bijdraagt aan deze basisbehoefte. Het kan zijn dat de therapie onvoldoende de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid bevordert. Daarnaast is het mogelijk dat cliënten zich onvoldoende bewust zijn van dit gevolg van de therapie, daar het een complex observatie vermogen vergt en het accent van het resultaat van de therapie voor hen ergens anders of meer praktisch ligt. Het is van belang een beter beeld te krijgen of vaktherapie beeldend de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid bevordert. Er zou een vervolgonderzoek kunnen plaatsvinden dat uitgebreider ingaat op deze basisbehoefte.

### 4.2.2. Aanbeveling 2: **Werken met een nulmeting**

Om nog beter de invloed van vaktherapie beeldend op de motivatie van de cliënt in beeld te krijgen kan er gebruik gemaakt worden van een nulmeting. Hierin kan de huidige situatie in kaart gebracht worden en kan vanuit daar de invloed van deze therapievorm op de motivatie in kaart gebracht worden. Door dit te doen kan naast evidence based werken, ook practice based gewerkt worden.

### **4.2.3 Aanbeveling 3:** Werken vanuit de zelfdeterminatietheorie

Een andere mogelijkheid voor innovatie is het werken vanuit dezelfde methodiek. Er zijn veel overeenkomsten in de therapeutische houdingen van de vaktherapeuten beeldend. Echter is er geen eenduidige methodiek waar de ondervraagde therapeuten vanuit werken binnen beeldende therapie in de verslavingszorg. De ZDT beschrijft de basisbehoeften waar momenteel aan gewerkt wordt tijdens de vaktherapie beeldend. Door vanuit deze theorie te werken wordt er nog specifieker ingegaan op deze basisbehoeften en de meerwaarde hiervan op de motivatie van de cliënt wordt duidelijk. Omdat er specifieker wordt ingegaan op de basisbehoeften van de cliënt zal de invloed van deze therapievorm op de relationele en sociale verbondenheid tevens sterker naar voren komen. De ZDT beschrijft dat des te meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Door vanuit deze methodiek te werken zou vaktherapie beeldend nog meer bijdragen aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik. Tevens wordt er door het werken vanuit de ZDT evidence based gewerkt.

Er is gekozen om het derde innovatievoorstel uit te werken. Hiervoor is gekozen omdat is gebleken uit het onderzoek dat vaktherapeuten beeldend niet vanuit een eenduidige methodiek werken en er vanuit dit onderzoek geen duidelijk antwoord is verkregen op de vraag of vaktherapie beeldend bijdraagt aan het vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid. Door het uitwerken van dit innovatievoorstel zouden er meerdere aspecten die motivatie belemmerend kunnen werken aangepakt worden. De motivatie van de cliënt zou bevorderd kunnen worden, omdat er met gebruik van de ZDT specifieker wordt ingegaan op de basisbehoeften van de cliënt en de meerwaarde van het bevredigen van deze basisbehoefte duidelijk wordt. Namelijk met uiteindelijk doel het vergroten van de motivatie. Daarnaast wordt er door het werken vanuit deze methodiek evidence based gewerkt. Wat verwacht wordt van de vaktherapeuten beeldend door verschillende belanghebbenden op macro en meso niveau. Door evidence based te werken kan het beroep blijven bestaan, zie paragraaf 1.3.

# Hoofdstuk 5 Evaluatie

*In dit hoofdstuk wordt kritisch geëvalueerd op de mate van validiteit en betrouwbaarheid van de gebruikte modellen, theorieën en het onderzoek. Tevens worden de consequenties hiervan op het gehele onderzoek en de geldigheid van de conclusies beschreven in dit hoofdstuk.*

Tijdens dit onderzoek is er om data te verkrijgen onder andere gebruik gemaakt van de methode literatuuronderzoek. Om zo veel mogelijk gerichte en betrouwbare literatuur te verkrijgen is er gebruik gemaakt van online databanken, de bibliotheek van Avans, de reguliere bibliotheek en de bibliotheek van Hogeschool Utrecht. Bij de laatst genoemde wordt namelijk de opleiding Creatieve Therapie aangeboden, waardoor er veel literatuur aanwezig is omtrent dit onderwerp. Veel boeken zijn ouder dan tien jaar waardoor zij niet betrouwbaar zijn. Hierdoor viel ruim de helft van de literatuur die beschikbaar was af. Over de combinatie basisbehoeften en vaktherapie beeldend is geen literatuur beschikbaar. De onderzoekster heeft daardoor verschillende theorieën samengebracht om zo nieuwe kennis te creëren. Door de verscheidenheid aan bronnen is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. De validiteit van dit onderzoek is vergroot door middel van een kijkkader. Zo werd er gericht data gezocht.

Een tweede methode die tijdens dit onderzoek is gebruikt is bevragen. In eerste instantie zou er gebruik gemaakt worden van interviews die afgenomen zouden worden bij vaktherapeuten beeldend. Echter moesten alle vaktherapeuten beeldend eerst op de hoogte gesteld worden van dit onderzoek waardoor er een tijdtekort is ontstaan. Daarom is de keuze gemaakt om open vragenlijsten af te nemen. Om zo veel mogelijk respondenten te verkrijgen is er gebruik gemaakt van een mededeling in de nieuwsbrief die zij ontvangen, een mail en een herinneringsmail. Daarnaast is er een bericht geplaatst op de LinkedInpagina van de NVBT en de pagina van de werkveldgroep verslaving. Van de drieënzestig vaktherapeuten beeldend die bij de NVBT hebben aangegeven werkzaam te zijn binnen de verslavingszorg hebben er negen therapeuten de vragenlijsten ingevuld. Omdat slechts 15% van de vaktherapeuten de vragenlijst heeft ingevuld zijn de resultaten niet representatief voor de volledige populatie vaktherapeuten beeldend werkzaam binnen de verslavingszorg.

Om de validiteit van dit onderzoek te vergroten is er een begripsbepaling toegevoegd aan de vragenlijsten. Echter zijn niet alle vragen beantwoord zoals dit bedoeld was, sommigen vaktherapeuten gaven een antwoord die geen antwoord gaf op de vraag die gesteld werd. Hierdoor waren niet alle antwoorden valide. De antwoorden die niet valide zijn voor dit onderzoek zijn dan ook niet gebruikt. Het afnemen van interviews is passender bij dit onderzoek omdat er op die manier doorgevraagd zou kunnen worden en de validiteit van dit onderzoek zou op deze manier groter zijn.

Tevens zijn er gesloten vragenlijsten afgenomen bij de cliënten van deze therapievorm. Om de betrouwbaarheid van de vragenlijsten te vergroten zijn de vragenlijsten eerst getest bij een cliënt om te kijken of de vraagstellingen begrepen werden. Tevens is de validiteit van dit onderzoek vergroot omdat er tijdens deze test is gekeken of zij de vragen interpreteerde zoals deze bedoeld is. Om de validiteit te vergroten is er een gesloten vragenlijst afgenomen omdat deze voor de cliëntenpopulatie gemakkelijker is te beantwoorden en er alleen relevante informatie naar voren komt. Eén cliënt had bij alle vragen neutraal ingevuld. Om de betrouwbaarheid te vergroten is er daarom voor gekozen de resultaten van de vragenlijst niet mee te nemen in het onderzoek. Het is niet duidelijk geworden wat de reden was van de neutrale antwoorden die de cliënt heeft gegeven. Om de validiteit van dit onderzoek te vergroten hadden er meer vragen gesteld kunnen worden die gericht waren op de deelvragen van dit onderzoek.

De onderzoekster is geen vaktherapeut beeldend, er is objectief onderzoek gedaan naar dit onderwerp zonder dat hier meningen of voorkeuren van de onderzoekster in zijn verwerkt. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Er zijn conclusies getrokken vanuit beweringen die zijn verkregen vanuit literatuur, de visie en ervaringen van vaktherapeuten beeldend en van cliënten die deze therapievorm volgen zijn. Dit onderzoek is betrouwbaar te noemen, omdat er gebruik is gemaakt van meerdere bronnen. Daarnaast is dit onderzoek valide omdat continu getest is bij belanghebbenden, cliënten, vaktherapeuten beeldend en de opdrachtgever hoe over dit onderwerp gedacht wordt en hoe dit onderzoek door hen gelezen werd. Een gedeelte van de verkregen data is niet valide omdat de vragen niet altijd beantwoord zijn zoals deze zouden moeten. Deze data is dan ook niet gebruikt om conclusies uit te trekken. Eén vraag vanuit de gesloten vragenlijsten leverde verschillende antwoorden op. Daarom is hier een innovatiemogelijkheid voor geschreven om hier nader onderzoek naar te doen, omdat het niet duidelijk is waar de verscheidenheid in antwoorden vandaan komt. De overige conclusies die zijn getrokken zijn betrouwbaar omdat alle conclusies zijn getrokken vanuit verschillende onderzoeksmethoden. Tevens zijn de conclusies valide omdat alleen de bevindingen zijn gebruikt die antwoord geven op de deelvragen.

De conclusies die zijn getrokken hebben invloed op het beroep van de SPH’er, omdat dit onderzoek bijdraagt aan segment 1 uit de ‘’de Creatieve Professional’’ van het Landelijk Opleidingsoverleg SPH. Zoals het beroep van de SPH’er bijdraagt aan de hulpverlening aan en ten behoeve van de cliënt doet vaktherapie beeldend dat ook. De bijdrage van deze therapievorm is in dit onderzoek onderzocht. Het is van belang dat de SPH’er op de hoogte is van de werkwijze van vaktherapie beeldend, omdat er van hen soms verwacht wordt deel te nemen aan de behandelsessies samen met de cliënt. Door het lezen van dit onderzoek kan de SPH’er meer inzicht krijgen in deze therapievorm, de werkwijze hiervan en de effecten hiervan (Landelijk Opleidingsoverleg SPH, 2009). Daarnaast zou de grondhouding van de SPH-er in deze cliënten populatie gelijk kunnen zijn aan die van de vaktherapeut beeldend, namelijk:

* Een oordeelvrije houding. Dit wordt gekenmerkt door neutraliteit en openheid.
* Een ruimte biedende houding. Hierin biedt de therapeut interventies en werkvormen aan die ruimte laten voor de persoonlijke invulling van de cliënt.
* Een vertrouwen gevende houding. Deze houding wordt gekenmerkt door het vertrouwen in de cliënt en zijn kwaliteiten en mogelijkheden. De therapeut gaat uit van de positieve kanten van de cliënt en daagt deze uit om de eigen sterke kanten te gebruiken (Verfaille, 2011).

