

Met verf in de wijk!?

Beeldende Therapie en lichtverstandelijke
beperking in een wijkgericht zorgaanbod

V. Schiffers

03.06.2015

Auteur: **Verena Schiffers**
Studenten Nr.: **1115588**
Begeleidster: **Drs. Ingrid Péntzes**

Creatieve Therapie Beeldend
Zuyd Hogeschool Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg

Zuyd
Hogeschool

**ZU
YD**

**KEN
VAK**

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Probleemstelling	5
1.1. Probleemgebied / Aanleiding	5
1.2 Zoekstrategie	6
1.3 Literatuurstudie	7
1.4 De vraagstelling	11
1.5 Doelstelling	11
Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode	12
2.1 Onderzoekstype	12
2.2 Onderzoeksmethode	12
2.3 Dataverzameling	12
2.4 Onderzoekspopulatie	14
2.5 Datapreparatie	15
2.5 Data analyse	15
2.6 Kwaliteitscriteria	16
Hoofdstuk 3 Resultaten	18
3.1 Beschrijving categorieën	18
3.2 Overzicht Resultaten	30
3.3 Samenvatting Resultaten	36
Hoofdstuk 4 Discussie	37
4.1 Verklaring van de resultaten	37
4.2 Beantwoording vraagstelling en deelvragen	45
4.3 Aanbevelingen	46
4.4. Sterkten en tekortkomingen in het onderzoek.	48
4.5 Bijdrage van dit onderzoek aan mijn methodisch handelen.	49
Hoofdstuk 5 Samenvatting	51
Literatuur	52
Bijlage	55
Bijlage 1 Zoekgeschiedenis	55
Bijlage 2 Overzicht resultaten per therapeut	56

De doelgroep in het kort vanuit de zicht van de beeldend therapeuten

“Een combinatie van een verstandelijke beperking en persoonlijkheidsproblematiek! En voor de rest gewoon spannend en uitdagend! in ieder geval niet saai!”

“Een doelgroep die vaak verkeerd begrepen wordt. Ze zijn niet altijd even handig in uitdrukken wat ze vinden en wat ze willen en dan is het voor anderen heel erg makkelijk om daar misbruik van te maken. En dat gebeurt vaker denk ik!”

“Ik heb een hele inspirerende, verrassende, ingewikkelde doelgroep. Met heel veel mogelijkheden! -en daar wil ik naar kijken!”

“Een hele uitdagende interessante groep mensen met diverse gemêleerde problemen, waarbij het heel belangrijk is om goed te kijken en heel goed af te stemmen.”

“Het zijn cliënten die in hun leven heel vaak tegen grenzen aan zijn gelopen die veel faalervaringen hebben opgedaan en die het eigenlijk altijd net niet redden. En daardoor eigenlijk constant weer tegen frustraties aanlopen”

“Kenmerkend voor de doelgroep vind ik denk ik de kwetsbaarheid en de behoefte die ze voelen zeg maar, om normaal te kunnen meedraaien in de maatschappij. Toch daar eigenlijk niet aan kunnen voldoen en dat geeft veel spanningen”

Voorwoord

De opdracht voor dit onderzoek, kwam vanuit KenVak. Het was de vraag om onderzoek te doen naar de mogelijkheden om beeldende therapie aan te bieden aan de doelgroep lichtverstandelijk gehandicapte (kort LVB) in de wijk. Hierbij sprak mij met name het werken in de wijk aan omdat ik mij al tijdens mijn stage afvroeg of er niet mogelijkheden zijn, om cliënten langer in hun eigen omgeving te kunnen laten functioneren of de nazorg makkelijker te maken. Bovendien is het onderwerp werken in de wijk door de actuele ontwikkelingen in de zorg een zeer relevante en actueel thema wat mijn aandacht trok. Na mijn literatuuronderzoek werd duidelijk dat het zeer waardevol zou zijn om juist ook te onderzoeken hoe beeldende therapie nu werd ingezet bij deze doelgroep, omdat er maar heel weinig over te vinden was. Zo heb ik kwalitatief onderzoek gedaan door middel van interviews afnemen bij beeldend therapeuten die met deze doelgroep werken, om er meer over te weten te komen. In dit kwalitatief onderzoek is doormiddel van interviews geïnventariseerd hoe beeldende therapie werd aangeboden aan de doelgroep LVB, en welke mogelijkheden beeldende therapeuten zien om een wijkgericht beeldende therapie aanbod voor deze doelgroep te creëren.

Dit onderzoek was een hele leerzame ervaring voor mij en mocht ik veel erbij leren over een van te voren onbekende doelgroep, waarbij ik mij helemaal kan vinden in bovenstaande citaten van de therapeuten. Het is een hele interessante uitdagende doelgroep!

Tevens wil ik hier de ruimte nemen om mijn dank uit te spreken, aan die mensen die tijdens het afstuderen belangrijk voor mij zijn geweest. Allereerst wil ik mijn dank uitspreken aan mijn scriptiebegeleidster Ingrid Pénzes voor haar motiverende en inspirerende begeleiding. Door haar expertise zowel als onderzoeker, als op het gebied van de doelgroep LVB heb ik veel mogen leren.

Tevens wil ik mijn dank uitspreken aan de respondenten, de beeldend therapeuten: Conny Bijlmakers, Petra Wilmsen, Kim Tukker, Wilmi Teelen en Maartje Lavrijsen. Zonder hun expertise, die ze in hebben gebracht, had dit onderzoek niet plaats kunnen vinden. Ook wil ik de instellingen waarop de therapeuten werkzaam zijn danken, de verscheidene settings van deeltijdbehandeling STEVIG-Dichterbij en het Penitair Psychiatrisch Centrum Vught

Verder wil ik Susan van Hooren en Manon Verdonschot bedanken, zoals het hele projectteam van RAAK “(Be)leef in de Wijk” voor dat ik altijd welkom was en mocht deelnemen aan overlegmomenten, waaruit ik waardevolle input mee mocht nemen.

Tenslotte wil ik mijn familie en mijn vriend bedanken, die er altijd voor mij waren en achter mij stonden tijdens deze studie en het afstudeerproject.

Inleiding

Deze afstudeerscriptie is geschreven in het kader van het afstudeeronderzoek in het vierde jaar. Om inzicht te geven wat de lezer te verwachten staat, zal onderstaand in het kort de inhoud op een rij gezet worden.

In het eerste hoofdstuk werd de probleemstelling beschreven. Deze heeft als inhoud, de aanleiding dit tot dit onderzoek leidde, zo als de literatuuronderzoek die voorafgaande aan dit onderzoek is uitgevoerd. Hiernaast werd toegelicht hoe de gevonden literatuur gezocht is en wat de relevantie is voor dit onderzoek. Van hieruit komt de vraagstelling voort die als leidraad diende om onderzoek naar te doen. Tot slot werd de doelstelling van dit onderzoek kort toegelicht.

Hiernaast is in hoofdstuk 2 de onderzoeksmethode beschreven. Hierin werd beschreven, waarom voor een kwalitatieve survey is gekozen. Tevens werd de manier waarop data werd verzameld en de onderzoekspopulatie beschreven. Tot slot werd toegelicht op welke manier de data geprepareerd, en geanalyseerd zijn en in hoever dit onderzoek aan de kwaliteitscriteria kan voldoen.

In het derde hoofdstuk staan de resultaten te lezen. Hierbij zijn de uitkomsten vanuit de data-analyse te lezen en worden deze vervolgens door een tabel inzichtelijk gemaakt.

De discussie, in het vierde hoofdstuk verklaart de gevonden resultaten aan de hand van de literatuur en zal ik hierbij mijn eigen ervaring mee in laten vloeien. Hieruit komt een antwoord op de onderzoeksvraag voort. Hiernaast zijn er een aantal aanbevelingen uit dit onderzoek voortgekomen voor zowel vervolgonderzoek, dan voor de beroepsontwikkeling en de praktijk. Tevens worden de sterkten en zwakten van dit onderzoek beoogd. Hiernaast zal ik de bijdrage die dit onderzoek aan mijn eigen methodisch handelen had toelichten.

Tot slot werd in hoofdstuk 5 dit onderzoek in zijn geheel aan de hand van de belangrijkste punten samengevat.

N.B in dit onderzoek werd voor de betere leesbaarheid de mannelijke vorm aangehouden voor zowel cliënten, respondenten dan begeleider.

Bij interesse kan de lezer de transcripten van de interviews bij mij aanvragen onder volgend e-mailadres: Verena.schiffers@t-online.de

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

1.1. Probleemgebied / Aanleiding

Binnen het afstudeerproject van de bacheloropleiding creatieve therapie is het van belang om de afstudeerprojecten aan te laten sluiten bij de actuele interesses, vragen en ontwikkelingen vanuit de praktijk. Hiervoor reikt de opleiding onderzoeksthema's aan, die voor de praktijk relevant zijn en bijdrage hebben aan de beroepsontwikkeling. Hier zat een thema bij wat ik bijzonder interessant vond en waar ik mijn afstudeerproject op gericht heb. Deze gaat over de doelgroep van licht verstandelijk beperkten (afgekort LVB) en hoe beeldende therapeuten op dit moment met deze doelgroep werken in Nederland. Verder was de vraag of er mogelijkheden zijn om ook een wijkgericht zorgprogramma voor deze doelgroep te verkennen. De vraag om onderzoek naar dit onderwerp te doen, kwam vanuit KenVaK (Kenniskring kennisontwikkeling Vaktherapieën). Rond de tijd dat de afstudeerprojecten gingen starten was er namelijk door KenVaK een RAAK project (Regionale Aandacht en Actie voor Kennis circulatie) gestart, dat betrekking heeft op vaktherapeutisch werken in de wijk met LVB. Het RAAK project "(Be)leef in de wijk" richt zich op de aansluiting van vaktherapie met de actuele ontwikkelingen in de zorg om zo uiteindelijk wijkgerichte zorgteams op te kunnen stellen. Ik zal dus mijn afstudeeronderzoek toespitsen op het beeldend therapeutisch aspect binnen het wijkgericht werken met LVB.

Dit onderwerp is voor de praktijk in meerdere opzichten van belang. Er bestaat veel interesse van beeldende therapeuten die met de doelgroep LVB werken, voor uitwisseling van vakkennis met betrekking op die doelgroep LVB. Dit komt onder meer doordat er nauwelijks literatuur over beeldende therapie in verband met de doelgroep LVB te vinden is. Hier zal ik in de paraaf literatuurstudie dieper op ingaan. Bovendien is LVB een groeiende doelgroep omdat er steeds meer gedaan werd rond onderzoek en inclusie van mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Tegenwoordig is het begrip wijkgerichte zorg een belangrijk onderwerp. De wetregelingen voor zorg in Nederland zijn aan het veranderen. Volgens Vilans / Kennisplein Chronische Zorg (2013) is de verzorgingsstaat op dit moment niet meer houdbaar, en is er een ontwikkeling gaande naar een participatiesamenleving. Dat betekent dat mensen die met elkaar samen leven (bijvoorbeeld families, burens en gemeenten) meer verantwoordelijkheid voor de zorg van elkaar overnemen en zorg steeds meer een taak van gemeenten wordt. Volgens Vilans / Kennisplein Chronische Zorg (2013) is de kern van wijkgericht samenwerken om zo de gezondheid, zelfredzaamheid en participatie van bewoners in de wijk te bevorderen. Op deze manier zullen mensen die zorg nodig hebben, zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving kunnen blijven wonen. Tegelijkertijd is er volgens Vilans / Kennisplein Chronische Zorg een urgentie van bezuinigen en dient de zorg toekomstbestendig en betaalbaar te blijven. Hierdoor wordt volgens hen wijkgerichte zorg belangrijk, om zorg betaalbaar te houden en problemen in de wijk effectief aan te kunnen pakken. Rond deze veranderingen zijn op het gebied van LVB inmiddels zo genoemde (F)act teams ontwikkeld. Volgens F-ACT Nederland (n.d.) staat dit voor (Functie) Assertive Community Treatment en sluiten aan bij de gedachte om in de leefomgeving van de patiënt therapie te geven. Doel hiervan is om crisisopvang te verminderen en de patiënten te helpen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving te kunnen laten functioneren (Neijmeijer, Verwoerd, Has, Eskes, & Didden, 2014). Binnen het boven genoemde RAAK project werd er aan deze teams aandacht besteed omdat vaktherapie nog niet plek heeft in deze teams en zal de meerwaarde van vaktherapie in deze teams onderzocht worden.

Door de veranderingen in instellingen en de bezuinigingen binnen de zorg, is het des te belangrijker om mee te denken in de actuele ontwikkelingen. Ook voor de beeldend therapeut brengt dit dynamiek mee en is het meedenken over óf en welke rol de beeldend therapeut kan hebben binnen deze ontwikkelingen. Het aanspreken van, tot nu toe minder bekende werkterreinen voor de beeldende therapeut, brengt kansen en mogelijkheden met zich mee. Beeldende therapie past bij bovengenoemde aspecten om de gezondheid, zelfredzaamheid en participatie van de bewoners in de wijk te bevorderen. Door middel van non-verbaal en ervaringsgericht werken zou beeldende therapie aan kunnen sluiten en een belangrijke bijdrage kunnen hebben aan werken in de wijk. In het buitenland, zoals in Amerika en Engeland, maar ook steeds meer in Nederland worden naast boven genoemde (f)act teams, projecten ontwikkeld die een (meestal kunstzinnig) aanbod bieden rondom sociale vraagstukken (Fliegel, 2000). Deze worden Community art genoemd en zijn volgens Fliegel in het buitenland door middel van deze projecten al successen geboekt. Hier zal ik verder op ingaan bij de bevindingen van mijn literatuurstudie.

Voor de doelgroep LVB biedt wijkgerichte zorg een groot potentieel. Door gespreken met betrokkenen van het RAAK project en met mijn scriptiebegeleidster heb ik vernomen, dat mensen met een LVB vaak moeilijk in een instelling te plaatsen zijn, op grond van de complexiteit en diversiteit van deze doelgroep. Hierbij komen vaak verdere psychische problemen (zoals bijvoorbeeld gedragsproblemen) naar boven. Ook Došen (2014) beschrijft dat de dilemma's door de diversiteit van de doelgroep ertoe leiden dat het moeilijk in te schatten is, of een gewone instelling of juist een met speciale voorzieningen geschikter is. Verder schrijft Došen dat het vaak ook niet duidelijk is of zij binnen de geestelijke gezondheidszorg of bij de gehandicaptenzorg horen. Volgens hem sluit het zorgaanbod hoe het tot nu toe was voor mensen met een LVB hierdoor niet altijd goed bij het individu aan. Hij adviseert om toekomstig een zorgprogramma te ontwikkelen waarbij zowel teams vanuit de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) dan vanuit de ZVB (de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking) ambulant samenwerken. LVB met bijkomende problematiek vormt dus een complexe doelgroep die alomvattende zorg nodig heeft. Meer informatie over de doelgroep en bijkomende problematiek zal ik onder het kopje doelgroep en de resultaten van de literatuurstudie toelichten.

Ook persoonlijk ben ik zeer geïnteresseerd in de wijkgerichte zorg. Tijdens de beroepsoriënterende fase in het derde studiejaar heb ik stage gelopen bij het CIRO+ Horn. Hier heb ik tien maanden praktijkervaring op kunnen doen. Hier heb ik gewerkt met mensen die chronisch ziek zijn. Het was regelmatig te zien dat patiënten veel mee konden nemen van het opgedane uit de revalidatie. Ze leerden tijdens de revalidatie op hun grenzen te letten en aan te durven geven wanneer het te veel voor hen werd. Ze leerden iedere dag opnieuw te kijken naar hun mogelijkheden en hun dagschema zelf er op toe te passen. Uiteindelijk kregen ze zo een vaste structuur bijgebracht. Zo worden patiënten altijd met een rugzak vol informatie en nieuw geleerde gedragspatronen naar huis gestuurd met het idee zo lang mogelijk baat van de revalidatie te kunnen hebben. Toch was vaak te merken dat patiënten bang waren om naar huis te gaan en dan zonder hulp het geleerde te moeten toepassen. Na een behandeling van patiënten kreeg ik vaak de vraag waar ze na de revalidatie terecht kunnen. Veel patiënten vroegen naar adressen om na de revalidatie verder beeldende therapie te kunnen krijgen, omdat ze merkten dat ze er baat bij hadden. Ze vreesden snel weer in hun oude gedrag te vervallen zodra ze weer in hun oude omgeving kwamen, die tijdens de revalidatie hetzelfde bleef. Zo was inderdaad vaak te zien dat mensen na een tijd thuis zonder begeleiding weer in oude patronen terugvielen en het geleerde verdween. Toch waren er vaak geen praktijken in een haalbaar bereik. Tevens was een GGZ net te veel van het goede voor deze cliënten, omdat ze met name rond hun lichamelijke gesteldheid zorg nodig hadden. Deze patiënten zijn daarom vaak naar huis gestuurd met een nog open hulpvraag of vraag naar nazorg, waar in hun wijk geen oplossing voor was.

Hier was toen al mijn interesse gewekt, naar wat voor mogelijkheden er zijn om therapie aan te bieden in de directe omgeving van patiënten. Hoe kunnen zij hulp krijgen die ook direct bij hun problemen thuis aansluit en hen helpen om in hun eigen omgeving aan hun problemen te werken. Dit zonder een ziekenhuisachtige instelling waardoor het aannemen van hulp voor hun laagdrempeliger kan worden.

1.2 Zoekstrategie

Voor het zoeken van relevante literatuur, was het belangrijk om te realiseren welke informatie belangrijk en relevant was om te vinden. Hierbij stonden drie hoofdtermen centraal: lichtverstandelijke beperking (LVB), beeldende therapie en wijkgerichte zorg. Deze termen zijn in een PICO-vraag geplaatst om tijdens de zoektocht steeds de rode draad te kunnen bewaken. Tijdens de literatuurstudie zijn deze begrippen gevarieerd gebruikt worden. Dit wil zeggen dat ze in de databases ingevoerd zijn in enkelvoud en meervoud (bijvoorbeeld: beeldende therapieën of licht verstandelijk beperkten). Verder zijn ook andere bekende vaktermen gebruikt worden met dezelfde betekenis (bijvoorbeeld: (ge)handicap(t) of vaktherapieën). Deze variaties van zoektermen, zijn gebruikt om breder naar resultaten te kunnen zoeken, omdat verschillende auteurs meestal niet dezelfde termen kiezen voor hun artikel. Verder zijn de zoektermen in alle genoemde variaties zowel in Nederlands, Duits en Engels in de databases gebruikt. Veel literatuur in databases is namelijk in het Engels geschreven, waardoor zo de internationale ontwikkelingen omtrent het onderwerp inzichtelijk worden. Ten slotte zijn de begrippen zowel los als gecombineerd gebruikt. Tijdens het zoeken bleek namelijk dat niet van alle begrippen overeenkomsten te vinden waren.

Tegelijkertijd is door de opleiding een aantal boeken, artikelen en scripties aangereikt worden. Het lezen van de aangereikte literatuur heeft veel waardevolle informatie opgeleverd. Zo is niet alleen gebruik gemaakt van de kennis uit deze literatuurstukken, maar zijn daaruit ook weer verdere bronnen bij uitgerold waarop deze literatuur gebaseerd is. Door deze handsearch werd de eerste informatie opgedaan, en zijn er wederom een aantal nieuwe begrippen uitgerold, waarvan later ook weer gebruik van gemaakt werd in databases. Er was bewust voor gekozen om eerst de aangereikte literatuur te

bestuderen, omdat deze al op het eerste zicht redelijk nauw aansloot bij de zoektermen. Daarnaast werd zoals al geschreven ook binnen databases gezocht naar informatie over het probleemgebied. Hierdoor werd naast de aangereikte literatuur een overzicht verkregen, wat er nationaal en internationaal over het onderzoeksthema bekend is. Binnen het biebtraining werd toen de kennis over het geavanceerd zoek net zoals het omgaan met de verschillende databanken nog eens verdiept en opgefrist. Allereerst is er gezocht in de databank Pubmed (omdat dit een van de meest bekende en gebruikte databanken is voor wetenschappelijke artikelen, op internationaal gebied), verder is er gezocht in CINAHL, EBESCO en Google Scholar. Er is met behulp van mashtermen op de databank Pubmed gezocht. Hierdoor werd een precieze selectie van de zoektermen verkregen, van alle variaties van de woorden en in combinatie met elkaar. Hier werd de keuze gemaakt om met name te kijken naar artikelen die officieel zijn gepubliceerd door instellingen of wetenschappers, en die zoveel mogelijk aan de richtlijnen voor een goed onderzoekartikel (zoals geleerd in het tweede jaar) voldeden. Tot slot is nog via handsearch in de bibliotheek van Zuyd Heerlen gezocht naar boeken en tijdschriften. Een uitgebreider zoekgeschiedenis is in de bijlage te vinden (Bijlage 1 Zoekgeschiedenis).

1.3 Literatuurstudie

1.3.1 De doelgroep - Wat is LVB?

Volgens de APA (American Psychiatric Association, 2000), is er sprake van een verstandelijke beperking wanneer:

- Het verstandelijk functioneren duidelijk onder het gemiddelde IQ van 70 ligt.
- Er tegelijkertijd aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag zijn. De betrokkene voldoet niet aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden, binnen zijn of haar culturele achtergrond op tenminste twee van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, sociale en relationele vaardigheden, zelfstandig kunnen wonen of gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, functionele intellectuele vaardigheden, zelfstandig beslissingen nemen, werk, ontspanning, gezondheid en vrijheid
- Symptomen zijn aanwezig vóór het achttiende levensjaar.

De mate van de verstandelijke beperking kan hierbij sterk verschillen. Volgens de American Psychiatric Association (2000), is er sprake van een lichte verstandelijke beperking indien er een IQ van 50/55 tot ongeveer 70 meetbaar is. Hiernaast bestaan er volgens hen nog een matige, ernstige en diepe verstandelijke beperking met telkens lager meetbare IQ schalen. Omdat in mijn onderzoek de focus zal liggen op de licht verstandelijke beperking zal ik hier verder niet dieper op ingaan.

Mensen met een LVB hebben in de eerste plaats beperkingen op intellectueel gebied, dus het leren en denken (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012). Zo zijn er volgens hen onder meer tekorten in het concept vormen en generaliseren van het geleerde en in het abstracte denken. Hierdoor hebben zij ook moeite om het geleerde (bijvoorbeeld in een therapiesituatie) toe te passen op andere situaties (bijvoorbeeld thuis) (van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2013). Iemand met LVB denkt volgens Douma et al. (2012) situatiegebonden en minder gestructureerd dan een normaal begaafd persoon, waardoor dat volgens hen ook de informatieverwerking minder gestructureerd en trager verloopt. Volgens van der Nagel et al. (2013) is bij veel cliënten het (werk)geheugen beperkt, waardoor het verbale kortetermijngeheugen (onthouden wat iemand zegt) doorgaans zwakker dan het visueel-ruimtelijk kortetermijngeheugen (onthouden wat iemand ziet). Volgens hen verlopen leerprocessen zo langzamer bij mensen met LVB. Hierdoor kunnen ze niet zo veel informatie in een keer opnemen en is het lastig voor hen om de kern uit de informatie te halen. Volgens de Wit, Moonen, & Douma (2011) is het voor mensen met LVB behulpzaam dat zij praktisch te werk kunnen gaan, informatie ook visueel aangeboden krijgen en kan informatie het beste stapsgewijs opgenomen worden. Daarbij komt volgens van der Nagel et al. (2013) dat mensen met LVB minder makkelijk oorzaak en gevolg van hun eigen handelen en de consequenties daarvan kunnen zien, omdat ze maar beperkt vermogen tot zelfreflectie hebben.

Problemen in het dagelijks functioneren kunnen sterk uiteenlopen per persoon. De een heeft moeite met lezen en schrijven, de ander heeft problemen bij basale dagelijkse taken zoals wassen en aankleden. Hierbij spelen levenservaring, sociale context, sociaal emotioneel niveau en bijkomende problemen een rol van der Nagel et al. (2013). Zo kan bijvoorbeeld iemand die, ondanks zijn beperkingen, altijd gewoon heeft meegedraaid in het dagelijks familieleven, en geholpen heeft bij dagelijkse taken zoals tafel dekken, afwassen of koken, wel misschien zelfstandig en op zichzelf gaan wonen. Dit komt doordat deze persoon vanuit zijn sociale context wel deze dingen heeft kunnen leren.

Een ander heeft misschien meer moeite met persoonlijk contact (op emotioneel niveau) doordat hij of zij op vroege leeftijd uit huis is geplaatst. Verder hebben patiënten volgens van der Nagel et al. vaak een disharmonisch profiel. Dat wil zeggen dat ze op het ene gebied meer vaardigheden hebben dan op een ander gebied. Door uiteenlopende vaardigheden is het moeilijk in te schatten wat de patiënt wel en niet kan. Iemand kan bijvoorbeeld wel taken vervullen die hem worden opgegeven zo als poetsen, koken of taken op een werkplaats, maar kan diezelfde persoon zich niet zelf dusdanig organiseren om deze taken te volbrengen zonder dat die door iemand anders gestuurd of gestructureerd worden.

Volgens van der Nagel et al. (2013) hebben mensen met een LVB ook vaak beperkingen in de sociale redzaamheid. Bij hen ontbreekt het veelal aan sociale vaardigheden, weerbaarheid, zelfvertrouwen en inzicht in sociale situaties. Dit heeft volgens Van der Nagel et al. vaak te maken met slechte ervaringen uit het verleden (gepest of buitengesloten worden). Dit kan zich volgens hen op verschillende manieren uiten. De een kan zich wantrouwend terugtrekken, de ander vecht juist om erbij te horen. Tevens beschrijven Claes et al. (2012) dat dit ook te maken heeft met de emotionele ontwikkeling (bijvoorbeeld draagkracht en motivatie). Deze is volgens hen vaak minder goed ontwikkeld dan het cognitief niveau (Bijvoorbeeld capaciteiten en vaardigheden), dus dat er sprake is van een discrepantie tussen beide niveaus. Volgens Claes et al. kunnen bij de emotionele ontwikkeling, tekorten of problemen zijn ontstaan, op het gebied van innerlijk evenwicht, disregulatie, vertrouwen, autonomie, zelfredzaamheid en zelfvertrouwen.

LVB kan dan wel tot beperkingen in het dagelijkse leven of functioneren leiden, toch hoeft een LVB niet altijd een aanleiding voor intensieve of langdurige therapeutische behandeling te zijn. Er is sprake van een gedragsprobleem wanneer de gevolgen van het gedrag een (potentiële) bedreiging vormt voor het welzijn van de persoon en/of een eventueel gevaar voor zijn omgeving. Hier wordt volgens (Didden, 2006) gedrag verstaan dat binnen de sociale context als zeer onaangepast of storend wordt ervaren. De combinatie van LVB (zoals boven gedefinieerd) en een bijkomende problematiek (zoals: een psychiatrische stoornis, leerproblemen, problemen in het gezin en/of sociale context of medisch/organische problemen) kan volgens Moonen en Verstegen (2006) in uiting komen tot ernstige gedragsproblemen. Dit leidt volgens hen tot chroniciteit een langdurige behoefte aan ondersteuning.

1.3.2 Beeldende therapie

In mijn literatuuronderzoek is nauwelijks literatuur te vinden over beeldende therapie in combinatie met LVB. Daarom zal ik vervolgens toelichten wat beeldende therapie kenmerkt aan de hand van literatuur en mijn stage-ervaring. Vervolgens zou ik toelichten waar ik denk dat er snijvlakken zouden kunnen bestaan naar de doelgroep LVB.

Het beeldend medium is gekenmerkt door non-verbale, ervaringsgerichte therapie, die vooral aansluit bij het beleven en ervaren, door middel van het inzetten van verschillende materialen en technieken. Volgens Schweizer (2001) is beeldende therapie niet gericht om kunstwerken te produceren of mensen bezig te houden of af te leiden, maar stil te staan bij de ervaringen en belevenissen, deze te ordenen en hierop te reflecteren. Volgens Schweizer, et al. (2009) staan hierbij in het beeldend werk altijd de drie componenten van denken, voelen en handelen centraal en zijn “onlosmakelijk met elkaar in verbinding” (Schweizer, et al., 2009, p. 126). Het Expressive Therapies Continuum (ETC) door Hinz (2009) beschreven, gebaseerd op het werk van Kagin en Lusebrink (1978) sluit bij het ervaringsgericht werken aan. Tevens legt het ETC het verband tussen de materiaaleigenschappen en de ontwikkelingsniveaus van een persoon (Hinz, 2009). Hinz beschrijft, dat de ontwikkelingsniveaus zijn gerelateerd aan de ontwikkeling van een kind. Het bestaan vier verschillende niveaus, een gezond en volledig ontwikkeld persoon zou volgens Hinz op alle niveaus informatie moeten kunnen verwerken. Het eerste en onderste is het “Kinesthetic/ Sensory Level” (bewegingsgericht/voelen) aansluitend bij de ontwikkeling van een baby die begint de omgeving waar te nemen door impulsen en leerervaringen die door feedback door beweging komen. Hiernaast werd volgens Hinz het “Perceptual/Affectiv Level” (waarnemend/emoties) doorlopen, waarbij het gaat om hoe de wereld waargenomen werd en welke emoties dit vervolgens oproept. Tot slot werd het “Cognitive/Symbolic Level” (cognitief/ symbolisch) volgens Hinz doorlopen, hier gaat het om de interpretatie die iemand aan ervaringen, waarnemingen of dingen geeft. “Creative level” is volgens Hinz het vierde, en kan zowel op alle 3 niveaus plaatsvinden dan een integratief functie hebben. Hinz geeft hierbij een treffend voorbeeld om de ontwikkelingsniveaus aan de hand van een simpele mediumactiviteit (bestaande uit drie fasen) toe te lichten:

Fase 1 Therapeut en cliënt zullen twee verschillend gekleurde markers kiezen. De therapeut tekent op een groot vel papier een lijn en nodigt de cliënt uit om hem te volgen met zijn marker. Het puur volgen van de lijn naar aanleiding van de therapeut speelt zich puur af op het *Kinesthetic/Sensory* level omdat het puur gaat om de beweging die gemaakt werd.

Fase 2 Nadat het vel papier vol is met lijnen, werd de cliënt van de therapeut gevraagd om er vervolgens vormen en beelden in de lijnen te zoeken en deze door lijnen en kleuren te geven te completeren. Dit vindt plaats op het *Perceptual/Affective* level omdat het gaat om het waarnemen van visueel prikkels en emoties.

Fase 3 De cliënt werd gevraagd om te vertellen wat er te zien is en er een betekenis aan te geven. Dit gebeurt vanuit het *Cognitive /Symbolic* level.

Volgens Hinz (2009) is in het medium altijd terug te zien indien iemand een fase niet goed heeft doorlopen, of iemand door een ziekte, trauma of beperking weer terug is gevallen naar een niveau. Dit komt ook bij het denken, voelen en handelen van Schweizer, et al. (2009) terug. Hierbij sluit beeldende therapie aan, omdat de problemen doormiddel van het inzet van beeldend materiaal zowel zichtbaar, als bewerkbaar worden. Hierbij beschrijft Hinz (2009) dat zo meer een materiaal weerbarstig (controleerbaar) is, zo meer appelleert het aan het denken en zo meer het vloeibaar (oncontroleerbaar) is, zo meer appelleert het aan gevoelens.

In mijn derdejaars stage werd dit ook zichtbaar. Zoals al genoemd, ben ik stage gelopen in een revalidatiecentrum voor complex chronisch orgaanfalen. Het hebben van een chronisch ziekte en het verlies van gezondheid, betekend vaak beperkingen op alle levensgebieden, waardoor ook psychische steun vaak is. De focus van de behandeling was daarom gericht op vier hoofddoelen: coping, acceptatie/verwerking, ziektecognitie en stemming.

Aansluitend bij de beschreven ETC (Hinz, 2009), is er bij de cliënten op stage te zien geweest, dat ze door het meemaken van traumatische ervaringen en live-events rond hun ziekte of thuissituatie, niet in staat waren om alle niveaus van informatie te verwerken. Vaak was dus hierbij te zien, dat cliënten die nog in begin van een acceptatieproces zaten, met name op het cognitief niveau beeldend aan de slag gingen. Dit uitte zich erdoor, dat hun materiaalhantering meestal star en doelgericht was. Er werd gebruik gemaakt van overwegend bekend en weerbarstig materiaal, bijvoorbeeld stiften (met hulpmiddelen zoals liniaal) of aquarelkrijt (zonder toevoeging van water). De vormgeving was doelgericht of symbolisch of zelfs geschreven tekst. Dus lag de voorkeur bij het cognitief werken. De gevoelslaag werd dus niet bereikt, doordat ze in hun acceptatieproces er nog niet aan toe waren. Om juist tot de volgende stap te kunnen komen was het hierdoor belangrijk om iemand de ervaring op te laten doen om los te laten en uiteindelijk tot voelen te kunnen komen. Hinz beschrijft dat het van belang is om iemand daar af te halen waar die staat. Juist door de inzet van het medium is dit in beeldend bijzonder goed en in kleine stappen mogelijk. Dit werd gedaan door middel van aansluiten met een materiaal en zijn eigenschappen. Hierdoor werd de cliënt door de materiaaleigenschappen geleidelijk ertoe gedwongen anders te handelen dan vanuit zijn gewoon referentiekader. Bijvoorbeeld zou een cliënt met water over het aquarelkrijt heen moeten gaan. Hierbij bleef nog de bekende controle over het krijt, maar was de cliënt gedwongen om juist een stuk controle los te laten door het gemaakte met water te laten vervloeien. Zo worden in het beeldend medium dus materialen ingezet door de eigenschappen van het materiaal aan te laten sluiten bij de doelstelling van de cliënt.

Door deze ervaring te maken, en met het beeldend werkstuk als bewijsmateriaal erbij te reflecteren over het gemaakte, zal de cliënt de ervaring kunnen vervestigen en inzicht krijgen in het eigen handelen. Door zich van dit feit bewust te worden, krijgt de patiënt de kans om van andere handelingsalternatieven gebruik te maken. Zo kan de patiënt in het beeldend werken leren om zijn eigen handelingspatronen te ontdekken en met nieuw gedrag te oefenen. De manier (die ze telkens gebruiken in dezelfde probleemsituaties) waarop mensen omgaan met problemen en/of uitdagingen, wordt coping genoemd (Rigter, 2004). Door hierover te reflecteren, leert de patiënt hoe hij in het beeldend werken anders kan handelen en in het verlengde hiervan hoe hij in zijn thuissituatie op soortgelijke wijze kan handelen (Smeijsters, 2008). De vertaling van de manier waarop iemand in het medium werkt naar zijn thuissituatie toe werd analogie genoemd.

Een ervaring opdoen in het beeldend medium vindt dus plaats door actief iets te doen. Dus werken met de handen met het materiaal en het gereedschap. Hierdoor werd bovendien een zintuiglijke ervaring opgedaan. Een sensorische ervaring werd gedaan op het gebied van het voelen van materiaal en gereedschap, bijvoorbeeld: structuren zo als ruw, glad, zacht, rasperig en eigenschappen zo als warm, koud, nat, droog. "Het sensopathisch ervaren heeft betrekking op de tactiele ervaring, het ervaren met de tastzintuigen. Werken met de handen en het aanraken van verschillende materialen bevordert het contact met de gevoelswereld" (Schweizer, et al., 2009, p. 130) Bovendien vindt er ook een visuele ervaring plaats, kleuren, vormen patronen worden gezien. Volgens

Schweizer, et al. (2009) vindt het opnemen van visuele informatie veelal onbewust of gevoelsmatig plaats. Volgens hun kan de cliënt gericht gestuurd worden om te kijken naar het werk vanuit verschillende kanten. Tot slot worden tijdens het werken geuren en geluiden waargenomen. Zo vindt er een ervaring in het beeldend medium op bijna alle menselijke zintuigen plaats, waardoor juist mensen die beperkingen hebben op het cognitieve of verbale niveau baat hebben bij beeldende therapie. Binnen beeldende therapie kunnen cliënten dus door middel van vormgeving en kleuren en/of door de sensopathische ervaring van de zintuigen die geprikkeld worden door de verschillende materialen, op een veilige manier toegang krijgen tot hun emoties en deze leren uiten.

Een ander waardevol aspect hierbij is dat beeldende therapie de mogelijkheid biedt om een opdracht gestructureerd en in kleine stappen aan te reiken, wat de informatie begrijpbaar maakt. Het beeldend product kan hierbij een belangrijke leidraad zijn, doordat hierin de stappen die gemaakt zijn, steeds zichtbaar blijven.

Concreet over LVB en beeldende therapie is zoals gezegd nauwelijks iets te vinden. Tijdens de beschreven literatuurstudie over de doelgroep ben ik een aantal probleemgebieden en doelstellingen van LVB tegen gekomen die mij sterk deden denken aan mijn ervaringen vanuit de stage. Probleemgebieden die ik toen in de praktijk tegen kwam, zoals:

- Vergroten van weerbaarheid / egoversterking
- Vermogen tot zelfreflectie
- Meer willen dan kunnen / meer kunnen dan willen
- Emotieverwerking
- Probleemoplossend vermogen
- Coping gedrag

Zag ik ook op een bepaalde manier terugkeren bij de informatie over de probleemgebieden die ik over de doelgroep LVB heb gevonden (paragraaf 1.3.1). Knittel (2013) zag deze en meer doelstellingen /probleemgebieden ook terugkomen bij de doelgroep (Sterk gedragsgestoord-) LVB. Ze zag juist goede aanknopingspunten van beeldende therapie aan LVB omdat de non-verbaal therapievorm juist aansluit aan de cognitieve beperking van iemand met een LVB. De patiënt hoeft geen woorden te geven aan zijn probleem doordat zijn innerlijke structuren volgens haar wel zichtbaar werden in zijn handelingen in het beeldend werken. Zo wordt dus ook zijn coping gedrag zichtbaar en bewerkbaar.

Verder beschrijft Knittel (2013) dat in het beeldend werken zichtbaar wordt welke leermogelijkheden iemand met een LVB heeft en waartoe hij nog in staat is. Hierdoor zou de patiënt aangestuurd kunnen worden, om te reflecteren op zijn eigen handelingen. Knittel beschrijft verder dat patiënten in het verloop van een proces leerden eigen keuzes te maken, of ervoeren, dat zij meer konden dan zij dachten. Dit deed een beroep op hun eigenwaarde en liet hun een egoversterkende ervaring opdoen.

