HOGESCHOOL ARNHEM NIJMEGEN

De (on)zin van het open atelier

Afstudeerscriptie
Creatieve therapie, beeldend

Begeleider Julie Kil

Praktijk begeleider
Lukas van Gestel

1 juni 2015

Tamar de Boer

490424

Een kwalitatief beschrijvend onderzoek naar de bijdrage van de houding van de therapeut aan het therapeutisch effect, op het open atelier, binnen de Kliniek Intensieve Behandeling.

Samenvatting *Dit is een beschrijvend, kwalitatief en longitudinaal onderzoek, waarin de bijdrage van de houding van de beeldend therapeut in het open atelier, binnen de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB), is onderzocht. Er is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, interviews, de vragenlijst Session Rating Scale (SRS) en participerende observatie aan de hand van de Rose of Leary. Er zijn één beeldend therapeut, vijf begeleiders en 36 cliënten onderzocht. De cliënten waren tussen de 19 en 46 jaar oud en hebben meerdere psychiatrische diagnoses, in combinatie met een ontwrichting in de behandelrelatie. De meest voorkomende diagnose was borderline persoonlijkheidsstoornis/trekken. Uit het onderzoek blijkt de beeldend therapeut vooral de interactiepositie naast-onder en naast-boven aan te nemen, door de helpende, meewerkende en soms afhankelijke houding. Uit de vragenlijsten blijken de cliënten lager dan gewenst te scoren op de therapeutische relatie. Vooral op het item 'doelen en onderwerpen' scoren de cliënten gemiddeld het laagst. Aan de hand van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de houding van de beeldend therapeut mogelijk een bijdrage levert aan het therapeutisch effect van het open atelier. De beeldend therapeut stimuleert de cliënten om een andere interactiepositie aan te nemen, waardoor de cliënten gestimuleerd worden om aan doelen te werken. Wanneer cliënten aan een doelen werken, is er een therapeutisch effect aanwezig.*

Keywords Open atelier, therapeutische houding en therapeutisch effect

Mijn dank gaat uit naar Julie Kil en Lukas van Gestel voor de stimulerende begeleiding, naar Pauline Nanninga voor de fijne samenwerking en daarnaast gaat mijn dank uit naar degenen die het huidige onderzoek mogelijk hebben kunnen maken.

Inhoudsopgave

1. Inleiding
1.1 De geschiedenis van het open atelier Pagina 1
1.2 Het open atelier in de huidige maatschappij Pagina 1
1.3 Bezuinigingen in de maatschappij Pagina 2
1.4 Kliniek Intensieve Behandeling Pagina 2
1.5 Gevolgen van de Bezuinigingen Pagina 3
1.6 Rol van de therapeut Pagina 3
1.7 Doel van het onderzoek Pagina 3
1.8 Onderzoeksvraag Pagina 4
2. Methodesectie
2.1 Participanten Pagina 5
2.2 Onderzoeksmethode Pagina 5
2.3 Procedure Pagina 8
2.4 Analyse Pagina 10
2.5 Triangulatie Pagina 11
3. Resultatensectie
3.1 Participanten Pagina 12
3.2 Dataverwerking Pagina 13
3.3 Wat is het therapeutisch effect van een open atelier? Pagina 13
3.4 Wat is de houding van de therapeut in het open atelier op de Kliniek Intensieve Behandeling? Pagina 15
3.5 Hoe ervaart de cliënt de houding van de therapeut, tijdens het open atelier op de Kliniek Intensieve Behandeling? Pagina 18
3.6 Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling? Pagina 20
4. Discussie
4.1 Onderzoeksmethode Pagina 24
4.2 Resultaten Pagina 27
5. Conclusie
5.1 Conclusie onderzoek rol van de therapeut Pagina 30
5.2. Aanbeveling Pagina 31

6. Referenties Pagina 33

7. Bijlage
Bijlage A Interviews
1.1 Lang interview met beeldend therapeut 10 maart 2015 Pagina 36
Lang interview met beeldend therapeut 21 april 2015
1.2 Kort interview met beeldend therapeut Pagina 37
1.3 Script met begeleider Pagina 37
1.4 Kort interview met begeleider Pagina 38
1.5 Script open coderen Pagina 38

1.6 Script axiaal coderen Pagina 39
1.7 Coderingsboom Open atelier Pagina 40
1.8 Coderingsboom Rol van therapeut Pagina 41
1.9 Coderingsboom Houding Pagina 42
1.10 Coderingsboom Doelen Pagina 43
1.11 Coderingsboom Problematiek cliënten Pagina 44
Bijlage B Participerende Observatie
2.1 Rose of Leary Pagina 46
2.2 Omschrijving van de Interpersoonlijke Variabele Pagina 47
2.3 Interactiepositie Pagina 47
2.4 Observatielijst therapeutische houding Pagina 48
Bijlage C Vragenlijst
3.1 Session Rating Scale Pagina 50
3.2 Distributie van de Session Rating Scale (SRS) Pagina 51
Bijlage D Informed consent
4.1 Informed consent beeldend therapeut Pagina 52
4.2 Informed consent begeleider Pagina 53
4.3 Informed consent cliënten Pagina 54
Bijlage E Begrippenlijst Pagina 55
Bijlage F Artikel Pagina 58

1. Inleiding

1.1 De geschiedenis van het open atelier

Eind negentiende eeuw zijn de eerste officiële psychiatrische instellingen gebouwd in West-Europa, waarbij de cliënten vanuit eigen initiatief begonnen met schilderen, tekenen en schrijven. Om dit initiatief te stimuleren werden in veel instellingen ateliers opgericht om vrije kunst te beoefenen. Daarnaast werd er gedacht dat het goed was voor de cliënten en er werd verwacht dat dit interessant materiaal zou opleveren voor diagnostiek van de cliënten. De kunstenaar bepaalde de regels in deze ateliers (Wertheim-Cahen & Festen, 2013). Door de jaren heen is hieruit beeldende therapie ontstaan (Case & Dalley, 2014). Na de Tweede Wereldoorlog ontstonden er in Engeland de eerste open ateliers, opgezet door beeldende therapeuten (Wertheim-Cahen & Festen, 2013). Volgens Wood (2000) is het open atelier een plek waar verschillende cliënten, op verschillende momenten kunnen komen, om te ontdekken hoe het is om kunst te maken en je emoties te uiten. De essentiële elementen zijn beeldende materialen en toegang tot stromend water. Het is een plek waar je met je handen kunt werken en rommel wordt getolereerd. In het huidige onderzoek wordt de definitie van Wood (2000) gehanteerd, betreffende het open atelier.

Door de geschiedenis heen heeft het open atelier veel verandering ondergaan. De open ateliers waren gelokaliseerd in grote gezondheidsinstituten en kregen bescherming vanuit deze instituten. Het was heel gewoon om open ateliers op te zetten in ziekenhuizen en aan te sluiten aan de gezondheidszorg (Wood, 2000). De open ateliers waren aanwezig van 1940 tot 1970, hierna volgden snelle veranderingen in de regelgeving rond de gezondheidszorg. De open ateliers verdwenen uit de ziekenhuizen of ze vestigden zich buiten de grote gezondheidsinstituten. In de jaren ’80 en ’90 wordt in de meeste literatuur het open atelier omschreven als een plek die gebruikt wordt voor het maken van kunst (Wood, 2000). Deze definitie van het open atelier wijkt sterk af van de eerder omschreven invalshoek, waarbij de cliënt een plek had om zijn emoties te uiten (Wood, 2000).

Aan het einde van 1990 is de studio-based practice[1] benadering ontstaan. Binnen deze benadering wordt het open atelier ingezet als plek om je emoties te uiten en aan doelen te werken (Wood, 2000). Hiermee keert het open atelier terug naar haar oorspronkelijke vorm. De verschuiving van het open atelier, van de grote gezondheidsinstituten naar buiten, heeft ervoor gezorgd dat de beeldend therapeuten na 1970 een groter verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkelden ten aanzien van de relatie met de cliënt (Wood, 2000). De steun van het multidisciplinair team was niet langer aanwezig, wat ervoor zorgde dat de beeldend therapeuten zich sterker richtten op theoretische onderbouwing vanuit de psychotherapeutische benadering. Daarnaast wilden ze meer supervisie voor het handelen. Op locaties waar het open atelier nog wel aanwezig was in de grote gezondheidsinstituten, werd deze vaak als eerst wegbezuinigd, door het gebrek aan theoretische onderbouwing (Wood, 2000). Echter, is een therapeutische behandeling, die niet theoretische onderbouwd is, daarmee automatisch minder effectief en minder efficiënt? Raps (2009) is hier ook sceptisch over. Hij verwijt onderzoekers en verzekeringsmaatschappijen behandelingen ‘evidence-based’[1] te noemen, terwijl onderliggende condities soms nog niet helemaal zijn onderzocht. Toch wordt het dan wel bestempeld als ethisch verantwoord.

1.2 Het open atelier in de huidige maatschappij

Op dit moment vind je op verschillende plekken in de maatschappij open ateliers. Door de verschuiving van het open atelier, van de grote gezondheidsinstituten naar buiten, heeft het open atelier een grotere doelgroep gekregen en is betrokken geraakt binnen verschillende instellingen. Uit het onderzoek van Vick en Sexton-Radek (2008) komt naar voren dat het open atelier, in de Verenigde Staten en Europa, mensen met beperkingen als doelgroep heeft, zoals mensen met ontwikkelingsproblemen, psychisch- of fysieke beperkingen. Daarnaast zijn er in de Verenigde Staten open ateliers, waarin mensen met gedragsproblemen, sociaal beperkte mensen en risicogroepen worden geholpen (Vick, & Sexton-Radek, 2008). De open ateliers zijn te vinden in onder andere psychiatrische instellingen (Malchiodi, 1995), afkickklinieken, zelfstandige praktijken (Allen, 1995), ziekenhuizen, woongroepen, speciaal onderwijs,

[1]Zie begrippenlijst

dagopvang, jongerenprogramma's en weeshuizen (Case & Dalley, 2014). Kortom, het open atelier heeft vorm gekregen binnen een breed scala aan doelgroepen en instellingen, zowel voor therapeutische als voor kunstzinnige doeleinden.

1.3 Bezuinigingen in de maatschappij

Door de bezuinigingen in de gezondheidszorg, is het open atelier na 1990 veelal verdwenen uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of kreeg als enig doel om kunst te maken (Wood, 2000). In deze periode kwam de psychotherapeutische benadering[1] meer op de voorgrond in Europa. Hierdoor is de bekendheid van het open atelier verdwenen.

Nu het open atelier veelal is verdwenen uit de GGZ, wordt er binnen het curriculum van de opleiding beeldend therapie, binnen Nederland, ook geen aandacht besteed aan deze therapie vorm (Hogeschool Utrecht, 2014; Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2014; Hogeschool Zuyd Heerlen, 2009; Stenden Hogeschool, 2014). Hierdoor hebben de meeste beeldend therapeuten in opleiding geen kennis van deze vorm van therapie en zal de onbekendheid in de huidige maatschappij blijven voortbestaan.

De huidige bezuinigingen hebben invloed op het behandelaanbod voor de cliënten. Dit is te zien aan de hand van twee open ateliers binnen Nederland, namelijk GGZ Den Haag (Parnassia groep) en de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB). Door de grote druk op de GGZ moet de zorg effectiever en efficiënter. De zorg is gericht op het herstel en re-integratie van mensen met een psychische ziekte. Hierdoor wordt de cliënt meer regisseur van zijn eigen zorgproces (GGZ Nederland, 2013), wat ook is terug te zien in het open atelier bij GGZ Den Haag. Er wordt gestreefd naar meer autonomie voor de cliënt, door zich te ontwikkelen als kunstenaar. Het open atelier heeft hier als doel om kunst te maken en wordt niet gezien als therapievorm, zoals de visie is van veel open ateliers binnen Europa (Vick, & Sexton-Radek, 2008; Wertheim-Cahen & Festen, 2013). Daarentegen wordt het open atelier bij de KIB gezien als plek om je emoties te uiten en doelen te behalen, zoals de visie van veel open ateliers in de Verenigde Staten (Vick & Sexton-Radek, 2008). Terwijl beide instellingen hetzelfde doel hebben, namelijk meer verantwoordelijkheid van de cliënt, hebben beide open ateliers een ander doel. Aangezien het open atelier binnen de KIB overeenkomsten vertoont met de oorspronkelijke vorm van het open atelier (Wood 2000), vindt het huidige onderzoek hier plaats. Het open atelier bij de KIB heeft als doel een therapeutisch effect te creëren, in tegenstelling tot GGZ Den Haag. In de huidige gezondheidszorg worden alle behandelingen geacht een therapeutisch effect te hebben (GGZ Nederland, 2013).

1.4 Kliniek Intensieve Behandeling

De Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) is onderdeel van de Woenselse Poort, dat deel uitmaakt van de Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven (GGzE). Hier komen cliënten die geïndiceerd zijn met een sterk ontwrichte behandelrelatie tussen de cliënt en het verwijzend behandelteam, door zeer ernstige gedragsproblematiek. Het doel van de KIB is een gezonde behandelrelatie tussen de cliënt en de behandelaar, zodat de behandelrelatie tussen de cliënt en de oorspronkelijke behandelaar verbeterd kan worden. Na verblijf binnen de KIB keert de cliënt terug naar de instelling waar hij of zij vandaan komt. De KIB werkt toe naar eigen regie en verantwoordelijkheid van de cliënt. De cliënten moeten in staat worden gesteld om meer grip te krijgen op hun eigen leven en daaraan meer richting te kunnen geven (Rooijen & Neijmeijer, 2014).