# Hoofdstuk 6 Innovatievoorstel

*In dit hoofdstuk wordt de aanleiding en inleiding voor de innovatie beschreven. Vervolgens worden er organisatorische, inhoudelijke en eisen gericht op de doelgroep beschreven. Perspectieven op macro, meso en microniveau worden toegelicht. Hierna wordt er een beschrijving gegeven van de morele, methodische en organisatorische meerwaarde. De praktische haalbaarheid wordt beschreven en er wordt een specifieke situatie geschetst waarin deze innovatie een meerwaarde kent. Dit hoofdstuk sluit af met de uitwerking van de innovatie; een product gericht op de motivatievergroting van de cliënt binnen de verslavingszorg middels vaktherapie beeldend, volgens de zelfdeterminatietheorie.*

## 6.1 Aanleiding en inleiding voor de innovatie

De ZDT beschrijft de basisbehoeften waar momenteel aan gewerkt wordt tijdens de vaktherapie beeldend. Door vanuit deze theorie te werken wordt er nog specifieker ingegaan op de basisbehoeften en de meerwaarde hiervan op de motivatie van de cliënt wordt duidelijk. De ZDT beschrijft dat des te meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Door vanuit deze methodiek te werken zou vaktherapie beeldend nog meer bijdragen aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik.

Zoals benoemd in paragraaf 4.2 heeft de onderzoekster gekozen om een nieuw ontwerp te maken (Van der Donk & van Lanen, 2014). Er is niet een methodiek die door alle vaktherapeuten beeldend wordt toegepast. Dit komt naar voren uit de open vragenlijsten die zijn afgenomen bij vaktherapeuten beeldend, zie bijlage 3. Het is van belang om wel vanuit deze methodiek te werken, zodat de motivatie van de cliënt nog meer vergroot kan worden. Dit is nodig omdat vaktherapie beeldend zoals in de conclusies is terug te vinden een grote bijdrage kan leveren aan de motivatie van de cliënt en het is dan ook van belang dat deze therapievorm blijft bestaan. Werken vanuit de ZDT heeft als voordeel dat de vaktherapeut beeldend evidence based werken. Door dit evidence based werken kan het beroep blijven bestaan, omdat aan het management en de financierders van deze therapievorm (zie paragraaf 1.3) kan worden aangetoond dat er daadwerkelijk evidence based gewerkt wordt.

Om vaktherapeuten beeldend bekend te maken met deze methodiek en de evidence based resultaten is het van belang een expertsysteem te ontwerpen voor vaktherapeuten beeldend werkzaam binnen de verslavingszorg. Het doel van deze systemen is kennis breed beschikbaar maken (Van der Donk & Van Lanen, 2014). Binnen vaktherapie beeldend wordt gebruik gemaakt van interventiebeschrijvingen. Een interventiebeschrijving die veelvoudig gebruikt wordt is een product. Binnen dit product wordt in grote lijnen een combinatie van probleem en behandelaanbod beschreven. Het betreft een weergave van het probleem van een specifieke groep cliënten en het passende behandelaanbod hierop van de vaktherapeut (Van der Beek & Van den Bos, 2016). Er wordt een product ontworpen die de beschikbare literatuur omtrent de ZDT en vaktherapie beeldend beschrijft, zodat deze kan dienen als deskundigheidsbevordering voor de therapeuten. Dit product kan dienen als basis voor de sessies die gegeven worden. De vaktherapeut beeldend kan de therapeutische houding aanpassen aan de basisbehoefte waar tijdens die sessie aan gewerkt wordt, dit met als einddoel het vergroten van de motivatie van de cliënt.

## 6.2 Eisen aan de innovatie

Organisatorisch gezien zijn er verschillende eisen waar aan moet worden voldaan. De vaktherapeut beeldend bereidt de sessies altijd voor, bijvoorbeeld met welk materiaal er de volgende sessie gewerkt wordt. In de voorbereiding kan de vaktherapeut zich inlezen en bepalen aan welke basisbehoefte er die sessie gewerkt wordt. Zo is er geen extra tijd en budget nodig. Het is van belang dat de beeldend therapeut beschikt over een goed uitgeruste therapieruimte welke geschikt is voor groepen en individuele vaktherapie beeldend. De therapeut heeft de mogelijkheid tot het plannen van een vaststaand therapiemoment in de structuur van de week met de mogelijkheid tot het opbergen en het tonen van materialen en beeldende werkstukken. Wanneer mogelijk, is het aan te bevelen om een co-therapeut in te zetten die werkt op de afdeling waar de cliënten verblijven, voor terugkoppeling en generalisatie van de therapie in dagelijks leven.

Inhoudelijk gezien is het van belang dat de innovatie aansluit bij de doelstellingen van vaktherapie beeldend. Deze therapievorm richt zich op het bewerkstelligen van veranderings-, ontwikkelings-stabilisatie- en/of acceptatieprocessen. Hierbij worden beeldende middelen ingezet om bewuste en onbewuste gedachten en gevoelens te uiten en te beleven. De technieken die worden gehanteerd zijn gericht op de beleving van de cliënt. Bij deze vorm van behandeling staat de ervaring van mensen ten behoeve van ontwikkelingsprocessen centraal. Het doel van vaktherapie beeldend is het ervaren en zichtbaar worden van problemen zodat deze helder en bespreekbaar worden (NVBT, z.d.-a; Schweizer et al., 2009). Het werken vanuit dit product, middels de ZDT, kan er toe leiden dat er gerichter wordt ingegaan op gedachten en gevoelens van de cliënt. De problemen worden per basisbehoefte zichtbaar zodat deze helder worden voor de cliënt en hierna besproken kunnen worden. Wat aansluit bij de doelstellingen van vaktherapie beeldend.

De volgende ontwerpeisen richten zich op de kenmerken van de doelgroep:

* + De grootte van de doelgroep verschilt vaak. Zoals terug te vinden in bijlage 3, vraag 4 kan de cliënt zowel in groepsverband als individueel behandeld worden;
  + De cognitieve kenmerken van de doelgroep verschillen, deze kenmerken wisselen van cliënten met een laag IQ tot cliënten met een hoog IQ. Hier dient rekening mee gehouden te worden in de moeilijkheidsgraad van de interventie;
  + Er is een grote verscheidenheid aan doelgroep leden. Zo kan de leeftijd variëren van 18 tot bijvoorbeeld 70 jaar, zo zijn er vrouwen en mannen die deze therapievorm volgen, sommigen volgen deze therapie al maanden en sommigen zijn net gestart, tevens zit er verschil in de motivatie die de cliënt al heeft of juist nog niet heeft. Hier dient rekening mee gehouden te worden bij de inhoud van de inhoud van de interventie.

Er gelden de volgende contra-indicaties voor de doelgroep:

* Cliënten die lijden aan een acute psychose;
* Cliënten die een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormen;
* Een toestandsbeeld waarbij de cliënt onder invloed is van middelen (drugs, alcohol, medicatie) die het reëel waarnemen en herkennen van lichamelijke sensaties verstoren;
* Laagbegaafdheid (IQ lager dan 75).

## 6.3 Perspectieven

*Macroniveau*

Dit innovatievoorstel kent belanghebbenden op macroniveau. De behandeling en begeleiding die verslavingszorg instellingen bieden kan worden gefinancierd vanuit verschillende stelsels. Verslavingszorg wordt de eerste drie jaar gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet via zorgverzekeraars. Na die drie jaar komt de financiering vanuit de Wet langdurige zorg via zorgkantoren. In geval van een strafrechtelijke titel financiert justitie de verslavingszorg (GGZ Nederland, z.d.). Een ontwikkeling op macroniveau is het diagnose behandel combinatie (DBC)-beleid. Sinds het ontstaan van dit beleid in 2015 moeten vaktherapeuten beeldend binnen de verslavingszorg hun handelen kunnen verantwoorden. Het heeft als doel de zorgkosten en zorgkwaliteit transparant te maken, daarnaast moet de zorg efficiënt gebleken zijn (Universiteit Utrecht, 2017). Daarom is het van belang dat door middel van dit innovatievoorstel evidence based gewerkt wordt.

*Mesoniveau*

Dit innovatievoorstel kent belanghebbenden op meso niveau. Op mesoniveau is de gemeente vooral bij dit probleem betrokken. Sinds de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de gemeente verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers, waar ook de verslavingszorg onder valt. De gemeente subsidieert de verslavingszorg en verwacht daarvoor dat de professionals zo veel mogelijk evidence en practice based werken (Hanzon, Lucassen, & Sok, 2013). Tevens zijn op dit niveau alle verslavingsinstellingen die vaktherapie beeldend aanbieden en het management betrokken. Zij verwachten van de vaktherapeuten beeldend dat zij evidence en practice based werken en zijn verplicht dit te verantwoorden aan de gemeenten. Zoals in de missie van de NVBT terug te vinden is, is het van belang dat vaktherapeuten beeldend verenigen, ondersteunen en richting geven aan de voortdurende kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening (NVBT, z.d.-b). Dit probleem gaat dan ook alle vaktherapeuten beeldend binnen de verslavingszorg in Nederland aan, omdat het gaat over de kwaliteit en effectiviteit van vaktherapie beeldend binnen de verslavingszorg. Daarom is het van belang dat door middel van dit innovatievoorstel er evidence based gewerkt wordt binnen deze therapievorm.

