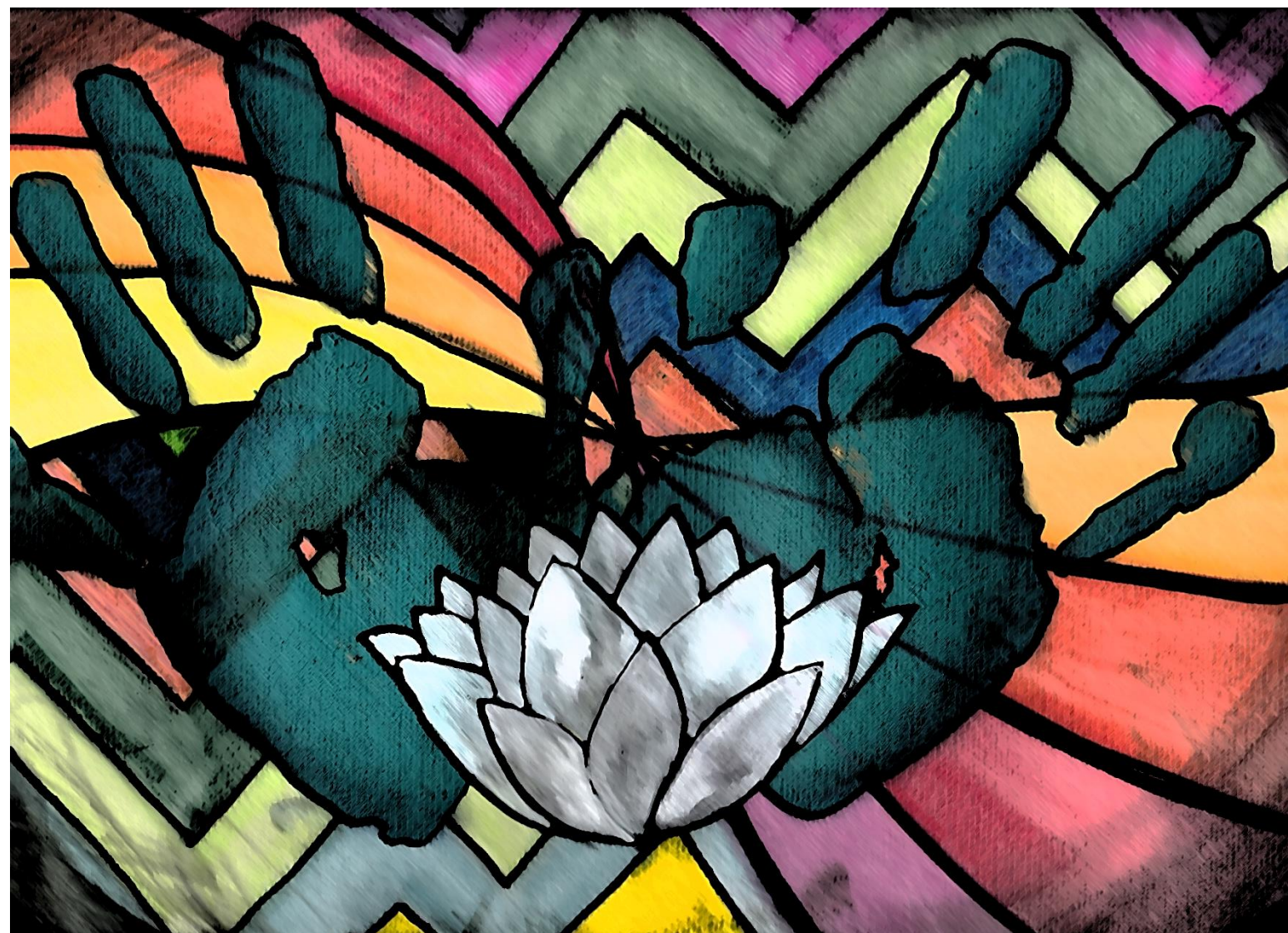


‘OP EIGEN BENEN’

Een kwalitatief onderzoek naar de werkzame aspecten van de therapeutische houding in de affectregulatiefase van de Affectregulerende vaktherapie



JENNIFER VAN ALLEN – 491784

AFSTUDEERSCHRIJFTE CREATIEVE THERAPIE, BEELDEND

HOGESCHOOL VAN ARNHEM EN NIJMEGEN

NIJMEGEN, MEI 2016

BEGELEIDSTER: MIRJAM WOORTMEIJER

OPDRACHTGEVER: SANNE VAN DER VLUGT &

WIJNTJE VAN DER ENDE

VOORWOORD

Mijn dank gaat uit naar de volgende mensen; Sanne van der Vlugt, Wijntje van der Ende en de andere leden van het Kennisnetwerk ArVT voor het mogelijk maken van mijn onderzoek. Ik wil Mirjam Woortmeijer bedanken voor de prettige samenwerking, geruststelling en begeleiding tijdens het onderzoek.

Jimmy Mulder wil ik bedanken voor de tijd die hij heeft gestoken in het nakijken en controleren van de spelling en taalfouten. Ilona Goldsmid en Daniël Minneboo wil ik bedanken voor de ondersteuning, aanmoediging en de hulp bij het uitvoeren van mijn onderzoek. Bedankt dat jullie het mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek tot een succes te maken.

SAMENVATTING

Dit onderzoek bedraagt een kwalitatief, beschrijvend en definiërend onderzoek, waarin werkzame aspecten van de therapeutische houding binnen affectregulerende vaktherapie bij kinderen in de leeftijd van 7 t/m 12 jaar met emotionele of gedragsproblemen en hechtingsproblematiek is onderzocht. Het antwoord op de hoofdvraag is ontstaan door literatuuronderzoek en interviews, waarbij vier beeldend vaktherapeuten zijn geïnterviewd. Bij de therapeutische basishouding binnen affectregulerende vaktherapie, waar veiligheid en spanningsregulatie belangrijk is, stemt de therapeut af, heeft een transparante houding en geeft herhaaldelijke erkenning aan de cliënt. Deze basishouding wordt doorgezet, waarbij de therapeut probeert de cliënt in kleine stapjes op eigen benen te zetten. In de affectregulatiefase wordt de therapeutische houding gekenmerkt door de volgende aspecten; het differentiëren van affecten en 'ik en de ander', het aanbrengen van nuances in affecten en emoties, het aanduiden van verschillen en overeenkomsten tussen de cliënt en de ander, het aanbrengen van verschillende perspectieven/invalidshoeken en de wederzijdsheid in de relatie wordt gestimuleerd. Verder neemt de therapeut meer afstand ten opzichte van de eerdere fasen, waarbij de therapeut nu een meer ondersteunende rol neemt en in afstemming de cliënt uitdaagt, confronteert, prikkelt en doorvraagt. De therapeut introduceert de 'ik' van de therapeut en leert de cliënt hierin ruimte te pakken voor 'zichzelf'. Gemarkeerde spiegeling en de 'niet weten' houding worden ingezet, waarbij de therapeut de cliënt helpt bij het onderzoeken, verbreden, verdiepen en doorwerken van de affecten. De afstemming tussen de emoties, gedrag en affecten worden daardoor gestimuleerd. De therapeut stuurt in deze fase de transfer naar het dagelijks leven. Ook blijkt, uit dit onderzoek dat de therapeutische houding binnen ArVT opgevat kan worden als een afspiegeling van de ontwikkeling in de ouder-kindrelatie

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	6
1.1 Theoretisch Kader	7
Beeldende therapie	7
Gedrags- en emotionele problemen	7
Affecten.....	7
Affectregulatie	7
Gehechtheid.....	8
Mentaliseren.....	8
1.2 Aanleiding	9
Zorginstituut Nederland	9
Nederlands Jeugdinstituut	9
Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie	10
De ‘wasstraat’	10
1.3 Probleemstelling.....	11
1.4 Vraagstelling	12
1.5 Doelstelling	12
2. Methode van onderzoek.....	13
2.1 Onderzoeksmethode	13
2.2 Onderzoeksvormen.....	13
2.3 Databronnen	13
Respondenten.....	13
Documenten van het kennisnetwerk.....	14
Literatuurstudie	14
Interviews	15
Observaties	15
2.4 Data-analyse	16
Literatuurstudie	16
Interviews	16
Observaties	17
3. Resultaten.....	18
3.1 Deelvraag 1: Wat houdt volgens de vaktherapeuten de affectregulatiefase in?	18

Beschrijvende resultaten	18
3.2 Deelvraag 2: Wat zegt de (beeldende) vakliteratuur over de therapeutische houding bij affectregulatie, mentaliseren en hechting?	21
Een therapeutische houding	21
Affectregulerende houding	22
Mentaliserende houding	23
3.3 Deelvraag 3: Welke werkzame aspecten in de therapeutische houding benoemen de vaktherapeuten als kenmerkend binnen deze fase?	24
Algemene therapeutische houding	24
Therapeutische houding affectregulatiefase	26
‘Niet weten’ houding	29
4. Discussie	31
Interviews	31
Literatuuronderzoek	31
Triangulatie, validiteit en betrouwbaarheid	32
5. Conclusie	33
Relevantie beroepspraktijk	34
6. Aanbevelingen	34
7. Referentielijst	36
8. Bijlagen	40
8.1 Draaiboek interviews	40
8.2 Schema zoekproces	44
8.3 Mindmap literatuuronderzoek	50
8.4 Screenshot Codeerschema	51
8.5 Codeboom Therapeut A.	52
8.6 Codeboom Therapeut B.	54
8.7 Codeboom Therapeut C.	56
8.8 Codeboom Therapeut D.	60
8.9 Schema kernlabels	63

1. INLEIDING

“Affectregulerende vaktherapie is gericht op het reguleren van aandacht, gedrag en emoties” (Meer, Ende, & Vlugt, 2016, p. 2).

Dit onderzoek richt zich op de therapeutische houding in de affectregulatiefase van de affectregulerende vaktherapie (ArVT). Dit bedraagt de derde fase van de ArVT methode, waarbij de nadruk ligt op het reguleren van gedrag en emoties. In overleg en afstemming met het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie is hiervoor gekozen, omdat de behoefte voor het verder onderzoeken en onderbouwen van de werkzame elementen (therapeutische houding en beeldende materialen) kenbaar werd gemaakt. De onderzoeker mocht zelf een keuze maken en heeft gekozen om aan te haken op de therapeutische houding binnen de affectregulatiefase, waarbij heeft meegespeeld dat er nog weinig onderzoek naar is gedaan. Hierdoor vormt dit onderzoek een start voor verder onderzoek en verdere onderbouwing.

Het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie is de opdrachtgever voor dit onderzoek en bedraagt vaktherapeuten van verschillende disciplines (beeldend, drama, muziek, dans en PMT). Een apart onderdeel van het kennisnetwerk is de schrijfgroep. Zij houden zich voornamelijk bezig met het profileren, beschrijven en onderbouwen van de interventie. S. v.d. Vlugt is de contactpersoon geweest voor dit onderzoek en heeft met de onderzoeker meegedacht over de invulling van het onderzoek en de hoofdvraag. Zij maakte kenbaar dat de nadruk, m.b.t. het verantwoorden van de therapeutische houding, voornamelijk ligt op het aanduiden en definiëren van de gebruikte begrippen en het onderscheiden van de therapeutische houding in de verschillende fase. De vragen die hierbij gesteld zijn waren; ‘wat werkt?’ en ‘welke aspecten zijn kenmerkend voor de houding in deze fase’. Hier komt tevens de benaming van het woord ‘aspecten’ vandaan.

“Het hoofddoel van de therapie is het bevorderen van het gehechtheidsgedrag en de vermindering van gedrags- en emotionele problematiek” (Meer, et al., 2016, p. 3).

In dit onderzoek wordt ervan uit gegaan dat hechting, affectregulatie en mentaliseren met elkaar zijn verbonden, wanneer één van deze factoren zich niet goed ontwikkelt, ontstaat er stagnatie of schreefgroei op één van de andere gebieden in de ontwikkeling van het kind. Het heeft elkaar nodig om tot een gezonde ontwikkeling te komen.

Parallel lopen er andere onderzoeken, gericht op het werkzame element van de therapeutische houding. De onderzoeken vormen samen een onderbouwing voor de therapeutische houding in de ArVT.

- W. Houwer – Spanningsregulatie door de therapeut;
- L. Slagtand – De therapeutische houding in de spanningsregulatiefase;
- J. ten Have – De therapeutische houding in de aandachtsregulatiefase.

BEELDENDE THERAPIE

Beeldende therapie is een specialistische en grotendeels non-verbale vorm van therapie waarbij de ervaring van de cliënt centraal staat. Binnen de behandeling en de therapeutische relatie wordt het beelden medium ingezet, als middel om een proces vorm te geven en te bewerkstelligen (Meer, Schweizer, & Bruyn, 2009; Smeijsters, 2008).

GEDRAGS- EN EMOTIONELE PROBLEMEN

Er bestaat geen eenduidige omschrijving van gedragsproblemen (ook wel externaliserende problemen genoemd), vaak spreken we van gedragsproblemen wanneer het gedrag van het individu door zijn omgeving als storend of verontrustend wordt ervaren. Voorbeelden van gedragsproblemen kunnen zijn: zelfverwonding, hyperactiviteit, opstandig/oppositioneel, vernielend en agressief gedrag, sociaal onaangepast en (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, stelen en misbruik van alcohol en drugs (Brezinka, 2002; Didden, 2006; Hassink-Franke, & Oud, 2015).

Emotionele problemen (internaliserende problemen), worden gekenmerkt door over gecontroleerd, teruggetrokken en geremd gedrag. Klachten als angst, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten komen hierin voor. Internaliserende problemen zijn vaak vooral storend voor het individu zelf, omdat ze zich afspelen in de binnenwereld (Meer, Mervielde, & Clercq, 2001; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.).

Didden (2006) veronderstelt dat emotionele- en gedragsproblemen ook gezien kunnen worden als copingmechanismen. Dit houdt in dat het gedrag een manier kan zijn om met stressvolle situaties en/of gevoelens om te gaan. Copingmechanismen waarbij het individu probeert te vluchten en/of zich terugtrekt uit de situatie, kunnen gezien worden als internaliserend. Bij externaliserende copingmechanismen probeert het individu juist ertegen te vechten (Didden, 2006, pp.71-72).

AFFECTEN

Door Ende en Vlucht (2016) wordt het begrip affecten gedefinieerd als een verzameling van interne spanningen en niet-aflaesbare, onbewuste gevoelens. Affecten zijn een permanent aanwezig onderdeel van onze beleving in het hier en nu. Ze zijn per definitie onbewust, maar zijn wel ten dele bewust te maken door het richten van aandacht. Ze begeleiden ons en geven een persoonlijke kleur aan de situatie. Affecten vormen de schakel tussen wat er feitelijk met de persoon gebeurt en wat vervolgens wordt beleefd (Schmeets, 2005, pp. 1-2).

AFFECTREGULATIE

Door het kennisnetwerk Affectregulerende vaktherapie wordt affectregulatie omschreven als; een koepelbegrip voor het reguleren van stress, spanning, aandacht, innerlijke gevoelens en zichtbare emoties (Ende, & Vlucht, z.d.). Gevoelens verwijzen naar de subjectieve beleving en ervaring, emoties geven de zichtbare uitingen van deze gevoelens weer (Rexwinkel, 2005, p.6).

Affectregulatie verwijst enerzijds naar het vermogen om emoties te herkennen en te evalueren, anderzijds naar het bewaren of herstellen van de verandering in de intensiteit van een affect. Regulatie moet voorkomen dat een kind overspoeld raakt (Fogel, 1994, in Schmeets, & Verheugt-Pleiter, 2005). Langdurig aanhoudende spanning, stress en negatieve toestanden zijn voor een kind moeilijk te verdragen en zorgen voor een onveilig gevoel. Veiligheid en regulatie zijn noodzakelijk voor een kind om zich te kunnen ontwikkelen en nieuwsgierigheid te bevorderen (Rexwinkel, 2005; Struik, 2012). Vanuit ontwikkelingsperspectief wordt affectregulatie gezien als voorloper op het mentaliseren (Meer, Ende, & Vlugt, 2016).

“Affectdisregulatie betekent dat er teveel of juist te weinig gevoel kan zijn, dat bepaalde positieve of negatieve gevoelens vaker kunnen voorkomen dan andere gevoelens of dat bepaalde gevoelens beter of slechter verdragen kunnen worden” (Meer et al., 2005, p.7).

Een goede affectregulatie is fundamenteel voor een optimaal functioneren, wanneer dit onvoldoende ontwikkeld is en/of niet goed verloopt kan dit bijdragen aan het ontstaan van latere psychopathologie (Hill, 2015; Rexwinkel, 2005; Schore, 2012; Slijper, 2005). Affectregulatie ontwikkelt zich vanuit wederzijdsheid in de ouder-kindrelatie. De kwaliteit van deze relatie heeft invloed op de kwaliteit van de affectregulatie (Tronick, 1980, in Ende, 2014).

In de kinder- en jeugdpsychiatrie is het vermogen tot affectregulatie bij veel stoornissen in het geding, er is sprake van onder- (gedragsstoornissen en ADHD) of overregulatie (emotionele stoornissen, depressie en angststoornissen) (Schmeets, 2005, pp. 1-2).

GEHECHTHEID

Gehechtheid is de emotionele band tussen ouder en kind. Deze band komt het meest tot uitdrukking in tijden van angst en spanning, omdat het kind dan op zoek gaat naar contact en nabijheid. Het is van belang dat de ouder in deze situaties sensitief en congruent op het kind reageert, omdat het kind in eerste instantie afhankelijk is als het gaat om het reguleren van zowel positieve als negatieve gevoelens (IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2010). Wanneer het hechtingsproces niet goed verloopt en/of de ouder niet of onvoldoende in staat is om in tijden van spanning contact, geruststelling en nabijheid te bieden, is de kans op het ontstaan van hechtingsproblematiek en overspoeling groter.

Kinderen met hechtingsproblematiek hebben vaak moeite met het hanteren van emoties en gedrag. Dit lijkt verband te houden met de manier waarop ze in de vroege kind-ouderrelatie geleerd hebben om te gaan met regulatie van spanning en gevoelens (Meurs, 2008, in Meer, Ende, & Vlugt, 2015).

Bowlby (1988, 1982, in IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2010) veronderstelt dat de vroege ervaringen van kinderen medebepalend zijn voor de wijze waarop ze zich later aan anderen hechten. Daarnaast is hechting van grote invloed op de latere ontwikkeling van autonomie, ik-bewustzijn, het mentaliserend vermogen en een positief zelfbeeld.

MENTALISEREN

Mentaliseren is het vermogen om permanent, in de interactie met de ander, uit te gaan van het feit dat de ander, net als jezelf, een interne wereld van gevoelens, gedachten en verlangens heeft (Meer, Fonagy, & Gergely, 2005). Vanuit de psychoanalytische visie wordt

ervan uit gegaan dat de basis voor het mentaliseren wordt gelegd in de vroege ontwikkeling en zich vormt vanuit een affectieve relatie met de ouder. De kwaliteit van de ouder-kind relatie is hierin dus sterk bepalend. Tevens is het van belang dat het kind in staat is om zichzelf te reguleren. Mentaliseren lukt namelijk alleen wanneer er een juiste balans is tussen het denken en voelen. Wanneer één van de twee de overhand neemt, heft dit de ander op (Meer, Fonagy & Gergely, 2005; Verfaillie, 2011; Meer, Verheugt-Pleiter, & Schmeets, 2010). Fonagy en Target stellen dat stagnatie in de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen later tot ernstige psychopathologie kan leiden (Meer et al., 2004).

1.2 AANLEIDING

ZORGINSTITUUT NEDERLAND

Het Zorginstituut Nederland (ZiN) richt zich op (het verbeteren van) de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Ze adviseren het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de invulling van het basispakket en ziet erop toe dat er betrouwbare en begrijpelijk informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg beschikbaar is (Zorginstituut Nederland, z.d.). De kwaliteit van de (geleverde) zorg wordt vastgesteld aan de hand van het beoordelingskader: 'stand van wetenschap en praktijk'. Dit houdt in dat de zorg als bewezen effectief beoordeeld is. Zodra de 'stand van wetenschap en praktijk' is toegekend, wordt het zorgaanbod opgenomen in de basisverzekering (Zorginstituut Nederland, 30 januari 2015).

Het ZiN heeft geconstateerd dat de verschillende vaktherapieën in het verleden nog onvoldoende zijn onderzocht om te voldoen aan de voorwaarden van de 'stand van wetenschap en praktijk' (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2015, 2 november). Het ZiN heeft vaktherapeuten daarom de ruimte gegeven om op termijn het bewijs voor de effectiviteit alsnog aan te leveren. Het eerste moment van peiling zal plaatsvinden in 2018, en over vijf jaar zullen ze alsnog definitief uitspraak doen over de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling binnen de GGZ (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2015, 2 november). Er is dus grote behoefte aan 'practice-based' en 'evidence-based' onderzoek en beschreven interventies.

NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT

In januari 2015 is het nieuwe jeugdstelsel in werking gegaan. Dit houdt in dat de jeugdzorg nu onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten valt en dat zij de toegang tot de jeugdhulp moeten regelen (Rijksoverheid, z.d.). Door het raadplegen van informatie uit verschillende databanken en richtlijnen, bepalen de gemeenten welke zorg wordt toegekend. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) beheert een aantal van deze databanken, waaronder het NJI met informatie over erkende jeugdinterventies, werkzame principes, onderzoek, instrumenten en richtlijnen (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.).

KENNISNETWERK AFFECTREGULERENDE VAKTHERAPIE

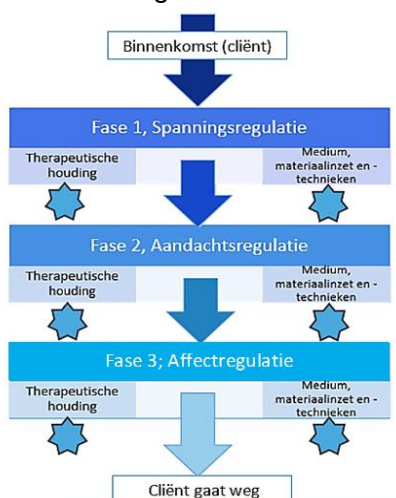
Het kennisnetwerk ArVT is ontstaan vanuit een intervisiegroep die gezamenlijk tot de conclusie kwam veel overeenkomsten te zien in hun manier van werken. In september 2014 zijn ze dan ook onder begeleiding gestart met het beschrijven van deze manier van werken; Affectregulerende vaktherapie.

Het streven van het kennisnetwerk is om uiteindelijk een transdiagnostische en erkende vaktherapeutische interventie te beschrijven, gericht op de affectregulatie bij cliënten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en het werken met kinderen met een licht verstandelijke beperking (Ende, & Vlugt, z.d.). Het uiteindelijke doel van het kennisnetwerk is publicatie bij de FVB, een handleiding ArVT en intrede in de databanken van VILANS, NJI, TRIMBOS en Specialistische GGZ. Dit is van belang, omdat er dus grote behoefte is aan 'practice-based' en 'evidence-based' interventies en zodat gemeenten cliënt blijven indiceren. Hiervoor is het van belang dat er een effectieve vaktherapeutische behandelinterventie geschreven wordt, die goed onderbouwd, beschreven en onderzocht is (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, z.d.).

Tot nu toe heeft het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie een concepthandleiding en interventiebeschrijving voor kinderen (4-12 jaar) met problematische gehechtheid ontwikkeld. De interventiebeschrijving is inmiddels goedgekeurd en staat sinds april 2016 gepubliceerd op de site van de FVB. Het doel van het kennisnetwerk is nu om de interventiebeschrijving verder uit te diepen en uit te breiden, zodat deze ook transdiagnostisch inzetbaar is. Bij de transdiagnostische benadering, wordt er niet gedacht vanuit diagnoses, maar het last hebben van symptomen, waarbij de betekenisgeving van de symptomen bij meerdere diagnoses voorkomen (Hagen, 2014).