Om de eigen regie en verantwoordelijkheid bij de cliënt te ontwikkelen, kunnen de cliënten op eigen initiatief deel nemen aan de verschillende therapieën, zoals psychotherapie, creatieve therapie, psychomotorische therapie, zwemmen, open band, open sport en open atelier (Rooijen & Neijmeijer, 2014). Het open atelier is elke maandag van 14.30 uur tot 16.30 uur open. Het open atelier is ondanks de bezuinigingen, die de reden zijn dat de zorg anders, beter en goedkoper moet, nog niet verdwenen (GGzE, z.d.). De randvoorwaarden van het open atelier zorgen ervoor dat de cliënt zelf regie kan behouden over de deelname aan het open atelier. Daarnaast leren de cliënten verantwoordelijkheid te nemen, doordat ze zelf kunnen oefenen met andere rollen en houdingen door gebruik te maken van beeldende materialen. Ten slotte is de therapeut gelijkwaardig aan de cliënt en stimuleert hij of zij de cliënt om aan deze

[1]Zie begrippenlijst

doelen te werken. Hierdoor wordt er ook aan een gezonde behandelrelatie gewerkt (Rooijen & Neijmeijer, 2014; Woods, 2000). Kortom, de KIB past het open atelier toe in haar oorspronkelijke vorm. De eigenschappen van het open atelier sluiten aan bij het doel van de KIB, namelijk eigen regie van de cliënt. Mogelijk heeft de KIB de waarde van het open atelier als therapie vorm ingezien, waardoor het nog steeds aanwezig is in het behandelaanbod.

1.5 Gevolgen van de bezuinigingen

De bezuinigingen in de gezondheidszorg hebben gevolgen voor de cliënt en het behandelaanbod. De bezuinigingen hebben effect op de mate van veiligheid die de cliënten ervaren, wanneer er steeds veranderingen plaatsvind in het behandelaanbod (Wood, 2000). Dit komt niet overeen met het doel van de zorg, waarbij de cliënt altijd op de eerste plaats komt.

Door de bezuinigingen in de gezondheidszorg loopt het open atelier de kans om verwijderd te worden uit het behandelaanbod. Het behouden van het open atelier in het behandelaanbod van een GGZ, heeft verschillende voor- en nadelen. Het eerste voordeel is de laagdrempelig van het open atelier, doordat er een vrije inloop is en er geen eisen aan de cliënt worden gesteld (Malchiodi, 1995). Hierdoor zal de cliënt sneller deelnemen aan het open atelier. Ten tweede zorgt het open atelier voor vertrouwen, veiligheid en continuïteit, aspecten die worden gewaarborgd door de randvoorwaarden van het open atelier (Brown, 2014). Volgens Brown (2014) is dit cruciaal in het creatieve en therapeutische proces van de cliënt, waardoor de cliënt doelen kan behalen (Morris, & Willis-Rauch, 2014). Een nadeel van het open atelier wordt gevormd door de kosten. Het open atelier kost een instituut namelijk veel betrokkenheid en geld, in vergelijking met een gestandaardiseerd programma, begeleid door activiteitenbegeleiders (Cahn, 2000; McGraw, 1995; Malchiodi, 1995), echter biedt dit geen therapeutisch proces. Daarentegen is het open atelier een goedkopere therapievorm dan psychotherapie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). Ten slotte benoemt Malchiodi (1995) het gebrek aan kennis als nadeel van het behouden van het open atelier in het behandelaanbod. Door het gebrek aan onderzoek kan de kennis van het open atelier niet gedeeld en niet ingezet worden door andere beeldend therapeuten. Om een effectievere en efficiëntere geestelijke gezondheidszorg binnen Nederland te creëren, is het daarom van belang om een beschrijvend onderzoek te doen naar het open atelier op de KIB.

1.6 Rol van de therapeut

De rol van de therapeut, binnen het open atelier op de KIB, is van belang door de werkwijze die gehanteerd wordt. De beeldend therapeut is gelijkwaardig aan de cliënt, doordat de beeldend therapeut bijvoorbeeld naast de cliënt gaat staan in de behandeling. Daarnaast wordt de cliënt gestimuleerd om aan doelen te werken, aangezien het open atelier ruimte biedt om te oefenen met andere rollen en houdingen (Rooijen & Neijmeijer, 2014). Volgens McGraw (1995), Allen (1995) en Henley (1995) is de rol van de therapeut een belangrijk onderdeel binnen het open atelier om het therapeutisch effect te waarborgen, waardoor een effectiever en efficiënter open atelier kan worden gecreëerd. De rol van de therapeut bestaat uit de houding die de beeldend therapeut aanneemt en de interventies die de beeldend therapeut pleegt. Door de houding van de beeldend therapeut kan de cliënt gestimuleerd en ondersteund worden om in beweging te komen. Door de interventies van de beeldend therapeut wordt de cliënt uitgedaagd tot vormgeving of het opdoen van ervaringen (Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) & GGZ Nederland, 2012; Smeijsters, 2008). Volgens de FVB, GGZ Nederland (2012) en Smeijsters (2008) is de rol van de therapeut de basis voor het therapeutisch effect. Om de rol van de therapeut te onderzoeken, wordt de rol opgesplitst in houding en interventies. In het huidige onderzoek wordt de nadruk gelegd op de houding van de beeldend therapeut. In het parallel onderzoek van Pauline Nanninga (2015) wordt de nadruk gelegd op de interventies van de beeldend therapeut. Er wordt gezamenlijk onderzoek gedaan naar de rol van de therapeut.

1.7 Doel van het onderzoek

De zorg voor cliënten met een psychische ziekte moet effectief en efficiënter, zodat de cliënten sneller kunnen re-integreren in de maatschappij (GGZ Nederland, 2013). Om dit doel te behalen vinden er bezuinigingen plaats in de gezondheidszorg, zodat de zorg anders, beter en

[1]Zie begrippenlijst

goedkoper wordt. De zorg moet meetbaar, maar ook merkbaar zijn voor de cliënten en de instelling (GGzE, z.d.). Op dit moment is er weinig bekend en zijn de meningen verdeeld over de effectiviteit en efficiëntie van het open atelier (Vick & Sexton-Radek, 2008). Wel is er bekend dat de rol van de therapeut de basis is voor het therapeutisch effect (FVB, GGZ Nederland, 2012; Smeijsters, 2008), en hiermee voor de effectiviteit van het open atelier. Daarnaast is de rol van de therapeut de enige consequente factor, aangezien de cliënten zelf de regie en verantwoordelijkheid hebben over de invulling van het open atelier (Rooijen & Neijmeijer, 2014). Het open atelier is een laagdrempelige en goedkope therapievorm in vergelijking met bijvoorbeeld psychotherapie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). Ook is het mogelijk een efficiëntere therapievorm. De beeldend therapeut kan in een korte tijd veel cliënten begeleiden, doordat het in een groepsvorm plaatsvindt. Wanneer er meer duidelijkheid komt over de effectiviteit van het open atelier, die mogelijk gecreëerd wordt door de rol van de therapeut, kan het open atelier opnieuw integreren in de maatschappij. Er kan zo kennis over worden opgedaan, wat de kans op integratie binnen de opleiding in Nederland vergroot. Zodoende wordt het open atelier in staat gesteld zich verder te ontwikkelen. Dit kan uiteindelijk leiden tot een beter banenperspectief voor de beeldend therapeut.

In samenspraak met de beeldend therapeut van de KIB zijn er doelstellingen voor het onderzoek opgesteld. De resultaten van het huidige onderzoek zullen inzicht geven in de houding van de therapeut en de ervaring van de cliënt wat betreft het open atelier. De houding wordt door zowel de beeldend therapeut als de onderzoeker onderzocht, waardoor het onderzoek een objectiever karakter krijgt. De beeldend therapeut zal dankzij dit onderzoek meer kennis krijgen over zijn handelen, waardoor hij in de toekomst betere toepasbare keuzes kan maken met betrekking tot zijn houding (L. van Gestel, persoonlijke mededeling, 8 januari 2015).

1.8 Onderzoeksvraag

Om zicht te krijgen op de bijdrage van de rol van de beeldend therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier, worden de houding en interventies van de beeldend therapeut onderzocht. In het huidige onderzoek wordt aan de hand van onderstaande deelvragen de houding van de beeldend therapeut binnen het open atelier onderzocht. Aan de hand van deze deelvragen kan antwoord worden gegeven op de vraag: '**Welke bijdrage heeft de houding van de beeldend therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier, op de Kliniek Intensieve Behandeling?'**. In het parallel onderzoek van Pauline Nanninga staat de volgende onderzoeksvraag centraal: 'Welke bijdragen hebben de interventies van de therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier op de Kliniek Intensieve Behandeling?'. Aan de hand van deze twee onderzoeken ontstaat er zicht op de rol van de therapeut.

Deelvragen

- Wat is het therapeutisch effect van een open atelier?
- Wat is de houding van de therapeut in het open atelier op de Kliniek Intensieve Behandeling?
- Hoe ervaart de cliënt de houding van de therapeut tijdens het open atelier op de Kliniek Intensieve Behandeling?
- Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling?
  - Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling door middel van beeldende therapie?
  - Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling door middel van het open atelier?

[1]Zie begrippenlijst

2. Methodesectie

In de methodesectie wordt beschreven hoe het huidige onderzoek is uitgevoerd. Allereerst wordt ingegaan op de verschillende participanten. Vervolgens komen de onderzoeksmethoden aan bod, die zijn gebruikt binnen het onderzoek. Ook worden de procedures ten aanzien van de onderzoeksmethoden toegelicht en worden de keuzes ten aanzien van de data-analyse besproken. Ten slotte wordt de toegepaste triangulatie beschreven.

2.1 Participanten

Beeldend therapeut

De beeldend therapeut, Lukas van Gestel, is 29 jaar oud en in 2009 afgestudeerd als beeldend therapeut aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Sinds 2010 werkt hij als beeldend therapeut bij de KIB. Hij heeft een vaste aanstelling bij deze instelling en heeft meerdere jaren ervaring met het open atelier. Gedurende het gehele onderzoek heeft hij het open atelier geleid. Het onderzoek was op zijn handelen gericht.

Begeleider

In het huidige onderzoek hebben verschillende professionals deelgenomen als begeleider aan het open atelier, zoals een verpleegkundige, een sociaal pedagogische hulpverlener, een muziektherapeut, een stagiaire GGZ-agoog en een casemanager. Deze professionals varieerden in leeftijd van 20 jaar tot en met 51 jaar en hadden verschillende jaren ervaring binnen de GGZ, namelijk minder dan 1 jaar tot 29 jaar. Voor aanvang van elk open atelier, was niet bekend welke begeleider aanwezig zou zijn.

Cliënten

De cliënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek waren tussen de 18 en 65 jaar, en opgenomen op de open afdeling, een trainingsunit of de gesloten afdeling op de KIB. Cliënten van de gesloten afdeling kunnen alleen deelnemen aan het open atelier wanneer ze vrijheden hebben. Tot de exclusie criteria behoren mensen die niet in behandeling waren bij de KIB of opgenomen waren op de gesloten afdeling, maar geen vrijheden hadden. Voorafgaand aan elke sessie was niet bekend welke cliënten aanwezig zouden zijn bij het open atelier. Er is daarom gebruikgemaakt van de ‘non-probability sampling’[1] techniek, en de ‘convenience sampling’[1], om de respondenten te benaderen (Vos, 2009). De cliënten op de KIB hebben vaak meervoudige problematieken en diagnoses.

2.2 Onderzoeksmethode

Het huidige onderzoek is een kwalitatief, beschrijvend en longitudinaal onderzoek, waarbij de houding van de beeldend therapeut in het open atelier binnen de KIB, in kaart is gebracht. In het huidige onderzoek is er gebruik gemaakt van de empirische cyclus van de Groot, waarbij de observatie, inductie, deductie, toetsing en evaluatie fases zijn door gegaan. Er is gekozen voor de empirische cyclus van de Groot in plaats van Dooley, omdat de Groot de term hypothese anders gebruikt dan Dooley (Vos, 2009). Het huidige onderzoek is een beschrijvend onderzoek, waarin is toegewerkt naar een theorie. Er is geen concrete voorspelling aanwezig, die uit een theorie is afgeleid, dit is volgens Dooley wel nodig als hypothese. Er kan wel een uitspraak worden gedaan over de samenhang tussen concepten op abstract niveau, dit is volgens de Groot een hypothese (Vos, 2009). In de observatie, inductie en deductie fase is er gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek. In de toetsing fase is er gebruik gemaakt van interviews, vragenlijsten en participerende observatie. Door gebruik te maken van literatuur wordt er vanuit een wetenschappelijk perspectief naar de houding, het open atelier en het therapeutisch effect gekeken, waardoor er een basis ontstaat voor het onderzoek. De tweede onderzoeksmethode, het interview, is gebruikt om het perspectief van de beeldend therapeut en het perspectief van een begeleider in beeld te brengen. Hierdoor is het bewust handelen van de beeldend therapeut in kaart gebracht. De begeleider is tijdens het open atelier aanwezig om de veiligheid te waarborgen. Aangezien de begeleider de hele tijd aanwezig was, ziet en ervaart hij of zij wat de therapeut doet en wat dit met de cliënten doet. De ervaring van de cliënten wordt versterkt door

[1]Zie begrippenlijst

de derde onderzoeksmethode. Door middel van de vragenlijsten is het perspectief van de cliënt onderzocht. Ten slotte is er gebruikgemaakt van participerende observatie, waardoor er objectiever naar de houding van de beeldend therapeut is gekeken. De onderzoeker is niet verbonden aan de instelling. Er is gekozen om onderzoek te doen door middel van verschillende onderzoeksmethoden en vanuit verschillende perspectieven, omdat op deze manier van werken de kans op een betrouwbaar antwoord, op de onderzoeksvraag, wordt gemaximaliseerd (Clifford, French, & Valentine, 2010). Door het gebruiken van verschillende onderzoeksmethoden wordt voorkomen dat gegevens verkeerd worden geïnterpreteerd, zoals mogelijk was geweest bij het gebruik van slechts één onderzoeksmethode(Wright II, & Calhoun, 2001). De houding van de beeldend therapeut is lastig objectief te meten. Mede daarom is gekozen voor de inzet van meerdere onderzoeksmethoden.