*Microniveau*

Op microniveau zijn de belanghebbenden van dit innovatievoorstel alle cliënten binnen de verslavingszorg die deze therapievorm volgen. Cliënten verlangen dat zij de beste zorg krijgen. Verslavingszorg Noord-Nederland beschrijft dat een uitgangspunt van verslavingszorg dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg inzichtelijk en toetsbaar is (Verslavingszorg Noord-Nederland, 2018). Hierdoor is het van belang dat tijdens sessies vaktherapie beeldend, wat onderdeel is van de behandeling, evidence based gewerkt wordt, zodat het bijdraagt aan de kwaliteit van de zorgverlening. Dit kan door middel van het werken vanuit dit product.

## 6.4 Meerwaarde van de innovatie

*Morele meerwaarde*

Verslavingszorg Noord-Nederland beschrijft dat een uitgangspunt van verslavingszorg is dat de autonomie van de cliënt zoveel mogelijk gestimuleerd wordt (Verslavingszorg Noord-Nederland, 2018). Het is daarom van belang dat er tijdens de sessies er ook de focus ligt op het vergroten van deze autonomie, dit is een van de basisbehoeften die terug komt in de ZDT, waar vanuit wordt gewerkt in dit product.

*Methodische meerwaarde*

Momenteel is er geen eenduidige methodiek die gehanteerd wordt binnen vaktherapie beeldend. Doormiddel van dit innovatievoorstel kan er vanuit de ZDT gewerkt worden om de motivatie van de cliënt te vergroten.

*Organisatorische meerwaarde*

De motivatie van de cliënt is niet iets wat vanzelfsprekend is. Deze kan worden vergroot door het toepassen van de ZDT. Zo kan er worden aangesloten bij de doelstelling van vaktherapie beeldend, het bewerkstelligen van veranderings-, ontwikkelings-stabilisatie- en/of acceptatieprocessen. Het doel van de therapievorm is het ervaren en zichtbaar worden van problemen zodat deze helder en bespreekbaar worden (NVBT, z.d.-a; Schweizer et al., 2009). Door het werken vanuit de ZDT kunnen de problemen gerichter ervaren en zichtbaar worden. Tevens sluit dit innovatievoorstel aan bij de doelstelling van verslavingszorg Noord-Nederland, zij beschrijft namelijk dat een uitgangspunt van verslavingszorg is het inzichtelijk en toetsbaar maken van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (VNN, 2018). Dit product maakt dat er evidence based gewerkt kan worden en draagt daarom zo bij aan de kwaliteit van de zorgverlening.

## 6.5 Praktische haalbaarheid

Het innovatievoorstel is praktisch haalbaar omdat tijdens de vergadering van de werkveldgroep verslaving de vaktherapeuten beeldend aangaven open te staan voor innovatie en verandering. De uitkomsten van dit onderzoek worden verspreid onder de vaktherapeuten beeldend die hebben aangegeven op de hoogte gehouden te willen worden van de resultaten van dit onderzoek. Hiernaast wordt dit product ook gedeeld met de werkveldgroep verslaving en zal de schrijfgroep verslavingszorg kijken of zij dit product als onderlegger kunnen gebruiken voor het product wat zij gaan schrijven. Vaktherapeuten beeldend werken normaliter ook vanuit soortgelijke producten waardoor dit makkelijk toepasbaar is voor hen.

## 6.6 Innovatieve meerwaarde specifieke situatie

Als een cliënt niet gemotiveerd is om te stoppen met zijn verslaving kan de ZDT ingezet worden als methodiek. Soms kan het vergroten van de motivatie een te groot doel zijn. De vaktherapeut beeldend handelt dan vanuit de uitgangspunten van de ZDT. Op deze manier wordt de motivatie verdeeld in drie basisbehoeften waar aan kan worden gewerkt tijdens de therapiesessies. Dit zijn kleinere doelen zodat op langere termijn de motivatie van de cliënt vergroot kan worden.

## 6.7 Uitwerking product

Dit product kan handvaten bieden tijdens de vaktherapie beeldend sessies te werken aan het vergroten van de motivatie van de cliënt binnen de verslavingszorg. Aan de hand van deze handvaten kunnen keuzes worden gemaakt voor interventies en materialen. Bij de verandering van verslavingsgedrag is het cruciaal dat de cliënt motivatie heeft om zijn gedrag te veranderen. Intrinsieke of autonome motivatie is de mate waarin de cliënt gemotiveerd is om problematisch gedrag te veranderen. De aanwezigheid van de motivatie van een cliënt om te veranderen, heeft grote invloed op het effect van de behandeling en zou zelfs effectiever zijn dan alleen de aanwezigheid van extrinsieke motivatie (druk van buitenaf).Het belang van motivatie komt terug in de zelfdeterminatietheorie (hierna ZDT) of zelfbeschikkingstheorie. Deze beschrijft dat hoe meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Tevens beschrijft deze theorie dat de intrinsieke motivatie om te stoppen met middelengebruik van de verslaafde cliënt afhangt van de bevrediging van de drie natuurlijke basisbehoeften. Indien deze bevredigd worden, kan er een optimale functionering en groei van een persoon ontstaan. Deze psychologische basisbehoeften zijn:

* Competentie: het vertrouwen dat de cliënt heeft in zijn eigen vaardigheden en de capaciteit heeft om uitkomsten te beïnvloeden.
* Relationele en sociale verbondenheid: de wil die de cliënt heeft voor interactie, verbinding en de ervaring om voor anderen te zorgen. Deze verbondenheid geeft de cliënt voldoening en kan ondersteunend zijn.
* Autonomie: het gevoel dat de cliënt heeft om psychologisch vrij te zijn. Dat hij zelf richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen (Bartelink, 2013).

**Motivatievergroting van de cliënt binnen de verslavingszorg middels vaktherapie beeldend, volgens de zelfdeterminatietheorie**

MARIEKE ROSKAM

2018

**Context** Tweedelijns verslavingszorg, zorgprogramma motivatie

**Probleemomschrijving**

*Probleem*

* De cliënt heeft weinig tot geen vertrouwen in de eigen competentie;
* De cliënt kent weinig tot geen autonomie;
* De cliënt heeft weinig tot geen behoefte aan relationele en sociale verbondenheid.
* De cliënt is niet gemotiveerd om te stoppen met het middelengebruik;
* De cliënt wil niet deelnemen aan het programma.

*Gevolgen*

* De cliënt blijft gebruiken;
* De gezondheid van de cliënt loopt gevaar.

**Doelgroep**

*Indicaties*

* Volwassen cliënten die in behandeling zijn binnen de verslavingszorg en onvoldoende motivatie kennen om te stoppen met middelengebruik;
* Volwassen cliënten die in behandeling zijn binnen de verslavingszorg en waarbij de motivatie om te stoppen met middelengebruik vergroot moet worden.

*Contra-indicaties*

* Cliënten die lijden aan een acute psychose;
* Cliënten die een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormen;
* Een toestandsbeeld waarbij de cliënt onder invloed is van middelen (drugs, alcohol, medicatie) die het reëel waarnemen en herkennen van lichamelijke sensaties verstoren;
* Laagbegaafdheid (IQ lager dan 75).

*Selectie*

In te vullen door vaktherapeut beeldend, afhankelijk van de organisatie waarin men werkt (intake, verwijzing, O&A-traject).

**Doelen**

*Hoofddoel*

* Vergoten van de motivatie van de cliënt om te stoppen met middelengebruik.

*Subdoelen*

* Vergroten van de competentie van de cliënt;
* Vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid;
* Vergroten van de autonomie van de cliënt.

**Beschrijving van de interventie-aanpak**

*Opzet van de interventie*

Wekelijkse bijeenkomsten in een gesloten groep, van anderhalf uur, gedurende 12 bijeenkomsten (4 sessies per behoefte).

*Inhoud van de interventie*

Beeldende activiteiten gericht op het vergroten van de basisbehoeften:

* Het vergroten van de competentie van de cliënt;
* Het vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid;
* Het vergroten van de autonomie van de cliënt.

*Rol therapeut*

* Competentieversterkend: structuur en houvast te bieden binnen het therapeutische proces. Dit kan de cliënt inzicht en veiligheid bieden. Een structurerende context kan de behoefte aan competentie bevredigen (Keymeulen, 2015).
* Behoefte relationele en sociale verbondenheid bevorderen: investeren in onvoorwaardelijke therapeutische aandacht. De therapeut creëert een warme context. Hierin kan de cliënt zijn persoonlijke gevoelens in vol vertrouwen delen (Verfaille, 2011).
* Vergroten van de autonomie: vanuit een nieuwsgierige en geïnteresseerde houding het perspectief van de cliënt te begrijpen. Hierbij is empathie erg belangrijk. Een goed begrip van de cliënt laat toe om hem te ondersteunen bij het maken van keuzes. Het is van belang dat de therapeut uitstraalt dat de cliënt zelf de meeste mogelijkheden heeft om zichzelf te veranderen maar wel gelooft in de groeimogelijkheden van de cliënt. Hierbij hanteert de therapeut geen druk. De cliënt moet zelf helemaal achter de beslissing staan om in behandeling te gaan (Verfaille, 2011).

*Materialen*

Allerhanden beeldende middelen, nader in te vullen door de vaktherapeut beeldend.

**Onderbouwing**

*Factoren die het probleem veroorzaken.*

Middelengebruik, onvoldoende competentie, onvoldoende (behoefte aan) relationele en sociale verbondenheid en onvoldoende autonomie.

*Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden*

Competentie, het aangaan van relationele en sociale verbondenheid en autonomie.