Zo denk ik dat in de werkwijze van beeldende therapie wel een aantal snijvlakken kunnen bestaan met de doelgroep LVB. Het is dus waardevol om meer te weten te komen over de manier waarop beeldende therapie wordt aangeboden en toegepast aan mensen met LVB.

1.3.3 Beeldende therapie in de wijk

Over beeldende therapie in de wijk is maar weinig literatuur te vinden. De enkele artikelen die er wel zijn, beschrijven successen met verschillende andere doelgroepen (jongeren en adolescenten), ook in combinatie met andere vaktherapieën. De gevonden literatuur is grotendeels onder de term community art te vinden. In de artikelen is te lezen dat community art met name op het gebied van preventie aansluit bij een aantal doelgroepen. Verder werd in de meeste artikelen meer het effect van het werken in een groepsverband beschreven, in plaats van echt therapeutisch medium specifieke interventies. Echter beschrijft Fliegel (2000) in haar artikel dat binnen een actiegericht onderzoek wel positieve effecten zijn gemeten bij jongeren die een beeldend therapie programma zijn doorlopen. Hier heeft de beeldend therapeutaansluiting kunnen vinden doordat de jongeren een laagdrempelige ingang konden vinden naar de therapie. Onder meer zijn de effecten gemeten op het gebied van preventie, zelfontplooiing, en ego versterking. In Nederland hebben er een aantal projecten gelopen met bijvoorbeeld kinderen uit probleemwijken. Hier werd met name gewerkt aan hun sociale betrokkenheid, egoversterking en bevordering van creativiteit (Schoot, et al., 2013).

1.3.4 Relevantie

Zoals in de hiervoor beschreven literatuurstudie blijkt, is er veel literatuur te vinden over LVB. Verder is er ook steeds meer wetenschappelijke literatuur te vinden over beeldende therapie. Echter is de manier hoe beeldende therapeuten met de doelgroep LVB werken nog zeer onbelicht in de literatuur. Over beeldende therapie in de wijk is echter nauwelijks geschreven. Ten slotte was er geen combinatie van alle begrippen te vinden. Hierdoor wordt het juist belangrijk om onderzoek op dit gebied te doen.

In de literatuurstudie lijkt het alsof juist het ervaringsgerichte karakter van beeldende therapie goed zou aansluiten bij de doelgroep LVB, ondanks dat er nog weinig literatuur over te vinden is. Er is

aanleiding om te veronderstellen dat beeldende therapie een relevante bijdrage kan leveren in een wijkgericht zorgaanbod. Maar omdat dit nog zo een nieuw terrein is, is er nog veel onduidelijkheid over de rol waarin dat dan mogelijk zou kunnen zijn.

Het is voor de praktijk dus belangrijk om ook specifiek beeldend therapeutisch werken in de wijk met de doelgroep LVB te bekijken. Aan onderzoek op dit gebied zouden dus zowel beeldende therapeuten, dan wel mensen met een LVB baat hebben. Voor therapeuten zou het nuttig zijn om meer uitwisseling te hebben over de manier van werken met de doelgroep LVB, en over uitwisselen van mogelijkheden om hun manier van werken te vertalen naar de wijk. Dit zou belangrijk kunnen zijn om hun eigen kennis uit te breiden en mee te denken over de nieuwste ontwikkelingen binnen de zorg. Verder zal dit ook voor de doelgroep van belang kunnen zijn, omdat hen op die manier uiteindelijk de best mogelijke zorg geboden kan worden.

Zo is de volgende vraagstelling ontstaan waarop ik mijn afstudeeronderzoek ga baseren.

1.4 De vraagstelling

Wat zijn de mogelijkheden om beeldende therapie in de wijk aan te bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek?

Subvragen:

- Hoe werken beeldende therapeuten met mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek in de instelling?
- Welke mogelijkheden zien beeldende therapeuten om deze werkwijzen te vertalen naar wijk-gerichte zorg?
- Welke randvoorwaarden zijn belangrijk om beeldende therapie aan te kunnen bieden in de wijk?

1.5 Doelstelling

De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is met name inventariserend. Allereerst zal de manier geïnterviewd worden, waarop beeldende therapeuten met de doelgroep LVB werken. Het doel hiervan is, om te focussen op de meest gebruikelijke beeldend therapeutische werkvormen die bij deze doelgroep gehanteerd worden, omdat er zoveel verschillende werkvormen en technieken bestaan bij deze doelgroep per therapeut, dat dit snel zoveel informatie op zou kunnen leveren, dat het een onderzoek op zich zal zijn. Hiernaast is het doel, te inventariseren welke mogelijkheden beeldend therapeuten zien om hun manier van werken te vertalen naar een wijkgericht zorgprogramma. Tevens werd in kaart gebracht welke randvoorwaarden beeldend therapeuten nodig vinden om beeldend in de wijk te kunnen werken. Uiteindelijk is het belangrijk om een overzicht te krijgen van de mogelijkheden die beeldende therapeuten, die tegenwoordig in de praktijk werken met mensen met een LVB, zien om in de wijk beeldende therapie aan te bieden aan deze doelgroep.

De inventarisatie van de kennis van beeldende therapeuten zal bijdragen aan het opbouwen van bewijsmateriaal voor zowel beeldende therapie in combinatie met de doelgroep dan beeldend therapeutisch wijkgericht werken. Juist omdat er tegenwoordig nog geen literatuur op dit gebied te vinden is, zal het kunnen helpen om kennis te verbreden. Verder speelt de wijkgerichte zorg zoals hierboven staat beschreven tegenwoordig een steeds belangrijkere rol. Door meer onderzoek te doen naar de mogelijkheden die beeldende therapie daarin heeft zou dit ook een inspiratie of aanleiding kunnen zijn om ook bij andere doelgroepen naar een wijkgericht aanbod van beeldende therapie te kunnen kijken.

Tevens is het doel van dit onderzoek mijn eigen methodisch vaardigheden zowel te verdiepen, dan te verbreden, omdat de doelgroep voor mij voor dit onderzoek helemaal nieuw was.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe dit onderzoek is uitgevoerd. Allereerst werd het onderzoektype en de onderzoeksmethode, die toegepast is om bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden verklaard. Vervolgens werd de onderzoekspopulatie toegelicht. Verder wordt in dit hoofdstuk beschreven, hoe de dataverzameling, datapreparatie en data-analyse gerealiseerd is. Tenslotte werd de kwaliteit van dit onderzoek aan de hand van de kwaliteitscriteria beschouwd.

2.1 Onderzoekstype

Naar aanleiding van boven genoemde vraagstelling, was het doel van dit onderzoek om kennis te verzamelen rondom nieuwe data, die in de bestaande literatuur nog niet beschreven staat. De prioriteit van dit onderzoek was hierdoor om juist kennis te verzamelen / te inventariseren die nog niet eerder is vastgesteld. Omdat er nog weinig literatuur over is, heeft dit onderzoek een inventariserend karakter. Enerzijds is geïnventariseerd welke beeldend therapeutische aspecten zoals werkwijzen, methodes, technieken, beeldende therapeuten inzetten bij de doelgroep LVB en welke ervaringen ze hierin hebben opgedaan. Anderzijds is hun mening geïnventariseerd ten aanzien van welke mogelijkheden er zijn om hun manier van werken in een wijkgericht programma te vertalen en welke randvoorwaarden ze hiervoor belangrijk vinden.

2.2 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is voor een kwalitatief survey gekozen. Het begrip “survey” is volgens Baarda (2009) ontleend aan het Franse woord “Surveiller”, dat gadeslaan of waarnemen betekend. Dit is juist wat er binnen een survey-onderzoek gebeurt, er wordt door middel van vragen, luisteren en observatie gadeslaan of waargenomen. Volgens Jansen (2010) werd het begrip “survey” daarom met name gebruikt om vanuit een steekproef van een bepaalde populatie data te verzamelen over een bepaald onderwerp. Deze data kunnen zowel op kwantitatieve dan op kwalitatieve manier worden verzameld. Volgens Baarda (2009) is het verschil tussen deze vormen van onderzoek, dat bij een kwantitatief survey werd gezocht naar de mate waarin een bepaald fenomeen zich voordoet. Bij een kwalitatief survey werd met name nieuwe informatie over een fenomeen opgedaan door middel van observatie of door open vragen te stellen. Bij een kwalitatief survey worden dus niet alleen situaties, gedachten en dergelijke beschreven, maar worden ook betekenissen die hiermee samen hangen beschreven. Dit zou kunnen betekenen dat door middel van een kwalitatief survey niet alleen werd gekeken naar bijvoorbeeld welke techniek beeldende therapeuten het meeste gebruiken bij de doelgroep, maar welke techniek er werd gebruikt en op welke manier sluit deze aan bij de doelgroep LVB.

De onderzoeksmethode kwalitatief survey heeft dus als doel inventariseren van data en het ontdekken van verborgen kennis (tacit knowledge). Smeijsters (2008) beschrijft het begrip ‘tacit knowledge’ als de “persoonlijke handelingskennis die het resultaat is van de ervaringen als behandelaar” (Smeijsters, 2008, p. 67), die het dagelijkse werk van de creatief therapeut kenmerken. Hierdoor sluit deze methode het meest logisch bij dit onderzoek aan, omdat ik de ervaringskennis van beeldende therapeuten die met deze doelgroep werken wil inventariseren. Het ontdekken van verborgen kennis gebeurt, door te leren van het onderzoeksmateriaal, dus van de resultaten die binnen dit onderzoek naar boven zullen komen. (Baarda, 2009). Dit betekent open staan voor nieuwe ideeën en mogelijkheden die zich voordoen. Verder staat binnen een kwalitatief survey verscheidenheid van een onderzoekspopulatie centraal. Dit wil zeggen een beeld schetsen van meningen, cognities, kennis, ervaringen of interpretaties (Baarda, et al., 2013). Dit werd volgens hem gedaan door middel van een beperkt aantal interviews of observaties. Volgens Baarda et al. gaat het daarbij met name om het beschrijven van de diversiteit aan gedachten, gevoelens en gedragingen en niet om de frequenties. Ook in dit onderzoek is het van belang om op basis vanuit diverse perspectieven een wijkgericht beeldend therapeutisch aanbod te ontwikkelen voor LVB. Vanuit diverse standpunten naar de onderzoeksvraag te kijken is belangrijk, omdat het gaat om het inventariseren van informatie. Voor dit onderzoek zijn 5 verschillende respondenten bevraagd geworden met zo divers mogelijke achtergronden. Hierdoor is de onderzoeksvraag van zoveel verschillende kanten als mogelijk belicht geworden waardoor het onderzoek niet gekleurd is door een mening en vervolgens meer tacit knowledge na voren is gekomen. Dit heeft uiteindelijk ertoe bijgedragen om een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen vormen.

2.3 Dataverzameling

Passend bij de vraagstelling en het inventariserend karakter van dit onderzoek is voor open interviews gekozen. Zo is er gebruik gemaakt van interviews, om te inventariseren, wat mensen denken, weten,

willen en voelen over bepaalde onderwerpen, personen of gebeurtenissen (Baarda, et al., 2013). In een individueel interview kunnen de respondenten vrij praten over hun eigen manier van doen en laten (Baarda, et al.). Dit was belangrijk om juist de verscheidenheid van de kennis, ervaringen en meningen van de verschillende respondenten te kunnen inventariseren, zonder dat deze mening beïnvloed werd door de mening of visie van een ander. Iedere therapeut heeft zijn eigen visie en hanteert zijn eigen methodes. Daarom was het belangrijk om hier individueel aandacht aan te spenderen om voldoende diepgang te krijgen in de kennis die er is.

Bovendien is hiermee geprobeerd om de therapeuten uit te dagen kritisch te durven kijken of hun manier van werken wel vertaald kan worden naar een wijkgericht programma. Door eerst te vragen naar hun manier van werken nu en dan naar de mogelijkheden om dit naar een wijkgericht programma te vertalen zijn de therapeuten meer indirect naar hun mening gevraagd. Dus is niet direct gevraagd wat hun mening is over wijkgericht werken met de doelgroep. Dit had een oordeel kunnen oproepen dat het de bedoeling is om wijkgericht werken wel goed te vinden. Terwijl de vraag was om puur naar de mogelijkheden op zoek te gaan.

De vragen zijn zo open mogelijk gesteld bij het afnemen van de interviews. Dit betekent dat de respondent uit werd gEDAAGD om iets te vertellen en het niet de bedoeling is met ja of nee te antwoorden. De interviews zijn gestructureerd door middel van een topiclijst. Deze interviewmethode is open, maar de onderwerpen die aan bod komen liggen min of meer vast (Baarda, et al., 2013). Bij een topiclijst wordt er van tevoren een leidraad aan thema's (topics) voorbereid die gedurende het interview aan de orde moeten komen. Bij deze methode heb ik dus wel al van te voren een aantal thema's vastgelegd waardoor ik de interviews beter kon structureren (Baarda, et al.). Hierdoor kon ik het interview sturen en juist waarborgen dat de therapeuten niet te ver afdwalen en dat alle belangrijke thema's aan bod kwamen. Zo zal bijvoorbeeld de vraag naar de eigen manier van werken voor veel therapeuten een erg brede vraag zijn geweest, waarover ze lang en breed hadden kunnen vertellen. Toch wilde ik uiteindelijk te weten komen welke de meest gebruikelijke werkwijzen zijn. Zo was het belangrijk om de respondenten te leiden, om het oog op de belangrijkste punten van hun werk te richten. Bovendien was het belangrijk om ook de spontane reacties ruimte te geven in de interviews en hierop in te gaan. Dit deed ik, door de vragen open te stellen, waarop ik vervolgens diepgaand op door kon vragen. Volgens Baarda, et al. werd het interview daardoor verdiept. Het voordeel hierbij is dat het interview zo nieuwe onderwerpen naar voren kan brengen omdat de respondent in de gelegenheid komt om te vertellen (Baarda, et al.). Dit heb ik gedaan, omdat ik hierdoor dieper kon ingaan op de eigen bevindingen van de respondenten, waardoor er veel ruimte was voor hun eigen mening.

Doordat ik van tevoren een topiclijst heb opgesteld, lag het onderwerp van de interviews van tevoren vast. Echter zijn de vragen en antwoorden van te voren niet heel duidelijk gedefinieerd waardoor ruimte was om op individueel punten dieper op in te gaan. Zo heb ik gebruik gemaakt van een 'halfgestructureerd interview' (Baarda, de Goede, & van der Meer-Middelburg, 2007, p. 16).

Vier van vijf interviews zijn mondeling en persoonlijk afgenomen. Dit was belangrijk om te doen, omdat ik zo juist spontane en non-verbaal reacties kon vasthouden. Het mondeling interview biedt volgens Baarda, et al. (2013) een grote mate flexibiliteit die bijvoorbeeld bij een schriftelijk interview ontbreekt. Ik kon dus spontaan inspelen op dingen die zich tijdens het interview voordeden. Of kon ik juist de respondent prikkelen om op een thema door te vertellen waar ik aanvoelde door het non-verbaal gedrag (Bijvoorbeeld mimiek) nog informatie ontbreekt. Verder kon ik hierdoor ook de manier waarop een mening geuit wordt vaststellen. Dit wil zeggen het observeren van het non-verbaal (niet gesproken) gedrag. Zo kon ik hierdoor vaststellen welk thema een therapeut nog kritisch beschouwt of waar iemand bijzonder enthousiast over wordt. Vanuit planningstechnische redenen heeft het vijfde interview telefonisch plaats gevonden. Hierbij kon ik alsnog op de spontane reacties inspelen of op de manier waarop iets gezegd werd (klank van stem), echter ontbrak het visuele aspect zodat ik niet de mimiek kon observeren.

De interviews zijn door middel van geluidopnames vastgelegd. Dit was belangrijk om de verzamelde data uiteindelijk te kunnen prepareren en analyseren. Daarnaast zijn er na het gesprek notities gemaakt over bijzonderheden tijdens het gesprek (denk aan "therapeut werd bijzonder enthousiast bij dit thema".) Tevens was het moment van afname bewust gekozen. Zo was ervoor gekozen om de afspraken op een tijdstrip te doen die voor de therapeuten het beste uitkwam. Dit was over het algemeen tijdens de middag. Verder was ervoor gekozen om het interview op de locatie van de therapeut te doen om de belasting voor de respondenten zo gering mogelijk te houden. Hierdoor is geprobeerd om de deelname zo makkelijk mogelijk te maken voor de respondenten, zodat ze zich op de interviewvragen konden concentreren en niet nog door andere omstandigheden belast werden door dit onderzoek. De interviews duurden over het algemeen een uur met meestal nog een half uur

extra voor het geval dat het interview uitliep. De therapeuten hadden hierdoor voldoende tijd en ruimte om uitgebreid antwoord te geven op de gestelde vragen.

Om de interviews zo professioneel mogelijk te kunnen houden, is ervoor gekozen om van tevoren de workshop interviewen mee te doen. Deze werd gehouden door de docente Ingrid Penzes. Ook heb ik een workshop over het geven van focusgroepen in het kader van het RAAK-Project gevolgd. Hierbij kwamen zowel relevante informatie na boven over individueel interviews dan al over preparatie en analyse van data. Daarnaast is ervoor gekozen om van tevoren proefinterviews af te nemen. Hierdoor zijn de onderzoekstemas op volledigheid getoetst worden. Hierdoor was de mogelijkheid om nog aanpassingen voor te nemen voordat de vragen aan de werkelijke respondenten gingen.

2.4 Onderzoekspopulatie

In deze kwalitatieve survey is, zoals eerder al genoemd, door middel van interviews data verzameld. Voor het beantwoorden van de vraagstelling, is daarom voor beeldend therapeuten die op dit moment in Nederland met de doelgroep LVB werken, als onderzoekspopulatie / respondenten gekozen. Hiervoor is gekozen, omdat zoals al eerder genoemd, de focus binnen dit onderzoek is om te weten te komen welke mogelijkheden de beeldende therapeuten zien om met de doelgroep LVB een wijkgericht programma op te stellen. Dus aan de hand van de subvraag is geïnventariseerd wat hun huidige manier van werken met de doelgroep is, hun ervaringen, expertise en werkwijze. Bovendien welke mogelijkheden beeldende therapeuten zien om hun huidige manier van werken te vertalen naar een wijkgericht programma voor mensen met een LVB en welke randvoorwaarden hiervoor belangrijk zijn. Zo staan in de vraagstelling dus de kennis en mening van de beeldend therapeuten, die in Nederland met de doelgroep LVB werken centraal.

Doordat dit onderzoek dus slechts betrekking heeft op een bepaald aantal mensen, zijn data verzameld door middel van een 'gerichte steekproef', waarbij geselecteerd wordt op diversiteit van de respondenten (Baarda, et al., 2013). Hiervoor was het belangrijk, om voor een bepaalde onderzoekspopulatie te kiezen, welke het beste aansluit bij de onderzoeksvraag (Baarda, et al. 2013). Dit was belangrijk, omdat dit onderzoek tijdelijk beperkt was en daardoor niet alle therapeuten bevestigd konden worden die met de doelgroep werken. Hierdoor was het van belang om juist keuzes te maken in de onderzoekspopulatie om alsnog de diversiteit te waarborgen. In het kader van diversiteit was het belangrijk, dat de respondenten die benaderd worden een realistische afspiegeling vormen van alle beeldende therapeuten die met deze doelgroep werken. Hiervoor was het van belang, om respondenten met een maximum aan variatie te bevestigen (Baarda, et al., 2013). Dit wil volgens hen zeggen dat de respondenten die bevestigd worden maximaal van elkaar verschillen, zodat de range van mogelijkheden goed is afgedekt. Een belangrijk punt voor selectie was, dat de therapeuten ook daadwerkelijk op dit moment met de doelgroep werken. Dit is belangrijk, om te waarborgen dat de respondenten op de huidige stand van informatie zijn en dus ook actueel bij de doelgroep betrokken zijn.

Verder is er naar te kijken waar de verschillende therapeuten zijn afgestudeerd. Dit is belangrijk omdat therapeuten vanuit de verschillende hogescholen soms met verschillende visies en methoden te werk gaan. Ook hier was het belangrijk om een breed beeld te schetsen en voor diversiteit onderling de bevestigd therapeuten te zorgen. Daarnaast is ernaar gekeken hoe lang een beeldend therapeut al werkt met de doelgroep. Zo zou een therapeut die al lang met de doelgroep werkt en veel ervaring heeft misschien anders werken dan een therapeut die net is afgestudeerd. Hiervoor zijn mogelijk divers therapeuten gekozen die verschillend lang werkervaring hebben, met zowel de doelgroep, dan algemeen beeldend therapeutisch.

Onderstaand is er een overzicht te vinden van de Respondenten. De volgorde is willekeurig en heeft daarom geen betekenis, vervolgens zegt de volgorde ook niets over de volgorde van het afnemen van de interviews. Verder hebben alle therapeuten meestal nog allerlei diverse bijspleidingen gevolgd en hebben vaak nog naast de "hoofdwerkplek" andere plekken waarop ze zowel in het kader van vrijwilligerswerk als betaald een beeldend aanbod ter beschikking stellen, dit is niet in deze tabel opgenomen. Wel is het jaartal van afstuderen meestal gelijk aan het kwantitatief jaartal van werkervaring.

Tabel 1 overzicht van de geïnterviewde beeldende therapeuten

Respondentenlijst		
Therapeut	Opleiding	Werkplek
T1	Zuyd Hogeschool Bachelor, creatieve therapie beeldend 1988	Eigen praktijk en Deeltijdsetting en ambulant (ACT)
T2	Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) Werkzaam als beeldend therapeut sinds 1986	Deeltijdsetting - werkt ambulant
T3	Hogeschool Utrecht Bachelor of Social Work, Creatieve therapie beeldend vormen 2009	Deeltijdsetting
T4	Zuyd Hogeschool 1995	Deeltijdsetting
T5	Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) Bachelor creatieve therapie beeldend 1999	Penitentiair Psychiatrisch Centrum

2.5 Datapreparatie

Bij het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van geluidsopnames. Dit heeft volgens Baarda, de Goede, en van der Meer-Middelburg, (2007) bijdrage eraan om betrouwbaarheid van dit onderzoek op dit gebied maximal te maken, omdat de data altijd terug te luisteren is. Nadat de data waren verzameld, was het belangrijk om de data voor de analyse goed voor te bereiden (te prepareren). Hiervoor werden eerst alle data getranscribeerd (Baarda et al., 2013); omgezet in geschreven tekst. Het maken van een transcript komt neer op het uittypen van de geluidsopnames. Dit is gedaan door middel van Word en een computerprogramma waardoor een audiobestand in verschillende snelheden afgespeeld kon worden en waardoor men steeds vooruit en terug kon spoelen. Hiernaast is er gebruik gemaakt van een headset, omdat hierdoor de geluidsopname nog beter te verstaan was en het gezegde en ook de klank van de stem (hierdoor de bedoeling erachter) was heel duidelijk terug te horen. Hierbij is woordgetrouw overgenomen wat er in het interview gezegd is. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de stamgegevens gemaximaliseerd.

Aanvullend is er gebruik gemaakt van de observaties van het non-verbaal gedrag of de manier waarop iets gezegd is om de intentie van het gezegde weer te kunnen geven. Hierdoor is een compleet geschreven tekst gecreëerd die precies weergeeft, wat er in de interviews gezegd en non-verbaal gezegd is. Hierbij is niet-relevant materiaal niet opgenomen in de transcripten, bijvoorbeeld als het over de koffie gaat of over de vakantie van de respondent. Woorden zoals “ehm” en “hmm” zijn in dit geval in de transcripten mee overgenomen omdat ze soms uitdrukking geven over de stelligheid waarmee iets gezegd is. Verder is gebruik gemaakt van memo's. Deze zijn belangrijk voor de transparantie van de werkwijze (Baarda, et al., 2013). Hiervoor zijn verschillende soorten van memo's gehanteerd, die ook Baarda, et al., in zijn boek beschrijft: memo's om de ontwikkeld codes af te bakenen en definiëren, memo's over het profiel van de respondenten, memo's over theorieën die bijdrage hadden aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag en memo's die de methodische keuzes beschrijven.

Bij vragen over de data sta ik altijd ter beschikking onder volgend e-mailadres:
verena.schiffers@t-online.de

2.5 Data analyse

Een veel gebruikte methode om het verzameld materiaal te ordenen is de gefundeerde theoriebenadering (Grounded Theory). Volgens Baarda, et al. (2013) wordt binnen deze methode geprobeerd vanuit het verzameld onderzoeksmateriaal, tot een theorie te komen. Doel is het expliciteren van kennis vanuit de praktijk om op grond daarvan tot resultaten te kunnen komen (inventariseren). Daarom sluit deze methode juist aan bij dit onderzoek, doordat er vanuit veel verzameld materiaal door de interviews en aantekeningen gezocht werd naar een rode draad waardoor nieuwe kennis ontdekt zal worden. De data-analyse vindt dus plaats op basis van de coderingsprincipes van Grounded theory, open /axiaal coderen. Bij deze coderingsprincipes werden aan de resultaten verschillende thema's of codes (open coderen) gegeven en werden deze uiteindelijk samengevat tot categorieën (axiaal coderen) (hierop zal ik vervolgens nog dieper ingaan).

Het was van belang om meteen na het transcriberen tewerk te gaan met het analyseren. Volgens de Jong, Vandenbroele, Glorieux en Visser (2003) is Grounnded theory een cyclisch proces, waarbij de data constant geanalyseerd worden. Dit betekent dat op het moment dat er nieuwe data bijkomen (nieuwe interviews) dit materiaal wordt vergeleken met het al geanalyseerde materiaal. Dit wordt volgens haar de “constante vergelijkingsmethode” genoemd. Dit levert er een bijdrage aan, dat zo al gedurende het onderzoek, vraagstellingen scherper kunnen geformuleerd worden en data vanuit de analyse al meegenomen kunnen worden in het verdere onderzoek. Hiervan is ook in dit onderzoek

gebruik gemaakt. Zo zijn alle transcripten meteen na afname van een interview gemaakt en open gecodeerd. Zo heeft in een cyclisch proces steeds reflectie plaatsgevonden binnen dit onderzoek.

In het kader van open coderen zijn de transcripten dus van codes voorzien geworden. Dit zijn trefwoorden of labels die weergeven waar de tekst over gaat (Baarda, et al., 2013). Hiervoor is al tijdens het prepareren van de data gebruik gemaakt van de methode "Sensitizing concepts". Volgens Baarda (2009) gaat het daarbij erom, om de data op thema's te checken. Bij deze methode zal gebruik worden gemaakt van de boven genoemde topiclijst, die voor het afnemen van de interviews gebruikt wordt. In dit kader is hierbij ook naar de tekst gekeken met het oog op cliënt therapeut en medium aspecten. Dit zal ook alvast bijdrage leveren aan de analysemethode van "**open coderen**". Bij deze methode worden elementen die van belang kunnen zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraag zoveel mogelijk in kaart gebracht onder de vorm van een code/thema (Baarda et al., 2013). Bijvoorbeeld: Regel 1 t/m 4 gaat om ervaringsgericht werken. De kern van open coderen is volgens hem om niet alleen op zoek te gaan naar bevestiging van wat al bekend is maar juist naar datgene wat nieuw is. Hierbij zal volgens hen de taal van het onderzoeksmateriaal gebruikt worden. Dit biedt de mogelijkheid om zolang mogelijk bij de verzamelde data te blijven en draagt bij aan de kwaliteitscriteria van confirmability omdat hierdoor juist de informatie van bij de beeldende therapeuten geordend werd. Zo is ook in dit onderzoek gebruik gemaakt van de termen van de respondenten, waardoor sommige dingen naar boven zijn gekomen die van tevoren niet op de topic lijst stonden of helemaal nieuw waren.

Al snel begonnen de thema's in de interviews zich te herhalen. Soms gebruikten de respondenten verschillende benamingen, maar werd er eigenlijk hetzelfde bedoeld. Hierbij is ernaar gekeken, hoe vaak zich verschillende thema's herhaalden. Hierbij worden thema's geclusterd die bij elkaar hoorden (ook categorieën genoemd) (Baarda, 2009), en uitgeschreven. Deze methode werd **axiaal coderen** genoemd. Door middel van deze analysemethodes, zijn uiteindelijk de resultaten naar voren gekomen (beschreven in hoofdstuk 3).

Volgens Baarda (2009) is het nuttig om de (tussentijdse) resultaten door de respondenten te laten lezen. Deze methode werd memberchecking genoemd. Hiervan heb ik ook gebruik gemaakt tijdens mijn onderzoek, om de respondenten de mogelijkheid te geven zich in mijn resultaten te herkennen of aanvullingen op wat ze gezegd hebben te kunnen maken. Daarmee wil ik waarborgen dat ik de resultaten niet met mijn eigen mening verkleur. Memberchecking komt daarom terug bij confirmability en de authenticity.

Verder heb ik voor een deel gebruik gemaakt van de methode Peer debriefing. Dit betekent, dat ik iemand anders mee heb laten kijken bij de analyse van mijn data (Baarda, 2009). Deze persoon zal volgens Baarda juist iemand met expertise op het gebied van de onderzoeksvraag kunnen zijn die echter geen persoonlijke betrokkenheid bij de onderzoeksvraag heeft. Hiervoor is samen met drs. Ingrid Penzes (mijn scriptiebegeleidster) naar de analyse gekeken, omdat zij zowel veel expertise op het gebied van onderzoek heeft, zowel met de doelgroep als ook met beeldend therapeutisch werken. Hierdoor is er geprobeerd om te voorkomen dat het onderzoek alleen maar mijn eigen mening over de resultaten tot inhoud heeft. Door nog met iemand anders naar de resultaten te kijken zijn soms mijn eigen conclusies duidelijker geworden of soms ook nieuwe inzichten naar boven gekomen. Deze methode zal ook terugkomen bij de kwaliteitscriteria confirmability en credibility.

2.6 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van dit onderzoek vervolgens te verbeteren, wordt er gebruik gemaakt van een aantal technieken. Deze dragen bij tot de kwaliteit van dit onderzoek en hiermee aan trustworthiness. Belangrijk voor kwalitatief onderzoek om de betrouwbaarheid te kunnen staven. Onderstaand zal ik toelichten in hoeverre dit onderzoek aan de kwaliteitscriteria kon voldoen.

2.6.1 Dependability

Deze criteria heeft volgens Smeijsters (2006) te maken met de compleetheit van de informatie van dit onderzoek. Dit wil zeggen dat een ander kan opvolgen welk stap wanneer en waarom is ondernomen in dit onderzoek. Zo heb ik in het onderzoek gebruik gemaakt van memo's. Dit was om voor mijzelf te waarborgen dat alle methodische keuzes die tijdens dit onderzoek plaats hebben gevonden vastgehouden zijn. Dit is belangrijk om steeds weer te kunnen herhalen welke methode wanneer, waarom gebruikt is. Verder heb ik gebruik gemaakt van thick description. Dit houdt in om zoveel mogelijk details zichtbaar te maken van dit onderzoek en rijke beschrijving te geven over de ondernomen stappen en verkregen data. Het vastleggen van audio opnames en het verwerken ervan in geschreven tekst heeft volgens Baarda, et al. (2013) een belangrijke bijdrage aan de navolgbaarheid. Hiervoor zijn transcripten van alle interviews geschreven waardoor dit onderzoek

inzichtelijker en meer navolgbaar voor een ander is met het doel, dat iemand anders het onderzoek op dezelfde manier zou kunnen overdoen en tot dezelfde resultaten zou kunnen komen. Verder is doormiddel van memberchecking aan de respondenten de mogelijkheid gegeven om hun bijdrage nog aan te vullen, waardoor de geanalyseerd data zo compleet mogelijk gemaakt is.

2.6.2 Credibility

Credibility heeft volgens Smeijsters (2006) te maken met de mate waarin de resultaten van het onderzoek voor de respondenten geloofwaardig zijn. Hiervoor zijn zo veel en divers mogelijk respondenten geïnterviewd, dan mogelijk was in de beperkte tijd. Het is altijd gebruik gemaakt van dezelfde onderzoeksstrategie om de methode van kwalitatief survey zuiver toe te passen. Hierbij is de data zo open mogelijk verzameld zonder de onderzoeksvragen door eigen mening te verkleuren. Bovendien is de informatie vanuit de interviews woordgetrouw in transcripten overgenomen. Ook de al eerder genoemde techniek van memberchecking heeft hier bijdrage aan, omdat zo de respondenten in de gelegenheid zijn gekomen, om het gezegde nog aan te vullen of bij te stellen. Verder zal ook de techniek peerdebriefing bijdrage aan de geloofwaardigheid van dit onderzoek leveren, hiervoor is samen met mijn docent naar de analyse gekeken.

2.6.3 Transferability

Volgens Smeijsters (2006) heeft transferability te maken met het kunnen plaatsen van de uitkomsten in een andere context. Dit wil zeggen dat de uitkomsten van dit onderzoek overdragbaar zijn voor alle beeldende therapeuten die met deze doelgroep werken, maar ook in relatie tot het wijkgericht werken overdraagbaar zijn voor andere doelgroepen. Hiervoor is het belangrijk om een doorsnee te vinden van de meningen, ervaringen en opvattingen die er op dit moment op dit gebied bestaan. Dit is bereikt door een goede keuze te maken van respondenten (diversiteit) en ook te kijken naar beeldend therapeuten die misschien een andere opvatting hebben over dit onderwerp. Juist op zoek gaan naar verschillende respondenten zal bijdragen om een doorsnee van de onderzoekspopulatie te kunnen bereiken. Ook de al benoemde techniek "thick discription" zal hiertoe bijdragen door rijke beschrijvingen van de onderzoeksmethodes te geven. Dit wil zeggen om ook duidelijk de uitkomsten van de interviews binnen de context (situaties en omstandigheden) te beschrijven. Verder is transferability ook terug te vinden in de onderzoeksvraag op zichzelf. Zo werd er gevraagd naar een vertaling (generaliseerbaarheid) van de beeldend therapeutisch werkwijze nu met de doelgroep LVB naar een wijkgericht programma.

2.6.4 Authenticity

Aan deze criteria wordt voldaan, indien de respondenten een faire kans krijgen om hun visie in te brengen (Smeijsters, 2006). Om aan deze kwaliteitscriteria te kunnen voldoen, wordt er gebruik gemaakt van de techniek: Memberchecking. Volgens Baarda (2009) houdt dit in, om de resultaten (ook al tussentijds) aan de respondenten voor te leggen en te toetsen of ze zich hierin kunnen herkennen. Hierdoor worden respondenten in de gelegenheid gebracht om hun uitspraken aan te vullen of bij te stellen. Hiervoor zal de respondenten een samenvatting van het uitgeschreven transcript toegestuurd worden en zullen deze de mogelijkheid krijgen om hierop aanvullingen of aanpassingen in te dienen. Verder belangrijk voor de authenticity is, dat er gewaarborgd wordt, dat de respondenten niet beïnvloed worden door de mening van de onderzoeker. Hiervoor zijn de onderzoeksvragen zo open mogelijk aan de respondenten gesteld, dat ze voldoende ruimte hadden om hun mening en visie breed te kunnen beschrijven.

2.6.5 Confirmability

Dit betekent volgens Smeijsters (2006) dat een buitenstaander moet kunnen navolgen hoe de onderzoeker aan zijn resultaten is gekomen. Dat heeft ermee te maken, dat dit onderzoek niet gekleurd wordt door de mening en interpretaties van de onderzoeker. Zo zal memberchecking ook hier aansluiten. Bovendien is gebruik worden gemaakt van peer debriefing. Dit houdt in om iemand met expertise op het gebied van dit onderzoek, die echter geen directe betrokkenheid heeft bij dit onderzoek, mee te laten kijken bij de analyse van de data. Hiervoor werd er samen met mijn scriptiebegeleider naar de analyse gekeken. Dit is gedaan om te voorkomen, dat ik mijn eigen verwachtingen aan de uitkomsten van dit onderzoek te veel probeer na te streven en te weinig open sta voor nieuwe dingen die zich opdoen. Hierbij heeft de tweede mening van mijn docent een positieve uitwerking gehad op de confirmability.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit het analyseren van de vijf afgenomen interviews beschreven. De analyse heeft geresulteerd in een inventarisatie van overeenkomsten en verschillen tussen de beeldende therapeuten. Deze hadden betrekking op de manier waarop ze nu werken in hun huidige werksetting en hoe ze hun werkwijze zouden vertalen naar een wijkgericht aanbod. Op basis van het open en axiaal coderen zijn een aantal categorieën naar voren gekomen; thema's die bij iedere therapeut terug te horen waren. Deze categorieën zal ik hieronder allereerst toelichten. Hoewel inventariserend onderzoek niet gericht is op het vinden van verbanden tussen deze categorieën, is gebleken dat er tussen de categorieën een aantal verbanden bestaan. Daar waar dat aan de orde is, zullen deze verbanden bij de beschrijving van de categorieën beschreven worden. Na de beschrijving van de categorieën volgt een overzicht van de resultaten die door de therapeuten in de verschillende categorieën genoemd zijn. Dit overzicht zal de overeenkomsten en verschillen binnen de categorieën verduidelijken (Tabel 3). Tot slot volgt er een samenvatting van de resultaten.

3.1 Beschrijving categorieën

De resultaten vanuit de interviews zijn onder te verdelen in aspecten die gerelateerd zijn aan de huidige manier van werken van de therapeuten met de doelgroep LVB en aan aspecten die gerelateerd zijn aan het werken met deze doelgroep in een wijkgerichte context (Tabel 2). Deze tabel is gebaseerd op de drie componenten van de driehoek van cliënt, therapeut, medium (Schweizer, et al., 2009). Deze zijn als 'sensitizing concepts' (Baarda, 2009) gebruikt om de data na thema's te checken (na te lezen in de data-analyse). De categorieën die vanuit het axiaal coderen naar boven zijn gekomen, zijn ingedeeld op basis van de componenten cliënt, therapeut, medium onderverdeeld. De hoofdcategorieën die vanuit mijn data-analyse naar voren zijn gekomen, zijn onderstaand dik gedrukt, de subcategorieën zijn schuin geschreven.