Literatuuronderzoek

Allereerst is er een literatuur studie gedaan om het therapeutisch effect van een open atelier in kaart te brengen. Met als doel helderheid te creëren ten aanzien van de definitie van het therapeutisch effect en waardoor dit effect ontstaat. Deze kennis is gebruikt als basis voor het huidige onderzoek. Hierbij is een breed scala van wetenschappelijke artikelen en boeken gebruikt. Aangezien er weinig Nederlandse wetenschappelijke artikelen zijn over het open atelier, is er gebruikgemaakt van Engelstalige artikelen. Tijdens het literatuuronderzoek is er veelal gezocht met de zoektermen open studio, open session, art studio, studio-based, art therapy, attitude, interventions en therapeutic effect. Er is gebruikgemaakt van de database van de Universiteit Twente en Hogeschool Arnhem en Nijmegen door middel van de zoekmachines Picarta, Google Scholar en Psycinfo. Hierdoor kon er vanuit een breed kader worden gezocht en alle mogelijke literatuur worden gevonden.

Interviews

Naast het literatuuronderzoek zijn interviews gebruikt om verschillende deelvragen te onderzoeken. Aangezien er gebruik is gemaakt van Engelstalige artikelen, kan de definitie van het open atelier enigszins afwijken van de in Nederland gangbare definitie. Door middel van interviews is de definitie van het open atelier zo goed mogelijk in kaart gebracht. Vervolgens is aan de hand van het interview met de beeldend therapeut, zo goed mogelijk het therapeutisch effect van het open atelier in kaart gebracht, vanuit zijn perspectief. Daarnaast is de houding van de beeldend therapeut in het open atelier op de KIB onderzocht, door middel van interviews. Door gebruik te maken van interviews heeft de beeldend therapeut zijn eigen visie kunnen delen, betreffende zijn houding en wordt duidelijk wat zijn bewust handelen is. De interviews zijn half gestructureerde, face-to-face interviews, zie bijlage 1.2. Dit is een van de meest gebuikte dataverzamelingstechnieken binnen kwalitatief onderzoek. Daarnaast is het een goede methode die gecombineerd kan worden met triangulatie (Clifford, French, & Valentine, 2010). Door middel van een half gestructureerd interview heeft de beeldend therapeut de ingebrachte thema's in zijn eigen woorden kunnen invullen of concretiseren (Migchelbrink, 2010). Hierdoor kwamen telkens de hoofdaspecten aan bod zonder dat de beeldend therapeut belemmerd werd bij het delen van zijn eigen mening en ervaring.

Tijdens het interview is er gebruikgemaakt van de introspectie van de beeldend therapeut. Introspectie is een onderzoeksmethode waarbij het geheugen is ingezet, doordat de beeldend therapeut zijn gevoelens over een ervaring herbeleeft (Ellis, 1991). Een belangrijk onderdeel van de therapeutische houding is het kunnen onderscheiden van objectieve waarnemingen[1] en subjectieve gevoelens[1] van de therapeut. Door overdracht en tegenoverdracht kan het subjectieve gevoel van de therapeut veranderen, waardoor de houding van de therapeut ook kan veranderen. De therapeut kan zich bewust zijn van het subjectieve gevoel, maar niet van de veranderende houding (Schweizer, 2009). Het aannemen van een houding kan hierdoor onbewust gebeuren, maar een houding kan ook bewust worden ingezet om therapeutisch effect te verwezenlijken. Alleen het bewust inzetten van de houding is, door middel van deze dataverzamelingstechniek onderzocht, aangezien de beeldend therapeut zich niet bewust is van zijn onbewust veranderende houding. Over het bewust inzetten van de houding heeft alleen de beeldend therapeut kennis, omdat dit een bewuste handeling is. Deze

[1]Zie begrippenlijst

houding is wel te observeren, alleen is er geen onderscheid te maken tussen een onbewuste en een bewuste houding. Hierdoor was het niet mogelijk om het bewust inzetten van de houding door middel van een andere dataverzamelingstechniek, te onderzoeken (Schweizer, 2009).

Na elke sessie heeft er een interview plaatsgevonden van ongeveer vijf minuten. Tijdens dit interview heeft de therapeut gereflecteerd op zijn rol als therapeut en specifiek zijn houding tijdens de sessie, door middel van introspectie. Aan de hand van de observatielijst heeft de onderzoeker structuur aan het interview gegeven. Daarnaast heeft er vooraf en aan het eind van het onderzoek een interview plaatsgevonden van ongeveer 30 minuten, waarin de deelvragen uitgebreider aan bod kwamen.

Ook is het perspectief van de begeleider onderzocht door middel van een half gestructureerd, face-to-face interview, zie bijlage 1.4. Tijdens het open atelier heeft er een kort interview van ongeveer vijf minuten plaatsgevonden met de begeleider. Aan de hand van een observatielijst is onderzocht wat de begeleider heeft gezien tijdens het open atelier. Ook dit interview ging over de rol van de therapeut en specifiek de houding die hij aan heeft genomen tijdens de sessie. Er is gekozen voor deze dataverzamelingstechniek, omdat deze methode de medewerking van de begeleider heeft vergroot. Daarnaast is er ruimte om in eigen woorden invulling te geven aan de aangedragen thema's (Migchelbrink, 2010).

Vragenlijst

Door middel van een vragenlijst is er onderzoek gedaan naar de ervaring van de cliënt, betreffende de houding van de beeldend therapeut. Dit is gedaan door middel van de Session Rating Scale (SRS), deze is vertaald door Hafkenscheid (2012). Dit is een vragenlijst uit de Routine Outcome Monitoring (ROM) methodiek. De SRS, zie bijlage 3.1, is ontwikkeld om de therapeutische relatie te beoordelen tijdens de behandeling, zodat de benadering van de therapeut veranderd kan worden, wanneer de cliënt dit als negatief ervaart (Duncan et al., 2003). Er is gekozen voor deze dataverzamelingstechniek, omdat dit een korte vragenlijst is die de ervaring van de cliënt onderzoekt. De vragenlijst bevat vier items waarbij drie elementen worden ondervraagd, namelijk de relatie tussen de therapeut en de cliënt, de overeenkomst betreffende de doelen en overeenkomst betreffende de taken tijdens de therapie (Duncan et al., 2003). De cliënten kunnen een waarde geven op een tienpuntenschaal, door een kruisje te zetten op een lijn, bij vragen zoals 'Er is slecht geluisterd naar mij', 'Er is goed geluisterd naar mij'. Hierdoor werden indirect vragen gesteld over de houding van de therapeut, zonder dat de cliënt het gevoel heeft de therapeut te moeten beoordelen. Op deze manier kan een negatieve dynamiek in de relatie worden voorkomen.

Voor de korte vragenlijst is gekozen omdat deze aansluit bij de capaciteiten van de cliënten. De cliënten op de KIB hebben vaak meervoudige psychiatrische problemen. Volgens Gillig (2011) hebben deze cliënten veelal een kortere spanningsboog. Daarnaast is de ROM een veelgebruikte dataverzamelingstechniek in de GGZ, die ingezet is door de zorgverzekeraars om de effectiviteit en efficiëntie te waarborgen. Deze dataverzamelingstechniek past hierdoor in de huidige GGZ maatschappij. Uit onderzoek van Duncun et al. (2003) is gebleken dat de vragenlijst een Cronbach's alpha heeft van 0.88. De hoge interne consistentie komt doordat de vier items hoog correleren met elkaar (Duncan et al., 2003).Om deze reden is ervoor gekozen om de vragenlijst niet aan te passen.

Participerende observatie

De onderzoeker is tijdens het open atelier aanwezig geweest om de houding van de beeldend therapeut door middel van participerend observeren te onderzoeken. De onderzoeker kan geen onderscheid maken tussen het bewust of onbewust inzetten van een houding. Hierdoor is zowel de bewust als de onbewuste houding onderzocht. Tijdens het open atelier heeft de onderzoeker beeldend gewerkt, en in het beeldend werk zijn korte aantekeningen aangebracht. Na het open atelier is de gestructureerde observatielijst, zie bijlage 2.4, door de onderzoeker ingevuld. Deze observatielijst is gebaseerd op de Rose of Leary ontwikkelt door Leary (1957).

De Rose of Leary is een model om meer zicht te krijgen op het betrekkingsniveau[1], dit is een niveau in de communicatie. Aan de hand van de Rose of Leary is een diagnosesysteem ontwikkeld door LaForge, Suczek en Leary, genaamd de Interpersonal Check List (ICL). Dit is

[1]Zie begrippenlijst

een diagnosesysteem waarmee niet alleen interpersoonlijke transactie, maar ook intrapsychische processen, als ze betrekking hebben op interpersoonlijke relaties, worden geanalyseerd. De data van interpersoonlijk gedrag zijn georganiseerd in een kader van 16 basis interpersoonlijke variabelen. Deze zijn geordend in een cirkelvormig continuüm, die de theoretische graad aan verwantschap tussen de variabelen representeert (Truckenmiller & Warner Schaie, 1979). Remmerswaal (2008) heeft de Rose of Leary vereenvoudigd naar acht interpersoonlijke variabele, zoals te zien in bijlage 2.1. Binnen het huidige onderzoek wordt van de vereenvoudigde versie gebruikgemaakt. Net zoals bij de ICL bestaat de vereenvoudigde Rose of Leary uit vier constructen, namelijk boven, naast, onder en tegenover (Truckenmiller & Warner Schaie, 1979). Truckenmiller en Warner Schaie (1979) hebben door middel van een factor analyse onderzoek gedaan naar de validiteit van de ICL. De relatie tussen de verschillende constructen en interpersoonlijke variabelen zijn in dit onderzoek onderzocht. Hieruit blijkt een sterke ondersteuning te zijn voor de validiteit van het interpersoonlijke diagnosesysteem van Leary. Daarnaast is er, in het onderzoek van Truckenmiller en Warner Schaie (1979), een Pearson correlatie coëfficiënt[1] gevonden met een spreiding van 0.98 tot -0.78. De gemiddelde correlatie coëfficiënt is 0.53 met een significantie level van $r \geq .62$, $p \leq .05$ (Truckenmiller & Warner Schaie, 1979). Er is dus een zeer significante positieve relatie tussen de verschillende constructen aanwezig. Ook heeft de ICL een COTAN keurmerk gekregen van het Nederlands Instituut voor Psychologen (Nederlands Instituut voor Psychologen NIP, 2004).

Aangezien de Rose of Leary een betrouwbaar model is om interpersoonlijke relaties te analyseren (Truckenmiller & Warner Schaie, 1979), is aan de hand van dit model een observatielijst gemaakt. In bijlage 2.1 is te zien, dat elke interpersoonlijke variabele een omschrijving op verschillende niveaus heeft. Van elk niveau is één omschrijving gekozen om de interpersoonlijke variabele te omschrijven, zoals in bijlage 2.2 is te zien. Daarnaast zijn de omschrijvingen geoperationaliseerd in waarneembare handelingen, zodat de interpersoonlijke variabelen te observeren zijn, zoals te zien in bijlage 2.4.

2.3 Procedure

Interviews

Binnen het onderzoek is gebruikgemaakt van de dataverzamelingstechniek half-gestructureerd interview. Voorafgaand en afsluitend aan het onderzoek, heeft er een lang interview van 30 minuten plaatsgevonden met de beeldend therapeut, zie bijlage 1.1. Om de anonimiteit van de beeldend therapeut te waarborgen heeft de beeldend therapeut voorafgaand een informed consent ingevuld, zie bijlage 4.1. Hierin staat dat zijn deelname geheel vrijwillig is en hij elk moment ervoor kan kiezen om zich terug te trekken uit het onderzoek. Daarnaast wordt hier vermeld dat alle gegevens anoniem en vertrouwelijk worden behandeld en verwerkt. Alle afgenomen interviews zijn door de beeldend therapeut doorgelezen en pas na toestemming van de beeldend therapeut gebruikt in het onderzoek. Tijdens het onderzoek heeft er een aanpassing in de anonimiteit plaatsgevonden, aangezien de naam van de beeldend therapeut wordt genoemd in het onderzoek. Aan het einde van het onderzoek heeft de beeldend therapeut mondeling toestemming gegeven om zijn naam in het onderzoeksverslag te gebruiken.

Tijdens het open atelier hebben er ook twee korte interviews van vijf minuten plaatsgevonden met de begeleider en beeldend therapeut. Aan het begin van het open atelier is de begeleider geattendeerd op het korte interview dat plaatsvond aan het einde van de sessie en gevraagd of hij of zij hieraan wilt meewerken. Aan het einde van de sessie is één van de twee onderzoekers met de begeleider naar een aparte ruimte gegaan om het interview af te nemen. Er is gekozen om één onderzoeker het interview te laten afnemen, zodat de andere onderzoeker de vragenlijst kon afnemen bij de cliënten. Daarnaast moesten voor de veiligheid, naast de cliënten, twee mensen aanwezig zijn in het open atelier en hadden de begeleiders geen tijd om het interview op een later tijdstip te plannen Tussen de twee onderzoekers vond altijd een wisselwerking plaats, zodat niet elke week dezelfde onderzoeker het interview afnam. Tijdens het interview werd er een script gehanteerd, zie bijlage 1.3. Hierdoor ontstond er meer consistentie in het afnemen van de interviews, waardoor de validiteit wordt vergroot. Het interview werd afgenomen aan de hand van een topic lijst, zie bijlage 1.4. Voorafgaand aan het onderzoek heeft de begeleider een informed consent ingevuld, zie bijlage 4.2. De anonimiteit

[1]Zie begrippenlijst

werd gewaarborgd door, tijdens het uittypen van de interviews, geen namen te noteren en de interviews niet openbaar te maken. De afgenomen interviews zijn door de begeleiders na afloop gelezen en pas na toestemming van de begeleiders als onderzoek data ingezet. Het korte interview met de beeldend therapeut vond plaats aan het einde van het open atelier. Hiervoor was geen script aanwezig. Wel werd het interview afgenomen aan de hand van een topic lijst, zie bijlage 1.2. Doordat beide onderzoekers aanwezig waren bij dit interview, werd de validiteit gewaarborgd. De onderzoekers konden elkaar aanvullen tijdens het vragenstellen, waardoor alle topics aan bod kwamen.

