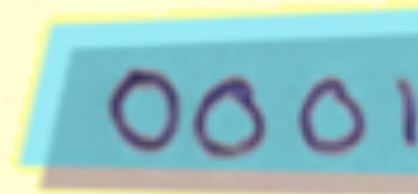
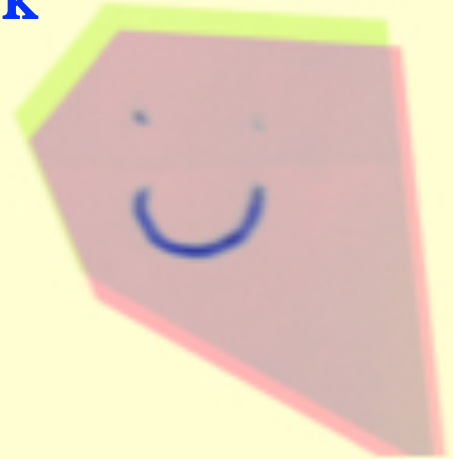


Werkvormen in een raamwerk

Expressive Therapies Continuum

Praktijkgericht onderzoek naar methodische werkvormen binnen de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum, gekoppeld aan de transdiagnostische factoren.

Focus: Eindproduct



Summary

This is a qualitative and practice-based research focused on working methods within the Expressive Therapies Continuum method (ETC), linked to the transdiagnostic factors. The Expressive Therapies Continuum method focuses on the information processing of the client. Information processing can be divided into three development levels and six information processing components. The goal of this research is to reach the creative level by connecting as well as possible with working formats. The transdiagnostic factors are a growing concept. Currently, seven factors are distinguished by the Generic Module for Vocational Therapy (GMVT). The factors reflect on the complaints of the client. Because of this, the focus is on the complaints and not on the diagnosis of the client. After the publications and articles about the ETC, there was a need for concrete working formats so that the ETC could be used in practice. This became the main reason for this research. This need has been translated into a research question from KenVak to the Professional Therapy course at Hogeschool Utrecht.

This research investigates which methodical working formats aimed at the six information processing components of the Expressive Therapies Continuum are applied by the visual practitioners on the seven transdiagnostic factors. This is also the topic of the main research question. The main research question has been answered by collecting data through semi-structured interviews with six art therapists practitioners with different expertise's focused on the ETC. In addition, there has been a literature review conducted (content analysis). The main and sub-questions have been answered true compare and connection. The conclusion of this report is that many working formats are usable in the ETC (M. Lavrijsen, personal communication, 27 maart 2018). Which component and which transdiagnostic factor fits the working formats, depends on how you present a working format (Pénzes, Appendix 6, Fikke, Appendix 4). Each component has its own suitable materials, attitude, interventions and evaluation questions. Even the transdiagnostic factors are sometimes more suitable for one component than for another component. There are several working formats who can be linked to components. For example, working methods aimed at 'arousal' are often linked to the kinesthetic component, where work formats focused on the transdiagnostic factor 'perception' are more linked on the perceptual component. Also, the transdiagnostic factor 'executive functions' can be linked to the cognitive component. At last, the transdiagnostic factor 'emotion regulation' is appropriate for the perceptual/affective level, where you can feel emotions on the affective component and regulate on the perceptual component. Thus, connections can be made between the information processing components and the transdiagnostic factors (Pénzes, Appendix 6). On the other hand, the transdiagnostic factors can be realized on the other components.

These findings resulted in a product: a digital workbook with different working formats focusing on the six information processing components and the seven transdiagnostic factors for visual art therapists.

Samenvatting

Dit is een kwalitatief en praktijkgericht onderzoek gericht op werkvormen binnen de Expressive Therapies Continuum- methode, gekoppeld aan de transdiagnostische factoren. De Expressive Therapies Continuum- methode richt zich op de informatieverwerking van de cliënt. De informatieverwerking is onder te verdelen in drie ontwikkelingsniveaus en zes informatieverwerkingscomponenten. Het doel is om het creatieve niveau te bereiken door zo goed mogelijk aan te sluiten met werkvormen. De transdiagnostische factoren zijn een groeiend begrip. Momenteel worden er zeven factoren onderscheiden door de Generieke Module Vaktherapie (GMVT). De factoren geven de klachten van de cliënt weer, hierdoor ligt de focus op de klachten en niet op de diagnose van de cliënt. De aanleiding van dit onderzoek is dat er na het verschijnen van artikelen over het ETC behoefte ontstond naar concrete werkvormen zodat het ETC in de praktijk ingezet kan worden. Deze behoefte is vertaald in een onderzoeksvraag vanuit KenVak aan de opleiding Vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht.

In dit onderzoek is onderzocht welke methodische werkvormen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum worden toegepast door de beeldend vaktherapeuten op de zeven transdiagnostische factoren. Dit is tevens ook de hoofdvraag. De hoofdvraag is beantwoord door dataverzameling uit semigestructureerde interviews met zes beeldend vaktherapeuten met verschillende expertise gericht op het ETC. Daarnaast is er literatuuronderzoek gedaan (inhoudsanalyse). Door deze te verbinden zijn de deel- en hoofdvragen beantwoord. De conclusie hiervan is dat vele werkvormen bruikbaar zijn in het ETC (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). De manier waarop een werkvorm aanboden wordt bepaalt op welke component en bij welke transdiagnostische factor de werkvorm past (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Elke component heeft namelijk zijn eigen geschikte materialen, attitude, interventies en evaluatievragen. De transdiagnostische factoren zijn deels bij de ene component meer passend dan bij een andere. Zo zijn werkvormen gericht op 'arousal' veelal gekoppeld aan de kinesthetische component. En werkvormen gericht op de transdiagnostische factor 'waarneming' op de perceptuele component. Ook is de transdiagnostische factor 'executieve functies' te koppelen aan de cognitieve component. Ten slotte is de transdiagnostische factor emotieregulatie passend bij het perceptueel/affectieve niveau, waarbij je emoties op de affectieve component kan voelen en op de perceptuele component kan reguleren. Er zijn dus verbindingen te maken tussen de informatieverwerkingscomponenten en de transdiagnostische factoren (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Daarentegen zijn de transdiagnostische wel op de andere componenten realiseerbaar.

Deze bevindingen hebben geresulteerd in een product, namelijk een digitaal werkvormenboek gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten en de zeven transdiagnostische factoren voor beeldend vaktherapeuten.

Voorwoord

Voor mijn opleiding Vaktherapie Beeldend aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort mocht ik onderzoek gaan doen gericht op de Expressive Therapies Continuum (ETC-methode). In het derde jaar kwam ik voor het eerst in aanraking met de ETC-methode, door een gastcollege van Maartje Lavrijsen. Deze methode trok al snel mijn aandacht, mede door de handvaten die deze methode biedt die goed aansluiten bij mijn stijl als beeldend therapeut. Tevens is deze methode nog jong binnen de beeldende therapie waardoor er nog veel vraag is naar verder onderzoek. Daarom vind ik het waardevol om mijzelf verder te verdiepen in het ETC en daarmee een verdiepende basis te creëren als beginnend beeldend therapeut.

Mijn dank gaat uit naar Gemmy Willemars en Susan van Hooren, die samen voor mij een thema- en onderzoeksopzet hebben opgesteld. Tevens was Gemmy ook mijn consulent, haar wil ik bedanken voor alle tijd die zij in mij heeft gestoken. Ik heb veel waardering voor haar flexibele en eerlijke houding. Ten slotte wil ik Ingrid Péntzes, Marije ter Maat en Lise Zwitser bedanken voor hun deelname aan mijn evaluatiegroep.

Inhoudsopgave

Summary.....	2
Samenvatting.....	3
Voorwoord.....	4
Inhoudsopgave.....	5
Inleiding	7
1.Inhoudelijke oriëntatie	8
1.1 <i>Expressive Therapies Continuum</i>	8
1.1.1 Assessment.....	8
1.1.2 Geschiedenis	8
1.1.3 Ontwikkelingsniveaus.....	9
1.1.4 Componenten binnen het ETC	9
1.1.5 Het creatieve niveau.....	10
1.2 <i>Beeldende materialen en werkvormen</i>	11
1.2.1 Materialen	11
1.2.2 Werkvormen.....	11
1.2.3 Vaktherapeutische interventies en attitude	12
1.3 <i>Transdiagnostische Factoren vs. DSM</i>	12
1.3.1 Zeven Factoren	13
1.4 <i>Vaktherapie evidence onderzoeken</i>	15
2. Onderzoekskwestie.....	16
3. Hoofd- en deelvragen.....	18
4.1 <i>Hoofdvraag</i>	18
4.2 <i>Deelvragen</i>	18
Deelvraag 1.....	18
Deelvraag 2.....	18
Deelvraag 3.....	18
Deelvraag 4.....	18
Deelvraag 5.....	18
4. Doelstelling.....	19
5. Onderzoeksmethode.....	20
4.1 <i>Onderzoeksbenadering</i>	20
4.2 <i>Onderzoekstype</i>	20
4.3 <i>Databronnen en dataverzamelingstechnieken</i>	20
4.4 <i>Dataverzamelingsmethode en data-analyse</i>	21
4.5 <i>Kwaliteitscriteria</i>	21

6. Beantwoorden Hoofd- en Deelvragen.....	22
6.1 Deelvraag 1	22
6.2 Deelvraag 2	29
6.3 Deelvraag 3	33
6.4 Deelvraag 4	35
6.5 Deelvraag 5	40
7. Conclusie.....	44
8. Aanbevelingen.....	47
Literatuurlijst.....	49
Bijlage 1 Materiaaleigenschappen	53
Bijlage 2 Hiërarchisch raamwerk	54
Bijlage 3 Codeerboom	55
Bijlage 4 Interviewopzet.....	56

Inleiding

Voor u ligt het onderzoek 'Werkvormen in een raamwerk, Expressive Therapies Continuum' dat is uitgevoerd aan de opleiding Vaktherapie Beeldend aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort. Het onderzoek is in opdracht van Gemmy Willemars en Susan van Hooren uitgevoerd, ook wel vanuit KenVak. Susan van Hooren is lector van KenVak en Gemmy Willemars is lid van KenVak. KenVak staat voor: Kennisontwikkeling Vaktherapieën. Het doel van KenVak is om kennis te verbreden gericht op vaktherapie, dit wordt door een landelijk samenwerkingsverband tussen zeven Hogescholen gerealiseerd. Dit heeft voordelen voor het bevorderen van deskundigheid binnen de beeldende therapie. Dit onderzoek sluit ook aan bij de behoeftes van de praktijk, waardoor het onderzoek in de praktijk een waardevolle bijdrage zal leveren.

Er is nog weinig bekend over de werkvormen passend bij de Expressive Therapies Continuum methode en de transdiagnostische factoren. Dit geeft dan ook de essentie van dit onderzoek weer. Om zo goed mogelijk bij cliënten aan te sluiten, is het goed om te weten op welke informatieverwerkingscomponent de cliënt zich manifesteert. Daarnaast is het noodzakelijk om te weten met welke werkvormen er aansluiting gevonden kan worden bij cliënten. Hierdoor zal er een effectievere behandeling bewerkstelligd kunnen worden. De transdiagnostische factoren, maar ook de ETC-methode zijn in ontwikkeling en hebben beide de eigenschappen dat het kan doorgroeien tot een algemene beroepstaal (Fikke et. al 2017; Van den Bos & Meijncens, 2017).

Het ETC kan ook als basis fungeren om keuzes te maken rondom de diagnostiek (Fikke et al., 2017). Eerder werden hier vooral DSM-5 gerelateerde stoornissen aan gekoppeld. Met een blik in de toekomst is het belangrijk om juist de transdiagnostische factoren te koppelen, aangezien deze factoren steeds meer onmisbaar gaan worden. Door de transdiagnostische factoren kunnen vaktherapeuten ten eerste kennis maken met deze factoren, ten tweede zullen deze factoren uiteindelijk herkenbaar zijn voor andere disciplines, dit vergemakkelijkt de communicatie en de samenwerking.

De uitkomst van dit onderzoek zal vormgegeven worden in een eindproduct, namelijk een digitaal werkvormenboek. Dit product zal na goedkeuring op de website van KenVak worden geplaatst. Dit werkvormenboek zal een hulpmiddel vormen voor beeldend vaktherapeuten die gebruik maken van het ETC of juist kennis willen maken met deze methode.

In het eerste hoofdstuk is de inhoudelijke oriëntatie vastgelegd, hierin worden belangrijke begrippen omtrent het onderzoek onderzocht en toegelicht vanuit de literatuur. In hoofdstuk twee is de onderzoekskwestie te vinden, hier komt naar voren met welke reden en noodzaak het onderzoek wordt uitgevoerd. Op basis van hoofdstuk twee worden de hoofd- en deelvragen beschreven in hoofdstuk drie. De doeltelling van het onderzoek wordt in hoofdstuk vier beschreven. Vervolgens komt er in hoofdstuk 5 de systematiek van het uitvoeren van dit onderzoek aan bod. In hoofdstuk zes wordt antwoord gegeven op de deelvragen waarna in de conclusie de hoofdvraag wordt beantwoord in hoofdstuk 7. Tot slot worden er in hoofdstuk 8 aanbevelingen voor de beroepspraktijk gedaan. De bijlagen met transcripties en codering is op te vragen bij de onderzoeker: Jannita Tesselaar.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van het onderzoek en het eindproduct.

Jannita Tesselaar

1. Inhoudelijke oriëntatie

1.1 Expressive Therapies Continuum

Het ETC staat voor het Expressive Therapies Continuum (hierna: ETC). De ETC-methode is ontwikkeld door Kagin en Lusebrink (1978), later verder uitgebreid door Lusebrink (2004) en ten slotte door Hinz (2009) verhelderd. Ook heeft Hinz (2009) hierbij de vertaalslag naar beeldende therapie gemaakt. Deze methode richt zich op de informatieverwerking van de cliënt. De informatieverwerking van de cliënt is belangrijk om te achterhalen, omdat dit invloed heeft op het gedrag, de emoties, de cognities, de houding en de copingvaardigheden van de cliënt (Pénzes, Hooren, Dokter, Smeijsters, & Hutschemaekers, 2015). Door effectief gebruik te maken van de informatieverwerkingsprocessen op alle componenten, kan er flexibiliteit ontstaan (Hinz, 2015).

Het ETC wordt ook wel omschreven als een transtheoretisch of hiërarchisch raamwerk voor de beeldende therapie (Fikke et al., 2017). Deze bevat drie horizontale niveaus, ook wel de ontwikkelingsniveaus genoemd met daarop steeds twee tegengestelde informatieverwerkingscomponenten, waaronder: kinetisch vs. sensorisch, perceptueel vs. affectief en cognitief vs. symbolisch. Deze componenten en niveaus zeggen iets over structuren en functies in de hersenen die voor de visuele en affectieve informatieverwerkingsprocessen in de hersenen zorgen (Lusebrink, 2010). Een behandeling kan stapsgewijs tussen de verschillende ontwikkelingsniveaus (zowel horizontaal als verticaal) doorlopen worden.

1.1.1 Assessment

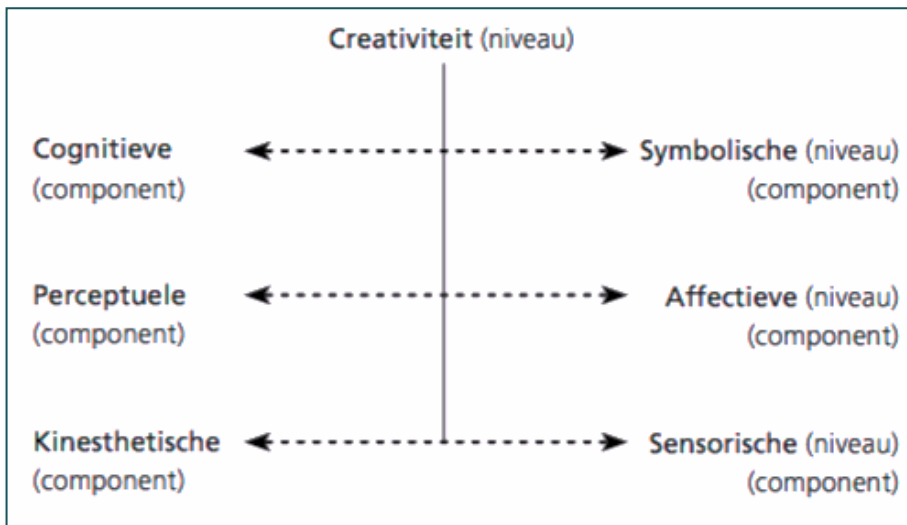
De eerste interventie binnen het ETC is het assessment. Hierin mag de cliënt in vrijheid minimaal drie werkstukken maken, die ongestructureerd en niet sturend zijn. Hierdoor komen de voorkeuren van de cliënt beter naar voren, zoals de patronen in het beeldend werken (hierbij valt te denken aan materialen en thema's, maar ook aan het niveau van de informatieverwerking). Tijdens het assessment analyseert en observeert de beeldende therapeut de cliënt. Zo komt hij te weten wat gezond en pathologisch gedrag is van de cliënt, maar ook welke component is geblokkeerd of te eenzijdig verloopt. Ook de voorkeurscomponent en het ontwikkelingsniveau komen door middel van observeren naar voren. Na het assessment kan er een werkhypothese gevormd worden waarmee vervolgens beter bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt aangesloten kan worden (Hinz, 2009; Lavrijsen, 2017).

1.1.2 Geschiedenis

Voordat het ETC was bedacht, waren er vergelijkbare methodes beschreven volgens Kagin en Lusebrink (1978). Een daarvan is de 'theoretical tree modes of representation' van Bruner (Bruner, 1964). Bruner beschrijft drie modes: enactive representation (gebaseerd op actie en doen), iconic representation (gebaseerd op beelden en opvattingen) en de symbolic representation (gebaseerd op taal). Bovenstaande modes komen overeen met de ontwikkelingsniveaus van het ETC, alleen ontbreekt bij Bruner onder andere het creatieve niveau en de vertaalslag naar beeldende therapie.

1.1.3 Ontwikkelingsniveaus

De ontwikkelingsniveaus van het ETC worden als horizontale assen weergegeven.



Figuur 1: Overzicht van het Expressive Therapies Continuum volgens Hinz (2009).

Niveau 1: Kinesthetisch vs. sensorisch 0 tot 1½ jaar

Dit is het preverbaal niveau waar de basis van de emotionele ontwikkeling ligt (Damasio, 1994; Piaget, 1969). Taal is nog geen onderdeel

binnen dit niveau, waardoor vooral lichamelijke en zintuigelijke ontwikkelingen naar voren komen. Dit is dan ook het gemakkelijkste niveau van informatieverwerking (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 8 december 2016). Het is belangrijk dat je op alle leeftijden toegang hebt tot dit ontwikkelingsniveau, dit vormt namelijk de basis voor veel ervaringen (Hinz, 2009).

Niveau 2: Perceptie vs. affectie 2 tot 7 jaar

Op dit niveau wordt het perspectief van de cliënt verbreed, waardoor bijvoorbeeld de standpunten van de ander ook worden ingezien. Ook worden emoties (h)erkend, gescheiden en geuit. Dit niveau is dan ook belangrijk om goede relaties te kunnen onderhouden.

Niveau 3: Cognitief vs. symbolisch 6 tot 12 jaar

Op dit niveau komen de complexere denkprocessen naar voren, waarbij plannen, keuzes maken, verbanden leggen en abstract, oplossingsgericht en logisch nadenken komen kijken. Op dit niveau verwerken cliënten vaak symbolen in beeldend werk.

1.1.4 Componenten binnen het ETC

Het ETC kent zes informatieverwerkingscomponenten (hierna: componenten), zie figuur 1. Elk component geeft een specifiek informatieverwerkingsproces weer, dat zich kan verbinden met verschillende materialen, technieken en werkvormen (Hinz, 2015). De componenten hebben een bipolaire werking: ontwikkeling aan één component heeft invloed op de tegengestelde component. Bijvoorbeeld: wanneer een cliënt op één component een ontwikkeling doormaakt, neemt de tegengestelde component af. Het is dus belangrijk dat de componenten in balans zijn (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 8 december 2016).

De componenten aan de linker as worden geassocieerd door Hinz (2009) geassocieerd met de linkerhersenhalft, dit betreft lineaire, logische opeenvolgende en talige functies. De componenten aan de rechter as illustreren de functies van de rechterhersenhalft, zoals intuïtief, visueel, ruimtelijk en emotioneel functioneren (Hinz, 2015; Lusebrink, 2004, 2010).