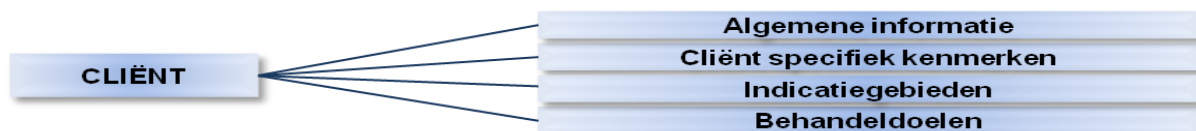
Tabel 2: Hoofd- en subcategorieën

a. Huidige manier van werken		
CLIËNT	THERAPEUT	MEDIUM
• Algemene informatie	• Afstemmen <i>Contact leggen / onderhouden</i> <i>Observatie</i>	• Beeldend proces <i>Werkvormen t.b.v observatie</i> <i>Werkvormen t.b.v behalen doelstelling</i>
• Cliënt specifiek kenmerken • Indicatiegebieden • Behandeldoelen	• Aansluiten • Methode	• Beeldend product
b. Werken in de wijk		
• Indicatie wijk	• Competenties & randvoorwaarden	• Randvoorwaarden
• Indicatiegebied beeldende therapie	• Afstemmen	• Materiaal specifiek
• Randvoorwaarden	• Aansluiten • Methode	• Ruimtelijk • Opdrachtspecifiek

3.1.1 Huidige manier van werken

CLIENT

In de analyse is algemeen informatie over de doelgroep teruggekomen die niet direct gerelateerd is aan beeldende therapie



Figuur 1. Categorie: Cliënt (huidige manier van werken)

Algemene informatie

Cliënten die in de instelling terecht komen, hebben volgens de therapeuten meestal problemen op meerdere gebieden; LVB, bijkomende problematiek en een gedragsstoornis element. Waardoor sprake is van sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG). Er werd genoemd, dat ook vaak sprake is van een hechtingstoornis en autisimestoornis bij deze doelgroep. Hiernaast gaven

drie therapeuten aan, dat cliënten vaak ook te maken hebben met bijkomende problemen, zoals bijvoorbeeld een verslavingsproblematiek, of dat ze in aanraking zijn gekomen met justitie of politie. Het grootste deel van de doelgroep die door de therapeuten in dit onderzoek worden gezien zijn jonge volwassenen (tussen de 20 en 40 jaar). Een therapeut geeft aan ook met volwassenen te werken, maar hoofdzakelijk kinderen in behandeling te hebben. Drie therapeuten geven aan, dat cliënten meestal bij zichzelf thuis wonen, in een pleeggezin of in het kader van begeleid wonen. Meestal is de woonsituatie onafhankelijk van de instelling maar wel in de regio van de instelling. Verder werd door sommige therapeuten opgenoemd dat het systeem van de cliënt in het geheel veel betrokken werd in de therapie, terwijl het systeem bij de beeldende therapie nog niet (vaak) aanwezig is. Hiervoor zullen de therapeuten wel open staan. Cliënten komen met hun problemen terecht in deeltijdsettings, klinieken, krijgen zorg thuis of in hun basisschool (kinderen) of in een penitentiaal psychiatrisch centrum.

Cliënt specifiek kenmerken

Vier therapeuten geven aan, dat cliënten moeite ermee hebben om het geleerde vanuit de therapie te kunnen generaliseren naar hun eigen leefomgeving. Dat komt, doordat cliënten met een LVB cognitief vaak beperkter zijn en ze het vaak lastig vinden om het geleerde te kunnen abstraheren.

Een belangrijk aspect, dat bijna alle therapeuten noemden is, dat cliënten met een LVB vaak verbaal niet zeer vaardig zijn. Dit maakt dat ze veel behoefte hebben aan visuele ondersteuning. Verder leidt dit ertoe, dat volgens vier therapeuten cliënten ook moeite hebben met het aangeven van wat ze wel of niet willen. Verder leidt het gebrek aan verbale vaardigheden ertoe, dat cliënten soms moeite hebben in het contact met anderen.

Bovendien werd door vier therapeuten genoemd, dat cliënten vaak moeite hebben met het uiten en reguleren van gevoelens. Ze hebben volgens de therapeuten vaak weinig of geen inzicht in welke emoties er allemaal zijn omdat ze het vaak lastig vinden of het te confronterend is om naar zichzelf te kijken (zelfreflectie). Verder noemen drie therapeuten, dat ook het ordenen of structureren van emoties, gedachtes of gebeurtenissen vaak zeer moeilijk is voor cliënten.

Hiernaast geven vier therapeuten aan dat cliënten hun hele leven vaak veel faalervaringen op hebben gedaan. Een therapeut noemt hierbij passend dat cliënten vaak tegen frustraties aanlopen omdat ze het in hun dagelijkse leven altijd op alle levensgebieden net niet redden (bijvoorbeeld op school, op het werk, in relaties). Dit draagt er volgens twee therapeuten ook toe bij, dat cliënten vaak (met name in begin) heel gespannen naar de beeldende therapie komen omdat ze het idee hebben dat ze dadelijk weer iets tegenkomen wat ze niet kunnen. Hiernaast werd genoemd, dat cliënten vaak al veel therapie gehad hebben in hun leven. Dit was vaak verbonden met weinig succeservaringen, waardoor cliënten vaak heel wantrouwend naar de therapie komen. Volgens vier therapeuten hebben cliënten vaak weinig zelfvertrouwen en weinig eigenwaarde. Het is moeilijk voor hen om een realistisch beeld van zichzelf te maken en zijn er ook vragen rond de eigen identiteit. Twee therapeuten noemen hierbij dat cliënten zich vaak zelf over- of onderschatten. Dit wil zeggen dat ze meer willen dan ze kunnen of meer kunnen dan ze willen. Hierbij komt dat ze ook vaak een belast verleden hebben (bijvoorbeeld dat sprake is van een trauma). Bovendien noemen de therapeuten dat er ook vaak problemen zijn rond het systeem van een cliënt.

Indicatiegebieden.

Hieronder hebben therapeuten opgemerkt om welke reden cliënten baat hebben bij beeldende therapie. Indicatiegebieden zijn vaak richtinggevend voor het indiceren van de beeldende therapie en het formuleren van behandeldoelen. In de lopende tekst zijn deze schuin gedrukt.

Zoals al genoemd komen cliënten vaak wantrouwend of gespannen naar een therapie. Vaak hebben ze al veel therapie gehad en veel faalervaringen meegemaakt. Verder werd genoemd, dat ze niet zo sterk in het verbaal uitdrukken van bevindingen zijn of in het reflecteren op zichzelf. Hierbij werd genoemd dat het een meerwaarde heeft, om via beeldende therapie op een andere manier contact te kunnen maken, waarbij de non-verbale en ervaringsgerichte therapie goed aansluit. Cliënten hebben zoals boven genoemd vaak moeite met het ordenen en structureren van gedachtes, gebeurtenissen en emoties. Sommige therapeuten geven hierbij aan dat het in de therapie een belangrijk aandachtspunt is om hun inzicht te geven in de eigen *emotiehantering* en hen te helpen om er wel de eigen emoties te kunnen plaatsen. Hiernaast hebben cliënten zoals boven genoemd vaak last van een belast verleden waardoor er volgens een therapeut ook behandelvragen op het gebied van het verwerken van (emoties rond) traumatische ervaringen komen te liggen.

Naast het werken aan de eigen emoties werd door de therapeuten ook vaak genoemd, dat het werken aan het eigen *zelfbeeld en zelfbeleving* een belangrijk indicatiegebied is waardoor beeldende therapie juist aansluit bij deze doelgroep. Zo komen volgens meerdere therapeuten cliënten vaak met

een laag of verstoord zelfbeeld binnen omdat ze in het verleden al zo veel faalervaringen op hebben gedaan. Hierdoor heeft zich bij veel cliënten het beeld gevormd, dat ze veel dingen niet kunnen of dat ze het nooit goed genoeg doen. Verder voelen ze zich vaak niet begrepen. Hierdoor is het volgens de therapeuten belangrijk om wel weer positieve ervaringen op te doen en zich begrepen te voelen. Een therapeut noemt, dat op het gebied van de eigen identiteit, voor een cliënt belangrijk kan zijn, om inzicht te krijgen in het eigen systeem.

Verder werd als indicatiegebied genoemd om aan de cliënten handvatten geven om op een andere manier te handelen, omdat cliënten vaak tegen problemen rond hun eigen *gedrag* aanlopen. Cliënten zijn vaak vastgelopen met hun eigen copingstrategieën, wat hun frustraties oplevert. Hiervoor moeten cliënten leren om tot een positief copinggedrag te komen, door kleine stappen te maken in de therapie om tot verandering te komen in het dagelijkse leven.

Behandeldoelen

Dit zijn de doelstellingen waarvan de therapeuten gebruik maken. Deze zijn individueel per cliënt aan de hand van de observatie en aanmelding geformuleerd en vormen het uitgangspunt voor een behandeling. In onderstaand stuk zijn de behandeldoelen vet gedrukt.

De beeldend therapeutische doelen “(verbeteren van) **emotie regulatie**”, “(verbeteren van) **emotie herkenning en erkenning**” zoals “**verminderen van agressie en impulsiviteit**” werden door een aantal therapeuten genoemd als vaak terugkomende doelstellingen. Hierbij noemden twee therapeuten, dat met name het ordenen en structureren van gedachten, gebeurtenissen en emoties voor de cliënten een belangrijk aspect is tijdens de beeldende therapie. Het werd genoemd dat door bewustwording van de emoties bij de cliënt het gevoel ontstaat, meer controle over zijn emoties te hebben. Het begrijpen welk emoties er zijn en deze daardoor beter te kunnen plaatsen geeft opluchting. Deze ordeningen niet verbaal te maken maar door het medium concreet en tastbaar te maken sluit volgens hen met name aan bij LVB doordat deze doelgroep vaak verbaal niet sterk is. Verder werd door een therapeut genoemd dat het leren uiten en reguleren van gevoelens en emoties een belangrijk aspect is bij deze doelgroep. Hierdoor kunnen emoties en gebeurtenissen gedurende de therapie een plek krijgen waardoor ook “**vragen rond om trauma**” binnen de beeldende therapie behandeld kunnen worden. Daarnaast werd aangegeven, dat het beeldend werken rondom emoties ook helpt, om makkelijker over dingen te kunnen praten. Volgens de therapeuten is het belangrijk om duidelijk te maken dat binnen de beeldende therapie dingen er mogen zijn. Het werd genoemd dat uiteindelijk het beeldend werken de cliënt helpt om zichzelf makkelijker te kunnen begrijpen.

“**Krijgen van een realistisch zelfbeeld**” werd door drie therapeuten als vaak terugkomend doel genoemd. Hierbij kan de cliënt in het medium ervaringen opdoen en letterlijk in het werkstuk terugzien wat er gedaan is en hierdoor inzicht krijgen in het eigen handelen. Twee therapeuten noemen dat cliënten door in het beeldend medium (in het kader van “**egoversterking**”) positieve ervaringen op te doen, kunnen ervaren dat ze toch meer kunnen dan ze zelf denken. Door samen met de therapeut een proces te doorlopen kunnen cliënten leren dat het goed is zoals ze het doen. Hiernaast kan aan het eind soms een werkstuk ontstaan waarop de cliënt heel trots kan zijn en waarvan die niet verwacht heeft om zo iets te kunnen doen. Om het gevoel van eigenwaarde te versterken, is het belangrijk volgens een therapeut, dat cliënten zich gedurende het proces gewaardeerd en begrepen voelen en niet tegen nog meer faalervaringen aanlopen. Hiernaast werd genoemd dat cliënten in het beeldend medium mee kunnen beslissen over de stappen die gemaakt worden waardoor ze een gevoel van verantwoording en controle over zichzelf krijgen.

Zoals boven al genoemd, is het voor cliënten vaak belangrijk om tot “**gedragsverandering**” te kunnen komen. Dit is belangrijk, omdat ze vaak een gedragstoornis hebben waardoor ze moeite in contact met anderen hebben of inadequate copingstrategieën hanteren. Door hun beperkingen hebben ze geen inzicht in hun eigen gedrag en de gevolgen ervan waardoor ze tegen frustraties aanlopen. Het werd genoemd dat de cliënt, in het beeldend medium de mogelijkheid heeft, om te werken aan zijn “**sociaal gedrag**”. Dit kan gebeuren door bijvoorbeeld samenwerkingsopdrachten met andere cliënten (of met de therapeut) waarbij geoefend wordt in aspecten zoals, bijvoorbeeld leiding kunnen nemen of volgen, inter-persoonlijke dynamieken of hoeveel ruimte iemand inneemt. Hierdoor krijgen cliënten inzicht in het eigen handelen. Hiernaast werd aangegeven, dat cliënten een houvast of handvatten kunnen krijgen tijdens een beeldend activiteit, hoe ze op een andere manier met probleemsituaties om kunnen gaan, leren oplossingen te bedenken en oefenen met copingstrategieën. Hierdoor zal de cliënt door een therapeut zijn “**probleemoplossend vermogen**” kunnen vergroten.

THERAPEUT



Figuur 2. Categorie: Therapeut (huidige manier van werken)

In deze categorie werd de rol van de therapeut in het beeldend therapeutisch werken met de doelgroep beschreven. Hierbij is belangrijk om te vermelden, dat het afstemmen en aansluiten altijd in een wisselwerking tot elkaar staan. De overgang ertussen is vloeiend. Hoewel 'afstemmen' en 'aansluiten' twee verschillende manieren van interveniëren zijn.

Afstemmen

Hieronder beschrijven de therapeuten de manier waarop ze met de cliënt in interactie gaan, om uit te vinden wat iemand nodig heeft. Hierbij spelen twee subcategorieën een belangrijke rol. *Contact leggen* waaronder therapeuten beschrijven op welke manier ze in contact gaan met een cliënt en *observatie* waaronder therapeuten toelichten wat belangrijke punten zijn om zowel in contact dan in het medium op te letten. Contact leggen en observatie staat in een vast verband met elkaar, contact leggen zal altijd ook begeleid zijn van observeren wat zich voordoet.

Subcategorie *Contact leggen/ onderhouden*

Uit de resultaten werd heel duidelijk dat de meeste therapeuten het opbouwen van vertrouwen de allerbelangrijkste basis vinden bij het contact leggen met de cliënten. Hierbij werd genoemd dat het belangrijk is voor een behandeling om allereerst voor een goed behandelcontact te zorgen.

Zoals al beschreven in de indicatiestelling van de cliënt werd genoemd dat het een werkzame factor is bij deze doelgroep, dat gedurende een sessie of proces aan iets gewerkt wordt en dat er ondertussen contact gemaakt kan worden. Binnen het werken aan een activiteit, is er ruimte om samen met iets bezig te zijn en door het beeldend werken iets te hebben waarover men kan communiceren. Men zit niet rechtop tegenover elkaar en hoeft geen oogcontact te maken. Hierdoor komen ondertussen volgens de therapeut alsnog belangrijke topics naar boven. Dit neemt vaak de spanning bij de cliënten omdat het niet meteen over hun hoeft te gaan. Dit heeft het een belangrijke rol tijdens het contact leggen om langzaam het vertrouwen te kunnen winnen van een cliënt en op een level te kunnen komen. Zoals al genoemd, zit met name in begin de spanning van de cliënt vaak heel hoog. Dit komt omdat beeldende therapie vaak verwachtingen oproept dat ze iets moeten kunnen, wat ze niet kunnen. Hiervoor is het heel belangrijk, volgens de therapeut om goed af te stemmen of er spanningen zijn en waar deze vandaan komen. Hier raakt afstemmen het gebied van aansluiten, omdat de therapeut van daaruit moet zorgen, dat de cliënt zich op zijn gemak voelt, wat volgens de therapeuten gedaan werd door heel laagdrempelig aan te sluiten met een activiteit.

Drie therapeuten noemen dat ook gedurende de behandeling het onderhouden van een goed contact erg belangrijk is. Volgens therapeut 5 is afstemmen het contact goed te houden en goed te weten wat bij de patiënt gaande is. Therapeut 5 merkt op: "Goed letten op de lichaamssignalen van de patiënt en daar eigenlijk continu over communiceren met elkaar! (...) Dus navragen wat die voelt of wat er gebeurt of hoe die de opdracht ervaart of ergens tegenaan loopt."

Tevens werd genoemd, dat het gedurende een therapie altijd belangrijk is om aan te voelen wat iemand wel of niet aankan. Dit kan soms in hele kleine details plaatsvinden, waarbij altijd een wisselwerking plaatsvindt van afstemmen wat er op het moment gebeurt en aansluiten om een stap verder uit te proberen. Om daarna weer af te stemmen hoe het gegaan is. Dat komt ook terug op het moment dat er beslissingen gemaakt moeten worden. Volgens een therapeut is het heel belangrijk om niet over een cliënt heen te beslissen maar de cliënt altijd mee te nemen in beslissingen. Zoals al in het indicatiegebied eerder genoemd, is het juist belangrijk door mee te mogen beslissen zowel een gevoel van controle over zichzelf te hebben, als zich begrepen te voelen. Dit heeft een belangrijke invloed op het behandelcontact omdat het bijdraagt aan het vertrouwen dat de cliënt in de therapeut heeft. Verder zal dit bij het aansluiten weer terugkomen omdat vanuit deze afstemming weer een aansluiting volgt, door een keuze die gemaakt werd hoe de behandeling verder verloopt.

Verder werd door sommige therapeuten genoemd dat het bij het afstemmen belangrijk is om gedurende een therapie met name naar de kern van het probleem te zoeken en niet alleen de symptomen te bestrijden. "Heel goed kijken is wel heel belangrijk, en dat betekent dus ook verder te kijken dan wat alleen zich aan de oppervlakte bevindt." Merkt therapeut 3 op. Dat wil zeggen niet alleen symptoombestrijding maar naar die kern van het probleem kijken, dus goed proberen af te stemmen. Volgens de meeste therapeuten, moet er geprobeerd worden om de cliënt zo goed mogelijk

te snappen en te begrijpen waarom de dingen zo zijn als ze zijn en van daaruit goed aan te sluiten en af te stemmen wat deze cliënt nodig heeft en wat er te halen valt. Dus heel individueel naar de cliënt/mens en zijn context kijken.

Verder noemen sommige therapeuten dat het contact met de collega's ook een belangrijke punt is die meespeelt bij het kunnen afstemmen. Zo geven ze aan dat het op dit moment in hun huidige situatie heel makkelijk is om even tussendoor af te stemmen over een cliënt. Afstemmen betekent in deze context, dat men op de hoogte ervan blijft hoe de therapie bij collega's van andere disciplines verloopt. Dit levert weer waardevolle informatie op om mee te kunnen nemen naar de eigen sessie.

Subcategorie **Observatie**

Om goed te kunnen observeren is het voor de meeste therapeuten belangrijk om de cliënt in het begin heel divers in het medium uit te laten proberen om goed te kunnen observeren.

De meeste therapeuten (vier) noemen dat een belangrijke topic binnen het observeren de materiaalhantering van de cliënt is. Hierbij geven twee therapeuten aan dat ze kijken naar de manier waarop het materiaal gebruikt wordt. Bijvoorbeeld werd het materiaal puur gebruikt voor de zintuiglijke prikkel, blijft iemand verzanden in het mengen van mooie kleuren. Twee therapeuten geven aan hierbij ook te letten op de motorische vaardigheden die iemand mee brengt. Bovendien geven twee therapeuten aan ook goed te letten op de manier van contact nemen met het materiaal met de opdracht en met de therapeut. Hiernaast werd er door sommige therapeuten op gelet of een cliënt enerzijds in staat is om leiding te nemen binnen een opdracht of dat een cliënt steeds volgt wat de therapeut zegt en geen eigen inbreng durft te geven. Anderzijds werd gekeken of een cliënt überhaupt kan volgen, of dat iemand de hele tijd maar de leiding wil houden. Dit werd ook in relatie tot samenwerkingsopdrachten met andere cliënten geobserveerd. Verder komt ook terug of een cliënt wel of niet in staat is zelfstandig keuzes te maken.

Drie therapeuten geven aan met name naar de copingstrategie van een cliënt te kijken zowel in begin dan gedurende de behandeling. Hierbij maken ze gebruik van de eigen ervaring die ze in het werken met deze doelgroep hebben opgedaan, waardoor snel patronen zichtbaar worden waar iemand zijn voorkeuren bij heeft of moeilijkheden. Dit kunnen therapeuten dan weer relateren aan ervaringen die ze eerder op hebben gedaan bij een soortgelijke opdracht. Verder geven twee therapeuten aan dat ze ook erop letten of iemand wel of niet durft hulp te vragen tijdens een activiteit.

Hiernaast hebben drie therapeuten aangegeven tijdens de observatie in zijn totaal altijd goed te observeren wat iemands draagkracht en draagvlak is.

Verder hebben twee therapeuten aangegeven, tijdens de observatie ook naar het ontwikkelingsniveau van de cliënt te kijken. Een therapeut kijkt of de manier waarop iemand aan de slag is tijdens een activiteit passend is bij het leeftijdsniveau en of er tussen verschillende activiteiten hierin verschillen zijn. Bijvoorbeeld indien iemand niet in staat is op zijn leeftijdsniveau te tekenen, dus dingen te verbeelden, maar wel in staat is om aan de hand van plaatjes binnen een collage een mooie compositie te maken. Een andere therapeut kijkt hierbij naar het ontwikkelingsniveau vanuit de methode Expressief Therapie Continuüm.

Bovendien werd aangehaald, dat het belangrijk is om altijd te observeren hoe een cliënt de wereld om zich heen waarneemt en hoe de cliënt functioneert. Hierbij werd genoemd dat het altijd heel belangrijk is, om steeds heel goed naar de lichaamssignalen van de cliënt te kijken. Zoals boven al genoemd merken indien iemand begint te aarzelen of heel stil wordt, om van hier uit in gesprek te kunnen gaan (af te stemmen) wat er aan de hand is en vervolgens in de aansluiting te kunnen komen.

Tot slot werd er genoemd, dat men altijd de situatie op het moment zelf, de cliënt in zijn context en het gehele behandelproces in het oog moeten behouden om te kunnen observeren waar de cliënt zijn volgende stap in zou kunnen zetten.

Aansluiten

Onder de categorie aansluiten werd verstaan de manier waarop de therapeut inspeelt op de cliënt. Hierbij beschrijven therapeuten hoe ze bij de cliënt aansluiten om erop in te spelen wat de cliënt nodig heeft en de beschreven doelstellingen te behalen. Aangesloten werd volgens sommige therapeuten altijd op wat vanuit de observatie naar boven is gekomen en bij de doelstelling waarop iemand is aangemeld.

Zoals al genoemd, vinden therapeuten het belangrijk om niet over de cliënt heen te beslissen en werd dit ook in de indicatie als belangrijk aspect genoemd. Drie therapeuten geven aan, om altijd de wensen van een cliënt mee te nemen in de behandeling. Verder werd genoemd, dat het heel belangrijk is om met activiteiten bij de interesses van de cliënt aan te sluiten voor de motivatie van de cliënt. Om goed te kunnen aansluiten benoemen twee therapeuten dat men met name heel flexibel

moet zijn. Dit is belangrijk volgens sommige therapeuten om enerzijds wel de interesses en wensen van de cliënt mee te nemen in de behandeling maar anderzijds ook de behandeldoelen alsnog te bewerken. Zo zal men volgens hun altijd de kennis moeten hebben, hoe men een activiteit moet aanbieden om iemand een ervaring op te laten doen (soms via een omweg). Verder beschrijven twee therapeuten dat ze bij een cliënt aansluiten door activiteit voor te structureren, of op het moment zelf een structuur bieden indien bij het afstemmen duidelijk werd, dat een cliënt overvraagd is. Voorstructureren kan dan zijn, om bijvoorbeeld het aantal keuzes in een activiteit die de cliënt moet maken te reduceren. Bovendien werd als belangrijk punt aangegeven, om aan te sluiten door middel van bijsturen en ingrijpen indien nodig, om faalervaringen te voorkomen tijdens de therapie en te bewaken dat de doelstelling behaald werd. Aansluiten zou in dit kader volgens de therapeuten kunnen betekenen, om naar een compromis te zoeken of in een situatie leiding te nemen en directief aan te wijzen hoe het verder gaat.

Verder is boven al genoemd bij het contact leggen, dat cliënten vaak met spanning binnenkomen. Hierbij werd volgens twee therapeuten aangesloten, door heel laagdrempelig te starten met een activiteit. Het werd aangehaald dat men hierbij aansluit, door bij het niveau van de cliënt aan te sluiten en informatie in kleine duidelijke stappen aanbiedt. Zo zou hier de collagetechniek volgens een therapeut een geschikte instap voor een beginactiviteit kunnen zijn, omdat het knippen en plakken en plaatjes uit tijdschriften zoeken voor de meeste cliënten iets is wat ze nog vanuit de schooltijd kennen. Hierbij werd genoemd om aan te sluiten door de cliënt net buiten hun comfortzone een ervaring op te laten doen. Therapeut 5: "Ik vind het heel belangrijk dat een leerervaring net buiten hun comfortzone is, maar niet te ver daarbuiten want dan loopt de spanning te hoog op en dan komt der geen informatie meer bij hun binnen" T5

Zoals al eerder genoemd is het heel belangrijk dat de therapeut zijn vak goed beheerst. Dit is met name belangrijk volgens een therapeut, om door middel van de materiaaleigenschappen aan te kunnen sluiten bij de hulpvraag van de cliënt. Verder is volgens een therapeut het werken met succestechnieken ook een belangrijk punt, om de cliënt een positieve ervaring op te laten doen. Dit sluit aan bij het indicatiegebied meer kunnen dan men denkt. Hiernaast werd steeds benadrukt dat voor de doelgroep LVB het beeldend product vaak een belangrijke rol speelt. Aansluitend bij deze behoefte werd genoemd, dat de therapeut met zijn vaardigheden er ook voor moet zorgen dat er uiteindelijk een volwaardig resultaat ontstaat waarop de cliënt trots kan zijn, terwijl volgens de therapeuten het product altijd ten dienste van het proces staat.

Methoden

Bij de categorie methoden beschrijven therapeuten het theoretisch kader waarop ze hun methodisch handelen baseren. Hierbij viel op dat therapeuten veelal aspecten van verschillende algemene theoretische en therapeutische kaders integreren in hun behandeling. Dit komt omdat veel methoden of literatuur niet specifiek voor beeldende therapie of voor de doelgroep geschreven zijn. Vaak werd hierbij door de therapeuten nogmaals benadrukt, dat met name het afstemmen en aansluiten (hierboven beschreven) bij de cliënt met behulp van het medium de meest belangrijkste aspecten zijn in hun methodisch handelen.

Het werken aan de hand van analogieën leggen is voor vier therapeuten onderdeel van hun methodisch werken. Hierbij maken ze ook gebruik van het analoog proces model. Drie therapeuten noemden dat ze gebruik maken van de methode **mentaliseren**. Hierbij beschreef een therapeut dat mentaliseren met name aansluit bij het ontwikkelen van de eigen identiteit. Therapeut 4: "Mentaliseren gaat eigenlijk met name om, hoe kun je de cliënt begrijpen om uiteindelijk tot een volgende stap te komen, vind ik eigenlijk. Dus hoe kun je een ander bewust maken dat ieder vanuit zijn eigen referentiekader handelt."

Twee therapeuten noemen verder dat ze gebruik maken van de methode **Emergent Body Language (EBL)**. Hierbij noemt een therapeut dat ze hierbij met name gebruikt maakt van het aspect van afstemmen binnen deze methode.

Een therapeut geeft aan vanuit het **Expressieve Therapie Continuüm (ETC)** te werken. Deze staat in de probleemstelling beschreven. Aan de hand van de observaties kan de therapeut dan een inschatting maken op welk ontwikkelingsniveau iemand zijn voorkeur heeft om informatie te verwerken. Uiteindelijk zal iemand vanuit alle ontwikkelingsniveaus informatie leren verwerken.

Therapeut 1 noemt cognitief gedragstherapeutisch als theoretisch kader "Samenspel van, vanuit het gedrag naar de cognitie, vanuit cognitie naar ander gedrag". Verder werden door deze therapeut volgende theoretische kaders opgenoemd: Belevingsgericht, schemagericht, dialectisch gedragstherapeutisch. Hiernaast werd RE-parenting genoemd, waarbij het in het kort gaat over

afstand en nabijheid hanteren en waarbij met name het pedagogisch niveau een rol speelt. Een andere therapeut geeft aan dat het boek “Focussen” van Eugène Gentlin een belangrijk handvat is voor haar therapie met name op het gebied van contact maken en het leren woorden aangeven. Hiernaast noemt zij dat ze gebruik maakt van de stroming Pre Therapy die zich richt op de houding van de therapeut in het contact maken met (zeer ontregeld) cliënten die zeer veel moeite hebben om contact te maken.

Hiernaast maken twee therapeuten gebruik van de werkwijzen directief en empathisch. Hierbij geven ze aan bij deze doelgroep directief dit wil zeggen sturen en leiding nemen en/of supportief volgend en empathisch te werken. Verder noemde een therapeut dat ze ook heel erg ondersteunend werkt om juist te waarborgen dat cliënten binnen de therapie weer faalervaringen tegenkomen. Verder werd als houdingsaspect genoemd dat het belangrijk is om met name blanco en oordeelvrij de cliënt te bejegenen.

MEDIUM



Figuur 3. Categorie: Medium (huidige manier van werken)

Beeldend proces

Gedurende het proces hebben drie therapeuten aangegeven meestal individueel of in een duo met de cliënten te werken. Hierbij geeft een therapeut aan dat het werken in een duo de processen van beide cliënten moet versterken. Hiervoor werd naar de indicatiestelling gekeken om welke reden iemand therapie krijgt. Hiernaast stemt de therapeut af hoe de cliënt in elkaar zit en of die iets aan een duo zou hebben of niet waarbij de mening en wens van de cliënt mee werd genomen.

Opvallend is dat alle therapeuten in de beschrijvingen van hun activiteiten noemen dat ze zowel op het gebied van 2D dan op het gebied van 3D werken. Verder komt ook bij alle therapeuten terug, dat ze de keuze voor een materiaal in een activiteit, altijd afhankelijk maken van de vaardigheden, doelstelling en wensen van een cliënt. Dit doen ze door middel van hun kennis over de verschillende materialen en diens eigenschappen, om bepaalde handelingspatronen uit te lokken om problemen inzichtelijk en bewerkbaar te maken.

Dit wil zeggen dat bij bijna alle beneden beschreven voorbeelden van activiteiten is gezegd dat afhankelijk van wie er tegenover zit een keuze werd gemaakt, welk materiaal heel specifiek werd ingezet. Zo werd bijvoorbeeld meegenomen welke voorkeuren een cliënt heeft en hierbij aangesloten door dit materiaal te gebruiken om bij het interesse van een cliënt aan te sluiten, maar kan ook juist in het tegendeel ervoor gekozen worden om een materiaal net buiten de comfortzone van de cliënt te pakken zo dat die moet leren omgaan met nieuwe dingen. Hierbij werd aangegeven, dat men beeldend de mogelijkheid biedt om verborgen aan een probleemgebied te werken. Twee therapeuten geven aan dat dit door middel van spel kan gebeuren.

Werkvormen t.b.v. observatie

In het begin van de therapie bieden de therapeuten hoofdzakelijk opdrachten aan die gericht zijn op observatie en kennismaking. De mate waarin de opdrachten al voorgestructureerd zijn of de cliënten vrije keuze hebben verschilt per therapeut. Zo heeft een therapeut bijvoorbeeld het opbouwen van een kleitoren genoemd als eerste opdracht waarbinnen ze met een beperkte hoeveelheid klei een zo hoog mogelijke toren moeten opbouwen. Hierin werd met name geobserveerd hoe de cliënt omgaat met het materiaal en de opdracht en zijn copinggedrag. “Is iemand in staat om ruimtelijk te kunnen ordenen, denken, vormgeven. Aandacht op materiaalhantering.” Deze opdracht is redelijk voorgestructureerd. Hiernaast begint een therapeut meestal heel open en laat de vrije keuze van alle materialen en thema’s aan de cliënt.

Het maken van een collage werd door drie therapeuten als vaste basis genoemd om terug te laten komen met name binnen de observatiefase maar ook soms gedurende de gehele behandeling. Hierbij suggereert de therapeut dat de cliënt een collage maakt die over zichzelf gaat. In nuances verschilt de collage en gaat soms nog over binnen en buitenkant van iemand. De opdracht werd door de therapeuten als laagdrempelige activiteit gezien.

Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling

Opvallend is dat bij drie therapeuten terug te horen is dat ze opdrachten gebruiken met als thema “Binnen en buitenkant”. Dit thema werd door hun door middel van verschillende mediumtechnieken

verwerkt, met altijd hetzelfde doel, inzicht krijgen / geven over het zelfbeeld van een cliënt en hoe die de wereld om zich heen waarneemt. Een Therapeut noemt hierbij een werkvorm, het maken van een Tweeluid. Waarbij de cliënt gevraagd werd hoe het van binnen is en of er een verschil zit in hoe de cliënt zichzelf ziet en denkt dat de ander naar hem kijkt. Verder komt bij interviews duidelijk naar voren dat er gewerkt werd met het ordenen van emoties. Dit werd bijvoorbeeld gedaan door te beginnen met bewust worden welke emoties bestaan er überhaupt. Ze noemen een opdracht waarbij de cliënt zijn emoties verdeelt in een zelfgetekend kader (ook hier kan werken aan de binnen- en buitenkant terug komen of het afgrenzen van emoties tegenover andere emoties). Bij deze opdracht kan de cliënt letterlijk terug zien hoe zijn emoties geordend zijn wat weer, zoals bij de indicatiegebieden genoemd, tot bewustwording kan leiden maar ook opluchting kan brengen en de mogelijkheid biedt het erover te hebben (afstemmen). Zo werd hier ook duidelijk of een cliënt de verschillende emoties kan onderscheiden van elkaar bijvoorbeeld bang, boos, bedroefd.

Gedrag / probleemoplossend vermogen

Door drie therapeuten werd genoemd dat ze ook gebruik maken van samenwerkingsopdrachten. Hierbij werd met name geobserveerd hoe iemand zich gedraagt tijdens het samenwerken. Gebruik gemaakt werd hierbij bijvoorbeeld van de spiegelopdracht. Zoals boven al genoemd werd gekeken naar: leiding nemen, leiding volgen, dynamiek, initiatief nemen, ruimte innemen.

Verder werd er door twee therapeuten de nadruk erop gelegd om met name binnen de beeldende therapie opdrachten aan te bieden om cliënten te laten ontdekken. Therapeut 2 benoemde: "Door ontdekking te doen op het gebied van beeldend werken! kun je dus nieuwe stappen zetten naar je omgeving toe" Dit komt ook weer terug op het gebied van aansluiten, waarbij een therapeut noemde dat het met name belangrijk is om de cliënten ervaringen op te laten doen net buiten hun comfortzone. In het kader van nieuwe dingen ontdekken werd ook het ontdekken van nieuwe mogelijkheden tot handeling bedoeld. Een therapeut noemt een voorbeeld op het gebied van controle loslaten. Hierbij werd met wasco een cirkel getekend. Deze werd dan door de cliënt met ecoline ingekleurd. Door de eigenschappen van het materiaal, zal de ecoline tegen de wasco cirkel aanlopen tot er ergens een onderbreking zit in de cirkel. Op dit moment zullen de kleuren mengen en heeft de cliënt er geen controle meer over, wat met het materiaal gebeurt en op welke manier de kleur in elkaar loopt. Therapeut 4: "Je laat eigenlijk op die manier zien: dit is controle wat is als je het loslaat? Dan gaan de kleuren door elkaar heen lopen. Wat is het effect daarvan? (...)" Cliënten zeggen vaak van: Goh! dat is eigenlijk best wel mooi!" Twee therapeuten noemen dat ze het belangrijk vinden om vanuit de ervaring in het medium dan de vertaalslag te maken naar de thuissituatie. Zo is het wel belangrijk in de therapie om te werken in kleine stappen en ook op het moment dat de cliënt een ervaring opdoet steeds af te blijven stemmen op welk niveau de cliënt zit en wat die op dit moment aan kan, om vervolgens zoals boven beschreven aan te sluiten door een activiteit.

Op het gebied van ontspanning werd door een therapeut genoemd dat het soms noodzakelijk is om ventilatieoefeningen met de cliënt te doen. Bijvoorbeeld op het moment dat iemand heel geladen of boos raakt of verdrietig of angstig is. Hierbij noemde ze het voorbeeld van begeleide krasoefeningen. Hierbij werd ook weer heel goed met de cliënt afgestemd wat op dit moment nodig is. Vaak vindt de oefening al staande plaats om ook bewustwording voor het lichaam op te roepen. Hierbij geeft de therapeut aan dat ze dan aanwijzing doet of de cliënt snel, langzaam of hard moet krassen met een materiaal. Dit is vaak wasco maar zou ook heel divers ander materiaal kunnen zijn.

Beeldend product

Alle therapeuten noemden dat het product altijd ten dienste staat van het proces. Ze gaven aan dat het voor hun doelen meestal niet belangrijk is dat er aan het eind een mooi resultaat eruit is gerold. Maar er kwam duidelijk terug dat met name deze doelgroep vaak veel waarde hecht aan het product. Twee therapeuten noemden hierbij dat de ervaring vaak niet voldoende is voor de cliënten en dat het daarom juist een meerwaarde heeft, om binnen beeldende therapie een product bij het proces te kunnen koppelen. Drie therapeuten noemden dat het belangrijk is voor deze doelgroep om iets tastbaars te maken wat ze mee naar huis kunnen nemen. Verder noemen drie therapeuten dat cliënten het belangrijk vinden om het gemaakte een plek in de kamer te kunnen geven en ernaar te kunnen kijken. Hierdoor werden ze herinnerd aan de ervaring die ze gemaakt hebben. Het product dient passend hieraan ook langdurig als herinnering of weerspiegeling aan het geleerde en aan het proces. Een belangrijk aspect in het beeldend medium dat bij deze doelgroep aansluit is, dat het resultaat een visuele en tastbare ondersteuning en hulpmiddel kan zijn bij de reflectie.

Therapeut 3: "Het is vaak lastig voor deze doelgroep tegelijkertijd cognitief gezien in het proces te zitten en ook te analyseren te reflecteren in het moment!" Er werd beschreven dat een product erbij helpt, omdat men er later nog na kan kijken. Therapeut 3 vult aan: "Want daar is iets gemaakt en kan

je daarnaar kijken van goh weet je nog toen, he de kras omhoog, oh ja! (...) dat heb je hier wat meer nodig bij deze doelgroep”.