*Theoretische referentiekaders*

Het belang van motivatie komt terug in de zelfdeterminatietheorie. Deze beschrijft dat hoe meer autonoom de motivatie van de cliënt is, des te groter de deelname aan de behandeling is en des te groter de kans dat de cliënt op lange termijn gedragsverandering weet te handhaven. Tevens beschrijft deze theorie dat de intrinsieke motivatie om te stoppen met middelengebruik van de verslaafde cliënt afhangt van de bevrediging van de drie natuurlijke basisbehoeften. Indien deze bevredigd worden, kan er een optimale functionering en groei van een persoon ontstaan. Deze psychologische basisbehoeften zijn:

* Competentie: het vertrouwen dat de cliënt heeft in zijn eigen vaardigheden en de capaciteit heeft om uitkomsten te beïnvloeden.
* Relationele en sociale verbondenheid: de wil die de cliënt heeft voor interactie, verbinding en de ervaring om voor anderen te zorgen. Deze verbondenheid geeft de cliënt voldoening en kan ondersteunend zijn.
* Autonomie: het gevoel dat de cliënt heeft om psychologisch vrij te zijn. Dat hij zelf richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen (Bartelink, 2013).

*Vaktherapeutische behandelvisie*

Vaktherapie beeldend richt zich op het bewerkstelligen van veranderings-, ontwikkelings-stabilisatie- en/of acceptatieprocessen. Hierbij worden beeldende middelen ingezet om bewuste en onbewuste gedachten en gevoelens te uiten en te beleven. De technieken die worden gehanteerd zijn gericht op de beleving van de cliënt. Bij deze vorm van behandeling staat de ervaring van mensen ten behoeve van ontwikkelingsprocessen centraal. Het doel van vaktherapie beeldend is het ervaren en zichtbaar worden van problemen zodat deze helder en bespreekbaar worden (NVBT, z.d.; Schweizer et al., 2009). Door het werken vanuit dit product, middels de ZDT, kan er gerichter worden ingegaan op gedachten en gevoelens van de cliënt. De problemen worden per basisbehoefte zichtbaar zodat deze helder worden voor de cliënt en hierna besproken kunnen worden.

*Werkzame elementen*

Het vergroten van de competentie van de cliënt:

* Opdoen positieve ervaringen in interactie met anderen;
* Belang leren van het nemen van kleine stappen;
* Uitdagingen aangaan.

Het vergroten van de behoefte aan relationele en sociale verbondenheid:

* Eigen patronen in de interactie met anderen herkennen en erkennen;
* Linken leggen sociaal gedrag tijdens therapiesessie en in de dagelijkse praktijk;
* Gewenste toekomstsituatie schetsen.

Het vergroten van de autonomie van de cliënt:

* Inzicht krijgen in patronen omtrent voelen, denken handelen;
* Leren bewust worden van het gevoel er te mogen zijn;
* Leren eigen keuzes maken (Haeyen, 2011).

**Randvoorwaarden en kosten**

*Organisatorische randvoorwaarden*

Het is van belang dat de vaktherapeut beeldend beschikt over een goed uitgeruste therapieruimte geschikt voor zowel groepen als individuele vaktherapie beeldend, met de mogelijkheid tot het opbergen en tonen van materialen en beeldende werkstukken. De therapeut heeft de mogelijkheid tot het plannen van een vaststaand therapiemoment in de structuur van de week.

*Randvoorwaarden voor de cliënt*

De veiligheid moet gewaarborgd zijn voor zowel cliënt als behandelaar en er worden basisafspraken gemaakt waarin zowel respect voor cliënt, medecliënten als ook voor de behandelaar geborgd zijn.

*Opleiding en competenties*

* HBO Creatieve Therapie
* Kennis van de zelfdeterminatietheorie;
* Kennis van verslavingsproblematiek;
* Kennis van motiverende gesprekstechnieken.

*Kosten van de interventie*

*Directe kosten (op basis van 12 sessies);*

* Uren beeldend therapeut (12 maal 90 minuten directe tijd);
* Uren beeldend therapeut registratie, rapportage, screening (12 maal 30 minuten);
* Aanwezigheid bij multidisciplinair overleg (12 maal 60 minuten indirecte tijd).

*Indirecte kosten*

* Gebruik van beeldend ruimte met beeldend materialen.

*Locatie en uitvoerders*

Het dient aanbeveling een co-therapeut in te zetten, wie werkt op de afdeling waar de cliënten verblijven, voor terugkoppeling en generalisatie van de therapie in dagelijks leven.

**Subtypen**

Dit product kan tevens omgeschreven worden naar een versie voor individuele behandeling of een LVB-populatie.

**Ontwikkelgeschiedenis**

Dit product is tot stand gekomen als innovatievoorstel ter afsluiting van een afstudeeronderzoek naar de invloed van vaktherapie beeldend op de motivatie van de cliënt.

*Betrokkenheid van de doelgroep*

Dit product is mede tot stand gekomen door afname van vragenlijsten gericht op motivatievergroting bij cliënten binnen de verslavingszorg die vaktherapie beeldend volgen.

*Betrokkenheid experts*

Dit product is mede tot stand gekomen door afname van vragenlijsten bij vaktherapeuten beeldend werkzaam binnen de verslavingszorg, gericht op motivatievergroting van de cliënt.

**Literatuur**

Bartelink, C. (2013). Wat werkt: *Motiverende gespreksvoering?* Geraadpleegd op 8 maart 2018, van

https://www.nji.nl/nl/DownloadNJi/(311053)njidossierDownloadsWatwerkt\_Motiverendegespreksvoering.pdf

Haeyen, S. (2011). De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Antwerpen: Maklu.

Keymeulen, R. (2015). Van dwang naar eigen keuze: wat leert de zelfdeterminatietheorie ons over

motivatie? Geraadpleegd op 26 maat 2018, van

https://www.desleutel.be/professionals/kwaliteitszorgaonderzoek/evidencebasedhulpverlenn/goedepraktijken/item/2431-van-dwang-naar-eigen-keuze-wat-leert-de-zelfdeterminatietheorie-ons-over-motivatie

Leenaarts, L. & Van Der Knaap, L. (2007). *Motivatie te meten? : Een inventarisatie van instrumenten*

*om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*. Cahier. Den Haag: WODC.

Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie. (z.d.). *Beeldende therapie.* Geraadpleegd op 7

februari 2018, van http://www.beeldendetherapie.org/beeldendetherapie.html

Schweizer, C. (Red.). (2001). *In beeld: doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend*

*therapeuten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verfaille, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie.* Antwerpen: Garant.

# Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th

ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bartelink, C. (2013). Wat werkt: *Motiverende gespreksvoering?* Geraadpleegd op 8 maart 2018, van

https://www.nji.nl/nl/DownloadNJi/(311053)njidossierDownloadsWatwerkt\_Motiverendegespreksvoering.pdf

Bergstra, T. (2012). Van ontkenning via herkenning naar erkenning; de kracht van beeldende therapie

bij dubbele diagnoseproblematiek. *Tijdschrift voor vaktherapie, 2012(1),* 3

Cliënten. (2018). *In Thesaurus zorg en welzijn.* Geraadpleegd op 2 april 2018, van

http://thesauruszorgenwelzijn.multites.net.ezproxy.avans.nl/default.asp

De Laat, A. & Nijland, L. (2011). Onderzocht & ontwikkeld; Zorgmodule competentiegerichte

muziektherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie. 2011(4),* 19-22.

De Valdivida, P. (2010). Recovery. In Santora, P., Dowell, M., & Henningfield, J. (Red.), Addiction and

Art (pp. 40). Baltimore: John Hopkins University Press.

Evidence based. (2018). In *Thesaurus zorg en welzijn.* Geraadpleegd op 9 februari 2018, van

http://thesauruszorgenwelzijn.multites.net

Franken, I., & Van Den Brink, W. (Red.). (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.

Hanzon, C., Lucassen, A., & Sok, K. (2013). *Zo werkt u aan kwaliteit in de WMO.* Brochure. Diemen:

Movisie.

Haeyen, S. (2011). De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Antwerpen: Maklu.

Holt, E. & Kaiser, D. (2009). The First Step Series: Art therapy for early substance abuse treatment.

*The arts in psychotherapy, 36(4), 245-250.*

GGZ Nederland. (z.d.). *Bekostiging.* Geraadpleegd op 8 maart 2018, van

http://www.ggznederland.nl/themas/financiering

Keymeulen, R. (2015). Van dwang naar eigen keuze: wat leert de zelfdeterminatietheorie ons over

motivatie? Geraadpleegd op 26 maat 2018, van

https://www.desleutel.be/professionals/kwaliteitszorgaonderzoek/evidencebasedhulpverlenn/goedepraktijken/item/2431-van-dwang-naar-eigen-keuze-wat-leert-de-zelfdeterminatietheorie-ons-over-motivatie

Kwalitatief onderzoek. (2018). In *Thesaurus zorg en welzijn.* Geraadpleegd op 3 maart 2018, van

http://thesauruszorgenwelzijn.multites.net

Leenaarts, L. & Van Der Knaap, L. (2007). *Motivatie te meten? : Een inventarisatie van instrumenten*

*om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*. Cahier. Den Haag: WODC.

Motivatie. (2018). In *Thesaurus zorg en welzijn.* Geraadpleegd op 3 maart 2018, van

http://thesauruszorgenwelzijn.multites.net

Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie. (z.d.-a). *Beeldende therapie.* Geraadpleegd op 7

februari 2018, van http://www.beeldendetherapie.org/beeldendetherapie.html

Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie. (z.d.-b). *Vereniging.* Geraadpleegd op 7 februari

2018, van http://www.beeldendetherapie.org/vereniging.html

Practice based. (2018). In *Thesaurus zorg en welzijn.* Geraadpleegd op 21 februari 2018, van

http://thesauruszorgenwelzijn.multites.net

Santora, P. (2010). Recovery. InSantora, P., Dowell, M., & Henningfield, J. (Red.), Addiction and

Art (pp. 40). Baltimore: John Hopkins University Press.

Schmanke, L. (2017). *Art therapy and substance abuse: enabling recovery from alcohol and other*

*drug addiction.* London: Jessica Kingsley.

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

Schweizer, C. (Red.). (2001). *In beeld: doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend*

*therapeuten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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

Van der Beek, R., & Van den Bos K. (2016). *Handleiding interventie vaktherapeutische beroepen.*

Handleiding. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W. & Andriessen, M.(2009), De zelf-

determinatie theorie. *Gedrag & Organisatie, 22(4), 316-334.*

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2014). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn.* Bussum: Coutinho.