Uit het FMRI-onderzoek blijkt dat het onderverdelen van de componenten op de linker- en rechterhersenhalft achterhaald is (Nielsen, Zielinski, Ferguson, Lainhart, & Anderson, 2013). Er zijn geen aanwijzingen voor netwerken in het brein die alleen de linker- of rechterhemisfeer betrekken. Verbindingen bestaan tussen meerdere hersengebieden (Ward, 2015). Dit betekent dat een component niet expliciet op één hersenhalft plaatsvindt.

Hieronder worden alle componenten los van elkaar beschreven volgens Hinz (2009).

Linkerhersen helft	Rechterhersen helft
Cognitieve component Focus ligt op het verbeelden van een logisch, realistisch verhaal met een duidelijk begin - midden- eind (Hinz, 2009). Informatie wordt hierdoor feitelijk verwerkt. Passend zijn materialen die complexiteit vragen bij het in elkaar zetten van een werkstuk (waarbij een stappenplan, probleemoplossende vaardigheden of verbanden leggen nodig is).	Symbolische component Focus ligt op de persoonlijke symboliek en het intuïtief handelen. Werkstukken zijn in symbolen uitgedrukt. Belangrijk is dat je rationeel kunt denken om de symbolen te begrijpen, dit leidt namelijk tot verdrongen gedachten en gevoelens. Passend zijn veel materialen, omdat symbolen veelal onderdrukte kinesthetische, sensorische en affectieve aspecten bevatten Fikke et al., (2017).
Component van de perceptie Focus ligt op formele beeldkenmerken zoals: lijnen, vormen en structuur van het materiaal en visueel ruimtelijke aspecten (Hinz, 2009). Door hier de focus op te leggen creëer je een emotionele afstand waardoor emoties onder controle worden gehouden. Dit betekent dat er minder aandacht uit gaat naar emoties, die verstoren namelijk een vorm van kwaliteit. Passend zijn hierbij materialen die van zichzelf kalmeren. Verder kunnen beeldelementen in werkstukken worden veranderd waardoor er een ander perspectief op het thema kan worden ontwikkeld.	Component van het affect Focus ligt op expressie en uiten van gevoelens, deze worden verwerkt in werkstukken (Hinz, 2009). Je leert emoties te uiten en herkennen door verschillende materialen uit te proberen. Passend zijn materialen die gevoelens oproepen, zoals de vloeiende materialen, zie bijlage 1).
De kinesthetische component Focus ligt op de lichamelijke bewegingen en niet op het resultaat (Hinz, 2009). Passend zijn materialen die actie uitlokken of weerstand bieden, dit leidt tot het ontladen van energie en/of af- of toename van spanning, zonder dat dit bedreigend is.	De sensorische component Focus ligt op bewustwording van innerlijke en zintuigelijke sensaties en niet op de vormgeving van het werkstuk, dit wordt ook wel ervaringsgericht genoemd. Passend zijn materialen die alle zintuigen betrekken in het proces (Hinz, 2009).

1.1.5 Het creatieve niveau

De verticale as wordt ook wel het creatieve niveau genoemd, deze kan op elk ontwikkelingsniveau, maar ook op elke component voorkomen. Door een creatieve ervaring kunnen verschillende componenten samenvallen, waardoor er één ervaring ontstaat. Het creatieve niveau heeft dus als functie om componenten te integreren, dit wordt ook wel synthese genoemd (Hinz, 2015). Het creatieve niveau is haalbaar wanneer de cliënt opgaat in het materiaal wat tot creativiteit leidt (Fikke et al., 2017). Creatieve ervaringen leiden tot persoonlijke groei, zoals het ontwikkelen van spontaniteit, openheid in zelfexpressie en het

durven ontwikkelen (Hinz, 2009). Wanneer de cliënt dit niveau heeft bereikt komt er vaak een moment van realisatie en blijdschap (Schweizer et al., 2009).

Een behandeling vanuit het ETC vertrekt altijd vanuit de comfortzone van de cliënt. Dit draagt bij aan het verminderen van spanning en het groeien van vertrouwen in de therapeut waardoor het proces op gang komt (Hinz, 2009).

1.2 Beeldende materialen en werkvormen

1.2.1 Materialen

Door verschillende onderzoekers, zoals ook door Smeijsters (2014), is beschreven dat verschillende beeldende materialen hun unieke eigenschappen en appèlwaardes hebben binnen de vaktherapie. Dit geldt ook voor de ETC-methode (Hinz, 2009). In het ETC wordt door Hinz onderscheid gemaakt tussen weerbarstige en vloeibare materialen (Hinz, 2009). Bij weerbarstige materialen kunt u denken aan het bewerken van speksteen of het tekenen met potloden, hiermee worden cognitieve ervaringen opgedaan. Onder de vloeibare materialen vallen bijvoorbeeld waterverf en vingerverf. Hier worden ook wel emotionele ervaringen mee opgeroepen. In bijlage 1: 'materiaaleigenschappen' is een schema te vinden waar de materialen zijn onderverdeeld in vloeibare en weerbarstige materialen.

Beeldende materialen kunnen binnen het ETC ook een begrenzing in zich hebben. Zo geeft het formaat van een materiaal een bepaald kader, een voorbeeld hiervan is dat een A4-formaat tekenpapier minder ruimte aan ideeën, gedachtes en gevoelens geeft dan een papier van A1-formaat (Lavrijsen, 2017).

Binnen beeldende therapie en ook binnen het ETC is er interactie tussen de cliënt en het materiaal (Fikke et al., 2017). Ongeacht op welke component er wordt gewerkt, is er altijd sprake van materiaalkeuze, materiaalomgang (Schweizer et al., 2009), materiaalhantering (Pénzes et al., 2014) en materiaalbeleving bij de cliënt (Haeyen, 2011).

1.2.2 Werkvormen

De werkvormen zijn ook te onderscheiden in een hoge en lage complexiteit en veel of weinig structuur (Lavrijsen, 2017). Werkvormen met een lage complexiteit en structuur leiden tot affectieve of symbolische ervaringen. Werkvormen met een hoge complexiteit leiden tot een cognitieve ervaring. Wanneer een werkvorm niet aansluit bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt zal deze overspoeld worden door keuzemogelijkheden of emoties. Een gevolg is dat de cliënt niet tot persoonlijke vormgeving kan komen, waardoor je de cliënt verliest (Hinz, 2009). Aanpassingen in de werkvorm geven grip en veiligheid waardoor de cliënt middels het creatieve niveau ook de andere ontwikkelingsniveaus van het ETC kan bereiken (Lavrijsen, 2017).

Kortom: wanneer de beeldend therapeut bepaalde materialen, werkvormen en/of structuur aanbiedt gericht op het ontwikkelingsniveau van de cliënt, ontnemen de materialen niet de expressieve ervaring, maar zorgen zij voor een veilig kader (Hinz, 2009). Veiligheid is dan ook een voorwaarde om tot beeldende expressie te komen, aangezien gevoelens dan pas toegelaten worden (Smeijsters, 2014).

1.2.3 Vaktherapeutische interventies en attitude

Binnen het ETC zijn interventies belangrijke aandachtspunten (Fikke et al., 2017). De nabespreking wordt binnen het ETC daarom ook als belangrijk ervaren. Het is namelijk niet mogelijk om de werkstukken van de cliënt zonder de cliënt interpreteren. Tijdens de nabespreking vraagt de therapeut naar gevoelens, associaties en de betekenis van het werkstuk (Lavrijsen, 2017). Door dit in chronologisch verloop te bespreken, structureer en verleent hij betekenis aan de ervaringen, waardoor het effect van de ervaring wordt vergroot (Hinz, 2009). Dit wordt ook wel gekoppeld aan de verbale interventies volgens Krantz (2007). Deze zijn verbaal, ondersteunend en explorerend. Daarnaast zijn er ook non-verbale interventies. Deze zijn gericht op afstand en nabijheid, hierbij zoekt de beeldend therapeut het contact op, of trekt hij zich juist terug uit het contact.

Er is vanuit het ETC weinig aandacht voor de non-specifieke factoren van de beeldende therapie. De therapeutische attitude en de werkrelatie zijn van cruciaal belang in het al dan niet slagen van de therapie. Deze worden bovendien in de beeldende therapie ook op een andere wijze dan in een verbale therapie vormgegeven. Het ETC besteedt op dit vlak slechts aandacht aan het componeren van werkvormen, de wijze van aanbieden en de overweging van interventies. De therapeutische relatie en attitude zijn echter factoren die een evidente bijdrage kunnen leveren aan het uiteindelijke behandelresultaat (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012).

1.3 Transdiagnostische Factoren vs. DSM

Tot nu toe is de behandeling van psychiatrische stoornissen gebaseerd op categorale, symptoomgerichte diagnostische classificatiesystemen, zoals de Diagnostic and Statistical Manual-5 (2014) (hierna: DSM). Van Os (2014) is van mening dat de traditionele diagnostische categorieën vanuit de DSM weinig informatie geven over waar cliënten last van hebben. De focus bij vaktherapeuten ligt juist op de klachten en problemen die de cliënt ervaart. Momenteel is binnen de GGZ een ontwikkeling gaande waarbij er meer interesse is in de transdiagnostische factoren.

Grondleggers van de transdiagnostische factoren zijn Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014). Zij veronderstellen dat achter DSM-gedefinieerde stoornissen een aantal gemeenschappelijke factoren schuilgaan. Dit worden ook wel de transdiagnostische factoren genoemd (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het woord transdiagnostische betekent: 'een rol spelend bij verschillende psychiatrische aandoeningen' (Van Heycop ten Ham et al., 2014). Transdiagnostische factoren kunnen onderscheiden worden in: gelijke symptomen bij verschillende stoornissen, zoals: gelijke gedragingen, gelijke copingstrategieën, gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren, onderliggende overeenkomstige neurobiologische factoren, gelijke behandelinterventies en universele beschermende factoren (Drost, 2014).

Het zoeken naar gemeenschappelijke factoren bij stoornissen en behandelingen kan inzicht in het ontstaan en voortduren van psychische stoornissen verhelderen. Daarnaast kan het de effectiviteit van de behandelingen vergroten (McHugh, Murray, & Barlow, 2009).

Binnen de vaktherapie zijn andere transdiagnostische factoren ontwikkeld dan binnen de algemene psychiatrie. De zeven transdiagnostische factoren binnen de vaktherapie zijn: executieve functies, waarneming, arousal, emotieregulatie, verlies en sociale interactie. Deze worden onder 1.3.1 'Zeven factoren' verder uitgelegd.

1.3.1 Zeven Factoren

Hieronder zullen de transdiagnostische factoren verder worden uitgeschreven. Tevens zal er alsnog een koppeling gemaakt worden tussen de transdiagnostische factoren en de DSM. De reden hiervoor is om te verhelderen welke factor in verband staat met welke bekende diagnoses binnen de DSM.

Executieve functies

Executieve functies zijn geïntroduceerd door de Amerikaanse Neuropsychologe Muriel Lezak. Zij benoemt dat executieve functies (mentale capaciteiten) noodzakelijk zijn voor het formuleren van doelen (Lezak, 1982). Hierbij is het belangrijk dat de cliënt kan plannen en deze planning kan uitvoeren zodat deze zijn doelen bereikt.

Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat de cliënt zijn aandacht kan vasthouden, activiteiten kan starten, gebruik kan maken van feedback, beschikt over mentale flexibiliteit waardoor hij zo nodig een plan kan bijstellen, over probleemoplossende strategieën en impulscontrole beschikt, zelfreflectie heeft en tot slot werkgeheugen en zelfregulatie kan beheersen (Van Heycop ten Ham et al., 2014). Vaktherapie helpt cliënten de concentratie verbeteren (Sietsma & Van den Bos, 2017; Molenaar-Coppens, 2016) en cognities en acties reguleren (Samuels, Tournaki, Blackman, & Zilinski, 2016; Vandenbroucke, Verschueren, & Baeyens, 2017).

De transdiagnostische factor executieve functies staat volgens de DSM (2014) in verband met angststoornissen, depressieve stoornissen, psychotische stoornissen, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Waarneming

Bij factor 'waarneming' gaat het om het verwerken van prikkels tot een betekenisvol geheel. Hierbij leert de cliënt oplopende spanning of conflictsituaties te herkennen, bewustzijn van het eigen lichaam te krijgen, de beeldvorming van zijn omgeving te ontwikkelen en relaties en het eigen zelfbeeld te ontwikkelen (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het is belangrijk dat de cliënt lichaamssignalen herkent en kan verbeteren, waardoor de cliënt voelt en vervolgens bepaalt wanneer iemand over zijn grens heen gaat. Daarnaast speelt het zelfbeeld van de cliënt ook een grote rol bij waarneming.

Waarneming kan onderverdeeld worden in twee processen, namelijk: 'gewaarwording' en 'waarneming'. Gewaarwording is de opname van de stimulatie uit de omgeving, door middel van de zintuigen. Met waarneming wordt het interpreteren en begrijpen van de gewaarwording bedoeld (Brysbaert, 2014).

De transdiagnostische factor waarneming staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, psychotische stoornissen, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Arousal

Bij factor 'arousal' gaat het om de mate van gevoeligheid voor interne stimuli (zoals gedachten, herinneringen en lichamelijke veranderingen) en externe stimuli (zoals de zintuigelijke gewaarwording), ook wel spanningsregulatie genoemd (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Hierbij is het belangrijk dat de cliënt spanning leert te reguleren, stress kan reduceren en leert te ontspannen. Behandeling op deze factor zorgt voor een toename van motorische activiteit en emotionele responsiviteit. Een voorbeeld is dat de cliënt grip krijgt op oplopende spanning. Arousal uit zich volgens de Kwaliteitsontwikkeling GGZ (z.d.) in emotionele reacties en fysiologische reacties, zoals spierspanning en een verhoogde hartslag. Vaktherapie helpt bij deze factor om te ontspannen (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor arousal staat volgens de DSM in verband met: angststoornissen, depressieve stoornissen, psychotische stoornissen, autismespectrum

stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Emotieregulatie

Bij factor 'emotieregulatie', ook wel affectregulatie genoemd, gaat het om het beïnvloeden van de aanwezige emoties, met de focus op hoe emoties worden ervaren en geuit (Fernandez, Jazaieri, & Gross, 2016; Jazaieri, Urry, & Gross, 2013). Dit proces verloopt volgens de Kwaliteitsontwikkeling GGZ (z.d.) in vier fases, namelijk: (1) het kunnen herkennen van emoties, (2) het kiezen voor een emotiestrategie, (3) deze strategie toepassen en (4) het blijven volgen van deze strategie of deze eventueel aanpassen wanneer noodzakelijk. Ook boosheid is een emotie die veelal een rol speelt binnen deze factor. Een voorbeeld is boosheid reguleren voordat deze zich ontwikkelt tot agressie (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Vaktherapie is dan ook een goed middel om emoties te kunnen uiten (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor emotieregulatie staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, depressieve stoornissen, psychotische factoren, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Verlies

Bij de factor 'verlies' gaat het vaak om een verandering in de levenssituatie van de cliënt als gevolg van een ontstaan tekort of gebrek aan een belangrijk persoon (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Dit kan bij sommige mensen leiden tot geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen of suïcide. Deze ingrijpende gebeurtenis kan tevens leiden tot het verlies van zingeving.

Vaktherapie helpt door het stilstaan bij dit verlies, er uiting aan te geven en door het verwerken van de verlieservaring. De cliënt neemt daarbij afscheid en stelt zichzelf in staat tot het aannemen van een nieuwe rol in het dagelijks leven. Kortom vaktherapie helpt om met het verlies om te gaan (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor verlies staat volgens de DSM in verband met (chronische) rouw, depressie, verlies samenhangend met posttraumatische stressstoornis (PTSS) en niet aangeboren hersenletsel (NAH).

Sociale interactie

Bij factor 'sociale interactie' gaat het om het vermogen van de cliënt om interpersoonlijke relaties aan te gaan en deze vervolgens te onderhouden (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het is hierbij belangrijk dat de cliënt op een gepaste manier autonomie handhaaft. Centraal staat volgens de Kwaliteitsontwikkeling GGZ (z.d.) dat je emoties van een ander kan herkennen en interpreteren, waardoor de cliënt zich kan inleven in een ander. Het leren hanteren en aangeven van je eigen grenzen is ook van belang, waarbij ook de grenzen van de ander respecteren belangrijk is. Hierdoor zal het ontwikkelen van de omgang met anderen en het aangaan van relaties aangaan gemakkelijker verlopen. Vaktherapie helpt de cliënten om hun sociale en communicatieve vaardigheden te verbeteren (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor sociale interactie staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, psychotische factoren, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Regelsystemen

Bij factor 'regelsystemen' worden de neurale systemen bedoeld die verantwoordelijk zijn voor de juiste homeostatische regulering van de energie- en slaaphuishouding (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Dit proces wordt ook wel omschreven als het herstellen van de dagstructuur en het dag- en nachtritme van de cliënt. Een voorbeeld is om de in- en uitademing te kunnen reguleren binnen de therapie.

De transdiagnostische factor regelsystemen staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, psychotische factoren, ASS, PTSS, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

1.4 Vaktherapie evidence onderzoeken

Binnen de beeldende vaktherapie zijn er momenteel veel veranderingen gaande. Het gebrek aan evidence based onderzoek, waardoor de vraag blijft hangen of zorgverzekeraars de therapieën zullen vergoeden is daarbij een belangrijke factor (Zorginstituut Nederland, 2015). Het zorginstituut Nederland zal dit jaar (2018) nogmaals beoordelen of vaktherapie wordt vergoed. Ook binnen het ETC zijn veel onderzoeken gaande om het raamwerk aan te scherpen. Uiteindelijk zou het ETC een gemeenschappelijke beroepstaal kunnen worden in de praktijk. Alleen ontbreken de specifieke gedegen onderzoeken om dit te bewerkstelligen (Fikke et al., 2017). Dat betekent dat er een verantwoorde aanpak gericht op het handelen binnen de beeldende therapie moet komen. Zorgverzekeraars zullen door de methodische beroepstaal eerder behandelingen gaan vergoeden.

Ook de zeven transdiagnostische factoren vragen om meer evidence based onderzoek. Het project Generieke module Vaktherapie (GMVT) heeft in opdracht van het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, onder de verantwoordelijkheid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) gemeenschappelijke doelen gesteld die de kenmerken van vaktherapie beschrijven. In de Generieke module is gekozen om de termen van de transdiagnostische factoren als nieuw kader in te luiden voor de vaktherapie. Voor nu betreffen de zeven factoren een voorlopige keuze en zal hier nog verder onderzoek naar gedaan moeten worden. Ook zal er in samenspraak met vaktherapeuten worden besproken of de transdiagnostische factoren de effectiviteit van vaktherapeutische behandelingen vergroten (Sietsma & Van den Bos, 2017).

2. Onderzoekskwestie

De aanleiding van dit onderzoek is het ontbreken van een Nederlandstalig boekje met daarin een beknopt overzicht van methodische werkvormen, gekoppeld aan de zes informatieverwerkingscomponenten vanuit het ETC en de zeven transdiagnostische factoren dat in de praktijk gebruikt kan worden. Ervaringen vanuit de praktijk geven aan dat er wel behoefte is aan een duidelijk overzicht met methodische werkvormen gericht op het ETC (Van Hooren, Willemars, persoonlijke communicatie, maart 2018). Onderzoek naar mogelijke werkvormen zal naar verwachting handvatten bieden voor keuzes in de behandeling die gekoppeld zijn aan de ETC- methode en de zeven transdiagnostische factoren. Een verklaring voor deze behoefte kan zijn dat het ETC een groeiende methode is en in toenemende mate wordt toegepast in het werkveld en op de opleidingen (Fikke et al., 2017). Volgens Hinz (2015) en Lusebrink (2015) was de empirische onderbouwing van het ETC in 2015 nog gering. In de praktijk blijkt dat het ETC zich ondertussen goed verhoudt tot de Nederlandse literatuur op het gebied van beeldend therapie (Fikke et al., 2017). Ondanks dat de literatuur zich goed verhoudt zijn er nog weinig handvatten voor de beeldend therapeuten om aan de slag te gaan met de ETC-methode. Dit vraagt dus om meer ordening, structuur en kennis wat betreft de methodische werkvormen gekoppeld aan de informatieverwerkingscomponenten van het ETC. Hierdoor krijgt het ETC meer vorm voor beeldend therapeuten die nog niet zo bekend zijn met de methode of juist voor startende beeldend therapeuten die behoefte hebben aan handvatten. Ook de transdiagnostische factoren zijn opkomend binnen de vaktherapie. Afgelopen jaren is er hard gewerkt aan een nieuwe kwaliteitsstandaard vanuit de Generieke Module Vaktherapie, waar onder andere ook de transdiagnostische factoren in terugkomen. Tot nu toe zijn deze factoren nog niet gekoppeld aan werkvormen van het ETC. Het is belangrijk dat deze factoren meer worden betrokken bij de werkvormen zodat de vaktherapeut beter kan afstemmen op de cliënt (Sietsma & Van den Bos, 2017). Ook krijgt de behandeling door deze factoren meer vorm en inhoud, zowel voor de vaktherapeut als voor de cliënt.