Bovendien noemen drie therapeuten dat het heel belangrijk is voor de cliënten om trots te kunnen zijn op wat ze zelf gemaakt hebben. Het product heeft dus een belangrijke betekenis voor de cliënten volgens de therapeuten. Alle therapeuten geven aan, dat het heel belangrijk is voor deze doelgroep om zichzelf te durven laten zien. Zo speelt het volgens drie therapeuten ook een belangrijke rol voor de cliënten, om hun werkstukken te laten zien omdat het oordeel van de anderen vaak een heel belangrijk punt is voor deze doelgroep. Het gevoel van eigenwaarde van de cliënt werd volgens hun bevorderd door een werkstuk wat ze zelf gemaakt hebben en waar ze trots op zijn en waardoor ze door anderen gewaardeerd worden. Verder komt hierbij volgens twee therapeuten terug dat het een belangrijke stap kan zijn voor een cliënt om het product wat men zelf heeft gemaakt te durven laten bestaan. Ook werd door een therapeut genoemd dat het ook laat zien of iemand überhaupt tevreden kan zijn, omdat cliënten vaak de ervaring gemaakt hebben dat het niet goed genoeg is wat ze doen. Zo kunnen volgens een therapeut cliënten vaak een grote waarde aan het eindresultaat hechten. Verder komt terug dat het maken van een werkstuk voor de cliënt ook autonomie kan betekenen en het zorg dragen voor het werkstuk ook zorg dragen voor zichzelf betekent. Het maken van een werkstuk kan volgens twee therapeuten ook een confronterend karakter hebben voor de cliënt omdat er enerzijds emoties heel duidelijk in terug te zien zijn die van tevoren vaak niet bespreekbaar waren. Anderzijds zijn er ook handelingen in terug te zien.

Drie therapeuten noemen dat het ook belangrijk is om als therapeut met zijn vaardigheden erbij aan te sluiten en er zorg voor te dragen dat het resultaat ook een volwaardig resultaat is, waar de cliënt ook oprecht trots mag zijn. Dit is belangrijk omdat de cliënten volgens een therapeut ook vaak heel gevoelig zijn voor het resultaat. Een therapeut noemt dat door het ondersteunen in het maken van een volwaardig product de cliënt ook vertrouwen kan opbouwen in zichzelf “meer kunnen dan men denkt”.

3.1.2 Werken in de wijk

CLIENT



Figuur 4. Categorie: Cliënt (Werken in de wijk)

Indicatie wijk

Binnen deze subcategorie beschrijven de therapeuten, wat hun ideeën zijn en voor wie (gerelateerd aan de doelgroep LVB) een therapeutisch aanbod in de wijk een toevoeging zou kunnen zijn. De meeste therapeuten noemden als indicatie, cliënten die om een reden niet naar een behandelsetting toe kunnen komen. De meeste therapeuten noemden dat dit cliënten zullen zijn die problemen met het vervoer hebben, bijvoorbeeld het te moeilijk vinden om de reis naar een behandelsetting op zich te nemen, of niet de mogelijkheid hebben om alleen met vervoer de locatie te bereiken. Een therapeut noemde dat vaak de reis zo belastend is voor de cliënten, dat de hele sessie eraan besteed werd om de cliënt weer voor de terugreis te stabiliseren waardoor cliënten vaak maar sporadisch komen. Deze zullen door een wijkaanbod tot een doelgerichte behandeling kunnen komen. Verder noemden twee therapeuten dat een behandelaanbod in de wijk een optie zou zijn voor cliënten die het nog een te groot stap vinden om naar een behandelsetting toe te komen. Bovendien werd als indicatie genoemd dat cliënten vaak afhankelijk zijn van belangrijke anderen en/of dat ze thuis te ingebonden zijn (bijvoorbeeld door kinderen of ouders) waardoor ze niet naar een behandelsetting toe kunnen komen. Twee therapeuten zien daarom dat door in de wijk te werken het bereik groter werd van beeldende therapie en dat hierdoor meer mensen behandeling kunnen krijgen die nu nog buiten boot vallen.

Indicatiegebied beeldende therapie

In deze subcategorie geven therapeuten aan, wat naar hun mening de toegevoegde meerwaarde van beeldende therapie in de wijk zou kunnen zijn. De meeste therapeuten geven met name aan dat het beeldend werken in de wijk nog directer zou zijn. Hierbij zeggen de therapeuten, dat de lijntjes korter zouden zijn om transfer te kunnen maken van het geleerde. Volgens hen maakt beeldende therapie problemen tastbaar en concreet en dit zou het werken ook direct gelinkt aan het systeem en de omgeving zijn. Een therapeut geeft aan, dat men als therapeut door direct in de leefomgeving van de cliënt te werken de context rond de cliënt beter zou begrijpen waardoor men binnen de therapie er nog gericht erop in kan spelen.

Het werd genoemd, dat het cliënten vaak goed doet om even met iets anders bezig te kunnen zijn en verder dat door het medium op een veiliger en speelsere manier aan problemen gewerkt kan worden. Een therapeut noemt hierbij passend dat het contact aangaan makkelijker is en men tijdens het beeldend werken het makkelijker over moeilijke dingen kan hebben.

Het werd door een therapeut bovendien genoemd dat in de wijk een belangrijke indicatie voor beeldende therapie zou zijn om allereerst heel laagdrempelig in te stappen om ontspanning te zoeken en hier rust te vinden. Volgens haar zal van daaruit de focus moeten liggen op het creëren van een overzicht welke stappen gemaakt moeten worden. Zo is beeldend werken in de wijk volgens een therapeut met name interessant, om de overgangen makkelijker te maken en te overbruggen om naar behandeling op de locatie toe te kunnen komen en voor nazorg. Hierop aanvullend zegt een andere therapeut dat cliënten een eerste aanloop kunnen krijgen naar therapietrouw. Dus door naar de cliënt toe te gaan de eerste fase overbruggen en hierdoor iemand zo ver krijgen wel naar behandeling toe te kunnen komen. Verder werd genoemd dat beeldende therapie ook door haar mogelijkheden in observatie behulpzaam is bij aanvullende diagnostiek. Een therapeut noemt met nadruk dat het belangrijk zou zijn om in de wijk zo vroeg mogelijk expertise in te zetten om meer crisisvoorkomend te kunnen werken. Ze zegt dat het niet zo moet zijn dat men eerst zo lang moet wachten tot dat het heel erg wordt voordat expertise ingezet wordt.

Randvoorwaarden

Therapeuten beschrijven hierin cliëntgerelateerde aspecten die belangrijk zijn om aandacht aan te spenderen indien een behandeling in de wijk plaatsvindt. Hieronder werd expliciet veiligheid genoemd, omdat dit een veel terugkerend aspect is waaronder therapeuten nog eens specifiek hun ideeën geven, hoe veiligheid voor de cliënt in de wijk gewaarborgd kan worden.

Hierbij noemden twee therapeuten dat het wel belangrijk is, om ook met de motivatie van de cliënt rekening te houden. Hierbij werd genoemd dat vaak de ervaring is gemaakt dat binnen een klinische setting de motivatie van de cliënt minder hoog is. Binnen een klinische setting spelen daarom vaak kliniekinterne gebeurtenissen een grote rol binnen de therapie. Cliënten komen niet altijd uit eigen motivatie, maar omdat beeldende therapie onderdeel is van het verplichte programma. Hiernaast werd de deeltijd setting beschouwd, waarbij cliënten wel vrijwillig komen, omdat ze anders niet eens naar een behandeling toe zouden gaan. Hierdoor moeten beide therapeuten overwegen, hoe de motivatie dan in de wijk eruit zal zien. Het vermoeden van de twee therapeuten is daarom dat in de wijk een mix van cliënten te vinden zal zijn, een aantal dat wel gemotiveerd zou zijn en een aantal niet. Hierbij merkt een therapeut op dat het altijd een kwestie zou zijn of men wel binnen wordt gelaten door iemand. Door een therapeut werd opgemerkt dat de behandelduur langer zou kunnen zijn, vanwege de vaak lage leerbaarheid van de cliënten. Hiervoor stelt ze voor, om de frequentie te verhogen om de aandacht voor therapiedoelen en het contact met de cliënt warm te houden.

Het thema veiligheid als randvoorwaarde kwam vaak terug bij de therapeuten. Vier therapeuten gaven aan, dat met name een veilige omgeving waarbinnen de therapie plaats vindt het allerbelangrijkste is om iemand in de wijk therapie te kunnen geven. Hieronder werd door de therapeuten niet alleen de lichamelijke veiligheid bedoeld, maar met name dat het een prettige werkomgeving moet zijn, waarin de cliënt zich veilig en op zijn gemak voelt. Hieronder werd ook het systeem bedoeld. Drie therapeuten benoemen daarom, dat het in het geval dat het systeem voor onveiligheid zorgt, het beter zou zijn om iemand uit de situatie te halen, om letterlijk afstand te kunnen nemen. Hiervoor zou dan een andere setting zoals bijvoorbeeld een wijkgebouw of een gebouw in een haalbaar bereik nodig zijn, of zou de therapie toch weer in de oude behandelsetting plaats moeten vinden. Een verdere reden om niet naar de woning van de cliënt toe te gaan, maar de therapie bewust buitenshuis te doen zou volgens twee therapeuten zijn, indien het te veel stres voor iemand oplevert indien de therapeut in het eigen huis komt. Hiervoor zouden redenen kunnen zijn dat het moeten opruimen of meekijkende ogen van de burens (stigma op therapeutisch hulp krijgen) te veel stres opleveren.

Verder werd door twee therapeuten genoemd, dat het doorwerken van moeilijke of traumatische situaties ook beter niet in de directe woonsituatie van de cliënt plaats kan vinden. Als belangrijke reden hiervoor werd genoemd, dat het voor cliënten zo veel moeilijker is om weer afstand te kunnen krijgen na een moeilijke sessie. Het doorleefde zou geheugentechnisch vastgeknoot worden aan de eigen woonkamer waardoor de cliënt er continu aan herinnerd werd. Als voordeel van de deeltijdlocatie noemt een therapeut, dat cliënten na een sessie vaak nog blijven voor een lunch met andere cliënten of voor andere begeleidingsonderdelen. Hierdoor kan de therapeut of andere medewerkers de cliënt nog even in het oog houden en kijken of de cliënt zich weer kan stabiliseren. Als nadeel van de wijk werd erbij aangehaald, dat de cliënt na een moeilijke sessie eventueel helemaal alleen terug blijft en dat de therapeut zo nauwelijks in kan schatten of die het daarna weer misschien een hele week kan redden.

Zo werd de belangstelling genoemd, om beeldende therapie alleen maar heel bewust op indicatie in te zetten in de wijk. Volgens twee therapeuten zou het een waardevolle aanvulling zijn om een combinatie aan te bieden van werken in de wijk en/of wijkgebouw en een deeltijdbehandeling.

THERAPEUT



Figuur 5. Categorie: Therapeut (Werken in de wijk)

Competenties en randvoorwaarden

Binnen deze subcategorie komen belangrijke aspecten naar voren, die de therapeuten als voorwaarde noemden om in de wijk te kunnen werken. Hierbij werden zowel competenties als randvoorwaarden genoemd.

Alle therapeuten noemden als belangrijk aspect voor de organisaties, dat het erg belangrijk is dat het werken in de wijk ook multidisciplinair blijft. Dus zou een regelmatige uitwisseling gewaarborgd moeten zijn. Hierbij noemt een therapeut dat het handig zou zijn om een gezamenlijk dossier in te kunnen zien, tegelijkertijd noemt ze dat het wellicht onmogelijk zou zijn omdat in de wijk ook disciplines vanuit andere instellingen ingevlogen zullen worden. Een gezamenlijk dossier met sensibele data over een cliënt zal volgens haar niet over meerdere instellingen heen toegankelijk zijn.

Verder kwam bij vier therapeuten terug dat het contact houden met collega's over het algemeen veel moeilijker zal zijn in de wijk. Er werd genoemd (zie ook huidige manier van werken) dat bij het werken binnen een instelling altijd even tussendoor op de gang een afstemming met collega's plaats kan vinden. Dit zal volgens de therapeuten in de wijk minder makkelijk gaan, het zal meer eigen initiatief en energie kosten om regelmatig met collega's af te kunnen stemmen. Momenten zullen volgens de therapeuten altijd gecreëerd moeten worden. Hierin zou ook de instelling mee moeten denken in het vinden van oplossingen. Hierbij zou het handig zijn volgens haar indien er alsnog een vaste basislocatie blijft bestaan om de connectie te kunnen houden met het team. Verder geven twee therapeuten aan dat ook voor supervisie en intervisie gezorgd moet zijn indien in de wijk gewerkt werd. Door een therapeut werd opgemerkt dat het soms heel belangrijk kan zijn om ook (naast het eigen team) de lijnen heel kort te houden en heel goed af te stemmen met het systeem van de cliënt. Dit werd met name belangrijk indien de cliënt nog afhankelijk is van (pleeg)ouders of leraren. Deze zullen ook betrokken moeten worden bij het proces.

Verder werd door een therapeut genoemd dat men doordat men in de wijk niet meer op een vaste locatie zit zichzelf steeds weer opnieuw zou moeten positioneren en profileren. Hiervoor zal het volgens haar van belang zijn om ook verstand te hebben van PR om zichzelf en het vak goed te kunnen verkopen aan andere collega's, cliënten en instellingen waar men het mee te maken krijgt. In dit kader zal het erg belangrijk zijn om altijd opnieuw goed werk te leveren en dit heel goed te kunnen documenteren naar alle instanties toe (dus een heldere verslaglegging waarom, wat, wanneer, met wie werd gedaan). Hiernaast wordt heel zelfstandig kunnen werken door twee therapeuten als belangrijk punt genoemd omdat men in de wijk op zichzelf gesteld zou zijn. Hierbij werd genoemd dat men alles zelf zou moeten organiseren (bijvoorbeeld: locatie zoeken, tijdstrip van een afspraak plannen). Een therapeut die al in de wijk werkt noemt dit juist ook als prettig omdat ze zelf haar agenda kan bepalen.

Bovendien vindt een therapeut het erg belangrijk dat er voor een achterwacht gezorgd werd op het moment dat men in de wijk werkt. Dit zou volgens haar belangrijk zijn, voor het geval dat een cliënt grensoverschrijdend werd.

Volgens twee therapeuten moet in de wijk altijd rekening gehouden worden, met beperkende factoren in de omgeving van de cliënt. Hierbij zou het kunnen gebeuren dat het systeem mee aan de tafel zit of de hond nog uit moet. Hierbij werd genoemd dat het voordelig is om in het oog te behouden dat de cliënt voldoende aandacht blijft krijgen. Hierbij is het afstemmen en aansluiten op het moment zelf weer een belangrijk aspect.

Afstemmen

Door een therapeut werd genoemd dat het afstemmen in de wijk nog meer zal eisen van de therapeut. Dit komt volgens de therapeut omdat men altijd een vreemde in een andermans huis zal zijn en eerst eens überhaupt binnengelaten moet worden. Zo zal men altijd moeten afstemmen of men überhaupt welkom is. Dit werkt volgens deze therapeut op locatie makkelijker, omdat het makkelijker is om iemand uit te nodigen en alvast spullen neer te leggen. In de wijk zal men hierin minder zelf de regie

hebben. Verder werd door een therapeut hierbij passend genoemd dat het opbouwen van een relatie moeilijker zal zijn. Hiernaast zal het afstemmen ook plaatsvinden op het niveau van beeldend werken, omdat men allereerst moet afstemmen wat er nodig is om bij die cliënt überhaupt beeldend te kunnen werken. Het afstemmen in het materiaal zal ook meer flexibiliteit vragen van een therapeut omdat er minder materiaal ter beschikking zou zijn, waardoor het kunnen aansluiten ook bemoeilijkt werd. Een therapeut noemt dat men dus altijd per situatie zou moeten kijken.

Uit de resultaten komt bovendien naar boven dat het werken in de wijk ook vraagt om kennis te hebben over systeemtherapie omdat men ook altijd zou moeten afstemmen (en op een bepaald manier aansluiten met het systeem van een cliënt).

Aansluiten

Door de meeste therapeuten werd genoemd dat kunnen aansluiten in de wijk veel meer flexibiliteit vraagt van een therapeut. Drie therapeuten noemen dat men makkelijk en spontaan oplossingen zou moeten kunnen bedenken om in te kunnen spelen op actuele gegevens. Men zal altijd moeten kunnen aansluiten bij wat de leefwereld met zich meebrengt. Hierbij bedoelen ze met name het aansluiten door middel van beeldend materiaal bij de actuele situatie. Hier geven twee therapeuten aan dat men heel creatief en inventief zou moeten zijn en out of the box zou moeten kunnen denken, waarbij men materiaaltechnisch ook gebruik zou kunnen maken van de woninginventaris. Om zo flexibel te kunnen werken, vraagt dit veel ervaring van de therapeut, genoemd een therapeut. Hiernaast zegt een therapeut dat het bij het aansluiten in de wijk heel belangrijk is om ook goed af te stemmen dat men niet op het begeleidingsvlak verzandt. Dus dat men altijd blijft aansluiten bij de doelstelling en niet te ver mee gaat bewegen in de dingen die zich in de leefwereld voordoen.

Methode

Zoals eerder beschreven blijkt dat het generaliseren van het geleerde vanuit de therapie naar de leefomgeving toe moeilijk is voor deze doelgroep. Drie therapeuten noemen dat het in de wijk nog belangrijker wordt om de cliënt hierbij te helpen door steeds analogieën te blijven trekken. Als voordeel wordt hierbij genoemd, dat in de wijk letterlijk dingen aangewezen kunnen worden. Bijvoorbeeld indien iemand chaotisch werkt in zijn beeldend werkstuk en niet begrijpt wat dit met zijn thuissituatie te maken heeft, zal men de cliënt op zijn chaotische kamer kunnen wijzen. Hierdoor wordt volgens twee therapeuten het oefenen met het geleerde vanuit de therapie in de eigen omgeving makelijker gemaakt. Hierbij is het volgens een therapeut een belangrijk aspect dat dingen zowel in het medium dan in de omgeving visueel gemaakt worden omdat dit bij de leerbaarheid op het niveau van informatieverwerking van de cliënt een positief effect heeft.

Een therapeut noemt een aspect dat ook al bij de indicatiestelling als belangrijk geacht werd. Ze zegt dat zijzelf voorzichtiger zou zijn in het doorwerken van moeilijke processen om de al genoemde reden.

MEDIUM



Figuur 6. Categorie: Medium (Werken in de wijk)

Randvoorwaarden

Zoals al genoemd op het gebied van aansluiten geven therapeuten aan dat men in de wijk beperkt zou zijn in het ter beschikking staande materiaal. Drie therapeuten halen aan dat men wel een keuze van materiaal mee zou moeten nemen. Toch zou men volgens twee therapeuten minder vrijheid hebben om ter plekke een keuze te maken. Hierbij kritiseert een therapeut dat men door van te voren al een keuze te maken de cliënt de kans neemt om te laten zien wat die werkelijk wil. Dit is volgens haar met name bij deze doelgroep die vaak verbaal niet zo sterk is of helemaal niet zo goed durft aan te geven wat ze eigenlijk wil belangrijk. Hier tegenover gesteld noemt een andere therapeut dat men ook met heel weinig materiaal heel veel zou kunnen. "werken met beperktere middelen hoeft niet altijd meteen een beperking te betekenen, het vraagt creativiteit van de therapeut. (het is soms een uitdaging om ruimte te zoeken in de beperkingen die er zijn)"

Hiernaast werd door de therapeuten genoemd dat het belangrijk is om rekening te houden met de omstandigheden in de wijk. Twee geven aan dat het een belangrijke vraag is hoe de werkmogelijkheid eruit ziet. Zo zal er gekeken moeten worden of het erg is indien er iets vies wordt tijdens het beeldend werken. Verder moet er gekeken worden of er lawaai mag ontstaan bij het bewerken van iets.

Hiernaast zegt een therapeut dat er ook gekeken moet worden of een cliënt altijd individueel gezien wordt in de wijk, of dat er mogelijkheden zijn om cliënten samen te zien. Zoals al eerder genoemd bij het afstemmen komt ook hier terug dat er rekening gehouden moet worden met welke afleidende factoren er zijn. Zo schikt het zich niet om beeldend aan de tafel te werken terwijl de rest van de familie er zit te eten. Een therapeut noemt dat het niet altijd praktisch is om in de wijk beeldend te werken maar dat het wel mogelijk is.

Materiaal specifiek

Bij het bedenken welk materiaal nodig zou zijn om beeldend te kunnen werken, hebben de meeste therapeuten aangegeven dat het met name belangrijk is om heel divers aan te kunnen bieden. Om vanuit alle materiaaleigenschappen iets ter beschikking te hebben om in de aansluiting te kunnen gaan. Hierbij werd genoemd dat er van weerbarstig tot vloeibaar materiaal bij moet zijn. Hierbij werd onder meer bedoeld schildermateriaal, tekenmateriaal, verschillende soorten krijt, aquarelverf,. Verder noemen therapeuten dat het belangrijk zou zijn om 2D en 3D te kunnen blijven werken. Alleen merken sommige therapeuten op dat het werken met 3D materiaal ook meer ruimte inneemt omdat er ook vaak nog gereedschap bij benodigd wordt. Een therapeut denkt dat daardoor meer op 2D gewerkt zou worden. Hiernaast noemen therapeuten dat het ook belangrijk is om verschillende soorten/ maten papier mee te kunnen nemen. Ook frutselspullen zullen naar mening van sommige therapeuten meegenomen moeten worden (bijvoorbeeld dingen zo als veertjes, kurkjes of kralen).

Hiernaast geven twee therapeuten aan dat men ook composities kan maken met materiaal wat al in huis van de cliënt ter beschikking staat (Bijvoorbeeld restmateriaal, kussens, kruiden, spaghetti, kranten). Hierbij passend werd door twee therapeuten genoemd dat het in de wijk nog belangrijker werd om foto's te maken om hierdoor alsnog een product te hebben of het proces te kunnen documenteren van iets wat niet blijft bestaan (zo als bijvoorbeeld een compositie van kussens).

Een therapeut die al in de wijk werkt merkt op dat een laptop onmisbaar is in de wijk om cliënten eraan te laten werken (opdrachten met Paint) en ook om rapportages en e-mails in te kunnen zien en te kunnen schrijven.

Ruimtelijk

Naast het materiaal wat een beeldend therapeut nodig heeft om te kunnen werken zijn er ook voorwaarden nodig om überhaupt te kunnen werken in de wijk. Hierbij noemden vier therapeuten dat een auto, busje, koffer of zakje om het beeldend materiaal in te kunnen transporteren belangrijk is. Drie therapeuten geven nog eens expliciet aan dat een locatie binnen haalbaar bereik voor de cliënt (zo als een wijkgebouw) belangrijk is om indien nodig daar met de cliënt te kunnen werken. In ieder geval moet het een prettige en veilige werkomgeving zijn voor de cliënt. Een werktafel of tenminste een hoek om aan of in te werken werd als noodzakelijk genoemd.

Opdrachtspecifiek

Bij deze categorie komen de overwegingen van de therapeuten terug, wat er aan de opdrachten die ze op hun huidige werkplek gebruiken zou veranderen ten opzichte van werken in de wijk. Vier therapeuten hebben hierbij duidelijk gemaakt dat over het algemeen de opdrachten niet zo zeer zullen veranderen. Wel zal het materiaal soms beperkter of anders zijn dan in de wijk omdat men rekening moet houden met de context van de cliënt. Dit wil zeggen dat men meer moet afstemmen op de individuele cliënt, zijn leefomgeving en de actuele omstandigheden. Zo zal men volgens twee therapeuten zoals al genoemd bij de categorie aansluiten, minder flexibel zijn in het aanpassen van de opdrachten aan de situatie zelf terwijl het wel belangrijk blijft om te kunnen aansluiten.

Bij het werken in de huidige situatie noemt een therapeut in zijn behandeling gebruik te maken van visuele hulpmiddelen. Volgens haar zal ze deze onveranderd ook in de wijk kunnen gebruiken. Bovendien werd genoemd dat het werken in de wijk meer interactief zou zijn. Dit komt ook terug met de methode die in de wijk veel op het vlak van generalisatie zou zitten. Verder werd door twee therapeuten genoemd dat er afspraken met de cliënt gemaakt moeten worden, wat er met de werkstukken gebeurt, dus waar deze worden bewaard. Volgens een therapeut zou dit kunnen betekenen, de werkstukken vanuit het proces ook iedere keer mee te moeten nemen.

3.2 Overzicht Resultaten

In onderstaand tabel zijn de resultaten die door de therapeuten benoemd zijn nog eens in een overzicht weergegeven. De tabel is opgebouwd zoals Tabel 2 in paragraaf 3.1, dat wil zeggen a.Huidige manier van werken en b.Werken in de wijk. De resultaten die het meest genoemd zijn staan hierbij bovenaan. (Voor de leesbaarheid van de tabel is ervoor gekozen om in de tabel 'bijvoorbeeld' af te korten door 'bv.')

Tabel 3: Overzicht van de door de beeldend therapeuten benoemde resultaten. a. Huidige manier van werken; b. Werken in de wijk

a. Huidige manier van werken		
CLIËNT	THERAPEUT	MEDIUM
<u>Algemene informatie</u> • Leeftijd tussen (20 en 40) (3/5)¹ • Kinderen (1/5) • Wonen thuis, begeleid wonen of pleeggezin (in de regio) (3/5) • Step up / step down model (1/5) • Systeem werd in het geheel veel betrokken, terwijl het bij beeldend werken niet (vaak) aanwezig is (ze staan er wel voor open) (3/5) • LVB, moeilijk verstaanbaar gedrag en een gedragsstoornis element =SGLVG (1/5) • Hechtingsstoornis, soms autisme (1/5) • Vaak ook bijkomende problemen (justitie, verslaving) (3/5) <u>Cliënt specifiek kenmerken</u> • Moeite met generaliseren van het geleerde naar thuis toe (4 /5) • Verbaal zijn ze niet zeer vaardig (4/5) - Behoeftte aan visuele ondersteuning (3/5) - Vaak moeite aan te geven wat zij wel of niet willen (4/5) - Moeite in contact met anderen (1/5) - Moeite met het uiten en reguleren van gevoelens (weinig / geen inzicht erin, naar zich zelf kijken vaak moeilijk) (4/5) - Moeite dingen te kunnen ordenen of structureren. (3/5) - Externaliserende problematiek (1/5) - Aggressie en impulsiviteit (1/5) • Niet sterk in aangeven wat ze wel of niet willen/ werd vaak misbruik van gemaakt	<u>Afstemming</u> <u>Contact leggen</u> • Vertrouwen opbouwen (4/5) - Op hetzelfde level komen / goed behandelcontact (2/5) - Niet tegenover zitten maar naast de cliënt (1/5) - Hoeft geen oogcontact ->veiliger (1/5) - Wederkerigheid in contact te bereiken (1/5) - Tijd nemen om kennis te maken (1/5) - Niet over iemand heen besluiten (1/5) - Spanning nemen, iemand op zijn gemak laten voelen(1/5) - Door iets te maken hoeft men niet direct contact te maken(1/5) • Contact goed houden weten wat hoe de patiënt zich voelt en hoe die een opdracht/werkvorm ervaart (3/5) • Zoeken naar de kern van het probleem (2/5) - Heel individueel naar de mens en zijn context kijken (2/5) • Alles bespreekbaar maken / continu communicatie (3/5) - Altijd vanuit de helicopterview naar de totale situatie en het proces kijken (1/5) - Waar kan iemand de volgende stap in zetten (1/5) - Samen naar het beeld/proces kijken (1/5) - Wat kan iemand wel of niet verdragen (1/5) • Korte lijnen naar collega's (1/5) • Uitgaan van mogelijkheden niet van onmogelijkheden (1/5) <u>Observatie</u> • Observatiefase 3 maanden (2/3) • Materiaal hantering / gebruik van materiaal (4/5) - Hoe gaat de cliënt in contact met materiaal, opdracht en therapeut (2/5) - Durft iemand te volgen / te leiden? Op welke manier? (2/5) - Motoriek (2/5) - Creativiteit / gebruik van fantasie (1/5)	<u>Beeldend proces</u> • Individueel of duo (3/5) • Meestal individueel (1/5) • Er wordt 2 en 3 D gewerkt (5/5) • Materiaalinzet bij de activiteiten altijd afhankelijk van de cliënt. [afstemmen/aansluiten] (5/5) - 3D heeft vaak voorkeur van de cliënt (1/5) - 3D vraagt meer vaardigheden in motoriek dan cliënten vaak hebben. (1/5) - 2D meer voor inzichtgevend werken (1/5) • Systeem werd al bijbetrokken (2/5) • Verborgen aan een probleemgebied werken (1/5) - Gebruik maken van spel (2/5) - Tijdens het werken praten (1/5) <i>Werkvormen t.b.v. observatie</i> • Opdrachten waarbij veel verschillende materialen uitgetprobeerd werden (varianties in de hoeveelheid structuur en eigen keuzes die de cliënten erin krijgen (vaste opdrachten / vrij werken) [afstemmen]) (4/5) • Collage (3/5) • Systeemopstellingen [kan ook t.b.v. behalen doelstelling] (2/5) <i>Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling Emoties</i> • Binnen en buitenkant (zelfbeeld) (3/5) • Ordenen welke emoties bestaan er allemaal (emotie herkenning/ erkenning)

¹ (3/5) = drie van vijf therapeuten hebben dit aangegeven

(1/5) • Vaak al veel therapie gehad met weinig succeservaring (2/5) - Veel faalervaringen opgedaan (4/5) - Weinig zelfvertrouwen eigenwaarde (4/5) - Belast verleden (4/5) - Problemen in systeem (4/5) - Komen vaak gespannen binnen (2/5) - Vaak wantrouwend (2/5) - Willen meer dan ze kunnen/ kunnen meer dan ze willen (2/5) - Redden het altijd net niet (op alle levensgebieden lopen hierdoor tegen frustraties aan) (1/5) <u>Indicatiegebied</u> • Ordenen en structureren van gedachtes, emotie, gebeurtenissen (2/5) • Leren uiten en reguleren van gevoel (1/5) - Bewustwording van emoties (1/5) - Gevoel van controle erover (1/5) - Helpen begrijpen (1/5) - Geeft opluchting (1/5) - Helpen er makkelijker over te kunnen praten (1/5) • Zichzelf makkelijker begrijpen (1/5) • Dingen mogen er zijn (1/5) • Handvatten geven om op een andere manier te handelen (1/5) • Oplossingen leren bedenken (1/5) • Creativiteit bevorderen (1/5) • Ontspanning vinden (1/5) • Houvast krijgen (1/5) • Iemand die verbaal niet vaardig is kan alsnog een ervaring opdoen (1/5) • Ervaring kan in het medium heel dichtbij komen (1/5) • Medium is visueel ondersteunend (2/5)	- Neemt iemand ruimte in? (1/5) - Kan iemand keuzes maken? (1/5) - Vraagt iemand hulp? (2/5) • Coping (ook gerelateerd aan ervaring van de therapeut met andere cliënten bij een opdracht) (3/5) • Wat is iemands draagkracht, draagvlak? (3/5) • Op welk ontwikkelingsniveau zit iemand? (2/5) • Heel divers dingen uit laten proberen in begin om te kunnen observeren (1/5) • Meteen in het eerste contact iets beeldends proberen te doen (1/5) • Hoe neemt de cliënt de wereld om zich heen waar? (1/5) - Hoe functioneert de cliënt? (1/5) • Zelfinschatting (1/5) • Lichaamssignalen (1/5) • Is iemand in staat om verbindingen te leggen (1/5) <u>Aansluiting</u> • Aansluiten bij wat in observatie aan bod is gekomen (welke patronen, welk ontwikkelingsniveau) (2/5) - Aansluiten bij de hulpvraag waarmee iemand werd aangemeld (1/5) - Invliegen op het niveau van de cliënt (1/5) • Wat vind de cliënt belangrijk -> cliëntvolgend zijn (2/5) - Wensen van cliënt mee nemen (3/5) - Bij interesses aansluiten (3/5) - Er flexibel in zijn (2/5) • Activiteiten voorstructureren voor cliënt (2/5) • Op het goede moment ingrijpen en bijsturen om faalervaring te voorkomen (2/5) • Laagdrempelig beginnen (1/5) - Ervaring te laten maken (doelen bereiken) (2/5) - Sessies met een ritueel beginnen (1/5) - In hele kleine stappen duidelijk uitleggen (1/5) - Eerst aansluiten bij de comfortzone van de cliënt! (1/5) - Leerervaringen net buiten comfortzone op laten doen! (1/5) - Zelf mee doen (1/5) • Werken met successtechnieken (1/5)	(2/5) - Is iemand in staat om (bv. bang, boos, bedroefd) te onderscheiden? (2/5) - Opdrachten met een tijdlijn om emoties, of gebeurtenissen te ordenen. (Inventariseren / ordenen) (1/5) • Vormgeven van emoties met klei (2/5) • Bij emoties plaatjes zoeken, keuzes maken, ordenen, vormgeven (1/5) • Vormgeven van emoties met ander materiaal bv. stift (1/5) <i>Gedrag / probleemoplossend vermogen</i> • Samenwerkingsopdrachten (3/5) - Dynamieken (1/5) - Leiding nemen, leiding volgen (2/5) - Initiatief nemen (1/5) - Ruimte innemen (1/5) • Leren ontdekken (bv. nieuwe materialen durven uitproberen) (2/5) • Langer aan iets doorwerken (1/5) - Controle loslaten (wasko en ecoline) (1/5) - Kleine stappen zetten (1/5) - Welke ervaring doe ik hiermee op? (1/5) - Hoe zou het zijn om thuis eens een nieuwe ervaring op te doen? (2/5) • Vanuit (ETC) aansluiten bij het ontwikkelingsniveau en leren om vanuit alle niveaus informatie te kunnen verwerken (1/5) <i>Ontspanning</i> • Ventilatieoefeningen (1/5) - Begeleide krasoefeningen (beroep op het sensopathisch aspect, vaak krijt, staand) (1/5)
--	--	--

- Trots op iets kunnen zijn wat men zelf gemaakt heeft (1/5)
- Meer kunnen dan men denkt (2/5)
- Besterkt worden in wat men kan (1/5)
- Zich gewaardeerd en begrepen voelen (1/5)
- Het is goed zoals ik het doe (1/5)
- Eigen identiteit (inzicht krijgen in zijn systeem) (1/5)
- Zelf de regie hebben over de beslissingen in de therapie (1/5)
- Verantwoording /controle over zichzelf(1/5)
- Door beeldend werken andere ingang! (1/5)
- Concreet en tastbaar maken(1/5)
- Iets hebben waarover men kan communiceren (1/5)
- Vaak werkt het helpend voor de cliënt om BT op deeltijdlocatie te krijgen en dan vervolgens de vertaalslag naar thuis te maken (1/5)

Behandeldoelen

- Emotie regulatie (3/5)
- Emotie herkenning /erkenning (1/5)
- Agressie en impulsiviteit (1/5)
- Krijgen van een realistischer zelfbeeld (3/5)
- Egoversterking (2/5)
- Vragen rond trauma (2/5)
- Gedragsverandering (1/5)
- Grenzen (1/5)
- Sociaal gedrag (1/5)
- Probleemoplossend vermogen (1/5)
- Ontspanning (1/5)
- Ingang krijgen (1/5)
- Aanvullende diagnostiek (1/5)

- Veel verschillend materiaal ter beschikking om door middel van materiaaleigenschappen aan te kunnen sluiten. (1/5)
- Gebruik maken van (visuele) hulpmiddelen(1/5)
 - Bv. emotiekaartjes etc. (1/5)
 - Bv. fotos om proces nog eens te laten zien (1/5)
- Van cognitie naar ervaring (cliëntafhankelijk) (1/5)
 - Eerst draagkracht creëren (1/5)
 - Kan overvragend zijn als men meteen op het gevoel werkt (1/5)
 - Belangrijk om uiteindelijk wel tot ervaring te komen! (1/5)
- Alle stappen van het (ECT) laten doorlopen (1/5)

Methodes

- **Mentaliseren**(3/5)
- **Emergency body language (EBL)** (2/5)
- **Henk Smeijsters**
 - Directief (2/5)
 - Supportief (2/5)
- **Expressieve Therapie Continuüm (ETC)** (1/5)
- Cognitief gedragstherapeutisch (1/5)
- Belevingsgericht (1/5)
- Schemagericht (1/5)
- Dialectisch gedragstherapeutisch (1/5)
- RE-parenting (afstand/nabijheid hanteren.) (1/5)
- Focussen van **Eugiëne Gentlin** (1/5)
- **Pre therapy** (1/5)

Werken vanuit verschillende theoretische modellen

- Analoog proces model (4/5)
- Houdingsaspect is erg belangrijk (2/5)
 - Het afstemmen en aansluiten (4/5)
 - Medium daarin een heel groot hulpmiddel (1/5)
 - Steeds op het moment zelf aansluiten. (2/5)
- Blanco /oordeelvrij de cliënt bejegenen (2/5)
- Ondersteunend werken (1/5)
- Standaardboeken BT (1/5)
 - Verschillende boeken en theorieën vertaalt naar LVB (1/5)
 - Vanuit intuïtie en ervaring activiteiten (1/5)

Beeldend product

- Product staat altijd in dienste van proces (5/5)
 - Alleen maar de ervaring is vaak niet voldoende (2/5)
 - Cliënten kunnen er een grote waarde aan hechten (1/5)
- Iets tastbaars mee te kunnen nemen (3/5)
 - Product kunnen bewaren belangrijk/ plek in de kamer kunnen geven (3/5)
 - Herinnering/weerspiegeling aan het geleerde / aan het proces (2/5)
 - Een visuele en tastbare ondersteuning / hulpmiddel bij reflectie (1/5)
 - Een soort van kalender of dagboek(1/5)
 - Houvast bij het leren ordenen (1/5)
- Betekenis van het product
 - **Trots kunnen zijn** (3/5)
 - Zichzelf laten zien en durven laten zien (5/5)
 - Oordeel van anderen is belangrijk (3/5)
 - Autonomie(1/5)
 - Het werkstuk durven laten bestaan (2/5)
 - Kan ook confronterend zijn (2/5)
 - Kan iemand tevreden zijn? (1/5)
 - Zorg dragen voor het werkstuk / zichzelf(1/5)
- Als therapeut mee ervoor zorg dragen dat het resultaat ook een volwaardig resultaat is. (3/5)
 - Vertrouwen opbouwen (1/5)
 - Cliënten zijn vaak gevoelig voor het resultaat (1/5)

b. Werken in de wijk

CLIËNT

Indicatie wijk

- Cliënten die niet naar behandeling kunnen komen omdat...
- vervoer te moeilijk (3/5)
- de stap te groot is om naar behandelsetting te komen (2/5)
- geen mogelijkheid voor vervoer (2/5)
- zijn afhankelijk van de belangrijke anderen (2/5)
- ze thuis te ingebonden zijn (1/5)
- moeite hebben met contact maken (1/5)
- Wijk biedt een groter bereik (2/5)
- Cliënten die sporadisch komen (1/5)
- Chronische groep (1/5)