Vragenlijst

Tijdens het open atelier zijn er vragenlijsten bij de cliënten afgenomen, waardoor de ervaring van de cliënten is onderzocht. De vragenlijst is op een zo min mogelijk beladen manier aangereikt, door er tijdens het open atelier nauwelijks nadruk op te leggen. Beide onderzoekers hadden een stapel vragenlijsten, waardoor beide onderzoekers de cliënten konden benaderen. Wanneer de cliënten besloten om het open atelier te verlaten, is aan hen gevraagd een korte vragenlijst in te vullen en deze te deponeren in de betreffende doos. Hierdoor hebben de onderzoekers de vragenlijsten niet zelf in handen gehad en is niet te herleiden welke vragenlijst van welke cliënt was, waardoor de anonimiteit van de cliënten gewaarborgd werd. Per week kregen de vragenlijsten een weeknummer, hierdoor konden de vragenlijsten niet met elkaar worden vergeleken. Daarnaast is de cliënten uitgelegd dat deelname geheel vrijwillig was en dat de cliënten elke sessie konden besluiten al dan niet deel ten nemen. Een cliënt heeft tijdens het onderzoek ook besloten om niet langer deel te nemen aan het onderzoek. Ook hebben de deelnemende cliënten een paraaf gezet op een aftekenlijst, wat diende als informed consent, zie bijlage 4.3 Deze lijst had een van de onderzoekers bij zich, waardoor hij niet publiekelijk was. Elke week was er een nieuwe aftekenlijst aanwezig, waarop nieuwe deelnemende cliënten een paraaf konden zetten. De cliënten werden hierdoor zo min mogelijk beïnvloed door de al eerder gezette parafen.

Om de steekproef gegevens te verzamelen is gebruikgemaakt van USER, dit is een programma waardoor er toegang is tot de elektronische dossiers. Aan de hand van de registratie van de beeldend therapeut zijn elke week de cliënt gegevens opgezocht. Om de anonimiteit te waarborgen is het geslacht, leeftijd, afdeling en diagnose opgeschreven. Aangezien de cliënten vaak meerder problematieken hebben zijn alleen de DSM–IV[1] geclassificeerde diagnoses genoteerd. Dit werd voor elke cliënt, elke week opnieuw gedaan, aangezien elke cliënt als een nieuwe cliënt werd gezien, ook al kwam hij of zij elke week.

Participerende observatie

Er is gebruikgemaakt van de dataverzamelingstechniek participerende observatie. Volgens Migchelbrink (2010) heeft het participerend observeren verschillende fases die doorlopen worden tijdens het proces. In de eerste fase, de voorbereidingsfase, is zoveel mogelijk afgestemd met de beeldend therapeut om het participerend observeren zo toepasbaar mogelijk te maken. Hierbij is rekening gehouden met de mogelijkheden van de instelling en de invloeden in de groepsdynamiek. In de tweede fase, de afstemmingsfase, heeft de onderzoeker deelgenomen aan het open atelier, een week voordat het onderzoek is gestart. Met als doel om zo veel mogelijk thuis te raken in het open atelier. Voor de onderzoeker van het huidige onderzoek, was dit de eerste deelname aan een open atelier met deze doelgroep. Er is kennisgemaakt met de doelgroep en daarnaast heeft deze deelnamen aan de onderzoeker mogelijkheid geboden om haar draai te vinden in de dynamiek van de groep. In de derde en vierde fase, de beschrijvingsfase en thematische fase, werd het onderzoek uitgevoerd.

De onderzoeker was tijdens het open atelier aanwezig, maar heeft zich niet opgesteld als onderzoeker, zodat er geen nadruk lag op het onderzoek. Hierdoor is het gedrag van de therapeut en de cliënten zo min mogelijk beïnvloed. De therapeut en cliënten zijn wel bekend met het onderzoek. De onderzoeker observeert namelijk openlijk, doordat de onderzoeker aanwezig is in de groep. Elke week waren de onderzoekers geruime tijd van tevoren aanwezig en namen deel vanaf het begin van het open atelier. Er werd tactisch plaatsgenomen aan de tafel, zodat er vanaf verschillende hoeken geobserveerd kon worden en contact kon worden

[1]Zie begrippenlijst

gemaakt met de cliënten. In de groepsdynamiek is een participerende, passieve rol aangenomen. De onderzoeker heeft geen officiële taak of rol binnen het open atelier vervuld, maar wel mee koffie gedronken en verbaal contact gemaakt. Hierdoor wordt 'going native[1]' vermeden, wat inhoudt dat de onderzoeker zich te veel gaat identificeren met de participanten, waardoor de interne validiteit kan worden bedreigd. Er is dus afstand bewaard tussen de onderzoeker en participanten door aan het eigen beeldend werk te werken en niet mee te gaan met de invloeden van de beeldend therapeut en cliënten. Dit heeft een zo objectief mogelijke houding bij de onderzoeker gestimuleerd. Daarnaast is er zoveel mogelijk gelet op het aannemen van een onderzoekende houding en geen therapeutische houding. Aangezien tijdens het open atelier de observatielijst niet kon worden ingevuld, verplaatste de onderzoeker zich na ongeveer 45 á 60 minuten naar een andere ruimte. Er werd een kort stukje beschreven over de houding van de therapeut, om zoveel mogelijk data collectie bias[1] en error[1] te voorkomen. Daarnaast zijn er tijdens de sessie frequentieaantekeningen gemaakt in het schetsboek waarin beeldend werd gewerkt. Na elke sessie zijn deze aantekeningen overgenomen in de observatielijst, zodat alle observaties genoteerd waren. In de vijfde en laatste fase vond er een afscheidsfase plaats, door een presentatie te geven aan de medewerkers van de KIB om de resultaten van het onderzoek terug te koppelen en afscheid te nemen van de cliënten.

2.4 Analyse

Interviews

De data die verzameld zijn vanuit de interviews met de beeldend therapeut en begeleider zijn geanalyseerd door middel van open en axiaal coderen. Coderen is het lezen, herlezen, organiseren, (her)ordenen, reflecteren en logisch redeneren van de codes die aan tekstfragmenten worden geven. Hierdoor zijn er inhoudelijke thema's, structuren, patronen en concepten opgespoord (Migchelbrink, 2010). Beide onderzoekers hebben apart gefragmentariseerd en open gecodeerd aan de hand van een script, zie bijlage 1.5, om de objectiviteit te vergroten. Dit script is geschreven aan de hand van het stappenplan van Boeije (2005), waarin Boeije per stap uitlegt wat de onderzoeker precies moet doen. Door aan de hand van dit stappenplan te werken wordt de betrouwbaarheid van de codes vergroot, aangezien de onderzoekers geen eerdere ervaring hebben met coderen. Codes zijn samenvattende notaties voor een fragment, waarin de betekenis wordt uitgedrukt (Boeije, 2005). Beide onderzoekers hebben de interviews open gecodeerd. Hierdoor werd er zo objectief mogelijk naar de informatie gekeken en nauwelijks op relevantie geselecteerd (Boeije, 2005). Naast dat beide onderzoekers de interviews individueel hebben gecodeerd, zijn alle interviews ook gezamenlijk gecodeerd, om de betrouwbaarheid van de data te vergroten. Ten slotte zijn van deze codes een codeboom gemaakt door middel van axiaal coderen. Dit werd gedaan aan de hand van een script, zie bijlage 1.6, dat geschreven is aan de hand van het stappenplan van Boeije (2005). Het axiaal coderen is gebeurd in overleg met de andere onderzoeker, om de objectiviteit te vergroten.

Vragenlijst

Het analyseren van de gegevens, die verzameld zijn aan de hand van de vragenlijst, zijn geanalyseerd met behulp van het statistiekprogramma SPSS versie 22. Er wordt geanalyseerd met dit programma, omdat de gegevens dan statistisch onderzocht kunnen worden. Daarnaast heeft de onderzoeker ervaring met en kennis van deze versie van SPSS. De SRS heeft een maatstaf waarbij de therapeut boven de 36 hoort te scoren, wat inhoudt dat de cliënt tevreden is. De cliënt moet dan bij elk item een negen of hoger scoren. Wanneer de therapeut lager dan 36 scoort, zal er geëvalueerd moeten worden met de cliënt, betreffende het handelen van de therapeut (Duncan et al., 2003). Er is een vast patroon bekend wat betreft het verloop van de scores, waarbij in de eerste periode de therapeut hoog scoort, doordat de cliënt bijvoorbeeld sociaal wenselijk gedrag vertoont. Er kan 'objectieve' verslechtering ontstaan, wanneer de cliënt zich meer bewust wordt van zijn of haar problematiek (Hafkenscheid, 2012). Wanneer de behandeling voort duurt wordt er een stijgende lijn verwacht. Vervolgens is er gekeken of er een parametrische[1] of non parametrische[1] toets aanwezig is, door middel van een histogram. Hieruit is af te lezen of de distributie normaal verdeeld is. De distributie is normaal verdeeld wanneer de staafdiagrammen een klokvormig model hebben, waarbij de piek in het midden ligt en de waarde

[1]Zie begrippenlijst

naar de zijkanten lager worden (Veaux, Velleman, & Bock, 2014). Aan de hand van deze informatie is er onderzocht of er een Pearson correlatie[1] bij een parametrische toets, of Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt[1] bij een non-parametrische toets moet worden toegepast, om de relatie tussen de ervaring en de houding van de therapeut te berekenen. Ten slotte zijn de scores ook per vraag verzameld in SPSS. Aan de hand van deze gegevens is de interne consistentie van de vragenlijst berekend, door middel van de Cronbach's alpha[1]. De interne consistentie wordt berekend om te controleren of de items echt één construct weergeven, waardoor de betrouwbaarheid van de vragenlijst duidelijk wordt (Duncan et al., 2003).

Naast de gegevens van de vragenlijst, zijn de gegevens van de cliëntensteekproef geanalyseerd. De gegevens zijn verzameld door middel van USER en zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 22. Elke week is bijgehouden welke cliënten aanwezig waren, hierbij is elke cliënt als een nieuwe cliënt gezien, ook al was de cliënt al eerder aanwezig geweest. Om de anonimiteit te waarborgen is alleen het geslacht, de leeftijd, de afdeling en de diagnose geregistreerd in SPSS door middel van een frequentietabel. Hierdoor is het minimum, maximum, gemiddelde en de standaarddeviatie in kaart gebracht. De standaarddeviatie[1] geeft voor elke waarde aan wat de afstand is tot de gemiddelde waarde, waardoor de variabiliteit wordt weergegeven (Veaux et al., 2014). Er is gekeken, aan de hand van een histogram, of de steekproef normaal verdeeld is qua geslacht en diagnose. Hierdoor is inzicht verkregen in de externe validiteit[1] betreffende de cliëntensteekproef.

Participerende observatie

De gegevens die verzameld worden door middel van participerende observaties, zullen geanalyseerd worden met behulp van het statistiekprogramma SPSS versie 22. De frequenties van de acht interpersoonlijke variabelen zijn geanalyseerd aan de hand van een histogram en een frequentietabel. In de frequentie tabel is de minimale, maximale en gemiddelde frequentie per interpersoonlijke variabele zichtbaar geworden. Ook is door middel van deze frequentie tabel de standaard deviatie in kaart gebracht.

2.5 Triangulatie

In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van triangulatie. Triangulatie is volgens Clifford, French en Valentine (2010) een onderzoeksmethode waarbij gebruik wordt gemaakt van meerdere perspectieven. In het huidige onderzoek zijn meerder perspectieven gebruikt. Triangulatie is een onderzoeksmethode waarmee de validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens worden ondersteund, doordat er naar overeenstemming wordt gezocht tussen de gegevens over hetzelfde aspect, afkomstig van diverse bronnen (Michelbrink, 2010). Tijdens het onderzoeken van de verschillende deelvragen, is er gebruikgemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. De data uit deze verschillende dataverzamelingstechnieken zijn met elkaar vergeleken, zodat de overeenkomsten en verschillen in kaart konden worden gebracht. Er is gekeken of de data elkaar versterken of tegenspreken en in hoeverre dit gebeurt. Doordat er overeenkomsten ontstaan tussen de verschillende databronnen, worden de data betrouwbaarder wanneer deze elkaar versterken. Er ontstaat consistentie of juist inconsistentie in de data door de triangulatie.

[1]Zie begrippenlijst

3. Resultatensectie

In de resultatensectie worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Allereerst komen de deelnemende cliënten en hun problematiek aan bod. Deze gegevens komen vanuit de literatuur en interviews met de beeldend therapeut. Vervolgens wordt beschreven hoe de verkregen data zijn verwerkt tot resultaten en ten slotte wordt per deelvraag naar de verschillende dataverzamelingstechnieken gekeken.

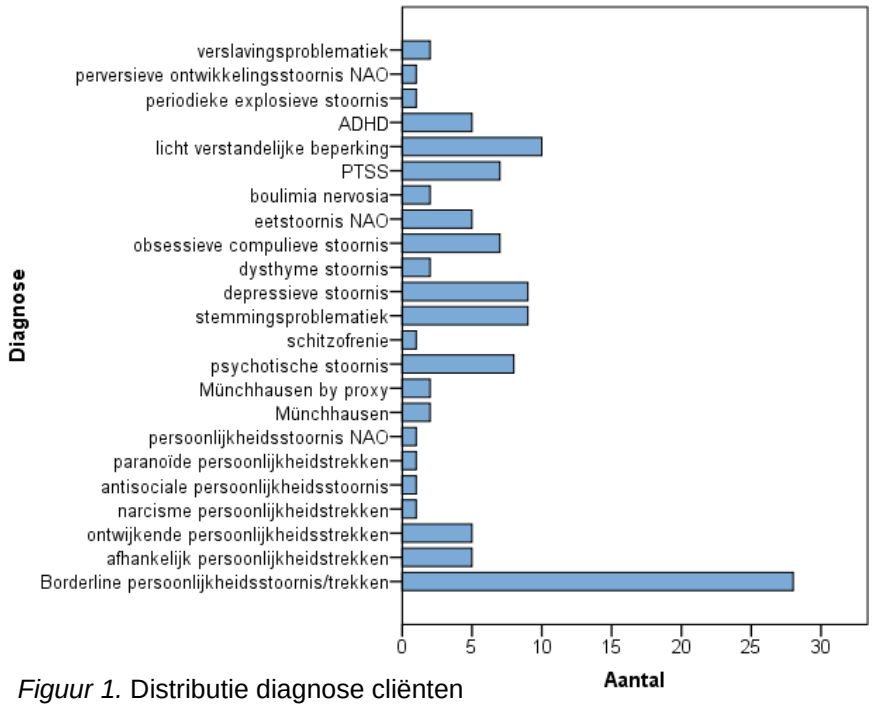
In het huidige onderzoek is onderzocht welke bijdrage de houding van de beeldend therapeut heeft, aan het therapeutisch effect van het open atelier op de KIB. Dit is gedaan aan de hand van literatuuronderzoek, interviews, vragenlijsten, participerende observatie en triangulatie, met als doel antwoord te krijgen op de betreffende deelvragen. Hiervoor is vijf keer deelgenomen aan het open atelier, in tegenstelling tot de geplande acht keer. Dit is niet mogelijk geweest in verband met uitval van sessies.