Deze kwestie bevindt zich op micro-, meso-, en macroniveau. Op mesoniveau zullen beeldend therapeuten werkend in de praktijk problemen ondervinden op het gebied van het aanbieden van methodische werkvormen die aansluiten bij de ETC-methode en de transdiagnostische factoren. Dit komt voornamelijk door het gebrek van deze handvatten. De gevolgen hiervan liggen op microniveau, dit betreft het belang van de cliënten. Volgens Haeyen (2011) heeft een cliënt verschillende basisbehoeftes, waaronder gezien worden, vertrouwen in de therapeut en veiligheid. Om de therapiebehandeling te laten slagen is het belangrijk om deze voorwaarden van de cliënt te vervullen. Het ETC legt de focus op zo goed mogelijk aansluiten bij de ontwikkelingsniveaus en klachten van de cliënt. Dit kan bereikt worden met voldoende kennis van de ETC-methode en de daar bijhorende werkvormen en kennis van de problematiek van de cliënt. Hiermee voelt de cliënt zich serieus genomen en krijgt daarmee vertrouwen in de therapeut. Tevens krijg je door een betere aansluiting een effectievere behandeling. Hiermee zal het creatieve niveau bij de cliënt eerder bereikt worden. Dit heeft voordelen voor de verdere behandeling van de cliënt, namelijk dat de cliënt na gerichte ondersteuning meer regie krijgt over zijn eigen leven waardoor de cliënt vervolgens beter en meer kan participeren in de maatschappij. Tevens is het belangrijk om de ETC-methode binnen de beeldend therapie uit te breiden tot verschillende klachten van de cliënt (transdiagnostische factoren), zodat het in de maatschappij meer gericht ingezet kan worden en daardoor haar waardevolle bijdrage kan leveren, dit betreft het macroniveau.

Tot nu toe wordt er via de Master Art Therapies (MATH) en binnen de opleiding Beeldende Vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht en Stenden lesgegeven in het ETC (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; G. Willemars, persoonlijke communicatie, 2018). Het ETC heeft de potentie om tot een meer gemeenschappelijke beroepstaal te komen

(Fikke et al., 2017). Dit is mogelijk door het ETC meer bekendheid te geven, wat onder andere mogelijk is door een digitaal werkvormenboek te maken. Dit werkvormenboek kan vervolgens geplaatst worden op de website van KenVak.

Dit zou kunnen betekenen dat de methode meer aandacht krijgt en er meer interesse wordt gewekt onder de beeldend therapeuten. Genoeg redenen dus om gericht onderzoek te doen naar een aansluitend beeldend aanbod gericht op de zes componenten van het ETC waarbij de zeven transdiagnostische factoren aansluiten.

3. Hoofd- en deelvragen

4.1 Hoofdvraag

Welke methodische werkvormen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend therapeuten toe op de zeven transdiagnostische factoren?

4.2 Deelvragen

Deelvraag 1

Aan welke doelen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum wordt er gewerkt door beeldend vaktherapeuten op de zeven transdiagnostische factoren?

Deelvraag 2

Welke beeldende materialen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum zetten beeldend vaktherapeuten in op de zeven transdiagnostische factoren?

Deelvraag 3

Welke therapeutische attitude gericht op zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend vaktherapeuten toe op de zeven transdiagnostische factoren?

Deelvraag 4

Welke interventies gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend vaktherapeuten toe op de zeven transdiagnostische factoren?

Deelvraag 5

Welke evaluatievragen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend vaktherapeuten toe bij verschillende doelgroepen in de beeldende therapie?

4. Doelstelling

De uitkomst van dit onderzoek zal een onderbouwd aanbod creëren voor beeldend vaktherapeuten die de ETC-methode gebruiken. Dit betekent dat de focus op het eindproduct ligt wat een digitaal boekje zal worden met beeldende werkvormen passend bij de componenten en ontwikkelingsniveaus van het ETC. Dit boekje zal na beoordeling op de website van KenVak worden geplaatst. Naar verwachting zal dit een hulpmiddel vormen voor beeldend vaktherapeuten die gebruikmaken van het ETC. Hierdoor is het mogelijk dat het werkvormenboekje onder de aandacht komt waardoor er meer beeldend therapeuten verleid worden om gebruik te maken van het ETC. Hiermee is het uiteindelijk mogelijk dat het ETC een gemeenschappelijke beroepstaal kan gaan worden.

Binnen de beeldende therapie is een doel dat cliënten zo effectief mogelijk worden behandeld. Dit is haalbaar wanneer de therapeut voldoende kennis heeft van een effectief methodisch aanbod. Het is belangrijk om ervan bewust te zijn wat de gevolgen van eigen handelen kunnen zijn (Schweizer et al., 2009). Een ander doel is daarmee dat de effectiviteit van de behandeling wordt vergroot.

5. Onderzoeksmethode

4.1 Onderzoeksbenadering

Voor dit onderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek, ook wel een interpretatief onderzoek genoemd (Migchelbrink, 2016). Hierbij is taal het middel waarmee de resultaten en informatie mee worden aangeduid (Migchelbrink, 2012). Een kwalitatief onderzoek staat garant voor verkennend en diepgaand onderzoek (Van Velde, Jansen, & Dijkers, 2012). De gegevens worden op een open en flexibele wijze verzameld, hierdoor kunnen de respondenten vrij vertellen over hun eigen ervaringen binnen de ETC-methode (Verhoeven, 2014). De onderzoeker wil de informatie voornamelijk begrijpen vanuit het 'insiderperspectief'. Dit houdt in dat de onderzoeker van binnenuit zicht krijgt hoe er in de praktijk met het ETC wordt gewerkt, door middel van interpretaties en ervaringen van respondenten uit het werkveld. De interpretaties van de onderzoeker zullen hier overigens geen rol bij spelen. Tevens is een kwalitatief onderzoek passend bij een praktijkgericht onderzoek. Een praktijkgericht onderzoek is gericht op het vernieuwen, verbeteren of veranderen van de kennis en het handelen in de beroepspraktijk (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Het belang van dit onderzoek is de mogelijkheid om een overzicht te creëren met effectieve en methodische werkvormen. Ook wordt het hierdoor mogelijk om de onderzoekskwestie te beschrijven en te interpreteren (Smeijsters, 2014).

4.2 Onderzoekstype

Er is gekozen voor een inventariserend onderzoek. Bij dit type onderzoek wordt er gekeken wat de huidige stand van zaken is in relatie tot het onderzoeksonderwerp. Met betrekking tot dit onderzoek wordt er geïnventariseerd hoe beeldend therapeuten verschillende ETC-werkvormen toepassen op de zes informatieverwerkingscomponenten met een koppeling naar de zeven transdiagnostische factoren.

Door verschillende werkvormen te inventariseren en te analyseren wordt het duidelijk welke methodische werkvormen passen binnen de ETC-methode. Om de werkvormen zo goed mogelijk in beeld te brengen gaat er ook aandacht uit naar verschillende aspecten van de werkvormen, namelijk: bijpassende doelen, interventies, therapeutische attitude, materialen en evaluatievragen. Deze aspecten zorgen ervoor dat een werkvorm methodisch aangeboden kan worden.

4.3 Databronnen en dataverzamelingstechnieken

Voor dit onderzoek werden interviews en een literatuuronderzoek als dataverzamelingstechniek gehanteerd. De focus binnen de interviews lagen op de semigestructureerde vragenlijst. Hierin waren van tevoren gespreksonderwerpen vastgesteld, maar de formulering van de vragen lag hierbij niet vast (Migchelbrink, 2012). Doordat er meer ruimte was voor persoonlijke opvattingen van de respondenten kon er meer informatie verkregen worden (Ansdell & Pavlicevic, 2001). De basis van de semigestructureerde vragenlijst was gebaseerd op de deelvragen van dit onderzoek maar ook op de deelvragen van de andere onderzoekers. De interviewopzet is te vinden in bijlage 4: 'Interviewopzet'. Voor dit onderzoek is er een onderzoeksgroep gevormd met drie andere onderzoekers. Hier was voor gekozen vanwege overeenkomstige onderzoeksonderwerpen. Dit betekent dat er zes interviews zijn verdeeld over vier onderzoekers, zodat overvraging van de respondenten werd voorkomen. De respondenten zijn geregistreerde beeldend vaktherapeuten die gemiddeld vanaf 2009 bekend zijn met het ETC, met daarbij circa vijf jaar expertise. Informatie inzake de respondenten is te vinden in bijlage 14: 'De groep van respondenten' (vanwege privacy uit onderzoek verwijderd). De respondenten hebben dus voldoende kennis en expertise om deel te nemen aan het onderzoek. De interviews worden afgenomen door middel van aantekeningen en worden aan de hand van audio-opnames

vastgelegd. Deze worden vervolgens als transcript woordelijk uitgetypt. Doordat er twee onderzoekers participeren tijdens de interviews worden deze ook door twee onderzoekers uitgetypt en vervolgens door twee andere onderzoekers nagelezen. Hiermee wordt tevens de betrouwbaarheid van de interviews vergroot (zie §4.5 Kwaliteitscriteria).

4.4 Dataverzamelmethode en data-analyse

In dit onderzoek is de data geanalyseerd volgens de kwalitatieve-analyse. Het materiaal voor de kwalitatieve analyse is afkomstig van interviews en literatuur. Hierin hebben gegevens de vorm van teksten. Vanuit deze gegevens werd de werkwijze 'coderen' toegepast. Wanneer er gecodeerd werd was het mogelijk om te ordenen, rubriceren, vergelijken, bekijken en te redeneren. Met deze verzamelde gegevens kon er informatie uitgehaald worden die voor het onderzoek van belang waren (Migchelbrink, 2012). Hiermee werd er een scherper beeld gecreëerd en kon er vervolgens betekenis aan gegeven worden. Het proces van analyseren kon dus door coderen beter worden vastgesteld (Evers, 2015).

Voor dit onderzoek was er gekozen om te coderen via de deductieve benaderingswijze. Hiermee ontwerpt de onderzoeker een startlijst om mee te coderen. Deze startlijst geeft een ordening van begrippen, thema's en concepten. De codes van het onderzoek waren ontleend aan de hoofd- en deelvragen, waar het theoretisch raamwerk van het ETC en de zeven transdiagnostische factoren in terugkomen, deze begrippen vormde een raamwerk met verschillende rubrieken. De rubrieken werden onderverdeeld in subonderdelen. Later ontdekte nieuwe analyses werden later toegevoegd aan de labels (Migchelbrink, 2016). In bijlage 3: 'Codeerboom', is de codeerboom terug te vinden.

4.5 Kwaliteitscriteria

Alle interviews zijn in tweetallen afgenomen, hierdoor konden we elkaar aanvullen tijdens het interview en daarmee het interview sterker maken. Uit de interviews werden er inhoudelijke controles uitgevoerd door derden met de focus op de uitgetypte transcripten en gemaakte analyses (Migchelbrink, 2016). Eerst vond er een membercheck plaats door de andere drie onderzoekers van het ETC, zij controleerde de transcripten. Na deze controle zijn de respondenten van de interviews gevraagd om de interviews te controleren. Het was van belang dat zij de transcripten goedkeurde zodat de onderzoeker officieel gebruik mocht maken van de verkregen informatie. Daarnaast werd er ook een peercheck gedaan, dit hield in dat de door de onderzoeker gemaakte analyses nogmaals werden geanalyseerd door een andere onderzoeker binnen het ETC. Vervolgens werden beide analyses vergeleken. Ook werd er een repeated analysis uitgevoerd, hiermee werden de analyses en literatuur regelmatig getoetst aan nieuwe verzamelde data (Smeijsters, 2006). Tot slot was de auditing van belang. Hiermee hebben onafhankelijke onderzoekers het onderzoek gelezen op inhoud. Wat resulteerde in feedback en daarmee een verhoging van de kwaliteit van het onderzoek.

6. Beantwoorden Hoofd- en Deelvragen

6.1 Deelvraag 1

Aan welke doelen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum wordt er gewerkt door beeldend vaktherapeuten op de zeven transdiagnostische factoren?

Algemeen

Een algemeen doel binnen de therapie is de geleerde vaardigheden in de therapie toepassen in het dagelijks leven (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). De doelen zijn afhankelijk van de transdiagnostische factor waar de cliënt zich bevindt en op welke component de therapeut deze aanbiedt. Gericht op de transdiagnostische factor 'emotieregulatie' zal het doel op de affectieve component zijn om verschillende emoties meer te voelen en herkennen, terwijl op de perceptuele component de emoties gereguleerd worden en op de cognitieve component de emoties onderzocht kunnen worden.

Kinesthetische informatieverwerkingscomponent:

Wanneer er op de kinesthetische informatieverwerkingscomponent werkvormen aangeboden worden zijn de doelen voornamelijk: in beweging komen, lichamelijke ervaring opdoen, experimenteren, de ervaring centraal stellen en bewustwording krijgen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; Hinz, 2009; B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Tekenbewegingen zijn volgens Henskens (persoonlijke communicatie, 4 april 2018) en Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) een voorbeeld van geschiktheid op de kinesthetische component. Er wordt hierbij gebruikgemaakt van een wisselwerking tussen lichaamsdynamiek en beeldend materiaal. Dit resulteert in het in gang zetten van veranderingsprocessen (Overman & Floor, 2014). Tekenbewegingswerkvormen van Dhont (2000) zijn gericht op de volgende transdiagnostische factoren: emotieregulatie, arousal, waarneming en regelsystemen.

Wanneer de focus op een transdiagnostische factor ligt, zullen de doelen van elkaar verschillen. Fikke (persoonlijke communicatie, 16 april 2018) benoemt dat bij de transdiagnostische factor emotieregulatie het doel is om een emotie te herkennen wanneer deze opbouwt, zoals bij boosheid. Daarnaast is het aanleren van oplossingen een doel binnen emotieregulatie, waardoor bijvoorbeeld boosheid gereguleerd kan worden door middel van de kinesthetische component (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). De cliënt kan in contact gebracht worden met lijfelijke gevoelens en bewustwording creëren met wat hij ervaart in het lichaam. Tevens kan een doel zijn om boosheid te verbinden met een externe ervaring, waardoor ontlading kan worden ervaren en lichaamssensaties bewuster worden beleefd (Hinz, 2015). Ook heeft neurologisch onderzoek aangetoond dat de motorische en affectieve aspecten bij het tekenen en beeldhouwen een effect van ontspanning kunnen geven (Belkofer, Van Hecke, & Konopka, 2014; Kruk, Aravich, Deaver, & Beus, 2014).

Ook de transdiagnostische factor regelsystemen is volgens Péntzes (persoonlijke communicatie, 18 april 2018) mogelijk op de kinesthetische component, de beweging levert bewustwording op. Tevens kan je door tekenbewegingen rust of ontspanning creëren (Overman & Floor, 2014).

Doelen bij de transdiagnostische factor waarneming is volgens Schweizer (persoonlijke communicatie, 6 april 2018) om zichzelf beter te leren waarnemen. Dus leren herkennen: Wat is fijn? Wat is niet fijn? Wat vind ik mooi? Wat zijn mijn lievelingskleuren? En wat vind ik lelijk? Door dit basaal aan te pakken is het mogelijk om de beleving van de cliënt bewuster te maken (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). De transdiagnostische factor waarneming gespecialiseerd op gewaarwording behaal je volgens Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) ook op de kinesthetische component door bijvoorbeeld op het ritme van de muziek met pastelkrijt te bewegen. Een doel hierbij is dat je een beweging exploreert, door deze groter, kleiner, langzamer, sneller, zwaarder of juist lichter te maken gericht op de lijnsdrukken (Fikke et al., 2017).

Tenslotte kan je op de kinesthetische component arousal opwekken door bewegingen. Dit betekent dat transdiagnostische factor arousal goed past binnen deze component (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Je kan ervoor zorgen dat arousal afneemt met beweging door in een ritme te komen, spanning kan hiermee worden ontladen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; Overman & Floor, 2014). Bovendien kan een nadruk op beweging cliënten helpen om door fysieke en psychische verdoving heen te breken (Badenoch, 2008).

Sensorische informatieverwerkingscomponent:

De sensorische component is goed voor cliënten die gevoelens effectiever willen uiten of labelen (Meijer-Degen & Jansen, 2006). Je leert op deze component omgaan met sensaties en deze tot expressie te brengen via beeldend werken. Beleving van lichamelijke sensaties worden dan vergroot. Ook zal je uiteindelijk je grenzen herkennen en hanteren (Fikke et al., 2017). Je wordt bewust van innerlijke gevoelens en vergroot hierbij je beleving. Bij sensopathisch werken verandert de focus van resultaatgerichtheid naar procesgerichtheid (Fikke et al., 2017). Dit stimuleert het creatieve proces (Hinz, 2009). Sensorische werkvormen blijken uit onderzoek van Salm (2007) ook effect te hebben op gevoelsbeleving, zintuiglijke beleving en spelbeleving.

De doelen van sensorische werkvormen verschillen per sensorische focus. Bij visuele werkvormen, bijvoorbeeld de nat-op-nat techniek, waarbij je druppels inkt op nat papier laat vallen, ligt de focus volgens Hinz (2009) op externe sensaties en het koppelen daarvan met interne sensaties. Dit kan verzachtend werken. Bij werkvormen gericht op sensitieve ervaringen, bijvoorbeeld vingerverven, zijn de doelen vooral: verkennend, bewust worden van ritme van handbeweging, bewustzijn koppelen aan interne ervaring, mindfull, kalmerend door zichzelf te focussen en het koppelen van de interne en externe sensaties (Hinz, 2009; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). De stress en overprikkeling worden volgens Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) verminderd. Door materiaal aan te raken kan een cliënt aangezet worden tot een focus op de externe prikkels, zoals het glibberige, zachte, scherpe, warme of bobbelige gevoel (Fikke et al. 2017).

Bij werkvormen gericht op het gehoor is het mogelijk om muziek te betrekken. Hiermee maak je volgens Hinz (2009) de connectie met het verleden en heden. Ook worden door muziek verschillende componenten van het geheugen samengebracht, waardoor de emoties worden vergroot (Hinz, 2009). Bij een werkvorm gekoppeld aan muziek kan je denken aan kleien of schilderen op muziek (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Een voorbeeld van de transdiagnostische factor emotieregulatie bij de sensorische informatieverwerkingscomponent is volgens Fikke (persoonlijke communicatie, 16 april 2018) het krassen op ribbelkarton. Dit brengt veel weerstand met zich mee wat associaties kan oproepen met agressie. Deze werkvorm maakt veel geluid en trilt door wat passend is bij het sensorische aspect, maar ook de kinesthetische component. Om emoties direct te reguleren kan de cliënt met de ribbels mee bewegen, dit biedt rust. Hierbij kan de cliënt zelf regie

nemen over het reguleren van de emoties (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Wanneer een cliënt vooral in de transdiagnostische factor executieve functies zit kan het toelaten van plakkerig, nat, koud of warm materiaal al helpen om iemand hieruit te halen (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). De cliënt komt daardoor namelijk direct in contact met het sensorische en affectieve aspect. Sensorisch werken helpt de cliënt om in contact te komen met zijn zintuigen, waardoor hij ook meer aandacht krijgt voor zijn eigen ademhaling. Dit is passend bij de transdiagnostische factor regelsystemen (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Door sensorisch te werken met bijvoorbeeld klei bereik je eerder bewustwording, maar dit kan ook een meditatief effect met zich meebrengen (Hoefsloot, 2012).

Als de cliënt in de transdiagnostische factoren arousal en executieve functies zit, zal de cliënt zich niet meer bewust zijn van de eigen ademhaling en zijn lichaamsspanning. Door sensorisch te werken kan de therapeut daar een stukje bewustwording door creëren (Hoefsloot, 2012).