Indicatiegebied BT

- Lijntjes zijn korter om transfer te kunnen maken van het geleerde (generalisatie) (2/5)
- BT maakt problemen tastbaar en concreet in de wijk ook direct gelinkt aan systeem en omgeving (2/5)
- Beeldend werken bij iemand is nog directer (1/5)
- Therapeut kan beter de context begrijpen en daarop inspelen (1/5)
- BT biedt de cliënt nog iets extra door medium... (1/5)
- Even met iets anders bezig kunnen zijn (2/5)
- Heel laagdrempelig insteken (1/5)
- Door medium veiliger en op speelsere manier (1/5)
- Je hoeft niet oprecht tegen elkaar te zitten
- Contact aangaan en het over moeilijke dingen hebben tijdens het werken (1/5)
- Ontspanning zoeken / rust hervinden (1/5)
- BT indien psychodiagnostisch onderzoek niet aansluit (1/5)
- Mogelijke resultaatgebieden: Communicatie, assertiviteit, traumaverwerking, stapsgewijs werken, verminderen van impulsief gedrag, leren uiten, hulpvragen en positieve copingvaardigheden (1/5)

THERAPEUT

Competenties & randvoorwaarden

- Aspecten voor organisaties
- Heel belangrijk ook multidisciplinair uit te kunnen wisselen / kunnen werken (5/5)
- Gezamenlijk dossier? (1/5)
- Therapeut moet zelf veel energie erin steken om momenten voor afstemming met collega's te creëren of het moet van buiten af georganiseerd worden (4/5)
- Supervisie/ intervisie belangrijk (2/5)
- Is er een achterwacht voor de therapeut voor het geval dat een cliënt grensoverschrijdend werd? (1/5)
- Lijnen moeten voor iedereen (cliënt, therapeut, organisatie) duidelijk zijn (1/5)
- Rekening houden met beperkende factoren in de omgeving (2/5)
- Krijgt de cliënt nog voldoende aandacht? (2/5)
- Een vaste basislocatie zou handig zijn (1/5)
- [korte lijnen houden met systeem cliëntafhankelijk] (1/5)
- Meer zelfstandig werken (2/5)
- Veel heen en weer reizen (1/5)
- Alles zelf moeten organiseren (2/5)
- Zichzelf kunnen positioneren/profileren (1/5)
- Goed werk doen (1/5)
- Goed verslaggeving (1/5)
- Verstand van PR (het vak/zichzelf kunnen verkopen!) (1/5)
- Kunnen Pionieren (1/5)
- Voor het puur beeldend werken zijn niet meer vaardigheden nodig dan voorheen (1/5)
- Afstemmen**
- [Afstemmen] eist meer van de therapeut (1/5)

MEDIUM

Randvoorwaarden

- Men zou een keuze van materiaal mee moeten nemen (3/5)
- Minder vrijheid om ter plekke een keuze te maken (2/5)
- Men maakt vooraf al veel keuzes voor de cliënt (1/5)
- Men kan al met heel weinig heel veel (2/5)
- Rekening houden met de omstandigheden in de wijk (2/5)
- Mag iets vies worden (1/5)
- Mag lawaai tijdens het werken ontstaan (1/5)
- Met hoe veel cliënten kan je samen komen of altijd individueel? (1/5)
- Hoe ziet de werkmogelijkheid eruit? (2/5)
- Wat voor afleidende factoren zijn er? (bv. systeem) (1/5)
- Niet praktisch! Wel mogelijk! (1/5)
- Leefomgeving van cliënt is niet altijd geschikt om beeldend te werken (1/5)
- Beperkend voor beeldend werken (1/5)

Materiaal specifiek

- Belangrijk om heel divers aan te kunnen bieden (3/5)
- Van alle materiaaleigenschappen iets ter beschikking hebben / basisuitrusting (3/5)
- Van weerbarstig tot vloeibaar (3/5)
- Van 3D tot 2D (2/5)
- Gereedschap om materialen te kunnen bewerken (2/5)
- Verschillende soorten papier (2/5)
- Men zal meer op het 2D vlak zitten (1/5)
- Frutselspullen (1/5)
- Foto's maken werd nog belangrijker om producten kunnen waarborgen / proces

- Overzicht creëren welke stappen gemaakt moeten worden (1/5)
- Crisisvoorkomend werken door zo vroeg mogelijk expertise in te zetten (1/5)
- Overgang makkelijker maken en overbruggen (voor- en nazorg) (1/5)
- Cliënten kunnen een eerste aanloop krijgen naar therapietrouw [eerste fase overbruggen] (1/5)
- Iemand zo ver krijgen wel naar behandeling toe te kunnen komen (1/5)

Randvoorwaarden

Cliënt

- Hoe is de motivatie van de cliënt? (2/5)
- Werde de therapeut binnengelaten? (1/5)
- Behandelduur zou langer kunnen zijn vanwege de leerbaarheid (1/5)
- Frequentie verhogen om aandacht en contact met de cliënt warm te houden (1/5)

Veiligheid

- Een veilige omgeving is het allerbelangrijkste (4/5)
- Soms beter om iemand uit de situatie te halen (andere setting, deeltijd of wijkgebouw) om letterlijk afstand te kunnen nemen. (3/5)
- Indien het systeem voor problemen zorgt (2/5)
- Levert het te veel stres op indien iemand naar cliënt toe komt (moeten opruimen, meekijkende ogen van de burens) (2/5)
- Indien moeilijke/traumatische situaties in therapie doorwerkt worden (2/5)
- Soms combinatie van wijk werken / wijkgebouw en deeltijd => indicatie (2/5)
- In de wijk missen ze misschien het contact met andere cliënten erkenning herkenning (1/5)
- BT in de wijk heel bewust op indicatie! (2/5)
- Zit het systeem erbij? (2/5)

- Wat is nodig om beeldend te kunnen werken? (1/5)
- Afstemmen op het moment zelf (materiaal) (1/5)
- Binnengelaten worden (1/5)
- Relatie opbouwen (1/5)
- Per situatie kijken (1/5)
- Meer kennis over werken in / met een systeem (1/5)
- Het systeem zal altijd bijbetrokken moeten worden (1/5)

Aansluiten

- Wijkwerken vraagt veel meer flexibiliteit (3/5)
- Creativiteit & Inventiviteit (2/5)
- Makkelijk spontaan oplossingen kunnen bedenken / in kunnen spelen op actuele gegevens (3/5)
- Out of the box kunnen denken (1/5)
- Aansluiten bij wat de leefwereld met zich meebrengt (3/5)
- Veel ervaring van de therapeut (1/5)
- Waarborgen dat het niet op het begeleidingsvlak verzandt (1/5)

Methode

- Analogie trekken werd nog belangrijker (generalisatie!) (3/5)
- Letterlijk dingen aan kunnen wijzen (2/5)
- Makkelijker oefenen (2/5)
- Belangrijk dat iets visueel gemaakt werd (1/5)
- Voorzichtiger zijn in het doorwerken van moeilijke processen (of indicatie voor wijkgebouw of deeltijd) (1/5)

- documenteren (2/5)
- Materialen die al in huis zijn bij betrekken (bv. restmateriaal, kussens, kruiden, spaghetti) ook hiermee kan men vormgeven (2/5)
- Laptop (1/5)

Ruimtelijk

- Auto/busje/koffer/zakje vol met spullen (4/5)
- Locatie binnen haalbaar bereik (3/5)
- Een hoekje om te werken (2/5)
- Werktafel (1/5)
- Veilige ruimte (1/5)
- Auto om te kunnen reizen (1/5)

Opdrachtspecifiek

- Over het algemeen zullen de opdrachten niet zo zeer veranderd worden alleen het materiaal is soms beperkter/anders en de context veranderd (4/5)
- Minder flexibel in het aanpassen van de opdrachten in de situatie zelf (2/5)
- Belangrijk wel te kunnen aansluiten (1/5)
- Men zal zich makkelijk aanpassen op wat men bij zich heeft, toch blijft men beperkt in flexibiliteit (1/5)
- Met name in verbinding met ETC zal het zeer moeilijk worden (waarbij een groot spectrum gevraagd is) (1/5)
- Aan hulpmiddelen verandert niets (1/5)
- Meer combinatie met het medium en in het medium (1/5)
- Meer interactief (1/5)
- Afspraken maken (bv. Wie bewaart het werkstuk) (1/5)

3.3 Samenvatting Resultaten

De therapeuten benoemen, dat cliënten met een LVB vaak te maken hebben met veel verschillende bijkomende problemen naast de LVB. Verder zijn cliënten vaak verbaal niet zeer vaardig waardoor ze baat hebben bij een ervaringsgerichte aanpak. Hierbij komen emotionele problemen, gedrag problemen, moeite bij het vormen van een realistisch zelfbeeld en problemen in het sociaalgedrag. Indicatiegebieden zijn hierdoor met name ordenen, structureren en bewustwording van emoties, gedachten en gebeurtenissen, om de cliënt te helpen deze te begrijpen, besprekbaar te maken en hierdoor weer controle erover te kunnen krijgen. Hierbij komen volgens de therapeuten doelstellingen zo als emotieregulatie, emotie herkenning/erkenning, vragen rond trauma en verminderen van agressie en impulsiviteit. Werken in de wijk zou aan kunnen sluiten bij cliënten voor die het nu te moeilijk is om naar de instelling toe te komen volgens de therapeuten, waardoor meer cliënten bereikt zullen worden. Het beeldend therapeutisch werken zal nog directer zijn, verbanden naar de thuissituatie zijn meteen aanwijsbaar. Zorg in de wijk zou op indicatie plaats moeten vinden omdat bijvoorbeeld het doorwerken van bijvoorbeeld een trauma volgens de therapeuten beter niet bij de cliënt thuis plaat zou kunnen vinden, maar op een deeltijd locatie of in een wijkgebouw. Tevens is ervoor te zorgen dat de cliënt kan werken in een voor hem veilig omgeving waarin die zich durft open te stellen.

Het therapeutische handelen, baseert zich volgens de therapeuten, op het afstemmen en aansluiten bij de cliënt doormiddel van het medium. Hierbij speelt afstemmen een belangrijke rol, omdat het hierin gaat om het contact tussen therapeut en cliënt. Dit contact is met name in begin heel essentieel omdat de cliënt zo vertrouwen op kan bouwen en zich open durft te stellen voor een beeldend proces. Hierbij heeft het medium een grote toevoeging, omdat hierdoor het contact heel veilig aangegaan kan worden. Volgens de therapeuten kan in het beeldend medium gewerkt worden en ondertussen kunnen thema's na boven komen die vaak heel moeilijk zijn voor de cliënt. Hiernaast is voor het afstemmen ook de observatie essentieel. Dus hoe gaat iemand in contact met het medium, de therapeut en de opdracht. Samenhangend aan het afstemmen, kreeg in de resultaten het aansluiten een belangrijke rol. Aansluiten gebeurt volgens de therapeuten op basis van ervaringskennis van de therapeut en op basis van afstemmen (contact en observatie). De therapeut sluit aan en stemt af door middel van het medium. Hiernaast werkten de therapeuten op basis van een aantal verschillende theoretisch werkmodellen en methodes, bijvoorbeeld ondermeer: Mentaliseren, EBL en het ECT. In de wijk komt naar voren, dat de therapeut met name heel zelfstandig te werk moet kunnen gaan, omdat het team niet om de hoek ter beschikking staat. Dit betekend volgens de therapeuten zichzelf kunnen positioneren en zijn vakgebied tegenover cliënt, systeem en instellingen en collega's duidelijk maken. Therapeuten geven aan zat het zeer belangrijk vinden om verder multidisciplinair te kunnen werken, maar dat ze er wellicht zelf veel energie in afspraken moeten steken. Ook intervisie en supervisie zou plaats moeten vinden. Vervolgens zou men rekening moeten houden met het systeem van een cliënt en beperkende factoren vanuit de omgeving. Zoals in de huidige manier van werken zou afstemmen en aansluiten belangrijk blijven. Tevens zou dit nog meer flexibiliteit en creativiteit van de therapeuten vragen, om in te kunnen gaan op de dingen die zich voordoen.

In het medium werd met name het beeldend proces en het beeldend product van de therapeuten benadrukt. Het beeldend proces is hierbij onderverdeeld aan werkvormen ten behoeve van observatie (focus op opdekken van handelingspatronen) en werkvormen ten behoeve van behandeldoelen, (focus op werken aan een probleemgebied). Juist bij deze doelgroep is het product van extra belang, vanwege het visueel aspect. Een werkstuk kan zo dus de functie hebben om aan het proces of aan het geleerde te herinneren en dient als hulpmiddel in de reflectie. Bovendien kunnen cliënten met een LVB volgens de therapeuten zeer groot waarde hechten aan het werkstuk. Dit wil zeggen dat ze er trots op zijn en het willen laten zien aan hun omgeving. In de wij zou de inzet van activiteiten nauwelijks veranderen volgens de therapeuten. Allen de keuze ter plekke in materiaal zou beperkter zijn omdat men niet alles mee zou kunnen nemen. Hiervoor moet volgens de therapeuten vooraf een keuze gemaakt worden van materiaal dat een diversiteit aan eigenschappen afdekt (van weerbaar tot vloeibaar). Ook moet men nog flexibeler kunnen zijn in het bedenken van oplossingen en mogelijk op materialen terug komen die al in huis van de cliënt zijn. Dit is belangrijk om te kunnen blijven afstemmen en aansluiten. Om de materialen mee te kunnen nemen zouden onder meer een auto, busje of rolkoffer nodig zijn. Om beeldend te kunnen werken zou een werktafel of tenminste een hoekje om te kunnen werken nodig zijn. Tevens zou de mogelijkheid om in een wijkgebouw te kunnen werken indien nodig handig zijn. Tot slot zou volgens de therapeuten ook in de wijk een eindproduct voor deze doelgroep belangrijk zijn, zou hier gebruik gemaakt kunnen worden van foto's indien het werkstuk gemaakt is van dingen uit huis.

Hoofdstuk 4 Discussie

In dit hoofdstuk worden de in hoofdstuk 3 beschreven resultaten aan de hand van de literatuur verklaard. Ook zal ik mijn eigen ervaringen hieraan koppelen. Bovendien wordt nagegaan of de vraagstelling die in begin van dit onderzoek gevormd is beantwoord is. Hiernaast zal de lezer inzicht krijgen in de sterkten en tekortkomingen van dit onderzoek zoals de aanbevelingen voor vervolgonderzoek en voor de praktijk. Tot slot zal ik toelichten hoe dit onderzoek heeft bijgedragen aan een verdere verdieping en verbreding van mijn methodisch handelen als beeldend therapeut.

4.1 Verklaring van de resultaten

In de probleemstelling kwam naar voren dat het onderwerp werken in de wijk tegenwoordig een heel belangrijke plaats inneemt. Naar aanleiding van het literatuuronderzoek ontstond het vermoeden dat beeldende therapie goed zou kunnen aansluiten bij LVB in een wijkgericht zorgaanbod. Juist het ervaringsgerichte karakter van beeldende therapie leek aan te sluiten bij de behoefte van cliënten met een LVB om informatie visueel en praktisch aangeboden te krijgen. Hierbij is de volgende vraagstelling ontwikkeld:

Wat zijn de mogelijkheden om beeldende therapie in de wijk aan te bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek?

Om een antwoord op de vraagstelling te krijgen, zijn vijf respondenten, beeldend therapeuten die met de doelgroep LVB werken geïnterviewd. Ze zijn gevraagd naar de manier waarop ze nu beeldende therapie aanbieden aan LVB, welke mogelijkheden ze zien om hun manier van werken toe te passen in een wijkgericht aanbod en welke randvoorwaarden hiervoor nodig zullen zijn. Zo zijn bovenstaande resultaten tot stand gekomen. De kerngebieden die bijna overal terugkomen in de resultaten van hoofdstuk 3 zijn, dat cliënten met een LVB baat hebben bij beeldende therapie op volgende gebieden: Ervaringsgericht werken, beeldend product, therapeutische relatie, observatie en werken aan behandeldoelen. Deze gebieden zal ik daarom navolgend toelichten.

4.1.1 Ervaringsgericht werken

Het vermoeden dat LVB baat heeft bij beeldende therapie vanwege de ervaringsgerichte instap van beeldende therapie heeft zich in de resultaten helemaal bevestigd.

Zoals al beschreven in de literatuurstudie (paragraaf 1.3.1), hebben mensen met een LVB in de eerste plaats beperkingen op het intellectueel gebied van het leren en denken (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012). Hierbij komt dat bij veel cliënten met een LVB het (werk)geheugen beperkt is (van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2013). Volgens hen zijn cliënten hierdoor verbaal doorgaans zwakker dan in het visueel-ruimtelijke denken en verlopen leerprocessen hierdoor langzamer. Voor cliënten met een LVB is daarom behulpzaam om praktisch te werk te kunnen gaan en informatie visueel en stapsgewijs aangeboden te krijgen. Juist hier ligt de kracht van het beeldend werken met deze doelgroep. Het beeldend medium is gekenmerkt door het ervaringsgerichte werken, waarbij gebruik wordt gemaakt door verschillende beeldende materialen die aan de zintuigen appelleren (paragraaf 1.3.2). Dit sluit aan, bij de behoefte aan visuele ondersteuning en praktisch werken van de doelgroep. In literatuur en resultaten werd steeds met nadruk genoemd dat ze vaak verbaal niet sterk zijn, waardoor het reflecteren en onder woorden brengen van een probleem lastig is voor hen. Hierbij biedt het beeldend medium de mogelijkheid om doormiddel van een beeldend werkstuk problemen aanwijsbaar te maken, bovendien biedt het beeldend werkstuk een houvast bij reflectie. Hierop ga ik in het volgende paragraaf 4.1.2 dieper op in. Doordat de cliënt met de materialen in contact komt, komt die dus ook in contact met zijn innerlijke gevoelswereld, Haeyen (2011) beschrijft hierbij passend, dat de cliënt door het contact met het materiaal tot materiaalbeleving komt, dit wordt nog versterkt door fysiek contact met het materiaal. Zo kan in het beeldend medium een leerervaring opgedaan worden zonder er meteen woorden voor te hebben, komt de cliënt op een veilige manier in contact met zijn gevoelswereld. Zo als in de paragraaf 1.3.2 al beschreven sluit de beeldend therapeut aan doormiddel van verschillend materiaal eigenschappen bij de vaardigheden van de cliënt. De beeldend therapeut appelleert hierdoor bewust, aan de aspecten van het denken, voelen en handelen, om bepaald gedrag uit te lokken (Knittel, 2013; Hinz, 2009; Schweizer, et al., 2009). Hierbij gebruikt de therapeut, zijn kennis en vaardigheden omtrent de beeldende materialen en de eigenschappen ervan. Hierdoor heeft het beeldend werken een belangrijke functie op het gebied van observatie, omdat door het beeldend medium het ontwikkelingsniveau van een cliënt dan handelingspatronen herkenbaar en bewerkbaar worden. Dit sluit aan bij LVB, omdat zo als al beschreven (paragraaf 1.3.1) problemen van de individueel cliënten vaak sterk uiteen kunnen lopen waardoor het vaak lastig is te herkennen wat ze wel of niet kunnen (hierop ga ik in paragraaf 4.1.4 dieper op in). Vervolgens werd uitgaande van de

sterktes van iemand aan een vaste doelstelling gewerkt, om vervolgens ook weer in de thuissituatie beter te kunnen functioneren. Hierop ga ik in paragraaf 4.1.5 werken aan de doelstellingen dieper op in. Juist omdat LVBers vaak al zo veel faalervaringen hebben opgedaan en vaak zeer wantrouwend naar therapie komen, werd het afstemmen in hele kleine details zo belangrijk bij deze doelgroep. Het beeldend werken leent zich uitstekend ervoor omdat de therapeut door het materiaal met zijn talrijke mogelijkheden, heel fijngevoelig kan afstemmen en aansluiten bij wat de cliënt nodig heeft. Hierbij heeft de therapeutische relatie een belangrijke rol, waarin het beeldend medium de kans biedt om op een heel veilige manier in contact te komen (hierop zal ik in paragraaf 4.1.2 dieper op ingaan). Hierdoor kan de therapeut de cliënt daar afhalen waar die staat. Volgens Hinz (2009) is dat belangrijk net buiten de comfortzone van een cliënt aan te sluiten maar niet te ver erbuiten, omdat cliënten zich indien de uitdaging te groot is snel terugtrekken. Ook in de resultaten werd door een aantal therapeuten genoemd dat het aansluiten bij de mogelijkheden en het niveau van de cliënt het belangrijkste aspect is bij het werken met LVB, omdat juist bij LVB de mogelijkheden van iedere cliënt anders kunnen liggen.

Volgens van der Nagel et al. (2013) hebben cliënten met een LVB vaak moeite met het opnemen van informatie en bij het kunnen uifilteren, van wat de kern van een informatie is. In een beeldend proces worden opdrachten in kleine stappen verdeeld, aansluitend bij het individueel vermogen van de cliënt om informatie te verwerken. Dit is een omstandigheid, waarvan enerzijds de therapeut bewust gebruik kan maken op het moment dat die een activiteit voor een cliënt bedenkt. Anderzijds zit deze eigenschap veelal in ambachtelijke technieken. Zo moet men de klei bijvoorbeeld eerst vormen, dan laten drogen, dan bakken en kan hem dan pas kleuren. Deze volgorde ligt vast en er kan niet het een voor het ander gedaan worden. Dit biedt de doelgroep LVB structuur en houvast omdat hierbij gebruik gemaakt kan worden van enerzijds visuele hulpmiddelen zoals een stappenplan, dan anderzijds de cliënt door het materiaal gedwongen is om de afloop te volgen. Dit komt ook terug bij Baeten (2007). Hij beschrijft, dat bijvoorbeeld het schilderen een zichzelf sturende volgorde heeft.

Het ervaringsgerichte werken komt dus in alle lagen van beeldende therapie terug en zal hierdoor ook in de volgende paragrafen een zeer belangrijk element blijven.

Wijk

In de resultaten komt terug dat therapeuten ook juist op het gebied van de ervaringsgerichte karakter van beeldende therapie de meerwaarde van beeldende therapie in de wijk zien. Nu kunnen cliënten die niet naar een behandelsetting kunnen komen, geen beeldende therapie krijgen. Hierdoor missen ze bovengenoemde ervaringen die ook in de wijk mogelijk zullen zijn. Het ervaringsgerichte werken zou juist een aanvullende meerwaarde hebben aan het werken in de wijk, doordat hierbij cliënten met een LVB nog een andere aanpak kunnen krijgen, dan de overwegend verbale therapieën (die al in de wijk plaatsvinden) terwijl ze zo als al benoemd verbaal niet sterk zijn. Doordat de ervaring in het medium in de wijk dus in de leefomgeving van de cliënt plaatsvindt, zal deze nog directer gelinkt zijn aan de omgeving. Dus zal een ervaring niet alleen opgeslagen worden op het gebied van medium maar ook bijdrage hebben om de ervaring te kunnen generaliseren naar de thuissituatie toe. Hierop zal ik bij proces nog terug komen.

Om een zintuiglijke ervaring aan de hand van een mediumactiviteit te kunnen doen heeft men niet heel veel materialen nodig en zullen de basismaterialen die wel een aantal verschillende facetten bevatten wel voldoende zijn. Om aan een vaste doelstelling te kunnen werken, of om een observatie te kunnen doen zou de focus weer iets anders liggen (hierop zal ik onder deze punten nog terugkomen.)

4.1.2 Beeldend product

Het maken van een beeldend product is heel belangrijk voor deze doelgroep. Belangrijk hierbij te zeggen is dat volgens alle therapeuten het product altijd ten dienste van het beeldend proces staat. Dit wil zeggen dat een product niet gemaakt wordt om een mooi product te hebben, er wordt een proces doorlopen, waarbij aan het eind vaak een product uitkomt. Hinz (2009) zegt, dat het product op zichzelf niet zo belangrijk is dan de actie om het te maken. Volgens haar is juist de sensorische feedback die cliënten krijgen bij het maken de belangrijkste essentie bij het leren. Het maken van een werkstuk, sluit met name bij deze doelgroep heel nauw aan, omdat ze zoals al beschreven het beste leren door middel van visuele en ervaringsgerichte handelingen. Zo is het product enerzijds gedurende een proces een belangrijk hulpmiddel voor cliënten met een LVB, omdat ze vaak moeite hebben om gelijktijdig te reflecteren en te werken aan iets omdat ze verbaal niet zo sterk zijn. "Het product biedt een zichtbaar en tastbaar resultaat van wat gebeurd is in de activiteit" (Haeyen. 2007 p.332) Door altijd het werkstuk tijdens een reflectie bij te kunnen pakken, kunnen cliënten weer makkelijker herinneren aan een bepaalde situatie of leerervaring. Volgens Haeyen biedt het product

de mogelijkheid dingen aanwijsbaar te maken. Anderzijds krijgt het afgewerkt product nog eens extra belangstelling bij de cliënten, omdat het een bewijs is voor het geleerde en ook altijd als herinnering aan het proces dient. Hierdoor krijgt het product de belangstelling van een soort kalender of dagboek volgens een van de respondenten. Volgens Budde (2008) zijn werkstukken tastbare getuigen die uitstekend gebruikt kunnen worden bij het evalueren aan een bepaalde periode.

Deze ervaring heb ik ook met cliënten op mijn stageplek op kunnen doen. Deze cliënten waren over het algemeen niet verstandelijk beperkt. Hier heb ik ook vaak na een tijd of ter afronding van de therapie alle werkstukken die gemaakt zijn bij elkaar gehaald. Hierdoor kon de cliënt nog eens opnieuw naar het gemaakte kijken. Dit had enerzijds het voordeel dat de cliënt letterlijk vanuit een afstand naar een beeld en zo mee naar een opgedane ervaring kon kijken, waardoor de cliënt vaak zelf handelingspatronen kon herkennen die tijdens het werken niet inzichtelijk waren voor de cliënt. Anderzijds kon de cliënt vaak door naar de werkstukken te kijken ook de reeds gemaakte verandering in zijn handelen terug herkennen. Dus ook hier hebben de werkstukken een ondersteunend houvast bij reflectie geboden aan cliënt en therapeut.

Volgens Budde (2008) is het evalueren van het proces aan de hand van een werkstuk een belangrijke factor, omdat het gemaakte hierdoor een betekenis krijgt. Cliënten met een LVB hebben hierdoor de kans om naderhand steeds weer te kunnen reflecteren doordat ze door hun beperkte cognitieve en verbale mogelijkheden dit lastig vinden tegelijkertijd met het werken. Volgens Budde (2008) geeft het werkstuk ook de mogelijkheid om afstand te nemen, dus de werkstukken naast elkaar te leggen en het proces te beschouwen. Zo kunnen cliënten met een LVB visueel kijken naar wat ze gedaan hebben en hoeven niet op hun herinnering te vertrouwen op iets wat ze weken geleden gedaan hebben. Ook in de resultaten kwam dit terug, therapeuten zegden dat hierdoor cliënten met een LVB inzicht krijgen in hun eigen handelen en dat het ook egoversterkend kan werken indien ze hun eigen vooruitgang kunnen zien. Hierdoor krijgt ook het beeldend product (dat over het algemeen tijdens een proces ontstaat) een nog waardevollere rol bij deze doelgroep.

Hiernaast werd door de respondenten aangebracht dat ook de manier waarop de cliënt omgaat met het product belangrijk is. Dus durft die ernaar te kijken, kan die trots zijn op wat die zelf heeft gemaakt. Dit bevestigt ook Haeyen (2007) en zij beschrijft dat het product vraagt om een houdingsbepaling van de cliënt. Volgens haar betekent dit of het product gekoesterd wordt of juist belachelijk gemaakt wordt, of de cliënt durft er een binding mee aan te gaan of dat het contact niet gemaakt wordt.

Hierbij komt in de resultaten terug, dat het oogmerk van een proces zoals al gezegd, (meestal) niet komt te liggen op het maken van een mooi product. Toch komt ook terug, dat het vaak een belangrijke toevoeging aan de therapie kan zijn, indien de cliënt trots op zijn werkstuk kan zijn. In Hoofdstuk 3 komt terug dat het voor cliënten vaak belangrijk kan zijn om naar het product te kunnen kijken, het op te hangen en het aan anderen te kunnen laten zien. Door ernaar te kunnen kijken, kijken ze indirect ook naar zichzelf, omdat ze in het product ook het persoonlijk proces terug zien dat ze doorlopen hebben. Dit kan zowel confronterend als egoversterkend voor een cliënt zijn. Zo kunnen ervaring en het visueel aspect verbonden worden waardoor een leermoment in een proces geheugentechnisch nog meer geïntegreerd kan worden door de cliënt. Hierdoor kunnen ze herinnerd worden aan wat ze geleerd hebben in hun proces en er aan herinnerd worden dit ook voor thuis toe te kunnen passen. Om een voorwaardelijk product te kunnen waarborgen zijn de mediumtechnische vaardigheden van de therapeut zeer belangrijk. Het is belangrijk dat de therapeut ermee rekening houdt dat het product voor deze doelgroep heel belangrijk is en dat deze ervoor moet zorgen dat de cliënt aan het eind een product heeft waarop die oprecht trots kan zijn.

Wijk

In de wijk zou het beeldend product voor iemand met LVB net zo belangrijk blijven. Het maken ervan zou echter soms lastiger gaan volgens de therapeuten omdat men minder middelen ter beschikking zou hebben. Dit vraagt van de therapeut zowel nog meer kennis over zijn middelen en met welk materiaal wat mogelijk is, als ook nog meer creativiteit om met weinig middelen veel te kunnen doen. Hierbij zouden foto's een belangrijke rol krijgen. Hiermee zullen ook werkstukken gedocumenteerd kunnen worden die met dingen uit het huis zijn gemaakt, bijvoorbeeld met kussens of kruiden. Doordat het systeem van de cliënt er eventueel om heen zit zou het product eventueel nog belangrijker worden omdat zoals al geschreven cliënten er grote waarde aan hechten om het product aan anderen te kunnen laten zien. Hier zou de therapeut rekening mee moeten houden.

4.1.3 Therapeutische Relatie

Om te bereiken dat de cliënt zich open stelt voor behandeling en een beeldend therapeutisch proces, is het allereerst heel belangrijk dat een vertrouwensrelatie opgebouwd wordt (Hinz, 2009). Volgens de

resultaten van hoofdstuk 3, komen cliënten vaak gespannen binnen, doordat ze in verleden al veel faalervaringen op hebben gedaan en/of al veel therapie hebben gehad met weinig successen (weerom faalervaringen). Dit komt zo als geschreven erdoor dat vaak onduidelijk is of cliënten met een LVB binnen de geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg horen, waardoor het zorgaanbod nog niet aansluit bij de individuele cliënt (Došen, 2014). Hiernaast is het belangrijk om een goed behandelcontact op te bouwen waarbij men de cliënt in zijn geheel probeert te begrijpen. Dit wordt door de therapeuten als zeer belangrijk beschouwd om goed te kunnen aansluiten met de therapie.

Door beschreven wantrouwen en faalangst van de cliënten, wordt het volgens de therapeuten noodzakelijk om het begin van de therapie laagdrempelig in te stappen en allereerst te richten op het verminderen van spanning en opbouwen van een vertrouwensbasis. Juist hierbij sluit weer het ervaringsgerichte karakter van beeldende therapie aan. Een cliënt hoeft dus niet van begin aan rechtop tegenover de therapeut te zitten en verbaal kennis te maken en zijn problemen onder worden te brengen. In het beeldend medium kan contact maken op een heel veilige en natuurlijke manier tijdens het werken plaatsvinden. Therapeuten noemden hierbij, dat men geen oogcontact hoeft te hebben, en dat men tijdens het werken het kan hebben over het werken en er ondertussen dingen naar boven kunnen komen, die moeilijk zijn.

Een veel gebruikte startopdracht die in de resultaten terugkomt, en die ik zelf in mijn stagetijd heel veel heb gebruikt in het aangaan van het eerste contact, was de collagetechniek als kennismakingsactiviteit. Deze biedt de mogelijkheid om laagdrempelig aan te sluiten bij de cliënt omdat bijvoorbeeld het bladeren in tijdschriften en het uitknippen en plakken al bekend is. Dit biedt veiligheid omdat volgens Rosmalen (2000) een situatie als veilig werd ervaren indien ze voldoende bekende elementen bevat, dus voldoende voorspelbaar is. Hiernaast hoeft het niet meteen over de cliënt zelf te gaan en kan de cliënt zelf bepalen in welk tempo hij iets over zichzelf kwijt wil. Zo kan de cliënt door middel van een collage ook zijn wensen en identiteit prijsgeven (Hinz, 2009). Hiernaast kan de therapeut aan de hand van hoe de cliënt de opdracht aanneemt kiezen hoe vrij hij de keuzes voor de cliënt laat (bijvoorbeeld verschillende soorten papier enz.). Dit komt op dezelfde manier terug in de resultaten. Hierbij is expliciet voor LVB de aansluitende factor, dat cliënten met een LVB vaak moeite hebben met contact maken zoals zowel in de resultaten, als in paragraaf 1.1.2. Waardoor juist een laagdrempelige startopdracht belangrijk is om de spanning en faalangst waarmee de cliënten binnen komen te reduceren. Door tijdens het werken met iets bezig te zijn, hoeft de cliënt niet meteen iets van zichzelf te vertellen. Dit draagt er enerzijds toe bij dat de cliënt zich veiliger voelt waardoor de situatie minder eng is en de cliënt makkelijker durft iets te doen met het medium.

Hierbij viel bij de stage altijd op, dat cliënten snel de spanning achter zich konden laten tijdens het werken. Dit kwam ook in de resultaten terug. Therapeuten gaven aan dat dit wordt bevorderd doordat de therapeut ook mee doet bij de activiteit door bijvoorbeeld mee in de tijdschriften te bladeren, zelf een collage te maken of de cliënt aan te bieden om naar iets bepaalds te zoeken voor hem. Dit droeg zowel bij tot het opbouwen van een relatie, omdat men samen iets deed, dan aan het leren kennen van de cliënt omdat tijdens het werken dingen naar boven kunnen komen. De situatie is hierdoor meer natuurlijk voor de cliënt dan indien men tegenover elkaar zit en de therapeut meteen doorvraagt naar de pijnpunten. Belangrijk is hierbij ook om door middel van afstemmen heel goed in de gaten te houden (te observeren) hoe de cliënt de activiteit ervaart. Indien de cliënt tegen problemen aanloopt, met name in het begin te helpen om te voorkomen dat er een faalervaring opgedaan wordt. Hierbij zegt Knittel (2013) dat de therapeut ten dienste van de cliënt staat om indien nodig in te kunnen grijpen en een faalervaring te voorkomen. Hierbij is volgens haar wel belangrijk, dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan werken omdat juist bij die doelgroep dit bevorderd zou moeten worden. Ook Haeyen (2007) beschrijft dat het belangrijk is om de cliënt zoveel structuur aan te reiken als nodig maar ook niet meer om de zelfsturende kwaliteiten aan te spreken.

Wijk

Indien de behandeling in de leefomgeving van de cliënt plaatsvindt, zouden deze aspecten net zo belangrijk blijven. Echter worden volgens de therapeuten bepaalde punten nog belangrijker. Zo zal het contact maken met de cliënt volgens de therapeuten nog bemoeilijkt worden, doordat men niet weet hoe het om de motivatie van de cliënt gesteld is. Juist omdat cliënten met LVB aanvankelijk vaak wantrouwend zijn, zou dit bij deze doelgroep een rol spelen. Dus wordt als belangrijkste kwestie aanzien of de therapeut überhaupt binnengelaten zou worden. Mijn eigen ervaring is, dat met name de observatiefase vaak nog meer afstemmen vraagt en het soms nog meer “zoeken” betekent om aan te kunnen sluiten bij iemand. Indien men al langer met iemand werkt, zal men beter kunnen afstemmen omdat men al meer weet over voor- of afkeuren van iemand. Daardoor zal volgens mij het

werken in de wijk voor de therapeut nadat men elkaar beter kent iets makkelijker worden. Juist dus de eerste tijd vraagt meer van de therapeut om aan te kunnen sluiten om überhaupt binnengelaten te worden. Een therapeut benoemd dat men altijd een vreemde in een andermans huis zal zijn en het altijd makkelijker zou werken indien iemand naar de therapeut toe komt. Hierdoor zou het opbouwen van een therapeutisch relatie in de wijk moeilijker zijn dan in een vaste behandelsetting.

Hierbij komt dat in de wijk het systeem van de cliënt ook een rol zal spelen, omdat bij deze doelgroep zo als in de resultaten terugkomt vaak sprake kan zijn van problemen in het systeem. Waardoor de therapeut ook op een bepaalde manier contact zou moeten maken en rekening moet houden met het systeem van een cliënt.

Hiernaast wordt door de therapeuten genoemd, dat het in de wijk nog belangrijker is om met de cliënt duidelijke afspraken te maken. Hierbij zou bijvoorbeeld afgesproken moeten worden, wat de cliënt te verwachten heeft van beeldende therapie, hoe de werkmogelijkheden eruit zien, hoe omgegaan wordt met het systeem.

4.1.4 De bijdrage van beeldende therapie aan observatie

Cliënten die voor therapie komen zijn volgens de therapeuten een zeer gemêleerde groep mensen, met veel verschillende problemen naast hun LVB. Hierdoor kunnen ook de probleemgebieden van cliënten sterk uiteenlopen. Volgens van der Nagel et al. (2013), spelen hierbij levenservaring, sociale context, sociaal emotioneel niveau en bijkomende problemen een rol. Hierdoor is de observatie een heel belangrijk onderdeel van de beeldende therapie bij deze doelgroep.

Naast het contact onderhouden met de cliënt, is het observeren een vast onderdeel, dat op alle lagen van therapie terugkomt. Zo wordt er niet alleen in de observatiefase geobserveerd, maar is het altijd belangrijk om de situatie goed en duidelijk van alle kanten te bekijken. Het medium wordt hierbij door de expertise van de therapeut dusdanig ingezet, dat handelingspatronen van de cliënt zichtbaar worden. Er wordt dus gekeken of de cliënt gewoon durft te beginnen, keuzes kan maken en hoe die handelt in relatie tot het materiaal, de aangereikte opdracht en de therapeut. Volgens Schweizer, et al., (2009) laat beeldende therapie vaak facetten zien van het denken voelen en handelen, die in een verbaal gesprek vaak (nog) niet met woorden uit te drukken zijn. Hierdoor kunnen zowel handelingen en emoties zichtbaar worden die de cliënt niet onder woorden kan brengen (LVB vaak verbaal beperkt), als handelingen en emoties welke de cliënt geleerd heeft te verbergen. Zo werd in de observatie met name na volgende vragen gekeken: Hoe gaat de cliënt in contact met het materiaal (materiaal hantering / gebruik van materiaal), de opdracht en de therapeut?; Wat zijn iemands copingstrategieën?; Wat is de draagkracht, het draagvlak?; Hoe neemt de cliënt de wereld om zich heen waar? En hoe ziet de cliënt zichzelf?