DE 'WASSTRAAT'

De 'wasstraat' staat symbool voor het therapeutisch proces van de cliënt binnen de ArVT. In Figuur 1. is te zien dat de methode bestaat uit drie fasen, namelijk *spanningsregulatiefase*, de *aandachtsregulatiefase* en de *affectregulatiefase*. De cliënt doorloopt deze fasen tijdens de behandeling.



Figuur 1. De 'wasstraat', Vlugt, & Smelt (2016, februari 2016)

De borstels (stervormen) staan voor de werkzame elementen van de therapie, namelijk de affectregulerende en mentaliserende therapeutische houding en de materiaalinzet. Deze twee sterk samenhangende elementen worden tegelijkertijd en improviserend, afgestemd op het kind en de fase van de behandeling ingezet. Wanneer beide elementen op de 'juiste manier worden ingezet, is er sprake van een geïmproviseerde interactie (Meer, Ende, & Vlugt, 2015). De veronderstelling is dat wanneer de cliënt alle fasen heeft doorlopen, de emotionele en/of gedragsproblemen zijn verminderd, hechtingsgedrag gestimuleerd is en dat de cliënt beter in staat is om zijn affecten te reguleren. De behoefte van het kennisnetwerk ligt bij het 'uitpluizen van de borstels'. Dit houdt in dat de werkzame elementen van de interventie nader onderzocht en beschreven moeten worden.

1.3 PROBLEEMSTELLING

Het kennisnetwerk en de literatuur benadrukt dat bij veel stoornissen het vermogen tot affectregulatie in het geding ligt, omdat er vaak sprake is van over- of onderregulatie. Dit benadrukt het belang van behandeling. ArVT richt zich op het behandelen en bevorderen van de affectregulatie en gaat ervan uit dat als je de onderliggende factoren aanpakt de zichtbare en problematische uitingsvormen (gedrag en emoties) veranderen en/of verdwijnen. Door de veranderingen in de jeugdzorg en de ontwikkelingen binnen het vakgebied, bestaat de kans dat vaktherapie, al dus ArVT zal verdwijnen uit het zorgaanbod. Dit heeft te maken met het feit dat vaktherapie nog niet voldoende bewezen en onderbouwd is om te voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk', met als gevolg dat de kans bestaat dat cliënten in de toekomst niet meer geïndiceerd zullen worden. Dit ondanks dat cliënten, ouders en behandelaren ondervinden dat het werkt (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2015).

Het belang en de behoefte naar onderbouwing wordt hierdoor op een pijnlijke manier duidelijk. Het kennisnetwerk en vaktherapeuten in het algemeen hebben nog vijf jaar om zichzelf te bewijzen en te voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk', hiervoor is onderzoek nodig. Aangezien bij veel problematieken de affectregulatie in het geding ligt, is het dus van belang dat deze methode goed omschreven en onderbouwd wordt, zodat cliënten in de toekomst ook nog steeds geholpen kunnen worden.

Dit onderzoek focust zich voornamelijk op de derde fase van de interventie/methode – de affectregulatiefase -, omdat er binnen deze fase nog weinig tot geen onderzoek gedaan is.

1.4 VRAAGSTELLING

Hoofdvraag:

Wat zijn de werkzame aspecten van de therapeutische houding in de affectregulatiefase van de affectregulerende vaktherapie bij het werken met kinderen in de leeftijd van 7 t/m 12 jaar met gedrags- of emotionele problemen en hechtingsproblematiek?

Deelvragen:

- 1 Wat houdt volgens de vaktherapeuten de affectregulatiefase in?
- 2 Wat zegt de (beeldende) vakliteratuur over de therapeutische houding bij affectregulatie, mentaliseren en hechting?
- 3 Welke werkzame aspecten in de therapeutische houding benoemen de vaktherapeuten als kenmerkend binnen deze fase?
- 4 Welke aspecten in de therapeutische houding zijn zichtbaar binnen het werken in de affectregulatiefase?

1.5 DOELSTELLING

Het onderzoeksproject Affectregulerende vaktherapie is een doorlopend onderzoek. Dit houdt in dat er voorafgaand al verschillende onderzoeken gedaan zijn en hierop wordt doorgewerkt. Dit onderzoek is hierop afgestemd en vormt een bijdrage aan het grotere geheel en resulteert uiteindelijk in een omschrijving van de therapeutische houding in de affectregulatiefase.

Het beoogde onderzoeksresultaat is:

- Een bijdrage leveren aan de eenduidigheid onder de therapeuten over de definiëring van de gebruikte begrippen;
- Een eenduidige en afgestemde beschrijving van de therapeutische houding in de affectregulatiefase;
- Inzicht in de verschillen en overeenkomsten tussen de door de therapeuten benoemde houdingsaspecten;
- Een bijdrage aan de onderbouwing van de therapeutische houding bij affectregulatie;
- Draagvlak en aanbevelingen creëren voor verder onderzoek.

2. METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 ONDERZOEKSMETHODE

De onderzoeksmethode voor dit onderzoek is kwalitatief, dit houdt in dat het zich baseert op de zogenaamde interpretatieve benadering. Het uitgangspunt hierbij is; dat er geen eenduidige, enkelvoudige werkelijkheid bestaat, maar dat er meerdere (subjectieve) werkelijkheden/perspectieven zijn. De kwalitatieve onderzoeker richt zich in eerste instantie op het verkrijgen van inzicht m.b.t. de manier waarop de mensen de werkelijkheid/praktijk ervaren en beleven, en welke betekenis ze er aan geven (Migchelbrink, 2007, p.50).

Dit heeft betrekking op dit onderzoek, omdat enerzijds de praktijkervaring van de beeldend therapeuten die werken met de interventie centraal staat. Anderzijds wordt er een literatuuronderzoek uitgevoerd. De vraagstelling is dus bekeken vanuit meerdere perspectieven.

2.2 ONDERZOEKSVORMEN

Er is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksvormen, namelijk beschrijvend en definiërend. Een beschrijvend onderzoek heeft als doel om een thema of praktijksituatie in kaart te brengen en te beschrijven, de onderzoeker gaat op zoek naar hoe iets in elkaar zit (Donk & Laren, 2014). Bij een definiërend onderzoek probeert de onderzoeker de verschillende en overeenkomsten in denkbeelden in kaart te brengen (Meer et al., 2014).

De keuze voor meerdere onderzoeksvormen heeft te maken te maken met de verschillende invalshoeken van het onderzoek. Het kennisnetwerk wil graag weten “Wat werkt?” en welke houdingsaspecten kenmerkend zijn voor de affectregulatiefase. Om tot een antwoord op deze vragen te komen, is het belangrijk om verschillende bronnen te benutten en deze met elkaar te vergelijken. Het uiteindelijke antwoord van dit onderzoek zal hierdoor aansluiten op de praktijksituatie en onderbouwd zijn vanuit de literatuur.

2.3 DATABRONNEN

RESPONDENTEN

Voor dit onderzoek zijn vier beeldend vaktherapeuten geïnterviewd. S. v.d. Vlucht heeft een hiervoor een selectie gemaakt onder de leden van het kennisnetwerk, waarbij tien vaktherapeuten naar voren zijn gebracht. De onderzoeker heeft aan de hand van deze lijst en de gegeven informatie een selectie gemaakt van vier vaktherapeuten voor interviews, waarbij onder andere gekeken is naar de doelgroep en werkplek. Deze vaktherapeuten zijn via de mail benaderd, waarbij de onderzoeker zichzelf heeft geïntroduceerd en het onderwerp voor onderzoek naar voren is gebracht. Voordat de interviews zijn afgenomen, hebben de respondenten toestemming gegeven. Ook is er toestemming gegeven aan het begin en einde van de interviews.

Hieronder wordt een korte beschrijving gegeven van de beeldend vaktherapeuten die aan het onderzoek hebben meegewerkt (de namen zijn geanonimiseerd);

	Werkplek, doelgroep en werkervaring*:	Schrijfgroep:
Therapeut A.	Eigen praktijk en ambulant (onder andere op scholen, medisch orthopedisch centrum). Kinderen en jeugd, vaak zonder duidelijke diagnose. Ze werkt al langer met de methode, maar zet hem pas bewust in sinds het bestaan van de beschrijving bij hechtingsproblematiek.	Nee
Therapeut B.	Kinder- en jeugdpsychiatrie (4-21 jaar) bij Accare, te Groningen. Verschillende problematieken (LVB, autisme, ADHD, trauma, hechting, ODD, ASS etc.). Ze werkt al 30 jaar als vaktherapeut, pas 10 jaar onder de noemer affectregulerende vaktherapie na aansluiten bij het kennisnetwerk.	Ja
Therapeut C.	Werkt bij Ambic, kinderen en jeugd (5-16 jaar) met LVB problematiek en andere psychiatrische klachten. Werkt 5 jaar als vaktherapeut, 2 á 3 jaar met de methode.	Ja
Therapeut D.	JeugdzorgPlus en gesloten jeugdzorg (4-16/17 jaar) bij Intermetzo en op een vakinternaat in Maarsbergen. Werkt sinds 2014 met de methode (aangesloten bij het kennisnetwerk). Werkt ook als speltherapeut. Verschillende studies gedaan, waaronder cliënt gericht werken en master of Arts therapy.	Ja

** Alle vier herkennen ze de werkwijze al langer in hun handelen*

DOCUMENTEN VAN HET KENNISNETWERK

Het kennisnetwerk ArVT heeft een aantal bestaande en (niet)-gepubliceerde documenten ter beschikking gesteld voor dit onderzoek. Deze documenten vormen onderdeel van de basis en hebben als leidraad gediend voor het literatuuronderzoek en de interviews. Onder deze documenten vallen de concept handleiding Affectregulerende vaktherapie en de interventiebeschrijving ArVT bij kinderen van vier tot twaalf jaar met problematische gehechtheid.

LITERATUURSTUDIE

Allereerst is er een literatuurstudie uitgevoerd om informatie te verzamelen over de therapeutische houding bij affectregulatie. Bij een literatuurstudie wordt er gezocht naar bestaande informatie, kennis en inzichten (Migchelbrink, 2014). Het maakt deel uit van het veldonderzoek en dient als onderbouwing voor de rest van het onderzoek. ‘

Er is gebruik gemaakt van verschillende databronnen om de betrouwbaarheid van de gevonden data te vergroten. Deze bronnen bedragen Nederlands- en Engelstalige boeken, (wetenschappelijke-) artikelen en databases (Google Scholar, HanQuest, Springerlink en Pubmed).

De volgende kernbegrippen zijn van te voren vastgesteld om de validiteit te vergroten.

NEDERLANDS	ENGELS
Creatieve therapie	Creative therapy
Beeldende therapie	Art therapy
Kinderen	Children
Hechting / gehechtheid	Attachment
Gedragsproblemen	Behavioral problems

Emotionele problemen	Emotional problems
Hechtingsproblematiek	Attachment problems
Mentaliseren	Mentalisation
Mentaliserend Bevorderende Kindertherapie	Mentalisation Based (Child)Therapy
Therapeutische houding	Therapeutic attitude
Affectregulatie	Affect regulation
Affectregulatie theorie	Affect regulation theory

De bovengenoemde kernbegrippen zijn zowel los van elkaar, als in combinatie met elkaar gebruikt. Allereerst om de zoekresultaten te beperken, maar ook om de gevonden data te verfijnen en ruis te voorkomen.

Voorbeeld: *Beeldende therapie OR creatieve therapie AND hechtingsproblematiek AND kinderen AND therapeutische houding AND affectregulatie (Google Scholar: 23 resultaten).*

Door het gebruik van AND/OR, “tekens” en andere zoekhulpmiddelen is de zoekvraag verkleind en gespecificeerd. Daarnaast is er voornamelijk gezocht op Pdf-bestanden, omdat deze resultaten vaak artikelen bedragen. De betrouwbaarheid van de internetbronnen is beoordeeld aan de hand van de CARS-checklist. Dit staat voor: *Credebility (geloofwaardigheid en betrouwbaarheid), Accuracy (juistheid), Reasonableness (redelijkheid) & Support (bewijst en ondersteuning)* (Harris, 2010, in Migchelbrink, 2014, p. 234-236).

INTERVIEWS

“Een interview is een persoonlijk gesprek waarin door het stellen van vragen informatie wordt verzameld” (Migchelbrink, 2014, p. 326).

Naast een literatuurstudie zijn er semigestructureerde interviews afgenomen, waarbij gekozen is voor een formele variant. Dit houdt in dat er gewerkt is met een vaste rolverdeling tussen onderzoeker en ondervraagde. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview, omdat dit de onderzoeker de ruimte biedt om door te vragen en af te wijken van de vraagvolgorde en formulering (Baarda et al., 2013).

Het doel van de interviews is het vergaren van informatie over de verschillende opvattingen, percepties, kennis, opinies, ervaringen en belevingen m.b.t. de therapeutische houding in de affectregulatiefase van de ArVT. De inhoud van deze interviews is van tevoren vastgelegd in een topiclijst en draaiboek¹, zodat de onderwerpen binnen de verschillende interviews vastliggen en overeenkomen.

De volgende topics zijn van te voren vastgesteld door de onderzoeker:

- Inleiding: affectregulerende vaktherapie & doelgroep;
- Affectregulatiefase;
- Reconstructieve werkwijze;
- Therapeutische houding;
- Interventies;
- Therapeutische relatie,

OBSERVATIES

¹ Zie bijlage 8.1 Draaiboek interviews

Observatie is een directe vorm van dataverzameling en houdt in; het zorgvuldig, doelgericht en aandachtig waarnemen van gedragingen van individuen of groepen mensen (Donk, & Lanen, 2011; Migchelbrink, 2014). Door het gebruik van indirecte observaties via videobeeld wordt de kans op beïnvloeding verkleind en de objectiviteit vergroot (Donk, & Lanen, 2011). Het doel van observatie is om een helder en duidelijk beeld te krijgen van wat zichtbaar is m.b.t. de therapeutische houding in de affectregulatie, daarnaast geeft het de mogelijkheid om onbewuste aspecten in het handelen bewust te maken.

2.4 DATA-ANALYSE

LITERATUURSTUDIE

De gegevens uit de literatuurstudie zijn bestudeerd, en geanalyseerd aan de hand van de kwalitatieve inhoudsanalyse. “Bestuderen als instrument wordt door Donk en Lanen omschreven als het met een kijkkader verzamelen van fragmenten uit teksten” (Migchelbrink, 2016, p.227). Deze kijkpunten kunnen zowel vragend, als stellend geformuleerd worden.

De volgende kijkpunten zijn gebruikt:

- Wat verstaat de literatuur onder een therapeutische houding?
- Wat zijn belangrijke aspecten met betrekking tot de therapeutische houding bij de doelgroep?
- Wat zijn belangrijke aspecten met betrekking tot de therapeutische houding bij affectregulatie?
- Wat zegt de literatuur over een affectregulerende en mentaliserende houding?
- Wat wordt er verstaan onder gemarkeerde spiegeling?
- Wat houdt de reconstructieve werkwijze in en hoe verhoudt zich dit tot de therapeutische houding?

Bij een kwalitatieve inhoudsanalyse is de onderzoeker vooral bezig met het duiden en begrijpen van de inhoudt. De volgende stappen worden hierbij toegepast; Het verzamelen van informatie door deze te bestuderen en te beoordelen op bruikbaarheid en relevantie, de onbelangrijke stukken worden geschrapt (selecteren), de tekst parafraseren, de teksten met elkaar integreren op hoger abstractieniveau en de onderliggende samenhang bepalen (Smeijster, 2005, p.55). De informatie uit de literatuurstudie is gerapporteerd aan de hand van het schema zoekproces² van Migchelbrink (2014). Om de literatuurstudie te structureren en te ordenen heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een mind-map waarin alle verbanden en ideeën over het onderwerp staan aangeduid.³

INTERVIEWS

Er zijn voor dit onderzoek vier semigestructureerde interviews uitgevoerd onder vier beeldend therapeuten van het kennisnetwerk. Alvorens de interviews heeft de onderzoeker een proefinterview afgenomen en is er om toestemming gevraagd. De interviews hadden een duur van 60-90 minuten en zijn opgenomen met een voicerecorder. Deze opnames zijn hierna

² Zie bijlage 8.2 Schema zoekproces

³ Zie bijlage 8.3 Mind-map literatuurstudie

letterlijk uitgeschreven (getranscribeerd) en voor goedkeuring naar de geïnterviewden gestuurd.

De kwalitatieve data is geanalyseerd aan de hand van een coderingproces met startlijst waarbij de tekst in verschillende fragmenten is opgedeeld, deze fragmenten zijn vervolgens ondergebracht onder de vooraf opgestelde labels. Deze labels zijn vastgesteld aan de hand van de topiclijst van de interviews. Deze manier van werken valt onder de deductieve werkwijze, waarbij er gewerkt is vanuit een eerder gemaakte structuur (Migchelbrink, 2016). Aan deze fragmenten zijn vervolgens ook labels toegekend.

Na de eerste analyseronde zijn de codes en labels in een codeboom geplaatst, waarna de codes en labels in combinatie met het coderingschema zijn herordend, samengevoegd en/of aangevuld zijn met nieuwe/verdiepende labels. Ook hier is opnieuw zijn codebomen van gemaakt⁴.

Als laatste stap in het analyseproces zijn de codeerschema's⁵ en codebomen naast elkaar gelegd en is er gekeken naar de overeenkomsten en verschillen. Aan de hand hiervan zijn vervolgens een aantal kernlabels geformuleerd. Deze kernlabels bevatten de codes die door twee of meer therapeuten zijn aangeduid, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van de uitkomst vergroot wordt. Het overzicht met daarin de kernlabels is te vinden in bijlage 8.9.

OBSERVATIES

Het is de bedoeling geweest om meerdere observaties van verschillende therapeuten en/of cliënten te bekijken en te analyseren. Aan de hand van eerder verkregen informatie (interviews en literatuuronderzoek), zou besloten worden of het een gestructureerde of ongestructureerde observatie zou bedragen. Overigens is doordat het onderzoek tijdsgebonden is en het videomateriaal slechts korte fragmenten (5 á 10 min.) van verschillende sessies, met dezelfde therapeut bedroegen, besloten om de observaties te laten vallen. Aangezien de bovengenoemde factoren te veel invloed zouden hebben op de objectiviteit, validiteit en betrouwbaarheid van het materiaal.

⁴ Zie bijlage 8.4, 8.5, 8.6 en 8.7

⁵ Zie bijlage 8.4 Screenshot codeerschema

3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de verschillende deelonderzoeken uitgewerkt. De resultaten bij 3.1 en 3.3 zijn de uitkomsten van de interviews, waarbij gekozen is voor een beschrijving, waarin de kernlabels, transcriptie en codebomen samen komen. Hier is voor gekozen, omdat de resultaten op deze manier zo duidelijk en overzichtelijk mogelijk worden weergegeven. In deze beschrijving komen de visies van de verschillende therapeuten samen, waarbij geprobeerd is om zo dicht mogelijk bij de woorden van de therapeuten te blijven. Incidenteel is er gebruikt gemaakt van een citaat om de stukken tekst toe te lichten.

Bij 3.2 worden de resultaten van het literatuuronderzoek beschreven, hierbij is er vanuit gegaan dat gehechtheid, affectregulatie en mentaliseren onlosmakend met elkaar verbonden zijn. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om deze verschillende invalshoeken in het onderzoek mee te nemen, zodat de therapeutische houding bij affectregulatie vanuit verschillende perspectieven bekeken is.

3.1 DEELVRAAG 1: WAT HOUDT VOLGENS DE VAKTHERAPEUTEN DE AFFECTREGULATIEFASE IN?

Deze deelvraag wordt beantwoord aan de hand van de gegevens uit de semigestructureerde interviews. Tabel 1.1 is een weergave van de kernlabels die betrekking hebben op de affectregulatiefase.

Kernlabels	Samenhangende kernlabels	Therapeut
Affecten staan centraal		B, C & D
Autonoom regulerend maken		B & D
Cliënt beweegt vrijer		A & D
Client leert woorden geven aan affecten en cognitie		B, C & D
Gevoelens en verlangens onderzoeken en bewustzijn bevorderen		B & D
Cliënt leert hulpbronnen inschakelen		C & D
Inzet afhankelijk van draagkracht en flexibiliteit omgeving		B & D
Mentaliseren bevorderen		B, C & D
	Gemarkeerde spiegeling	B & C
Onderscheid 'ik' en 'de ander'		B, C & D
Verplaatsen in de ander		B & D
Psycho-educatie		B & D
Reconstructieve werkwijze		A, B, C & D
	Doorwerken zonder wroeten	A, B, C & D
	Heropbouwen van hechting en affectregulatie	A, B, C & D
Verdekte en verdiepende werkvormen		A, C & D

Tabel 1.1 Kernlabels affectregulatiefase

BESCHRIJVENDE RESULTATEN

De affectregulatiefase is de fase waarin de affecten van de cliënt centraal staan, en waarbij de afstemming tussen emoties, gedrag en gevoel wordt gestimuleerd. Samen met de

therapeut onderzoekt de cliënt zijn gevoelens en verlangens en leert de cliënt woorden te geven aan affecten, beleving en cognities. Dit gebeurt zowel op sensopathisch- (in materiaal en beleving), als op cognitief (denken en bespreken) niveau. Werkvormen in deze fase worden vaak in verdekte en verdiepende vorm ingezet, waarbij de cliënt gestimuleerd wordt om eigen verhaal, thema's of vormgeving te vinden en te uiten.

Therapeut B. omschrijft de affectregulatiefase als volgt:

“In het eerste deel van de affectregulatiefase, dus de derde fase, ben je eigenlijk ook alleen maar aan het soort van breder maken [...] dus differentiëren ben je aan het doen, maar je bent nog helemaal niet bezig om het kind daarin, een soort van autonoom regulerend te maken, maar later in die fase, ga je dat nog wel doen”.

Therapeut D. vertelt het volgende over de affectregulatiefase:

“Maar zo gaan we van het ontdekken van alle materialen, en alle gevoelens die daarbij horen. Dus naar het aanboren van die affecten, en dat wisselt [...] weer terug naar het vormgeven, en dan kom je ook echt bij de eigen thema's. Nja, dan zitten we in fase drie, waar wil je nog mee bezig, hoe ziet dat er dan uit, en dan weten ze ook wat heb jij in huis, hè. Wat is der aan materiaal, en de één heeft de voorkeur.”

In de eerdere fasen worden de affecten al wel aangeraakt, maar ligt de nadruk op iets anders. In de derde fase worden de affecten verbreed en verder uitgediept. Dit heeft ermee te maken dat de basis en voorwaarden voor spannings- en aandachtsregulatie na de eerste en tweede fase meer aanwezig is. De cliënt is beter in staat zijn spanning en aandacht te reguleren, waardoor deze beter kan verdragen wanneer hierop wordt doorgewerkt.

Één van de doelen van de derde fase is om het kind autonoom regulerend te maken. Dit houdt in dat de cliënt in staat is om zijn eigen affecten beter te reguleren, daarnaast wordt een stukje bewustzijn gecreëerd. Therapeut B. geeft aan dat deze bewustwording niet alleen op het niveau van gevoelens en verlangens moet plaatsvinden, maar ook in het verschil tussen de 'ik' van het kind en de 'ik' van de ander. Dit gebeurt door het kind eerst meer bewust te maken van het eigen 'ik', waarna de therapeut langzaam toewerkt naar; dat de 'ik' van de cliënt iets anders is dan het 'ik' van de therapeut. Hierdoor wordt er gewerkt aan het onderscheid tussen 'ik' en 'de ander', waarbij de cliënt gestimuleerd wordt vanuit een ander perspectief te denken.

Therapeut D. geeft hierbij het volgende voorbeeld:

“Uitwisselen, voel jij mijn bal is, hé die voelt anders. Dan heb je weer die nuanceverschillen. Van mij voelt het anders, dan van jou. Dan benoem ik dat ook, dat het voor mij anders voelt. Ja dan komen die verschillen ook naar voren. En dat zit natuurlijk al in dat kijken naar dat beeld.”