Op de sensorische component kan er volgens Schweizer (persoonlijke communicatie, 6 april 2018) ook gewerkt worden aan de transdiagnostische factor waarneming. Door het aanraken van materialen kunnen cliënten beter hun aandacht richten op hun eigen waarnemen. Op deze component is dat heel basaal en ligt de focus op het leren kennen van: Wat vind je fijn? Wat is niet fijn? Wat vind ik mooi? Wat zijn mijn lievelingskleuren? En: Wat vind ik lelijk? Hierdoor wordt de cliënt bewuster van zijn eigen beleving en waarneming.

Perceptuele informatieverwerkingscomponent:

Bij de perceptuele component neemt de cliënt op emotioneel gebied afstand van zijn werkstuk. De cliënt bekijkt het werkstuk objectief, dit kan een regulerende werking hebben voor de cliënt. Hierbij is het doel om het zelfinzicht en beleving te vergroten en om gedachten en oordelen te (her)structureren. De emotionele afstand met objectieve beeldtaal van het werkstuk kan veiligheid bieden, ook vermindert dit vaak de stress (Drake, Coleman, & Winner, 2011; (Fikke et al., 2017; Lusebrink, 1990). Deze component is ook passend bij de cognitieve therapie, hierbij is het doel om eerst de cliënt een objectieve observeerder te laten zijn om vervolgens negatieve gedachten te veranderen (Beck, 1995).

De transdiagnostische factor waarnemen is passend op de perceptuele component. Wanneer de waarneming verstoord is, bestaat er een grote kans dat er een blokkade op de perceptuele component zit (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Beeldende therapie heeft hierbij veel voordelen aangezien je als therapeut een tastbaar en zichtbaar eindproduct hebt en daarmee de cliënt goed kan helpen in het kijken naar wat zij hebben gemaakt en welke vormen en kleuren te zien zijn. Ook kunnen cliënten uit de creatieve ervaring stappen om vervolgens objectief naar hun werkstuk te kijken (Hinz, 2009). Cliënten leren hun omgeving en zichzelf anders waar te nemen. Door het waarnemen te oefenen op een eigen werkstuk kan dit vervolgens volgens Hinz (2009) ook gemakkelijker gaan in het dagelijks leven. Cliënten worden bewust van de manier waarop zij de realiteit waarnemen (Hinz, 2009). De cliënt wordt door deze component flexibeler, maar kan ook meer afstand nemen van de affectieve component wanneer de cliënt overspoeld wordt door emoties (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Op het gebied van de transdiagnostische factoren emotieregulatie en arousal kan de perceptuele component ook wat betekenen. Door middel van het waarnemen kan de cliënt bepaalde emoties gaan reguleren (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). De cliënt verlegt hierbij namelijk de focus van emotioneel naar formeel kijken. En hierbij afstand te nemen van je emoties of spanning (Hinz, 2009).

Wanneer de focus op de transdiagnostische factor sociale interactie ligt, kan grenzen aangeven een thema zijn binnen een werkvorm. Een voorbeeld hiervan is dat de therapeut

start met schilderen en dat de cliënt dit mag naschilderen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Dan moet de cliënt goed kijken wat de therapeut schildert. De therapeut kan het de cliënt moeilijk maken door het tempo te verhogen, waardoor de cliënt het tempo niet meer kan bijhouden. Het is belangrijk om te observeren hoe de cliënt hierop reageert en of de cliënt zijn grenzen aangeeft als het niet meer gaat.

Affectieve informatieverwerkingscomponent

Ervaringen op de affectieve component helpen cliënten te komen tot adequate en veilige expressie van emoties (Hinz, 2015). Het doel is dat cliënten emoties beter leren herkennen, bewust worden van emoties, emoties gaan begrijpen en onderscheid leren maken tussen de verschillende emoties (Hinz, 2015; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; Lusebrink, 1990). Daarnaast is het belangrijk om deze emoties te benoemen tijdens de vaktherapie (Verfaillie, 2011). Dit zal de cliënt helpen bij het herkennen van emoties, het uiten van emoties of grenzen en ook hun waarneming en/of beleving beter te herkennen. Door deze kennis zullen de cliënten hun emoties beter kunnen reguleren (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Volgens Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) is het ook belangrijk dat de cliënt leert om congruent zijn emoties of grenzen aan te geven. Dus wat de cliënt voelt vanbinnen moet hij ook op die manier gaan uiten. Daarnaast wil je als therapeut bereiken dat de cliënt in beweging komt, waarbij de cliënt niet teveel gaat nadenken wat het resultaat zal worden, maar dat er juist een spontane expressie ontstaat. Het doel is dat beelden niet bedacht en gepland zijn, maar meer vanuit een gevoel en beweging gaan stromen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Door de cliënt deze directe affectieve ervaring te laten opdoen, zal de cliënt ervaren dat expressie van emoties niet alleen acceptabel is, maar ook stress vermindert en het leven daardoor kan veranderen. Dit wordt door cliënten dan ook veelal als een opluchting ervaren (Hinz, 2009). Ook brengt dit verbeteringen met zich mee wat betreft de stemming van de cliënt (Fikke et al., 2017). Deze voorbeelden zijn ook passend bij de transdiagnostische factor emotieregulatie (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Op de affectieve component is de transdiagnostische factor waarnemen volgens Pénzes (persoonlijke communicatie, 18 april 2018) en Fikke (persoonlijke communicatie, 16 april 2018) een manier om emoties of spanningen te reguleren. Een voorbeeld is dat een cliënt geen grip heeft op eigen emoties, in dat geval is het mogelijk om de perceptuele component erbij te pakken. Hiermee krijgt de cliënt een realistischer beeld van emoties.

De transdiagnostische factor verlies is een veelvoorkomende factor op de affectieve component. Doelen zijn dat cliënten weer in contact komen met nare gevoelens wanneer zij deze wegstoppen (De Mönnink, 2015; D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Of de cliënt is juist overspoeld door verdriet en kan dit geen plek geven (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Wanneer cliënten het verdriet vermijden appelleren zij vooral aan de cognitieve component. Vermijden is een veelvoorkomende rouwreactie, waarbij vaak misinterpretaties en negatieve opvattingen naar voren komen (Spuij, Stikkelbroek, Goudena, & Boelen, 2008). Het uiten van gevoelens en daarmee communiceren via beeldend werken vermindert de controle en daardoor komt de cliënt eerder bij herinneringen en gevoelens (Van Kouwen, 2013). Wanneer cliënten overspoeld worden door verdriet, hier geen grip op kunnen krijgen en dit daardoor geen plekje kunnen geven, begeven zij zich op de affectieve component. Bij deze cliënten kan een doel zijn om hen naar de cognitieve component te appelleren. Hierbij ontwikkelen cliënten een reëel beeld van verlies en kunnen daarmee meer zingeving ontwikkelen (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Wanneer cliënten emoties vermijden zit daar vaak een stukje angst onder, dus angst om de controle te verliezen of angst om overspoeld te raken. Wanneer de therapeut cliënten van cognitieve naar de affectieve component wil bewegen, zal het doel zijn om hem te laten ervaren dat emotie niet eng hoeft te zijn (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Ook wel het opdoen van een positieve ervaring

dat appelleert aan affect. Omdat beeldende therapie een appèl doet op verliesgevoelens zal het verlies eerder een plekje krijgen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Cognitieve informatiewerkingscomponent

Bij de cognitieve component zijn complexe taken passend zoals: verbale zelfinstructie, toekomstgericht handelen, oorzaak- en gevolgdenken, plannen, mentale beelden creëren gericht op het verleden of juist op de toekomst (voorstellingsvermogen), reflecteren op gedrag waardoor zij nieuwe inzichten weer kunnen toepassen in nieuwe ervaringen en tenslotte overweldigende emoties kunnen verminderen door te werken op de cognitieve component (Fikke et al., 2017; Lusebrink, 1990). Daarnaast is zelfzorg een veelzijdige cognitieve functie. Veel cliënten hebben voor de therapie geen kennis over zelfzorg en kunnen deze informatie in vaktherapie verbreden op deze component. Ook is een doel om het zelfbewustzijn van de cliënt te vergroten, gekoppeld aan oplossingen bedenken (Hinz, 2009). Deze doelen passen ook bij de transdiagnostische factor executieve functies. Wanneer de cliënt goed functionerende executieve functies, heeft de cliënt de mogelijkheid om met ideeën te kunnen spelen, om verleidingen te kunnen weerstaan, nieuwe uitdagingen aan te kunnen gaan en gefocust te blijven (Diamond & Lee, 2011).

Binnen de transdiagnostische factor emotieregulatie kan een doel zijn op de cognitieve component dat de cliënt leert welke emoties er zijn, dat de cliënt snapt dat mensen emoties hebben en wat hiervan de functie is. Door hierover informatie te geven en erover na te denken wordt de cliënt ook bewust van zijn eigen emoties op een cognitieve manier. De therapeut gaat dan meer in op welke gedachten de emoties oproepen en welke situaties bepaalde emoties oproepen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Ook de transdiagnostische factor sociale interactie kan verbonden worden met de cognitieve component. De therapeut kan de cliënt leren om grenzen aan te geven. Een manier om hier cognitief op in te steken is door kaarten te gebruiken met afbeeldingen van situaties. Bij elke kaart kan de therapeut aan de cliënt vragen of zij zichzelf hierin herkennen, waarbij de therapeut vooral gaat onderzoeken in welke situatie een bepaalde emotie voorkomt (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Daarnaast zal de cliënt binnen de cognitieve component instructies moeten volgen en kunnen luisteren, hiermee ontwikkelt de cliënt ook een stukje sociale- en communicatieve vaardigheden (Hinz, 2009).

De transdiagnostische factor arousal is ook mogelijk op de cognitieve component (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). De therapeut kan de cliënt blootstellen aan een vervelende ervaring, hiermee kan eventueel een traumatische herinnering verwerkt worden. Wanneer de cliënt hier langdurig naar kijkt, zal de arousal verminderen. Door daarna een ontspannende werkvorm aan te bieden zal de cliënt bemerken dat de arousal verminderd wanneer hij hier weer afstand van neemt. Binnen de transdiagnostische factor verlies zijn de doelen gericht op zingeving en het affect beter reguleren (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Ten slotte zijn de executieve functies van de transdiagnostische factoren een belangrijk aspect binnen de cognitieve component (Fikke et al., 2017; Hinz, 2009; I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hierbij gaat het om het formuleren van doelen, plannen maken en daarmee je doel bereiken. Deze doelen komen overeen met de doelen op de cognitieve component (Cozolino, 2002).

Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) maakt ook wel gebruik van de Stop-Denk-Doe-Methode van Meichenbaum (1977) bij mensen met ADHD. Dit is een cognitieve methode voor aandachts-, werkhoudings- en impulsiviteitsproblemen. Door structuur aan te brengen in het denken en doen zal de cliënt bepaalde vaardigheden beter ontwikkelen (Timmerman, 2012). Bij deze methode gaan cliënten eerst bedenken wat zij gaan maken in

de therapie: Wat is het plan? Vervolgens gaan zij dit uitschrijven en ten slotte gaan zij dit uitvoeren. Dan is er een tussenpauze waarin er wordt gecheckt of de cliënt hulp nodig heeft en de cliënt verder kan. Wanneer het werkstuk is voltooid wordt er nogmaals gekeken of het plan goed is geslaagd. Deze methode is heel praktisch, wat past binnen deze component. Een andere mogelijkheid is om de cliënt een complexe opdracht te geven zoals: maak een kubus in één uur. Hierbij moet de cliënt in stappen de opdracht organiseren en uitvoeren, anders zal de opdracht niet slagen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Symbolische informatieverwerkingscomponent

Volgens het ETC is een symbool een signaal, teken, indicatie of metafoor die bewuste of onbewuste informatie representeert. Een symbool wordt gevormd door persoonlijke ervaringen, herinneringen en gevoelens (Smeijsters, 2014). Binnen deze component brengt dit voor de cliënt een uitingvorm zonder dat deze te bedreigend is (Kagin & Lusebrink, 1978). Symbolen kunnen negatieve ervaringen uit het verleden op een symbolische manier samenvatten, afsluiten en integreren. Dit geldt ook voor conflicten die vanuit het onbewuste worden vormgegeven (Fikke et al., 2017). Dit geeft de cliënt de mogelijkheid om zichzelf te ontdekken en hier met symbolen persoonlijke betekenis te geven aan thema's (Kagin & Lusebrink, 1978; Lusebrink, et al., 1982). De cliënt kan zijn beelden waarnemen en daarmee zichzelf beter begrijpen. Cliënten kunnen ook leren om door kunst interne sensaties te externaliseren (Chapman, 2014). Dit helpt ook om handelen en gevoel te ordenen en begrijpelijk te maken voor de cliënt, om de identiteit te versterken, persoonlijkheidseigenschappen te integreren en hun (onbewuste) gevoelsleven te exploreren (Fikke et al., 2017). Daarnaast is het voor de cliënt vaak nog niet in woorden uit te drukken, maar komt het bewust of onbewust tot uiting wanneer de cliënt symboliseert (May, 1960; Smeijsters, 2014; Jung, 1964).

Symbolen kunnen een gevoel van veiligheid bij de cliënt creëren, doordat verwarde gevoelens vorm krijgen en niet direct uitgesproken hoeven te worden. Door hiermee aan de slag te gaan worden thema's beter hanteerbaar (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Het werken met symbolen helpt om eigen ervaringen te generaliseren en vervolgens in een algemenere context te plaatsen. De grotere context helpt bij het definiëren van het zelf. Door ontdekkingen te integreren tussen het zelf en anderen kan de cliënt persoonlijke groei bevorderen (Hinz, 2009, 2015). Op de symbolische component wordt ook de kinesthetisch, sensorische en affectieve component betrokken (Hinz, 2009). Hierdoor kunnen ook emoties toegelaten worden of energie vrijgelaten worden. De symbolische component maakt het een diepere ervaring omdat het een multidimensionale ervaring is.

Binnen de transdiagnostische factor waarnemen kan de cliënt kijken naar de onbewuste conflicten die worden vorm gegeven. De cliënt kan zijn beelden waarnemen en daarmee beter zichzelf begrijpen. Door dit te waarnemen kan de cliënt het handelen en gevoel ordenen waardoor het voor de hem begrijpelijker wordt. Dit wordt ook wel een cognitieve constructie, cognitieve oplossing genoemd (Hinz, 2009).

De transdiagnostische factor arousal is ook aan de orde op de symbolische component. Wanneer cliënten last hebben van een bepaald thema (innerlijk conflict), waar hij geen grip op kan krijgen of wanneer hij moeite heeft om het conflict onder woorden te brengen, is het mogelijk om op een laagdrempelige manier een werkvorm aan te bieden gericht op het conflict, zoals een beeld maken. Daarentegen kan je ook een wat abstractere, of dubbelzinnige werkvorm aanbieden. Het tegenovergestelde in een kleibeeld vormgeven is iets dat kan aanzetten tot symboolvorming. Werken met sponzen omschrijft Hinz (2009) als een vorm waarbij de cliënt snel in de ambiguïteit komt. Dat kan een manier zijn om bijvoorbeeld inzicht te krijgen in de reden of oorzaak van de arousal (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Wanneer de cliënt excessief op de transdiagnostische factor executieve functies werkt, is het

passend om (onder andere) in te steken op de symbolische component. Van daaruit kan je de vraag stellen hoe een ervaring was (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Daarnaast kun je vanuit een gemaakt beeld obsessieve of negatieve gedachten opnieuw labelen, hierdoor kunnen ervaringen in de beeldende therapie leiden tot nieuwe corrigerende gedachten (cognitieve herstructurering) (Fikke et al., 2017; Hinz, 2015).

Tenslotte is de transdiagnostische factor verlies een ingang op de symbolische component. Wanneer de cliënt overspoeld wordt door verdriet is het mogelijk om symbolisch betekenis te geven aan het verlies, door bijvoorbeeld de cliënt te vragen om het verlies symbolisch vorm te geven (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). De cliënt kan het verhaal verbeelden en nagaan wat de tekening voor de hem betekent. Ook kan dit tot uiting komen in een mooie herinnering of juist een persoon. Dit kan ook abstract, als de cliënt er maar zelf betekenis en symboliek aan kan geven (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Een doel binnen de transdiagnostische factor emotieregulatie is dat de cliënt bewust wordt van zijn eigen gedrag en hoe de cliënt zelf omgaat met emoties (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Daarnaast kunnen emoties beter hanteerbaar worden en kan de toegang tot emoties vergemakkelijkt worden door het creëren van veiligheid en afstand door middel van de symbolen. De cliënt benadert het probleem hierdoor met een andere taal (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Een werkvorm op deze component zou een masker kunnen zijn. Hier komt naar voren wat de cliënt aan de buitenkant laat zien en vanbinnen voelt. Dit levert bewustwording op (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

6.2 Deelvraag 2

Welke beeldend materialen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum zetten beeldende vaktherapeuten in op de zeven transdiagnostische factoren?

Algemeen:

Uit onderzoek van Péntzes et al. (2015) kwam naar voren dat kennis over de beperkingen en mogelijkheden van het materiaal een voorwaarde moet voor de beeldend therapeut, voordat hij dit aanbiedt. Wanneer je als beeldend therapeut goed aansluit kan je de interactie tussen de cliënt en het materiaal bevorderen.

Als de therapeut te snel materiaal aanbiedt, kan er angst, boosheid of tegenzin opgeroepen worden (Hinz, 2015). Materiaal dat aansluit bij de ervaring van de cliënt kan juist plezier en verrassing oproepen (Lusebrink, 1990). Het materiaal moet dan ook passen bij het doel van de cliënt, het ontwikkelingsniveau van de cliënt en de psychische en cognitieve mogelijkheden van de cliënt (Lusebrink, et al., 1982).

Kunstmaterialen kunnen net zoals de componenten in een continuüm geplaatst worden. Deze worden ook door Moon (2010) en Malchiodi (2012) in volgorde gezet van materialen die een lage structuur hebben (vloeiender en moeilijker te beheersen) (Malchiodi, 2002; Schnetz, 2005) en materialen met een hoge structuur roepen de cognitieve ervaringen op (Péntzes et al., 2015). De meningen over deze verdeling zijn verdeeld. Een voorbeeld is dat inkt ook aansluit bij de cognitieve component wanneer je hierbij een kroontjespen gebruikt. Het is dus afhankelijk van hoe je het materiaal aanbiedt en met welke techniek (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Kinesthetische informatieverwerkingscomponent:

Materialen die passen bij de kinesthetische informatieverwerkingscomponent zijn vooral materialen die weerstand bieden, een inherente structuur in zich hebben of vragen om een fysieke inspanning voor het bewerken van het materiaal (Fikke et al., 2017). Voorbeelden van kinesthetische materialen zijn: steen, hout, mozaïek, temperaverf, grove kwasten, harde klei of oude kranten die je kan verscheuren (Hinz, 2009, 2015). Daarnaast kan kosteloos of ongestructureerd materiaal helpen om verwachtingen los te laten, leren fouten te mogen maken en de nieuwsgierigheid op te wekken (Fikke et al., 2017). Hiermee wordt de mogelijkheid voor de cliënt vergroot om creatieve ervaringen op te doen (Hinz, 2009).

De grootte en de hoeveelheid van het materiaal zijn methodisch gezien bepalend om gericht op deze component in te zetten. Zo passen bij de kinesthetische component grote formaten. Bijvoorbeeld grote formaten papier waardoor de cliënt eerder lichamelijke bewegingen kan maken (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Hoe groter de beweging hoe minder sensorisch (Lusebrink, 1990). Het groots werken kan lekker zijn voor de cliënt, maar zal ook eerder een gevoel oproepen. Dit kan leiden tot spanningsreductie (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

De materialen waarmee je het maximale effect kan bereiken gericht op de tekenbewegingen zijn volgens Dhont (2000) droge krijtjes (pastel) en houtskool. De reden hiervoor is dat er in lagen gewerkt kan worden, waarin je vlakken gemakkelijker in kan kleuren en tegelijkertijd lijnen kan zetten. Daarentegen zijn vette krijtjes zoals oleikrijt niet passend bij de tekenbewegingen doordat je lijnen niet goed kan uitvegen. Door juist de droge krijtjes te gebruiken kunnen cliënten een grotere verdieping en expressie in de tekening laten ontstaan (Dhont, 2000). Daarnaast is het voor kinesthetisch werken van belang dat het papier vastgeplakt is met tape, waardoor de cliënt zich kan geven in het proces en niet wordt afgeleid. Wanneer er muziek bij de kinesthetische component wordt gebruikt is het belangrijk rustgevende en niet-overheersende muziek af te spelen (Dhont, 2000). Een voorbeeld is om

met pastelkrijt op het ritme van de muziek mee te bewegen (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Sensorische informatieverwerkingscomponent:

Sensorische materialen kunnen bestaan uit zand, gevonden natuurlijke fossiele en organische materialen zoals dennenappels, blaadjes, bloemen, rijke textuur (Hinz, 2015; Molenaar-Coppens, 2016), kippengaas, glas, metaal, scherp glas, stevig timmeren op hout, soft-pastelkrijt, oliekleurkrijt en waterkleurkrijt (Schweizer et al., 2009). Bij alle materialen, met name bij klei, gaat de voorkeur uit naar zo min mogelijke gereedschap. De reden hiervoor is dat het aanraken van materialen contact met de gevoelswereld bevordert (Hinz, 2009). Kramers en Van Straten (2014) benoemen het werken met de handen (of voeten) zonder tussenkomst van een penseel of ander gereedschap een geschikte werkvorm in het kader van herstel van contact met het eigen lichaam.