2.1 Participanten

Tijdens het onderzoek hebben 36 cliënten deelgenomen aan het open atelier, 27 cliënten hebben de vragenlijst ingevuld. In tabel 1 is te zien dat de participanten tussen de 19 en 46 jaar oud waren. Met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar en een standaarddeviatie[1] van 7.6. Deze standaarddeviatie geeft aan dat er een grote spreiding aanwezig is binnen de leeftijd van de cliënten. Er hebben 34 vrouwen en 2 mannen deelgenomen aan het open atelier. De cliënten hadden meestal meerdere diagnoses, waarbij de meest voorkomende diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis/trekken is. In figuur 1 is de volledige distributie van de diagnose te zien.

Tabel 1. *Aantal participanten, Minimum, Maximum, Gemiddelde en Standaarddeviatie van de cliënten steekproef*

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard deviatie
Geslacht	36	1(Vrouw)	2 (Man)	1.06	0.23
Leeftijd	36	19	46	25.22	7.60
Afdeling	36	1	3	2.42	0.60
Gesloten (1)	2				
Open (2)	17				
Trainingsunit (3)	17				



Figuur 1. Distributie diagnose cliënten

[1]Zie begrippenlijst

Problematiek
De cliënten die zijn opgenomen bij de KIB, zijn geïndiceerd met een sterk ontwrichte behandelrelatie tussen de cliënt en het verwijzende behandelteam. De cliënten hebben vaak gedragsproblemen en persoonlijkheidsproblematiek zoals borderline. Borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekarakteriseerd door sterk wisselende emoties, instabiliteit van het zelfbeeld, problemen met het interpersoonlijk functioneren en impulsiviteit (Springham, Findlay, Woods, & Harris, 2012; Molen, Perreijn, & Hout, 2007). Deze problematiek is onder ander te verhelpen door het mentaliserend vermogen te vergroten, omdat mentaliseren een centrale methode is om een te zijn met jezelf (Springham et al., 2012).

In bijlage 1.11 is te zien dat de cliënten veelal zijn getraumatiseerd (L. van Gestel, persoonlijk mededeling, 10 maart en 21 april 2015) en een civielrechtelijk maatregel hebben. De ontwrichting tussen de cliënt en het verwijzende behandelteam én de ontwrichting in het contact tussen de leden van het behandelteam, ontstaat vaak door de problematiek. Ook de reactie van het behandelteam op het gedrag van de cliënt speelt een rol (Rooijen & Neijmeijer, 2014). Ontwrichting houdt in dat er negatieve dynamiek is in de behandelrelatie, de relatie is ontwricht en er is geen therapeutische proces meer aanwezig. Vaak is er geen proces doordat de cliënt weerstand biedt, in de strijd gaat en labiel is. De relatie zit klem doordat de cliënt agressief is, split en manipuleert, wat kenmerkend is voor mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis (Molen et al.,2007).Vaak heeft de cliënt het gevoel dat hij of zij wordt afgewezen (L. van Gestel, persoonlijk mededeling, 10 maart en 21 april 2015).

3.2 Dataverwerking
De data die zijn verzameld vanuit de interviews, vragenlijsten en participerende observaties zijn geanalyseerd door middel van coderen en SPSS versie 22. De interviews zijn allereerst uitgetypt door de onderzoekers, zodat er een transcript ontstond. Dit transcript is door de geïnterviewde gelezen om te controleren op onjuiste informatie, waardoor de betrouwbaarheid van de interviews is vergroot. Daarna zijn alle interviews door beide onderzoekers apart gefragmentariseerd en open gecodeerd aan de hand van het script, zie bijlage 1.5. Vervolgens is aan de hand van die gegevens ook gezamenlijk de interviews gecodeerd. Hierdoor ontstond discussie, maar ook overeenstemming, waardoor de betrouwbaarheid van de codes is vergroot. Uit het open coderen is een lijst met codes ontstaan. Aan de hand van deze lijst is een code boom gemaakt door middel van axiaal coderen, met behulp van een script, zie bijlage 1.6. Van de codes zijn clusters gemaakt die bij elkaar horen, zoals het therapeutisch effect, de houding, doelen en het open atelier. Er zijn hierdoor verschillende codebomen ontstaan, zie bijlage 1.7 tot 1.11, waarin de frequentie van de code is aangegeven door middel van een cijfer. De code bomen zijn meerdere keren bekeken en gecheckt of er een logische volgorde aanwezig was.

Aan de hand van SPSS versie 22 zijn de vragenlijsten en data uit participerende observatie verwerkt. Ten eerste is er een scatterplot gemaakt om het verloop van de totale score per vragenlijst te onderzoeken. Hierbij is er gekeken naar de lijn die ontstond in de scatterplot. Ten tweede is aan de hand van het histogram, zie bijlage 3.2, af te lezen dat de data niet normaal verdeeld zijn. Er is daarom gebruikgemaakt van een non parametrische toets, de Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt om de relatie te berekenen. Ten slotte is door middel van de Cronbach's alpha de interne consistentie berekend. Voor de data vanuit het participerende observeren is er een histogram, zie figuur 3, en een frequentietabel, zie tabel 2, gemaakt. Er is gekeken naar de frequentie van de data. Aan de hand van een histogram is er gekeken of er een verschil aanwezig was in de frequentie van de interpersoonlijke variabele.

3.3 Wat is het therapeutisch effect van een open atelier?
Literatuuronderzoek
Binnen de gezondheidszorg vertonen, vanuit veel verschillende invalshoeken, de therapievormen van de Verenigde Staten en Europa overeenkomsten, behalve bij de benadering van het open atelier. In het onderzoek van Vick en Sexton-Radek (2008) is onderzoek gedaan naar dit verschil, om het therapeutisch effect van het open atelier in kaart te brengen. In de Verenigde Staten vond de helft van de beeldend therapeuten, die betrokken zijn bij het open atelier, dat het open atelier een therapeutisch effect heeft. In tegensteling tot de

[1]Zie begrippenlijst

kunstenaars en activiteitenbegeleiders, die betrokken zijn bij het open atelier, uit Europa. Deze betrokkenen vonden dat het open atelier geen therapeutisch effect heeft (Vick & Sexton-Radek, 2008). Met de mening van de Europese kunstenaars en activiteitenbegeleiders is Kapitan (2008) het niet eens. Volgens haar heeft het open atelier zeker wel een therapeutisch effect, doordat er aan doelen zoals zelfvertrouwen en kwaliteit van leven wordt gewerkt. Waarschijnlijk ervaren de beeldend therapeuten uit de Verenigde Staten het open atelier als therapie, omdat ze niet zijn meegaan met de psychotherapeutische benadering. Dit in tegenstelling tot de beeldend therapeuten in Europa, die gestopt zijn met het open atelier, omdat ze meer theoretische onderbouwing wilden voor hun handelen (Vick & Sexton-Radek, 2008). In de Verenigde Staten werken ze met de studio-based benadering. Dit is te vergelijken met de oorspronkelijke manier waarop het open atelier werd vormgegeven. De beeldend therapeuten in de Verenigde Staten ervaren het open atelier als een menselijke dienst, in plaats van een plek met als doel om kunst te maken. De verschillen komen ook door de waarde die toegekend worden aan het talent van de cliënten. In het open atelier van Europa ligt de nadruk meer op het ontwikkelen van het talent van de cliënt en wordt ook op talent geselecteerd. Dit in tegenstelling tot de gangbare visie in de Verenigde Staten, waar het niet uitmaakt hoe het beeldend werk eruit ziet (Kapitan, 2008).

Door de vergelijking in het onderzoek van Vick en Sexton-Radek (2008) komt de vraag naar boven wat het therapeutisch effect is en waardoor dit ontstaat. Volgens McGraw (1995) ligt het therapeutisch effect van het open atelier in het non-verbale contact met de therapeut en het produceren van het beeldend werk. Het proces en het product zijn van belang voor het ervaren, waardoor de emoties en conflicten van de cliënt aanwezig mogen zijn. Hierdoor kunnen de emoties en conflicten worden verwerkt. Om het therapeutisch effect te waarborgen zijn volgens Allen (1995) de rol van de therapeut, de randvoorwaarden en de balans tussen afstand en nabijheid van belang. Ook uit het onderzoek van Henley (1995) blijkt de rol van de therapeut van belang te zijn in het open atelier. Door in de buurt van de cliënt beeldend te werken bijvoorbeeld, kan de cliënt afkijken bij de therapeut. De cliënt wordt beïnvloed en kan in beweging komen zonder overspoeld te raken. Door de therapeut, randvoorwaarden en afstand en nabijheid wordt er een omgeving gecreëerd waar de cliënt door middel van het proces van beeldend werken aan zijn doelen, emoties en conflicten kan werken, waardoor er een therapeutisch effect ontstaat (Kapitan, 2008; McGraw, 1995; Allen, 1995; Henley, 1995).

Interviews beeldend therapeut

Bij het open atelier van de KIB ontstaat het therapeutisch effect, volgens Gestel (persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015), doordat het open atelier een oefenruimte is, zie bijlage 1.7. Dagelijkse situaties kunnen cliënten oefenen in het open atelier. Daarnaast is het een plek die je doelmatig kunt inzetten, doordat de cliënt bewust aan zijn of haar doelen kan werken. Bij de KIB is het ook zo, dat de cliënten, die daar komen, vaak al een lang behandeltraject hebben ondergaan, waardoor ze genoeg hebben van het therapeutische gedoe. De cliënten uiten dit in weerstand en vermijding. Volgens Gestel (persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015), ervaren cliënten het open atelier niet als therapie wanneer ze net zijn opgenomen, door de rol van de therapeut. Hierdoor dient het open atelier als plek om tot rust te komen en open te staan voor een nieuwe behandeling, zonder geforceerd te worden door therapeutische sferen. Het open atelier sluit hierdoor aan bij de behoeften van de cliënten.

Triangulatie

Door gebruik te maken van triangulatie, komen er overeenkomsten en verschillen naar voren in de data van het literatuuronderzoek en de interviews. De benadering van het open atelier op de KIB (L. van Gestel, persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015) komt overeen met de benadering als in de Verenigde Staten. Niet de talenten, maar het proces en het product van de cliënten zijn van belang, waardoor de cliënten dagelijkse situaties kunnen oefenen en doelmatig kunnen inzetten (Vick & Sexton-Radek, 2008). Door deze benadering kan er een therapeutisch effect ontstaan (Kapitan, 2008). Een andere overeenkomst is dat zowel volgens Allen (1995), Henley (1995) en Gestel (persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015) de rol van de therapeut belangrijk is in het open atelier. De cliënten kunnen tot rust komen en een nieuwe behandeling beginnen zonder geforceerd te worden. De cliënten bij de KIB ervaren het zelfs niet

[1]Zie begrippenlijst

als therapie, wanneer ze net zijn opgenomen (L. van Gestel, persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015).

3.4 Wat is de houding van de therapeut in het open atelier op de Kliniek Intensieve Behandeling?

Door middel van literatuuronderzoek is de definitie van het begrip 'houding' onderzocht. In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van de definitie van Eagly en Ghaiken (2007), om een houding te definiëren. Aan de hand van de Rose of Leary (1957) is er specifiek naar de houding van de beeldend therapeut gekeken, in het open atelier bij de KIB. Dit is onderzocht door middel van de dataverzamelingstechnieken, interviews en participerende observatie.

Literatuuronderzoek

Een houding kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Volgens Fazio (1995) is een houding een associatie in het geheugen tussen een gegeven object en een gegeven samengevatte evaluatie van het object. Petty en Cappioppo (1981) benoemen de houding als een algemeen en aanhoudend positief of negatief gevoel wat betreft een persoon, object of probleem. Maio en Haddock (2010) definiëren een houding als een algemene evaluatie van een object, die is gebaseerd op cognitieve, emotionele en gedragsmatige informatie. In het onderzoek van Eagly en Ghaiken (2007) wordt een overkoepelende definitie van de houding gegeven, die in zijn geheel is geoperationaliseerd. Deze definitie is hierdoor geschikt voor onderzoek (Eagly en Ghaiken, 2007) en zal daarom in het huidige onderzoek worden gehanteerd.