Het bovengenoemde kan ook geschaard worden onder het bevorderen van het mentaliseren, waarbij gemarkeerde spiegeling een belangrijk onderdeel vormt binnen de affectregulatiefase

Therapeut C. zegt hier het volgende over:

“Ik ga even verder vast naar de affectregulatiefase daar is het meer teruggeven gemarkeerd. Ik ben er ook, ik doe hetzelfde als jij, maar hè, jij doet nu heel snel.. ik vind lekker om het heel langzaam te doen.”

In de interventiebeschrijving wordt de reconstructieve werkwijze van Smeijsters (2009) gekoppeld aan de affectregulatiefase. Tijdens de interviews is hierop doorgevraagd, omdat er geen omschrijving te vinden is over hoe dit wordt toegepast. Alle vier de therapeuten herkenden deze manier van werken aan de hand van de definitie van de werkwijze. Overigens gaven ze allen een andere omschrijving, desondanks konden de volgende kernlabels worden gevormd; het doorwerken zonder te wroeten en het heropbouwen van de hechting en affectregulatie. Aan de hand van de volgende quotes, worden deze kernlabels verder toegelicht.

Therapeut D. geeft de volgende voorbeelden over het doorwerken zonder te wroeten;

“Ik denk dat wat ik jou net vertelde over dat meisje en die een bodemloze put, dat ik toch wel bezig ben met; kunnen we dat vorm geven. Dat het dan opener is, directer is, zonder dat ik dan ga zitten wroeten in hoe was dat dan en wat gebeurde er toen en... En tegelijkertijd vertelt een andere jongen nu ook waar die boos over is of waar die van baalt [...] Ik kies een gevoel, ik voel me gefrustreerd en dat in de klei laat zien, is ook doorwerken van.”

Therapeut C. geeft de volgende omschrijving van het heropbouwen van de hechting en affectregulatie:

“Het idee heeft te maken met dat bouwsel wat er staat, dat heeft met die hechting te maken. Of dat.. hoe dat gebouwd is heeft met alles te maken wat je tot dan toe hebt [...] En soms kun je iets afbreken en opbouwen, maar soms is het ook ernaar kijken en het ordenen of met een andere blik er op, anders ernaar kijken.”

De affectregulatiefase is ook de fase waarin de transfer naar het dagelijkse leven wordt gemaakt. Het kind leert om hulpbronnen in te zetten en hulp te vragen. Psycho-educatie wordt ingezet voor zowel de cliënt als de omgeving. Verder valt op dat de cliënt zich vrijer gaat bewegen en zelf op onderzoek uitgaat. Afhankelijk van de draagkracht en flexibiliteit wordt ervoor gekozen om deze fase in te zetten. Dit heeft er ook mee te maken, dat de omgeving het proces uiteindelijk moet overnemen en verder moet uitbouwen.

Therapeut C. geeft het volgende aan m.b.t. de inzet van de affectregulatiefase:

“Het kan ook zijn dat er thuis zoveel dingen spelen dat het kind blokkeert, omdat hij thuis.. omdat het verschil tussen thuis en hier veel te groot wordt anders. Dan word het voor het kind juist heel pijnlijk [...] Dan word het pijnlijk besef, hoe ver het uit elkaar ligt is dan onverdraaglijk [...] Een kind van die leeftijd kan eh, ja soms zit de veiligheid hem dan toch in eh.. hele nare situaties.”

3.2 DEELVRAAG 2: WAT ZEGT DE (BEELDENDE) VAKLITERATUUR OVER DE THERAPEUTISCHE HOUDING BIJ AFFECTREGULATIE, MENTALISEREN EN HECHTING?

EEN THERAPEUTISCHE HOUDING

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat er veel verschillende aspecten verbonden zijn aan de therapeutische houding, dit verschilt per visie, stroming, problematiek en doelstelling. De beschrijving hieronder is ontstaan vanuit de overeenkomsten tussen de verschillende bronnen.

Een therapeutische houding verwijst naar een professionele en kundige houding, waarbij de therapeut in staat is om een functionele relatie te ontwikkelen. Dit als middel voor het oplossen en verbeteren van de problematiek (Deth, 2014). De therapeutische houding is een belangrijke factor voor het slagen van de behandeling en vormt een belangrijke voorwaarde voor het bewerkstelligen van verandering (Lieshout, 2009; Rogers, 1902-1987, in Claassen, & Pol, 2015). De basishouding van de therapeut wordt gekenmerkt door: transparantie, betrokkenheid, meebewegen, empathie, respect, rust, warmte en (onvoorwaardelijke) acceptatie (Claassen, & Pol, 2015; Emmelkamp, & Vedel, 2010; Lieshout, 2009; Rogers; 1902-1987; Meer, Schweizer, & Bruyn, 2009).

Rogers (1902-1987) bijvoorbeeld had groot vertrouwen in de eigen ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt en beschouwde de cliënt als de expert, waarbij hij het van groot belang achtte om *experiencing* te bevorderen, in plaats van te streven naar beheersing en onderdrukking (Claassen, & Pol, 2015).

Meer, Schweizer, & Bruyn (2009) draagt nog het begrip van de 'hulp-ik' aan, waarbij de therapeut aansluit, mee beweegt, woorden geeft en houvast biedt wanneer de cliënt dit verliest.

Door de inzet van de bovengenoemde houdingsaspecten wordt een gevoel van veiligheid en erkenning gecreëerd. Een veilige basis stimuleert de cliënt vertrouwen te hebben en is een vereiste voor ontwikkeling (Bowlby, 1988 in Wallin, 2007; Malchiodi, & Crenshaw, 2014; Meer, Schweizer, & Bruyn, 2009; Wallin, 2007). Erkenning zorgt ervoor dat de cliënt de ruimte voelt om zichzelf te gaan ontdekken, zijn gedrag wordt zonder veroordeling gespiegeld, bespreekbaar gemaakt. De therapeut heeft net als de ouder de functie van externe gevoelsregulator (Lieshout, 2009). Het besef van een veilige basis ontstaat wanneer de therapeut op emotioneel niveau op de cliënt is afgestemd, waarbij de therapeut helpt bij het verdragen, moduleren en communiceren van problematische gevoelens (Wallin, 2007). De therapeutische relatie biedt hierbij een veilig kader om samen de ervaringen te doorgronden.

Een therapeutische relatie wordt gekenmerkt door gelijkwaardigheid en samenwerking, waarbij het perspectief en de autonomie van de cliënt centraal staat (Emmelkamp, & Vedel, 2010). Wallin (2007) beschrijft de therapeutische relatie als smeltkroes, waarin de verhouding van cliënt tot zijn eigen beleving van de interne en externe werkelijkheid fundamenteel getransformeerd wordt. Tevens verwijst hij naar de definitie van Schore (2003), waarin gesteld wordt dat een gezonde ontwikkeling draait om een relatie die ruimte biedt voor de emotionele beleving van de cliënt (Wallin, 2007). Dit kan in verband worden gebracht met de

therapeutische houding/-relatie, waarbij de therapeut de cliënt deze ruimte biedt. Kiekegaard (1813-1855) gaat hier nog wat dieper op in en omschrijft dat je alleen iemand kan helpen wanneer je een poging doet om te begrijpen hoe de ander de wereld ziet. Wanneer de therapeut zich hierin verdiept, zal deze beter in staat zijn om contact te maken en de cliënt te helpen. Dit stimuleert het gevoel bij de cliënt dat het er mag zijn, dat de therapeut hem begrijpt, wil steunen en hem niet afwijst (Lieshout, 2009).

Een aspect, dat ook veel naar voren is gekomen, is het belang van het (opnieuw) doorwerken van verschillende aspecten van de ouder-kind relatie, waarbij de therapeuten de rol van ouder op zich neemt en probeert blokkades en disfunctionele patronen te doorbreken. Er worden verschillende begrippen genoemd om dit proces te beschrijven. De onderstaande tekst begint dan ook met deze verschillende beschrijvingen, waarna aan de hand van een beschrijving van Daniel Hill de link met affectregulatie gelegd wordt.

Wallin (2007) veronderstelt dat het opbouwen van een 'nieuwe' gehechtheidsrelatie fundamenteel is en bijdraagt aan het genereren van nieuwe patronen in denken, affectregulatie en gehechtheid. Melachiodi en Crenshaw (2014) verwijzen naar het begrip 'good enough' parent van Winnicott (1965, 1971). Wat inhoudt dat de ouder een relatie en omgeving creëert, waarin het kind positieve ervaringen en veilige hechting kan opdoen zonder overbeschermend te zijn. Dit kan gekoppeld worden aan de therapeutische relatie tussen cliënt en therapeut, waarin naar voren komt dat het belangrijk is om de stressreacties te reguleren en zelfredzaamheid te vergroten (Melachiodi, & Crenshaw, 2014). Creatief therapeuten proberen door de inzet van beeldende middelen zo'n 'good enough' parent rol te bewerkstelligen. Bijvoorbeeld wanneer de therapeut en de cliënt samen herhaaldelijk spelen met de sensopathische componenten van het materiaal om de vroegere ontwikkeling tussen moeder en kind door te werken met als doel om de gehechtheidsrelatie aan te sturen. Een ander begrip uit de schematherapie dat naar voren komt is de 'limited-reparenting' houding. De 'limited-reparenting' houding is een instrument, waarbij de therapeut ervoor waakt alle uitingen van de cliënt te erkennen, lief te hebben en te begrenzen en wordt ingezet om tegemoet te komen aan de basisbehoeften van de cliënt, binnen de grenzen van de therapeutische mogelijkheden. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om corrigerende emotionele ervaringen op te doen (Claassen, & Pol, 2015; Meer, Günther, & Blokland-Vos, 2009). Het is hierbij overigens belangrijk om het alsof-karakter te benadrukken, omdat het erg pijnlijk wordt voor de cliënt als hij zich aan de therapeut hecht, als een kind aan een ouder.

AFFECTREGULERENDE HOUDING

De onderstaande tekst draagt bij aan de vertaling van de bovengenoemde tekst naar het proces van affectregulatie. Hill (2015) geeft hieraan de volgende omschrijving:

De liefhebbende moeder leert haar kind zelfstandig te lopen. Ze is aanwezig, maar ver genoeg van hem vandaan, zodat ze hem niet kan ondersteunen, maar wel kan opvangen met haar armen. Ze imiteert zijn bewegingen, en wanneer hij wankelt, buigt ze naar hem toe. Het kind zou kunnen geloven dat hij niet zelfstandig loopt, maar toch doet ze meer. Haar gezicht werkt als een soort van beloning, een aanmoediging. Het kind loopt met zijn ogen gericht op het gezicht van zijn moeder, in plaats van de moeilijkheden op zijn pad. Hij voelt zich gesteund door de armen die hem niet aanraken, maar hem wel kunnen opvangen. Hij verlangt naar de toevlucht in de haar omhelzing, en benadrukt op die manier zijn behoefte aan haar. Tegelijkertijd bewijst hij

haar dat hij zonder haar kan lopen, want hij loopt zelfstandig (Sroefe, 1979 in Hill, 2015, p. 212).

Er worden geen woorden uitgewisseld – ze zouden alleen maar verstoren (Hill, 2015).

Het bovengenoemde proces kan gelinkt worden aan het therapeutisch proces van de cliënt waarbij de eerste stapjes dienen als metafoor voor het leerproces naar een betere affectregulatie en emotionele weerbaarheid. De therapeut neemt in dit verhaal de rol van de moeder op zich, waarbij het reguleren van de affecten voor de cliënt en het stimuleren van zelfregulatie centraal staat.

MENTALISERENDE HOUDING

Een mentaliserende houding is een onderzoekende, nieuwsgierige en speelse houding, waarbij de therapeut constant bezig is met de mentale toestand van de cliënt en vanuit zichzelf probeert te verklaren wat er gebeurt (Meer, Bales, & Beek, 2009; Verfaillie, 2011). De therapeut is dus actief de cliënt aan het mentaliseren, in de hoop dat deze dit overneemt. Verder is de therapeut geïnteresseerd in de gevoelstoestanden, stemt zich af op het tempo en focust zich op het begrijpen en valideren van het perspectief van de cliënt, waarna ze uiteindelijk probeert een alternatief gezichtspunt te bieden (Verfaillie, 2011). Doormiddel van een 'onwetende' houding probeert de therapeut de cliënt te begrijpen (Meer, Bales, & Beek, 2009).

3.3DEELVRAAG 3: WELKE WERKZAME ASPECTEN IN DE THERAPEUTISCHE HOUDING BENOEMEN DE VAKTHERAPEUTEN ALS KENMERKEND BINNEN DEZE FASE?

De resultaten voor deze deelvraag zijn verzameld aan de hand van vier semigestructureerde interviews, waarbij gekozen is onder andere een tweedeling te maken tussen de algemene houding en de therapeutische houding in de affectregulatiefase. Hier is voor gekozen om het onderscheid nog duidelijker neer te zetten. De resultaten zijn daarom ook op deze manier omschreven.

De overeenkomstige begrippen (kernlabels) die tijdens de analyse naar voren zijn gekomen staan weergegeven in de tabellen voorafgaande aan de beschreven resultaten. Tabel 1.2 bedraagt de werkzame aspecten van de therapeutische houding in het algemeen. In tabel 1.3 staan de werkzame aspecten van de therapeutische houding in de affectregulatiefase weergegeven. Tijdens de analyse is de hoofcategorie 'gemarkeerde spiegeling' onder gebracht bij de therapeutische houding binnen de affectregulatiefase, omdat deze specifiek betrekking heeft op het therapeutisch handelen binnen deze fase. De 'niet weten' houding is een hoofcategorie gebleven, omdat deze niet is onder te brengen in één van de andere categorieën. De kernlabels hiervan zijn weergegeven in tabel 1.4.

ALGEMENE THERAPEUTISCHE HOUDING

Kernlabels	Samenhangende Kernlabels	Therapeut
Afstemmen en aansluiten		A, B, C & D
	Hier-en-nu situatie	A, B, & C
	Behoeften v.d. cliënt	A & D
	Tempo v.d. cliënt	C & D
Bevestiging geven aan de cliënt		A & C
Improviseren		A, B & D
Sensopathische beleving bevorderen		A & D
Spanningverlagend		B, C & D
Samen ontdekken		A, C & D
De cliënt stimuleren zelf sturing te geven		A & D
Transparantie		B & D
Veiligheid bevorderen en behouden		A, B & D
	Begrenzen	B & D
	Voorspelbaarheid creëren en behouden	B & D
	Structuur en rituelen inbrengen en aanhouden	B & D

Tabel 1.2 Kernlabels algemene therapeutische houding

Een belangrijk aspect van de therapeutische houding binnen de ArVT is het afstemmen en aansluiten. Therapeut C. geeft aan dat door af te stemmen en aan te sluiten de cliënt zich bevestigd en geaccepteerd voelt. Tevens benoemt ze het als fundamenteel, omdat je aan de hand hiervan pas kan inschatten wat je gaat inzetten en kan aanvoelen wat het effect ervan is op de cliënt.

De therapeut stemt af op allerlei verschillende aspecten – de volgende begrippen zijn door twee of meer therapeuten benoemt – zoals de hier-en-nu situatie, op het tempo van de

cliënt en op de behoeftes die aanwezig zijn. De therapeut stemt af om overvraging te voorkomen, veiligheid te creëren, te bewaken en te behouden en om mismatch te voorkomen. Therapeut B. stelt het volgende: “Door zo af te stemmen en aan te sluiten bij het kind ontstaat er een sfeer en een vertrouwen, waarin het kind meer in contact raakt met die onderliggende affecten. En waarin het kind ook gewoon voelt, weet dat mag en der nieuwsgierig naar is”. Het kan dus opgevat worden als een belangrijke voorwaarde om bij de onderliggende affecten te komen. Meerdere geïnterviewden benoemen dan ook dat het creëren en behouden van veiligheid een belangrijk aspect is. Therapeut D. benoemt: “Therapie is ook werken aan veiligheid”. Een transparante houding, begrenzing, bevestiging, voorspelbaarheid en het inzetten van structuur en rituelen vormen hierbij belangrijke factoren.

Therapeut B. zegt hier het volgende over:

“Je probeert een kind zich veilig te laten voelen in het begin van de therapie en dat neem je mee door de therapie heen. En blijft dat ook ons speciale dingetje of zo doen wij dat. Dat is je basis van de therapie, hè? Het is het is je voorspelbaarheid en de veiligheid die je samen creëert”.

Een ander belangrijk aspect is de therapeut die spanningsverlagend werkt. Gedurende het gehele therapieproces werkt de therapeut samen met de cliënt aan het verlagen van spanning, waardoor er een variatie ontstaat in het toepassen van verschillende aspecten uit verschillende fasen. Het gaat heen en weer. In eerste instantie reguleert de therapeut spanningen bij de cliënt door bijvoorbeeld met de cliënt mee te gaan of door co-regulatie toe te passen, wat inhoudt dat de therapeut de spanningen voor de cliënt reguleert. Gaandeweg het proces neemt de therapeut steeds meer een ondersteunende rol in, waarbij het de bedoeling is dat de cliënt de spanningen steeds meer zelf gaat reguleren. Twee van de vier therapeuten geven dan ook aan dat er pas gewerkt kan worden aan doelen en ontwikkeling, wanneer de cliënt ontspannen in therapie kan zijn.

“De improviserende houding, improviseren vanuit deskundigheid. Het is net zo improviseren in de jazz eh, je, je moet weten eh, je weet uit ervaring dat als ik dat akkoord nu speel dan klopt het. En het is niet zomaar wat op die toeter blazen eh, nee. Maar je weet niet van te voren welk akkoord je gaat spelen”

Het bovengenoemde citaat is van therapeut D., doormiddel van dit citaat wil zij aanduiden wat er verstaan wordt onder een improviserende houding. Dit is namelijk een houding waarbij de therapeut inspeelt op wat zich aandient en bewuste interventies en werkvormen inzet om het welzijn van de cliënt te bevorderen, de verdieping te vinden en bij te sturen in het proces. De bovengenoemde factoren – afstemmen, aansluiten en spanning verlagen – lijken een onderdeel van deze houding, waardoor ze allen met elkaar verbonden zijn.

Van de vier therapeuten geven twee therapeuten aan dat zij gedurende het proces de sensopathische beleving bij de cliënt blijven prikkelen, waarbij het bijvoorbeeld in de eerste fase van de affectregulatie heel erg gaat over; wat voelt fijn en wat niet. Therapeut D. geeft aan: “Helemaal terug naar hoe je als baby'tje de wereld gaat ontdekken. Ik voel iets, is dit oké, is dit pluis, of is dit niet pluis”. Waarna je dit volgens steeds meer gaat uitbreiden. De therapeut en cliënt doen dit door samen op een metaforische “ontdekkingsreis” te gaan, waarin ze samen de spanningen en affecten onderzoeken en de therapeut de cliënt aanstuurt uiteindelijk zelf te sturen.

THERAPEUTISCHE HOUDING AFFECTREGULATIEFASE

Kernlabels	Samenhangende Kernlabels	Therapeut
Aanwezig ondanks afstand		B & C
Actie-reactie stimuleren		A, B, C & D
Begeleiden en onderzoeken onderliggende affecten		B & C
Benoemen en ingaan op wat er gebeurt		B, C & D
Blijvend valideren, bevestigen en erkennen		B & C
Cliënt ruimte geven voor het 'zelf'		A, B, C & D
Confronteren in afstemming		A & D
De cliënt bevorderen zelf taal te geven		A & B
De cliënt stimuleren op eigen benen te staan		B & D
De cliënt stimuleren vanuit verschillende perspectieven te kijken		A, B & C
Differentiëren		B, C & D
	Ik' en 'de ander'	B, C & D
	Emoties, affecten en niveaus van spanning	B, C & D
Doorvragen naar onderliggende affecten		A, B & D
Eigen vormen en 'ik' stimuleren		B & D
Het onbewuste, bewust maken		B & D
Ik' van de therapeut wordt geïntroduceerd en krijgt meer ruimte		B & D
Mentaliseren bevorderen		A & C
	Gemarkeerde spiegeling	B, C & D
	Gemarkeerd teruggeven	B & C
Ondersteunend		B & D
Oordeelvrij en accepterend		A, C & D
Praten over emoties, affecten en het werk		C & D
Ruimte bieden emoties, gevoelens en affecten te uiten en te reguleren		A, C & D
Terugbrengen in de realiteit		B & D
Transfer naar het dagelijks leven		C & D
Therapeut neemt meer afstand		A & D
Voorwaarden om bij affecten te komen; veiligheid, voorspelbaarheid en vertrouwen behouden		A, B & C

Tabel 1.3 Kernlabels Therapeutische houding affectregulatiefase

De therapeutische houding – zoals hierboven beschreven – wordt doorgezet in de affectregulatiefase, alleen richt de therapeut zich nu meer op het uitdiepen van de affecten gevoelens en gedrag. Eén van de doelen hierbij is om het onbewuste, bewust te maken. Een belangrijk verschil met de eerdere fasen is dat de therapeut doorgaat en doorvraagt op de dingen die eerder, maar vooral ook in de hier-en-situatie naar boven komen. Waar de therapeut de affecten in de eerdere fasen nog voor de cliënt reguleert, zal zij dit in deze fase minder doen. Alle vier de therapeuten geven aan dat het belangrijk is om in deze fase soms een stapje terug te doen, wanneer het voor de cliënt bijvoorbeeld teveel is of wanneer deze niet in staat is zijn spanning, aandacht en/of emoties te reguleren. Doordat de cliënt in de eerdere fasen aan spannings- en aandachtregulatie heeft gewerkt, lijkt het de cliënt overigens

sneller te lukken weer terug te komen in de derde fase. Therapeut C. benoemt dat het van belang is om de cliënt zoveel mogelijk binnen de 'optimal arousal zone' van de 'window of tolerance' te houden, zodat de cliënt in staat is zich zo goed mogelijk te ontwikkelen.

De therapeut begeleidt en helpt de cliënt in het onderzoek naar de onderliggende affecten, waarbij ze differentieert door nuances en gradaties aan te brengen in de verschillende affecten. Dit doet ze in zowel het materiaalgebruik, als in de werkvormen, door impliciete interventies toe te passen en door het gesprek aan te gaan.

Therapeut D. geeft hierbij de volgende voorbeelden:

“En dan met hem samen gaan kijken van hé maar hoe ziet dit gezicht er nou uit? Is dat dan echt blij, of is dat niet.. Die heeft zo nodig nog om te kijken naar je weet wel wat blij is en wat boos is, maar daar zitten ook zo die nuanceverschillen in, wat hoort dan in welk.. Ja bij welk gevoel? Zoals je het dus ook hebt van hard naar zacht in materiaal en dat op een rijtje, dan heb je natuurlijk ook die nuances, hè? Hetzelfde met mengen van kleuren, beetje meer wit erbij of een beetje meer zwart erbij, als je van licht naar donker maakt, ben je ook aan het nuanceren. Hét kan in zoveel dingen.”

Een ander verschil in de houding m.b.t. de fasen voor de affectregulatie is dat de therapeut meer afstand neemt en langer afwacht, waarbij ze soms juist besluit om bewust iets niet in te zetten. Dit houdingsaspect stimuleert de cliënt om op eigen benen te staan, zelf hulp te vragen en erop te vertrouwen dat de ander aanwezig blijft om hem te ondersteunen. Dit biedt de cliënt de ruimte om zelf ontdekkingen te doen, zelf taal te geven en de therapeut uiteindelijk ook meer los te laten.

Therapeut B. geeft hier de volgende woorden aan:

“In deze fase van de therapie, dat ik meer verbaal wordt en dat ik wat meer op afstand ben, maar dat is echt een glijdende schaal, want je ben nog steeds ook heel vaak en zodra het nodig is, ben je ook weer samen en naast. Dus als het heel moeilijk wordt voor een kind. Dan doe je soms allebei zelfs. Dus als je zo'n moeilijk onderwerp bespreekt, als waar we het net over hadden, dan ben je opnieuw weer naast en samen en ben je inlevend, maar vanuit die ingeleeftheid blijf je nog wel de realiteit ernaast zetten. Maar het kind is dan ook zo sterk dat tie dat aan kan.”