Bij sensorische werkstukken zit het vaak in het kleine. Zoals het voelen van een speksteen of uitwrijven van pastelkrijt: dat helpt om een stukje bewustwording te ontwikkelen om vervolgens te kijken hoe het is om dat te doen. De therapeut brengt in tegenstelling van de kinesthetische component het tempo omlaag en houdt de bewegingen klein. Ook is het belangrijk om klei eerst op te warmen in een warming-up vorm. Dit zorgt voor meer flexibiliteit in de klei en nodigt daarmee meer uit dan koude en harde klei (Landgarten, 1981). Binnen werkvormen zijn er verschillende mogelijkheden van materialen waarmee je kan experimenteren. Zo kan je gericht op vingerverven ook inkt of scheerschuim gebruiken, dit brengt de verschillende zintuigen samen. Ook kan je werken met geurende kruiden of potpourri (mengsel van geurende bestandsdelen) (Hinz, 2009). Hiermee heb je de mogelijkheid om een collage te maken op stevig papier. Je stimuleert op die manier de reukzintuigen.

Kleuren mixen door middel van waterverf, met de focus op hoe de kleuren samengaan is een sensorische ervaring (Scholt & Gavron, 2006). Het materiaal biedt dan een sensorische prikkel. De cliënt kan door het materiaal ook juist gestimuleerd worden om nieuwe ervaringen aan te gaan. Bijvoorbeeld grenzen leren aanvoelen of ontdekken wat passend is bij de transdiagnostische factor sociale interactie.

Tenslotte kunnen materialen verschillende associaties oproepen, met name op de sensorische component. De cliënt heeft vaak een fijne of niet fijne herinnering aan bijvoorbeeld klei. Dit brengt een gevoel met zich mee waardoor je de affectieve component kan bereiken (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). De persoonlijke herinneringen worden dan gestimuleerd (Hinz, 2009).

Perceptuele informatieverwerkingscomponent

Materiaal met een hoge structuur is geschikt voor deze component (Lusebrink, 1990; Moon, 2010). Bijvoorbeeld: hout, metaal en tegels (Hinz, 2009). Deze materialen begrenzen de emotionele uiting. Het maken van gestructureerde werkstukken kan de cliënt een intern gevoel geven van structuur wat vaak kalmerend en geordend werkt.

Het materiaal bij de perceptuele component is vooral gericht op het kunnen weergeven van vormen en lijnen. Wanneer de therapeut de cliënt stillevens laat tekenen en de cliënt wil dit perfect natekenen, is het mogelijk om juist houtskool aan te bieden, hierdoor voelt de cliënt zich vrijer en verlaagt daarmee de verwachting. De cliënt kan met houtskool namelijk geen perfecte lijnen trekken. Hiermee wordt er een stukje onvoorspelbaarheid gecreëerd dat ook leerzaam is voor in het dagelijks leven (B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april 2018). Er is aangetoond dat mandala's inkleuren angst vermindert. De vormen van een mandala bieden structuur, deze werkvorm is daarom geschikt op de perceptuele component (Babouchkina & Robbins, 2015; Curry & Kasser, 2005; Drake et al., 2011).

Affectieve informatieverwerkingscomponent

Kenmerkend voor de affectieve component zijn de vloeiende materialen met felle kleuren (Hinz, 2009). Deze felle kleuren werden in 1988 al door Birren (1988) geassocieerd met emoties. Voorbeelden van materiaal dat de emotionele expressie uitnodigt en verbetert zijn soft-pastel en wateroplosbare oliekrijtjes (Hinz, 2009). Een ander materiaal dat een sterk appèl doet op affect is waterverf. De mogelijkheden zijn hierbij divers, maar bij deze component is het vloeien van de waterverf op vochtig papier een passende mogelijkheid bij de affectieve component (Lusebrink, 1990). Werken met dit materiaal werkt snel, vloeit gemakkelijk uit en vult snel het papier (Schweizer et al., 2009). Hierbij komen mogelijk frustraties vrij doordat je de controle verliest (Hinz, 2009). Daarnaast kan deze ervaring ook een succeservaring worden, doordat het resultaat onverwachts is en kan als therapeut de cliënt uitnodigen om voorzichtig gevoelens toe te laten door te vragen hoe zij de werkvorm hebben ervaren (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Dit geldt ook voor andere materialen zoals verf, dit kan namelijk irritaties, walging of juist ontspanning oproepen (Fikke et al., 2017). Ook natuurlijke materialen, direct vanuit de natuur, waar niemand nog eerder betekenis aan heeft gegeven is volgens Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) passend. Dit kan je als therapeut aanbieden wanneer de cliënt veel gedachten en gevoelens heeft en daardoor vastloopt. Je kan de cliënt één materiaal uit de natuur laten kiezen dat dichtbij komt wat de cliënt voelt. Dit mag hij vervolgens met houtskool uittekenen. Daarmee komen cliënten vaak tot de conclusie wat hen bezighoudt.

Bij de affectieve component is het belangrijk om gereedschap weg te laten, waardoor de cliënt direct in contact komt met het materiaal en daarmee eerder in contact komt met zijn gevoelens (Linehan, 2002; Lusebrink, 1990; Schweizer et al., 2009). Wanneer de cliënt werkt met potlood en liniaal zal de controle over zijn gevoelswereld vergroot worden. Tevens is het formaat van het papier van belang op deze component. Groot formaat papier (vanaf 60-70 cm) zal de emoties stimuleren (Hinz, 2009). Een mandala aanbieden met stiften of kleurpotloden is een interventie dat past wanneer de emoties te hoog oplopen. Met deze interventie verminder je stress en spanning (Buchalter, 2013).

Cognitieve informatiewerkingscomponent

Bij de cognitieve component zijn weerbarstige en constructieve materialen passend binnen het ETC (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hierbij gaat de voorkeur uit naar gereedschap en/of materiaal waarbij je in stappen moet werken of een volgorde moet aanhouden (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Voorbeelden van materiaal zijn: hout, steen, mozaïek of oude tijdschriften (Hinz, 2009). Een voorbeeld is het maken van een collage, dit is minder intimiderend dan zelf een werkstuk creëren met verf. Met verf zal de cliënt zelf de vormen moet schilderen in plaats van dat dit al bestaande afbeeldingen zijn voor een collage. Cliënten die van zichzelf denken niet over artistieke vaardigheden te beschikken, zullen hier vooral moeite mee hebben volgens Hinz (2009). Vaak zijn er woorden of teksten (uit tijdschriften) te zien in de collage, dit maakt een collage onder andere cognitief. Dit geldt ook voor de verbale nabespreking die vaak van pas komt. Dit vergroot de cognitieve betrokkenheid (Hinz, 2009). Daarnaast zullen kleine formaten papier cognities uitlokken. Tekenmaterialen zoals potlood, liniaal et cetera zijn daarbij passend.

Door Hinz (2009) wordt beschreven dat ook materiaal met een duidelijke structuur, zoals speksteen of hout, meer cognitieve ervaringen teweegbrengt. Deze materialen en bijbehorende gereedschappen zijn namelijk complexer in het gebruik en vragen meer (opeenvolgende) stappen in een werkvorm. Een methodische inzet van deze materialen zou om deze reden het executief functioneren kunnen verbeteren, bijvoorbeeld in het plannen, het oorzaak- en gevolgdenken en bij de besluitvorming (Fikke et al., 2017; Hinz, 2009, 2015). Ook inkt dat volgens Hinz (2009) bij de vloeiende/emotionele materialen past, kan aansluiten bij de cognitieve component (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Wanneer

je gereedschap toepast, zoals een kroontjespen, zal dit effect hebben op de cognitieve component. Dit geldt ook wanneer de cliënt een opstelling gaat maken van zijn systeem. Dit is dan mogelijk met bestaande objecten, zoals Playmobil-objecten, maar de cliënt kan dit ook zelf tekenen. Wanneer de therapeut gebruikmaakt van bestaande objecten zal dit een cognitieve ervaring bewerkstelligen. Wanneer je als therapeut ervoor kiest om de cliënt dit zelf te laten tekenen, wordt het persoonlijker en daarmee meer affectief. De cliënt kan namelijk in een tekening eigenschappen van de personen weergeven en de kleuren daarbij zelf invullen (Hinz, 2009).

Symbolische informatieverwerkingscomponent

Hinz benoemt ook dat symbolen veelal onderdrukte kinesthetische, sensorische en affectieve aspecten bevatten. Veel materiaal is volgens het ETC om deze reden dan ook geschikt voor het werken op de symbolische component (Fikke et al., 2017). Als je de materiaaleigenschappen van het ETC beziet, past het symbolisch en cognitief werken bij de weerbarstige en complexe materialen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Door Hinz (2009) wordt ook beschreven dat materiaal met een duidelijke structuur, zoals speeksteen of hout, meer cognitieve ervaringen teweegbrengt. Deze materialen en bijbehorende gereedschappen zijn namelijk complexer in het gebruik en vragen meer (opeenvolgende) stappen in een werkvorm. Een methodische inzet van deze materialen zou om deze reden het executief functioneren kunnen verbeteren, bijvoorbeeld in het plannen, oorzaak- en gevolgdenken en bij de besluitvorming (Diamond & Lee, 2011; Fikke et al., 2017; Hinz, 2009, 2015). Daarentegen zijn ook de vloeiende materialen geschikt op deze component. De cliënt kan met dit materiaal intuïtief iets vormgeven, wat de symboolvorming op gang kan brengen (Fikke et al., 2017; Hinz, 2009). Dit resulteert in onduidelijke, vage, ongedefinieerde ontluikende vormen waardoor je de focus vergroot op symbolische betekenisvolle vormen.

Materialen/werkvormen met een lage structuur worden door Hinz (2009) op de symbolische component aangeraden zoals: blot painting, schilderen met behulp van sponzen, het maken van een krabbeltekening van Cane (1951), schilderen met vererfd draad of het maken van een tissue paper collage. Deze werkvormen brengen een paar instructies met zich mee, maar geven de cliënt vooral de ruimte om ervaringen op te doen en hierbij verschillende richtingen op te gaan (Hinz, 2009). Cliënten komen er op deze component achter dat zij niet afhankelijk van de therapeut zijn wat ze gaan maken, maar zelf hun richting kunnen bepalen in het leven (Hinz, 2006).

6.3 Deelvraag 3

Welke therapeutische attitude gericht op zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend vaktherapeuten toe op de zeven transdiagnostische factoren?

Algemeen:

De therapeutische houding zegt iets over de persoonlijke opstelling van de vaktherapeut. Door Smeijsters (2014) ook wel therapeutische techniek genoemd. Dit is de wijze waarop de therapeut intervineert. Je lokt als therapeut met je therapeutische houding een reactie uit, door middel van confronteren, synchroniseren en reflecteren. Het is zoals eerder benoemd afhankelijk van hoe je een werkvorm inzet welke therapeutische attitude hierbij past (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Kinesthetische informatieverwerkingscomponent:

Vaak ben je op het onderste niveau vooral aan het stimuleren en aanmoedigen zodat de cliënt in beweging komt (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Ook is een directieve houding passend wanneer je bijvoorbeeld een krasoefening als warming-up inzet. Dan stuur je de werkvorm aan en benoem je wat de cliënt mag doen. Door de cliënt aan te sturen hou je de cliënt in beweging en is het voor de cliënt mogelijk om de warming-up zo goed mogelijk te ervaren (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Deze houding is onder andere passend bij transdiagnostische factor verlies, arousal, regelsystemen en emotieregulatie.

Bij de tekenbeweging stem je je houding af op die van de cliënt en op datgene wat je wilt overbrengen, zoals een ontspannen lichaamshouding en ademhaling met een rustige en levendige stem (Overman & Floor, 2014).

Sensorische informatieverwerkingscomponent:

Bij de sensorische component kun je als therapeut op een lichte manier aansturen, omdat je de cliënt vooral de ruimte wilt geven om daar iets mee te doen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Een beetje afstand is dan gepast, maar niet te veel, want de cliënt mag wel in beweging blijven. Dit doe je als therapeut door betrokkenheid te tonen met enige stimulering en aanmoediging waardoor de cliënt in beweging blijft. Het is niet nodig om alles directief uit te leggen en aspecten vast te leggen.

Wanneer de cliënt vastloopt in het sensopathisch werken of juist geen start kan maken, is het volgens Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) nodig om een uitnodigende houding te creëren. Laat de cliënt in eerste instantie het materiaal vastpakken. Wanneer de cliënt hiermee niet verder komt, kan je het in kleine stapjes opbouwen. Vraag de cliënt bijvoorbeeld om een onderdeel van het materiaal te pakken. Hier kan je als therapeut vervolgens een vervolgstap aan koppelen, zoals: maak hier een bolletje van. De therapeut moedigt de cliënt aan om een stapje verder te gaan (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Dit wordt ook wel dynamisch coachen genoemd en heeft als doel om de cliënt in contact te brengen met zijn eigen groeikracht- en levenskracht. De groeikracht wordt weer mogelijk weer geactiveerd (Hoefsloot, 2012).

Perceptuele informatieverwerkingscomponent:

Het is bij deze component soms nodig om jezelf als therapeut niet-wetend op te stellen, waardoor je niet zal invullen wat je ziet (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Het is belangrijk dat de cliënt zelf gaat benoemen wat er te zien is. Hierdoor zal de cliënt die ook de volgende keer gemakkelijker kunnen observeren. Daarnaast heb je als therapeut een uitnodigende houding, waarbij je de cliënt uitnodigt om alleen objectief naar het werkstuk te kijken (Hinz, 2009).

Affectieve informatieverwerkingscomponent

Het is essentieel om aandacht te geven aan en af te stemmen op de emotionele toestand van de cliënt (Verfaillie, 2011). Hiermee bouw je een vertrouwensrelatie op met de cliënt. Bij deze component is een coachende attitude passend, hiermee stimuleer je de cliënt om aan de slag te gaan (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). De therapeut nodigt de cliënt uit om bewegingen te maken en deze te stimuleren als hij niet op gang komt. Soms is het nodig om bij een warming-up de cliënt directief aan te sturen waardoor de cliënt in beweging blijft en daarmee de oefening effectief ervaart (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Daarnaast is het volgens Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) belangrijk om de cliënt de ruimte te geven tijdens het beeldend proces, waarbij een open houding belangrijk is. Wanneer het de cliënt bijvoorbeeld niet lukt om congruent zijn grenzen aan te geven is het belangrijk om een confronterende, trainingsgericht en coachende houding aan te nemen. Hierdoor nodig je de cliënt uit om te oefenen met de gegeven feedback. Dit zorgt ervoor dat de cliënt beter zijn grenzen aan kan geven wat passend is bij de transdiagnostische factor sociale interactie (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Wanneer je de therapeutische houding koppelt aan de transdiagnostische factor verlies op de affectieve component is het belangrijk om over het algemeen een respectvolle, open en validerende houding aan te nemen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Soms is het nodig om empathisch te confronteren, bijvoorbeeld wanneer cliënten geneigd zijn het thema uit de weg te gaan. In dit voorbeeld kan je kijken of je voorzichtig iets kan aanraken. Dit is mogelijk door een uitnodigende houding aan te nemen, waarbij je de cliënt volgt en faciliteert passend is (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Een welwillende houding uitstralen past binnen de transdiagnostische factor emotieregulatie, hiermee wordt bedoeld dat alles aandacht verdiend, ook de meest schaamtevolle- en bizarre gedachten (Verfaillie, 2011). Hierbij is een niet-oordelende houding passend. Dit betekent dat bij de transdiagnostische factor emotieregulatie de cliënt wordt aangemoedigd om de emoties direct te uiten (Lavrijsen, 2017).

Cognitieve informatiewerkingscomponent

Wanneer je de attitude koppelt aan de Stop-Denk-Doe-methode van Meichenbaum (1977) neem je vooral een trainingsgerichte houding aan (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Je geeft de cliënt uitleg over de methode en neemt de cliënt eventueel de eerste keer bij de hand waarbij je kunt laten zien hoe je een stap kunt doorlopen. Vervolgens hou je de cliënt een spiegel voor met als doel dat de cliënt het geleerde ook zelfstandig kan uit kan voeren. Uiteindelijk is hierbij het doel dat de cliënt de vaardigheden die hij heeft geleerd in de therapie ook in het dagelijks leven toe kan passen.

Ook is het binnen deze component soms nodig om instructies te geven over bepaalde materialen. Zo kan je bijvoorbeeld zaagles geven wanneer de cliënt een vogelhuisje gaat maken (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Hierbij is de attitude van de therapeut uitnodigend door de uitleg en educatief.

Symbolische informatieverwerkingscomponent

Bij de symbolische component geldt ook de niet-wetende houding (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). De gemaakte symbolen van de cliënt dienen niet ingevuld te worden door de therapeut. De betekenis van een symbool is alleen door de cliënt zelf te benoemen (Smeijsters, 2014).

Tevens is een open houding van belang, hierdoor voelt de cliënt zich vrij om niet direct duidelijke vormen weer te geven (Hinz, 2009). Dit resulteert eerder in symboliekvormig.

6.4 Deelvraag 4

Welke interventies gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend vaktherapeuten toe op de zeven transdiagnostische factoren?

Algemeen:

Er zijn verschillende overwegingen om een interventie te plegen, ook wel beweegredenen genoemd. De beweegredenen kunnen bestaan uit de volgende aspecten: doelstelling, situatie, beperking of mogelijkheid, onderliggende aanpak, tijdsverloop en behoefte aan informatie (Krantz, 2006). Een interventie staat ook altijd in verband met een doel (Schweizer et al., 2009).

Daarnaast is het opbouwen van therapeutisch contact erg belangrijk, dit verloopt in drie fases: aansluiten bij en afstemmen op de cliënt, gelijkwaardigheid en verandering aanbrengen en interventies toepassen die passen bij de fase van de cliënt. De interventies zijn per therapeut verschillend, dit is afhankelijk van de visie van de therapeut, de intuïtie van de therapeut, hoe de therapeut afstemt op de cliënt en hoe serieus de therapeut de cliënt neemt (Zantopp, 2013).

Kinesthetische informatieverwerkingscomponent:

Als de cliënt zich vooral op het onderste ontwikkelingsniveau niveau begeeft en je wilt de cliënt een ontwikkelingsniveau hoger brengen (affectieve/perceptuele niveau), dan is de volgende interventie mogelijk om daar een ingang in te vinden, namelijk: de cliënt in eerste instantie verschillende kinesthetische oefeningen laten doen om als therapeut vervolgens te vragen welke oefening het meest dichtbij kwam en wat de cliënt hierbij voelde (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Wanneer je als therapeut merkt dat de spanning tijdens een werkvorm gericht op de transdiagnostische factor arousal te hoog oploopt bij de cliënt is het nodig om in te grijpen en de spanning juist te verlagen. De therapeut kan de mate van inspanning voorspellen door te kijken naar de spierspanning in de specifieke lichaamsdelen van de cliënt (Fikke et al., 2017). De spanning kan je laten afnemen door de aandacht te verleggen, dit kan mede door een ademhalingsoefening te bieden, de cliënt uit de situatie te laten stappen, de cliënt een gesprekje te laten voeren met iemand of hem laten tekenen als dat de cliënt rustig maakt. Door de arousal met de cliënt na te bespreken of door in te grijpen leert de cliënt uiteindelijk ook zelf aanvoelen wanneer de spanning te hoog oploopt, hoe je dat aanvoelt, of hier gradaties in zitten en of deze te onderscheiden zijn en wanneer je dan moet ingrijpen. Door de cliënt hiermee te laten oefenen krijgt hij meer grip en controle over zijn eigen spanning (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Als de cliënt vastloopt in een tekenbeweging kan de therapeut een interventie inzetten om van een gebruikte oervorm naar een krasbeweging te gaan. Volgens Overman en Floor (2014) kan er in een krasbeweging de eigen dynamiek vrijkomen waardoor het proces zich kan voortzetten. Ook is het mogelijk dat de cliënt overspoeld raakt door een tegenbeweging, dan bestaat de mogelijkheid om het tempo te verlagen, zodat de cliënt de mate van exposure zelf kan bepalen. Emoties of spanningen kunnen hiermee worden gereguleerd. Ook is het mogelijk om terug te gaan naar een aardelijk en af te stemmen op de ademhaling. Op deze manier kan je het ook weer opbouwen. De tekenbeweging van een aardelijk is passend bij de transdiagnostische factor regelsystemen waarbij reguleren van in- en uitademen een grote rol speelt.