De houding wordt door Eagely en Ghaiken (2007) omschreven aan de hand van drie essentiële kenmerken, namelijk evaluatie, attitude object en neiging. Gezamenlijk verwijzen deze elementen naar een individuele geneigdheid om aspecten in het leven te evalueren met enige vorm van voorkeuren en afkeuren (Eagly, & Ghaiken,1993, 2007; Maio, & Haddock, 2010). Het evalueren refereert naar alle manieren van reageren, dit kan openlijk of verkapt zijn, cognitief, emotioneel of gedragsmatig. De reacties hoeven niet bewust ervaren te worden door het individu. Deze manier van reageren is direct gericht op een attitude object, zoals een persoon, een stad of een ideologie. Alles wat onderscheidbaar of onthouden kan worden, soms niet binnen het bewustzijn, kan geëvalueerd worden en is een attitude object. Attitude object kan abstract zijn of concreet, zowel individueel of collectief. Het attitude object bevat de stimuli die de evaluatieve respons ontlokt; psychologen identificeren dit als de houding. Dit attitude object is een belangrijk onderdeel van de definitie van de houding, aangezien er hierdoor een onderscheid word gemaakt tussen het construct houding en andere psychologische constructen zoals stemming, waarbij reacties geëvalueerd worden die meer diffuus zijn omdat ze niet direct gericht zijn op een afgebakend attitude object (Eagly, & Ghaiken, 2007). Door middel van deze definitie van een houding, wordt de houding in de gedachte van het individu geplaatst. Campbell (1963) heeft een overtuigend statement over zijn algemene benadering wat betreft de houding:

> '*which he defined as states of the person that come into being on the basis of some transaction with the environment.These states then affect subsequent responding. Attitudes do not exist at all until an individual perceives an attitude object, on a conscious or unconscious basis, and responds to it on an explicit or implicit basis.' (p.584)*

Dit betekent niet dat de eerste respons volledig voortkomt vanuit de omgeving, maar het kan beïnvloed worden door geëvolutioneerde aanleg of vooroordelen, die gericht zijn op de prikkel om het attitude object te vormen. De houding van een individu, gericht naar een attitude object, komt dus niet voort uit de eerste ontmoeting met de attitude object. Een individu die geen bewuste of onbewuste blootstelling heeft aan een attitude object, kan geen negatieve houding ten opzichte van dit attitude object hebben. In plaats daarvan heeft het individu waarlijk een gemakkelijker verworden negatieve houding (Eagly,& Ghaiken, 2007).

Interviews beeldend therapeut

[1]Zie begrippenlijst

De houding van de therapeut vormt samen met de interventies die de therapeut pleegt, de rol van de therapeut. De rol van de therapeut waarborgt het therapeutisch effect van het open atelier (McGraw, 1995; Allen, 1995; Henley, 1995; FVB & GGZ Nederland, 2012; Smeijsters, 2008). Naast de houding en de interventies van de beeldend therapeut, bestaat de rol van de beeldend therapeut van de KIB ook uit een bepaalde werkwijze die gehanteerd wordt. De werkwijze is bepalend voor de houding en interventies. Volgens Gestel (persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015) bestaat zijn werkwijze uit het werken in het hier en nu, zie bijlage 1.8. Doordat het proces van de cliënten wordt gevolgd, kan er doelmatig worden gewerkt. In de individuele beeldende therapie wordt dieper op de doelen ingegaan dan binnen het open atelier, waardoor het open atelier wat oppervlakkiger blijft.

Gestel maakt gebruik van 'mentalization-based treatment' (MBT) om bewustwording bij de cliënten tot stand te brengen. Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat mentalisatie een psychisch proces van begrijpend waarnemen is, waarbij je je eigen acties en die van een ander kunt zien als betekenisvol en voorkomend uit de verlangens, behoeften, gevoelens, overtuigingen en bedoelingen die jij of een ander hebt. Als cliënten met borderline problematiek beter leren mentaliseren, kunnen ze meer afstand nemen van het intense gevoel van het moment. Zullen ze beter met stresssituaties om kunnen gaan en minder impulsief, agressief of zelfdestructief gedrag vertonen. Uiteindelijk leidt dit tot een beter zelfgevoel en tot gezondere en stabielere relaties (Schweizer, 2009). Volgens Verfaille (2011) ligt de essentie van mentaliseren in de houding van de therapeut ten opzichte van het proces. De mentaliserende houding van een beeldend therapeut is een onderzoekende, nieuwsgierige en zelfs speelse houding ten opzichte van gemoedstoestanden van de cliënt en van de therapeut zelf. Er is niet bekend hoe een mentaliserende houding eruit ziet binnen het open atelier. De mentaliserende houding van Gestel is terug te zien in de nonchalante houding en grapjes die hij maakt, zie bijlage 1.9.

De KIB heeft ook een andere insteek in vergelijking met andere GGZ instellingen. Deze andere insteek zit hem in de therapeutische relatie. In plaats van dat er professionele afstand is, is er meer professionele nabijheid. Deze professionele nabijheid is ook terug te zien in zijn houding, zie bijlage 1.8. Volgens Gestel (persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015) is zijn professionele nabijheid terug te zien in zijn houding doordat hij zichzelf is als therapeut. Hij deelt persoonlijke onderwerpen met de cliënt, waardoor er mogelijk een minder beladen sfeer ontstaat.

De algemene houding van Gestel, omschrijft Gestel elk interview als ondersteunend. Onder een ondersteunende houding omschrijft hij het bijstaan van cliënten, door de cliënten ruimte te geven, te motiveren en aan te sturen. Hij neemt de cliënt serieus door onder andere de regie bij de cliënt te laten (L. van Gestel, persoonlijke mededeling, 21 april 2015). In twee interviews omschrijft hij ook zijn houding als afwachtend, wat zich uit in veelal niets doen en terughoudend zijn. Door een afwachtende houding aan te nemen, biedt hij de cliënten ruimte. Dit doet hij onder andere door zelf beeldend te werken tijdens het open atelier. Deze interventie past bij zijn authenticiteit. Van zichzelf heeft Gestel een nonchalante houding, problematiek normaliseert Gestel door onder andere grapjes te maken. Dit kan de cliënten helpen om dingen niet te zwaar te nemen. Aan de hand van deze authenticiteit werkt Gestel op de automatische piloot en is hij constant aan het observeren, hij is heel alert en zoekend. Door steeds in het hier en nu te werken, probeert Gestel houdingen uit bij cliënten, op zoek naar het beste effect. Daarnaast is hij steeds aan het afstemmen, door zich aan te sluiten op de sfeer, situatie en cliënt. Op de cliënt afstemmen, doet hij door zich bewust te zijn van het niveau van de cliënt, door te letten op zijn of haar gedrag, problematiek en eigenschappen. Ook stemt hij af door aan te sluiten op de interesse en behoefte van de cliënt

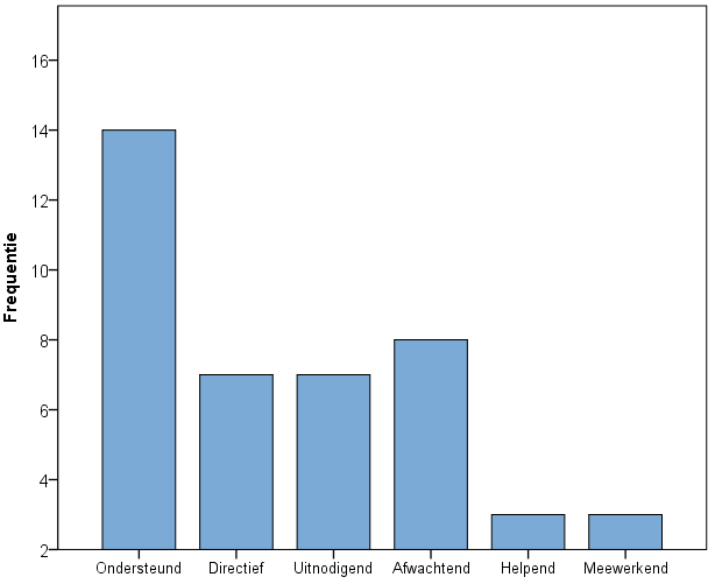
Interviews begeleider

Tijdens de interviews met de begeleiders werd de basishouding van Gestel vaak omschreven als vrijblijvend, afwachtend en ondersteunend. De geïnterviewde benoemde dit als op de achtergrond aanwezig zijn, cliënten de ruimte geven en waar nodig is ondersteunen in het beeldend werk. Hij wordt ook omschreven als nonchalant, doordat hij rustig is en grapjes maakt met de cliënten. Ondertussen is hij heel alert en observeert de cliënten, zodat hij steeds op de

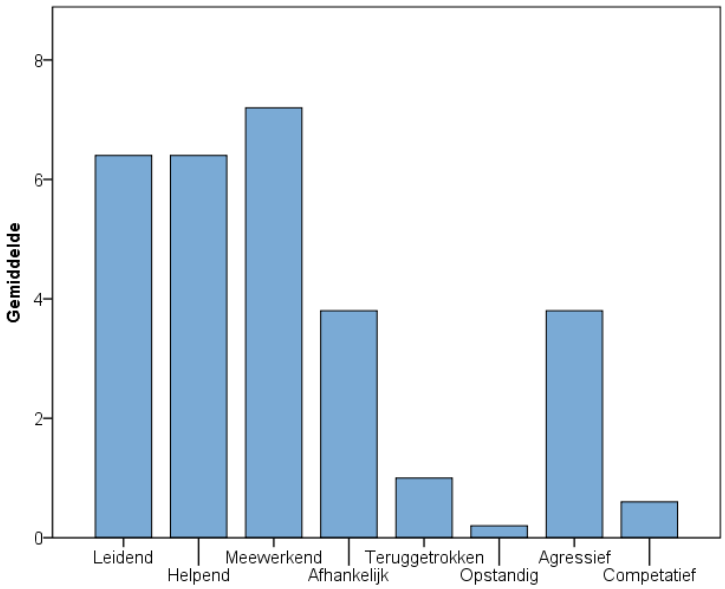
[1]Zie begrippenlijst

cliënt kan afstemmen. Hij is zich bewust van de intelligentie en het emotionele niveau van de cliënt en sluit hierbij aan.

Triangulatie interviews
De data uit de interviews met de begeleiders en de data uit de interviews met de beeldend therapeut zijn getrianguleerd. Vanuit deze data is er een codeboom gemaakt over de houding van de beeldend therapeut, zie bijlage 1.9. In SPSS is vanuit de data van de codeboom een histogram gemaakt, zie figuur 2. Hierin is te zien dat de geïnterviewde de houding van de beeldend therapeut het meest omschreven hebben als ondersteunend. Dit heeft Gestel in vijf interviews meerdere keren benoemd en de begeleiders in drie interviews. Ook komt de afwachtende houding vaak terug. Daarnaast is zowel door de begeleiders als door Gestel zelf zijn nonchalante en normaliserende houding benoemd, zoals in bijlage 1.9 is te zien. Hierdoor wordt de problematiek kleiner gemaakt en wordt het makkelijker voor de cliënt om doelen te behalen. Ten slotte is het afstemmen op de cliënt een terugkomend aspect.



Figuur 2. Frequentie therapeutische houding in vijf sessies vanuit interviews



Figuur 3. Gemiddelde frequentie therapeutische houding in vijf sessies vanuit participerende observaties

Participerende observaties
Tijdens het open atelier is door de onderzoeker geobserveerd aan de hand van de Rose of Leary (1957). Aan de hand van de observatielijst is de houding door middel van frequentie geobserveerd. Om de observatielijst overzichtelijk te houden, is de omschrijving van de interpersoonlijke variabele versimpeld, zoals in bijlage 2.2 is te zien. In bijlage 2.1 is de volledige omschrijving van de Rose of Leary te vinden.

In SPSS is de gemiddelde frequentie per houding berekend en verwerkt in een histogram, zie figuur 3. Hierin is te zien dat de distributie van de gemiddelde houding niet evenwichtig is verdeeld, aangezien niet elke houding even vaak voorkomt. Gestel neemt mogelijk bepaalde houdingen vaker aan dan andere houdingen tijden het open atelier. Tijdens de interviews, met zowel de beeldend therapeut als begeleider, is de houding als ondersteunend benoemd. In bijlage 2.4 is te zien dat de onderzoeker niet heeft geobserveerd op een ondersteunende houding. De omschrijving die Gestel (persoonlijke mededeling, 21 april 2015) geeft aan een ondersteunende houding, komt overeen met de omschrijving van een helpende en meewerkende houding. In figuur 3 is te zien dat de meewerkende en helpende houding gemiddeld het meeste is geobserveerd per sessie. De helpende en meewerkende houding hebben respectievelijk een gemiddelde frequentie van 6.40 en 7.20 per sessie, zoals in tabel 2 is te zien. Samen met de gemiddelde frequentie van 6.40 per sessie van de leidende houding, komen deze drie houdingen het meeste voor. Hierna komt de afhankelijke houding met een

[1]Zie begrippenlijst

gemiddelde van 3.80, en de agressieve houding van 3.80 het meeste voor. De opstandige houding is slechts eenmaal geobserveerd door de onderzoeker.

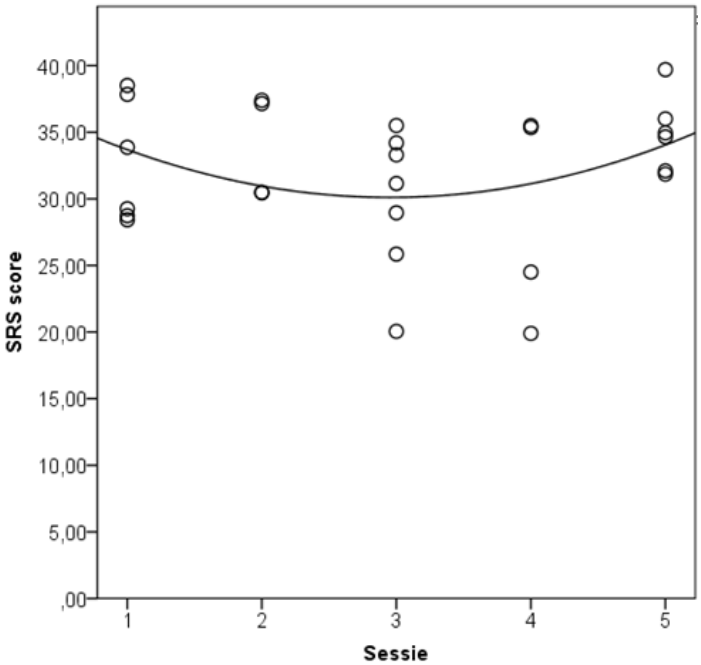
Tabel 2. *.Aantal sessie, Minimum, Maximum, Gemiddelde en Standaarddeviatie van de Geobserveerde Therapeutische Houding*

Interpersoonlijke variabele	Aantal sessies	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard deviatie	Totaal
Leidend	5	4	8	6.40	1.82	32
Helpend	5	4	12	6.40	3.36	32
Meewerkend	5	5	9	7.20	1.79	36
Afhankelijk	5	1	6	3.80	1.92	19
Teruggetrokken	5	0	2	1.00	1.00	5
Opstandig	5	0	1	0.20	0.45	1
Agressief	5	1	7	3.80	2.39	19
Competitief	5	0	1	0.60	0.55	3

Triangulatie
Zowel in de interviews met de begeleider en de beeldend therapeut, als bij de observaties van de onderzoeker, komt één houding duidelijk naar voren. Tijdens de interviews wordt dit omschreven als een ondersteunende houding, door de onderzoeker is dit betiteld als helpend en meewerkend. Daarnaast komt bij de interviews een afwachtende en bij de observaties een afhankelijke houding naar voren. Opvallend is dat zowel bij de observaties als bij de interviews de opstandige en competitieve houding nauwelijks voorkomen.