De therapeut blijft dus ondanks de afstand aanwezig, aanvoelend en afstemmen op de cliënt. Twee van de vier therapeuten geeft ook aan dat het belangrijk is om de cliënt in dit proces te blijven valideren, erkennen en bevestigen.

“Dat is eigenlijk de houding van eh, je blijft zorgen dat het kind gezien wordt, maar je bevestigt heel erg van wat jij vindt is oké en het is ook oké dat ik iets anders vind of er anders naar kijk [...] Dus je houding is, blijft bevestigend, maar iets meer ook jezelf laten zien en blijven, en het kind daarin een positieve ervaring geven.”

Therapeut C. haalt in het bovengenoemde citaat nog een belangrijk aspect aan, namelijk het differentiëren van het 'ik' van de cliënt en het 'ik' van de therapeut. In de therapeutische houding binnen deze fase begint de therapeut het verschil tussen 'ik' en 'jij' aan te duiden. Waarbij het 'ik' van de therapeut wordt geïntroduceerd en meer ruimte krijgt. Therapeut C. vult nog dat de cliënt moet ervaren: *“Ik kan gewoon mijzelf blijven terwijl iemand anders, over hetzelfde iets anders denkt of voelt, maar ik word wel gezien”*.

Een onderdeel van het bovengenoemde houdingsaspect is het veranderende perspectie, waarmee bedoeld wordt dat de cliënt gestimuleerd wordt te kijken vanuit verschillende invalshoeken. Dit zou ook onder het bevorderen van het mentaliserend vermogen geschaald kunnen worden, alleen zitten hier meerdere aspecten aan en wordt dit apart van het mentaliseren genoemd. Van de vier therapeuten benoemen twee therapeuten dat het mentaliseren bevorderend is als onderdeel van de therapeutische houding binnen deze fase, waarbij drie van de vier spreken van gemarkeerde spiegeling en gemarkeerd teruggeven. Therapeut A. is niet bekend met het begrip gemarkeerde spiegeling, waardoor zij hier niet verder op in kon gaan. Daarnaast valt op dat de therapeuten die het begrip kennen en toepassen moeilijk tot overeenstemming komen over de definitie van dit begrip. Het is mogelijk dat er meerdere aspecten zitten aan dit begrip, waardoor alle omschrijvingen een gedeelte hiervan dekken.

Therapeut B. beschrijft gemarkeerde spiegeling/gemarkeerd teruggeven als volgt:

“Gemarkeerde spiegeling is dat je, euhm.. het kind.. spiegelt, maar met meer een soort meer distantie, waarbij je die markering tussen 'ik' en 'jij' intact laat... Of aanbrengt.”

Therapeut C. beschrijft gemarkeerde spiegeling/gemarkeerd teruggeven als volgt:

“Ik ga even verder vast naar de affectregulatiefase daar is het meer terug geven gemarkeerd. Ik ben er ook, ik doe het zelfde als jij, maar hej, jij doet nu heel snel.. ik vind lekker om het heel langzaam te doen.”

Therapeut D. beschrijft gemarkeerde spiegeling/gemarkeerd teruggeven als volgt:

“Ligt ook heel dicht bij, het eerst voelen, dat ik kan voelen vanuit m'n binnenste van, wat ik zei het begin is het ook nog zo voelen, kan ik jou terug geven, wat ik denk en dan heb je het ook over sensitief therapeutschap. [...] Als ik hem terug kan geven zoals je dat eigenlijk met je baby'tje doet van; Oje, ik voel, ik denk, dat jij, ik denk dat jij buikpijn hebt, want jij hebt honger word, ook etenstijd dan is het een gemarkeerde spiegeling. [...] Ik denk dat het een van de basis voorwaarden is die je houdingsaspect is wat als therapeut doet, dus dat meevoelen en gemarkeerd terug geven. Dus niet alleen te bedenken vanuit wat zie ik, maar ook wat voel ik, wat ervaar ik”

In de affectregulatiefase richt de therapeut zich ook op het stimuleren van wederzijdsheid in de relatie. Therapeut C. geeft hierover het volgende aan: “Je bent ook wel aan het vragen om een reactie, dus je stimuleert ook wel dat die wederkerigheid of die actie-reactie.. meer dan in de andere fase”. De therapeut begint de cliënt uit te dagen, te stimuleren en te prikkelen om nieuwe dingen te proberen, zowel in het contact, als in het materiaal. Uiteindelijk zal de therapeut vanuit afstemming ook gaan confronteren. De therapeut biedt in deze fase tegenspel en stimuleert de cliënt terug te keren naar de realiteit.

Therapeut D. geeft hierbij de volgende beschrijving:

“Ik kan in die derde fase ook wel confronterender zijn.. vanuit het afstemmen. Ik kan daar meer mee spelen en ik kan dan vanuit een veilig kader ook zeggen van, we kunnen hem ook in het hier en nu letterlijk oefenen, maar wat gebeurt er dan, want dan ga ik het jou lastig maken mag dat. Ja, hoe reageer.. [...] Ook een leuke is, wel in het werkstuk en dan ook in het werk meer confronteren, dus ruzie maken met lange

kwasten aan stokken en op jou stuk komen. Wat doen je dan, duw je mij dan aan de kant, durft ze dat wel of hebben ze me heel goed door en moeten ze ook lachen.”

Er ontstaat dus een positieve interactie tussen de therapeut, de cliënt en het materiaal, waarbij de therapeut ook indirect in kan gaan op wat er speelt bij de cliënt.

Een ander belangrijk aspect m.b.t. de therapeutische houding is dat de therapeut ruimte biedt aan het ‘zelf’ van de cliënt. Dit doet ze onder andere door meer afstand te nemen, in de hoop dat de cliënt deze ruimte pakt om zowel zijn positieve, als negatieve gevoelens, emoties en gedrag te uiten en te reguleren. De therapeut vormt hierin een ondersteunde factor, zorgt voor veiligheid en begrenzing indien nodig. Er wordt gepraat over de emoties en affecten, soms via het werk en soms door hierop in te gaan. Een accepterende en oordeelvrije houding is hierbij een hele belangrijke, omdat de therapeut dient voorzichtig om te gaan met de kwetsbaarheden van de cliënt en met hetgeen dat naar boven komt.

Therapeut B. verteld hierover het volgende:

“Nou ja, ik vind het heel belangrijk dat je zelf als therapeut ook echt aanwezig bent. Dat je jezelf bent, dat je niet iets probeert. Dat je der gewoon ook echt bent met het kind, voor het kind. [...] Ik kan ook echt gewoon ontzettend plezier hebben maken met het kind of geërgerd zijn over iets [...] samen met het kind geërgerd. En dan echt heel erg afstemmen op van hoeveel ergernis kan je toelaten of hoeveel irritatie laat het kind zien en daarin mee resoneren. Ja, de nieuwsgierigheid dus, het niet veroordelen [...] En het accepterend, zo van alles waarmee je ook komt is oké. [...] omdat je wil niet dat wat wel naar boven komt terug duwen of kapot slaan, want we hebben ook echt beschadigde kinderen”

Tenslotte is een belangrijk aspect van de therapeutische houding binnen deze fase het onderzoeken en vormgeven gedragsverandering en de transfer naar het dagelijks leven. De therapeut helpt de cliënt te leren zijn gedrag te veranderen. Het is hierbij van belang om de omgeving in dit proces te betrekken, zodat dit ook hier doorgezet kan worden.

‘NIET WETEN’ HOUDING

Kernlabels	Samenhangende kernlabels	Therapeut
Inzet: eind fase 2, ontdekken en in fase 3 uitdiepen		B & C
Samen affecten onderzoeken		A, B, C & D
Stimuleert de cliënt zelf betekenis te geven en uitspaken te doen		C & D

Tabel 1.4 Kernlabels ‘Niet weten’ houding

Over de ‘niet weten’ houding waren de therapeuten los van elkaar het vrij snel eens. De houding van het ‘niet weten’ wordt aan het eind van de aandachtregulatiefase geïntroduceerd en zet zich door in de affectregulatiefase. In eerste instantie richt deze houding zich op het ontdekken van wat de cliënt voelt. De therapeut gaat dit samen met de cliënt verkennen en onderzoeken, waarna in de derde fase dit steeds meer wordt uitgediept. Het doel van dit houdingsaspect is het stimuleren van de cliënt om zelf uitspraken te doen en betekenis te geven aan zijn belevingen, gedachten, gevoelens, emoties en gedragingen.

Therapeut D. zegt het volgende over de 'Niet weten' houding:

“Ik weet het voor mij wel maar of ik weet ook niet wat hij voelt, ik zeg wel eens vaker dat sommige kinderen zeggen van je bent vak- of beeldend therapeut, jij weet toch wat ik teken en wat dat betekend. Nee, dat weet ik niet. Natuurlijk zijn er mensen die zeggen de zon is geel, de zon staat voor warmte en gezelligheid. Misschien heb jij wel hele erge hekel aan de zon, want je bent je pas verbrand en heeft de zon voor jou een hele andere betekenis [...] Dus laten we samen maar opzoek gaan, maar dat zit ook in de dingen voelen. Ik weet niet of jij der van houdt, want ik weet niet waar je vandaan komt om je handen in de klei te zetten of eh, weetje, dat stukje is natuurlijk veel groter, dat is nog veel meer. Het geeft me ook de kans om zo'n jongetje te laten vertellen, hoe hij der overdenkt.”

4. DISCUSSIE

De onderzoeker heeft de validiteit gecreëerd en gewaarborgd door in te spelen op het veranderend proces en hier bewust bij stil te staan. Zo is er bijvoorbeeld in overleg besloten om te coderen met startlijst om de kern uit de interviews te halen en in de resultaten de aspecten mee te nemen die twee of meer keer genoemd zijn. Verder is de betrouwbaarheid en validiteit behouden door zorgvuldigheid; het opnemen van de interviews, door te transcriberen, codebomen te gebruiken, door vooraf kijkpunten en topics vast te stellen, verschillende bronnen te gebruiken en zoektermen te verdiepen, beperken en verkleinen.

INTERVIEWS

De interviews duurden 60-90 minuten achteraf gezien was dit te lang, aangezien de concentratieboog bij de meeste mensen zo rond de driekwartier ligt (Universiteit Leiden, 2011). Dit zorgde voor veel herhaling, uitweiding en verschuivingen in de benamingen en definities, waardoor de kans op ruis in het analyseproces werd vergroot. Daarnaast zijn de interviews in semigestructureerde variant afgenomen, waarbij verbredende, verdiepende en definiërende vragen met elkaar werden afgewisseld. Dit kostte veel denkenergie en zorgde voor lange beschrijvingen. De vooraf gekozen formele variant bleek in de praktijk moeilijk hanteerbaar. De bovengenoemde factoren bemoeilijken het codeerproces. Door te coderen met startlijst heeft de onderzoeker geprobeerd om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten en structuur terug te brengen.

De interventiebeschrijving en het literatuuronderzoek omschrijven de affectregulatiefase als voorloper in de ontwikkeling van het mentaliseren. De vaktherapeuten beamen dat ze dit inzetten, alleen kon er geen overeenstemming gevonden worden in de definitie van het begrip en de 'gemarkeerde spiegeling'. Dit kan te maken hebben met dat het begrip nog niet eigen is gemaakt, onduidelijk of niet voldoende bekend is. De onderzoeker twijfelde hierdoor om het mee te nemen in het onderzoek, maar heeft dit wel gedaan omdat het in de interventiebeschrijving wel duidelijk naar voren wordt gebracht.

LITERATUURONDERZOEK

Een discussiepunt in het literatuuronderzoek is dat veel van de gevonden bronnen gericht zijn op psychotherapie (met volwassenen) en hechting i.p.v. met kinderen, affectregulatie en vaktherapie. Dit heeft te maken gehad met het ontbreken van bronnen gericht op het werken met affectregulatie bij kinderen, moeilijker was het gebrek aan bronnen bij affectregulatie bij vaktherapie en de therapeutische houding. De limited reparenting houding bijvoorbeeld is een verschijnsel uit de schematherapie. Er is voor gekozen om deze benaming wel te gebruiken, omdat het in de basis overeenkomt met wat bijvoorbeeld Hill (2015) beschrijft. Verder bleek al vrij snel dat de scheidingslijn tussen de therapeutische houding, -relaties en interventies erg dun was, hierdoor richt de literatuurstudie zich niet alleen op de houding, maar ook op de aspecten die ermee verbonden zijn. In de literatuurstudie is voornamelijk gebruik gemaakt van boeken en digitale bronnen, het onderdeel (wetenschappelijke-) artikelen is hierdoor onderbelicht gebleven. Voor de validiteit en betrouwbaarheid was het wenselijk geweest om ook artikelen te gebruiken, omdat deze de meest recente bronnen bevatten en een extra perspectief bieden. Om de validiteit te vergroten

is de onderzoeker op zoek gegaan naar de overeenkomsten in de gebruikte/gevonden bronnen en heeft zo de beschrijving tot geheel gebracht.

TRIANGULATIE, VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID

Wat opvalt in de resultaten van deelvraag 1 en deelvraag 3 is dat er veel overeenkomsten zijn in de genoemde aspecten, waardoor herhaling ontstaat. Dit heeft ermee te maken dat hetgeen, dat in de therapeutische houding en affectregulatiefase wordt ingezet, in verband staat met elkaar. De handelingen van de therapeut staan altijd in verband met de te behalen doelen, aangezien de doelstelling richtinggevend zijn voor de te plegen/gepleegde interventies (Meer, Schweizer, & Bruyn, 2009).

Één therapeut vormt geen onderdeel van de schrijfgroep, waardoor deze tijdens analyseproces in sommige aspecten wegviel, aangezien zij de methode bij één cliënt bewust heeft in gezet, hieraan refereerde en andere behoeftes kenbaar maakte. Opvallend is dat maar twee van de vier vaktherapeuten benoemen dat de therapeutische houding een afspiegeling is van verschillende aspecten uit de ouder-kindrelatie, waarbij het niet specifiek aan de therapeutische houding wordt gehangen. Tevens wordt dit niet als zodanig beschreven in de interventiebeschrijving bij hechtingsproblematiek. Overigens wordt het in de vakliteratuur meerdere keren benoemd, en op verschillende manieren beschreven: het opbouwen van een 'nieuwe' gehechtheidsrelatie (Wallin, 2007), de 'good enough' parent (Winnicott, 1965, 1971) en de 'limited reparenting' houding (Claassen, & Pol, 2015; Meer; Günter, & Blokland-Vos, 2009). Daniel Hill (2015) sluit zich hierbij aan m.b.t. zijn omschrijving van de therapeutische houding bij affectregulatie. Dit betekent dat dit vanuit de literatuur een belangrijk aspect bedraagt, maar dat het in de praktijk nog niet afdoende uit de verf is gekomen.

Een ander discussiepunt m.b.t. de validiteit en betrouwbaarheid is het wegvallen van de observaties. De onderzoeker heeft hier in overleg voor gekozen i.v.m. met het tijdsbestek en de vraagtekens die ontstonden rondom de betrouwbaarheid en validiteit van het materiaal. Er is geprobeerd om de triangulatie te behouden door meer gebruik te maken van de documenten van het kennisnetwerk – interventiebeschrijving en handleiding - overigens viel de handleiding halverwege weg i.v.m. de verouderde informatie die erin stond. Een extra perspectief zou toegevoegd kunnen worden door in een vervolgonderzoek de aspecten alsnog te toetsen, door het gebruik van observaties of een vragenlijst onder alle leden van het kennisnetwerk.

5. CONCLUSIE

HOOFDVRAAG:

‘Wat zijn de werkzame aspecten van de therapeutische houding in de affectregulatiefase van de affectregulerende vaktherapie bij het werken met kinderen in de leeftijd van 7 t/m 12 jaar met gedrags- of emotionele problemen en hechtingsproblematiek?’

Basishouding

Aan de hand van de resultaten en discussie kunnen de volgende conclusies over de *werkzame aspecten van basishouding* gesteld worden:

De basishouding van de therapeut binnen affectregulerende vaktherapie wordt gekenmerkt door *afstemming en aansluiten*, het *creëren en behouden van spanningsregulatie en veiligheid* en het geven van *herhaaldelijke erkenning*. Dit bedragen de werkzame aspecten van de basishouding. Afstemming zorgt voor veiligheid en wordt door de therapeut ingezet door mee te bewegen en aan te sluiten op de *hier-en-nu situatie, het (emotioneel) niveau, het tempo en de behoeften van de cliënt*. Erkenning geeft de cliënt de ruimte om zichzelf te gaan ontdekken, zijn gedrag wordt hierbij gespiegeld, zonder veroordeling, bespreekbaar gemaakt (Lieshout, 2009). Deze combinatie van aspecten zorgt voor een veilige basis waarin de cliënt zich gezien voelt, vertrouwen kan hebben en de ruimte voelt voor exploratie en ontwikkeling. Het verlagen van de spanning zorgt ervoor dat de cliënt optimaal kan functioneren, groeien en bewegen. In het begin van de therapie *reguleert* de therapeut *de affecten en spanningen* voor de cliënt, later *stimuleert* ze de cliënt *om dit steeds meer zelf te doen*. De bovengenoemde factoren zorgen ervoor dat de therapeutische houding gezien kan worden als *improviserend*, omdat de therapeut inspeelt op wat zich aandient en nodig is, waarbij de therapeut er soms ook voor kiest om met de cliënt *een stapje terug* te doen. De basishouding wordt in alle fasen doorgezet en is fundamenteel.

Therapeutische houding affectregulatiefase

De werkzame aspecten van de therapeutische houding in de affectregulatiefase bedragen:

In de affectregulatiefase ligt de nadruk op het *onderzoeken, verbreden, verdiepen en doorwerken van de affecten*, waarbij de therapeut de afstemming tussen de emoties, gedrag en affecten probeert te stimuleren. Door de inzet van de *‘niet weten’ houding* doet de therapeut beroep op het zelf verwoorden en betekenis toekennen aan het eigen verhaal, thema's en affecten. De therapeut neemt hierbij een nieuwsgierige en onderzoekende houding in.

Het *differentiëren van affecten en ‘ik en de ander’* vormt een belangrijk aspect van de therapeutische houding in deze fase, waarbij de therapeut zich richt op het aanbrengen van *nuances in emoties, affecten en niveaus van spanning*, en het *aanduiden van de verschillen en overeenkomsten* tussen de cliënt en de ander (therapeut). De cliënt wordt gestimuleerd om te kijken vanuit *verschillende perspectieven* en leert dat het zichzelf kan blijven ondanks dat de ander iets anders vindt, denkt, doet of voelt. Er ontstaat meer *wederzijdsheid in de relatie*, waarbij de therapeut niet meer alleen in dienst staat van de cliënt en meebeweegt, maar ook kan gaan *uitdagen, confronteren en prikkelen*. De therapeut neemt meer ruimte in en introduceert haar eigen ‘ik’.

De therapeut neemt *meer afstand en laat een meer afwachtende houding* zien, waarbij ze nu een meer *ondersteunende rol* op zich neemt. Dit stimuleert de cliënt op eigen benen te staan en bevordert de zelfredzaamheid. Tevens zorgt het ervoor dat de cliënt de ruimte krijgt om te leren eigen affecten te uiten en reguleren. De therapeut *begeleidt de cliënt in het onderzoeken* van eigen affecten, waarna ze in een later stadium hierop *doorgaat en doorvraagt*. Hierdoor ontstaat er ruimte om emoties en affecten te uiten, bespreekbaar te maken en wordt er een stuk bewustzijn gecreëerd. *Een oordeelvrije en accepterende houding* is hierbij van belang, omdat verschillende onderliggende affecten in deze fase naar voren komen.

De therapeut begint in deze fase tevens de transfer naar de dagelijkse situatie te maken, waarbij ze *hulpbronnen inzet* en met de cliënt *op zoek gaat naar wat helpend* is m.b.t. het reguleren van zijn affecten. Dit ook zodat het proces in het dagelijks leven door (pleeg-)ouders en/of verzorgers kan worden doorgezet (transfer). De laatste stap in het proces van affectregulatie is het bevorderen van het *mentaliserend vermogen*, waarbij de therapeut onder andere *gemarkeerde spiegeling* inzet. Dit houdt in dat de therapeut niet alleen vanuit het cognitieve, maar ook vanuit het gevoel een (gemarkeerde) reactie geeft op de cliënt. Dit gebeurt zoals met alle bovengenoemde aspecten zowel non-verbaal (medium/houding), als verbaal (bespreken/benoemen).

Doorwerken van hechting en affectregulatie

“De rol van de therapeut is vergelijkbaar met die van een moeder die haar kind een veilige basis verschaft van waar uit het kind zijn omgeving kan exploreren” (Bowlby, 1988 in Wallin, 2007)

Wat ook gesteld kan worden is dat het proces van de cliënt binnen de affectregulerende vaktherapie een afspiegeling is van de ontwikkeling in de affectregulatie en hechting in de ouder-kind relatie. De therapeut neemt hierbij binnen de grenzen van de therapieomgeving de rol van de ouder op zich, en stimuleert het hechtingsgedrag bij het kind en zijn omgeving.

RELEVANTIE BEROEPSPRAKTIJK

De conclusie vormt een antwoord op de hoofdvraag, waarmee tegemoet is gekomen aan de behoefte voor verder onderzoek naar de werkzame elementen van de ‘wasstraat’. Dit onderzoek bevat overeenkomsten met de interventiebeschrijving, maar kan voornamelijk worden opgevat als een aanvulling en een verdere omschrijving van de therapeutische houding in de affectregulatiefase. Tevens draagt het bij aan de onderbouwing en het ‘evidence based’ maken van de methode, aangezien de praktijkervaring en de literatuur in dit onderzoek in elkaar verweven en samengekomen zijn.

Eind juni '16 wordt dit onderzoek gepresenteerd aan het kennisnetwerk en de toekomstige studenten die gaan bijdragen aan vervolgonderzoek. De brug tussen dit onderzoek en vervolgonderzoek wordt hierdoor verkleind en de aanbevelingen kunnen makkelijker overgepakt worden. Dit vergroot de effectiviteit voor de onderzoeken in de toekomst en het ‘evidence based’ maken van de methode.

6. AANBEVELINGEN

De volgende aanbevelingen zijn geformuleerd aan de hand van de uitkomsten en inzichten die zijn opgedaan tijdens dit onderzoek, maar nog onbelicht zijn gebleven;

- Het uitvoeren van observaties en vragenlijsten m.b.t. de werkzame aspecten van de therapeutische houding in de affectregulatiefase, aangezien dit zeker kan bijdragen aan het versterken van de verantwoording en het beeld van Affectregulerende Vaktherapie. Tevens kunnen hierdoor de aspecten die nu onderbelicht zijn gebleven, verder onderzocht worden;
- Het Expressieve therapies continuüm (ETC) naast de interventie leggen en kijken hoe deze kan bijdragen aan de verantwoording van de methode ArVT. Deze aanbeveling komt voort uit de huidige ontwikkelingen binnen het vakgebied, een gevonden artikel over affectregulatie en het ETC, en de link die één van de vaktherapeuten maakte tijdens het interview;
- De (therapeutische houding) affectregulatiefase verder onderzoeken, maar dan gericht op de leeftijd 12-18 jaar;
- De affectregulatiefase zou vanuit de literatuur nog meer onderbouwt kunnen worden en dan met name gericht op vaktherapie;
- Bekijken hoe de burg tussen de leden van de schrijfgroep en het kennisnetwerk verkleind kan worden, zodat ook de leden van het kennisnetwerk beter op de hoogte zijn van de veranderingen, vorderingen en de methodiek;
- Onderzoeken hoe traumaverwerking een plek krijgt binnen de affectregulerende vaktherapie en hoe de methode in combinatie met andere therapievormen kan worden ingezet;
- De inzet van het medium in de affectregulatie kan onderzocht worden, zodat beide werkzame elementen samen gebracht kunnen worden in één beschrijving. Nu is voornamelijk de therapeutische houding binnen deze fase eruit gelicht, terwijl het een samenspel van beide kanten is.