Van der Stel, J. (2012). Verslaving en Autonomie. *Tijdschrift Verslaving, 8 (4), 16-18*

Verfaille, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie.* Antwerpen: Garant.

Verslavingszorg. (2017). In *Nederlandse Encyclopedie.* Geraadpleegd op 7 februari 2018, van

http://www.encyclo.nl/begrip/verslavingszorg

Verslavingszorg Noord-Nederland. (2018). *Kwaliteit en veiligheid.* Geraadpleegd op 21 februari 2018,

Van https://www.vnn.nl/over-vnn/kwaliteit-en-veiligheid/

Wassink, H. (2015). Zelfdeterminatietheorie. *Het Kind Magazine, 3(12), 20-22.*

# Bijlagen

## Bijlage 1: Kijkkaders

|  |  |
| --- | --- |
| Deelvraag 1: Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg? | |
| 1. | Wat wordt er onder competentie verstaan? |
| 2. | Welke invloed heeft vaktherapie beeldend op de competentie van de verslaafde cliënt? |

|  |  |
| --- | --- |
| Deelvraag 2: Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de relationele en sociale verbondenheid van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg? | |
| 1. | Wat wordt er verstaan onder relationele en sociale verbondenheid? |
| 2. | Welke invloed heeft vaktherapie beeldend op de relationele en sociale verbondenheid? |

|  |  |
| --- | --- |
| Deelvraag 3: Op wat voor manier draagt vaktherapie beeldend bij aan de autonomie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg? | |
| 1. | Wat wordt er verstaan onder autonomie? |
| 2. | Welke invloed heeft vaktherapie beeldend op de autonomie van de verslaafde cliënt? |

|  |  |
| --- | --- |
| Deelvraag 4: Welke therapeutische houding wordt verwacht van vaktherapeuten beeldend om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden | |
| 1. | Wat is de taak van de vaktherapeut beeldend? |
| 2. | Hoe kan de vaktherapeut beeldend competentieversterkend te werk gaan? |
| 3. | Hoe kan de vaktherapeut beeldend de relationele en sociale verbondenheid vergroten? |
| 4. | Hoe kan de vaktherapeut beeldend de autonomie vergroten? |
| 5. | Hoe kan de vaktherapeut beeldend de motivatie van de cliënt vergroten? |
| 6. | Welke therapeutische houding kan de motivatie van de cliënt vergroten? |
|  |  |

## Bijlage 2: Open vragenlijst vaktherapeuten beeldend

**Interviews vaktherapeuten beeldend:**

Naam:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Instelling: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefoon: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

E-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Vanuit welk(e) uitgangspunt of methodiek werkt u? (12 stappen model, CRA, zelfdeterminatietheorie, resultatenscore, zorgstandaarden etc.)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **In welke fase van de cirkel van gedragsverandering wordt vaktherapie beeldend ingezet bij de behandeling?**

* *Fase 1: Voorbeschouwing of precontemplatie: fase waarin er nog geen bewustzijn is van het probleem en er nog geen overweging is om het gedrag te veranderen.*
* *Fase 2: Overpeinzing of contemplatie: fase waarin overwogen wordt het gedrag te veranderen door het afwegen van voor-en nadelen.*
* *Fase 3: Voorbereiding: fase waarin het veranderen wordt gepland.*
* *Fase 4: Actieve verandering: fase waarin het nieuwe gedrag wordt uitgeprobeerd.*
* *Fase 5: Volhouden of consolidatie: fase waarin het nieuwe gedrag de standaard is.*
* *Fase 6: Terugval: als er niet geslaagd wordt het nieuwe gedrag vast te houden vindt er een terugval plaats, dit kan zijn omdat het nieuwe gedrag niet bevalt of omdat het niet lukt dit gedrag vast te houden*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Hoe vindt u dat vaktherapie beeldend bijdraagt aan de motivatie van volwassen cliënt binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Behandelt u deze doelgroep in een groep of individueel? En is de keuze hiervoor gemaakt om de motivatie van de cliënt te vergroten?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Hoe vindt u dat vaktherapie beeldende bijdraagt aan de competentie van volwassen cliënt binnen de verslavingszorg?**

* *Competentie is het vertrouwen dat de cliënt heeft in zijn eigen vaardigheden en de capaciteit heeft om uitkomsten te beïnvloeden.*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Hoe vindt u dat vaktherapie beeldend bijdraagt aan de relationele en sociale verbondenheid van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg ?**

* *Relationele of sociale verbondenheid is de wil die de cliënt heeft voor interactie, verbinding en de ervaring om voor anderen te zorgen. Deze verbondenheid geeft de cliënt voldoening en kan ondersteunend zijn.*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Hoe vindt u dat vaktherapie beeldend bijdraagt aan de autonomie van volwassen cliënt binnen de verslavingszorg?**