3.5 Hoe ervaart de cliënt de houding van de therapeut tijdens het open atelier op de Kliniek Intensieve behandeling?

In het huidige onderzoek hebben de cliënten een vragenlijst ingevuld tijdens het open atelier. In deze vragenlijst werden vier korte vragen gesteld die beantwoord konden worden door middel van een kruisje, zie bijlage 3.1. Hierdoor is de ervaring van de cliënten op de relatie, doelen en onderwerpen, aanpak en/of werkwijzen en algehele sessie onderzocht. Waardoor er indirect onderzoek is gedaan naar de ervaring van de cliënten op de therapeutische houding. De vragenlijst is ingevuld door 27 van de 36 bij de sessies aanwezige cliënten.



Figuur 4. Session Ration Scale (SRS) score per cliënt per sessie

Vragenlijst
De Session Rating Scale (SRS) is afgenomen bij 27 cliënten, verdeeld over vijf sessies. De cliënten konden maximaal 40 scoren, wanneer ze elk item een 10 gaven, waarbij 10 de hoogste en 0 de laagste waarde was. In figuur 4 is het verloop van de SRS score te zien. Er is een lijn zichtbaar die hoog begint maar al snel daalt, vanaf sessie drie zit er weer een stijging in de lijn. In tabel 3 is een minimale score van 19.90 en een maximale score van 39.70 over de vijf sessies te zien. Gemiddeld gaven de cliënten een scoren

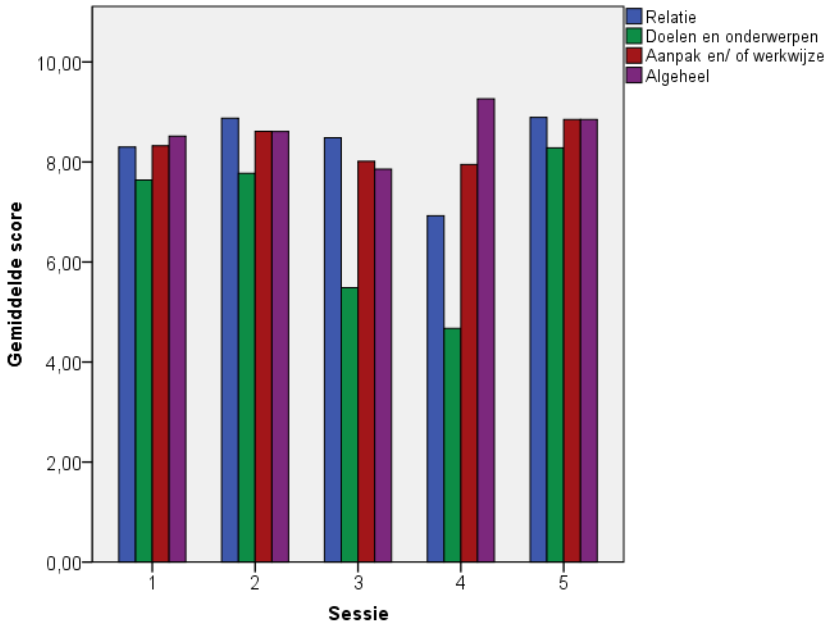
[1]Zie begrippenlijst

van 32.06, dit is onder de gewenste score van minimaal 36 (Duncan et al., 2003). Aan de hand van een betrouwbaarheidsinterval[1], is er geanalyseerd wat de cliënten in de toekomst zullen invullen, wanneer de vragenlijst na sessie vijf nog zouden worden afgenomen. Aan de hand van deze toets kan er met 90% zekerheid worden gezegd dat na sessie vijf de cliënten tussen de 29.27 en 35.21 zullen scoren op de SRS.

Tabel 3. Aantal Respondenten, Minimum, Maximum, Gemiddeld, Standaarddeviatie en Cronbach's alpha van de Session Rating Scale (SRS) en Items

	N	Minimum	Maximum	Gemiddeld	Standaard deviatie	Cronbach's alpha
SRS Score	27	19.90	39.70	32.06	5.18	0.62
Per item						
Relatie	27	0.10	10.00	8.36	1.83	
Doelen en onderwerpen	27	0	0.90	6.81	2.87	
Aanpak en/ of werkwijze	27	4.90	9.90	8.35	1.26	
Algeheel	27	5.30	9.90	8.54	1.07	

Er is ook gekeken naar de gemiddelde score per item, per sessie van de SRS. In figuur 5 zijn de vier items door middel van staafdiagrammen te zien, waardoor de gemiddelde score, die de cliënten aan elke item elke sessie hebben gegeven, zichtbaar wordt. Er is te zien dat er op het item 'doelen en onderwerpen' over het algemeen lager wordt gescoord, vergeleken met de andere drie items. In sessie drie en sessie vier geven de cliënten gemiddeld een veel lagere score in vergelijking met de andere sessies. Ook in tabel 3 is te zien dat er gemiddeld lager wordt gescoord op het item 'doelen en onderwerpen' in vergelijking met de andere drie items. Bij het item 'doelen en onderwerpen' wordt de vraag 'Wij hebben (niet) gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten' gesteld. In deze vraag wordt inhoudelijk naar de ervaring van de sessie gevraagd.



Figuur 5. Gemiddelde item score van de Session Rating Scale (SRS) per sessie.

Correlatie

Met behulp van de vragenlijst is de ervaring van de cliënten op het construct therapeutische relatie onderzocht. Door middel van de Cronbach's alpha[1] is de interne consistentie onderzocht van de vier items. De vier items representeren het construct therapeutische relatie. Aan de hand van de Cronbach's alpha is te zien in welke mate de vier items het construct representeren. Er kan een waarde tussen de 0 en 1 worden gescoord, de standaard norm ligt op 0.70. Wanneer deze waarde of hoger wordt gescoord, is er een goede interne consistentie. In het huidige onderzoek is er een Cronbach's alpha van 0.62.

Daarnaast is het verband tussen de geobserveerde houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten onderzocht. In bijlage 3.2 is te zien dat de distributie van de SRS niet

[1]Zie begrippenlijst

normaal verdeeld[1] is. De staafdiagrammen vormen namelijk geen klokvormig model, waarbij de piek in het midden ligt en de waarde naar de zijkanten minder worden. In bijlage 3.2 is de distributie scheef naar links, waarbij de piek aan de rechterkant aanwezig is en de staart naar links smaller wordt. Dit houdt in dat er gebruik moet worden gemaakt van de non-parametrische toets, de Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt[1] om een correlatie te berekenen. Door middel van deze toets is het verband tussen de geobserveerde houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten onderzocht. Daarnaast is de gevonden *p* waarden[1] vergeleken met een significantieniveau α[1] van 0.05. Wanneer de *p* waarden onder het α niveau komt, is er sprake van significantie; het is dan niet door toeval ontstaan. Er is sprake van een erg zwakke, niet significantie negatieve correlatie tussen de houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten ($r = -.20$; $p = 0.38$). Dit houdt in dat er geen verband is tussen de houding van de therapeut en de ervaring van de cliënten.

Samenvatting
Door middel van de Session Rating Scale is de ervaring van de cliënten op de therapeutische relatie onderzocht. 27 cliënten hebben de vragenlijst ingevuld met een gemiddelde waarde van 32.06. De cliënten geven de therapeutische relatie een waarde tussen de 19.90 en 39.70. De waarde fluctueert dus sterkt tussen de cliënten, maar ook tussen de sessies. In figuur 4 is een lijn zichtbaar die hoog begint, al snel daalt en daarna weer stijgt. Deze stijging zal zich waarschijnlijk voortzetten wanneer de vragenlijst voor een langere periode zou worden afgenomen, dit is berekend door middel van een betrouwbaarheidsinterval. Wanneer er per item naar de data wordt gekeken, zie figuur 5, is te zien dat er op het item ‘doelen en onderwerpen’ lager wordt gescoord dan op de andere items. Op het item ‘Algeheel’ wordt er het hoogste gescoord. Door middel van een Cronbach’s alpha is de interne consistentie van de vier items berekend, hieruit kwam een waarde van 0.62. Dit is onder de standaardnorm van 0.70. Ten slotte is er gekeken of er een relatie aanwezig is tussen de houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten. Aan de hand van een Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt is berekend dat er geen significante relatie aanwezig is.

3.6 Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling?
De cliënten die worden opgenomen bij de KIB zijn geïndiceerd met een ontwrichte behandelrelatie. Daarnaast hebben de cliënten gedragsproblemen en persoonlijkheidsproblematiek. Bij de KIB staat het ziektebeeld en probleemgedrag niet centraal, maar de interactie tussen het behandelteam en de cliënt, om de ontwrichting te verhelpen (Rooijen & Neijmeijer, 2014).

Literatuuronderzoek
De meest uitgewerkte en empirisch best ondersteunde behandelingsvormen voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn de dialectische gedragstherapie, de cognitieve therapie en de psychodynamische psychotherapie. Bij dialectische gedragstherapie leren de cliënten om te gaan met de tegenstrijdigheid tussen de noodzaak zichzelf te accepteren zoals ze zijn en de noodzaak om te veranderen. Daarnaast leren zij om ineffectieve, slecht aangepaste of niet-vaardige gedragingen, zoals suïcidaal en ander zelfdestructief gedrag, te vervangen voor gezond gedrag. Bij cognitieve therapie ligt de nadruk op het veranderen van de misinterpretatie van de werkelijkheid. Ten slotte wordt er binnen de psychodynamische psychotherapie, zoals ‘mentalization-based treatment’, gewerkt aan overdracht, afweermechanismen en emotie regulerende vaardigheden (Molen et al., 2007).

Interview beeldend therapeut
Om de ontwrichting van de cliënt te verhelpen zijn er algemene doelen binnen de KIB. Er wordt gewerkt aan de behandelrelatie en de normale relatie, door contact aan te gaan met het behandelteam, contact aan te gaan met de omgeving en openheid te geven door verschillende vormen van therapie (L. van Gestel, persoonlijk mededeling, 10 maart en 21 april 2015).

Samenvatting

[1]Zie begrippenlijst

Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen kunnen doelen behalen die in contact staan met hun identiteit en hun interpersoonlijk functioneren. Aangezien binnen de KIB het ziektebeeld en probleemgedrag niet centraal staat, richten de doelen binnen de KIB zich op het interpersoonlijk functioneren, om de ontwrichting te verhelpen. De behandelrelatie staat hierbij centraal.

3.6.1.Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling door middel van beeldende therapie?

Binnen beeldende therapie zijn er meerdere werkwijze om cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis te behandelen, zoals 'mentalization-based treatment'(MBT), 'creatief proces-therapie' en beeldende schematherapie. Om de ontwrichting te verhelpen, wordt er binnen de beeldende therapie op de KIB gebruikgemaakt van MBT om bewustwording bij de cliënten tot stand te brengen. Binnen MBT zijn er een beperkt aantal doelen te behalen, die door middel van een literatuuronderzoek in kaart zijn gebracht. Daarnaast komen andere werkwijze aan bod waarmee gewerkt kan worden.

Literatuuronderzoek

In het onderzoek van Springham et al., (2012) komen thema's naar voren waaraan binnen beeldende therapie kan wordt gewerkt met MBT. Het mentaliserend vermogen van de cliënt kan worden vergroot, bijvoorbeeld door gevoelens en gedachten te uiten en deze te delen met groepsgenoten. Cliënten merken hierdoor dat andere cliënten mentaliseren ook lastig vinden. Ook kunnen cliënten hun mening geven over het beeldend werk, waardoor de angst voor de mening van de anderen wordt verminderd. Ten slotte leert de cliënt een behandelrelatie aangaan met de therapeut.

Naast het MBT bestaan er ook andere werkwijzen waarmee binnen de beeldende therapie gewerkt kan worden, met cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek. Volgens Schweizer (2001) kan er gewerkt worden met de werkwijze 'creatief proces-therapie'[1], ontwikkeld door Kliphuis. Er kunnen doelen worden behaald die gericht zijn op de intrapsychische ontwikkeling, zoals contact leggen met eigen emoties of zelfvertrouwen ontwikkelen. Ook doelen die gericht zijn op de sociale interactie, zoals zicht krijgen op hoe anderen je ervaren en of dat correspondeert met je eigen idee, kunnen worden behaald De beeldend therapeut heeft dan een directieve houding, waarin hij of zij de cliënt actief begeleidt, zodat er ervaringsgericht en inzicht gevend wordt gewerkt (Schweizer, 2001). Volgens de Rose of Leary (1957) heeft de beeldend therapeut dan een leidende en helpende houding, zie bijlage 2.1. Daarnaast kan er gewerkt worden met beeldende schematherapie. De cliënt leert dan om zijn huidige disfunctionele gedachtepatronen en gedrag te veranderen, door inzicht te krijgen in de gevoel-, gedachte- en reactiepatronen en deze te ervaren. Hierin speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol. De beeldend therapeut neemt hierbij een focaal-inzichtgevende houding aan (Schweizer, 2009); een helpende houding volgens de Rose of Leary (1957),

Interview beeldend therapeut

Aan de algemene doelen wordt binnen psychotherapie, vaktherapie, zwemmen, open band, open sport en het open atelier gewerkt (Rooijen & Neijmeijer, 2014). In bijlage 1.10 zijn de doelen te zien waaraan binnen beeldende therapie wordt gewerkt. De cliënten kunnen verschillende soorten beeldende therapie krijgen op de KIB, namelijk individuele, de samenwerkingsgroep, de motivatiegroep en het open atelier. Binnen de individuele beeldende therapie wordt er aan persoonlijke doelen gewerkt, waarbij ook de behandelrelatie weer centraal staat. Daarnaast wordt er gewerkt aan inzicht in de problematiek, door er bewust van te worden, er mee om te leren gaan en inzicht te krijgen in de persoonlijke behoeftes. Ook wordt er gewerkt aan verandering van de cliënt, door bijvoorbeeld zichzelf te laten zien. Cliënten leren dat ze er mogen zijn, zich kwetsbaar op mogen stellen en open en kwetsbaar te zijn in contact met anderen. Ten slotte leren cliënten keuzes te maken, door bijvoorbeeld in beeldend werk een kleur te kiezen of door aan te geven wat zij willen drinken.