7. REFERENTIELIJST

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden T. van der, & Goede, M. de (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzoeken en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3^{de} druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bales, D., Beek, N. van, & Bateman, A. (2009). Hoofdstuk 15 Mentalization-Based Treatment voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. In *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 265-287). Bohn Stafleu van Loghum.
- Brenzinka, V. (2002). Effectonderzoek naar preventieprogramma's voor kinderen met gedragsproblemen. *Kind en adolescent*, 23, 1-13. doi:10.1007/BF03060827
- Claassen, A.M., & Pol, S. (red.). (2015). *Schematherapie en de gezonde volwassene: positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Deth, R. van (2014). *Psychotherapie: van theorie tot praktijk* (3^{de} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Didden, R. (red.). (2006). *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperkingen*. Houten: Stafleu van Loghum.
- Donk, C. van der, & Lanen, B. van (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2^{de} druk). Bussum: Coutinho.
- Donk, C. van der, & Lanen, B. van (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Ende, W. van der (2014). *Affect reguleren in vaktherapie*. Concept Handleiding Affect Regulerende Vaktherapie. Onbekend: Auteur.
- Ende, W. van der, & Vlught, S. van der (z.d.). *Affectregulerende vaktherapie: projectplan*. Geraadpleegd op 9 februari 2016, van <http://www.affectregulerendevaktherapie.nl/project-plan/>
- Ende, W. van der., Vlught, S. van der., Nieuwenhuis, L., & Tel-Vos, P. (2015) *Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Conceptversie interventiebeschrijving. Onbekend: Auteur.
- Ende, W. van der., Vlught, S. van der., Nieuwenhuis, L., & Tel-Vos, P. (2016) *Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Interventiebeschrijving. Onbekend: Auteur.
- Emmelkamp, P.M.G., & Vedel, E. (2010). Psychologische behandelingen: effectiviteit en gemeenschappelijke factoren. *Directieve therapie*, 30(2), 113-126.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2015, 2 november). *Vaktherapie valt voorlopig onder verzekerde geneeskundige ggz*. Geraadpleegd op 9 februari 2016, van <http://fvb.vaktherapie.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=1137770496>

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.). *FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie*.

Geraadpleegd op 18 februari 2016, van

<http://www.fvb.vaktherapie.nl/themas/thema's/dossier?dossierid=1154777088&title=FVB+Kennisnetwerk+Affectregulerende+vaktherapie#algemeen-tab>

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.). *Commissies*. Geraadpleegd op 26 februari 2016, van:

http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/voor_vaktherapeuten/commissies

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.). *Commissie Product en Module Ontwikkeling*.

Geraadpleegd op 4 mei 2016, van

<http://fvb.vaktherapie.nl/524328/Dossier?dossierid=3473414&title=Commissie+Product+en+Module+Ontwikkeling#algemeen-tab>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2005). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other.

Günther, G., Blokland-Vos, J., Mook, C. van, & Molenaar, J.P. (2009). Vaktherapie binnen klinische schematherapie (pp. 99-130). In *Handboek Klinische Schematherapie*. Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A.M. (2009)

Hagen, H. (2014). De GGZ op z'n kop: wat betekent dit voor EMDR-therapeuten en wat kan de vereniging EMDR Nederland doen? *Psychopraktijk*, 6(4), 26-28.

Hassink-Franke, L., Oud, M., & Beeres, M. (2015). Gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Huisarts & wetenschap*, 58(7), 378-381.

Hill, D. (2015). *Affectregulation theory: A Clinical Model*. New York/London: W.W. Norton & Company.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (2015). *Affectregulerende Vaktherapie*. Formulier

Projectvoorstel Onderzoek en Innovatie Studenten Creatieve Therapie Opleiding (CTO). Gedownload

op 4 januari 2016, van [https://online.han.nl/sites/8-ISS-CTO-](https://online.han.nl/sites/8-ISS-CTO-80726/voltijd/hoofdfase3/Lists/Aankondigingen%20Onderzoeksprojecten/DispForm.aspx?ID=82&Source=https%3A%2F%2Fonline%2Ehan%2Enl%2Fsites%2F8-iss-cto-80726%2Fvoltijd%2Fhoofdfase3%2Fonderzoeksprojecten%2Easpx)

[80726/voltijd/hoofdfase3/Lists/Aankondigingen%20Onderzoeksprojecten/DispForm.aspx?ID=82&Source=https%3A%2F%2Fonline%2Ehan%2Enl%2Fsites%2F8-iss-cto-](https://online.han.nl/sites/8-ISS-CTO-80726/voltijd/hoofdfase3/Lists/Aankondigingen%20Onderzoeksprojecten/DispForm.aspx?ID=82&Source=https%3A%2F%2Fonline%2Ehan%2Enl%2Fsites%2F8-iss-cto-80726%2Fvoltijd%2Fhoofdfase3%2Fonderzoeksprojecten%2Easpx)

[80726%2Fvoltijd%2Fhoofdfase3%2Fonderzoeksprojecten%2Easpx](https://online.han.nl/sites/8-ISS-CTO-80726/voltijd/hoofdfase3/Lists/Aankondigingen%20Onderzoeksprojecten/DispForm.aspx)

IJzendoorn, R. van, & Bakermans-Kranenburg, M. (2010). *Gehechtheid en trauma: Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.

Lieshout, T. van (2009). Hechtingsstoornissen (pp. 153-183). In *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen* (2^{de} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Malchiodi, C.A., & Crenshaw, D.A. (2014). *Creative Arts and Play Therapy for Attachment Problems*. New York: The Guilford Press.

Mervielde, I., Clercq, B. de, Fruyt, F. de, & Leeuwen K. van. (2005). Temperament, personality and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 171-201.

- Migchelbrink, F. (2007) *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werk* (2^{de} druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werk* (3^{de} druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (z.d.). *Richtlijn: JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Geraadpleegd op 24 februari 2016, van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=16&rlpag=724>
- Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). *Effectiviteit van jeugdinterventies, databanken en overzichten*. Geraadpleegd op 9 februari 2016, van <http://www.nji.nl/Databanken-en-overzichten>
- Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). *Hechting en hechtingsproblemen*. Geraadpleegd op 24 februari 2016, van <http://www.nji.nl/Hechting-en-hechtingsproblemen-Probleemschets-Definitie>
- Rexwinkel, M.J. (2005). Villa Kakelbond: het belang van de vroege ouder-babyrelatie voor affectieve regulatieprocessen. In Schmeets, M.G.J., & Verheugt-Pleiter, J.E. (red.), *Affectregulatie bij kinderen: een psychoanalytische benadering* (pp. 5-21).
- Rijksoverheid (z.d.). *Welke jeugdhulp (jeugdzorg) is er voor mijn kind beschikbaar?* Geraadpleegd op 9 februari 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/inhoud/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Schmeets, M.G.J., & Verheugt-Pleiter, J.E. (red.). (2005). *Affectregulatie bij kinderen: een psychoanalytische benadering*. Assen: Van Gorcum.
- Schore, A.N. (2011). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Slijper, F.M.E. (2005). Koning, Keizer, Admiraal: Het belang van vaders voor affectregulatie bij een jongen met een narcistische ontwikkelingsstoornis. In Schmeets, M.G.J., & Verheugt-Pleiter, J.E. (red.), *Affectregulatie bij kinderen: een psychoanalytische benadering* (pp. 22-36).
- Smeijsters, H. (red.). (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie* (3^{de} druk). Bussum: Coutinho.
- Schweizer, C., Bruyn, J., de, Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Uit de verf: Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Universiteit Leiden (2011). *10 concentratietips voor studenten*. Geraadpleegd op 23 mei 2016, van <http://www.studietips.leidenuniv.nl/concendo.html>
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in de beeldende vaktherapie: met casuïstiek van Gizella Smet en Wijntje van der Ende*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets, M.G.J., & Zevalkink, J. (red.). (2010). *Mentaliseren in de kindertherapie: leidraad voor de praktijk* (2^{de} druk). Assen: Van Gorcum.

Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapie*. New York: The Guilford Press.

Zorginstituut Nederland (z.d.). *Organisatie*. Geraadpleegd op 1 maart 2016, van

<https://www.zorginstituutnederland.nl/organisatie>

Zorginstituut Nederland (30 januari 2015). *Zorginstituut actualiseert beoordelingskader 'stand wetenschap en praktijk'*. Geraadpleegd op 1 maart 2016, van

<https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/zorginstituut-actualiseert-beoordelingskader-%E2%80%98stand-wetenschap-en-praktijk%E2%80%99.html>

8. BIJLAGEN

8.1 DRAAIBOEK INTERVIEWS

Draaiboek interviews:

Opname starten met: Dit interview vindt plaats op het is op dit moment uur. We zijn bij (*instelling*) in (*plaats*). Bij dit interview zijn aanwezig (*de geïnterviewde*) en Jennifer van Alen (*interviewer*). gaat u akkoord dat dit interview opgenomen, getranscribeerd en gebruik gaat worden voor het onderzoek, waarbij uw naam geanonimiseerd zal worden: Ja of Nee?

Affectregulerende vaktherapie, de therapeutische houding en de affectregulatiefase.

Deze topiclijst is geformuleerd als leidraad voor de semigestructureerde interviews die worden afgenomen voor het onderzoek, en dragen bij aan een antwoord op de volgende vraag:

‘Wat zijn de werkzame aspecten met betrekking tot de therapeutische houding binnen de affectregulatiefase van de affectregulerende vaktherapie, bij kinderen in de leeftijd van 7 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen en hechtingsproblematiek?’

Het is dus van belang **dat de focus in de interviews uitgaat naar de therapeutische houding, en de aspecten die hierbij horen binnen de affectregulatiefase**. Hierbij zal er gevraagd worden naar concrete voorbeelden, om zo een nog duidelijker beeld te scheppen. Daarnaast zal er extra aandacht besteed worden aan de definiëring van de gebruikte begrippen door zowel het kennisnetwerk als de geïnterviewde, zodat hier meer overeenstemming in kan ontstaan.

Het interview gaat vrij algemeen van start, waarna de vragen zich steeds meer toespitsen op het onderwerp.

Belangrijke definities van gebruikte begrippen;

Hechting;

Gehechtheid is de emotionele band tussen het kind en zijn beschermende opvoeder (ouder). Kinderen met hechtingsproblematiek hebben vaak moeite met het hanteren van emoties en gedrag. Dit lijkt verband te houden met de manier waarop ze in de vroege kind-ouderrelatie geleerd hebben om, om te gaan met regulatie van spanning en gevoelens (Meurs, 2008, in Meer, Ende, & Vlugt, 2015).

Gedrags- en emotionele problemen;

Vaak spreken we van gedragsproblemen, ook wel externaliserende problemen genoemd, wanneer het gedrag van het kind door de omgeving als storend of verontrustend wordt ervaren. Voorbeelden hiervan kunnen zijn; zelfverwonding, hyperactiviteit, opstandig/oppositioneel, vernielend en agressief gedrag, sociaal onaangepast en (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, stelen en misbruik van alcohol en drugs (Brezinka, 2002; Didden, 2006; Hassink-Franke, & Oud, 2015).

Emotionele problemen of terwijl internaliserende problemen, worden gekenmerkt door overgecontroleerd, teruggetrokken en geremd gedrag. Klachten als angst, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten komen hier ook in voor (Meer, Mervielde, & Clercq, 2001; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.d.).

Reconstructieve werkwijze;

De reconstructieve werkwijze is gericht op het doorwerken van problemen. Het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten staat centraal, die vaak terug te voren zijn tot de kinderjaren (Smeijsters, 2008).

Gemarkeerde spiegeling

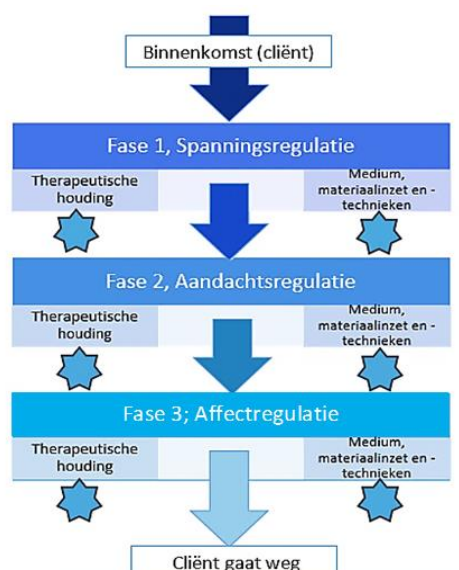
Spiegeling waarvan duidelijk is dat het niet de expressie van eigen gevoelens van de ander is, maar een reactie van de ander, die in een aangepaste vorm, teruggeeft wat de cliënt ervaart (Verfaillie, 2011).

Therapeutische houding Kennisnetwerk (affectregulatiefase);

De derde fase bestaat uit meerdere stappen. Het kind gaat herkennen wat het voelt in het beeldend werken, en wordt letterlijk erkend in wat het op dat moment beleeft. Het kind gaat daarbij verschillende gradaties van spanning, gevoelens (affecten) en emoties onderscheiden, intentioneel betekenis geven en wisselt hierover in toenemende mate uit (verbaal en non-verbaal). Het kind wordt gestimuleerd om te verwoorden en vanuit andermans perspectief te kijken. Positieve wederkerige interacties nemen toe, zoals initiatief nemen en uitnodigen. Samenwerken gaat meer vanzelf.

De therapeut is gericht op het expliciet maken van verschillen tussen “ik en de ander”. De vaktherapeut maakt bij de activiteiten duidelijk dat zij hetzelfde anders kan beleven dan het kind en dat het kind het anders kan beleven dan de therapeut. Dit gebeurt door *gemarkeerde spiegeling*. Daarbij gaat het om spiegeling waarvan duidelijk is dat het niet de expressie van eigen gevoelens van het kind is maar een reactie van de vaktherapeut, dit in aangepaste vorm terug geeft wat het kind ervaart (Verfaillie, 2011).

Wasstraat;



Topiclijst voor de interviews

Indien het mogelijk is en/of tijd over is beeldend werk van deze fase bekijken.

Topic:	Vragen:	Inleiding/-praatje
1. Affectregulerende vaktherapie	1.1 Wat is de setting waarin u werkt (eigen praktijk, kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdhulpverlening, etc.)? 1.2 Hoelang werkt u al met de Affectregulerende vaktherapie methode? 1.3 Kunt u eens zo kort en concreet mogelijk omschrijven hoe u deze methode inzet binnen uw therapieën? (bijv. hoe u gebruik maakt van de belangrijke elementen van de methode)	
2. Doelgroep	2.1 Met welke doelgroep werkt u (voornamelijk)? 2.2 Wat maakt dat u Affectregulerende vaktherapie inzet bij deze doelgroep? 2.3 Zoals ik het heb begrepen (uit de kick-off, literatuur en de producten van het kennisnetwerk) speelt de ouder-kindrelatie en hechting een rol in het ontstaan van problemen rondom affectregulatie. Op welke manier ziet u dit terug bij de doelgroep waarmee u werkt? Probeer dit zo kort mogelijk te omschrijven.	
3. Affectregulatiefase	3.1 In de interventiebeschrijving is beschreven dat de affectregulatiefase uit meerdere stappen bestaat, namelijk het (h)erkennen van wat gevoelt en beleefd wordt, de verschillende niveaus van spanning, gevoelens en emoties leren onderscheiden, hier betekenis aan geven en het leren uiten, en als laatste het bevorderen van mentalisatie (Meer, Ende. & Vlugt, 2016). Hoe ziet u dit terug in uw therapieën? (evt. in een paar woorden omschrijven, waarbij de belangrijke aspecten naar voren komen)? 3.2 Ik heb begrepen dat de affectregulatiefase niet in alle gevallen wordt ingezet, omdat de eerste en tweede fase al afdoende helpen. Klopt dit en in welke gevallen zet u deze fase wel in? Is dit leeftijdsgebonden bijvoorbeeld?	
4. Werkwijze	4.1 Ik heb begrepen dat er binnen deze fase, gebruik wordt gemaakt van de reconstructieve werkwijze. Kent u deze term? (anders uitleggen) Herkent u dit in uw manier van werken? 4.2 Hoe zet u dit in of ziet u dit terug (met betrekking tot de therapeutische houding)? (naar voorbeelden vragen)	
5. Therapeutische houding	5.1 Als u mij een beeld zou moeten geven van uw therapeutische houding binnen deze fase, hoe zou u deze dan omschrijven?	

	5.2 Wat is volgens u het meest kenmerkend voor de/uw houding binnen deze fase, en waarom is dit zo kenmerkend voor deze fase? <i>(wat is het verschil in de houding m.b.t. de andere fases)</i> 5.3 Welke aspecten hierin/in de therapeutische houding in deze fase zijn volgens u het meest werkzaam? 5.4 <i>In de interventie omschrijving wordt de algemene houding omschreven als een mentaliserende en affectregulerende houding. Herkent u zich hierin, waaraan wel/niet?</i> 5.5 Zo ja, hoe zet u dit binnen deze fase in? 5.6 Ook wordt er gesproken van een “niet-weten” houding, herkent u dit? 5.7 Zo ja, Hoe zet u dit binnen de derde fase in? 5.8 Het begrip ‘<i>gemarkeerde spiegeling</i>’ word door het kennisnetwerk genoemd binnen deze fase, op welke manier herkent u dit terug in uw eigen handelen?
6. Interventies	6.1 Wat zijn specifieke interventies die bij de door u omschreven houding horen en waarom zijn deze voor de affectregulatiefase belangrijk? <i>(eventueel in een aantal woorden laten omschrijven)</i> 6.2 Zet u bepaalde rituelen of structuren in tijdens een sessie? Wat zijn die structuren en rituelen? 6.3 Doet u in het medium mee in deze fase? Wanneer wel/niet, en wat draagt dit volgens u bij?
7. Therapeutische relatie	7.1 Wat verstaat u onder een therapeutische relatie? <i>(kort en concreet, eventueel opnieuw in een aantal woorden laten omschrijven)</i> 7.2 Hoe hanteert u deze binnen de Affectregulatiefase? 7.3 Hoe hangt de therapeutische relatie samen met de therapeutische houding binnen de Affectregulatiefase? 7.4 Wilt u nog iets toevoegen m.b.t. de therapeutische relatie wat nog niet besproken is?

8.2 SCHEMA ZOEKPROCES

DATUM	ZOEKTERMEN	DATABANK	AANTAL GEVONDEN BRONNEN	AANTAL BRUIKBARE BRONNEN	BESCHRIJVING BRON (TITEL, NAAM, AUTHEUR, JAAR, PUBLICATIE)	SAMENVATTING BELANGRIJKE INFORMATIE
07-03-'16	"therapeutische houding" AND kinderen - module AND "beeldende therapie" OR "creatieve therapie"	Google Scholar -> Springerlink	6	2	Smeijsters, H. (red.), Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J., Willemars, G., & Dijkema, P. (2012). <i>Vaktherapie in de justitiële jeugdinrichtingen en gesloten jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek naar beeldende therapie</i> . Heerlen: Kenvak (boek via online bron)	De therapeutische houding binnen deze interventie wordt gekoppeld aan kerngebieden (zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie) en de ww. van Smijsters (Supportief, orthopedagogisch, re-educatief en palliatief). Reconstructief ontbreekt (discussiepunt??). + korte omschrijving therapeutische technieken. Meer info zie boek/document literatuurstudie week 10
					Claassen, A.M., & Pol, S. (red.). (2015). <i>Schematherapie en de</i>	Dit boek is gericht op schematherapie bij volwassenen

					gezonde volwassene: positieve technieken uit de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	(discussiepunt). Hier omschrijven ze een therapeutische houding vanuit de dramatherapie, Rogers (clientgerichte therapie) en gebruiken het begrip: limited-reparentinghouding (als een ouder ervoor waken alle uitingen van een cliënt te erkennen, lief te hebben en te begrenzen, zowel emoties, gedrag als gedachten).
08-03-'16	"therapeutische houding" AND kinderen -module AND "beeldende therapie" OR "creatieve therapie" -schematherapie	Google Scholar -> Springerlink	12	3	Bales, D., Beek, N. van, & Bateman, A. (2009). Hoofdstuk 15 Mentalization-Based Treatment voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. In <i>Handboek persoonlijkheidspathologie</i> (pp. 265-287). Bohn Stafleu van Loghum. (online bron)	Hoofdstuk 15 gaat in op de affectregulerende therapeutische houding van het MBT (definitie hiervan). + stukje affectregulatie eerder in het boek. Meer info zie boek/document literatuurstudie week 10
					Schweizer, C., Bruyn, J., de, Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). <i>Uit de verf: Handboek beeldende therapie</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Dit hoofdstuk gaat over interventies in de beeldende therapie. Meer info zie boek/document

						literatuurstudie week 10
					Deth, R. van (2014). <i>Psychotherapie: van theorie tot praktijk</i> (3 ^{de} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	In deze bron word het essentiële verschil tussen een vriendschappelijke relatie en therapeutische relatie uitgelegd. Een definitie van de therapeutische houding wordt gegeven. Dit in eerste instantie gekoppeld aan psychotherapie, maar kan in mijn veronderstelling ook toegepast als definitie binnen andere therapie vormen. Meer info zie boek/document literatuurstudie week 10
Via deze trefwoorden kom je voornamelijk uit op boeken, de artikelen en PDF-bestanden waren minder relevant en sloten minder goed aan. Waren vaak meer beschrijvend, dan verklarend. Wat opvalt is dat er veel bronnen komen te staan over cliënten met psychopathologie, weinig gericht op kinderen terwijl dit wel in de trefwoorden staan.						
09-03-'16				2	Eussen, M. (2004). Klinische psychiatrische programma's voor jongeren. In <i>Handboek jeugdzorg deel 2</i> (pp. 309-326). Bohn Stafleu van Loghum (boek via online bron).	Therapeutische relatie.

	"therapeutische houding" AND kinderen - module AND "beeldende therapie" OR "creatieve therapie"	Springerlink	9 (waarbij een aantal overeenkomen met Google Scholar)	1	Günther, G., Blokland-Vos, J., Mook, C. van, & Molenaar, J.P. (2009). Vaktherapie binnen klinische schematherapie (pp. 99-130). In <i>Handboek Klinische Schematherapie</i> . Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A.M. (2009)	Deze bron gaat over de therapeutische houding binnen vaktherapie bij schematherapie. Meer info zie boek/document literatuurstudie week 10
10-03-'16	"beeldende therapie" OR "creatieve therapie" OR "kinderen" "therapeutische houding" -module - schematherapie filetype:PDF Aangepast bereik: 2010-2016	Google scholar	16	1	Verheugt-Pleiter, A. (2012). Toepassingen van MBT in de kinder-en jeugd-GGZ: Bespreking van: Nick Midgley & Ioanna Vrouva (red.)(2012). Minding the child. <i>Tijdschrift voor Psychoanalyse</i> , 18(4), 305-306.. <i>Gevonden zonder filetype:PDF in de zoektermen.</i>	
	"therapeutische houding" AND (kinderen, OR beeldende OR therapie, OR creatieve OR therapie, OR therapeutische OR relatie) AND NOT (schematherapie, AND borderline AND persoonlijkheidsstoornis AND	Springerlink	36	2	Lieshout, T. van (2009). Hechtingsstoornissen (pp. 153-183). In <i>Pedagogische adviezen voor speciale kinderen</i> (2 ^{de} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	De therapeutische houding/relatie, bij kinderen met hechtingsproblematiek

	borderlinepersoonlijkheidsstoornissen, AND psychotherapie)					
					Emmelkamp, P.M.G., & Vedel, E. (2010). Psychologische behandelingen: effectiviteit en gemeenschappelijke factoren. <i>Directieve therapie</i> , 30(2), 113-126.	Nog een definitie van de therapeutische houding, dit keer in combinatie met motiverende gesprekstechnieken,
21-03-'16	therapeutic attitude AND children AND Art therapy OR creative therapy filetype:PDF intitle:affect regulation	Google Scholar	-	1	Franklin, M. (2010). Affect regulation, mirror neurons, and the third hand: Formulating mindful empathic art interventions. <i>Art Therapy</i> , 27(4), 160-167.	
30-03-'16	TI affect regulation AND TX children AND therapeutic interventions Fulltext 2006-2016	Han Quest	5	1	Zaremba, L. A., & Keiley, M. K. (2011). The mediational effect of affect regulation on the relationship between attachment and internalizing/externalizing behaviors in adolescent males who have sexually offended. <i>Children And Youth Services</i> [Review], doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.001	
	TI Affect regulation AND therapeutic relationship Fulltext 2006-2016 English	Han quest	12	2	Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolo, G. (z.d.). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. <i>Psychology And Psychotherapy-Theory Research And Practice</i> , 83(4), 363-384.	