* *Autonomie is het gevoel dat de cliënt heeft om psychologisch vrij te zijn. Dat hij zelf richting kan geven aan zijn eigen leven en het eigen handelen.*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Welke therapeutische houding(en) heeft u om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Welke therapeutische houding(en) denkt u dat er verwacht worden van de vaktherapeut beeldend om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Bijlage 3: Horizontale vergelijkingstabel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Antwoord therapeut 1 | Antwoord therapeut 2 | Antwoord therapeut 3 | Antwoord therapeut 4 | Antwoord therapeut 5 | Antwoord therapeut 6 | Antwoord therapeut 7 | Antwoord therapeut 8 | Antwoord therapeut 9 | Bevindingen |
| Vraag 1: Vanuit welk(e) uitgangspunt of methodiek werkt u? | Ik ben bekend met de CRA methodiek | Expressive therapies continuüm / CGT / motiverende bejegening / MBT | 12 stappen | Resultaten scoren, cirkel van verandering. | EBL, Emerging Body Language | Zorgstandaarden | Beeldende therapie is onderdeel van een multidisciplinaire behandeling; ik werk eclectisch: procesmatig, kunst, analoog methode; maar ook met uitgangspunten van CGT, schematherapie en positieve psychologie; met groepen werk ik ook groepsdynamisch. | IDDT (geïntegreerde Dubbele Diagnose behandeling) en MBT (mentalisation based treatment) | Oplossingsgerichte methodiek; doen wat werkt, eclectisch, van uit ervaringen en bijscholingen pas ik toe wat werkt bij deze cliënt. | Er is geen eenduidig uitgangspunt of eenduidige methodiek waar vanuit gewerkt wordt binnen vaktherapie beeldend in de verslavingszorg. |
| Vraag 2: In welke fase van de cirkel van gedragsverandering wordt vaktherapie beeldend ingezet bij de behandeling? | Meerdere fasen: fase 2, fase 3, fase 4, en fase 5 en  6 | Er wordt op mijn werkplek niet expliciet gewerkt met de cirkel van verandering. Maar ik denk dat patiënten hier vooral worden aangemeld bij vaktherapie in fase 1,2,3,4 en 5 | In alle fasen. | Fase 3 / 6 | Het speerpunt ligt op fase 1 en 2. Liefst alle fases maar in de praktijk is daar nooit geld voor | In fase 1 t/m 6 | Voornamelijk fase 4 en 5. | Fase 2, 3, 4 en 5 | In de kliniek voor verslaafde ouders en hun kinderen waar ik werk, komen de cliënten binnen in fase 4. De motivatie ( vaak gedwongen door jeugdzorg en de detox heft dan al elders plaats gevonden). Vaktherapie wordt dus ingezet bij fase 4, 5,en 6. Dit wil niet zeggen dat deze geen rol zou kunnen hebben in de eerste fases. Op dit moment wordt de kliniek rookvrij en wordt VT BE ook ingezet bij fase 1,2, en 3 om te stoppen met roken. | Er is geen eenduidige fase of fasen waar vaktherapie beelden wordt ingezet. |
| Vraag 3: Hoe vindt u dat vaktherapie beeldend bijdraagt aan de motivatie van volwassen cliënt binnen de verslavingszorg om te stoppen met middelengebruik? | Vaktherapie beeldend is bij uitstek zeer goed inzetbaar in de behandelfase., dan zijn de meeste cliënten al gemotiveerd om hun verslavingsgedrag en middelengebruik te veranderen. En dan kan er ook meer aan onderliggende problematiek gewerkt worden, die ten grondslag ligt aan de verslaving.  Motivatie van de cliënten worden dan nog groter als ze de voordelen gaan ervaren van nuchter zijn en in de vaktherapie hun veranderingen in werkstukken bevestigd zien.  Cliënten laten stoppen met middelengebruik is niet direct het doel van vaktherapie, dan ligt het focus te veel op moeten stoppen. Dat benadrukt hun eigen omgeving al. Via CRA-methodiek steek je in op andere wijze, een gezonde leefstijl met positieve bekrachtigers die daarmee het middelengebruik kunnen vervangen.  Ik heb ervaren dat vooral de LVB doelgroep bij Novadic Kentron d.m.v. mijn werkvorm in de BT, over de drempel durfden van een verslavingsinstelling. Omdat ik kon aansluiten op hun niveau en minder gericht was op het cognitieve inzicht. Dit bleek motiverend, ook dat ze durfden praten over hun verslaving zonder meteen allerlei opdrachtjes te krijgen van stoppen en lijstjes invullen…Beeldende therapie was niet bedreigend en toch een andere manier om over hun verslaving te hebben. | Ik denk dat het helpt de motivatie te vergroten. | Het maakt inzichtelijk wat de onderliggende problematiek is die de verslaving in stand houdt. | Patiënten zien en horen van zichzelf en elkaar hoe het gebruik voor hen was en welke domeinen het voor hen beïnvloed heeft. Dit doordat het werk blijft staan en bekeken kan worden. Daarnaast kunnen zij vanuit hun eigen kracht een beeld maken om dit te veranderen. Dit motiveert hen maar ook elkaar. | Beeldende therapie kan, mits goed ingezet, de essentie raken en het echte verschil juist maken in de behandeling | Naar mijn mening draagt vaktherapie beeldend bij aan de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg, omdat er binnen ervaringsgerichte en beeldende oefeningen vaak op een andere manier gekeken kan worden naar het middelengebruik en de coping mechanismen die daarbij horen. Daarbij is beeldend passend, omdat er ook op een later moment erop teruggekeken kan worden en daardoor de ervaring en de informatie beter blijft beklijven. Voornamelijk bij de doelgroep LVB-cliënten is het zichtbaar helpend om op een beeldende manier hun verslaving in kaart te brengen en te kijken waar hun valkuilen liggen, maar ook zeker succeservaringen op te doen. Beeldend lijkt het hen het vaak makkelijker te maken om zicht te krijgen op hun middelen gebruik. | Als cliënten in de BT komen hebben ze al de keuze gemaakt, zijn dus gemotiveerd om te stoppen met hun middelengebruik. Maar beeldende therapie kan wel helpen om de motivatie te bekrachtigen en vast te houden. Beelden die ze gemaakt hebben voor ze gebruikten laten vaak een naar beeld van zichzelf zien en werken afstotend en dus helpen ze om door te gaan in die situatie. De beelden blijven zichtbaar en werken heel sterk. | Ik richt me niet primair op motivatie om te stoppen omdat we uitgaan van een geïntegreerde aanpak. Wat betekent dat we ook soms behandelen als er nog sprake is van gebruik maar er soms ook pas doorverwezen wordt wanneer gebruik al onder controle is. Behandeling op maat en passend bij de fase waarin cliënt verkeerd. | VT BE draagt m.i. Goed bij aan de motivatie, d.m.v. Allerlei opdrachten krijgt de cliënt steeds meer inzicht in de voor- en nadelen van de verslaving en kan daardoor betere afwegingen maken en gemotiveerder raken | Vaktherapeuten beeldend geven aan dat vaktherapie beeldend de motivatie van de cliënt kan vergroten door de onderliggende problematiek inzichtelijk te maken en de invloed van het gebruik. En door het gebruik van beeldende materialen met eigen kracht deze invloed kunnen veranderen. Ook kunnen cliënten op een andere manier kijken naar middelengebruik en de daarbij horende coping mechanismen. Beeldend is blijvend, zo kan de cliënt op een ander moment terug kijken en blijvend inzicht hebben in de verslaving. Ook kan de groep elkaar motiveren. |
| Vraag 4: Behandelt u deze doelgroep in een groep of individueel? En is de keuze hiervoor gemaakt om de motivatie van de cliënt te vergroten? | Momenteel individueel, vanwege doelgroep LVB in forensische psychiatrie.  Het accent ligt niet alleen op de verslaving, er is een belangrijk verband tussen delict en verslaving. | Ik heb vaak patiënten in therapie waarbij verslaving een onderdeel is van het probleem maar niet expliciet wordt behandeld. Behandeling gaat vaak over verbeteren coping vaardigheden, emotieregulatie en verbeteren van communicatieve en assertieve vaardigheden. Dit komt voort uit het gebrek van visie en behandelaanbod bij verslaafden. (Hier wordt aan gewerkt). | Groep, omdat er is aangetoond dat groepsbehandeling het meest effectief is bij verslaving | In de groep, ja, zie bovenstaande. Wanneer de (relationele en emotionele) veiligheid in de groep bereikt is, spreken zij elkaar aan en bevragen zij elkaar. Dit motiveert beter dan dat ik hen dingen  Vraag of teruggeef binnen een individuele setting. Zij hebben allen soortgelijke ervaringen, ik ben maar een buitenstaander, zij hebben de kennis. | In de groep. Mensen met verslaving zien de dingen heel precies juist bij de ander wanneer ze het zelf nog niet zien. Ook nemen ze gemakkelijker dingen aan van een lotgenoot. Ik werk graag individueel (ook bijv. aan zijdoelen van verslaving) de verslaving zelf dient echter juist in de groep aangepakt te worden met oog voor lotgenotencontact/ leren | Beide doelgroepen worden behandeld in een groep. Daarnaast zijn wij net begonnen met individuele trajecten binnen de verandermodule voor de LVB doelgroep die na de motivatiemodule komt, omdat dit op dit moment beter aansluit op de behoeften van de desbetreffende cliënten. Dit is nog een pilot. Deze keuze is toen gemaakt om de motivatie van de cliënten te vergroten. Je ziet soms bij LVB-cliënten dat zij zich te kwetsbaar voelen om zich open te stellen aan de behandeling binnen een groep. | Ik werk met groepen en met individuele cliënten; de keuze is niet gemaakt vanuit vergroten van motivatie, beeldende therapie is in de groep als het een groepsbehandeling is. Bij individuele beeldende therapie is er een indicatie voor traumabehandeling of rouwverwerking. | Zowel in groep als individueel. Net als boven op maat en passen bij fases van IDDT. | De cliënten komen 1 x per week in de groep en (meestal) 1 maal per week individueel. Bij de laatste om vooral dieper te kunnen ingaan op de onderliggende problematiek bij verslaving zoals trauma, laag zelfbeeld en rouw. Ook komen veel kinderen (van 3 en ouder) individueel of samen met hun ouders bij de VT BE. De ouder kind therapieën hebben een video nabespreking om terug te kunnen kijken wat al lukt en wat beter kan, qua hechting en opvoeding | De vaktherapeuten beeldend geeft aan dat het behandelen in een groep het meest effectief is bij verslaving omdat zij elkaar kunnen aanspreken en bevragen. Dit motiveert meer omdat cliënten meer van elkaar aannemen omdat zij soortgelijke zijn. Echter is dit niet altijd mogelijk i.v.m. de problematiek van de cliënt. |
| Vraag 5: Hoe vindt u dat vaktherapie beeldende bijdraagt aan de competentie van volwassen cliënt binnen de verslavingszorg? | In vaktherapie ervaren cliënten hoe het is om nuchter om te gaan met gevoelens en emoties en leren ander gedrag te oefenen en in te zetten. | Beeldende therapie draagt bij omdat het concreet en tastbaar is, het biedt meerdere ingangen (ETC) om aan te sluiten bij de voorkeuren van informatieverwerking van de patiënt. | Client krijgt meer inzicht in zijn verslaving en daardoor meer vertrouwen in vaardigheden om de verslaving te kunnen hanteren. | Patiënten ervaren soms na lange tijd dat zij zelf invloed hebben op een situatie en zelf beslissingen mogen maken, door beeldend te werken. Dit is in een forensische setting of eerder tijdens hun verslaafde leven niet of minder aan de orde geweest. Of staf maakt de beslissing of hun leven werd geleid door het (verslavende) middel. | Vaak zie je dat juist in de verslaving mensen veel minder vertrouwen in hun eigen kwaliteiten en handelen hebben dan ze uitstralen naar de buitenwereld. Dat komt bij beeldende therapie duidelijk naar voren. Iedereen heeft kwaliteiten waarop je in beeldende therapie specifiek kunt wijzen (kleurgevoelig, plezier in bewegen, vanzelf gaande processen (vloeien van verf) boeiend bekijken ed.) Niet alleen de kwaliteiten maar ook zelfkennis kunnen groeien in beeldend bezig zijn. En het vertrouwen dingen te doen en uitproberen. Daar waren ze vaak in vastgelopen | Vaktherapie beeldend draagt bij aan de competentie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg, omdat binnen de ervaringsgerichte beeldende oefeningen zij vaardigheden en capaciteiten kunnen ontdekken van zichzelf die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de succeservaringen van de cliënt. Door deze succeservaringen krijgen zij vertrouwen in hun eigen mogelijkheden wat weer bij kan dragen aan hun motivatie en zelfvertrouwen aan hun middelengebruik te werken. Door deze competenties te spiegelen en om te zetten in coping vaardigheden kan hen dit helpen om te gaan met hun middelen gebruik. | Ik zie een belangrijke bijdrage van beeldende therapie als het gaat om competenties als probleemoplossend vermogen; (elke sessie gaat de cliënt een probleem oplossen, namelijk de uitvoering van de beeldende opdracht. Leren om verantwoordelijkheid te nemen voor eigen leven door in actie te komen (de keuze om in beweging te komen en te beginnen aan de opdracht is de keuze om uit de hulpeloosheid te stappen en nieuwe ervaringen te maken. | Vaktherapie beeldend doet appel op inzetten van executieve functies, emoties zelf kunnen reguleren en herinvinden van zelfvertrouwen en identiteit (voorkeuren, affiniteiten, mogelijkheden | Aan het eind van de behandelingen zie ik altijd dat de cliënten een positiever zelfbeeld en meer zelfvertrouwen hebben en een reële kijk op hun (on)mogelijkheden, dus ik vind dat VT BE in grote mate bijdraagt aan de competentie | Volgens vaktherapeuten beeldend kan vaktherapie beeldend de competentie van de cliënt vergroten omdat zij ervaren om nuchter om te gaan met gevoelens en emoties. Zij leren ander gedrag te oefenen en in te zetten. Zij inzicht krijgen in hun verslaving en meer vertrouwen in vaardigheden om de verslaving te kunnen hanteren. Door beeldend werken ervaart de cliënt dat deze zelf invloed heeft op een situatie en zelf beslissingen mag nemen. Beeldend werken vergroot de kwaliteiten en de zelfkennis. |