Resilience

Deze observatievragen zullen dus ook zicht geven op de persoonlijke kwaliteiten die iemand heeft om in stresssituaties, te handelen. Protzky (2008) beschrijft hierbij dat de manier waarop een mens reageert, omgaat en adapteert met stresserende of traumatische ervaringen of life-events werd resilience genoemd. Dit wil zeggen de vaardigheden die een persoon heeft om zichzelf te redden in omgang met dit soort situaties en bijbehorende emoties. Volgens Protzky bepalen iemands copingstrategieën (op het moment van confrontatie zelf) hoe iemand met stress of negatief gebeurtenissen omgaat. Volgens hem bepaald resilience vooral hoe iemand deze negatief gebeurtenis verwerkt, welke invloed ze op iemand hebben en welke conclusies iemand eruit trekt. Protzky noemt vijf kenmerken die verbonden zijn aan resilience. Gebalanceerdheid (niet blindstaren op negatief gebeurtenissen in het leven), doorzettingsvermogen (doorzetten bij het reconstrueren van het eigen leven na tegenslag), zelfvertrouwen (geloof in de eigen vaardigheden, inzicht in beperkingen), zinvolheid (overtuiging dat het eigen leven zinvol is), existentiële eenzaamheid (eigenverantwoordelijkheid voor wat men in zijn leven bereikt) (Protzky, 2008). Dit zijn juist problemen waartegen cliënten met een LVB vaak aanlopen, omdat ze door hun beperkte zelfredzaamheid vaak in probleemsituaties niet alleen weten hoe ze moeten handelen, omdat ze niet voldoende vaardigheden hebben om zichzelf te bevestigen.

Om in te kunnen schatten hoe het met de resilience van een cliënt gesteld is kan de therapeut dus opdrachten en materiaal inzetten die de cliënt voor een "probleem" stellen en waarin wordt gekeken hoe die ermee omgaat. Een voorbeeld van zo een activiteit kwam in de resultaten terug. De zo genoemde "kolomopdracht". Hierbij maakt de therapeut gebruik van een soort kolom of mandala. Het veld (groot formaat) werd in vier vlakken ingedeeld waarin al vormen zijn getekend. De cliënt krijgt hierbij vier verschillende materialen om de vormen in te vullen. Voor verschillend materiaal werd hierbij gekozen, om juist ook te kunnen toetsen hoe de cliënt omgaat met de verschillende eigenschappen van een materiaal. Volgens Hinz (2009) reiken de materiaaleigenschappen van vloeibaar

(bijvoorbeeld ecoline, waterverf) tot weerbarstig (bijvoorbeeld: steen, wasko, stift), waardoor cliënten juist meer of minder controle hebben over de manier van aanbieden. Bovendien appelleren sommige materialen meer aan de sensopathisch beleving (Bijvoorbeeld: softpastel, vingerverf) dan andere (Bijvoorbeeld: markers, kroontjespennen). Doordat het vel al een voorgestructureerde vorm heeft, wordt minder nadruk gelegd op het zelf moeten vormgeven, dan aan de manier waarop iemand met de verschillende materialen omgaat. Dus is iemand in staat binnen een bepaald bestek dingen uit te proberen, fantasie te gebruiken, hoe gedraagt zich iemand erbij en welk gevoelens roept dit op. Dus ook weer boven gestelde observatievragen.

Op stage heb ik ook gebruik gemaakt van de kolomopdracht. Echter was de opdracht hier meer toegespitst naar de doelgroep waarmee ik toen werkte en lag de focus meer op observeren of iemand in staat is zelf vorm te geven en op welk manier die dat dan doet. Hiervoor heeft de cliënt zelf het mandala moeten creëren en heeft hiervoor een kleiner vel gekregen. Hierbij werd toen meer gekeken naar de mogelijkheden van iemand om een concept te vormen, dan de materiaaleigenschappen. Doordat juist het concept vormen voor deze doelgroep moeilijk is, heeft de therapeut voor het werken met LVB ervoor gekozen om aan te sluiten bij de doelgroep door er zelf meer structuur aan te geven, waardoor de cliënt geen keuzes meer hoeft te doen in de vormgeving van de mandala, maar wel meer wordt uitgedaagd om in contact te gaan met de materiaaleigenschappen.

Hierbij zou dus ook het copinggedrag van iemand naar voren komen. Dit wil zeggen hoe doe ik de dingen zoals ik ze doe (Rigter, 2004). Zo is bijvoorbeeld in het medium ook terug te zien indien iemand heel chaotisch werkt. Zo zou iemand bijvoorbeeld bij in de 'kolomopdracht' het materiaal heel ongestructureerd door elkaar heen gebruiken, geen aandacht ervoor hebben wat hij doet, overal verf laten spleteren, door elkaar heen mengen en helemaal lastig binnen de voorgegeven structuur blijven. Zo zal dit in het medium aanwijsbaar zijn en aanleiding tot de vraag geven "Ik zie dat je heel chaotisch werkt? Klopt dat? Herken je die manier van werken van jezelf?" Soms vinden cliënten met name de laatste vraag nog moeilijk omdat ze de vertaalslag naar het dagelijkse leven niet kunnen maken. Hierbij zal het een enorm voordeel zijn om al bij de cliënt thuis te werken, omdat in de structuur van zijn leefomgeving de chaos weer terug te zien zou zijn. Hierdoor komt de therapeut in de gelegenheid om aan te kunnen wijzen wat hij bedoelt. Iets praktisch en (misschien zelfs) visueel aan te kunnen wijzen, is met name een belangrijk hulpmiddel bij de doelgroep LVB en zal ertoe bijdragen dat het geleerde makkelijker gegeneraliseerd kan worden.

ETC (Expressive Therapies Continuum)

Juist door de verschillende materiaaleigenschappen in te zetten, kan de therapeut ook terug zien, vanuit welk ontwikkelingsniveau iemand handelt. Dit is met name bij deze doelgroep vaak een belangrijke vraag, omdat aan de buitenkant vaak niet te zien is wat iemand wel of niet kan. Zoals al geschreven, zijn sommige cliënten op sommige gebieden begaafder of verder ontwikkeld dan op andere gebieden. Dit is vaak niet te herkennen aan de buitenkant. Hierbij sluit de Expressive Therapies Continuum (ETC) zoals in de probleemstelling (zie 1.3.2) al beschreven aan. Hierin is volgens Hinz (2009) sprake van het "Kinesthetic/sensory level" (bewegingsgericht/voelen), "Perceptual/ Affectif level" (waarnemend, emoties) en het "cognitieve/symbolic level" (cognitief, symbolisch). Zoals al beschreven, is volgens Hinz in het medium altijd terug te zien dat indien iemand een fase niet goed heeft doorlopen, of iemand door een ziekte, trauma of beperking weer terug is gevallen naar een niveau. Een therapeut die al sterk vanuit het ETC werkt, geeft aan hiervoor in het begin vooral de vrije keuze aan cliënten te laten om hun zelf te laten kiezen met welk materiaal ze willen werken. Hierbij laat ze aan de cliënt eerst alle materialen zien. Zo zal duidelijk worden waar de voor- of afkeuren liggen bij het verwerken van informatie van een cliënt (Hinz, 2009). Zij noemt hierbij als voorbeeld, dat indien iemand in het medium alleen maar kiest voor materiaal, voor de sensorische prikkel, dus in de beweging of in het voelen blijft verzanden. Bijvoorbeeld blijkt bij het verzanden in het mengen van kleuren, duidelijk dat diegene de voorkeur geeft aan het kinesthetisch/ sensorisch niveau. Vast te stellen op welk niveau een cliënt met LVB zit, dus ook wat zijn sterktes en zwaktes zijn is heel belangrijk, om in het proces door middel van doelstelling hierop aan te sluiten. Hierop kom ik vervolgens nog terug.

Wijk

Met betrekking op het materiaal werd gezegd, dat het heel belangrijk is om verder in de aansluiting te kunnen gaan om precies het materiaal nog net zo goed te kunnen gebruiken om handelingspatronen op te roepen bij de cliënt. Hiervoor zal men een keuze moeten maken wat mee genomen wordt. Zoals beschreven hebben alle materialen verschillende eigenschappen en zal hieruit gekozen moeten worden om zo divers mogelijk aan te kunnen bieden. Hiervoor zou het volgens de therapeuten het belangrijkste punt zijn, om verder gebruik te kunnen maken van de diverse eigenschappen van allerhande materialen. Hierbij was vaker sprake ervan dat de basismaterialen wel meegenomen

moeten worden. Hieronder werd verstaan, teken-, schildermaterialen, papier zo dat er dus de range van vloeibaar tot weerbarstig afgedekt moet zijn. Een therapeut merkt hierbij heel treffend op dat men zo wel al een keuze maakt voor de cliënten. Dit is juist een nadeel (ook gezien het werken met het ECT) omdat de cliënt zo niet zelf aan kan wijzen wat hij wil. Omdat cliënten met een LVB baat hebben bij het kunnen aanwijzen van wat ze wel of niet willen zou dit een minpunt zijn in de wijk. Er werd ook aangebracht dat men ook zonder veel materiaal veel zou kunnen door dingen te gebruiken die al in het huis voorhanden zijn. Aangezien therapeuten op hun huidige werkplek gebruik (kunnen) maken van heel veel verschillende diverse materialen, is het in de wijk dus een uitdaging om met minder materiaal net zo goed te kunnen afstemmen en aansluiten. Hierbij zouden materialen voordelig zijn die op meerdere eigenschappen ingezet kunnen worden. Bijvoorbeeld Aquarelkrijt/potloden of softpastel. Volgens Péntzes, van Hooren, Dokter, Smeijsters en Hutschemaekers (2014) kunnen deze materialen meerdere mogelijkheden afdekken, bijvoorbeeld met of zonder water gebruikt worden of voor scherpe of wazige lijnen.

Op het observeren van de resilience (Protzky, 2008) van een cliënt heeft het werken in de wijk een positief effect. Zoals ook therapeuten zeggen en er aan het voorbeeld van het copinggedrag te zien valt, zal het werken in de wijk nog directer verlopen. Het zal heel duidelijk worden waar precies iemand tegen aanloopt omdat men meteen daar is waar het leven van de cliënt zich afspeelt. Bijvoorbeeld problemen in het gezin zou de cliënt niet kunnen verstoppen indien het gezin in het huis rondloopt en over de cliënt heen gaat tijdens een sessie. Hier zou geobserveerd kunnen worden hoe de cliënt met dit soort situaties om kan gaan en wat zijn handelingsstrategieën zijn om er mee om te gaan.

4.1.5 Werken aan behandeldoelen

Zoals al beschreven zijn juist het ervaringsgericht aspect, het beeldend product, de therapeutische relatie, en de observatie in het beeldend medium het belangrijkste aanknopingspunt bij LVB. Zoals al in de literatuurstudie beschreven, betekent dit dat het in eerste instantie niet gaat over het praten over problemen, maar gaat het erom, dat de cliënt actief iets gaat 'doen' in het beeldend werken. Hierdoor worden tijdens het werken een aantal zintuigen bij de cliënt aangesproken, waardoor de cliënt niet verbaal of cognitief sterk hoeft te zijn om iets te leren. De cliënt leert dus door iets te doen. Dit sluit uitstekend aan bij de beperkingen van LVB op het cognitief niveau. Zoals beschreven in de toelichting van het ervaringsgericht werken. Om iemand een ervaring op te kunnen laten doen, is het van belang, dat de therapeut het materiaal dusdanig inzet, om deze te kunnen bereiken.

Uitgaande van wat vanuit de observatie naar boven is gekomen, worden zoals al beschreven behandeldoelen geïndiceerd. Er zijn verschillende doelstellingen waar therapeuten aan werken met deze doelgroep. Het is belangrijk hierbij, dat sommige doelstellingen met elkaar in verband staan indien gekeken werd naar het totaal beeld van een cliënt. Zo zullen wellicht bij zelfbeeld en emotieregulatie ook doelen van trauma of gedrag terugkomen omdat meestal bij beeldend therapie niet afgebakend aan een probleemgebied gewerkt wordt, maar de cliënt in zijn totaal centraal staat. Dus zoals een therapeut heel treffend zegde "niet symptoombestrijding maar op zoek gaan naar de kern van een probleem!". Zo werd door een activiteit vaak wel gefocust op een doelstelling, maar komen alsnog door de handelingspatronen van iemand meestal (soms meer soms minder aanwezig) de anderen problemen naar voren. Zo hebben bijvoorbeeld mensen met een LVB vaak een laag zelfbeeld, door de faalervaringen die ze hebben opgedaan. Hierdoor durven ze sommige dingen niet meer aan uit angst weer te falen. Dit leidt tot een passieve copingstrategie (Rigter, 2004). Hierbij spelen beide factoren een belangrijke rol en zouden doelen vormen. Hierbij kunnen nog talrijke andere problemen komen die door leerervaringen in het loop van hun leven erbij gekomen zijn. Bij het werken aan de resilience van iemand zou dit betekenen, om op zoek te gaan naar strategieën waarop de cliënt beter om kan gaan met een situatie. Het werken vanuit het ETC is hierbij een houvast om juist achter de voor- of afkeuren te komen (Hinz, 2009) en ondertussen ook aan de resilience te kunnen werken.

Cliënten met een LVB zitten vaak heel vast en vinden het lastig om flexibel te zijn in het denken en handelen. Een therapeut noemt een voorbeeld bij het doel om controle los te laten. Hierbij zou men vanuit het ETC ervan uit kunnen gaan dat een cliënt met name vanuit de cognitief niveau informatie opneemt. Bij de activiteit die de therapeut noemde is het de bedoeling om een cirkel met wasko te tekenen. Wasco is een heel vette krijt waarmee men heel hard en stug kan werken. Daarbij zal de cirkel met ecoline ingevuld moeten worden. Ecoline is een hele vloeibare inkt. Zo zal de ecoline tegen de wascokring aan gaan lopen en op het moment waar er een onderbreking in zit zal de inkt uitlopen. Hierover zal de cliënt geen controle hebben doordat de therapeut de activiteit dusdanig heeft aangeboden dat de cliënt er met bestaande middelen niet omheen kan dat de ecoline uit zal lopen. De

therapeut heeft dus voor vloeibaar, oncontroleerbaar inkt gekozen, dat bij een cliënt met groot controle behoefte frustratie oproept (Hinz, 2009; Pénczes et al., 2014). Toch is een eigenschap van ecoline, dat er door de mooie kleuren bij het in elkaar lopen bijna altijd iets moois uit komt. Door de cliënt tegen het verlies van controle aan te laten lopen maar er vervolgens voor te zorgen dat er een mooi resultaat ontstaat, sluit de therapeut aan bij de cliënt. Cliënten zijn vaak verrast over wat zij zelf hebben gemaakt en wat het over hun manier van doen zegt (Pénczes et al., 2014, p.488). Dus de ervaring dat ondanks het verlies aan controle onverwacht iets moois kan ontstaan heeft voor de cliënt een verrassend maar positief leereffect. Hierbij kan de therapeut samen met de cliënt de analogie trekken dat ook in andere levenssituaties vaak onverwacht wel positieve dingen naar voren kunnen komen indien men soms iets meer controle loslaat. Vanuit de resilience betekent dit dat de cliënt kan leren omgaan met problemen die zich voordoen, bijvoorbeeld ecoline loopt uit. Verder werkt het op het copinggedrag, bijvoorbeeld: Hoe ervaar je dat je controle verliest? Leren met de situatie omgaan. Tot slot heeft ecoline de eigenschap dat er door de hele mooie kleuren bijna altijd een mooi resultaat uitkomt (toevalstechniek). Dit draagt bij tot het zelfbeeld en de egoversterking omdat de cliënt onverwacht een succeservaring heeft en er een beeld wat die zelf heeft gemaakt en waarop die zelf trots kan zijn uit komt. Op die manier zet de therapeut de mediumactiviteit in om de cliënt te laten ervaren dat er wel ook uit onverwachte situaties iets moois kan komen. Zo sluit deze opdracht goed aan bij LVB omdat er vaak sprake is van trauma of faalervaringen, waardoor cliënten geleerd hebben om zoveel mogelijk controle te willen behouden over zichzelf en hun emoties, waardoor ze vaak niet aan hun gevoelswereld toe komen of durven van andere copingstrategieën gebruik te maken. Het beschreven voorbeeld sluit ook aan bij het ETC. Zo zal de bovenstaande activiteit een ervaring geweest zijn richting het Perceptual niveau, omdat de activiteit met name gericht was op het waarnemen en ervoor zorgen dat de cliënt meer in aanraking komt met zijn gevoelswereld (dus controle loslaten). Hierbij wordt duidelijk of iemand dan überhaupt kan waarnemen en of iemand kan zien dat er mooie dingen ontstaan. Zo zal de therapeut steeds aansluiten met een activiteit om de cliënt eerst steeds meer tot het Perceptual / Affective niveau te brengen en dan vervolgens ook naar het Kinesthetic / Sensory level (Hinz, 2009).

Mijn ervaring op stage was, dat indien iemand zo cognitief bezig is het vaak lastig is om zo iets (zelfgemaakts) mooi te vinden. Hierbij kan men als therapeut aansluiten door wel op zoek te gaan naar stukken die wel mooi zijn (zijn het ook maar kleine stukken). In de resultaten komt terug dat, door net buiten de comfortzone van de cliënt een ervaring aan te bieden, de cliënt wordt uitgedaagd en leert die steeds meer op andere niveaus te kunnen komen (Hinz, 2009).

Wijk

Met betrekking op de activiteiten die in de wijk aangeboden zullen worden, zouden er geen beperkingen zijn volgens de therapeuten. Wel zal het materiaal veranderen. Zo als boven al beschreven, zou een therapeut in de wijk met beperkter materiaal uit moeten komen. Zo is het van belang om enerzijds een goede inschatting te kunnen maken van wat eventueel aan zou kunnen sluiten. Anderzijds zal gezien de vaak voorkomende onvoorspelbaarheid van iedere mens ook een keuze van materiaal met verschillende eigenschappen meegenomen moeten worden. Zoals een therapeut aangaf kunnen cliënten soms heel verrassend keuzes maken.

Zoals al genoemd zou dus het werken aan de doelen in de wijk nog directer zijn omdat er meteen het geleerde gekoppeld kan worden met wat er zich in de leefomgeving afspeelt, ook om inzicht te geven. Op stage zag ik zoals in mijn probleemstelling beschreven terug dat cliënten na 8 weken revalidatie soms al best wat successen konden bereiken. Voor veel cliënten was het toch lastig om het geleerde ook te kunnen vertalen naar wat dan thuis het werkelijke probleem was. Bij cliënten met een LVB is dit nog moeilijker omdat ze ook nog cognitief beperkt zijn en er moeite mee hebben om het geleerde te kunnen abstraheren en op andere situaties toe te passen.

Hierin kwam terug dat de meeste therapeuten vinden dat afstemmen en aansluiten nog meer vaardigheden en ervaring vergt van de therapeut. Doordat de behandeling in de wijk niet in hetzelfde gebouw zal plaatsvinden dan in een deeltijdsetting, zal de therapeut allereerst veel zelfstandiger moeten werken. Hiernaast is het belangrijk om er rekening mee te houden dat het systeem in de wijk ook altijd een rol zal spelen. Hier zou de therapeut ook op in moeten kunnen spelen indien nodig.

Veiligheid was ook onder meer een erg belangrijk punt voor de therapeuten om in de wijk te kunnen werken. Hierbij hadden ze het, over veiligheid voor therapeut en cliënt. Allereerst zou het volgens een therapeut heel belangrijk zijn dat er ook voor een achterwacht wordt gezorgd. Dus iemand die in het geval van een noodgeval ingeschakeld kan worden. Dit zal onder meer belangrijk zijn indien de cliënt of iemand vanuit zijn system grensoverschrijdend gedrag vertoont. Verder werd als zeer belangrijk punt genoemd door de meeste therapeuten, dat het werken in een multidisciplinair team verder gewaarborgd moet blijven, om altijd uit te kunnen wisselen. Hierdoor wordt de cliënt vanuit alle

opzichten bekeken en kan door afstemming onder de behandelaars een behandeling gevormd worden die helemaal aansluit bij de cliënt.

Therapeuten suggereerden wel dat echt het doorwerken van problemen niet in het eigen huis van de cliënt moet plaatsvinden. Bijvoorbeeld indien er problemen zijn in het systeem waarin de cliënt woont, of het verwerken van trauma's. Hierbij zou het voor de cliënt beter zijn om uit de thuissituatie gehaald te worden om letterlijk afstand te kunnen nemen. Op het moment waarop problemen die er waren met name veroorzaakt of verergerd worden door hun systeem, was het juist behulpzaam om de cliënt apart te zien omdat de cliënt hierdoor ook beter kon ordenen waar de problemen vandaan kwamen. Bijvoorbeeld indien in de thuissituatie door de hele familie inadequate copingstrategieën gehanteerd worden kon de cliënt door afstand te nemen beter inzien wat er inadequaat aan was. Hiernaast beschreef een therapeut dat het doorwerken van trauma's beter niet bij de cliënt thuis in de eigen woonkamer kan plaatsvinden omdat hierdoor de moeilijke sessie en de emoties die naar boven kwamen geheugentechnisch aan de eigen woonkamer opgeslagen worden. Ook is het volgens deze therapeut waardevol indien de cliënt na zo een sessie nog een tijd in de instelling blijft bijvoorbeeld voor een lunch waardoor hij nog kan bijkomen en nog gezien werd door mensen die dit kunnen opvangen. Ook in mijn stage bleek, dat het altijd goed was om te weten dat na een moeilijke sessie de cliënt nog terecht kon bij verpleegkundigen of ook bij de psycholoog. Dit maakte het makkelijker om een moeilijke situatie toe te laten of een cliënt ook te kunnen laten vertrekken.

De wens gaat uit naar een combinatie van werken in de wijk en werken op een vaste locatie. Ik denk dat het hierbij belangrijk zou zijn om in de gaten te houden dat het traject voor de cliënt duidelijk blijft.

Vertaling naar de wijk van de manier van werken nu riep bij de meeste therapeuten allereerst de vraag op hoe moet dat dan gaan? Therapeuten gaven aan, dat werken in de wijk beperkend voor beeldende therapie zou werken. Het hele materiaal zou meegenomen moeten worden. Gesprekken gingen op dit moment meestal kort iets haperend, het was duidelijk, dat de meeste therapeuten er eerst eens over na gingen denken. Door dieper over het thema beeldend therapeutisch werken in de wijk na te denken, kwamen dan wel snel veel mogelijkheden naar boven hoe het zou kunnen gaan.

Therapeuten kijken nog zeer in hun behandelstructuren die ze nu kennen. Wat helemaal niet aan bod is gekomen, is om meerdere cliënten bij elkaar te zien. Alleen één therapeut merkt op dat men misschien individueel zou kunnen bekijken of men twee cliënten bij elkaar zou kunnen zien. Dit zou ermee te maken kunnen hebben, dat ze nu ook bijna allemaal meestal individueel werken om de cliënt voldoende aandacht te geven. Verder denken therapeuten zeer in de kaders van (F)act. Dit zou ermee te maken kunnen hebben, dat het thema rond het RAAK-project er helemaal op gericht is, waardoor therapeuten ook bij mij met name in die structuren dachten, waardoor ook Community arts helemaal niet naar boven kwam.

4.2 Beantwoording vraagstelling en deelvragen

In dit onderzoek is een antwoord op de vraagstelling naar voren gekomen. De hoofdvraag luidde: "Wat zijn de mogelijkheden om beeldende therapie in de wijk aan te bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek?" Uit de analyse bleek dat er in ieder geval mogelijkheden zijn. Het antwoord is tot stand gekomen door de beantwoording van volgende drie subvragen.

Hoe werken beeldende therapeuten met mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek in de instelling?

Uit bovenstaande resultaten (hoofdstuk 3) en de analyse (hoofdstuk 2) blijkt, dat met name de wisselwerking tussen de drie componenten cliënt, therapeut en medium centraal staat in het beeldend werken. De therapeut maakt hierbij gebruik van de materiaaleigenschappen van het beeldend medium, om hierdoor zowel af te stemmen wat een cliënt nodig heeft om zijn doelen te kunnen behalen als om aan te sluiten door de cliënt een ervaring op te laten doen waardoor die daadwerkelijk zijn doelen zal behalen. Hierbij werd heel sterk naar de individuele mens gekeken die in behandeling komt waardoor juist de kern van een probleem bewerkt werd. Hierbij sluit het werken vanuit het ETC zeer passend aan bij de doelgroep LVB, omdat men zo in kan zien op welk ontwikkelingsniveau iemand informatie verwerkt (Hinz, 2009). De handelingspatronen van iemand werden in het medium zichtbaar, waardoor duidelijk werd op welk niveau een cliënt informatie kan verwerken. Blijft een cliënt heel sterk in een niveau werken zou de therapeut zijn behandeling erop richten om de cliënt juist op de andere gebieden een ervaring op te laten doen. Dit werd door middel van de materiaaleigenschappen bereikt die de therapeut gericht toepast om een bepaalde doelstelling te behalen. Ondertussen vinden leerprocessen plaats, die niet allen betrekking hebben op wat binnen de therapie gebeurt maar verder te trekken zijn naar alle levensgebieden.

Welke mogelijkheden zien beeldende therapeuten om deze werkwijzen te vertalen naar wijkgerichte zorg?

Bij deze vraagstelling kwam als belangrijkste punt bij de meeste therapeuten terug, dat het werken in de wijk wel soms beperkter zou zijn, maar dat het wel mogelijk is en zeker een meerwaarde biedt omdat cliënten gezien kunnen worden die nu om verschillende redenen niet gezien kunnen worden. Verder zal de manier waarop de therapeut werkt niet veel veranderen. Het zou wel belangrijk blijven om af te stemmen en aan te sluiten. Echter zou men hierbij met minder materiaal uit moeten komen en zou het systeem van de cliënt er nog als factor bij komen. Dit vraagt meer flexibiliteit en creativiteit van de therapeut, doordat het werken in de wijk nog directer zou zijn. De cliënt heeft niet enkel maar de ervaring in het medium, maar heeft de ervaring ook meteen in zijn leefwereld, dus kan die ervaring ook hierin makkelijker plaatsnemen. Dus is er minder scheiding tussen wat in de therapie gebeurt en wat thuis gebeurt. Door de therapeuten werd heel duidelijk benadrukt dat werken in de wijk altijd streng op indicatie zou moeten gebeuren. Dit zal ermee te maken hebben dat moeilijke processen die doorlopen worden soms beter buiten het eigen huis kunnen plaatsvinden om letterlijk afstand te creëren. Tot slot valt te zeggen dat een combinatie van werken bij een cliënt thuis of kunnen wisselen naar een wijkgebouw een handige combinatie zou zijn. Hierdoor zou afhankelijk van behandelfase, doelen en cliënt ervoor gekozen kunnen worden om wel of niet bij iemand thuis te werken.

Welke randvoorwaarden zijn belangrijk om beeldende therapie aan te kunnen bieden in de wijk?

Tot slot zijn de belangrijkste randvoorwaarden geïnventariseerd, die nodig zijn om überhaupt in de wijk te kunnen werken. Voor de cliënt zal hierbij de hoogste prioriteit zijn, om een ruimte te hebben waarin de cliënt zich veilig voelt om te werken. Of deze dan bij de cliënt thuis is of in een wijkgebouw of basisschool is hierbij minder van belang. Maar de cliënt moet zich zo veilig voelen dat die in staat is om therapie te kunnen volgen zonder door stresserende factoren afgeleid te zijn (was, systeem, locatie mag niet vies worden). Hiernaast is een belangrijke voorwaarde om in de wijk te kunnen werken, dat de therapeut verder in een multidisciplinair team kan werken. Hierin zou de therapeut gebruik moeten kunnen maken van regelmatige uitwisseling onderling. Ook zou de therapeut een soort van achterwacht achter de rug moeten hebben, om in het geval van grensoverschrijdend gedrag op terug te kunnen grijpen. Verder zou een therapeut meer rekening moeten houden met het systeem waardoor meer kennis over systeemtherapie waardevol zou zijn. Tot slot zijn op het gebied van het medium een aantal aspecten, die in de wijk noodzakelijk zijn. Zo zou men altijd dusdanig materiaal bij zich moeten hebben om op het moment zelf spontaan en flexibel aan te kunnen sluiten. Hiervoor zou een diverse range aan materiaaleigenschappen verzameld moeten worden. Dit zou niet eens veel materiaal moeten zijn op het moment dat wel alle materiaal-eigenschappen afgedekt zijn. Verder kan gebruik gemaakt worden van materialen die al in huis ter beschikking staan (kussens, noedels etc.) Bovendien is het belangrijk om beeldend te kunnen werken, dus ten minste een hoek van een tafel maar in het beste geval een werktafel.

Conclusie

Wat zijn de mogelijkheden om beeldende therapie in de wijk aan te bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek?

Het antwoord vormt zich al vanuit de deelvragen. Kort samengevat is het volgende mogelijk in de wijk. Er is een hoop mogelijk in de wijk volgens de therapeuten. Enerzijds zijn er mogelijkheden om cliënten te bereiken die van tevoren niet zijn bereikt. Ondanks dat het materiaal beperkter is, zullen therapeuten aan bepaalde doelstellingen kunnen werken en zullen zij hun opdrachten niet zo zeer moeten aanpassen. Wel is flexibiliteit van de therapeut gevraagd. Wijkgericht werken draagt ertoe bij dat de therapie directer is en meer aansluit bij de leefwereld van de cliënt. Anderzijds zou een wijkgericht aanbod niet voor iedereen van meerwaarde zijn. Zo zal het indiceren van een wijkgericht aanbod helemaal op maat passend bij de cliënt moeten gebeuren. Dus zoals een therapeut 3 zegde "Werken in de wijk betekend afstemmen op alle lagen."

In de wijk gaan werken zou allereerst ook "learning by doing" zijn dat wil zeggen uitproberen wat wel of niet werkt en hierop reflecteren en aanpassen.

4.3 Aanbevelingen

De gevonden resultaten hebben op mijn onderzoeksvragen een antwoord kunnen geven. Toch zijn bij het analyseren van de data, ook weer vragen en thema's naar boven gekomen, die verder aandacht vragen. Hiervoor zal in dit onderdeel kort toegelicht worden, op welke gebieden aanleiding voor vervolgonderzoek is ontstaan. Bovendien zijn een aantal thema's naar boven gekomen die voor de beroepsontwikkeling en voor de praktijk toekomstig aandacht vragen.

Vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek zou vervolgonderzoek op meerdere gebieden zowel interessant dan waardevol kunnen zijn. Door de beperkte tijd waarbinnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden is geen saturatie in de data-analyse bereikt kunnen worden. Zo zou onderzoek op dezelfde manier met dezelfde vraagstelling met meer therapeuten een zeer waardevolle aanvulling op dit onderzoek zijn. Hierbij zouden interviews gevoerd kunnen worden met beeldende therapeuten vanuit andere instellingen, vrijgevestigde beeldende therapeuten of beeldende therapeuten die binnen een ander kader werken met de doelgroep LVB. Hierdoor zou zowel de manier waarop beeldende therapeuten nu werken met LVB nog meer verdiept kunnen worden, alsook nog meer afgebakend kunnen worden in welk kader beeldende therapie wel of niet moet plaats vinden in de wijk.

Hiernaast zou aanvullend onderzoek op dit onderzoek een belangrijke toevoeging kunnen zijn. Enerzijds zou door middel van focusgroepen een concreter plan ontwikkeld kunnen worden hoe beeldende therapie daadwerkelijk in de wijk er uit zou kunnen zien. Anderzijds zou een actiegericht onderzoek waarbij beeldende therapie in de wijk bij deze doelgroep onderzocht werd een mooie aanvulling zijn. Hieraan zou al het RAAK-project "(Be)leef in de wijk" een belangrijke toevoeging leveren, maar er zou ook expliciet op het gebied van beeldend therapeutisch werken in de wijk extra aandacht besteed moeten worden. Bij beide onderzoeksvormen zou gekeken kunnen worden wat werkelijk mogelijk is, qua doelstellingen in de wijk en of wellicht meerdere cliënten samen gezien kunnen worden. Bovendien zullen de behandel fases nog concreter gemaakt kunnen worden. Verder zou gekeken kunnen worden welke materialen de therapeut dan nodig heeft om beeldend therapeutisch te kunnen werken. Tot slot zou ook ernaar gekeken kunnen worden in welk ruimtelijk kader beeldende therapie in de wijk het beste zou kunnen plaatsvinden (wijkgebouw, huis van cliënt).

Tot slot is ook op het gebied van beeldend werken met LVB in zijn totaal nog veel ruimte om onderzoek te doen.

Beroepsontwikkeling

Beeldend therapeutisch werken vraagt altijd, om de inhoud van dit vak te kunnen uitleggen aan collega's, cliënten en buitenstaande. In de resultaten kwam terug dat dit nog belangrijker werd in het werken in de wijk. Dus af te kunnen bakenen en duidelijk te kunnen maken wat de werkingsgebieden van beeldende therapie zijn en duidelijk te kunnen maken waarvoor beeldende therapie geïndiceerd is. Dit is enerzijds belangrijk voor de cliënt, om duidelijkheid te brengen in de wederzijdse verwachtingen. Anderzijds is het van groot belang om tegenover de zorgverzekeraars en instellingen beeldende therapie en zijn meerwaarde inzichtelijk te maken. Hierbij zou ook vanuit de opleiding toekomstig nog meer aandacht geschonken kunnen worden aan bijvoorbeeld promotion uren of in colleges of trainingen rond het promoten en beschrijven van het vak.

Zo zou ook meer aandacht geschonken moeten worden aan het schrijven van producten. Dit zou zowel in de opleiding nog meer naar boven moeten komen, net zoals therapeuten, die hier hun aandacht aan moeten schenken. In de opleiding zou dit ondermeer ook bijdragen tot het concretiseren van het vak, en aan het leren methodisch te handelen te verduidelijken. Uitgeschreven producten werden door de therapeuten wel ook kritisch bekeken, doordat beeldend werken natuurlijk altijd gericht is op de individuele cliënt en hierbij flexibel aan te sluiten met materiaal. Alsnog werd dit ook als handige kapstok in het achterhoofd gezien en leveren uitgeschreven producten ook een bijdrage aan EBP voor dit beroep. Het zal ertoe bijdragen dat het beroep transparanter wordt en inzichtelijker voor managers en andere disciplines.

Praktijk:

Voor instellingen/managers is belangrijk om met name ook de behoefte van de cliënt in oog te houden zodat therapie op alle gebieden vooral een bijdrage moet leveren aan de levenskwaliteit van de cliënt. Zo zal de oorspronkelijke gedachte van het werken in de wijk niet vergeten moeten worden. Deze was om er met name voor te zorgen dat de cliënt zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan functioneren. Dus komt hier de noodzaak van het leren om zichzelf te kunnen redden in moeilijke situaties weer terug. Indien de cliënt op het gebied van resilience (Protzky, 2008) vaardigheden leert om tijdens stresserende en moeilijke levensfasen op zijn eigen positieve vaardigheden te kunnen vertrouwen zouden cliënten ook minder in crisisopvang terecht hoeven te komen. Hierdoor zou de cliënt ervan gespaard blijven om weer een faalervaring op te doen, door weer in een kliniek te moeten blijven omdat hij het weer niet zelf gered heeft. Anderzijds zou dit ook bijdragen aan het besparen van kosten voor de verzekeraars wat juist ook een belangrijk doel was van het idee van wijkgericht werken! Dit zou belangrijk zijn om in ieder geval in het oog te behouden omdat naar mijn mening (en zeker gezien de bezuinigingen kort voor het afnemen van mijn interviews) de verzekeraars en instellingen op dit moment nog veel te veel kijken naar tijd, personeel en kostenbezuiniging, in plaats van wat de cliënt werkelijk nodig heeft om beter te kunnen worden.

4.4. Sterkten en tekortkomingen in het onderzoek.

De grootste sterkte van dit onderzoek is dat dit project enerzijds erg relevant is. Anderzijds sluit dit onderzoek aan bij de behoefte aan meer EBP voor de beroepspraktijk. Dit onderzoek is relevant voor de praktijk, omdat ook tijdens de interviews onderliggend een rol spelde, dat er een wisseling in de zorg plaatsvindt op dit moment. Hiervoor is het voor de beeldende therapeuten van het grootste belang om mogelijkheden te verkennen om mee te kunnen blijven doen aan de actuele ontwikkelingen. Dit werd letterlijk tijdens de uitvoering van de interviews duidelijk, omdat in het kader van reorganisatie in de instellingen van de respondenten veel vaktherapeuten, waaronder ook beeldende therapeuten, onverwacht ontslaan zijn. Dit had er zeker toe bijgedragen, dat therapeuten er grote belangstelling aan hechten om mee te kunnen draaien in de nieuwe ontwikkelingen van de zorg. Dit is een sterkte van dit onderzoek omdat therapeuten aangaven grote belangstelling te hebben om meer vakliteratuur te creëren met het doel om hun methodisch handelen en de meerwaarde van beeldende therapie voor de doelgroep te bewijzen. Zo heeft dit onderzoek bijdrage aan evidence based practice voor beeldende therapie in relatie tot LVB, en het beeldend therapeutisch werken in de wijk met de doelgroep LVB. Bovendien is een sterktepunt van dit onderzoek dat de doelstelling van dit onderzoek is bereikt. Er is een antwoord zowel op de subvragen, dan op de hoofdvraag gevonden. Ook heb ik ook persoonlijk mijn methodisch handelen kunnen verdiepen en heb ik mijn kennis kunnen verbreden door het verdiepen in een voor mij nieuwe doelgroep. Ten slotte heb ik mijn onderzoeksvaardigheden kunnen verbreden en verdiepen.

Een sterkte van dit onderzoek is dat het analyseren van dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een cyclisch proces van reflecteren en analyseren. Zo zijn gemaakte keuzes en ook de resultaten tijdens het axiaal coderen steeds geanalyseerd en gereflecteerd. Hiervoor is veel tijd en aandacht besteed in dit onderzoek waardoor dit een grote sterkte is.