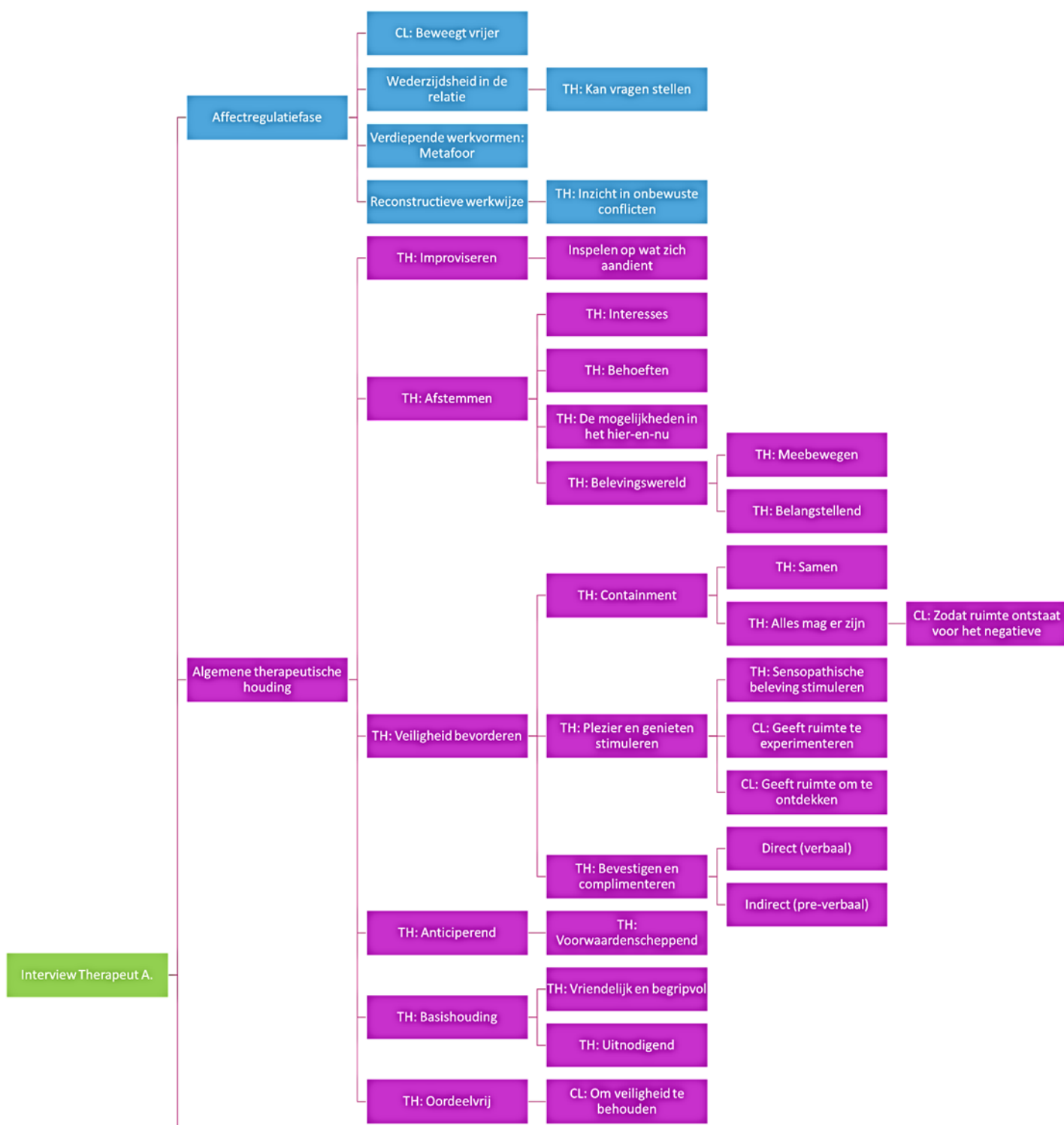
					Dales, S., & Jerry, P. (2008). Attachment, affect regulation and mutual synchrony in adult psychotherapy. <i>American Journal Of Psychotherapy</i> , 62(3), 283-312	
--	--	--	--	--	---	--

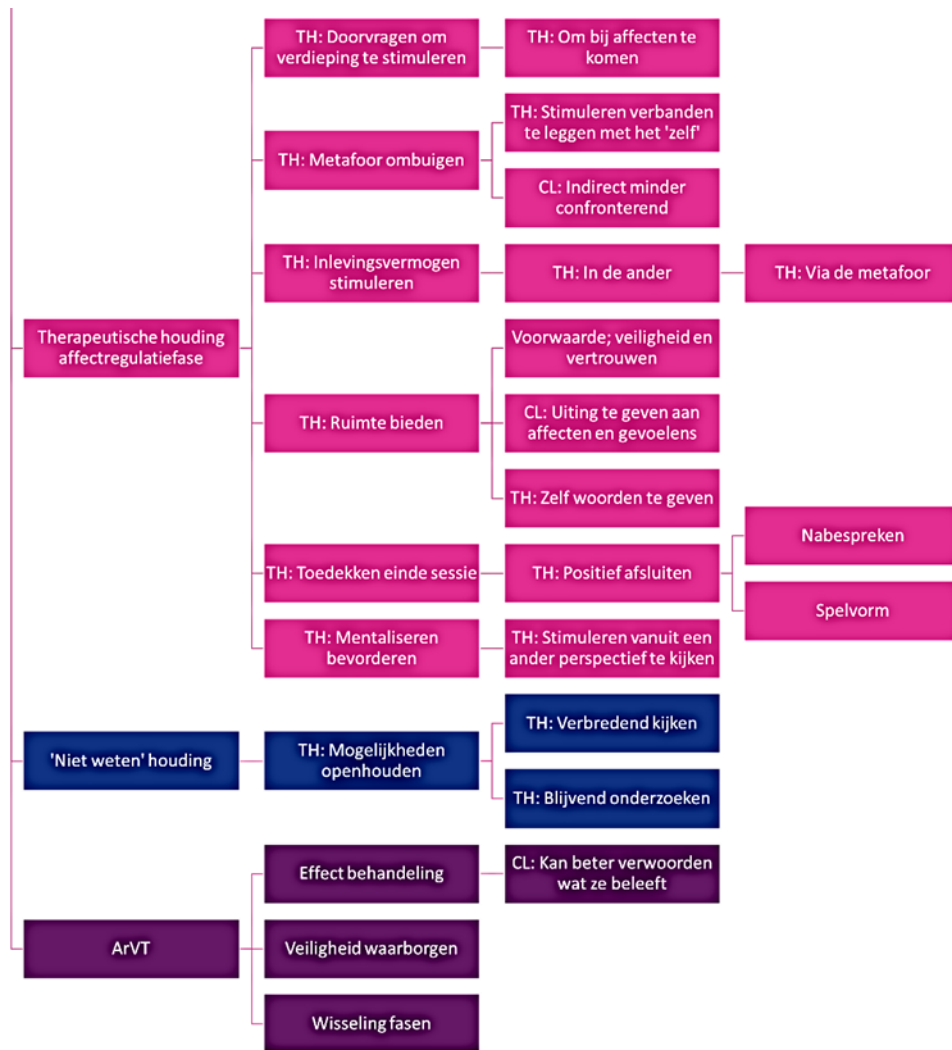


8.4 SCREENSHOT CODEERSCHEMA

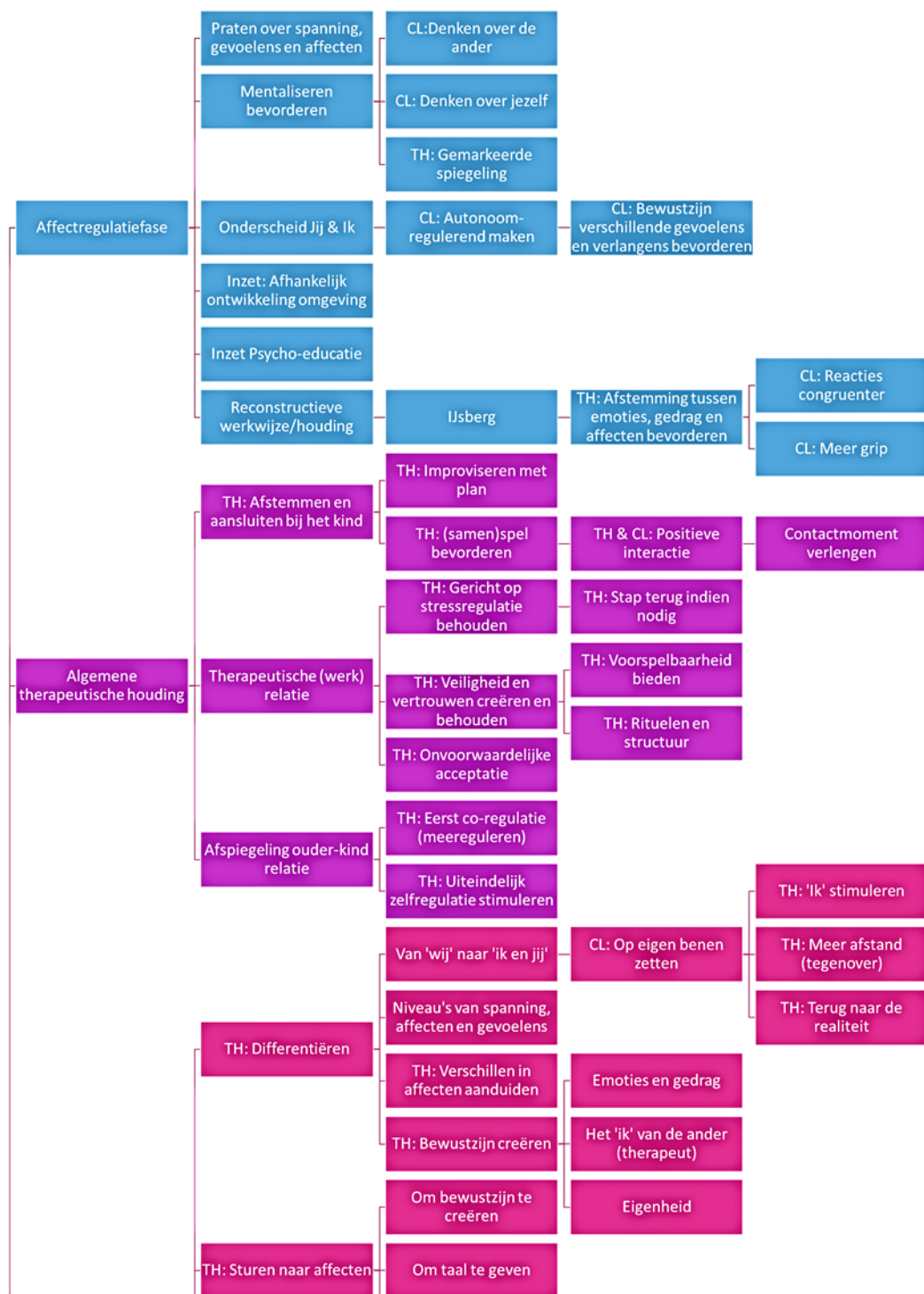
Codeerschema - Excel (Productactivering is mislukt)																																																																																																																																																																																																																																																					
Jennifer van Alen Delen																																																																																																																																																																																																																																																					
Bestand Start Invoegen Pagina-indeling Formules Gegevens Controleren Beeld Geef aan wat u wilt doen...																																																																																																																																																																																																																																																					
Klembord Lettertype Uitlijning Getal Stijlen Uitvoer Verklarende ... Waarschuwi... Invoegen Verwijderen Opmaak AutoSom Doorvoeren Sorteren en Zoeken en filteren en selecteren en Bewerken																																																																																																																																																																																																																																																					
G9 OVERIGE OPMERKINGEN																																																																																																																																																																																																																																																					
<table><tr><th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th><th>F</th><th>G</th><th>H</th><th>I</th><th>J</th><th>K</th><th>L</th><th>M</th><th>N</th><th>O</th><th>P</th><th>Q</th><th>R</th><th>S</th><th>T</th></tr><tr><td>22</td><td>HOOFDCATEGORIEËN</td><td>FRAGMENT</td><td>LABELS</td><td>SUBLABELS</td><td>SAMENVATTEN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td rowspan="5">AFFECTREGULATIEFASE</td><td>In de laatste fase, zit ik met eh... kinderen toch heel vaak, hoe uit jij je gevoel, want dan kunnen we het woorden geven, hè? Dat is in fase twee gebeurt, euhm... het ondertitelen, kan ik wat meer loslaten, dus ik hoef minder te vertellen, wat ze aan het doen zijn, ze kunnen het zelf vertellen. En soms kan ik dan ook al heel gericht de opdrachten geven, van hoe zit je erbij, hoe voel jij je vandaag. Na, gefrustreerd, ja, dat kan, want ik ben... en dan gaan we kijken of we dat gefrustreerde gevoel van je vorm kunnen geven. Welk materiaal zou daar het beste bij kunnen, heb ik het over de normaal begaafde twaalf of dertienjarige soms, hè. We houden het bij de lagere schoolleeftijd. Dan pakken ze vaak klei, of hout of speeksteen, maar vaak klei, want daar kan je zo lekker in meppen, in hakken. En dan ben je dus al bezig met het gevoel van frustratie naar buiten te brengen en ik vind het eigenlijk, zo mooi en ook zo wonderlijk dat kinderen dat uit zichzelf al doen.</td><td>ZELF WOORDEN GEVEN</td><td></td><td>In de affectregulatiefase lukt het kinderen beter zelf te verwoorden wat ze voelen, denken en doen. De therapeut stimuleert de cliënt hier zelf woorden aan te geven, door minder te ondertitelen en uit te gaan van de ervaringen van de cliënt. Dit doet de therapeut door in sommige gevallen gerichte opdrachten te geven, maar ook door te vragen of de cliënt te stimuleren deze gevoelens tot uiting te brengen in het materiaal. Het naar de oppervlakte brengen van gevoelens en gedachten staan centraal binnen deze fase.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>24</td><td></td><td>GEVOELSEN NAAR DE OPPERVLAKTE BRENGEN</td><td>DOOR GERICHTE OPDRACHTEN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>25</td><td></td><td></td><td>UITING IN MATERIAAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>26</td><td></td><td></td><td>DOOR HET EROVER TE HEBBEN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>27</td><td></td><td>Waar ben je dan nog veel mee bezig. En ik merk met kinderen die binnenkomen eh, eh... bijvoorbeeld met de opdracht ook aan trauma te werken, is dat ook de fase waarin dat kan.</td><td>WERKEN AAN TRAUMA</td><td></td><td>In de affectregulatiefase kan ook gewerkt worden aan trauma verwerking.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>28</td><td></td><td>Maar ik denk dat, dat voor mij in de laatste fase, zo, dat het aan de ene kant concreter wordt, dus dat ik echt opdrachten kan geven van hoe zit dat dan met dat gevoel, zijn ook wel een kinderen waarmee, als je het over dat regulerende stuk hebt [x] ook ge, bezig kan met het vermengen, hè is dan een mooie opdracht, van de een naar de andere kant. Wat gebeurt er dan, maar ook materialen uit de ruimte zoeken die van hard naar zacht gaan.</td><td>HET WORDT CONCRETER</td><td></td><td>De thema's worden concreter, waardoor de therapeut meer gerichte opdrachten kan geven. Deze zijn afgestemd op deze thema's. Bijvoorbeeld wanneer er gesproken wordt van reguleren, geeft de therapeut de opdracht om de gradaties in materiaal of werk aan te geven (van hard naar zacht, mengen van licht naar donker)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>29</td><td></td><td>En het lukt me niet altijd om in de laatste fase te komen, dus het zijn wel de kindjes die langer in therapie zijn. Ja, waar ik... Ja, waar ik... En, en, uhm... ja waar ik ook echt wel de opdracht heb, om met hem aan een stukje trauma te werken. Soms kan het ook zijn dat we dan pas het traumaverhaal gaan maken.</td><td>KINDEREN LANGER IN THERAPIE ZITTEN</td><td></td><td>Therapeut D. zet de affectregulatiefase vaker in bij cliënten die langer in therapie zitten, omdat het door verschillende redenen niet altijd lukt om in de laatste fase te komen. Dit heeft er ook mee te maken dat cliënten met hechtingsproblematiek langer nodig hebben om in de laatste fase te komen, daarnaast speelt de specifieke hulpvraag hierbij ook een rol.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td>Maar ik denk ja, want de derde, ffla, fase zit echt, echt in het stukje emotieregulatie, dat moet eerst, voordat je ook echt kan mentaliseren.</td><td>EMOTIEREGULATIE VOOR MENTALISEREN</td><td></td><td>De affectregulatiefase richt zich in eerste instantie op emotieregulatie, voordat gewerkt kan worden aan het mentaliseren</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>31</td><td></td><td>Ja, en dan is het, als de, eh de aandacht op het mentaliseren ligt is dat ook de fase waarin ik naast het kind euhm... een eigen werkstuk kan maken. Een, een, een euh... heel erg bezig is met nu weer terug naar huis gaan, hij is ook een huisje aan het kleien. Dat heeft hij zelf bedacht dat hij een huisje wilde kleien. Ik klei naast hem, ik maak ook een huisje. Ik maak een ander huisje. Mijn huisje heeft allerlei gaten en toeters en bellen, enne gekke dingen. We praten over het huisje, dus we blijven in het materiaal. We hebben het ook wel even over hoe het weekend thuis is, wat steeds een dag langer mag worden. Weetje zo... Maar ook van het huisje heeft raampjes en een deur, kan ik dat ook kleien of kleien</td><td>MENTALISEREN</td><td></td><td>Op het moment dat de nadruk in de derde fase op het mentaliseren ligt, werkt de therapeut vaak naast de cliënt aan een eigen werkstuk, waarin ze de verschillen en overeenkomsten tussen het werkstuk van de cliënt en de ander aanduidt. Dit gebeurt zowel in het materiaal, als verbaal. In dit fragment geeft therapeut D. het voorbeeld van een cliënt die een huis aan het maken is, deze jongen gaat terug naar huis en wilde daarom een huisje van klei maken. Therapeut D. maakt ook een huis, maar dan op een hele eigen en andere manier, waarbij ze beiden naast elkaar werken en hierover het gesprek aan gaan.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	22	HOOFDCATEGORIEËN	FRAGMENT	LABELS	SUBLABELS	SAMENVATTEN																AFFECTREGULATIEFASE	In de laatste fase, zit ik met eh... kinderen toch heel vaak, hoe uit jij je gevoel, want dan kunnen we het woorden geven, hè? Dat is in fase twee gebeurt, euhm... het ondertitelen, kan ik wat meer loslaten, dus ik hoef minder te vertellen, wat ze aan het doen zijn, ze kunnen het zelf vertellen. En soms kan ik dan ook al heel gericht de opdrachten geven, van hoe zit je erbij, hoe voel jij je vandaag. Na, gefrustreerd, ja, dat kan, want ik ben... en dan gaan we kijken of we dat gefrustreerde gevoel van je vorm kunnen geven. Welk materiaal zou daar het beste bij kunnen, heb ik het over de normaal begaafde twaalf of dertienjarige soms, hè. We houden het bij de lagere schoolleeftijd. Dan pakken ze vaak klei, of hout of speeksteen, maar vaak klei, want daar kan je zo lekker in meppen, in hakken. En dan ben je dus al bezig met het gevoel van frustratie naar buiten te brengen en ik vind het eigenlijk, zo mooi en ook zo wonderlijk dat kinderen dat uit zichzelf al doen.	ZELF WOORDEN GEVEN		In de affectregulatiefase lukt het kinderen beter zelf te verwoorden wat ze voelen, denken en doen. De therapeut stimuleert de cliënt hier zelf woorden aan te geven, door minder te ondertitelen en uit te gaan van de ervaringen van de cliënt. Dit doet de therapeut door in sommige gevallen gerichte opdrachten te geven, maar ook door te vragen of de cliënt te stimuleren deze gevoelens tot uiting te brengen in het materiaal. Het naar de oppervlakte brengen van gevoelens en gedachten staan centraal binnen deze fase.													23																			24		GEVOELSEN NAAR DE OPPERVLAKTE BRENGEN	DOOR GERICHTE OPDRACHTEN																25			UITING IN MATERIAAL																26			DOOR HET EROVER TE HEBBEN																27		Waar ben je dan nog veel mee bezig. En ik merk met kinderen die binnenkomen eh, eh... bijvoorbeeld met de opdracht ook aan trauma te werken, is dat ook de fase waarin dat kan.	WERKEN AAN TRAUMA		In de affectregulatiefase kan ook gewerkt worden aan trauma verwerking.														28		Maar ik denk dat, dat voor mij in de laatste fase, zo, dat het aan de ene kant concreter wordt, dus dat ik echt opdrachten kan geven van hoe zit dat dan met dat gevoel, zijn ook wel een kinderen waarmee, als je het over dat regulerende stuk hebt [x] ook ge, bezig kan met het vermengen, hè is dan een mooie opdracht, van de een naar de andere kant. Wat gebeurt er dan, maar ook materialen uit de ruimte zoeken die van hard naar zacht gaan.	HET WORDT CONCRETER		De thema's worden concreter, waardoor de therapeut meer gerichte opdrachten kan geven. Deze zijn afgestemd op deze thema's. Bijvoorbeeld wanneer er gesproken wordt van reguleren, geeft de therapeut de opdracht om de gradaties in materiaal of werk aan te geven (van hard naar zacht, mengen van licht naar donker)													29		En het lukt me niet altijd om in de laatste fase te komen, dus het zijn wel de kindjes die langer in therapie zijn. Ja, waar ik... Ja, waar ik... En, en, uhm... ja waar ik ook echt wel de opdracht heb, om met hem aan een stukje trauma te werken. Soms kan het ook zijn dat we dan pas het traumaverhaal gaan maken.	KINDEREN LANGER IN THERAPIE ZITTEN		Therapeut D. zet de affectregulatiefase vaker in bij cliënten die langer in therapie zitten, omdat het door verschillende redenen niet altijd lukt om in de laatste fase te komen. Dit heeft er ook mee te maken dat cliënten met hechtingsproblematiek langer nodig hebben om in de laatste fase te komen, daarnaast speelt de specifieke hulpvraag hierbij ook een rol.													30		Maar ik denk ja, want de derde, ffla, fase zit echt, echt in het stukje emotieregulatie, dat moet eerst, voordat je ook echt kan mentaliseren.	EMOTIEREGULATIE VOOR MENTALISEREN		De affectregulatiefase richt zich in eerste instantie op emotieregulatie, voordat gewerkt kan worden aan het mentaliseren														31		Ja, en dan is het, als de, eh de aandacht op het mentaliseren ligt is dat ook de fase waarin ik naast het kind euhm... een eigen werkstuk kan maken. Een, een, een euh... heel erg bezig is met nu weer terug naar huis gaan, hij is ook een huisje aan het kleien. Dat heeft hij zelf bedacht dat hij een huisje wilde kleien. Ik klei naast hem, ik maak ook een huisje. Ik maak een ander huisje. Mijn huisje heeft allerlei gaten en toeters en bellen, enne gekke dingen. We praten over het huisje, dus we blijven in het materiaal. We hebben het ook wel even over hoe het weekend thuis is, wat steeds een dag langer mag worden. Weetje zo... Maar ook van het huisje heeft raampjes en een deur, kan ik dat ook kleien of kleien	MENTALISEREN		Op het moment dat de nadruk in de derde fase op het mentaliseren ligt, werkt de therapeut vaak naast de cliënt aan een eigen werkstuk, waarin ze de verschillen en overeenkomsten tussen het werkstuk van de cliënt en de ander aanduidt. Dit gebeurt zowel in het materiaal, als verbaal. In dit fragment geeft therapeut D. het voorbeeld van een cliënt die een huis aan het maken is, deze jongen gaat terug naar huis en wilde daarom een huisje van klei maken. Therapeut D. maakt ook een huis, maar dan op een hele eigen en andere manier, waarbij ze beiden naast elkaar werken en hierover het gesprek aan gaan.												
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T																																																																																																																																																																																																																																		
22	HOOFDCATEGORIEËN	FRAGMENT	LABELS	SUBLABELS	SAMENVATTEN																																																																																																																																																																																																																																																
	AFFECTREGULATIEFASE	In de laatste fase, zit ik met eh... kinderen toch heel vaak, hoe uit jij je gevoel, want dan kunnen we het woorden geven, hè? Dat is in fase twee gebeurt, euhm... het ondertitelen, kan ik wat meer loslaten, dus ik hoef minder te vertellen, wat ze aan het doen zijn, ze kunnen het zelf vertellen. En soms kan ik dan ook al heel gericht de opdrachten geven, van hoe zit je erbij, hoe voel jij je vandaag. Na, gefrustreerd, ja, dat kan, want ik ben... en dan gaan we kijken of we dat gefrustreerde gevoel van je vorm kunnen geven. Welk materiaal zou daar het beste bij kunnen, heb ik het over de normaal begaafde twaalf of dertienjarige soms, hè. We houden het bij de lagere schoolleeftijd. Dan pakken ze vaak klei, of hout of speeksteen, maar vaak klei, want daar kan je zo lekker in meppen, in hakken. En dan ben je dus al bezig met het gevoel van frustratie naar buiten te brengen en ik vind het eigenlijk, zo mooi en ook zo wonderlijk dat kinderen dat uit zichzelf al doen.	ZELF WOORDEN GEVEN		In de affectregulatiefase lukt het kinderen beter zelf te verwoorden wat ze voelen, denken en doen. De therapeut stimuleert de cliënt hier zelf woorden aan te geven, door minder te ondertitelen en uit te gaan van de ervaringen van de cliënt. Dit doet de therapeut door in sommige gevallen gerichte opdrachten te geven, maar ook door te vragen of de cliënt te stimuleren deze gevoelens tot uiting te brengen in het materiaal. Het naar de oppervlakte brengen van gevoelens en gedachten staan centraal binnen deze fase.																																																																																																																																																																																																																																																
23																																																																																																																																																																																																																																																					
24			GEVOELSEN NAAR DE OPPERVLAKTE BRENGEN	DOOR GERICHTE OPDRACHTEN																																																																																																																																																																																																																																																	
25				UITING IN MATERIAAL																																																																																																																																																																																																																																																	
26				DOOR HET EROVER TE HEBBEN																																																																																																																																																																																																																																																	
27		Waar ben je dan nog veel mee bezig. En ik merk met kinderen die binnenkomen eh, eh... bijvoorbeeld met de opdracht ook aan trauma te werken, is dat ook de fase waarin dat kan.	WERKEN AAN TRAUMA		In de affectregulatiefase kan ook gewerkt worden aan trauma verwerking.																																																																																																																																																																																																																																																
28		Maar ik denk dat, dat voor mij in de laatste fase, zo, dat het aan de ene kant concreter wordt, dus dat ik echt opdrachten kan geven van hoe zit dat dan met dat gevoel, zijn ook wel een kinderen waarmee, als je het over dat regulerende stuk hebt [x] ook ge, bezig kan met het vermengen, hè is dan een mooie opdracht, van de een naar de andere kant. Wat gebeurt er dan, maar ook materialen uit de ruimte zoeken die van hard naar zacht gaan.	HET WORDT CONCRETER		De thema's worden concreter, waardoor de therapeut meer gerichte opdrachten kan geven. Deze zijn afgestemd op deze thema's. Bijvoorbeeld wanneer er gesproken wordt van reguleren, geeft de therapeut de opdracht om de gradaties in materiaal of werk aan te geven (van hard naar zacht, mengen van licht naar donker)																																																																																																																																																																																																																																																
29		En het lukt me niet altijd om in de laatste fase te komen, dus het zijn wel de kindjes die langer in therapie zijn. Ja, waar ik... Ja, waar ik... En, en, uhm... ja waar ik ook echt wel de opdracht heb, om met hem aan een stukje trauma te werken. Soms kan het ook zijn dat we dan pas het traumaverhaal gaan maken.	KINDEREN LANGER IN THERAPIE ZITTEN		Therapeut D. zet de affectregulatiefase vaker in bij cliënten die langer in therapie zitten, omdat het door verschillende redenen niet altijd lukt om in de laatste fase te komen. Dit heeft er ook mee te maken dat cliënten met hechtingsproblematiek langer nodig hebben om in de laatste fase te komen, daarnaast speelt de specifieke hulpvraag hierbij ook een rol.																																																																																																																																																																																																																																																
30		Maar ik denk ja, want de derde, ffla, fase zit echt, echt in het stukje emotieregulatie, dat moet eerst, voordat je ook echt kan mentaliseren.	EMOTIEREGULATIE VOOR MENTALISEREN		De affectregulatiefase richt zich in eerste instantie op emotieregulatie, voordat gewerkt kan worden aan het mentaliseren																																																																																																																																																																																																																																																
31		Ja, en dan is het, als de, eh de aandacht op het mentaliseren ligt is dat ook de fase waarin ik naast het kind euhm... een eigen werkstuk kan maken. Een, een, een euh... heel erg bezig is met nu weer terug naar huis gaan, hij is ook een huisje aan het kleien. Dat heeft hij zelf bedacht dat hij een huisje wilde kleien. Ik klei naast hem, ik maak ook een huisje. Ik maak een ander huisje. Mijn huisje heeft allerlei gaten en toeters en bellen, enne gekke dingen. We praten over het huisje, dus we blijven in het materiaal. We hebben het ook wel even over hoe het weekend thuis is, wat steeds een dag langer mag worden. Weetje zo... Maar ook van het huisje heeft raampjes en een deur, kan ik dat ook kleien of kleien	MENTALISEREN		Op het moment dat de nadruk in de derde fase op het mentaliseren ligt, werkt de therapeut vaak naast de cliënt aan een eigen werkstuk, waarin ze de verschillen en overeenkomsten tussen het werkstuk van de cliënt en de ander aanduidt. Dit gebeurt zowel in het materiaal, als verbaal. In dit fragment geeft therapeut D. het voorbeeld van een cliënt die een huis aan het maken is, deze jongen gaat terug naar huis en wilde daarom een huisje van klei maken. Therapeut D. maakt ook een huis, maar dan op een hele eigen en andere manier, waarbij ze beiden naast elkaar werken en hierover het gesprek aan gaan.																																																																																																																																																																																																																																																
Interview Therapeut A. Codeboom Interview A. Interview Therapeut B Codeboom Interview B. Interview Therapeut C. Codeboom Interview C. Interview Therapeut D. Co ... + 75 %																																																																																																																																																																																																																																																					
Een bestemming kiezen en op ENTER drukken of Plakken kiezen																																																																																																																																																																																																																																																					