| Vraag 6: Hoe vindt u dat vaktherapie beeldend bijdraagt aan de relationele en sociale verbondenheid van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg? | Lastige vraag om te beantwoorden | Beeldende therapie kan goed in een groep gegeven worden, er is een breed scala aan interventies en werkvormen. Bijvoorbeeld iedereen werkt individueel aan hetzelfde thema en deelt hierover in de groep, er kan in tweetallen worden samengewerkt en er kan met de gehele groep worden samengewerkt. Beeldend werk biedt een indirecte en speelse ingang om in de interactie te gaan en verbindingen te maken. | Door de beeldende therapie kan de cliënt contact maken met zijn onderliggende behoeften en gevoelens wat relationele en sociale verbondenheid bevordert. | Wanneer veel van je sociale contacten door je gebruik zijn afgevallen, is het soms wel zo fijn als je niet direct in contact hoeft te treden met de therapeut en wederom over je verslaving moet praten, maar je kunt richten op het materiaal en de opdracht. Wanneer men meer vertrouwt raakt met de therapie, het materiaal en de therapeut kan de aandacht en het contact meer op de therapeut en medepatiënten komen te liggen. Deze positieve, steunende ervaringen kunnen er toe bijdrage dat ook het contact met anderen buiten de groep weer verbeteren. | De methodiek EBL draagt daar meer aan bij dan specifiek de beeldende therapie. Beeldende therapie heeft als kracht dat je in de groep de interactie met elkaar kunt aangaan en daarna individueel de ervaringen kunt verwerken en eigen maken. Bij uitstek een manier om sociaal te leren en je eigenheid hierin te kunnen vinden | Geen respons ontvangen. | In de beeldende therapie leren cliënten om zich te verbinden met hun werkstukken, met wat ze gemaakt hebben onafhankelijk of het mooi is of lelijk, ze leren om zichzelf als geheel te zien met mooie kanten maar ook met minder mooie kanten. Het liefst willen ze de verslaafde kant in zichzelf niet zien of afstoten, achter zich laten. Maar dat kan ook niet, dit is een deel van hun. Dat is best lastig voor de cliënten, je verbinden met iets wat je het liefste kwijt wil. Er zijn mooie beeldende opdrachten om te leren hoe je verbindingen maakt.  In groepen werk ik groepsdynamisch en dan gaat het steeds over hoe is iemand in staat om in contact te gaan met de andere. Ook hier zijn er talloze opdrachten mogelijk. Door het in beeld brengen van de relaties die een cliënt heeft met een andere persoon met klei of tekenend met een ander materiaal ontstaat er de mogelijkheid om afstand te nemen en dat schept nieuwe inzichten. Als vervolg op de opdracht is dan ook de mogelijkheid om in beeld te brengen wat je wens is hoe die relatie zal moeten zijn. Allemaal heel leerzaam en verhelderend. Soms ontstaat er een rollenspel waarin de cliënt speelt met afstand en nabijheid. Dus veel mogelijkheden voor cliënten om te groeien in relaties. | Kan bijdragen indien cliënt hier toe in staat is, erg afhankelijk van de onderliggende problematiek | Binnen de VT BE zie ik vooral dat de relatie met de kinderen beter wordt en deze ook vaak als onderwerp binnen de BT wordt uitgebeeld. Dit komt m.i. Ook omdat we een gezinskliniek zijn. Aan het eind van de behandelingen ( gem. 8 mnd.) hebben de cliënten vaak wel een gezonder netwerk, relaties met andere gebruikers zijn vaak gestopt. Ook dit is onderwerp binnen BT. In de groeps opdrachten bij VT BE oefenen de cliënten wel met afstemming, samenwerking, sociale vaardigheden en mentalisering, wat ze in hun dagelijks leven ook kunnen toepassen. VB. met (vrijwilligers)werk. Verder zijn - aan het eind van de behandeling -de cliënten, die ten tijde van hun verslaving vaak eenzaam en alleen waren, vriendschapsrelaties aangegaan met ander cliënten. Hier heeft VT BE m.i. Slechts een kleine rol in | Volgens vaktherapeuten beeldend kan vaktherapie beeldend de relationele- en sociale verbondenheid van de cliënt vergroten omdat het een ingang geeft om in de groep interactie aan te gaan en verbindingen te maken. Ook kan de cliënt contact maken met zijn onderliggende behoeften en gevoelens wat relationele en sociale verbondenheid bevordert. Als er positieve ervaringen ontstaan in het contact met de medecliënten en de therapeut kan dit bijdragen aan het verbeteren van het contact buiten de groep. Beeldende therapie heeft als kracht dat je in de groep de interactie met elkaar kunt aangaan. Een manier om sociaal te leren en een eigenheid hierin te vinden. |
| Vraag 7: Hoe vindt u dat vaktherapie beeldend bijdraagt aan de autonomie van volwassen cliënt binnen de verslavingszorg? | Alle cliënten willen “vrij” zijn van hun verslaving, dus bevorderen van autonomie is heel belangrijk. | Beeldend werk draait om het voortdurend zelf keuzes te maken. | In de vaktherapie komt iemands geheel eigen stijl naar voren waardoor autonomie versterkt wordt. | De patiënt krijgt altijd een opdracht van mij waarin ik delen van de opdracht bepaal, maar waar ook altijd een ruimte is voor eigen invulling. Elementen waarin een keuze gemaakt kan worden tussen door mij of door hem bepaald zijn: materiaal, onderwerp, grote, tijdsduur, etc. | Beelden werken is bij uitstek de manier om dit te oefenen binnen een veilig speels kader. | Vaktherapie beeldend draagt bij aan de autonomie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg, omdat cliënten zelfstandig met ondersteuning kunnen ontdekken waar hun krachten en valkuilen liggen. Doordat zij binnen het beeldend werken hun eigen keuzes kunnen maken, ervaren zij de regie, wat bij kan dragen aan een positief effect op hun autonomie. | Regie nemen over eigen leven betekend vertrouwen hebben in eigen mogelijkheden om het leven te leven en niet afhankelijk te zijn van anderen. Dat is een mooi oefenveld in de beeldende therapie. Telkens laat ik cliënten eigen keuzes maken over materiaal, kleur, formaat. Zeker in het begin stellen cliënten zich afhankelijk op en willen graag dat ik die keuzes voor hun maak. Deze afhankelijkheid wordt heel zichtbaar in beeldende therapie en soms wordt ook duidelijk dat het een onvermogen is en dat iemand vooral functioneert op instructieniveau. Mijn collega’s van andere disciplines zeggen altijd tegen mij dat bij mij in de beeldende therapie alles zo snel zichtbaar wordt. | Net als boven wat mij betreft erg afhankelijk van ernst van verslaving en onderliggende problematiek. Bij onder controle hebben van gebruik zal cliënt meer gevoel van autonomie ervaren in de beeldende therapie maar transfer naar dagelijks leven is een lang proces | De autonomie van de cliënten neemt toe, en mede door VT BE. In het begin worden de opdrachten vaak concreet gegeven inclusief materiaal, opdracht, uitvoering. Naarmate de cliënten het programma doorlopen krijgen ze steeds meer vrijheid en autonomie binnen VT BE. Ik zie vaak dat cliënten hier ook naar toe groeien en aan moeten wennen, ze mogen en moeten dan zelf beslissen, hun eigen weg volgens, hoeven uiteindelijk ook niet meer om bevestiging te vragen, ze weten dan hoe ze het doen, dat dat de juiste manier is. Door zelfstandiger en autonomer te kunnen vormgeven, zowel beeldend als letterlijk je leven vormgeven, je ideeën te verwerkelijken, zie ik duidelijk meer autonomie bij de cliënten. Ik weet zeker dat VT Be hier positief aan bijdraagt. | Volgens vaktherapeuten beeldend wordt tijdens vaktherapie beeldend de autonomie van de cliënt vergroot omdat tijdens vaktherapie beeldend de cliënt zelf keuzes moet maken, iemands eigen stijl naar voren komt, eigen invulling mag geven aan de opdracht. |
| Vraag 8: Welke therapeutische houding(en) heeft u om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden? | Naast de cliënt staan en hem zien als mens en niet als “verslaafde”. | Motiverende bejegening / socratische dialoog. | Motiverend, confronterend, inzicht gevend, ondersteunend | Een niet wetende, bereid om te willen leren, vragende houding. Maar ook steunend, verduidelijkend, ondersteunend in technieken uitleggend. Groeiend naar een meer kritische, bevragende of twijfelende houding, nadat de therapeutische relatie is gegroeid. | Het contact ten volle aangaan, open transparant. Ook open over het niet-open kunnen /durven zijn. Wanneer ik een cliënt niet vertrouw dan kan ik minder open zijn en die gevolgen laat ik zacht e voorzichtig merken zodat zelfkennis kan groeien bij die persoon. Ook zodat de groep leert dat vertrouwen mag groeien. We gaan niet uit van nep-vertrouwen dat het meteen zou moeten kunnen. Dan zit je in de valkuil van 'gewenst gedrag | De therapeutische houding die ik aanneem is een ondersteunende, motiverende, spiegelende en transparante houding. Daarbij is het belangrijk om zoveel mogelijk het tempo van de patiënt aan te houden en te stimuleren en motiveren bij vermijding. | Ik zie mezelf als een gids die naast de cliënt staat maar die wel helder richting geeft en de cliënt daarin meeneemt, uitleg geeft. Ik heb een open houding, luister goed en zorg voor veiligheid. Mijn vertrekpunt vind je het meest in de positieve psychologie. | Steunen bij terugval, niet veroordelen en hoop blijven geven en anders perspectief bieden. (vanuit MBT) | Respectvol, steunend, ruimte biedend, niet wetend, goed luisterend. Goed naar lichaamstaal kijkend, hoop biedend, geduldig. In het beginaccent op steunend, later meer inzicht gevend en waar mogelijk en helpend: confronterend, zeker als de beeldende werkstukken hieraan bijdragen. Goed kijken, analyseren en kunnen verwoorden en vragen stellend: herken je deze (werk)wijze, dit gedrag uit je verslavingsperiode? e.d. Waardoor het inzicht op verslaving(gedrag) toeneemt. Gedrag is aan en af te leren dus verslavingsgedrag ook. | Er is geen eenduidige therapeutische houding die de vaktherapeuten beeldend aannemen. |
| Vraag 9: Welke therapeutische houding(en) denkt u dat er verwacht worden van de vaktherapeut beeldend om de motivatie van volwassen cliënten binnen de verslavingszorg te beïnvloeden? | Hoezo denkt u? Dat er verwacht wordt? Van wie? | Enerzijds ondersteunen, stabiliseren en ontwikkelingsgericht werken, maar ook het beïnvloeden en doorwerken van problemen door gestructureerd en trainingsgericht te werken. | Motiverend, confronterend, inzicht gevend, ondersteunend | Zie bovenstaande. | Ík heb het idee dat men verwacht open en transparant te zijn en tegelijk professioneel afstandelijk. Die twee spreken elkaar tegen. Een open en transparante houding vergt intervisie en reflectie. Daar moet zeker veel ruimte voor zijn | De houding die hierboven beschreven staat. | Wij zijn als professionals aan het werk dus wordt er ook een professionele houding verwacht. We zijn ons allemaal bewust van de therapeutische relatie. Ik denk dat mijn houding wel past bij wat er verwacht wordt. Maar natuurlijk ben ik naast professioneel ook mens en zullen aspecten van mijn persoonlijkheid altijd ook meedoen. | Zoals bij 10 beschreven. Ik richt me als vaktherapeut beeldend niet primair op motivatie maar op onderliggende problematiek. | Veel geduld, en begrip. werken aan verslaving is een lange adem hebbend en kunnen omgaan met tegenslag want terugval hoort erbij. De moed niet verliezen, het is mogelijk een gevecht met verslaving te winnen. Blijven geloven in de kracht van de cliënt en de kracht van VT BE. En waar kan humor, het cleane leven is moeilijk en saai voor een ex-verslaafde, waar het leuker en lichter gemaakt kan worden, graag | De vaktherapeuten beeldend geven aan dat de therapeutische houding die van hen verwacht wordt vrijwel gelijk is aan die zij zelf aannemen. |