Bovendien is er veel aandacht aan besteed dat de dataverzameling zo professioneel mogelijk kon plaatsvinden. Dit is ook een sterkte van dit onderzoek. Hiervoor heb ik van tevoren een cursus over interviews afnemen en over data-analysetechnieken vanuit de opleiding gevolgd en een door KenVak aangeboden cursus in het kader van het RAAK-project. Bovendien heeft ook de literatuurstudie een belangrijke bijdrage geleverd aan het vormen van professionele en doelgerichte interviewvragen. Daarbij werd er een proefinterview met klasgenoten uitgevoerd om een gevoel te krijgen voor het afnemen van interviews. Tevens is gebruik gemaakt van de techniek memberchecking in dit onderzoek. Dit is een sterkte van dit onderzoek, omdat therapeuten hierdoor de gelegenheid hebben gekregen om inzage in de resultaten te verkrijgen en aanvulling of tegenspraak in te dienen. Hiervoor hebben therapeuten de in de Bijlage 2 terug te vinden tabel met hun persoonlijk resultaten toegestuurd gekregen.

Een groot sterkte van dit onderzoek is dat zowel deze doelgroep voor mij ook volledig nieuw was als ook het thema werken in de wijk. Zo stond ik er helemaal neutraal in en was niet gekleurd door een mening of door een wens naar een bepaald resultaat. Hierdoor kon ik zowel in de interviews dan in de analyse open naar de informatie kijken.

Bovendien werd er geprobeerd om binnen dit onderzoek een zo hoog mogelijke diversiteit aan respondenten te verkrijgen. Dit aspect is deels een zwakte, deels een sterkte van dit onderzoek. Doordat er niet zo veel beeldende therapeuten met de doelgroep LVB werken dan bijvoorbeeld met depressie of persoonlijkheidsproblemen, was het aantal therapeuten al redelijk beperkt. Hierdoor zijn vier van vijf therapeuten uit dezelfde grote instelling. Dit is een minpunt van dit onderzoek. Echter werken deze vier therapeuten niet op dezelfde locatie, en handelen hierdoor alsnog onafhankelijk van elkaar. Ook is erop gelet dat de therapeuten zijn afgestudeerd op verschillende hogescholen, waardoor de input die ze vanuit de opleiding hebben meegekregen verschilt. Verder hebben ze verschillend lange werkervaring met de doelgroep. Daarnaast hebben de therapeuten verschillende extra opleidingen doorlopen of training gevolgd in verschillende methodes of stromingen. Bovendien werkt een therapeut al in de wijk met kinderen en de vijfde therapeut in een penitentiair psychiatrisch centrum. Zo is geprobeerd in de gegeven mogelijkheden de hoogst mogelijke diversiteit te bereiken. Dit is als sterkte te zien. Verder is er een sterkte aan, dat de meeste therapeuten vanuit een deeltijd setting komen, dus al veel dichter bij de leefomgeving van de cliënt werken dan bijvoorbeeld een klinische setting, waardoor ze waardevolle inbreng konden leveren over welke mogelijkheden en succesfactoren er zijn om beeldende therapie in de wijk aan te bieden.

Verder is een sterkte, dat dit onderzoek een deelonderzoek uit het RAAK-project is. Hierdoor kon ik gebruik maken van de expertise en ideeën van de onderzoekers van het RAAK-project. Bovendien heb ik hierdoor ook contact kunnen leggen met een aantal respondenten. Verder heeft ook de

bekendheid en belangstelling van RAAK-projecten ervoor gezorgd dat mijn onderzoek ook zeer professioneel behandeld werd door de therapeuten, die dan ook heel graag een bijdrage wilden leveren.

Een tekortkoming in dit onderzoek is vanwege het tijdsgebrek ontstaan. Het oorspronkelijke doel van axiaal coderen, is om zo lang resultaten op te nemen tot er geen nieuwe codes meer naar boven komen. Dit was in dit onderzoek niet mogelijk, omdat dit een afstudeerproject is dat op een bepaalde tijd afgerond moet zijn. Echter is dit een aanleiding voor vervolgonderzoek, om dit onderzoek uit te breiden tot dat wel de punt van saturatie bereikt is.

4.5 Bijdrage van dit onderzoek aan mijn methodisch handelen.

In dit onderzoek heb ik zoals boven al genoemd, ook mijn methodisch handelen op meerdere gebieden kunnen verdiepen en verbreden. In mijn derdejaarsstage, heb ik vooral gewerkt met cliënten met psychosomatische klachten, waarin rouwverwerking, acceptatie, emotiehantering, zelfbeeld en coping de belangrijkste behandeldoelen vormden. Daarbij was het voor mij altijd belangrijk om de positieve eigenschappen en vaardigheden van de cliënten te ondersteunen en te benadrukken, dus uit te gaan van de mogelijkheden die iemand zelf heeft. Voorafgaande aan dit onderzoek was de doelgroep LVB voor mij onbekend. Zo had ik mij niet kunnen voorstellen dat er veel raakvlakken zijn tussen de doelgroep die ik op stage gezien heb en de doelgroep LVB. Het literatuuronderzoek in begin van dit onderzoek heeft mij echter al laten vermoeden dat er toch een aantal raakvlakken zouden zijn en dat is uiteindelijk in dit onderzoek ook gebleken.

Het zwaartepunt van de behandeling van LVB ligt soms net iets anders dan bij de chronische cliënten. Zo zal bij LVB ook wel met emoties en gedrag gewerkt worden, maar is het hier niet ter acceptatie van de situatie of een ziekte, maar meer in relatie tot trauma ervaringen. Gedrag is minder gericht op lichamelijke grenzen maar meer op probleem oplossen. De manier waarop een therapeut werkt, verandert niet. Met name het afstemmen en aansluiten bij de cliënt met het materiaal zoals in de analyse beschreven zijn essentieel.

Een duidelijk voorbeeld hiervan blijkt uit de verklaring van de resultaten, namelijk de kolomopdracht. Op stage van deze opdracht aansluitend bij de problemen die cliënten toen hadden en het beperkte tijds kader van de revalidatie. De opdracht was gericht op het coping gedrag in het zelf vorm moeten geven aan iets en of iemand kan reflecteren op wat die gedaan heeft. Wel heel laagdrempelig. Er werd dus gevraagd om uit te gaan van een middenpunt. Van hieruit mag de cliënt vormen spiegelen. Van boven naar beneden van rechts naar links. Zo zal een figuur opgebouwd worden die de cliënt bovendien nog in mocht kleuren met kleurpotloden.

Dus heb ik de opdracht met name gebruikt om te toetsen hoe functioneert iemand op cognitief niveau en is iemand in staat op zijn eigen handelen te reflecteren. Dit had vervolgens ermee te maken, dat cliënten met een chronische aandoening het reflecteren op het eigen gedrag vaak lastig vonden en vaak weinig inzicht hadden in hun eigen handelen. Vaak was te zien doordat ze faalervaringen rond het eigen lichaam op hebben gedaan, dat ze hun voorkeur hadden op het verwerken vanuit het cognitief/symbolisch niveau (Hinz, 2009).

Bij LVB is de opdracht dusdanig ongestructureerd, dat die meer op het kinesthetisch en perceptueel niveau aansluit. Zo is de opdracht dusdanig voorgestructureerd, dat de cliënten in een ingetekende vorm, met vier verschillende materialen konden experimenteren, wat meer aansluit bij de beweging en waarnemend vermogen (Hinz, 2009). Dit sluit meer aan bij LVB, omdat cliënten met een LVB vaak cognitief beperkt zijn waardoor juist de cognitieve level voor hun vaak moeilijker is.

Hierdoor werd duidelijk, dat ik als beeldend therapeut mijn opdrachten dusdanig om moet kunnen structureren en moet weten welk materiaal erbij past, dat het materiaal afgestemd werd op de behoefte, eigenschappen en wensen van de cliënt.

Wat bij de hele behandeling dus steeds belangrijk is, is dat bij iedere cliënt die binnen komt, de mens in de voorgrond moet staan en niet de ziekte. Zo zijn het veelmeer de klachten, problemen en de manier waarop iemand ermee omgaat, die iemands leven bemoeilijken en tot problemen leiden. Hierbij maakt het dus niet zo een groot verschil of diegene die ik zie een LVB, depressie, een chronische aandoening of een borderline problematiek heeft. Het zijn dus de individuele eigenschappen en problemen waar iemand tegen aanloopt, die iedere cliënt uniek maken en altijd juist om net een andere instap vragen. Hierbij is mij in dit onderzoek nog eens heel erg duidelijk geworden, dat hierbij de vaardigheden van mij als beeldend therapeut uitmaken of de therapie aansluit of niet. Zo is bij iedere cliënt belangrijk om heel erg goed te observeren wat er aan de hand is en met name op zoek te gaan naar de kern van de problemen van de patiënt. Aan de hand van de cliënteigenschappen en doelen van de cliënt is het dan belangrijk om als beeldend therapeut aan te sluiten bij de cliënt. Waarbij aansluiten niet als meegaan beschouwd moet worden, maar veelmeer als

de cliënt de weg wijzen waar die naar toe moet. Vooral ligt de kracht van beeldende therapie erin, dat ik als beeldend therapeut expert ben over alle materialen die er ter beschikking staan, en helemaal precies weet welk effect welk materiaal op iemand kan hebben en hoe bepaald effecten bereikt kunnen worden door de inzet van materiaal. Hiernaast is de essentie om altijd ook goed in beeld te houden wat er op het moment gebeurt en welke bijdrage dit heeft aan het moment zelf, de sessie, het hele proces en de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt. Zo is dus een flexibele houding een essentiële kwaliteit van beeldende therapeuten.

Ook de uitkomsten over het wijkgerichte werken hebben invloed op mijn toekomstig methodisch handelen als beeldend therapeut. Ik heb hierover mijn eigen beeld kunnen vormen en voor mijzelf hierin ook een nieuw werkgebied kunnen ontdekken. Zoals beschreven zijn op dit moment een aantal dynamieken in de zorg en in de instellingen gaande, waardoor veel bezuinigingen plaatsvinden en het des te belangrijker is als beeldend therapeut ondernemend te zijn en zich te positioneren. Dit heb ik zelf kunnen zien tijdens dit onderzoek, omdat zo als al beschreven in de instellingen waarop dit onderzoek plaats vond, die tijd veel beeldend therapeuten zijn ontslaan. Doordat de zorg in Nederland zo als beschreven ontwikkeld naar een participatie samenleving, werd toekomstig veel meer zorg in de wijken van de cliënten plaatsvinden. Om als beeldend therapeut bij de actueel ontwikkelingen aan te sluiten, is het voor mij als beeldend therapeut belangrijk om mijzelf te kunnen positioneren in een wijkgericht zorgaanbod. Dit onderzoek heeft opgeleverd dat er mogelijkheden zijn om beeldende therapie aan te bieden in de wijk. Hierdoor heeft het werken in de wijk mij ook nog meer bemoedigd om buiten de kaders te gaan denken waarmee ik deze opleiding gestart ben. Zo biedt het werken in de wijk ook kansen om als beeldend therapeut werk te vinden zowel als vrijgevestigde therapeut dan als therapeut vanuit een instelling, omdat zo als uitgekomen uit dit onderzoek het ervaringsgerichte karakter van beeldende therapie een waardevolle aanvulling biedt aan het tot nu toe overwegend verbaal aanbod in de wijk. Het beeldend werken in de wijk is wellicht nog steeds pionieren, toch zijn voor mij ook een aantal dingen duidelijk geworden. Het medium beeldend sluit in de wijk juist heel goed aan, doordat de cliënten het geleerde veel directer toe kunnen passen. Handelingen worden in het medium zichtbaar en bewerkbaar, bovendien is de analogie naar de thuissituatie direct aantoonbaar. Juist door beeldende therapie kan geoefend worden met nieuw gedrag. Beeldend werken in de wijk zou cliënten helpen om hun zelfredzaamheid op lange zicht te verbeteren, waardoor werken in de wijk juist een bijdrage levert aan de resilience (Protzky, 2008) van een cliënt. Dit zal tot kostenbesparing leiden omdat een duurzaam kliniekopname niet (zo vaak) meer nodig is. Met name cliënten die het moeilijk vinden om het geleerde toe te passen hebben door het krijgen van beeldende therapie dus de mogelijkheid, om te leren langer in hun eigen omgeving te blijven zonder weer de faalervaring in een crisisopvang terecht te komen, op te hoeven doen. Zo als boven beschreven zal ook in het werken in de wijk mijn methodische basis niet veel veranderen. Om in de wijk te kunnen werken is voor mij nog eens het belang duidelijk geworden, om mijn vakgebied goed te kunnen definiëren, omdat juist dit van belang is indien het om het werken in de wijk gaat. Dus heel erg goed kunnen rapporteren wat men doet en waarom en dit door behulp van literatuur Evidence based te maken. Dit werd ook door de therapeuten als heel belangrijk beschouwd, omdat men zo kan aantonen dat juist beeldende therapie een bijdrage heeft aan de kostenbesparende aspect die ik net noemde.

Bovendien vraagt het wijkwerken nog meer flexibiliteit in het denken en handelen zoals ook nog meer probleemoplossend vermogen. In de wijk is het belangrijk om als beeldend therapeut alsnog een sortiment aan beeldend materialen erbij te hebben. Hierbij zou het belangrijk zijn om het materiaal altijd bij de hand te kunnen hebben. Men zal er van tevoren juist voor moeten zorgen dat men altijd een soort koffer mee naar de cliënt toe kan nemen waarin materialen zijn. Deze zullen van vloeibaar tot weerbarstig en van 2D tot 3D variaties tot inhoud moeten hebben. Het belangrijkste hierbij als beeldend therapeut voor mij zou zijn heel goed af te stemmen wat zich voordoet en hierop flexibel in te spelen, (net als ook al in een instelling) alleen wordt het in de wijk nog noodzakelijker, omdat men wel heel zelfstandig te werk zal moeten gaan, omdat het team niet in de kamer ernaast zit. Uiteindelijk zal het werken in de wijk niet alleen voor LVB een meerwaarde kunnen hebben. Ook voor talrijke andere doelgroepen kan de wijkaanpak en het bevorderen van de resilience een bijdrage leveren, dat er toekomstig minder crisisopvang nodig zal zijn. Hierdoor zie ik voor mijzelf en andere beeldend therapeuten nog veel kansen om het nieuwe werkveld "Werken in de wijk" te verkennen.

Tot slot heb ik mij ook kunnen ontwikkelen in mijn vaardigheden als onderzoeker. Ik heb ervaringen opgedaan in het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Hierbij heb ik als persoonlijk punt weer terug zien komen dat het blijven reflecteren op alle gebieden het meest belangrijke is als therapeut. Bovendien was het zeer interessant werk om te verrichten. Om helemaal open op zoek te gaan naar data en verkregen data te analyseren heb ik mij verder ontwikkeld als onderzoeker (en er plezier aan gevonden).

Hoofdstuk 5 Samenvatting

Begin van dit jaar, zijn door de opleiding een aantal onderwerpen aangereikt om onderzoek naar te doen. Mijn keuze hierbij viel op het thema werken in de wijk met de doelgroep LVB. Ik vond dit een interessant thema, vanwege de actuele relevantie van het thema werken in de wijk. Hiernaast leek het mij een interessante uitdaging om mijn kennis te verbreden door het verdiepen in een nieuwe doelgroep. In de literatuurstudie werd bovendien duidelijk, dat er in der daad aanleiding was om te vermoeden dat een beeldend therapeutisch aanbod in de wijk heel goed aan zou kunnen sluiten bij LVB. Echter was omdat het thema zo nieuw was bijna geen directe literatuur te vinden. Ook was heel weinig te vinden over de manier waarop beeldende therapie nu werd aangeboden bij de doelgroep LVB wat onderzoek op dit gebied zeer relevant maakte. Zo is de onderzoeksvraag met haar drie subvragen ontstaan:

Wat zijn de mogelijkheden om beeldende therapie in de wijk aan te bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek?

- Hoe werken beeldende therapeuten met mensen met een licht verstandelijke beperking met bijkomende gedragsproblematiek in de instelling?
- Welke mogelijkheden zien beeldende therapeuten om deze werkwijzen te vertalen naar wijk-gerichte zorg?
- Welke randvoorwaarden zijn belangrijk om beeldende therapie aan te kunnen bieden in de wijk?

Het doel van dit onderzoek was om een inventarisatie te doen van de mogelijkheden over een beeldend therapeutisch aanbod in de wijk voor cliënten met een LVB, bovendien om kennis te verzamelen over de manier waarop beeldend therapeuten nu werken met de doelgroep LVB.

Omdat de onderzoeksvraag beschrijvend van aard is en het onderzoekstype inventariserend, is er gekozen voor een kwalitatieve survey. In het kader van de kwalitatieve survey zijn vijf beeldende therapeuten geïnterviewd door middel van mondeling interview. Omdat doel van dit onderzoek was om juist verschillende meningen, ervaringen en kennis te verzamelen, zijn mogelijk verschillende respondenten uitgekozen om deel te nemen aan dit onderzoek. Hierbij is een selectie gemaakt, bijvoorbeeld betreffende de werkervaring, de setting en de opleiding. Tijdens de interviews is geprobeerd om de respondenten zo vrij mogelijk te laten vertellen zonder het onderzoek door eigen mening te kleuren. De interviews zijn met behulp van audio opname vastgehouden en later getranscribeerd. Met behulp van deze transcripten zijn de interviews geanalyseerd door middel van open en axiaal coderen. Hierbij zijn eerst een aantal codes uitgerold, waaruit vervolgens categorieën zijn ontstaan. Tijdens het afnemen van de data is rekening gehouden met de kwaliteitscriteria van trustworthiness.

In de resultaten is een grote variatie aan thema's naar boven gekomen. Deze hadden betrekking op de huidige manier van werken van de beeldende therapeuten en hun ideeën over het werken binnen een wijkgerichte context. In de kernpunten stond hierbij centraal dat met name het afstemmen en aansluiten van de therapeut centraal staat. Zo is uiteindelijk uit dit onderzoek duidelijk geworden, dat er een aantal mogelijkheden zijn om beeldende therapie aan te bieden in een wijkgerichte context. De manier van werken zou hierbij niet zo zeer veranderen. Alleen de context en de beschikbare materialen veranderen en de therapeut moet hierop flexibel in kunnen spelen. Verder zou werken in de wijk zeker een grote meerwaarde hebben voor cliënten met een LVB, omdat ze het geleerde zo makkelijker kunnen vertalen naar de problemen in hun dagelijkse leven. Ze hebben juist baat bij het ervaringsgerichte karakter van beeldende therapie, het beeldend product, de therapeutische relatie, de meerwaarde van beeldende therapie bij de observatie en beeldend therapeutisch werken aan behandeldoelen. Waarbij juist bij het laatste punt belangrijk is dat beeldende therapie op indicatie in de wijk plaatsvindt, omdat het doorwerken van bijvoorbeeld trauma's zich niet leent om bij een cliënt thuis te doen. Hiervoor zal een combinatie van werken bij de cliënt thuis en werken in een deeltijd setting of wijkgebouw in aanmerking komen. Hoewel de vraagstelling van dit onderzoek beantwoord is, is er aanleiding voor aanvullend onderzoek op dit gebied, om de mogelijkheden die er zijn nog te verdiepen of zelfs in een actiegericht onderzoek zelf toe te passen.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. (3e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uigevers.
- Baarda, D. D., de Goede, D. M., & van der Meer-Middelburg, D. A. (2007). *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baeten, N. (2007). *BEELDENDE THERAPIE. In de praktijk van de forensische psychiatrie*. Amsterdam: Spinhex & Industrie.
- Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen: Creatieve werkvormen en methodieken*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Claes, L., Declercq, K., De Neve, L., Jonckheere, B., Marrecau, J., Morisse, F. & Ronsse, E. et al. (red.). (2012). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen/ Apeldoorn: Garant.
- Didden, R. (red.). (2006). *In perspectief: Gedragsprobleem, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- F-ACT Nederland. (n.d.). Wat is F-ACT Opgevraagd op 27. Mei 2015, van <http://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>
- Fliegel, L. S. (2000). An unfound door: Reconceptualizing art therapy as a community-linked treatment. *American journal of art therapy*, 38(3), 81-89.
- Haeyen, S. (2007). *NIET UITLEVEN MAAR BELEVEN. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Antwerpen: Apeldoorn.
- Hinz, L. D. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A Framework for Using Art in Therapy*. New York en London: Routledge.
- Jansen, H. (2010). *The Logic of Qualitative Survey Research and its Position in the Field of Social Research Methods*. Opgehaald van Vol 11, No. 2, Art. 11 – May 2010 : <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1450/2946>
- Jong, A. de, Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2003). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen: Elsevier.
- Kagin, S. L., & Lusebrink, V. (1978). The expressive therapies continuum. *Art Psychotherapy*, 5, p. 171-180.
- Knittel, G. (2013). *Met oog op beeldend therapeutisch observatie. Diagnostiek bij de complexe problematiek van een sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapte cliënt*. Heerlen: Faculteit Gezondheid en Zorg, Zuyd Hogeschool.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4(1), p. 23-28.
- Nagel, J. van der, Kiewik, M., & Didden, R. (2013). *‘Iedereen gebruikt toch?’ Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom.
- Neijmeijer, L., Verwoerd, J., Has, O., Eskes, D., & Didden, R. (2014). Forensische (F)ACT voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *NTZ: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, (4), 323-339.
- Pénzes, I., van Hooren, S., Dokter, D., Smeijsters, H., & Hutschemaekers, G. (2014). Material interaction in art therapy assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 41, pp. 484-492.
- Protzky, M. (2008). *RS-nl. Resilience Scales - Nederlandse versie*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Rigter, J. (2004). *Psychologie voor de praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rosmalen, J. (2000). *Het woord aan de verbeelding. Spel en kunstzinnige middelen in het sociaal*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schoot, T., Broek, E. van den, Daemen, P., Keulen, I. van; Jansen, N., Willemars, G., Hooren, S. van (2013). *Vaktherapie in het jongerenwerk RAAK(T). Onderzoeksverslag Generiek*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.
- Schweizer, C. (red.). (2001). *In Beeld, Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend*

therapeuten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Schweizer, C., de Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (red.). (2009).

Handboek beeldende therapie. Uit de verf. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. (derde herziene dr.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Vilans / Kennisplein Chronische Zorg. (2015). Wijkgerichte Zorg. Opgevraagd op 27. Mei 2015, van <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijnn/wijkgerichte-zorg-thema-introductie.html>

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effective Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Bijlage

Bijlage 1 Zoekgeschiedenis

PICO- vraag

P	populatie	Licht verstandelijk beperkte (LVB)
I	indicatie	Beeldende Therapie
C	controlegroep	
O	out view	wijkgericht zorg

Hoe werken beeldend therapeuten met mensen met een licht verstandelijke beperking in de wijk?

P: licht verstandelijke beperking, licht verstandelijk beperkt, licht verstandelijk beperkte, licht verstandelijk handicap, lichtverstandelijk gehandicapt,

I: beeldend therapeut, beeldend therapeuten, vaktherapeuten, vak therapeut, creatief therapeut, creatieve therapeuten, beeldende therapie, vaktherapie, creatieve therapie

O: wijk, beeldende therapie in de wijk, alle boven genoemden begrippen van beeldende therapie gecombineerd met "in de wijk", wijk gericht therapie, wijk gericht zorg, community art, community arts

Wie arbeiten Kunsttherapeuten mit Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung in dessen Umfeld?

P: leicht geistig behindert, leichte geistige Behinderung, geistige Behinderung, geistige Behinderungen

I: Kunsttherapie, Gestalttherapie, Ergotherapie

O: Kunsttherapie Project, Kunsttherapie in der Umgebung, Kunsttherapie in der Gemeinde, Gemeindeproject,

How doe art therapists work with people with a mild mental retardation in their community?

P: mild mental retardation, mental retardation, borderline mental retardation, mild learning disability, borderline learning disability,

I : art therapy, arts therapy, art therapists, art

O: community, community art, community arts

Deze termen zijn onderling gecombineerd worden door gebruik van geavanceerd zoeken. Verder heb ik gebruik gemaakt van deze termen met de functie "AND" te combineren. Aan elkaar samen hangen de termen heb ik en aanhalingstekens gezet.

Voorbeeld van pubmed:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#20	Add	Search (((("Art Therapy"[Mesh]) OR "art therapy") AND (((("Mild mental retardation") OR "Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Borderline mental retardation"))	20	07:58:56
#19	Add	Search ("Art Therapy"[Mesh]) OR "art therapy"	1385	07:58:31
#18	Add	Search "Art Therapy"[Mesh]	1110	07:57:18
#16	Add	Search "art therapy"	1385	07:56:51
#15	Add	Search (((("Mild mental retardation") OR "Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Borderline mental retardation"	81204	07:56:09
#14	Add	Search "Borderline mental retardation"	52	07:54:57
#13	Add	Search "Intellectual Disability"[Mesh]	80796	07:53:16
#9	Add	Search "Mild mental retardation"	998	07:48:34
#8	Add	Search "learning dissability" Schema: all	0	07:48:08
#7	Add	Search "learning dissability"	0	07:48:08
#6	Add	Search "Mild learning dissability" Schema: all	0	07:47:51
#5	Add	Search "Mild learning dissability"	0	07:47:51
#4	Add	Search (((("Mild learning dissability") AND "art therapy") OR "art therapies"	95	07:46:36
#3	Add	Search (((("Mild learning dissability") AND "art therapy") OR "art therapies"	97	07:44:49
#2	Add	Search (mild learning dissability) AND art therapy	1	07:42:20
#1	Add	Search (Mild learning dissability) AND art therapy	5	07:42:20

Figuur 7: Pubmed zoekgeschiedenis

Bijlage 2 Overzicht resultaten per therapeut

Huidige manier van werken

Cliënt	Therapeut	Medium
T Specifieke aspecten doelgroep 1 <u>Randinformatie</u> • Tripel problematiek - LVB, moeilijk verstaanbaar gedrag en een gedragsstoornis element (psychopathologie) = SGLVG • Vaak ook bijkomende problemen (verslaving, justitie) • Vaak al veel therapie gehad met weinig succeservaring • Leeftijd: gemiddeld tussen 20 en 40 • Setting: ambulant /deeltijd (act) • Step up /step down model - Van heel weinig naar steeds uitgebreidere en gecompliceerdere zorg (step up) - Van heel veel naar steeds minder gecompliceerdere zorg (step down) <u>Indicatiegebieden</u> • Het kan vaak erg helpend zijn voor de cliënt om beeldend op locatie te krijgen en dan vervolgens de vertaalslag naar thuis te maken - Nauwe afstemming hierover met de collega's die wel thuis met hun werken - Soms brengt omgeving veel onrust met zich mee waardoor het helpt om ergens anders naar toe te gaan voor behandeling • Leren uiten en reguleren van gevoel - Bewustwording van emoties	Afstemmen <u>Contact leggen</u> • Vertrouwen opbouwen - Cliënten hiermee winnen om naar de behandeling te komen en wederkerigheid in het contact te creëren. <u>Observatie</u> • Kijken hoe ze de wereld om zich heen zien en ordenen • Contact-name met en in het beeldend werk - Hoe gaan ze in contact met materiaal, opdracht en therapeut • *Is iemand in staat om het materiaal te hanteren binnen kleine ruimtes? • *Hoe is de motoriek? • *Neemt iemand ruimte in? • *Werkt iemand van buiten naar binnen? Van binnen naar buiten? • *Varieert iemand in kleur? Herhaald die bijvoorbeeld • *Zoekt die structuur op, op het moment dat je met verschillende materialen maar dezelfde kleuren werkt? • *Werkt iemand congruent in de tekening verder? • Durft iemand te volgen / te leiden en hoe doet iemand dat dan? • Is iemand in staat om verbindingen te leggen? (constructief/ruimtelijk te denken of denkt iemand in het platte vlak) • Gebruikt iemand fantasie? Aansluiten • Belangrijk om zelf veel kennis te hebben van het materiaal om met het materiaal (en zijn eigenschappen) aan te kunnen sluiten - Weten hoe je iets aan moet bieden om iemand de ervaring te kunnen laten maken en het doel te kunnen bereiken Methode • <i>Houding</i> - Oordeelvrij en open - Directief (bepalend zijn in de dingen die gebeuren/ in keuzes)	Resultaat <u>Beeldend proces</u> • Individueel of groep maar meestal individueel • Meestal 2D werken - 3D veel lawaai -> tot nu toe steeds op locaties waar dit stoorde - 3D vraagt meer technische vaardigheden van de cliënt wat ze vaak niet goed kunnen - klei en steen bewerking wordt wel gedaan.! maar stap voor 3d is voor een aantal cliënten lastig om dat je hiervoor driedimensionaal en ruimtelijk moet kunnen denken. Dat is voor een aantal minder makkelijk en dus een hogere drempel. soms heel bewust in te zetten maar dan wel met indicatie. • Soms met systeem indien de cliënt dit nodig heeft om te kunnen komen - Men staat ervoor open binnen de instelling maar het gebeurt heel weinig <i>Werkvormen ten behoeve van (t.b.v) observatie</i> • Concreet voorbeeld observatieopdracht - kolom opdracht*: spiegelen van boven naar beneden, van rechts naar links - voorgestructureerd door grof patroon in tekenen=> omdat het lastig is om zelf structuur aan te brengen [doelgroepspecifiek] en om in observatie te kunnen focussen op materiaal hantering [aansluiten] Opdracht waarbij vier verschillende materialen worden gebruikt binnen de voorgetekende mandala/kolom. In de vorm dus zeer gestructureerd en weinig eigen. Met name

- Gevoel van controle erover
- Helpen begrijpen
- Geeft opluchting
- Helpt er makkelijker over te kunnen praten
- Ordenen en structureren
- Zichzelf makkelijker begrijpen
- Handvatten geven om op een andere manier te handelen en ergens mee om te gaan

Behandeldoelen

- Emotie regulatie
- Zelfbeeld
- Gedragsverandering

helpen/sturen wanneer nodig)

- *Werken vanuit verschillende theoretische modellen (niet in de schone leer maar wel theoretische kaders)*
- Cognitief gedragstherapeutisch -> Samenspel van, vanuit de gedrag naar de cognitie, vanuit cognitie naar ander gedrag
- Schemagericht
- Dialectisch gedragstherapeutisch
- RE-parenting (afstand/nabijheid hanteren. Pedagogisch laag)
- Belevingsgericht
- Mentaliseren
- Alles besprekbaar kunnen maken op een neutrale manier

focus op materiaal hantering en appel op gevoelens, gedrag, gedachten.

- toren van klei: bouw een zo hoog mogelijke toren met een bepaalde hoeveelheid klei
- observatie gericht op coping
- Is iemand in staat om ruimtelijk te kunnen ordenen, denken, vorm geven. Aandacht op materiaal hantering.

Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling

- Concreet voorbeeld bij emotieregulatie
- Gevoelsplattegrond: Ordening maken welke gevoelens er allemaal bestaan
- (is iemand in staat om bv. bang, boos, bedroefd te onderscheiden?)
- Binnenkant/buitenkant
- Manier van aanbieden (materiaal etc.) afhankelijk van cliënt én activiteit. Binnenkant wordt vaak staand en krassend met wasco aangeboden. Binnen- én buitenkant wordt vaak zittend aan tafel, met potlood, stift of tekenend met neocolor aangeboden.

Beeldend product

- Cliënten zijn vaak gevoelig voor het resultaat [dat is bij beeldend niet altijd het doel maar alleen ervaring is vaak niet voldoende]
- Oordeel van anderen
- Zichzelf (durven) laten zien
- Als therapeut hiermee rekening houden dat het resultaat ook voor toonbaar is naar anderen toe.
- Belangrijk voor de doelgroep om iets tastbaars mee te kunnen nemen waarop ze trots kunnen zijn [alleen maar ervaring is vaak niet voldoende voor hen]
- Het werkstuk durven laten bestaan

T Werkt op deeltijdlocatie, bij de kinderen/cliënten thuis en of in de basisschool => **werkt al in de wijk!!**
2 In feite verandert de werkwijze niet omdat het kinderen zijn => heel belangrijk is het afstemmen

Specifieke aspecten doelgroep

Randinformatie

- Deeltijd / ambulant
- Wonen thuis, begeleid wonen of pleeggezin
- Allemaal een hechtingsstoornis

Indicatiegebieden

- Meer kunnen dan men denkt
- Besterkt worden in wat men kan
- Overzicht krijgen in (pleeg)gezins relaties. -> Eigen identiteit
- Oplossingen leren bedenken
- Ontspanning vinden

Behandeldoelen

- Zelfvertrouwen vergroten (komt altijd terug)
- Eigen nadenken bevorderen
- Creativiteit bevorderen
- Zelfbepalend gedrag verminderen
- Minder op zoek gaan naar grenzen
- Sociaalgedrag
- Ontspannen
- Bieden van een veilig klimaat

Afstemmen

Contact leggen

- Door iets te maken hoeft men niet zo direct contact te maken
- Niet tegenover zitten maar naast de cliënt
- Oogcontact hoeft niet (veiliger)
- Uitgebreid tijd nemen om kennis te maken (bv. door een laagdrempelig begin activiteit: memoriespel kaartjes kleuren)
 - Hierdoor vertrouwen opbouwen
 - Hierdoor komen wel ondertussen tijdens het werken verhalen naar boven
- Ingang krijgen
- Ondertussen observeren
- Samen een spelletje spelen
- Heel korte lijnen met pleegouders en docenten (heel fijn en belangrijk)
- Afstemmen wat de cliënt belangrijk vindt
- Zelf meedoen
- Beeldend is niet zo maar weg te schrijven in modules
- Altijd uitgaan van de mogelijkheden niet van de onmogelijkheden

Observatie

- Kleurgebaren/bepalen
- Hoe kleurt iemand (motoriek)
- Kan iemand binnen de lijnen tekenen
- Hoe tekent iemand en past dat bij de leeftijd? Kan die details tekenen? (bv. koppoters)
- Hoe gedraagt de cliënt zich op dit moment? Wat heeft die nu nodig?
- Kan iemand na hulpvragen/ hulp aannemen
- Wil iemand meer dan die kan

Aansluiten

- Met iets starten wat de kinderen kennen, waar ze vertrouwd mee zijn
- Aansluiten bij interesses "Wat gaan wij de volgende keer doen"
 - Therapeut heeft de behandeldoelen in zijn hoofd, die aan bot moeten komen
 - Cliënten kunnen zo zelf verantwoordelijkheid mee overnemen
- Foto's maken van proces

Resultaat

Beeldend proces

- Individueel of duo

Werkvormen t.b.v. van observatie

- *Concreet voorbeeld tekening*
 - Wie woont alles in jullie huis
 - Potloden, kleurpotloden, krijtjes, gum etc.
 - Hoe zijn de poppetjes gegroepeerd
 - Geeft inzicht in relaties gezin /pleeggezin
 - Informatie over materiaal hantering
- *Concreet voorbeeld klei*
 - Duimpotje
 - Voorzichtig werken (motoriek)
- *Concreet voorbeeld Collage*
 - Plaatjes zoeken
 - Hoe staat de collage in verhouding tot de teken vaardigheden
 - Discrepancie tussen denken en voelen
 - Tekent iemand wel koppoters maar kan in de collage een samenhangend compositie maken
 - Ordenen
- *Concreet voorbeeld werken met Paint*
 - Hier voelen kinderen zich vertrouwd bij
 - Tekeningen in PowerPoint zetten => een soort levensboekjes maken
 - Uiteindelijk een CD ervan maken

Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling

- Werken met klei
 - Crea klei = zachter, rivierklei komt te hard binnen [doelgroep specifiek]
 - Word warm in de handen
 - Kan gebakken worden in de keukenoven
- **[wijk randvoorwaarde]**
- Spel [element] komt vaak terug
- Leren ontdekken door onbekend materiaal uit

- Om zelf te kunnen vergelijken
- Om de cliënt te laten zien "weet je nog wat je toen gemaakt hebt? moet je kijken wat je nou al kan!"
- Met een ritueel beginnen
- Kan bij iedereen anders zijn (bv. high 5, liedje zingen etc.)
- Meedoen! -> met spelletjes, met gedrag, in medium [cliëntafhankelijk in welke mate]
- sturen [de mate is situatie/ cliënt afhankelijk]
- compromis zoeken

Methode

- Mix van zichzelf en
- EBL => met name op het gebied van afstemmen, goed kijken wie tegenover iemand zit
- Henk Smeijsters (met name heel supportief)
- Maar het aller belangrijkste is afstemmen!
- Altijd zo blanco/oordeelvrij mogelijk een cliënt bejegenen (niet laten leiden van de diagnoses die erop geplakt zijn. Uitgaan van de mens die tegenover iemand zit)

te proberen

- Voorbeeld: in plaats van werken met kroontjespen [zo als altijd] eens olievert gebruiken
- Eigen variaties in voorwerp aanbrengen
- Kleine stappen zetten
- Hierdoor ook stappen zetten in het dagelijkse leven
- Gezinsopstelling weer terugpakken en kijken wat verandert is of wat het zelfde is gebleven (ook met volwassenen)
- Langer aan een opdracht doorwerken
- Atlas van de belevingswereld
- Emoties en wensen terug laten komen als provincies (ordenen)

Beeldend product

- Therapeut is niet uit naar een mooi product maar voor de kinderen is het wel heel belangrijk om iets te hebben waar ze trots op zijn
- Product kunnen bewaren belangrijk
- Tekeningen lamineren geeft een extra gevoel van egoversterking
- Het een plekje in de eigen kamer kunnen geven
- Trots kunnen zijn => **Zeer belangrijk!!**
- Gaandeweg foto's maken om proces te documenteren
- Iets laten zien aan (pleeg)ouders / vrienden

Resultaat

Beeldend proces

- Individueel of duo
- Werkvormen t.b.v. observatie*
- Voorbeeld kennismakingscollage
- Heel laagdrempelig en voor de cliënt veilig insteken
- Door bv. bekend materiaal, men hoeft niet zelf vorm te geven
- Voorgestructureerd door therapeut (beperking

T Specifieke aspecten doelgroep

3 Randinformatie

- Deeltijd
- Wonen thuis of begeleid
- Er zit altijd een team om de cliënt heen (nooit BT eindverantwoordelijk)
- 3 manden observatie/diagnostiek
- Tussentijdse evaluatie
- Cliënten worden doorverwezen

Afstemmen

Contact leggen

- Meteen in het eerste contact iets beeldends proberen te doen
- In hele kleine stappen heel duidelijk uitleggen wat de bedoeling is
- Komt iemand wel of niet in aanmerking voor een duo?
- Wat wil de cliënt zelf? Wat zou die aan een duo kunnen hebben
- Soms eerst individueel en later in duo (bv. kwetsbare relatie therapeut cliënt, of indien er nog een stuk schampte zit rond ouderschap)
- Afstemmen wat kan iemand wel of niet verdragen (kan soms heel

- Ook wel van justitie
- Het is een 3e lijn zorg
- Tussen 20 en 40
- In het geheel werd het systeem erg betrokken en verbinding gezocht.
- Terwijl het nog niet vaak bij BT aanwezig is. Ze staan er wel open voor
- Patiënten hebben vaak al veel zorg gehad en nooit is echt het passende plaatje gevonden

Indicatiegebieden

- Soms niet heel vaardig op verbaal niveau, door beeldend wel een ervaring
- Door ervaring kan het medium heel dichtbij komen
- Medium kan ook een visueel ondersteuning zijn
- Ordenen van gedachtes, gebeurtenissen,
- Houvast krijgen
- Dingen mogen er zijn

Behandeldoelen

- Ingang krijgen / indiceren wat mogelijk is qua traject
- Indien het lastig is met standaard psychodiagnostisch onderzoek er iets mee te doen

fijngevoelig zijn en in heel klein details gebeuren)

- Samen naar het beeld/proces kijken
- Wat heb je nu gedaan
- Hoe ging dat nou
- Valt je iets op aan dat beeld
- Afstand nemen - Wanneer iemand in zijn werk zit
- Contact is het belangrijkste!
- Dat men heel goed kan zien, horen en meemaken wat daar gebeurt met een cliënt en met jezelf!
- Heel individueel naar een cliënt kijken en zijn context
- Kijken naar de kern van het probleem => niet symptoombestrijding
- Wat heeft de cliënt dan nodig en wat valt te halen
- Wat is aan de hand en hoe kunnen wij het verklaren samen met de cliënt
- Naar de mens kijken!