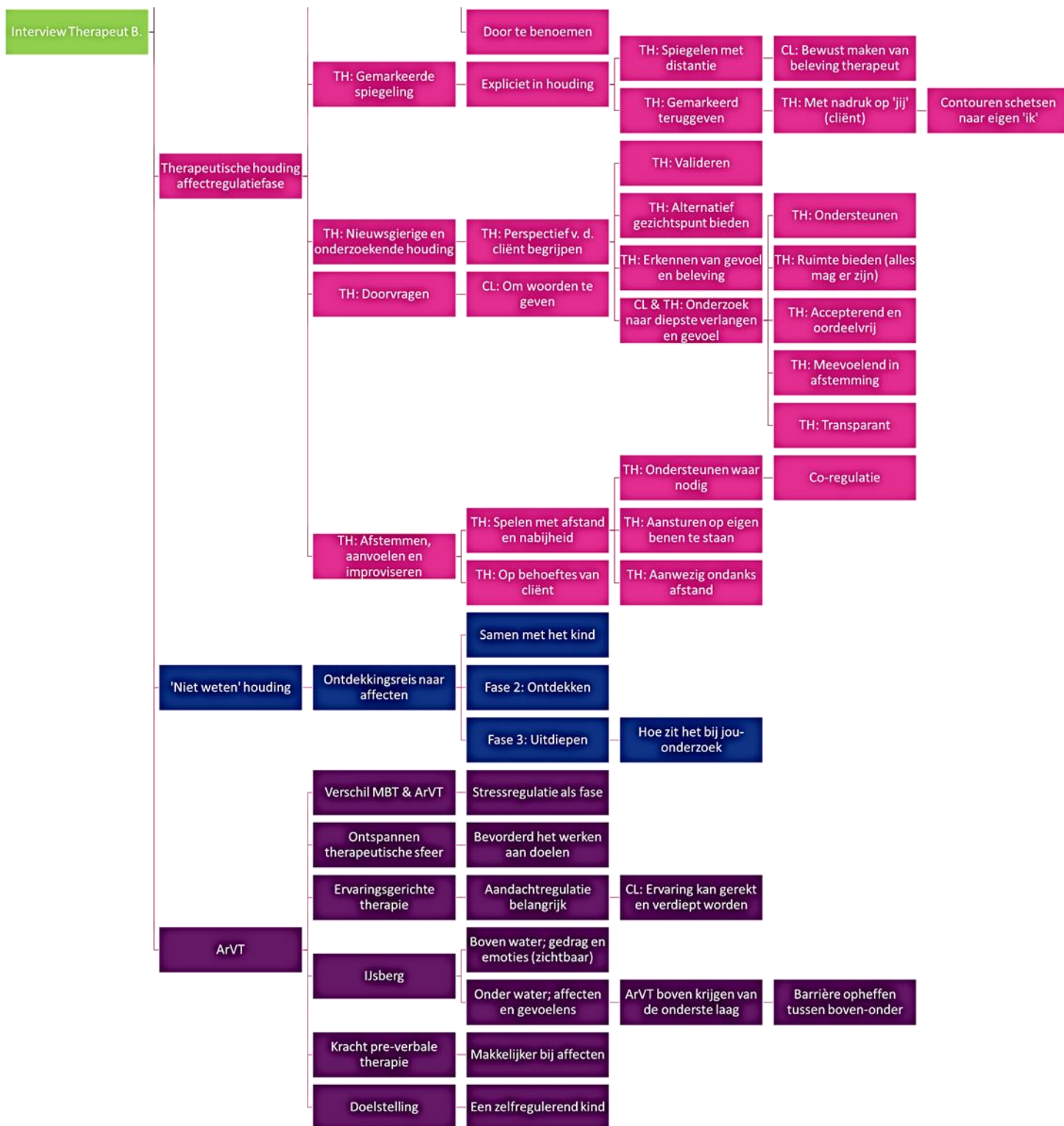
8.5 CODEBOOM THERAPEUT A.



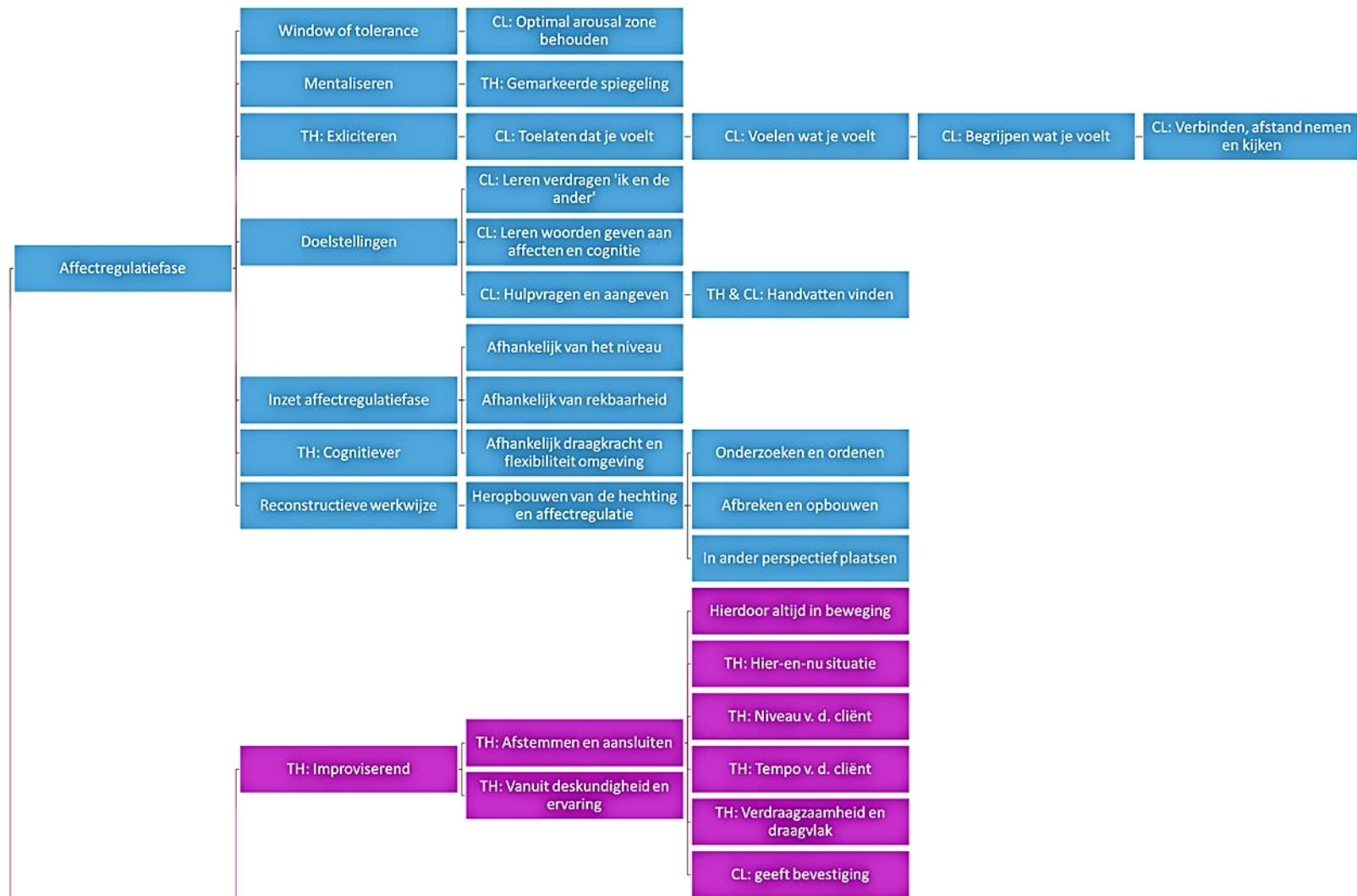


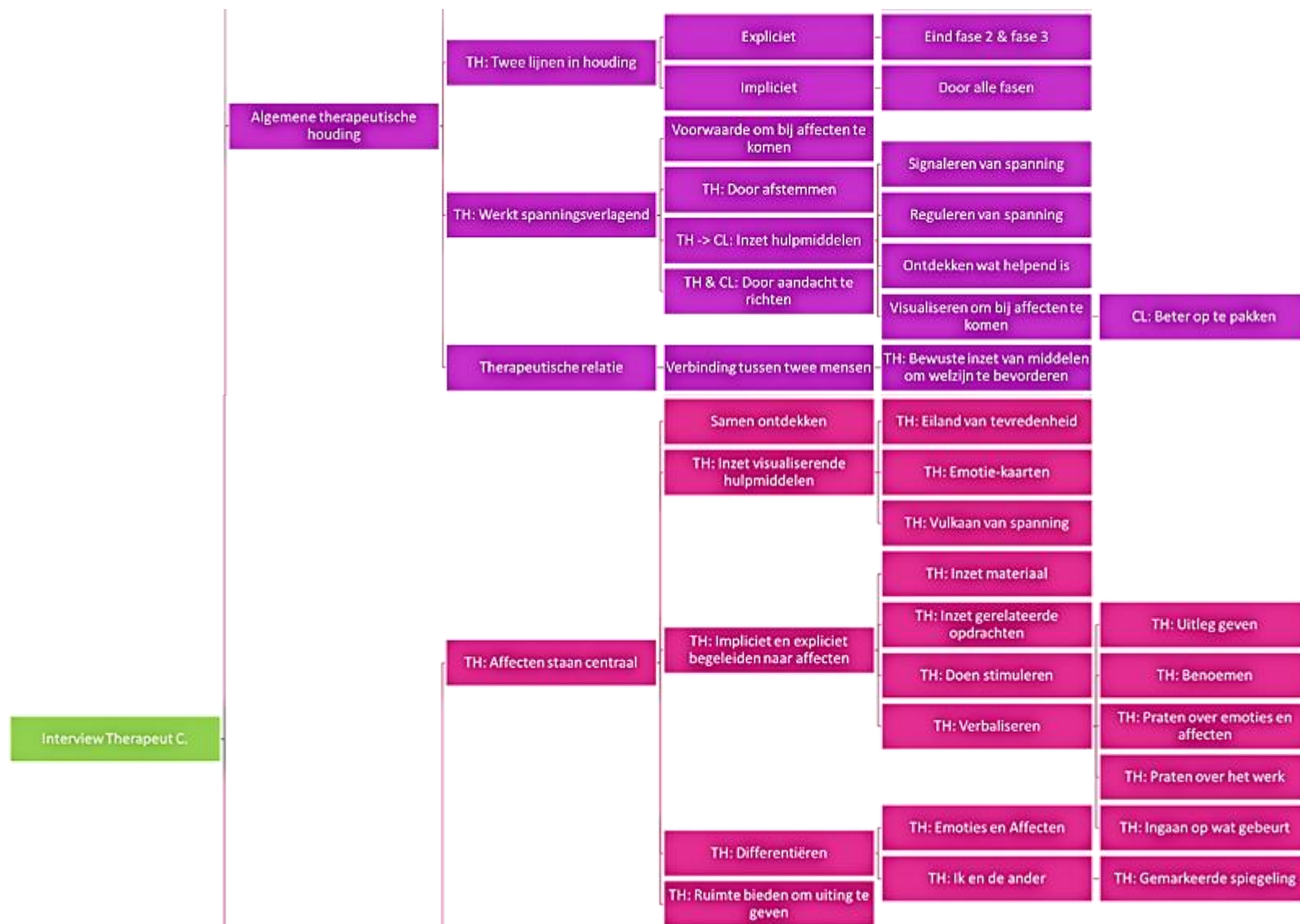
8.6 CODEBOOM THERAPEUT B.