## Bijlage 4: Vragenlijst cliënten vaktherapie beeldend

*Aan de hand van de antwoorden op deze vragenlijst wordt er gekeken hoe vaktherapie beeldend bij draagt aan de behandeling. Door de antwoorden te analyseren wordt er uiteindelijk een aanbeveling geschreven over hoe vaktherapie beeldend eventueel verbeterd kan worden. Daarom is het van belang dat u als cliënt deze vragenlijst invult. Deze vragenlijst en de uitkomsten hiervan zijn anoniem.*

|  |
| --- |
| Leeftijd: |
| Geslacht: |
| Datum: |
| Wanneer was de laatste keer dat u heeft gebruikt?  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...... |

**Instructie**

Hieronder staan dertien stellingen die in meer of mindere mate op u van toepassing kunnen zijn. Lees de stellingen zorgvuldig en beantwoord deze door het antwoord aan te kruisen. Deze vragenlijst sluit af met een open vraag en ruimte voor opmerkingen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vaktherapeut beeldend* | Volledig oneens | Oneens | Neutraal | Eens | Volledig eens |
| 1. Er wordt door de vaktherapeut beeldend oordeel vrij op mij gereageerd | O | O | O | O | O |
| 2. Ik voel mij serieus genomen door de vak therapeut beeldend | O | O | O | O | O |
| 3. De vaktherapeut beeldend geeft mij geen vrijheid om mijn eigen werk vorm te geven | O | O | O | O | O |
| 4. De vaktherapeut beeldend weet wat ik nodig heb tijdens de sessie | O | O | O | O | O |
| *Vaktherapie beeldend* | **Volledig oneens** | **Oneens** | **Neutraal** | **Eens** | **Volledig eens** |
| 5. Ik kom in contact met mijn gevoel en gedachten via het beeldend werken | O | O | O | O | O |
| 6. Door vaktherapie beeldend kan ik mijn gevoelens en gedachten beter uiten en beleven | O | O | O | O | O |
| 7. Vaktherapie beeldend draagt niet bij aan mijn behandeling | O | O | O | O | O |
| *Motivatie* | **Volledig oneens** | **Oneens** | **Neutraal** | **Eens** | **Volledig eens** |
| 8. Door vaktherapie beeldend heb ik inzicht gekregen in mijn motivatie om te stoppen met middelengebruik | O | O | O | O | O |
| 9. Vaktherapie beeldend draagt niet bij aan mijn motivatie om te stoppen met middelengebruik | O | O | O | O | O |
| 10. Vaktherapie beeldend bevorderd het vertrouwen in mijzelf | O | O | O | O | O |
| 11. Vaktherapie beeldend bevorderd het inzicht in mijn sociale relaties niet | O | O | O | O | O |
| 12. Door vaktherapie beeldend heb ik meer behoefte aan sociale interacties en sociale relaties | O | O | O | O | O |
| 13. Door vaktherapie beeldende krijg ik meer inzicht in mijn leven | O | O | O | O | O |
| 14. Door vaktherapie beeldend geef ik nu minder eigen richting aan mijn leven | O | O | O | O | O |

Door de volgende opdracht is mijn motivatie om te stoppen met middelengebruik ontstaan:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

Heeft u nog opmerkingen (over vaktherapie beeldend, over de vaktherapeut beeldend etc.)?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

## Bijlage 5: Aantallen berekenen

**Vaktherapeut beeldend**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Volledig oneens | Oneens | Neutraal | Eens | Volledig eens |
| 1. Er wordt door de vaktherapeut beeldend oordeel vrij op mij gereageerd |  |  | I | VII | IIII |
| 2. Ik voel mij serieus genomen door de vak therapeut beeldend |  |  |  | V | VII |
| 3. De vaktherapeut beeldend geeft mij geen vrijheid om mijn eigen werk vorm te geven | VIII | III | I |  |  |
| 4. De vaktherapeut beeldend weet wat ik nodig heb tijdens de sessie |  |  | I | VIIII | II |

**Vaktherapie beeldend**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Volledig oneens | Oneens | Neutraal | Eens | Volledig eens |
| 5. Ik kom in contact met mijn gevoel en gedachten via het beeldend werken |  |  | III | VI | III |
| 6. Door vaktherapie beeldend kan ik mijn gevoelens en gedachten beter uiten en beleven |  | I | II | VI | III |
| 7. Vaktherapie beeldend draagt niet bij aan mijn behandeling | VIIII | III |  |  |  |

**Motivatie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Volledig oneens | Oneens | Neutraal | Eens | Volledig eens |
| 8. Door vaktherapie beeldend heb ik inzicht gekregen in mijn motivatie om te stoppen met middelengebruik | I |  | III | VIII |  |
| 9. Vaktherapie beeldend draagt niet bij aan mijn motivatie om te stoppen met middelengebruik | V | VI |  | I |  |
| 10. Vaktherapie beeldend bevorderd het vertrouwen in mijzelf |  |  | I | 10 | I |
| 11. Vaktherapie beeldend bevorderd het inzicht in mijn sociale relaties niet | II | V | III | II |  |
| 12. Door vaktherapie beeldend heb ik meer behoefte aan sociale interacties en sociale relaties |  | III | VI | II | I |
| 13. Door vaktherapie beeldende krijg ik meer inzicht in mijn leven |  |  | I | VIIII | II |
| 14. Door vaktherapie beeldend geef ik nu minder eigen richting aan mijn leven | VI | IIII | II |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Antwoord cliënt 1 | Antwoord cliënt 2 | Antwoord cliënt 3 | Antwoord cliënt 4 | Antwoord cliënt 5 | Antwoord cliënt 6 | Antwoord cliënt 7 | Antwoord cliënt 8 | Antwoord cliënt 9 | Antwoord cliënt 10 | Antwoord cliënt 11 | Antwoord cliënt 12 |
| Door de volgende opdracht is mijn motivatie om te stoppen met middelengebruik ontstaan: | N.V.T. | Geen | Jarenlang risicofactoren en dergelijke in kaart brengen. | Voor mij was het ‘lifebook’ indrukwekkend. | De laatste opdracht waarin ik het verleden, heden en toekomst heb uitgebeeld. | Ik heb geleerd om mijn grenzen duidelijk en op tijd aan te geven. En ik heb inzicht gekregen in mijn sociale leven. | Goed voor mezelf en veilige plek zorgen, we moesten een veilige plek maken en de geluksboom | Dat is een proces geweest van meerdere opdrachten. | Mede door de opdracht mijn verleden en nu. Donker en vrolijk. | De motivatie had ik al anders had ik niet gekozen voor een opname. Wat mij tot nu toe het meest heeft opgebracht is het maken van beeldjes. Dit heeft mij meer compassie en verbintenis met mezelf opgeleverd. | Beeldje het meisje in één gedoken. Altijd gedacht dat ik mijn verslaving nodig had om mijn verleden te verwerken en te vergeten. Mijn verslaving hielp daar niet bij. | Dit motivatie was al eerder ontstaan. Beeldend maakt je sterker in je keuze. |
| Heeft u nog opmerkingen (over vaktherapie beeldend, over de vaktherapeut beeldend etc.)? | N.V.T | Nee | Ik maakte iets en moest zeggen wat bedoel je, zo kwam ik tot praten. Door dit te zien heb ik beter inzicht dan met alleen praten. | Ik vind het een prettige therapie waarin ik mij goed kan uiten. Het heeft voor mij wel bijdrage geleverd om creativiteit meer in mijn denkpatroon te integreren. | Vooral zo doorgaan. | Ik heb echt heel veel aan deze therapie gehad. Het heeft mij inzicht gegeven hoe te handelen in het dagelijks leven. Zo bespaar ik een hoop ellende/problemen in de toekomst. | Ik heb door de vaktherapeut beter leren accepteren hoe eindresultaten zijn en minder kritisch of negatief naar een opdracht (eindresultaat) te kijken. Het is goed zoals het is. Dus anders tegen dingen aan kijken. | - | Na enkele weken zag ik het nut en was ik niet meer bang dat Frans Bauer binnen zou komen met de camera. Ik vind het nu het mooiste blok mede door de vakkundige therapeut. | - | Ik leer veel in dit blok over mezelf en het maakt veel emoties in mij los dat ik niet wist dat ik ze had. | Er is veel wat je terug ziet in gemaakte opdrachten wat je onbewust in het ‘echte’ leven ook doet. Kleine details vertellen vaak al heel veel. |