Observatie

- Wat is iemands zijn draagkracht draagvlak

Aansluiten

- Heel cliëntvolgend zijn
- door cliënt mee te nemen in de keuzes die in de activiteit gemaakt worden (bv. maat papier, soort lijm)
- Voorstructureren, indien dit te veel gevraagd is voor een cliënt (daar achter komen door **afstemming**)
- Door goed afstemmen=ook dingen besprekbaar maken, in de aansluiting kunnen gaan (bv. activiteit of werkstuk aanpassen)
- Altijd in helikopterview naar de totale situatie en het proces kijken om gericht interventies te kunnen plegen.
- Cliënten komen vaak met veel chaos binnen. Het helpt daarbij om met een meer cognitieve opdracht te starten om vervolgens over te gaan naar ervaringsgericht
- Eerst draagkracht creëren
- Kan overvragend zijn als men meteen op het gevoel werkt
- Wel belangrijk om uiteindelijk wel tot ervaring te komen!!
- Werkt veel met hulpmiddelen [**doelgroepspecifiek**]
- Zo als emotiekaartjes met emoticons om te leren differentiëren
- Woordenkaartjes zonder waardeoordeel! Om te helpen dingen te beschrijven [bv. onveilig, massief, diep, vastgooien, sturen etc.]

in keuzes /afhankelijk van de cliënt)

Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling

- Je kan verborgen aan een probleemgebied werken of via een beetje spel
- Vaak opdrachten over binnen en buitenkant
- Ventilatieoefeningen
- Krachtbeeld maken
- Concreet voorbeeld tijdlijn of kastjes
- Voor cliënten met veel chaos die weinig kunnen reguleren en kunnen sturen in wat ze ervaren en denken
- Inventariseren en ordenen wat alles speld
- [therapeut bewaakt de rode draad]
- Manier van aanbieden van de activiteit is overzichtelijk [visueel duidelijk] in stappen
- Binnen en buitenkant (in de lucifer kastjes)
- Coping
- Concreet voorbeeld krass oefening
- Met 2 handen en krijt [kan ook qua cliënt en fase veranderen vingerverf, klei, gips]
- Aanwijzing van therapeut: ga hard, zacht etc. krassen
- In beweging komen
- Beroep doen op het sensitieve en sensopathisch aspect door lichamelijk voelen
- Staande werken aandacht naar het lichaam
- Contact heel belangrijk!!

Beeldend product

- Natuurlijk gaat het om het proces maar voor deze doelgroep is ook het product belangrijk
- Hulpmiddel en visueel ondersteuning
- Weet je nog wat wij vorig keer gedaan hebben nee? zullen wij dan jouw map erbij pakken
- Hulpmiddel bij reflectie (**doelgroepspecifiek!**)
- Houvast bij het (leren) ordenen
- Kan soms heel confronterend zijn voor iemand

- Engeltje & duiveltje visueel houvast (tastbaar, grijpbaar] met name bij coping en inzichtgevend werken
- Systeem opstellingen met poppetjes

Methode

- Niet een methode specifiek, maar houdingsaspect is erg belangrijk
- Het afstemmen, en het mee bewegen en het proberen aan te sluiten, verbinding te maken met de cliënt en van daaruit verder denken
- Medium daarin een heel groot hulpmiddel
- Taal niet altijd toerijkend. Wanneer dingen nog niet verbaal gemaakt kunnen worden
- Steeds op het moment zelf een keuze maken wat de cliënt aan kan.
- Focussen van **Eugène Gentlin** -> Psychotherapeutische stroom. In contact komen met zichzelf, woorden geven aan.
- **Pre therapy** Boek over de manier van contact maken voor mensen die dit niet kunnen.
- Standaardboeken BT bv. Suzane Haeyen niet uitleven maar beleven => kunnen niet zomaar gebruikt worden voor LVB, allemaal een beetje vertalen naar LVB
- Mentaliseren! Ontwikkeling van iemands identiteit

- Hierin naar mogelijkheden zoeken om daarmee om te gaan
- Ernaar kunnen kijken is heel belangrijk -> erop terug kijken -> bewijsstuk van wat men heeft gedaan
- Ook een soort kalender of dagboek
- Reflectie -> door ernaar te kijken naar zichzelf kijken
- Zorg dragen voor het product /zichzelf
- Iets kunnen/ durven delen met anderen
- De map van iemand met al zijn spullen in is ook heel belangrijk
- Niemand mag daaraan -> veiligheid
- Autonomie

T Specifieke aspecten doelgroep 4 Randinformatie

- Worden aangemeld en komen op een wachtlijst te staan
- Observatieperiode van 3 maanden
- Cliënten komen uit de regio
- Zelfstandig of begeleid wonen
- Leeftijd: begin 20ger ook 30/40ger
- Vaak systeem en relatie problematiek (*komen niet mee naar therapie -soms wel per uitzondering na aanvraag*)
- Redden het altijd net niet (op alle levensgebieden) en lopen daardoor tegen frustraties aan
- Hierdoor ook op kijken tegen beeldende therapie

Indicatiegebieden

- Trots op iets zijn wat men zelf

Afstemmen

Contact leggen

- vaak individueel starten in therapie
- omdat het een groot stap is om zich te laten zien
- vertrouwen opbouwen (heeft tijd nodig)
- zorgvuldig ermee omgaan om cliënt niet te verliezen in contact
- op hetzelfde level komen (connectie krijgen met elkaar)
- wat pakt iemand
- waar is iemand in geïnteresseerd?
- Spanning nemen
- Iemand zich op zijn gemak laten voelen
- Bij iemands interesses aansluiten door activiteit
- Niet over iemand heen besluiten
- **[aansluiten]** Samen naar oplossing zoeken
- B.v. iemand wil niet op een dag verder gaan met een activiteit
- Precies en gericht vragen stellen om welk reden
- Kijken van wat beweegt iemand? Hoe handelt iemand?
- Waar kan die daar de volgende stap in zetten?
- Kijken naar de problemen die cliënten tegen komen en hoe komt het

Resultaat

Beeldend proces

- Individueel of duo
- meestal 3D liever te werken
- 3D heeft ook voorkeur van cliënten
- 2D meer voor inzichtgevend werken

Werkvormen t.b.v. observatie

- Vaak start met kennismakingscollage (laagdrempelig starten)
- Belangrijk iets te vinden wat pakt
- Tijdens het werken praten (cliënt hoeft geen oog contact te maken dit werkt veilig en zorgt ervoor dat de druk ervan af gaat)

Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling

- Voorbeeld *Controle loslaten*
- Coping
- Wasko en ecoline (cirkel met wasko tekenen, met ecoline inkleuren)

gemaakt heeft

- Meer kunnen dan men denkt
- Zich gewaardeerd voelen
- Zich begrepen voelen (door op het zelfde level te zitten)
- Succeservaringen op laten doen
- Het is goed zo als ik het doe
- De cliënt de regie laten hebben over beslissingen in de therapie
- Geeft verantwoording en controle voor zichzelf

Behandeldoelen

- Krijgen van een wat realistischer zelfbeeld
- Versterken van het zelfbeeld
- Emotieregulatie
- Emotie herkenning erkenning
- [divers doelgroep]
- Eerst altijd kijken van hoe past dat totale plaatje van deze cliënt
- Vragen rond trauma

dat ze in deze problemen komen? Wat is gelikt aan hun eigen handelen?

- Bewust maken hoe dingen lopen

Observatie

- Zo veel mogelijk in de begin fase uit laten proberen
- Heel divers uit laten proberen
- Het maakt een verschil of iemand met klei werkt of dat iemand een collage maakt een steen staat te hakken
- Eigen ervaring erin mee nemen, bv. kennismakingscollage direct herkennen wie wat lastig vind
- Hoe gat iemand met het materiaal om?
- Werkt die geordend of chaotisch?
- Kan iemand makkelijk kiezen?
- Laat iemand alles aan de therapeut over of neemt die zelf initiatief?
- Kan iemand inzichtgevend werken? niet iedereen kan op die manier naar zichzelf kijken

Aansluiten

- Activiteiten voorstructureren voor cliënt
- Op het goede moment ingrijpen en bijsturen om faalervaring te voorkomen
 - door navragen **[afstemming]** “wat ben je aan het zoeken wat past bij jou waar wil je naar kijken”
- Wensen van cliënt mee nemen [voorbeeld punniken]
 - Er flexibel in zijn
 - **[afstemming]** erin zoeken] wat beweegt jou nou? hoe voel je straks meer op je gemak? Zorgen dat je straks dit of dat bereikt hebt?
 - “Juist wenselijk iets van huis mee te brengen om hier iets te leren wat die weer mee naar huis kan nemen”
- Werken met succestechnieken (*deze en technische vaardigheden van de therapeut bewust inzetten daarmee de cliënt oprecht trots kan zijn*)
- Veel materiaal ter beschikking om in te zetten.
 - Bewust neer leggen om iemand te prikkelen of ermee kennis te laten maken

Methode

- *Mentaliseren*

- Kleur vloeit in elkaar => niet controleerbaar
- **[Afstemming]** wat gebeurt als je controle loslaat? Wat is het effect? Wat vind de cliënt?
- Effect is vaak dat cliënten het onverwacht bestwel mooi vinden
- **[Aansluiten]** wat zal gebeuren als je in je privé ook durft controle los te laten? Wat verwacht je dan? Durf je eens te proberen of daar ook leuke dingen uit kunnen komen?
- Voorbeeld *emotie verkenning*
 - Inzichtgevend
 - Geef jezelf weer als een muur
 - Wat ziet de buitenkant? Hoe ziet de binnenkant daaruit?
 - Vaak met klei **[afstemmen/ aansluiten]** individueel per cliënt
- Voorbeeld *Samenwerkingsopdracht*
 - Spiegelen op een vel papier
 - De ene leidt de andere volgt
 - Hoe zit je in de leiders rol? hoe zit je in de volg rol?
 - Welk initiatief kan iemand nemen? Hoe veel plaats neemt die in?

Beeldend product

- Tastbaar resultaat
- Een volwaardig product maken
 - Oprecht trots erop kunnen zijn
 - Vertrouwen opbouwen
 - Iets mee naar huis nemen
 - Durven laten zien aan andere
 - Voor therapeut niet belangrijk om een mooi product te maken! Maar wel voor de cliënt!
- Betekenis van het product
 - Als iemand het in elkaar maakt zegt dat ook iets
 - kan iemand niet zien wat die zelf gemaakt heeft
 - kan iemand tevreden zijn

- Hoe kun je met de cliënt komen tot de volgende stap in het snappen
- Bewust maken dat iedereen vanuit zijn eigen referentiekader handelt/ zijn eigen gedachtepatroon heeft [proberen te snappen waarom iemand handelt zo als die handelt]
- **EBL**
- Afstemmen = bv. samenzitten, iedereen doet het zelfde, zonder worden voelen dat men hetzelfde aan het doen is. Of samen een ritme bv. in het krassen elkaar voelen zonder woorden
- Analoogprocesmodel
- Hoe doe ik het hier hoe doe ik het thuis
- Eigen methode is een mix van meerdere bestaande theoretisch modellen
- Vanuit intuïtie en ervaring activiteiten aanbieden deze dan met theorie onderbouwen

T 5 Specifieke aspecten doelgroep
5 Randinformatie

- Penitentiair psychiatrisch centrum
- Afdeling in het gevangenis voor gedefinieerde met psychiatrische problemen
- kort en lang gestrafte of in afwachting van de straf zijn
- BT op indicatie
- In vergelijking tot deeltijd meer externaliserende problematiek
- Veel faalervaringen opgedaan
- Het geleerde in BT ook altijd overdragen naar afdeling om de patiënt te helpen dit daar ook te leren toepassen

Indicatiegebieden

- Men heeft een andere ingang om aan een probleem te werken
- Dingen visueel maken
- Concreet en tastbaar maken
- Iets hebben waarover men kan communiceren

Afstemmen
Contact leggen

- Opbouwen van een goed behandelcontact is het meest belangrijke
- Door vertrouwen op te bouwen
- Contact goed houden zo dat men weet wat bij de patiënt leeft en hoe die een opdracht /werkvorm ervaart
- Continu communicatie
- Bv. als iemand stilvalt, is dit het moment waarop men altijd een interventie pleegt
- Dus navragen wat die voelt wat der gebeurt of hoe de opdracht ervaren werd, of iemand ergens tegenaan loopt.

Observatie

- Inschatting maken van hoe iemand functioneert
- Letten op lichaamssignalen van de cliënt
- Welk patronen zijn terug te zien
- Op welke manier verwerkt iemand het beste zijn informatie
- Waar liggen zijn voorkeuren
- Waar voelt die zich comfortabel
- Wat sluit aan
- Op welk ontwikkelingsniveau zit iemand
- Bijvoorbeeld Lichamelijke ontwikkelingsniveau
- Iemand gebruikt materiaal om energie te kunnen ontladen
- Iemand gebruikt materiaal voor de zintuiglijke ervaring (mooie kleuren worden gemengd en daar helemaal in op kunnen gaan)

Resultaat

Beeldend proces

Werkvormen t.b.v. observatie

- Concreet opdracht: Starten met een paar keer vrij werken
- Door het lokaal leiden en alle materialen laten zien
- Van hele weerbarstige tot hele vloeibare materialen
- Van 3D tot platte vlak
- Klein & groot formaten
- Allerlei kleuren verf
- Potloden
- Klei
- Gewoon alles wat er is
- Cliënt mag zelf kiezen waarmee die wil werken
- Dit werd een aantal keer gedaan tot dat tussen 3 en 5 werkstukken zijn gemaakt
- [observatie patroon]**

Werkvormen t.b.v. behalen van doelstelling

- Concreet voorbeeld: aansluiten bij lichamelijk ontwikkelingsniveau ~ emotieregulatie
- 4 basisemoties met klei vormgeven (boos, blij, bang, bedroeft)

Behandeldoelen

- Agressie en impulsiviteit (externaliserend)
- Emotieregulatie

Aansluiten

- Aansluiten bij de hulpvraag waarmee iemand werd aangemeld
- Aansluiten bij wat in observatie aan bod is gekomen (welke patronen, welke ontwikkelingsniveau)
- Invliegen op het niveau van de cliënt
- Eerst aansluiten bij de comfortzone van de cliënt!
 - Leerervaringen net buiten hun comfortzone op laten doen! maar niet te ver om dat de cliënt anders te veel spanning oploopt waardoor geen informatie meer binnen komt.
- Stappen van het ontwikkelingsniveau doorlopen zodat de cliënt van alle niveaus informatie kan verwerken (van lichamelijk naar cognitief niveau maar ook andersom)

Methode

- **Expressieve Therapies Continuum (ETC)**
 - Opgebouwd op 3 Ontwikkelingsniveaus
 - Lichamelijke, emotionele, cognitieve
 - 3 Ontwikkelingsniveaus laten zien waarop iemand zijn informatie verwerkt
 - Hierop aansluiten met materiaalkeuze en manier van inzet
- **Aansluiten bij de comfortzone van de cliënt [aansluiten]**
- **Ondersteunend** werken
 - Ondersteunen zo dat de cliënt niet te veel faalervaringen opdoet in de therapie
 - Gebruik maken van visueel hulpmiddelen
 - Voorbeelden en /of samen iets doen voordat de cliënt alleen aan de slag gaat
- **Directief**
 - Duidelijk zijn in regels/ verwachtingen /communicatie over en weer

- Ervaringsgericht! Niet resultaat gericht
- Welke beweging is passend bij de emotie
- Een stap verder: op emotioneel ontwikkelingsniveau aansluiten
 - Ander materiaal kiezen: bv. stift of kleurpotlood
 - Op een klein vel vier vakken
 - Vragen om kleuren en lijnen en vormen te kiezen (zo verschillend mogelijk) die passen bij de vier basisemoties
 - Niet cognitief maar gericht op vorm
- Een stap verder: aansluiten op cognitief ontwikkelingsniveau
 - Bij de emoties plaatjes zoeken
 - Keuzes maken
 - Ordenen
 - vormgeven

Beeldend product

- Op emotioneel en cognitief ontwikkelingsniveau gaat het product steeds belangrijker worden voor de patiënt zelf
- Product staat altijd in dienst van het proces
- Cliënten kunnen groot waarde hechten aan het product **[doelgroepspecifiek]**
 - Product is weerspiegeling voor de ervaring die ze op hebben gedaan en die ze belangrijk vinden
- Cliënten vinden het soms belangrijk om het product mee te nemen naar de afdeling
 - Laten zien aan de mentor
 - Ophangen
 - Het geleerde in beeld houden (ondersteuning van het onderste ontwikkelingsniveau)

Werken in de Wijk

Cliënt	Therapeut	Medium
T1 Doelgroepspecifiek <u>Indicatie wijk</u> - Voor LVB, omdat ze vaak afhankelijk zijn van een belangrijke ander - Voor cliënten die niet naar ambulant kunnen komen (bv. vanwege kinderen, ouderen of partner) - Kunnen durven soms zelf niet - Cliënten hoeven niet te drempel te nemen om te reizen (met openbaar vervoer) <u>Indicatiegebied BT</u> - Therapeut kan beter de context van de cliënt begrijpen en vervolgens direct op inspelen <u>Randvoorwaarden</u> - Cliënten moeten wel gemotiveerd zijn om de therapeut toe te laten <u>Veiligheid</u> - Heel bewust indiceren om in de wijk te werken of niet - Op moment dat bepaalde werkvormen vragen om niet in de leefomgeving te werken andere locatie binnen haalbaar bereik zoeken - Soms heeft het voordelen om iemand eerst los te weken van het systeem, om vervolgens weer waar te nemen wat te doen is wanneer eigen identiteit een thema is kan het juist letterlijk los komen van huis en haard al een belangrijke indicatie zijn om op andere locatie te gaan. - Om tot ander gedrag te komen/ tot nieuwe inzichten is juist afstand nemen vaak heel erg helpend - Systeem moet altijd meegenomen worden in behandeling (kan zowel veilig dan onveilig zijn) - Het moet een prettige werkomgeving zijn voor de cliënt	Competenties & Randvoorwaarden - Rekening ermee houden dat het systeem er eventueel bijzit - Ervoor zorgen dat de cliënt alsnog genoeg aandacht krijgt en de doelstelling niet verzand - Vraagt meer/andere voorbereiding - Veel meer interdisciplinair samenwerken Afstemmen - Per situatie kunnen kijken - Niet alleen contact met de cliënt, en het materiaal en de opdracht maar ook het systeem speld mee - Geen invloed op het systeem maar moet mee genomen worden - weet niet of de therapeutische relatie verandert maar er zal ook een relatie naar het systeem toe ontstaan Aansluiten - Kunnen inspelen op de mogelijkheden die op dat moment aanwezig zijn - Vraagt veel ervaring van de therapeut - Creativiteit & Inventiviteit - In een beperkte omgeving moet het de cliënt ook in doen=> dat dus ook mee nemen in wat binnen de therapie gebeurt - Met eigen mindset kunnen out of the box kunnen denken - Goed kunnen aansluiten bij wat de leefwereld met zich meebrengt Methode - Analogie trekken/ generaliseren “hoe doe ik het hier en hoe doe ik het thuis” gaat makkelijker, omdat in de wijk de omgeving er gratis bij ligt. - Makkelijker oefenen exposure in vivo en vitro	Randvoorwaarden - men moet de materialen, de eerder gemaakte werken, de klapper waarin bijgehouden wordt hoe de cliënt erin zit evz. mee naar de plek nemen - de leefomgeving zelf is niet altijd geschikt om beeldend aan de slag te gaan. (dus, de leefomgeving moet enigszins geschikt zijn om beeldend aan de slag te gaan) Materiaal specifiek - Papier kan je altijd meenemen 2D materiaal (teken en schildersmateriaal) - Basismaterialen - Klei (minder makkelijk mee te nemen) - Waardeloos/kosteloos materiaal - Door minder te hebben kan je meer werken met beperktere middelen hoeft niet altijd meteen een beperking te betekenen, vraagt creativiteit van therapeut. (het is soms een uitdaging om ruimte te zoeken in de beperkingen die er zijn) - Belangrijk is om te kunnen variëren - Dingen uit de keukenkast (bijvoorbeeld spaghetti) kan je ook mee werken - Materialen moeten zowel in de aansluiting kunnen gaan als therapeutisch inzetbaar zijn Ruimtelijk - Werktafel - Of locatie binnen haalbaar bereik Opdrachtspecifiek - Meer interactief - Meer interactie meenemen - Meer combinatie van met het medium en in het medium

T2 Doelgroepspecifiek

Indicatie wijk

- Cliënten (Kinderen) zonder eigen vervoer of zonder mogelijkheid voor vervoer.

Indicatiegebied BT

Zie Tabel huidige manier van werken T2 kolom Cliënt Indicatiegebieden, Behandeldoelen (*deze therapeut werkt al in de wijk*)

Randvoorwaarden

Veiligheid

- Op zijn eigen basisschool werken is veilig voor het kind omdat het vertrouwd is met de omgeving
- het kind interesseert het niet in welk ruimte het zit om te werken (met betrekking op eigen school) omdat het vertrouwd is met de omgeving

Competenties & Randvoorwaarden

- Goed alleen onderweg kunnen (zelfstandig werken)
 - Pionier kunnen zijn
 - Creatief en inventief zijn
 - Zichtbaar zijn en goed werk leveren
 - In begin rustig aan doen (met betrekking op scholen)
 - door goed werk te leveren zijn plaats vestigen
 - ook zijn de randvoorwaarden eerst niet optimaal, kan dit veranderen als men goed werk doet
 - Duidelijke verslaglegging heel belangrijk!
 - Ook naar ouders, scholen en pleegouders toe
 - Duidelijk maken wat, waarom gedaan werd
 - Flexibel zijn en oplossingen kunnen bedenken
 - Zich goed kunnen profileren naar alle instanties toe
 - Verstand hebben van PR zichzelf en het vak kunnen verkopen
 - In de kliniek ligt alles klaar voor de therapeut (bv. lokaal met materialen) cliënt hoeft alleen nog binnen te komen
 - In de wijk moet de therapeut heel creatief erin zijn
 - “Het komt niet naar je toe”
 - Zelf zoeken naar ruimte
 - Contact houden met (pleeg)ouders en scholen
 - Lijntjes kort houden
 - Daarin moet de therapeut tijd investeren/ initiatief nemen
 - Contact met collega's is heel weinig (door tijd te kort komt ook door de richtlijnen door de verzekeraars)
 - Terwijl het heel belangrijk is om multidisciplinair te kunnen werken!
 - Daar moet nog gezocht worden in creatieve oplossingen (bv. een keer in de week op een locatie)
 - Ook meer supervisie zou belangrijk zijn
 - Vind het heel fijn om in de wijk te werken
 - Eigen agenda geeft veel ruimte om te organiseren
- Zie tabel huidige manier van werken T2 therapeut=> Afstemmen& Aansluiten*

Methode

Zie tabel Huidige manier van werken T2 Therapeut

Randvoorwaarden

- Rekening houden met de randvoorwaarden
 - Men kan niet in een school die niet de mogelijkheden ervoor heeft binnen timmeren of graffiti sprayen (in de zomer wel buiten)
- Het echt beeldend werken verandert niet zo zeer ten opzichte van binnen een kliniek of deeltijd werken. Alleen de context en de manier waarop de therapeut hierop inspeelt

Materiaal specifiek

Verf, Klei, Kleurpotloden, viltstiften, aquarelkrijt, olipastelkrijt, softpastelkrijt. Blaadjes, kartonnetjes, papiertjes, groot papier, klein papier, glitterpapier, glitters, tijdschriften, schilder doekjes, spelletjes, opblaasbal, lappen stof, kranten, Spel maïs, Kinetische zand (toverzand)

Laptop!!!

Ruimtelijk

- Auto vol met spullen
- Tassen vol materialen
- Auto is het kantoor
- Een grote tas vol met spullen die de therapeut herkenbaar maakt voor iedereen

Opdrachtspecifiek

Zie opdrachten in Tabel huidige werkwijze T2 medium

T3 Doelgroepspecifiek

Indicatie wijk

- Mensen die het drempelbaar vinden om naar therapie toe te komen
 - Laagdrempelig insteken
- Mensen bereiken die je anders niet kan bereiken
- Die vanuit vervoertechnische redenen niet kunnen komen
- Mensen die moeite hebben met contact maken
- Chronische groep

Indicatiegebied BT

- Cliënten waar psychodiagnostisch onderzoek niet aanluit
- Beeldend bij iemand zijn zou nog directer zijn
- Dat het systeem betrokken is en alles mee krijgt kan ook juist een meerwaarde zijn
- Een ervaring in het actueel moment
- Beeldend in de wijk zou een overgang kunnen zijn
 - Door medium veiliger en op speelsere manier
 - Je hoeft niet oprecht tegen elkaar te zitten
 - Hierdoor makkelijker contact aangaan en het ergens over hebben wat moeilijk is
- Crisisvoorkomend werken
 - Zo vroeger je expertise inzet zo meer crisisvoorkomend kan je werken, in plaats dat het eerst zo erg moet worden en dan krijgt men pas expertise

Randvoorwaarden

Cliënt

- Op indicatie!

Veiligheid

- Voor veel cliënten is naar een locatie toegaan een veilige zone
 - Hier vind het plaats geen meekijkende ogen van de burens
- In instelling in contact komen met lotgenoten

Competenties & Randvoorwaarden

- praktisch gezien moeilijker om met collega's even tussendoor te communiceren
 - in de wijk moet dit construeert moeten worden
 - zelf actiever erin worden
- Afstemmen op alle lagen!!!
- Bewaken dat het interdisciplinair blijft!

Afstemmen

- Belangrijk om af te kunnen stemmen op het moment [materiaal]
- Afstemmen wat is nodig om beeldend te kunnen werken

Aansluiten

- Nog meer flexibel zijn
- Waarborgen dat men niet op het begeleidingsvlak blijft verzanden
- In kunnen spelen op de leefomgeving van cliënt (bv. indien de was nog er ligt)

Methode

- Men wil dat iemand het beter kan doen in zijn dagelijks bestaan
 - Daarbij moet men natuurlijk ook het systeem betrekken
 - Men zit nog directer op waar iemand dagelijks aanloopt
- zou voorzichtiger zijn met het doorheen leiden door moeilijke / confronterende processen
 - in deeltijd setting kan de cliënt naar moeilijke situatie nog blijven om te stabiliseren

Randvoorwaarden

- Men moet aanpassingen doen
- Op locatie mag het lokaal vies worden! Hoe is dat thuis?
- Je zult altijd individueel moeten werken ...
 - Je hebt daar niet meerdere cliënten in een huiskamer zitten
 - Moet ter plekke gekeken worden wat daarin mogelijk is

Materiaal specifiek

- men kan al met een pen en een papier beeldende therapie doen
- men kan met heel veel vormgeven
- dingen uit de omgeving bv. met kussens bouwen, stukken papier etc.
 - belangrijk om alsnog producten te kunnen waarborgen hiervoor foto's belangrijk!

Ruimtelijk

- Rolkoffer met materiaal

Opdrachtspecifiek

- Aansluiten op wat zich aandoet is wel heel belangrijk maar dat betekent ook dat het lastig is te bedenken van goh neem ik nu eens klei mee of neem ik nou eens verf mee
- Op het gebied van ventilatie
- Op het gebied van coping (zichzelf hanteren in zijn levenssituatie)
- Boven genoemde hulpmiddelen zullen net zo in de wijk gebruikt kunnen worden omdat ze een belangrijk houvast zijn!

- Veilige omgeving om het te doen is wel belangrijk!
- Is het systeem erbij aanwezig? (hoe werkt zich dat op de therapie uit indien systeem ook voor problemen verantwoordelijk is?)
- Als iemand een moeilijke ervaring doorleefd heeft hangt dit geheugentechnisch aan deze ruimte ... thuis word iemand dan continu daarmee confronteert
- Combinatie!
 - Wat ook kan is dat cliënten eerst op locatie gezien worden en dan mee naar huis gaat
 - Om te overbruggen en te kunnen generaliseren
 - Overgang makkelijker maken

T4 Doelgroepspecifiek

Indicatie wijk

- Cliënten voor die de stap te groot is om naar de behandelsetting te komen (worden nu niet bereikt)
- Cliënten die sporadisch komen (omdat ze vaak al overprikkeld zijn over de tijd dat ze komen omdat trein reis te lastig is)
- Wijk biedt een groter bereik
 - Wijk zeker geschikt voor cliënten die uitvallen omdat de stap te groot is om naar een locatie toe te gaan
 - Deze bedienen door ernaar toe te gaan en al dan niet met het doel om iemand zo ver te krijgen dat die wel kan komen

Indicatiegebied BT

- kunnen zo een eerste aanloop krijgen naar therapie trouw [eerste fase overbruggen]
- BT bied aan cliënten nog iets extra => dit zouden ook mensen mogen krijgen die in de wijk behandeld worden
 - Even met iets anders bezig zijn!
 - Ontspanning zoeken /rust hervinden
- *Focus moet liggen op: overzicht creëren! welk stappen gemaakt moeten worden!!!*

Competenties & Randvoorwaarden

- Zelfstandig kunnen werken
 - Er zijn geen collega's in de buurt waar men even tussendoor kan uitwisselen en waar men meteen info van krijgt
- Rekening houden met beperkende factoren in de omgeving van de cliënt [bv de hond moet nog uit, televisie staat aan]
 - Men is een vreemde in een andermans huis
- Lijnen moeten duidelijk zijn! Naar collega's toe en naar cliënt toe.
 - Wie is waar verantwoordelijk voor
 - Hoe gaat het traject lopen
- Veel reizen! Veel losse deeltjes op een dag
- belangrijk om een vast basislocatie te hebben
 - connectie met het team houden
- Veiligheid!
 - Is er een achterwacht? (voor het geval dat cliënt agressief werd of grensoverschrijdend gedrag vertoond)

Afstemmen

- **[Afstemmen]** eist meer van de therapeut
 - Men moet eerst toegelaten worden
 - Binnengelaten/toegelaten worden
 - Is men welkom?
 - Iemand uitnodigen om te komen is makkelijker op locatie

Randvoorwaarden

- Werkt ook beperkend voor beeldend
- Je moet veel meer van tevoren bedenken wat je wilt doen
- Minder vrijheid om ter plekke een andere keuze te maken
 - ondervangen door wat materiaal mee te nemen
- Wat voor werkmogelijkheden zijn er?
 - heeft iemand een eigen ruimte om te zitten of zit je aan de woonkamer terwijl de rest van de familie der zit te eten?
 - Kun je alleen maar op de bank zitten met je koffertje
- Niet praktisch! Wel mogelijk! ->minder handige omstandigheden

Materiaal specifiek

- Meer op het 2D vlak
- Gericht spullen mee nemen
- Basisuitrusting wel altijd mee nemen
 - Tekenmateriaal -> verschillende krijtjes ezv.
 - Schildermateriaal
 - Iets van klei
 - Nog wat keuze (zonder dat men er nog

Randvoorwaarden <u>Clïënt</u> • Motivatie - In de kliniek vaak eerst bezig met motiveren. - In deeltijd komt iemand vanuit zijn eigen motivatie (anders zou die thuis blijven) - In de wijk zou een mix zijn. Enerzijds mensen die niet de volgende stap kunnen maken. Dus niet bereid zijn of wel bereid zijn maar niet buitens huis zorg kunnen krijgen. Anderzijds mensen die minder gemotiveerd zijn • <u>Veiligheid</u> • Levert het te veel stres op voor de cliënt indien iemand naar hem toe komt? (zorgen dat de ruimte netjes is) • Soms belangrijk om (oor ruimtelijk) afstand te nemen - Bv in moeilijke situaties in een proces - In de wijk lastiger om het los te kunnen laten - Het blijft in de eigen woonkamer - Op locatie kan men letterlijk uit de ruimte stappen en het achter zich laten - gebruik maken van locaties in de buurt?! • Combinatie: Wijk en ambulant - soms zal dat ook gewoon altijd in hun woonomgeving blijven - men kan op verschillende facetten van behandeling zitten ook op letterlijk verschillende plekken	omdat men daar spullen neer kan leggen - In de wijk minder eigen regie Aansluiten • In kliniek is het vaak meer beheersmatig werken [streng zijn, regels en grenzen stellen, wat is wel of niet toelaatbaar] • In de wijk is flexibel daarin kunnen zijn belangrijk • Makkelijk oplossingen kunnen bedenken - Als je beeldend werkt iets anders aan kunnen bieden op het moment dat de cliënt anders erin zit dan van tevoren bedacht Methode • Analogie trekken - iemand makkelijker laten zien hoe het werkt - Letterlijk dingen aanwijzen ([bv, indien iemand chaotisch is])	gereedschap bij nodig hebt) • “Wat is praktisch om me te nemen zo dat je wel een diversiteit hebt om aan te bieden!” Ruimtelijk • Ruimte -> op zijn minste een hoekje tafel • Op indicatie een locatie in de buurt • een koffer met materialen • of een mobile atelier • Vibo bus Opdrachtspecifiek • Samenwerkingsopdracht, spiegelopdracht... in feite worden er geen grote beperkingen gezien • Men kan ook klei meenemen of steen • Men moet alleen echt flexibel in kunnen steken op wat iemand zou willen • Toch blijft men in de wijk waarschijnlijk meer beperkt in flexibiliteit (om ook spontaan een andere draai te kunnen geven) • Men zal zich wel makkelijk aanpassen op wat men bij zich heeft
T5 Doelgroepspecifiek <u>Indicatiegebied BT</u> • Naast boven genoemd resultaatgebieden sluit BT in de wijk dan ook tastbaar een concreet aan bij het systeem en de omgeving • Lijntjes zijn korter om transfer te maken van het geleerde <i>Doelen voor in de wijk:</i> • Communicatie • Assertiviteit opkomen voor jezelf	Competenties & Randvoorwaarden • Meer kennis over werken in / met een systeem • Voor echt beeldend te werken zijn niet meer vaardigheden nodig dan voorheen - Medium laat zich flexibel gebruiken door verschillende therapeuten daar hoeft niet veel te veranderen • Zorgen voor afstemming met andere betrokkene behandelaars is belangrijk • Multidisciplinair werken belangrijk • In de wijk moet de therapeut veel harder werken en	Randvoorwaarden • Het eerste wat opkomt, is hoe zou dat kunnen gaan? - met name in verbinding met het ETC waarbij het met name belangrijk is met een groot spectrum materiaal te werken! • Heel praktisch gezien hoe komt men met weinig materiaal erachter waar de voorkeur ligt van iemand? - Soms verrassend waarvoor cliënten kiezen

- Traumaverwerking
- Stapsgewijs werken
- Verminderen van impulsief gedrag
- Leren uiten
- Hulpvragen
- Positieve coping vaardigheden

Randvoorwaarden

Cliënt

- Afspraken maken met de therapeut
 - Wie bewaart het werkstuk
- Behandeling zou heel lang kunnen duren omdat de leerbaarheid van de cliënten niet zo groot is
 - Cliënten in plaats van 2 keer de week 2 keer de week zien om de frequentie te verhogen en de aandacht en het contact meer warm te houden

Veiligheid

- Ruimtelijke veiligheid
 - Dat niet steeds mensen binnen lopen
 - Dat geen telefonen afgaan
 - Dat het niet erg is als wat geknoeid wordt
- Indien onveiligheid door systeem
 - Moet systeem mee doen
 - Cliënt in een andere setting (wijkgebouw)

- meer energie steken in afspraken met andere collega's
- Het zal expliciet geregeld moeten worden
- Intervisie /supervisie gaat nu heel makkelijk in de wijk zou dat moeilijker worden
- Dossier zou ook belangrijk zijn om rapportages van andere behandelaars te kunnen lezen

Methode

Wel belangrijk dat iets visueel werd gemaakt

- Men kan wel vooraf wat dingen mee nemen maar dan heeft men al vooraf heel veel keuzes gemaakt voor de cliënt
- Juist bij die doelgroep is dat een minpunt! Vaak verbaal niet zo sterk / kunnen moeilijk aangeven wat ze wel of niet willen

Materiaal specifiek

- Vloeibaar: waterverf, vingerverf misschien ook acrylverf, pastelkrijt, oliepastelkrijt, viltstiften, klein & groot formaten papier
- Weerbarstig: iets van steen, kleur en tekenpotloden, materiaal voor collages, wasko of vetkrijt, klei op waterbasis
- 3D frutselspullen: kurkjes, rietjes, schelpjes, veertjes, smeendraad, ijsstokjes => iets om te kunnen bouwen
- Gewoon van alles iets!!
- Gereedschap die nodig is voor sommige materialen (werd daardoor nog extra veel)

Ruimtelijk

- Koffertje
- Een veilige ruimte!
- Misschien wijkgebouw

Opdrachtspecifiek

- Opdrachten zouden niet veranderd worden alleen het materiaal wat men aanbiedt