Sensorische informatieverwerkingscomponent:

Een mogelijke interventie passend bij de sensorische informatieverwerkingscomponent is dat de cliënt zijn ogen sluit tijdens het ervaren van bijvoorbeeld de klei. Door de ogen te sluiten kunnen ervaringen intenser beleefd worden (Schweizer et al., 2009). Ook ontstaat er tijdens dit proces een vorm die niet gestuurd is door rationele overwegingen maar voortvloeit uit de bewegingen van de handen (Hoefsloot, 2012).

Sensopathische werkvormen kunnen in eerste instantie als warming-up ingezet worden. Door samen met de cliënt het materiaal te onderzoeken (Hoe voelt het? Hoe ruikt het? Wat is de temperatuur?) en door te experimenteren wordt de zintuiglijke waarneming gestimuleerd. Tevens kan je stilstaan bij: Hoe zit ik? Hoe staan mijn voeten op de grond? Leunt mijn rug tegen de rugleuning aan? Wat hoor ik? Door deze vragen te stellen worden zij bewust van sensorische invloeden (Hinz, 2009). Vervolgens kan je met de materialen van de warming-up tot vormgeving komen (Hinz, 2009; C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018).

De cliënt kan mogelijk in het onderste ontwikkelingsniveau blijven hangen en daardoor niet een niveau hoger komen. Een passende interventie is om in te steken op de perceptuele informatieverwerkingscomponent. De therapeut kan de cliënt naar het werkstuk laten kijken en met een passe-partoutje laten zoeken naar een mooi of sprekend deel van het werkstuk (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Hier kan je verder op doorgaan door vragen te stellen zoals: Wat maakt dat stukje mooi? Hoe kan je dat later nogmaals vormgeven? Dit is een interventie die ook passend is bij een cliënt die weinig toegang heeft tot de transdiagnostische factor executieve functies.

Sensopathische werkvormen vragen soms enige structuur en instructie volgens Hinz (2009). Door het soms onwennige gevoel van bijvoorbeeld klei biedt instructie meer veiligheid. Ook moet je er als therapeut rekening mee houden dat sensopathische ervaringen niet altijd verzachtend werken. Werken met klei, lijm of andere kleverige materialen kan walging oproepen en eventueel nare gevoelens van vroeger met zich mee brengen. Zo kan het voorkomen dat de cliënt terug wordt gebracht naar de ervaring van verwaarlozing in zijn jeugd (B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april 2018). Traumatische ervaringen kunnen dan worden geraakt (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Bij traumatische gebeurtenissen is het belangrijk om hier langzaam naar toe te werken, waardoor er vertrouwen ontstaat (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Perceptuele informatieverwerkingscomponent

Tijdens het beeldend werken op de perceptuele component gaat de aandacht naar de waarneming van de cliënt gericht op het werkstuk. Hoe meer de aandacht ligt op de visuele waarneming, op het observeren, hoe minder het handelen beïnvloed wordt door de gevoelswereld en andersom (Linehan, 2002; Lusebrink, 1990).

Binnen deze component is het mogelijk om letterlijk het perspectief te veranderen, dit is volgens Smeijsters (2014) ook passend bij de analoge processen. Je verandert iets in het beeld wat de eerste stap kan zijn voor de cliënt om de eigen regie te krijgen en daarmee het gevoel krijgen dat zij een situatie zelf kunnen beïnvloeden. Je ontwikkelt dan een ander perspectief op een thema (Hinz, 2009; Smeijsters, 2014).

Wanneer de cliënt niet tot vormgeving kan komen op de perceptuele informatieverwerkingscomponent is het mogelijk om een onafgemaakte afbeelding of werkstuk te laten zien. Op deze manier nodig je de cliënt uit om dit waar te nemen met enige structuur en creëer je een kleine ervaring binnen de component (Henley, 1991). Tevens hoeft de cliënt hiervoor nog niet zelf een werkstuk gemaakt te hebben (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Interventies om de cliënt naar zijn eigen werk te laten kijken zijn onder andere: het ophangen van het werk, van een afstand kijken naar werk, te kijken naar achtergrond en voorgrond, het werk ronddraaien of een gedeelte van het werkstuk aanwijzen dat mooi is en dat verder uitwerken (Hinz, 2009). Mogelijk kan de cliënt reageren met: 'Het ziet er niet uit', er schuilt dan een groot oordeel van de cliënt zelf in. Dan is het belangrijk om naar de oorsprong van het werkstuk te kijken. Hoe is die lijn gezet? Dan kom je meer in contact met hoe die lijn is gezet. De therapeut legt de focus dan op de handelingen die de cliënt heeft verricht (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Daarnaast is het belangrijk om als therapeut niet voorbij te gaan aan het gevoel dat hij heeft bij het werkstuk (Verfaille, 2011). Een voorbeeld is om te reageren als de cliënt ontevreden is: 'Ik vind het een aandoenlijk werkstuk, maar dat zal je wellicht nog niet kunnen geloven?'

Een ander voorbeeld wanneer de cliënt een laag zelfbeeld heeft is volgens Henskens (persoonlijke communicatie, 4 april 2018) om gemaakte zelfportretten mee naar huis te laten nemen en in de thuissituatie te laten hangen (afhankelijk van de relatie binnen de thuissituatie). Op die manier krijgt de cliënt vaak meerdere positieve reacties op het gemaakte werk waardoor de cliënt zijn/haar werk ook anders gaat waarnemen. Hiermee treedt de cliënt meer naar de buitenwereld en krijgt hij daarmee meer het gevoel bepaalde kwaliteiten te mogen laten zien (B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april 2018).

Affectieve informatieverwerkingscomponent

Gevoelens kunnen soms zo overweldigend zijn dat de cliënt vorm nodig heeft om contact te kunnen maken of juist even afstand te nemen (Hinz, 2009). Een warming-up inzetten kan de cliënt helpen om contact te maken met gevoelens, zonder hier teveel over na te denken of bezig te zijn met het eindresultaat (Fikke et al., 2017). Een voorbeeld is om op muziek te schilderen (Fikke et al., 2017; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; Lusebrink, 1990). Welke gevoelens naar boven komen is afhankelijk van de muziek (Lusebrink, 1990). De cliënt schildert hierbij onbewust, zonder na te denken, waardoor er een affectieve ervaring ontstaat.

Wanneer cliënten geen grip hebben op hun emoties komen zij doorgaans moeilijk tot vormgeving. Zij blijven hangen in het handelen doordat zij geblokkeerd zijn door hun gevoel, angst blokkeert immers vaak het gevoel (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Een passende interventie is om dan een gestructureerde opdracht aan te bieden, gericht op een vorm of op een thema. Hierbij is een duidelijke instructie en stappenplan belangrijk. Een voorbeeld is om je eigen initialen erbij te pakken en deze op een groot vel papier te tekenen, door deze door te trekken over het hele vel papier krijg je een vlakverdeling. De cliënt kan dan gaan kijken wat voor een vlakken dit zijn. Recht? Organisch? Vervolgens kan je vragen welke kleuren de cliënt wil gebruiken. Door dit stapsgewijs aan te bieden waarbij je de perceptuele component betreft, haal je de cliënt uit het affect (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Ook kan je de focus bij het gemaakte werkstuk leggen op de fundamentele en samengestelde beeldelementen (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Waarbij je met een afstand naar het werkstuk gaat kijken. De volgende vragen passen hierbij: Wat zie je? Wat valt je op? Wat zie je aan kleur? Aan lijn? Wat zie je aan figuratie? Wat stelt het voor? Wat vind je ervan? (Arnheim, 1974; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018; I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Vormen leiden tot intellectuele controle, kleuren daarentegen tot een emotionele ervaring (Arnheim, 1974).

Een andere interventie die past bij cliënten wiens emoties of spanningen te hoog oplopen is het aanbieden van een mandala met stiften of kleurpotloden. Met deze interventie verminder je stress en spanning bij de cliënt (Buchalter, 2013).

Iemand die heel erg in de vermijding van het affect zit en de regie en controle graag behoudt, kan je enerzijds de opbouw naar de affectieve component rustig laten opbouwen. Anderzijds kan je de cliënt direct met een nat-op-nat-techniek laten werken. Dit kan een grote stap zijn

op de affectieve component, de therapeut moet goed in kunnen inschatten of dit bij de cliënt mogelijk is. Het is een techniek die een 'wow'-effect kan geven volgens Pénzes (persoonlijke communicatie, 18 april 2018) dit kan cliënten verleiden om in het affect te komen. Een andere optie is om samen met de cliënt te onderzoeken wat de cliënt fijn vindt, hiermee kan je verbinding maken met het affect van de cliënt (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Vervolgens komt een persoonlijk verhaal naar voren waar gemakkelijker verbinding mee gemaakt kan worden.

Bij de transdiagnostische factor verlies zijn rituelen passende interventies. Een ritueel kan door de cliënt ervaren worden als het verlies onder ogen zien, de verlorene herinneren, het verlies beter onderzoeken of ophelderen, het verlies integreren en hij kan uitspraken doen over gevoelens die de rouwende al of niet heeft. De cliënt pakt door een ritueel mogelijk de draad op en dit biedt steun (De Mönnink, 2015). Een andere mogelijkheid bij cliënten met een verlieservaring waarbij zij angstig zijn om het gevoel 'verdriet' aan te raken, is om een werkvorm aan te bieden waar een thema centraal staat waarvan je weet dat dit verdriet zal oproepen bij de cliënt. Wanneer dit gebeurt bied je een werkvorm aan waar de cliënt rustig van wordt, hierin kan de cliënt weer afleiding vinden. Zo ervaart de cliënt dat de emoties te reguleren zijn (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Binnen de transdiagnostische factor emotieregulatie kan je de cliënt ook zelf een werkvorm laten kiezen die bij het gevoel van de cliënt op dat moment past (Verfaillie, 2011). Hiermee wordt het gevoel van de cliënt serieus genomen en wordt zijn beleving meer herkend. Ook Pénzes (persoonlijke communicatie, 18 april 2018) en Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) geven de cliënt hun eigen regie door de cliënt zelf een werkvorm uit te laten kiezen.

Dit kun je vertalen naar de executieve functies. Als iemand met een liniaal mooie abstracte geometrische vormen trekt, dan laat je de cliënt niet als vervolgstap een sensorische werkvorm uitvoeren. Wel kan een interventie zijn om de liniaal weg te leggen en dit uit de hand te tekenen. Bijvoorbeeld in plaats van een potlood verf te laten gebruiken. Zo kan je met de eigenschappen van het materiaal spelen maar ook met enige instructies (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Cognitieve informatiewerkingscomponent

Interventies binnen de cognitieve component zijn veelal gestructureerd van aard. Het cognitieve functioneren kan je volgens Hinz (2015) stimuleren door werkvormen met hoge structuur en constructieve materialen aan te bieden (zie deelvraag 2). Het maken van een collage is hierbij een veelvoorkomend voorbeeld dat past op de cognitieve component (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; Hinz, 2009; I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Het maken van een thematische collage vraagt voorbereiding, het vermogen om te kunnen selecteren en te kunnen categoriseren. Vaak komen er woorden in voor wat passend is bij deze component (Fikke et al., 2017).

Wanneer de cliënt moeite heeft op de cognitieve component kan je in de beeldende therapie oefenen met (verbale) zelfinstructie of bijvoorbeeld het leren afstand te nemen, door een situatie eerst te overzien om zo de cognitieve controle over het eigen gedrag en emoties te verbeteren (Fikke et al., 2017).

Binnen de transdiagnostische factor verlies zijn interventies gericht op betekenisgeving van belang. Een voorbeeld is om het verlies vorm te geven door middel van een collage en/of hier een tekst bij te schrijven. Hiermee kunnen cliënten ook het affect beter reguleren (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Een tijdlijn ontwerpen is een typerend voorbeeld waarbij je kan kijken over welke periode het gaat (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018; I.

Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Bij deze werkvorm zijn verschillende interventies mogelijk. Zo kan je de levenslijn volgens Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) globaal houden zodat de cliënt niet overspoeld wordt door flashbacks. Dit is mogelijk door de levenslijn in te delen in leeftijdsfases. In de verschillende leeftijdsfases kun je kijken welke gebeurtenissen zich hebben afgespeeld en of situaties zich herhaalden. Hierbij hoef je nog niet diep in te gaan op alle situaties. Naderhand zou de cliënt een situatie kunnen uitwerken op cognitief niveau. Uiteindelijk is ook het doel om de affectieve component erbij te betrekken en daarmee ook in te gaan op welke gevoelens er speelden in verschillende situaties (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Daarnaast kan je de cliënt vertellen dat de levenslijn geen typerende levenslijn hoeft te worden, hiermee vergroot je de vrije expressie van de cliënt (Haeyen, 2007).

De transdiagnostische factor waarneming op de cognitieve component kan je herkennen door naar het werkstuk zijn totaliteit te bekijken. Bestaat het beeld uit losse elementen? Valt het werkstuk uit elkaar als je een element weghaalt? En wat zijn de functies van de elementen? Op papier (tweedimensionaal vlak) kun je observeren of het werkstuk een geheel is of uit losse eilandjes bestaat (Arnheim, 1974; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Tenslotte kan je aan het einde van een werkvorm de cliënt een titel laten geven aan het werkstuk (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hiermee maak je het cognitief en wordt vaak de essentie van het werkstuk weergegeven (Schweizer et al., 2009).

Symbolische informatieverwerkingscomponent

Het is noodzakelijk dat de cliënt persoonlijke betekenis vindt in de symbolen en deze verbindt met zijn eigen leven. Dit kan je als therapeut stimuleren door de werkvormen die je geeft en de structuur die je hierbij aanbrengt. Werkvormen met weinig structuur of instructie, zoals een collage zonder thema, nodigen uit om te werken vanuit intuïtie en om divergerende stimuli te organiseren. Via een imaginatieoefening kunnen cliënten gestimuleerd worden om betekenisvolle innerlijke beelden uitdrukking te geven in materialen. Thema's kunnen op deze manier zichtbaar of tastbaar worden, wat inzichtgevend kan werken (Fikke et al., 2017; Hinz, 2015).

Wanneer de cliënt overmatig manifesteert op de symbolische component kan dit op verschillende manieren verminderd worden. De therapeut kan proberen om de emotionele associaties te exploreren van de symbolen door beweging naar de affectieve component te maken. Een voorbeeld is de cliënt te vragen om op sensorisch gebied een bepaald object te voelen en dit vervolgens te tekenen. Het doel van het tekenen van de directe omgeving kan de realistische oriëntatie vergroten naar het heden.

Tenslotte kan het een risico zijn dat de cliënt van tevoren al bedenkt welk symbool passend is. Hierdoor zal de cliënt geen gebruik maken van zijn eigen intuïtie, waardoor er geen echt symbool ontstaat (Hinz, 2009). Probeer dit als therapeut in te schatten en zo mogelijk meer spontane toevalstechnieken aan te bieden.

6.5 Deelvraag 5

Welke evaluatievragen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend vaktherapeuten toe bij verschillende doelgroepen in de beeldende therapie?

Algemeen

Nabespreken is van belang volgens Hinz (2009), omdat het de cliënt helpt om de ervaring te structureren door deze in chronologisch verloop te bespreken. Ook vergroot je het effect door betekenis aan de ervaring te geven. Het evalueren van een sessie kan ervaringen binnen de therapie of gemaakte werkstukken een bepaalde waarde geven (Schweizer et al., 2009). Patronen, thema's en ontwikkelingen vanuit de therapie komen naar voren in de nabespreking en kunnen vervolgens verbonden worden aan bepaalde aspecten van de cliënt. Tevens zijn de evaluatievragen bepalend voor de beslissing op welke component je de focus legt. Wanneer je van sensorische naar affectieve evaluatievragen gaat, zal de cliënt gestuurd worden om op de affectieve informatieverwerkingscomponent de ervaring te verwerken (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Kinesthetische informatieverwerkingscomponent:

De nabesprekingsvragen op de kinesthetische informatieverwerkingscomponent zijn gericht op hoe de beweging is ervaren, wat de cliënt in het lichaam heeft gevoeld en welke handelingen en ritmes hierbij betrokken waren (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; Lusebrink, 1990). Door deze vragen stimuleer je de ervaring op de kinesthetische component (Fikke et al., 2017).

Om te onderzoeken welke bewegingen de cliënt prettig vindt, kun je volgens Henskens (persoonlijke communicatie, 4 april 2018) de volgende vragen stellen: Kun je die beweging kleiner of groter maken? Kan je die beweging sneller of langzamer uitvoeren? Wat ervaar je bij elke beweging? Hierdoor staat de cliënt bewust stil bij zijn voorkeuren.

Wanneer je vanuit de kinesthetische component naar de perceptuele component wilt bewegen kan je de cliënt vragen wat er in het werkstuk te zien is. Om naar de affectieve component te bewegen kan je vragen hoe de ervaring was en wat de cliënt hierbij voelde. Door andere componenten te betrekken vergoot je de flexibiliteit van de cliënt (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Sensorische informatieverwerkingscomponent:

Het reflectieve vermogen bij de sensorische component is veelal laag. De betrokkenheid ligt vooral op de sensorische ervaring (Hinz, 2009). Je vraagt naar de ervaring van de cliënt en je wil duidelijk krijgen wat er vanbinnen bij de cliënt speelt tijdens het beeldende proces. Je kan dan vragen naar gevoelens, gedachten en of de cliënt de handelingen kan verwoorden. Helpende vragen zijn volgens Hinz (2009): Wat ruik je? Wat zie je? Wat zie je gebeuren als de verf contact maakt. Hoe voelt de klei in je handen? Wat heb je tijdens het voelen beleefd? Wat vond je fijn? Wat vond je minder fijn?

Wanneer je vragen aan de symbolische component koppelt is een mogelijke vraag: Wat is de symbolische waarde van dit werkstuk voor jou (Hoefsloot, 2012)? Om naar de affectieve component te bewegen kan je vragen: Welke persoonlijke thema's kwamen aan de orde? Welke gevoelens riep het werken op?

Cliënten die zich vooral op de cognitieve component bevinden ervaren een controlebehoefte en nemen hun eigen lichaamsreacties minder waar (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Wanneer je deze cliënten aan klei laat voelen zijn de volgende vragen mogelijk: Voelt het warm aan? Voelt het koud aan? Hoe voelt het aan je handen? Is het fijn? Is het prettig? Is het vies? Dit is ook passend bij de transdiagnostische factor waarnemen (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Een voorbeeld is om zachte materialen op tafel te leggen zoals veertjes. Je laat de cliënt voelen aan de verschillende materialen en vraagt als therapeut bij elk materiaal of de cliënt het fijn vindt of niet. Je houdt het dan simpel, maar daarmee staat de cliënt wel stil bij de transdiagnostische factor waarneming. Het persoonlijke oordeel van de cliënt komt per materiaal naar boven, het is belangrijk om hier trouw aan te blijven (Hoefsloot, 2012). Cliënten krijgen vaak associaties bij materialen wat gevoelens kan opwekken en hen naar het affectieve niveau brengt.

Perceptuele informatieverwerkingscomponent:

Je stelt bij deze component veel open vragen, je wilt namelijk dat de cliënt bewust wordt van wat er te zien is en dit uiteindelijk zelf zal benoemen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Je blijft bij het stellen van je vragen weg van de emotionele lading die het werkstuk kan hebben (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018). Het reflectieve vermogen bij deze component is groter dan bij het kinesthetische/sensorische niveau. De kwaliteit van de afbeelding bespreken ligt op de voorgrond. Het schommelt tussen diepgang en evalueren met een afstand (Hinz, 2009).