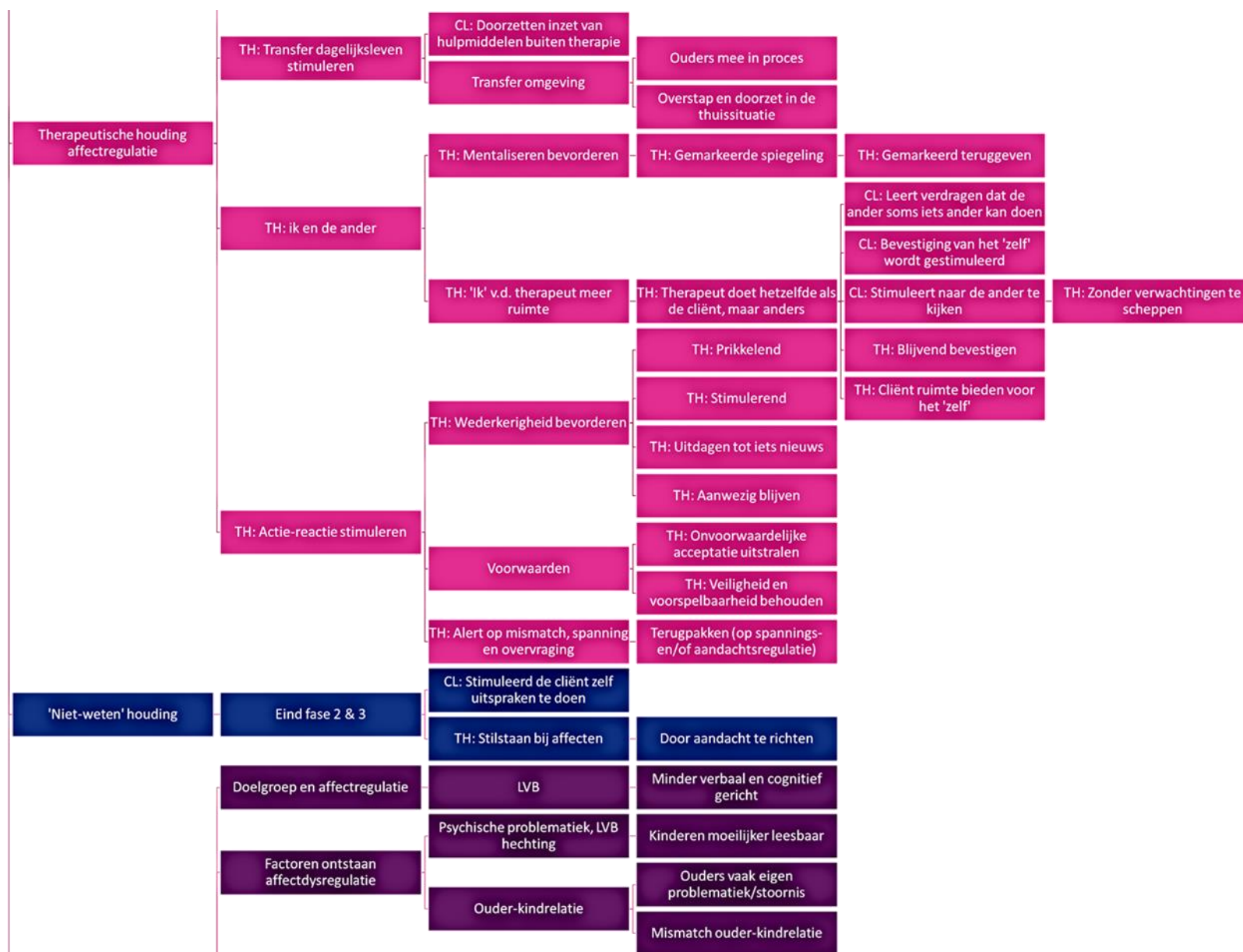


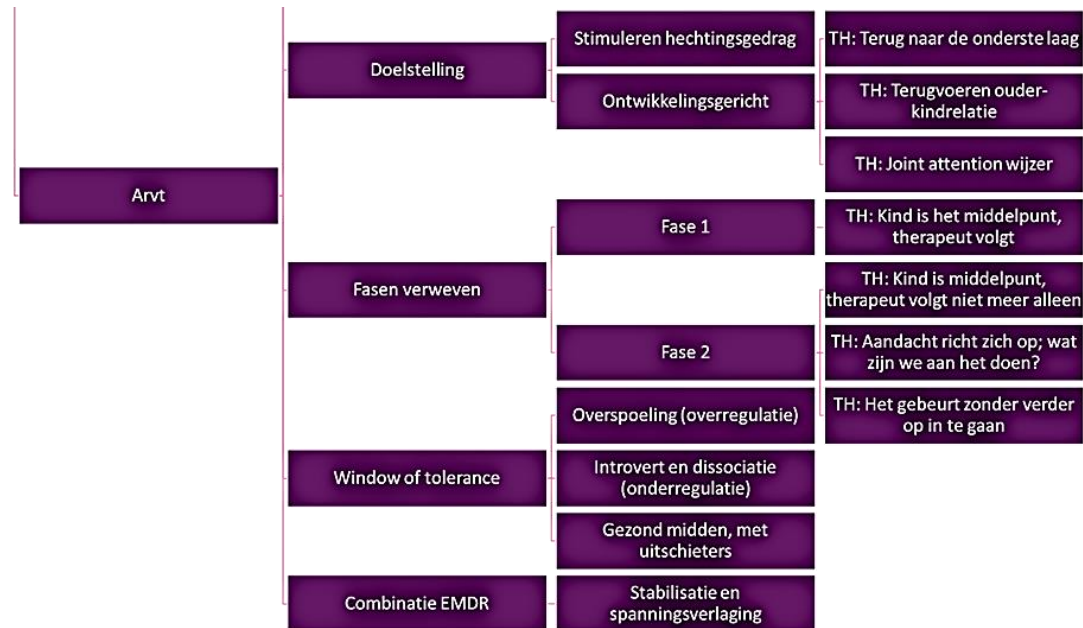


8.7 CODEBOOM THERAPEUT C.

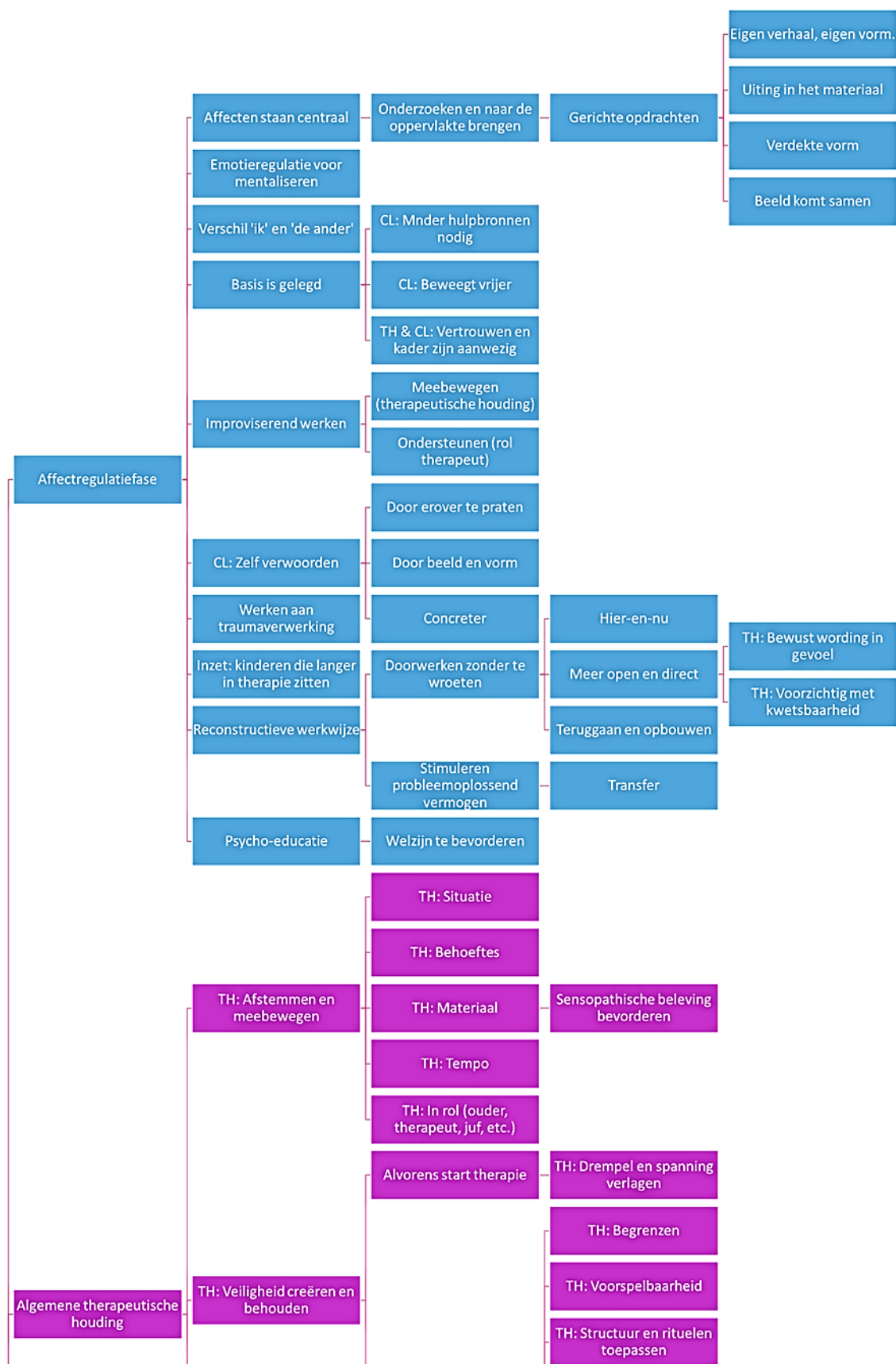


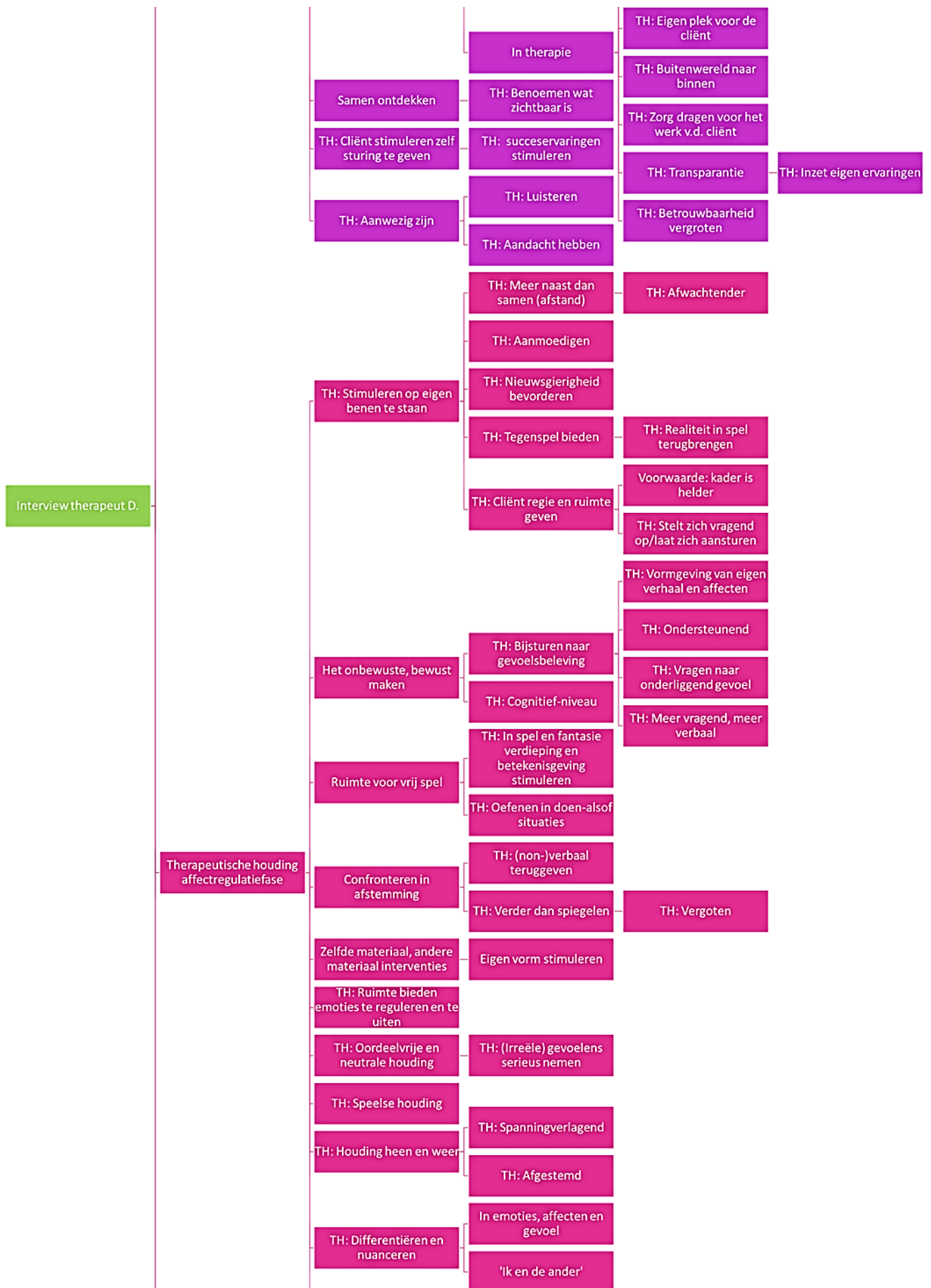


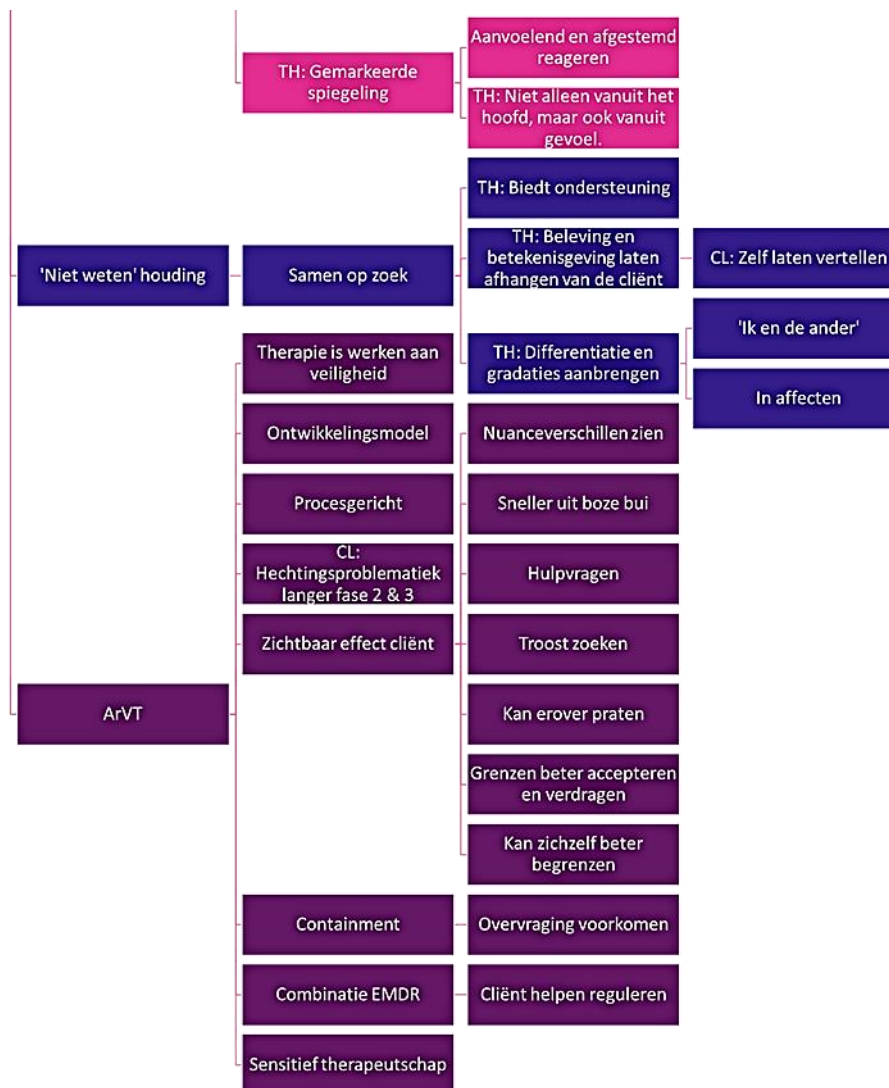




8.8 CODEBOOM THERAPEUT D.







8.9 SCHEMA KERNLABELS

Kernlabels (samengevoegd)	Therapeut A.	Therapeut B.	Therapeut C.	Therapeut D.	Opmerkingen
<i>Algemene Regels: Label twee of meer keer genoemd dan wordt het opgenomen als kernlabel, & wanneer de labels binnen verschillende categorieën vallen, maar wel overeenkomen, dan wordt het onder de meest algemene categorie geplaatst.</i> <i>2x = Donkerblauw, 3x = Midden blauw & 4x = lichtblauw</i>					
Affectregulatiefase					
Affecten staan centraal		Afstemming tussen emoties, gedrag en affecten bevorderen	TH: Affecten staan centraal Toelaten dat je voelt Voelen wat je voelt Begrijpen wat je voelt Verbinden, afstand nemen en kijken	#VERW! CL & TH: Onderzoek naar diepste verlangen en gevoel	Therapeut C. benoemt affecten staan centraal bij therapeutische houding affectregulatiefase
Autonoom regulerend maken		Autonoom-regulerend maken		Bewust wording in gevoel Stimuleren probleemoplossend vermogen	
Clïënt beweegt vrijer	Beweegt vrijer			Beweegt vrijer	

Cliënt leert woorden geven aan affecten en cognitie		Praten over spanning, gevoelens en affecten	Leren woorden geven aan affecten en cognitie	Zelf verwoorden	
Gevoelens en verlangens onderzoeken en bewustzijn bevorderen		Bewustzijn verschillende gevoelens en verlangens bevorderen		Onderzoeken en naar de oppervlakte brengen	
Cliënt leert hulpbronnen inschakelen			Hulpvragen aangeven Handvatten vinden	Minder hulpbronnen nodig	
Inzet afhankelijk van draagkracht en flexibiliteit omgeving		Inzet: Afhankelijk ontwikkeling omgeving	Inzet: Afhankelijk draagkracht en flexibiliteit omgeving		
Mentaliseren bevorderen		Mentaliseren bevorderen	Mentaliseren	Emotieregulatie voor mentaliseren	
* Gemarkte spiegel		Gemarkte spiegel	Gemarkte spiegel		
Onderscheid 'ik en de ander'		Onderscheid Jij & Ik	Leren verdragen 'ik en de ander'	Verschil 'ik' en 'de ander'	
Verplaatsen in de ander		Denken over de ander		In ander perspectief plaatsen	
Psycho-educatie		Inzet Psycho-educatie		Psycho-educatie	
Reconstructieve werkwijze					Herkenbaar, ieder andere invulling
* Doorwerken zonder wroeten	Inzicht in onbewuste conflicten			Doorwerken zonder te wroeten	

* Heropbouwen van hechting en affectregulatie			Heropbouwen van de hechting en affectregulatie	Teruggaan en opbouwen	
Verdekte en verdiepende werkvormen om bij onderliggend affecten en gevoelens te komen	Verdiepende werkvormen: Metafoor		TH: Inzet gerelateerde opdrachten	Verdekte vorm Gerichte opdrachten TH: Vormgeving van eigen verhaal en affecten	Therapeut C. benoemt inzet gerelateerde opdrachten bij therapeutische houding affectregulatiefase Therapeut D. Benoemt vormgeving van eigen verhaal en affecten bij therapeutische houding affectregulatiefase

Algemene therapeutische houding					
Afstemmen en aansluiten	TH: Afstemmen	TH: Afstemmen en aansluiten bij het kind	TH: Afstemmen en aansluiten	TH: Afstemmen en meebewegen	
* Hier-en-nu situatie	TH: De mogelijkheden in het hier-en-nu	TH: Hier-en-nu situatie	TH: Situatie		
* Behoeften v.d. cliënt	TH: Behoeften			TH: Behoeften	
* Tempo v.d. cliënt			TH: Tempo vd. cliënt	TH: Tempo	
Bevestiging geven aan de cliënt	TH: Bevestigen en complimenteren		CL: Geeft bevestiging		
Improviseren	TH: Improviseren	TH: Improviseren met plan	TH: Improviserend		

		Inspelen op wat zich aandient				
Sensopathische bevorderen	beleving	TH: Sensopathische beleving stimuleren			Sensopathische beleving bevorderen	
Spanning verlagend			TH: Gericht op stressregulatie behouden	TH: Werkt spanning verlagend	TH: Drempel en spanning verlagen	
Samen ontdekken		CL: Geeft ruimte om te ontdekken		Ontdekken helpend is wat	Samen ontdekken	Therapeut C. benoemt samen spelen bij de therapeutische houding affectregulatiefase.
Stimuleren zelf te sturen		TH: Uitnodigend			TH: Cliënt stimuleren zelf sturing te geven	
Transparantie			TH: Transparant		TH: Transparantie	Therapeut B. benoemt deze onder de therapeutische houding affectregulatie
Veiligheid bevorderen en behouden		TH: Veiligheid bevorderen	TH: Veiligheid en vertrouwen creëren en behouden		TH: Veiligheid creëren en behouden	
* Begrenzen			TH: Voorwaardenscheppend		TH: Begrenzen	
* Voorspelbaarheid			TH: Voorspelbaarheid bieden		TH: Voorspelbaarheid	
* Structuur en rituelen			TH: Structuur en rituelen toepassen		TH: Structuur en rituelen toepassen	

Therapeutische houding affectregulatiefase					
Aanwezig blijven ondanks afstand		TH: Aanwezig ondanks afstand	TH: Aanwezig blijven		Therapeut D. heeft dit eerder benoemd, maar dan in meer algemene zin
Actie-reactie stimuleren	Wederzijdsheid in de relatie	TH: Wederkerigheid bevorderen (Samen-)spel bevorderen Positieve interactie	TH: Actie-reactie stimuleren TH: Prikkelend TH: Stimulerend TH: Uitdagen tot iets nieuws	TH: Uitdagen	
Begeleiden en onderzoeken onderliggende affecten		TH: Sturen naar affecten CL & TH: Onderzoek naar diepste verlangen en gevoel	TH: Impliciet en expliciet begeleiden naar affecten		
Benoemen en ingaan op wat er gebeurt		Door te benoemen	TH: Benoemen TH: Ingaan op wat gebeurt	TH: Benoemen wat zichtbaar is	
Blijvend valideren, bevestigen en erkennen		TH: Valideren TH: Erkennen van gevoel en beleving	TH: Blijvend bevestigen CL: Bevestiging van het 'zelf' wordt gestimuleerd		

Cliënt ruimte bieden voor het 'zelf'	TH: Ruimte bieden	TH: Ruimte bieden (alles mag er zijn)	TH: Cliënt ruimte bieden voor het 'zelf'	TH: Cliënt regie en ruimte geven	Ruimte bieden voor het 'zelf' en emoties, gevoelens en affecten en sluiten op elkaar aan en zijn in het verslag samengevoegd
Confronteren in afstemming	CL: Indirect minder confronterend			Confronteren in afstemming	
De cliënt bevorderen zelf taal te geven	TH: Zelf woorden te geven	CL: Om taal te geven			
		CL: Om woorden te geven			
De cliënt stimuleren op eigen benen te staan		CL: Op eigen benen zetten		TH: Stimuleren op eigen benen te staan	
De cliënt wordt gestimuleerd vanuit andere perspectieven te kijken	TH: Stimuleren vanuit een ander perspectief te kijken	TH: Alternatief gezichtspunt bieden	CL: Stimuleert naar de ander te kijken		
	TH: Inlevingsvermogen stimuleren				
Differentiëren		TH: Differentiëren	TH: Differentiëren	TH: Differentiëren en nuanceren	
* 'Ik' en 'de ander'		Van 'wij' naar 'ik en jij'	TH: Ik en de ander	'Ik en de ander'	
* Emoties, affecten en niveaus van spanning		Niveaus van spanning, affecten en gevoelens TH: Verschillen in affecten aanduiden	TH: Emoties en Affecten	In emoties, affecten en gevoel	
Doorvragen naar onderliggende affecten	TH: Doorvragen om verdieping te stimuleren	TH: Doorvragen		TH: Vragen naar onderliggend gevoel	Begeleiden en doorvragen sluiten op elkaar aan en zijn in het verslag samengevoegd

	TH: Om bij affecten te komen			TH: Meer vragend, meer verbaal	
Eigen vormen en 'ik' stimuleren		TH: 'Ik' stimuleren		Eigen vorm stimuleren	
Het onbewuste, bewust maken		TH: Bewustzijn creëren		Het onbewuste, bewust maken	
Ik' van de therapeut wordt geïntroduceerd en krijgt meer ruimte		CL: Bewust maken van beleving therapeut	TH: 'Ik' v.d. therapeut meer ruimte		
Mentaliseren bevorderen	TH: Mentaliseren bevorderen		TH: Mentaliseren bevorderen		
* Gemarkte spiegel		TH: Gemarkte spiegel	TH: Gemarkte spiegel	TH: Gemarkte spiegel	Dit begrip was onbekend voor therapeut A.
* Gemarkt teruggeven		TH: Gemarkt teruggeven	TH: Gemarkt teruggeven		
Ondersteunend		TH: Ondersteunen waar nodig		TH: Ondersteunend	
Oordeelvrij en acceptend	TH: Alles mag er zijn	TH: Onvoorwaardelijke acceptatie		TH: Oordeelvrij en neutrale houding	
	TH: Oordeelvrij	TH: Acceptend en oordeelvrij			Therapeut A. benoemt bij de algemene therapeutische houding, omdat Therapeut B. en D. deze als specifiek benoemen is er gekozen om hem te verplaatsen
Praten over emoties, affecten en het werk			TH: Praten over emoties, affecten en het werk	TH: Door erover te praten	

Ruimte bieden emoties, gevoelens en affecten te uiten en te reguleren	CL: Uiting te geven aan affecten en gevoelens		TH: Ruimte bieden om uiting te geven	TH: Ruimte bieden emoties te reguleren en te uiten	
Terugbrengen in de realiteit		TH: Terug naar de realiteit		TH: Tegenspel bieden TH: Realiteit in spel terugbrengen	
Transfer naar het dagelijks leven			TH: Transfer dagelijks leven stimuleren	Transfer	
Therapeut neemt meer afstand, afwachtender		TH: Meer afstand (tegenover)		TH: Meer naast dan samen (afstand) TH: Afwachtender TH: Stelt zich vragend op/laat zich aansturen	
Voorwaarden om bij affecten te komen; veiligheid, voorspelbaarheid en vertrouwen behouden	Voorwaarde; veiligheid en vertrouwen	TH: Voorwaarde; Veiligheid en voorspelbaarheid behouden	Spanningsverlaging voorwaarde om bij affecten te komen		

Niet weten- houding					
Inzet: eind fase 2, ontdekken en in fase 3 uitdiepen		Fase 2: Ontdekken Fase 3: Uitdiepen	Eind fase 2 & 3		
Samen affecten onderzoeken	TH: Blijvend onderzoeken	Ontdekkingsreis naar affecten Samen met het kind	TH: Stilstaan bij affecten	Samen op zoek	

Stimuleert de cliënt zelf betekenis te geven en uitspaken te doen			CL: Stimuleert de cliënt zelf uitspraken te doen	TH: Beleving en betekenisgeving laten afhangen van de cliënt CL: Zelf laten vertellen	
---	--	--	--	--	--

ArVT					
ArVt richt zich op het boven kijken van de onderste laag		ArVT boven krijgen van de onderste laag	TH: Terug naar de onderste laag		
Combinatie EMDR			Combinatie EMDR	Combinatie EMDR	
Containment	TH: Containment			Containment	Therapeut A. benoemt dit onder de algemene therapeutische houding
Een zelfregulerend kind		Gezond midden, met uitschieters Een zelfregulerend kind		Overvraging voorkomen	
Effect ArVT de cliënt kan beter verwoorden wat er beleefd wordt	CL: Kan beter verwoorden wat ze beleefd			Kan erover praten	
Fasen zijn verweven	Wisseling fasen		Fasen verweven		
Ontwikkelingsgericht			Ontwikkelingsgericht	Ontwikkelingsmodel	
Proces therapie, afspiegeling ouder-kind relatie		Afspiegeling ouder-kind relatie	Stimuleren hechtingsgedrag TH: Terugvoeren ouder-kindrelatie		
Veiligheid als belangrijke pijler	Veiligheid waarborgen			Therapie is werken aan veiligheid	