Als therapeut kan je in concrete termen de cliënt stimuleren om over hun perceptie te vertellen en over de formele beeldaspecten van hun werkstuk. Hierbij is het belangrijk dat je de cliënt helpt om de focus te leggen op de vormen en lijnen en niet welke verwachting de cliënt van tevoren had of dat er ineens een symbool in het eindresultaat is uitgekomen (Betensky, 1995; Hinz, 2009). De volgende vragen zijn passend: Kun je iets vertellen over de vorm? Welke kleuren zijn er te zien? Zit er een richting in het werkstuk? Welke lijnen zie jij? In welke volgorde zijn de lijnen toegevoegd? Hoe ziet het eruit als die lijn weg is? De vragen zijn continu gericht op lijnen, kleuren, vormen en structuur (Hinz, 2009; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018; I. Pénczes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Wanneer door de cliënt een probleemsituatie wordt getekend, kan je de focus op de beeldelementen en compositie leggen en hier nabesprekingsvragen op aanpassen: zoals: Verhouden de vormen zich tot elkaar? Vertel eens wat over de lijnen? Welke verandering zou je willen aanbrengen (Fikke et al., 2017)? Ook vragen gericht op het inbeelden van afbeeldingen zijn passend, zoals: Hoe zou je willen dat het eruit ziet? Hoe zou dat eruitzien? Wanneer dit duidelijk is kan je in stappen toewerken naar het resultaat waar de cliënt naartoe wil.

Affectieve informatieverwerkingscomponent

Het reflectieve vermogen op deze component is met een grotere afstand doordat emoties een grotere rol spelen. Het kan voorkomen dat de ervaring overweldigend is, dit kan een reden zijn waardoor de vaardigheid reflecteren met meer afstand plaatsvindt (Lusebrink, 1990). Het verminderen van deze afstand is een doel binnen de beeldende therapie. Soms is het wenselijke om na een affectieve ervaring niet te reflecteren, dit betreft situaties waar de cliënt niet weet wat hij voelde en de ervaring nodig heeft om emoties te uiten zonder hierover na te denken (Hinz, 2009). Daarentegen is het vaak wel belangrijk aangezien de consequentie van niet reflecteren kan zijn dat cliënt verstrikt raakt in een thema.

Tijdens een werkvorm of in de nabespreking wil je weten wat er aan de binnenkant bij iemand gebeurt. Je kan dan vragen naar de materiaalbeleving, het vormgevingsproces en wat er bij de cliënt speelt (Hinz, 2009). Hierbij zijn vragen met de focus op het affect gericht op: Welke emoties of gevoelens werden opgeroepen tijdens de werkvorm? Is dit gevoel terug te zien op papier? Klopt dit bij wat je voelde? Welke gedachtes heb je gehad? Voor de cliënt is het zelf woorden geven aan handelingen het begin om emoties te uiten (Hinz, 2009;

(M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Het is belangrijk dat je de cliënt uitnodigt om over zijn ervaring te vertellen.

Wanneer cliënten de vragen cognitief beantwoorden zou je vragen kunnen stellen zoals: Hoe zou het voelen om in dit werkstuk te staan? Vertel eens iets over de emoties die je hebt vormgegeven in het werkstuk (Hinz, 2009). Ook kan je als therapeut interveniëren op de woordkeuzen van de cliënt, soms wijzen die op de mening van de cliënt, in plaats van het beleefd gevoel (Fikke et al., 2017).

Het is belangrijk om als therapeut om bewust te zijn van je vraagstelling. Ingevulde vragen zijn op deze component niet effectief, zoals: Voel jij je boos? Of: Wat zie jij er verdrietig uit? Hierdoor label je als therapeut de emoties van de cliënt terwijl hij zelf de mogelijkheid moet krijgen om hierachter te komen en om hier mee te experimenteren Hinz, 2009).

Cognitieve informatiewerkingscomponent

Het reflectieve vermogen op de cognitieve informatieverwerkingscomponent is groot (Hinz, 2009). Soms is echter een reflectieve afstand nodig zodat de cliënt kan nadenken over gevoelens en reacties, waarmee overtuigingen veranderd kunnen worden. Cliënten kunnen bijvoorbeeld leren dat hun geschiedenis niet is te veranderen, maar hun interpretaties wel (Lusebrink, 1990). Tijdens de nabespreking zou je vragen kunnen stellen over de kleuren, bijvoorbeeld: Herinnert je de kleur aan iets? Kan je een deel van de afbeelding verbinden met het geheel? Daarnaast kan je het hebben over gedachten en daarmee verbanden leggen. Dit kan volgens Hinz (2009) een abstract en globaal inzicht geven in de situatie.

Cliënten met een overmatig gebruik van cognitie kunnen soms moeite hebben om woorden te vinden waarmee zij hun emoties kunnen uiten. Daarnaast kunnen bij intellectuele cliënten ook de emoties worden belemmerd door hun woorden (Hinz, 2009).

Wanneer de cliënt overmatig over de transdiagnostische factor executieve functies beschikt, is het raadzaam om tijdens de evaluatie van het werkstuk niet verbaal in te steken, dan worden de executieve functies namelijk nog meer getriggerd (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Je zou dan kunnen insteken vanuit de symbolische of sensorische component, met de vraag: Hoe was het om te doen?

Symbolische informatieverwerkingscomponent

De reflectieve afstand is afhankelijk van wat voor symbool de cliënt heeft weergegeven. Zo is er een verschil tussen regressieve symbolen en progressieve symbolen (Hinz, 2009). Met regressief worden symbolen bedoeld met de focus op het verleden, deze zijn ook wel meer affectief. De reflectieve afstand is hierbij minder, aangezien persoonlijke symbolen de cliënt meer emotioneel kunnen maken (Lusebrink, 1990). Bij deze symboolvorming kan je vragen naar wat het symbool symboliseert voor de cliënt en of de cliënt persoonlijke associaties heeft met het symbool. Wanneer je nog dieper op het symbool wilt ingaan kan je vragen stellen over de vormen en kleuren (Arnheim, 1974). Een voorbeeld is: Heeft de vorm een speciale betekenis? Of: Wat doet de kleur rood met jou? De laatste twee vragen sluiten ook aan bij de progressieve symbolen. De progressieve vorm van een symbool leidt de cliënt naar de toekomst en mogelijkheden, ook zit hier vaak een culturele en universele symboliek in. Bij deze symbolen krijgt de cliënt vaak een grotere reflectieve afstand. Deze vorm van symboliek vermindert de persoonlijke impact.

Tijdens het evalueren op de symbolische component is het volgens Hinz (2009) belangrijk om het gesprek open te houden en om verschillende aspecten en mogelijkheden te exploreren. De inhoud van een symbool is vaak onbekend en vaag, daardoor is het voor de cliënt makkelijker om over de vormen van het symbool te praten (Schweizer et al., 2009). De therapeut moet er voor waken dat de client de symboliek niet gaat rationaliseren, dit is vaak

een beschermende functie van de client. Hierdoor bemerkt je op het eerste oog één symbool, terwijl er nog een symbool achter schuilt.

7. Conclusie

De onderzoekskwestie was de aanleiding voor het uitvoeren van dit onderzoek. Het inventariseren van werkvormen voor een werkvormenboek maakt dat er onder andere in de toekomst beter aangesloten kan worden bij verschillende cliënten.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Welke methodische werkvormen gericht op de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum passen beeldend therapeuten toe op de zeven transdiagnostische factoren?

Ten eerste zijn bijna alle werkvormen bruikbaar in het ETC (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hoe je een werkvorm aanbiedt, is bepalend voor welke component en bij welke transdiagnostische factor de werkvorm past (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Het is een combinatie van de instructie die je de cliënt geeft, waarbij je de juiste techniek van het materiaal aanbiedt en daarbij de materiaaleigenschappen als therapeut goed kent. Daarnaast is het bepalend welke houding je aanneemt, de vragen die je stelt en de hoeveelheid instructies die je geeft. Deze overwegingen hangen af van hoe lang de cliënt in behandeling is, op welke informatieverwerkingscomponent de cliënt zit en hoe de situatie is op dat moment (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Dit moet je als therapeut op het moment zelf afstemmen aangezien alle casussen anders zijn. Daarnaast zullen werkvormen niet één component raken, bij de meeste werkvormen zijn meerdere componenten betrokken. De manier waarop je een werkvorm aanbiedt, bepaalt op welke component de focus ligt.

Wat naar voren kwam was dat alle werkvormen op de verschillende informatieverwerkingscomponenten een ander karakter hebben. Hieronder worden alle componenten belicht met de passende doelen, materialen, attitudes, interventies en evaluatievragen per component.

Bij de kinesthetische component staan werkvormen met beweging centraal. In een werkvorm wil je de cliënt lichamelijke ervaringen laten opdoen en vervolgens de ervaring centraal stellen. Gericht op arousal is een doel om spanning te laten afnemen door beweging. Bij de werkvormen zijn materialen passend die een inherente structuur in zich hebben en vragen om fysieke inspanning. Voorbeelden van kinesthetische materialen zijn: steen, hout, mozaïek, temperaverf, grove kwasten, harde klei of oude kranten die je kan verscheuren. De nabesprekingsvragen op de kinesthetische component zijn gericht op hoe de beweging is ervaren, wat de cliënt in het lichaam heeft gevoeld en welke handelingen en ritmes hierbij betrokken waren.

Binnen de sensorische informatieverwerkingscomponent staat zintuigen prikkelen centraal, waarbij kleine bewegingen passend zijn. De cliënt wordt zich bewust van innerlijke gevoelens en vergroot hierbij zijn beleving. Bij alle materialen, met name bij klei, gaat de voorkeur uit naar zo min mogelijk gereedschap. De reden hiervoor is dat het aanraken van materialen contact met de gevoelswereld bevordert. Werkvormen met geluiden, tastmogelijkheden of visuele aspecten komen veel voor op deze component. Het is belangrijk om als therapeut de werkvormen licht aan te sturen, waarbij ook afstand gepast is, zodat de cliënt weet wat hij kan doen, maar ook de ruimte heeft om zelf aan de slag te gaan. Het reflectieve vermogen bij de sensorische component is veelal laag. De betrokkenheid ligt vooral op de sensorische ervaring (Hinz, 2009). Je vraagt naar de ervaring van de cliënt en je wil duidelijk krijgen wat er zich vanbinnen bij de cliënt heeft afgespeeld.

Bij werkvormen op de perceptuele informatieverwerkingscomponent kan je denken aan werkstukken met vormen en lijnen om vervolgens in te gaan op de fundamentele beeldelementen. Je behoudt tijdens het aanbieden van werkvormen een emotionele afstand van het werkstuk en laat de cliënt vooral objectief naar het werkstuk kijken. Hiermee kan je mogelijk het zelfinzicht van de cliënt vergroten maar ook bepaalde emoties reguleren. Materialen met hoge structuren zijn geschikt voor deze component, bijvoorbeeld: hout, metaal en tegels. Deze materialen begrenzen de emotionele uiting. De nabespreking is van belang, aangezien hier de waarneming van de cliënt naar voren komt. Je stelt bij deze component veel open vragen, je wilt namelijk als therapeut dat de cliënt bewust wordt van de fundamentele beeldaspecten. Hierbij is dan ook een niet-wetende houding van de therapeut passend, waarbij er geen invulling gegeven wordt aan wat er te zien is.

Bij de affectieve informatieverwerkingscomponent kwam er naar voren dat je door middel van passende werkvormen de cliënt zijn emoties beter laat leren kennen, zodat hij bewust wordt van zijn eigen emoties en onderscheid leert maken tussen deze emoties. Werkvormen met vloeiende materialen en felle kleuren zijn hierbij passend. Waterverf op vochtig papier is een voorbeeld van een passende mogelijkheid op de affectieve component. Passend zijn de grotere formaten papier wat meer emoties oproept dan een klein formaat. Een coachende attitude van de therapeut is in dat geval passend, omdat je de cliënt stimuleert om aan de slag te gaan. Het reflectieve vermogen op deze component is door het uiten van emoties met een grotere afstand. Het kan voorkomen dat de ervaring overweldigend is, dit kan een reden zijn om de vaardigheid reflecteren met meer afstand plaats te laten vinden.

Werkvormen op de cognitieve component bevatten complexiteit en vragen om het vermogen om een stappenplan aan te houden. Deze werkvormen worden vooral met weerbarstig en constructieve materialen aangeboden, zoals speksteen of hout. Daarnaast is een collage maken een typisch voorbeeld op deze component. De Stop-Denk-Doe methode is geschikt op deze component, hierbij neem je als therapeut een trainingsgerichte houding aan. Het reflectieve vermogen op de cognitieve informatieverwerkingscomponent is groot. Maar soms is een reflectieve afstand nodig zodat de cliënt kan nadenken over gevoelens en reacties.

Werkvormen op de symbolische informatieverwerkingscomponent hebben weinig structuur of instructie nodig. Hierdoor kan er meer vanuit intuïtie gewerkt worden. Veel materiaal is volgens het ETC om deze reden dan ook geschikt voor het werken op de symbolische component. Een voorbeeld is intuïtief materiaal zoals waterverf. Bij werkvormen gericht op een lage structuur kan we gedacht worden aan het maken van een schilderij met behulp van sponzen. De reflectieve afstand is afhankelijk van het symbool dat de cliënt heeft weergegeven. Zo is er een verschil tussen regressieve symbolen en progressieve symbolen (Hinz, 2009).

De verschillende transdiagnostische factoren staan bij enkele componenten meer centraal dan bij andere componenten. Zo zijn werkvormen gericht op arousal veelal gekoppeld aan de kinesthetische component. En werkvormen gericht op de transdiagnostische factor waarneming op de perceptuele component. Ook is de transdiagnostische factor executieve functies te koppelen aan de cognitieve component. Ten slotte is de transdiagnostische factor emotieregulatie passend bij het perceptueel/affectieve niveau, waarbij je emoties op de affectieve component kan voelen en op de perceptuele component kan reguleren. Er zijn dus verbindingen te maken tussen de informatieverwerkingscomponenten en de transdiagnostische factoren. Daarentegen zijn de transdiagnostische factoren ook op andere componenten realiseerbaar.

De transdiagnostische factor sociale interactie is lastiger in te delen, aangezien het ETC niet geïndiceerd is voor groepstherapie (Fikke et al., 2017). Meerdere respondenten vonden deze transdiagnostische factor lastig in te delen. Het ETC gaat niet in op processen die gericht zijn op sociale interactie en biedt daarmee geen aanknopingspunten voor samenwerking en

groeps- of gezinstherapie waarbij processen tussen individuen spelen. Het ETC is dus vooral voor individuele therapie en is daarmee geen alomvattend raamwerk. Wel kan deze factor gekoppeld worden aan de interactie met de therapeut, waarbij grenzen aangeven een doel is.

8. Aanbevelingen

Het Expressive Therapies Continuum is een breed inzetbare methode met veel mogelijkheden. Deze zijn niet allemaal te verwoorden in een onderzoeksverslag. De onderzoeker beveelt om deze reden aan dat beeldend vaktherapeuten startend met de ETC-methode zich eerst goed verdiepen in de methode door het artikel van Fikke et al. (2017), Lavrijsen (2017), Hinz (2015) en eventueel het boek van Hinz (2009) door te lezen, voordat de werkvormen worden toegepast bij cliënten. Wanneer de vaktherapeut goed op de hoogte is van de mogelijkheden van het ETC komen de werkvormen beter tot zijn recht en dat heeft een positief effect op de cliënten.

Een doelstelling vanuit dit onderzoek, maar ook van KenVak is om het ETC meer bekendheid te geven. Vanuit dit uitgangspunt is het van toegevoegde waarde om collega's uit te nodigen kennis te maken met het ETC. Het werkvormenboek kan vaktherapeuten inspireren om zichzelf meer te verdiepen in het ETC.

Voor het gebruik van het werkvormenboek zijn de beschreven doelen, attitudes, interventies, materialen en evaluatievragen horend bij de werkvormen, niet altijd passend bij de situatie of bij de cliënt. Het is daarom uiterst belangrijk om altijd eerst te kijken naar de situatie om vervolgens een interventie af te stemmen op de situatie. De aspecten zijn dan ook bruikbaar als inspiratie.

Daarnaast is het ook belangrijk om de ontwikkeling van de transdiagnostische factoren goed in de gaten te houden. Er zijn momenteel veel ontwikkelingen gaande waaronder het vaststellen van de kwaliteitscriteria. Mogelijk zullen deze criteria nog kunnen veranderen. Wanneer er veranderingen plaatsvinden, zullen ook de transdiagnostische factoren in het werkvormenboekje niet meer kloppend zijn en aangepast moeten worden naar de huidige transdiagnostische factoren. Het is dan noodzakelijk om verder onderzoek te doen binnen de werkvormen en de factoren. Wanneer de zeven transdiagnostische factoren standhouden is een aanbeveling om ten eerste de blokkades en overmaten per component gericht op de transdiagnostische factoren te onderzoeken. Ten tweede kunnen er meerdere werkvormen gekoppeld worden aan de factoren regelsystemen en sociale interactie. De reden hiervoor is dat er weinig koppelingen zijn ontstaan na het onderzoek tussen werkvormen en sociale interactie en regelsystemen.

De werkvormen in het digitale werkvormenboek zijn veelal niet eenstemmig en daardoor vaak niet bevestigd door meerdere respondenten. Het is belangrijk om wel consensus binnen de werkvormen te bereiken door een nader praktijkonderzoek. Hierbij zou de Delphi-methode waarbij een werkvorm door meerdere respondenten bevestigd wordt op de effectiviteit in de praktijk raadzaam zijn. Voor vervolgonderzoek kan er gedacht worden aan een responsief of actie onderzoek waarbij er direct in de praktijk niet alleen wordt gekeken welke werkvormen, maar ook welke interventies en attitudes geschikt zijn in verschillende situaties. Cliënten kunnen hier ook bij betrokken worden, zodat hun ervaring wordt meegenomen in de resultaten. Deze aspecten (interventies en attitudes) vragen ook meer onderzoek binnen de werkvormen van het ETC. Uit dit onderzoek bleek dat de therapeutische attitude afhankelijk is van verschillende aspecten, hierdoor was het niet altijd mogelijk om per werkvorm een specifieke houding te verbinden. Als gevolg is de therapeutische attitude in het werkvormenboek globaal aangegeven. Het is belangrijk om in een vervolgonderzoek in de praktijk te onderzoeken welke attitude veelal passend is bij de verschillende componenten, maar ook welke interventies in verschillende situaties toegepast kunnen worden en wat voor een effect dat met zich meebrengt.

Tot slot bleek er na het analyseren en verbinden van de gegevens minder informatie te zijn over de symbolische component. Ook bleek er uit het interview van Fikke (persoonlijke communicatie, 16 april 2018) dat er rondom deze component veel discussies zijn ontstaan. Dit thema wordt ook in het artikel van Fikke et al. (2017) belicht. Deze component is namelijk globaal uitgewerkt waardoor het niet helder is wat er precies wordt bedoeld. In een vervolgonderzoek naar werkvormen is het belangrijk om deze component goed in het oog te houden en hier duidelijkheid in te vinden. Hierdoor wordt de kwaliteit rondom deze component bevorderd.

Literatuurlijst

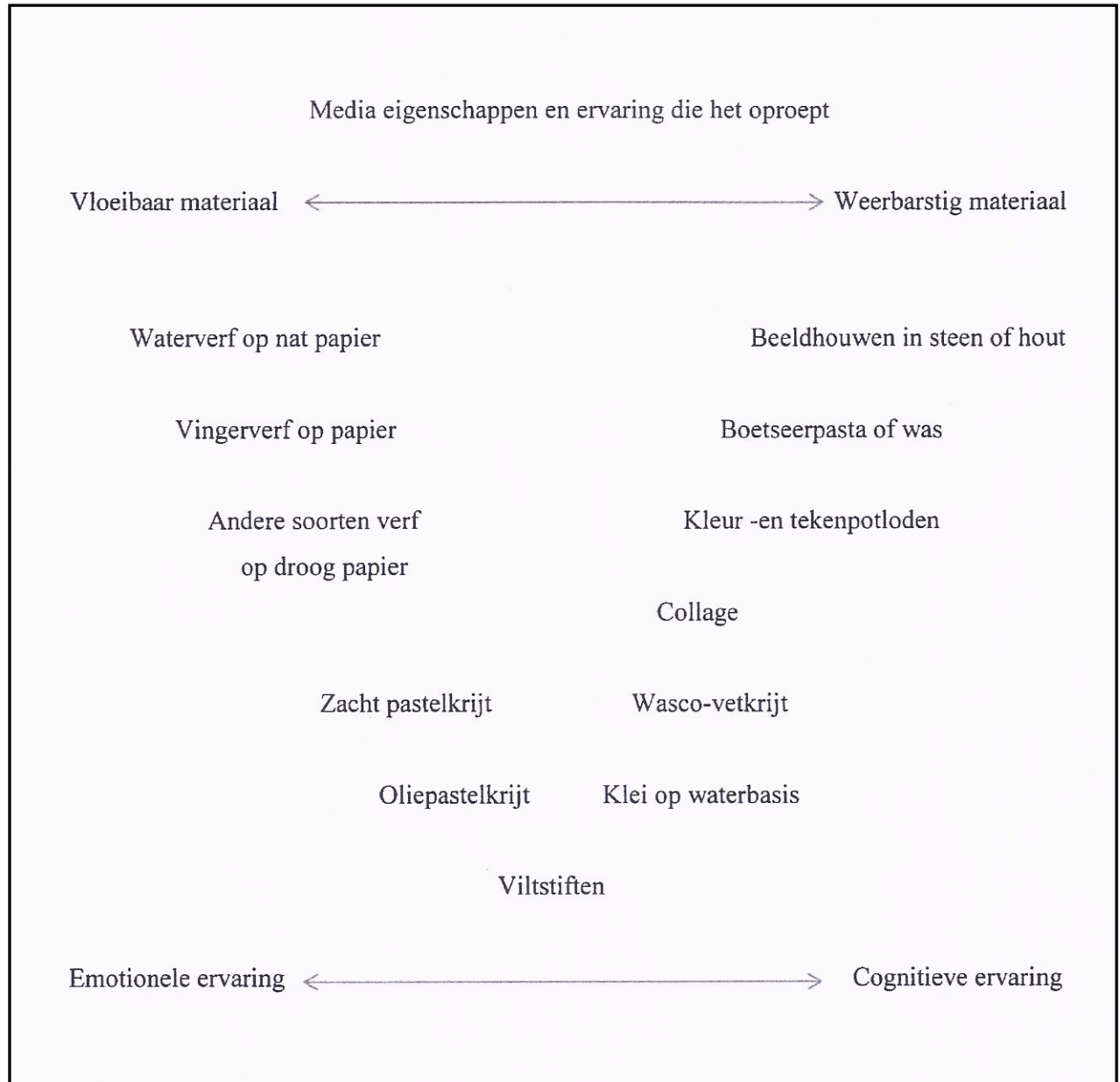
- American Psychiatric Association. (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ansdell, G., & Pavlicevic, M. (2001). *Beginning Research in the Arts Therapies*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Arnheim, R. (1974). *Art and Visual Perception*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Babouchkina, A., & Robbins, S. (2015). Reducing negative mood through mandala creation: A randomized controlled trial. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32, 34-39.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology*. New York: Norton.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Beyond the basics*. New York: Guilford Press.
- Belkofer, C., Van Hecke, A., & Konopka, L. (2014). Effects of drawing on alpha activity: A quantitative EEG study with implications for art therapy. *Art Therapy*, 31, 61-68.
- Betensky, M. (1995). *What do you see: Phenomenology of therapeutic art expression*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Birren, F. (1988). *The symbolism of color*. New York: Citadel Press.
- Bruner, J. (1964). The course of cognitive growth. *American Psychologist*, 19, 1-16.
- Brysbaert, M. (2014). *Fundamenten van de psychologie*. Gent: Academia Press.
- Buchalter, S. (2013). *Mandala symbolism and techniques*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher.
- Cane, F. (1951). *The artist in each of us*. New York: Pantheon Books.
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents: Understanding the mechanisms of change*. New York: Norton.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Curry, N., & Kasser, T. (2005). Can coloring mandalas reduce anxiety? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22, 81-85.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error*. New York: Putnam & Sons.
- Dhont, M. Czn. (2000). *'t Tijdloze Uur*. Arnhem: Uitgeverij Lambo.
- Diamond, A., & Lee, K. (2011). Interventions shown to aid Executive Function development in Children 4-12 Years Old. *Science*. Washington: *Science*, 333, 959-964.
- Drake, J., Coleman, K., & Winner, E. (2011). Short-term mood repair through art: Effects of medium and strategy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 28, 26-30.
- Drost, J. (2014). *Worry and rumination underlying processes and transdiagnostic characteristics (proefschrift)*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse: Kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma.
- Fernandez, K., Jazaieri, H., & Gross, J. (2016). Emotion regulation: A transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy Research*, 40, 426-440.
- Fikke, D., Péntzes, I., & Van Hooren, S. (2017, februari). Het Expressive Therapies Continuum. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13, 2-11.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Antwerpen: Garant.
- Henley, D. (1991). Facilitating the development of object relations through the use of clay in art therapy. *The American Journal of Art Therapy*, 29, 69-76.
- Hinz, L.D. (2006). *Drawing from within: Using art to treat eating disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hinz, L.D. (2009, maart). *Expressive Therapies Continuum*. New York/Londen: Routledge.

- Hinz, L.D. (2015). Expressive Therapies Continuum: Use and Value demonstrated with case study. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 28(1-2), 43-50.
- Hoefsloot, R. F. (2012). Meditatief boetseren. Amsterdam: Uitgeverij Schors.
- Jazaieri, H., Urry, H., & Gross, J. (2013). Affective Disturbance and Psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of experimental psychopathology*, 4(5), 584-599.
- Jung, C. (1964). Man and his symbols. Garden city, NY: Doubleday.
- Kagin, S.L., & Lusebrink, V.B. (1978). The expressive therapies continuum. *Art Psychotherapy*, 5(4), 171-180.
- Kramers, M., & Van Straten, S. (2014). Verbinding door verbeelding. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 10, 3-9.
- Krantz, B. (2006). Interventies van vaktherapeuten. Nijmegen: Creatieve therapie opleiding.
- Krantz, B. (2007). Interventies van vaktherapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 16(2), 3-10.
- Kruk, K., Aravich, P., Deaver, S., & De Beus, R. (2014). Comparison of brain activity during drawing and clay sculpting: A preliminary qEEG study. *Art Therapy*, 31, 52-60.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (z.d.). *Achtergronddocumenten. Transdiagnostische factoren en vaktherapie*. Geraadpleegd op 8 mei 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/achtergronddocumenten/transdiagnostische-factoren-en-vaktherapie/transdiagnostische-factoren>.
- Landgarten, H. (1981). Clinical art therapy: A comprehensive guide. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Lavrijsen, M. (2017). Op zoek naar het vertrekpunt. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13(2), 14-22.
- Lezak, M. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.
- Linehan, M. (2002). Dialectische gedragstherapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis: Theorie en behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lusebrink, V.B. (2004). Art Therapy and the Brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 125-135.
- Lusebrink, V.B. (1990). Imagery and visual expression in therapy. New York, NY: Plenum Press.
- Lusebrink, V.B. (2010). Assessment and Therapeutic Application of the Expressive Therapies Continuum - implications for brainstructures and functions. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(4), 168-177.
- Lusebrink, V.B., & Hinz, L.D. (2015). The Expressive Therapies Continuum as a framework in the treatment of trauma. In J. King (red.), *Art Therapy, trauma and neuroscience: theoretical and practical perspectives*, (pp. 42-66). New York, NY: Routledge.
- Lusebrink, V.B., Agell, G., Barlow, G., Betensky, M., Graves, S., Rosenberg, H., & Rubin, J. (1982). Media Potential: Its use and misuse in art therapy. Proceedings of the Thirteenth Annual Conference of the American Art Therapy Association. Mundelein: American Art Therapy Association.
- De Mönnink, H.J. (2015). Verlieskunde. Amsterdam: Reed Business.
- Malchiodi, C. (2002). The soul's palette: Drawing on art's transformative powers for health and wellbeing. Boston: MA: Shambhala.
- Malchiodi, C. (2012). Handbook of art therapy. New York, NY: The Guilford Press.
- May, R. (1960). The significance of symbols. New York: George Braziller.
- McHugh, R., Murray, H., & Barlow, D. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946-953.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-Behavior Modification. An integrative approach. New York: Plenum Press.
- Meijer-Degen, F., & Jansen, J. (2006). Alexithymia—A challenge to art therapy: The story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 167-179.
- Migchelbrink, F. (2012). Projectmatig werken en onderzoek. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

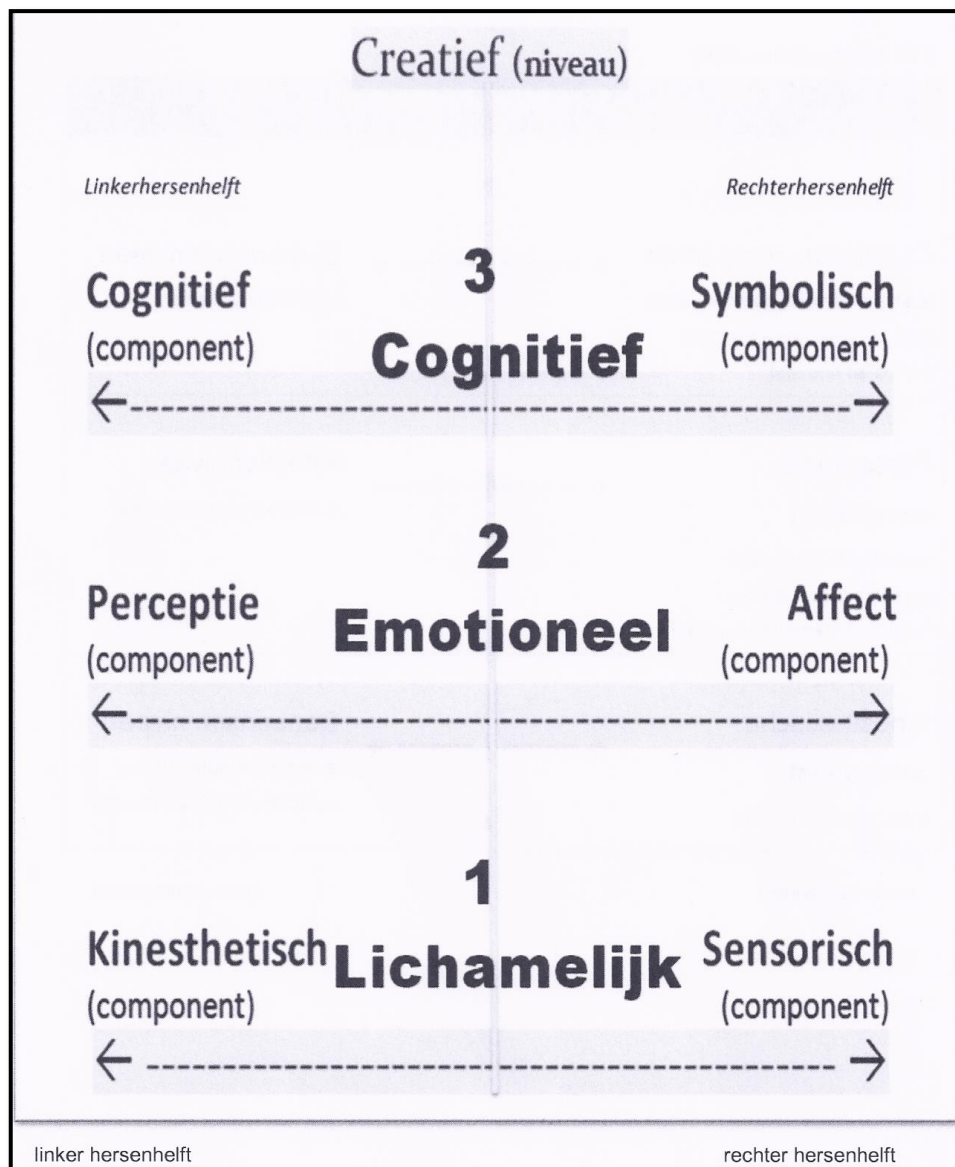
- Migchelbrink, F. (2016). Handboek praktijkgericht onderzoek. In *Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Molenaar-Coppens, E. (2016). Beeldwaarneming. Venlo: Multicopy.
- Moon, C. H. (2010). *Materials & Media in Art Therapy*. New York: Routledge.
- Nielsen, J.A., Zielinski, B.A., Ferguson, M.A., Lainhart, J.E. & Anderson, J.S. (2013). An evaluation of the left-brain vs. right-brain hypothesis with resting state functional connectivity magnetic resonance imaging, *plos One*, 8(8), doi: 10.1371/journal.pone.0071275.
- Overman, D., & Floor, L. (2014). In tekenbeweging zijn. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 10, 23-29.
- Pénzes, I., Van Hooren, S., Dokter, D., Smeijsters, H., & Hutschemaekers, G. (2015). Material interaction and art product in art therapy assessment in adult mental health. *Arts & Health*, 8, 213-228. doi: 10.1080/17533015.2015.1088557.
- Pénzes, I., Van Hooren, S., Smeijsters, H., Dokter, D., & Hutschemaekers, G. (2014). Materialinteraction in art therapy assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 484-492.
- Piaget, J. (1969). *The Psychology of the child*. New York: Basic Books.
- Salm, M. (2007). Onderzoek naar het effect van het aanbieden van een module sensopatische beeldende werkvormen op de beleving van de anorexia nervosa patienten van de opnamegroep van Rintveld, centrum Eetstoornissen in Zeist. Utrecht: Hogeschool van Utrecht, afdeling Creatieve Therapie Beeldend.
- Samuels, W., Tournaki, N., Blackman, S., & Zilinski, C. (2016). Executive Functioning predicts Academic Achievement in Middle School: A Four-Year Longitudinal Study. *The Journal of Educational Research*, 109(5), 478-490.
- Schnetz, M. (2005). *The Healing fow: Artistic expression in therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Scholt, M., & Gavron, T. (2006). Therapeutic qualities of clay-work in art therapy and psychotherapy: A review. *Art Therapy*, 23, 66-72.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sietsma, L., & Van den Bos, K. (2017). De nieuwe kwaliteitsstandaard Generieke module vaktherapieën is een feit. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 13, 30-33.
- Sietsma, L., & Van den Bos, K. (2017). Op weg naar het einde, maar ook de creatie van een nieuw begin. *Tijdschrift voor vaktherapie*, (02), 42-44.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Spuij, M., Stikkelbroek, Y., Goudena, P., & Boelen, P. (2008). Rouw en verliesverwerking door jeugdigen. *Kind en adolescent*, 29, 80-93.
- Timmerman, K. (2012). *Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Van den Bos, K., & Meijnckens, D. (2017, april). Transdiagnostische factoren. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13, 6-13.
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2016). *Praktijkonderzoek in de school*. Bussum: Coutinho.
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). Transdiagnostische factoren. In *Theorie en praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Van Kouwen, L. (2013). *Samen sterk op eigen kracht*. Huizen: Uitgeverij Pica.
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Van Velde, M., Jansen, P., & Dijkers, J. (2012). *Praktijkgericht onderzoek*. Hilversum: Educatieve uitgeverij Nederland (EUN).
- Vandenbroucke, L., Verschueren, K., & Baeyens, D. (2017). The Development of Executive Functioning a cross the Transition to First Grade and its Predictive Value for Academic Achievement. *Learning and instruction*, 49, 103-112.
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

- Verhoeven, N. (2014). Wat is onderzoek? Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Ward, J. (2015). The Student's Guide to Cognitive Neuroscience. East Sussex: Taylor & Francis Group.
- Zantopp, J. (2013). Stille Kennis. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 9, 12-15.
- Zorginstituut Nederland. (2015, 2 november). *Weinig bewijs voor effect vaktherapie, voorlopig nog onderdeel basispakket*. Geraadpleegd op 5 mei 2018, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/11/02/weinig-bewijs-voor-effect-vaktherapie-voorlopig-nog-onderdeel-basispakket>.

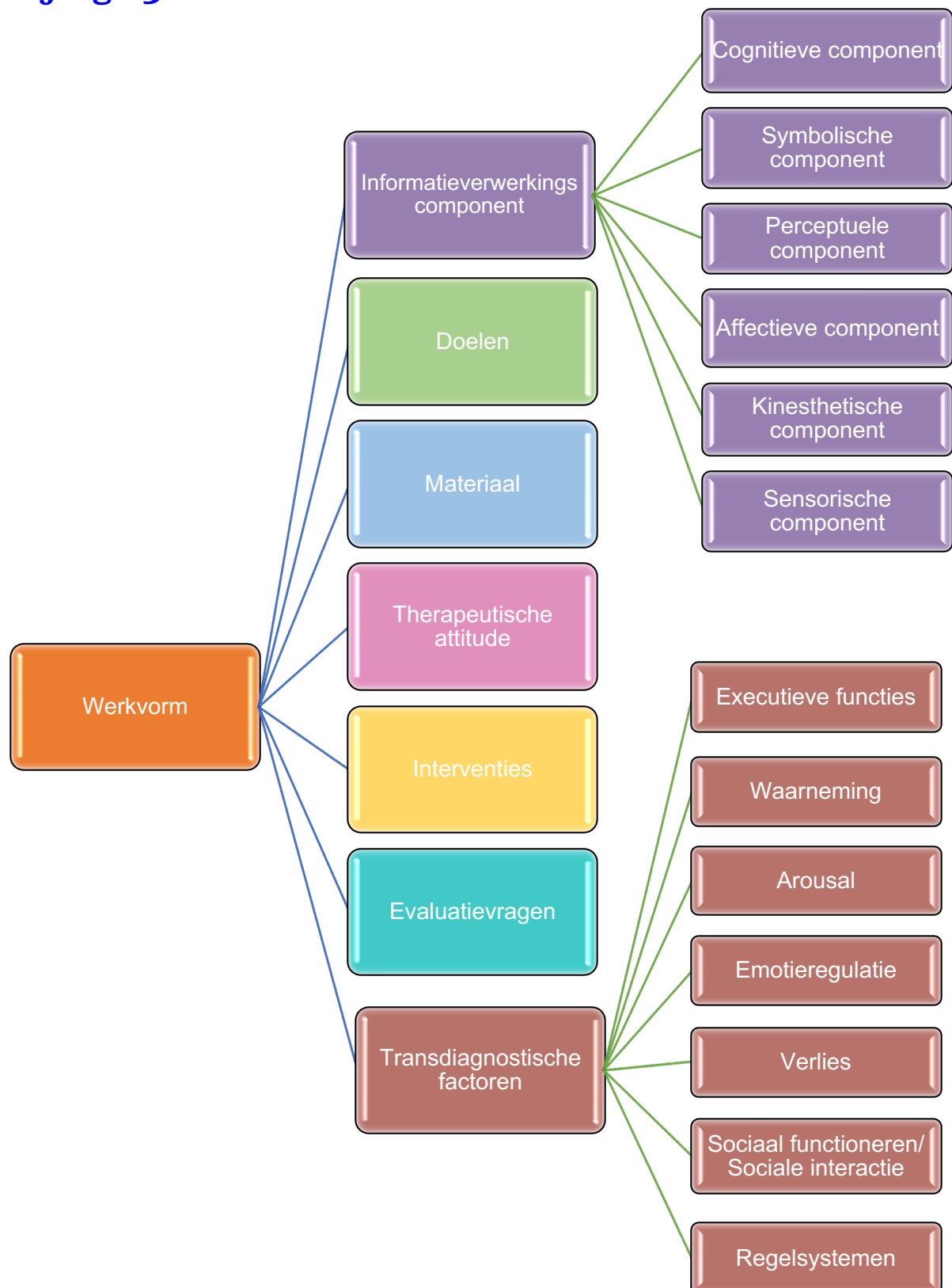
Bijlage 1 Materiaaleigenschappen



Bijlage 2 Hiërarchisch raamwerk



Bijlage 3 Codeerboom



Bijlage 4 Interviewopzet

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “waarnemen”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen,
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “arousal”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen,
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “executieve functies”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen,
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “emotieregulatie”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen,
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “verlies”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “sociaal functioneren/sociale interactie”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen,
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?

Hoe kan je cliënten behandelen met het ETC die problemen ervaren op het gebied van “regelsystemen”?

- (Contra)indicaties
- Welke componenten
- Werkvormen,
- Doelen
- Interventies

- Welke therapeutische attitude is passend bij verschillende werkvormen?
- Welke materialen passen bij verschillende werkvormen?
- Welke evaluatievragen zijn passend bij welke verschillende werkvormen?