[1]Zie begrippenlijst

Samenvatting
Binnen beeldende therapie kan er met meerdere soorten werkwijzen worden gewerkt met cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek. Zowel met MBT, creatief proces-therapie en beeldende schematherapie wordt er gewerkt aan het ontwikkelen van de intrapsychische vaardigheden. Gevoelens en gedachten worden onder andere geuit en worden gedeeld met andere mensen. Daarnaast heeft, binnen deze drie werkwijzen, de therapeutische relatie een belangrijke rol (Springham et al., 2012; Schweizer, 2001 & 2009). Dit komt overeen met de informatie uit het interview met de beeldend therapeut, waarbij de behandelrelatie centraal staat. Ten slotte zijn er ook overeenkomsten tussen de doelen, zoals je kwetsbaar opstellen en kwetsbaar zijn in contact, verandering en jezelf accepteren zoals je bent.

3.6.2.Welke doelen zijn te behalen met de cliënten op de Kliniek Intensieve Behandeling door middel van het open atelier?

Literatuuronderzoek
Volgens Morris en Willis-Rauch (2014) wordt door middel van een open atelier in een psychiatrische instelling de mogelijkheid gecreëerd om de 'artistics sensibility'[1] te ontwikkelen. Hierdoor kan een cliënt mentale toestanden, zoals acceptatie, zelfvertrouwen, empathie, inzicht, symbolisatie, persoonlijke visie en hogere tolerantie voor imperfectie en dubbelzinnigheid, bereiken (Morris & Willis-Rauch, 2014). Daarnaast kunnen, door gebruik te maken van de studio-based bandering, ongeïntegreerde gevoelens worden beperkt en worden geïntegreerd. Ook het beeldend werk is een doel binnen het open atelier. De cliënten kunnen zo lang werken aan het beeldend werk als ze willen en dit ervaren, doordat ze kunnen binnenlopen en gaan wanneer ze dat zelf willen. Hierdoor leren de cliënten zelf meer autonomie te ontwikkelen. Bovendien is de verbale interactie veelal gericht op een symbolisch niveau over het beeldend werk, waarbij de nadruk voortdurend ligt op de ontwikkeling van de beeldtaal en symboliek van de cliënt. Ten slotte wordt de groepsdynamiek alleen gebruikt om angst en chaotische gevoelens te verminderen, zodat de weg naar symbolische communicatie vergroot kan worden (Brown, 2014).

Interview beeldend therapeut
De persoonlijke doelen waaraan binnen de individuele beeldende therapie wordt gewerkt komen allemaal terug in het open atelier, omdat het een plek is waar processen kunnen worden voortgezet en cliënten deze doelmatig kunnen inzetten (L. van Gestel, persoonlijk mededeling, 10 maart en 21 april 2015). Naast deze doelen heeft het open atelier zelf ook nog doelen. Bij het open atelier maken nieuwe cliënten vaak voor het eerst contact met de beeldend therapeut en de medecliënten. Het is een plek waar de cliënt opnieuw de behandelrelatie kan aangaan en deze kan opbouwen tot een gezonde relatie. Hierdoor heeft het open atelier ook als doel om de eerste individuele afspraak te maken met de beeldend therapeut, om het proces aan te gaan. Wanneer cliënten al langer opgenomen zijn bij de KIB, dient het open atelier vooral als oefenruimte om aan de persoonlijke doelen te werken. Ook dient het als plek om beeldend te werken, dit kan als tijdverdrijf zijn vanuit vermijding. De cliënt kan ook eigenheid leren ontdekken in het beeldend werk, zelf regie in handen te leren nemen en bij jezelf te blijven. Het beeldend werk heeft ten slotte vooral als doel om leren beeldend te werken in de groep (L. van Gestel, persoonlijk mededeling, 10 maart en 21 april 2015).

Samenvatting
Vanuit de literatuur is naar voren gekomen dat er aan verschillende doelen kan worden gewerkt binnen het open atelier, zoals 'artistics sensibility', onverwerkte gevoelens integreren en het beeldend werk. Er kan gewerkt worden aan deze doelen, omdat er gebruik wordt gemaakt van de studio-based benadering. Dit is ook terug te zien in het interview met de beeldend therapeut, doordat Gestel (persoonlijk mededeling, 10 maart en 21 april 2015) het open atelier definieert als een oefenruimte. Naast de mogelijkheid het open atelier doelmatig in te zetten, heeft het open atelier zelf ook nog doelen die in contact staan met de behandelrelatie. Zowel in het literatuuronderzoek als het interview wordt benoemd dat beeldend werken ook een doel is binnen het open atelier.

[1]Zie begrippenlijst

Triangulatie deelvraag 3.6, subvraag 3.6.1 en subvraag 3.6.2

Binnen de KIB zijn er algemene doelen waaraan wordt gewerkt, zoals de behandelrelatie, contact aangaan en openheid geven. Deze doelen richten zich op het interpersoonlijk functioneren. Vanuit het literatuuronderzoek komen deze doelen overeen met de doelen die te behalen zijn met de cliënten. Zowel uit het literatuuronderzoek als de interviews blijkt het vergroten van het mentaliserend vermogen centraal te staan bij het behalen van de algemene doelen. Dit komt ook terug in de individuele beeldende therapie, door middel van gedragsverandering en zelfacceptatie. Aan deze doelen en aan de persoonlijke doelen wordt gewerkt tijdens het open atelier. Zowel in het literatuuronderzoek als tijdens het interview met de beeldend therapeut, wordt het open atelier benoemd als plek die doelmatig kan worden ingezet. Daarnaast heeft het open atelier op de KIB zelf ook nog doelen, zoals het eerste contact aangaan als doel voor nieuwe cliënten, maar ook op het gebied van beeldend werken. Het beeldend werken wordt ook benoemd als doel in het literatuuronderzoek. In de vragenlijst werd er naar de ervaring van de cliënten betreffende de doelen en onderwerpen gevraagd. Op dit item scoorden de cliënten gemiddeld lager, met een gemiddelde score van 6.81.

[1]Zie begrippenlijst

4. Discussie

In het huidige onderzoek is de vraag 'Welke bijdrage heeft de houding van de beeldend therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier, op de Kliniek Intensieve Behandeling?' onderzocht. Hiervoor is gebruikgemaakt van literatuuronderzoek, interviews, vragenlijsten, participerende observatie en triangulatie.

In het open atelier kan de cliënt dagelijkse situaties oefenen en deze doelmatig inzetten. Daarnaast wordt de rol van de therapeut als belangrijk aangeduid. De rol van de therapeut bestaat onder andere uit de houding. Vanuit de interviews en observaties blijkt de beeldend therapeut een ondersteunende, helpende en meewerkende houding te hebben. Daarnaast komt bij de interviews een afwachtende en bij de observaties een afhankelijke houding naar voren. De beeldend therapeut zit dus in de interactiepositie naast-onder en naast-boven van de Rose of Leary. De cliënten beoordelen deze houding als lager dan de gewenste norm. Er zit waarschijnlijk wel progressie in de ervaring van de cliënten, wanneer de vragenlijsten gedurende langere tijd worden afgenomen. Tussen de houding en de ervaring blijkt geen significante relatie te zitten. Zoals eerder benoemd kan het open atelier doelmatig worden ingezet, doordat er aan algemene en persoonlijke doelen kan worden gewerkt. Daarnaast heeft het open atelier, op de KIB, zelf ook doelen, zoals contact aangaan en beeldend werken. Ook al ervaart de cliënt zelf minder dat er aan doelen worden gewerkt binnen het open atelier, toch blijkt het open atelier een therapeutisch effect te hebben. Vanuit zowel het literatuuronderzoek als de interviews komt naar voren dat het therapeutisch effect van het open atelier kan ontstaan door het proces en het product van de cliënt.

4.1. Onderzoeksmethode

Literatuur onderzoek

Door middel van literatuuronderzoek is onderzoek gedaan naar het therapeutisch effect van het open atelier. Er is gebruikgemaakt van verschillende zoekmachines binnen een grote database, namelijk die van de Universiteit Twente en Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Er is een breed scala aan zoektermen gebruikt, zodat waarschijnlijk alle literatuur die direct of indirect aan het onderzoek verwant is, gevonden is. Aangezien er weinig onderzoek is gedaan naar het open atelier, zijn er ook weinig wetenschappelijke peer reviewed[1] artikelen over dit onderwerp gevonden. Hierdoor is ook gekeken naar niet-wetenschappelijke artikelen en artikelen over beeldende therapie in het algemeen, om zoveel mogelijk informatie te vinden over het open atelier. De niet-wetenschappelijke artikelen zijn niet kritisch beoordeeld door collega's uit eigen beroepsgroep, waardoor deze artikelen minder betrouwbare informatie bevatten.

Interviews

Er is gebruikgemaakt van de dataverzamelingstechniek interviews, om meerdere deelvragen te onderzoeken. De beeldend therapeut is altijd door beide onderzoekers geïnterviewd, waardoor de betrouwbaarheid van deze techniek is vergroot. Door gebruik te maken van twee verschillende perspectieven, kon verdiepende informatie worden verzameld aangezien de twee onderzoekers elkaar telkens konden aanvullen. De begeleiders zijn altijd afwisselend door één onderzoeker geïnterviewd, in een aparte ruimte. De reactiviteit[1], een bedreiging op de validiteit, is hierdoor zoveel mogelijk voorkomen. De begeleider kon namelijk vrij spreken zonder zich belemmerd te voelen door de aanwezigheid van de beeldend therapeut en cliënten.

Ook al werden de interviews afgenomen aan de hand van een script met een tijdsbeperking van vijf minuten om de consistentie te waarborgen, is de validiteit van deze techniek minder. Er is namelijk een verschil aanwezig in de lengte van de interviews van beide onderzoekers. Hierdoor kan er onbelangrijke informatie aan bod zijn gekomen of werd er minder tijd besteed aan het interview. Als er minder tijd is besteed aan het interview wordt de validiteit bedreigd, doordat mogelijk niet alle informatie is verkregen. Hierdoor kan er sneller inconsistentie ontstaat tussen de data van de beeldend therapeut en begeleider. Een mogelijke oorzaak van een korter interview wordt gevormd door afwijking van het script. Daarnaast kan bijdragen dat één onderzoeker minder objectief was, waardoor er minder diep op informatie is ingegaan.

[1]Zie begrippenlijst

De verkregen informatie verschilt ook op inhoudelijk niveau, doordat elke week een andere begeleider aanwezig was met verschillende soorten niveaus en beroepen. De verschillende soorten niveaus en beroepen hoeft de betrouwbaarheid niet te schaden, doordat bepaalde aspecten beter worden gezien wanneer iemand al langer werkzaam is. Wanneer deze aspecten ook worden gezien door een stagiaire vergroot dit de betrouwbaarheid van de informatie, aangezien meerdere geïnterviewde dezelfde aspecten hebben waargenomen.

Vragenlijst

Officieel is de Session Rating Scale (SRS) niet ontwikkeld om de ervaring van de cliënt, met betrekking tot de houding van de therapeut, te onderzoeken. De SRS meet namelijk indirect de houding van de therapeut, maar niet direct. Aan de hand van vier items is het construct therapeutische relatie bevraagd. Door middel van de Cronbach's Alpha is de interne consistentie van deze items onderzocht; deze was niet hoog en zelfs onder de gewenste 0.70 (Veaux et al., 2014). Het construct bevat maar vier items waardoor mogelijk het construct niet goed is onderzocht. Hoe meer items het construct bevat, hoe representatiever het construct is, waardoor de vragenlijst ook betrouwbaarder wordt (Eisinga, Grotenhuis & Pelzer 2013). Mogelijk is de SRS niet het juiste kader om de ervaring van de cliënt met betrekking tot de houding van de therapeut te onderzoeken.

Ten tweede is de SRS een korte vragenlijst (Duncan et al., 2003), waardoor niet dezelfde precieze of verdiepende informatie kan worden gemeten als met een meetinstrument die specifiek de ervaring van de houding meet, zoals de Interpersonal Check List (ICL). Hierdoor vermindert de betrouwbaarheid van de informatie, hoewel de SRS wel aansluit op de capaciteiten van de cliënt. Wanneer er gebruik zou worden gemaakt van een ander, langer meetinstrument zou de betrouwbaarheid mogelijk nog minder zijn, doordat de cliënten het niet aankunnen. Ook is de verdiepende informatie moeilijk te verkrijgen, doordat het een zelfrapportage is van de cliënten, die juist ontwrichtende problematiek hebben (Duncan, et al., 2003).

Ten derde is de vragenlijst op een zo min mogelijk beladen manier aangereikt en konden de cliënten er zelf voor kiezen om wel of niet mee te doen aan het onderzoek. Mogelijk voelden ze zich hierdoor minder gedwongen om de vragenlijst in te vullen. De onderzoekers waren aanwezig wanneer de cliënten de vragenlijsten invulden en observeerden dat er soms dynamiek in de relatie ontstond die anders misschien niet aanwezig was. Door te werken vanuit de motivatie van de cliënten wordt de validiteit van de gegevens vergroot, doordat de cliënten zelf de vragenlijsten wilden invullen. Hierdoor vertonen de cliënten zo min mogelijk gewenst gedrag, richting de verwachtingen van de onderzoeker, maar vullen de vragenlijsten in vanuit hun eigen mening. De gewenste karakteristieken[1] worden daarnaast zoveel mogelijk vermeden, aangezien de SRS al een subjectief karakter heeft waarbij sociaal wenselijk gedrag snel wordt uitgelokt (Hafkenscheid, 2012). Om de objectiviteit van de onderzoekers zoveel mogelijk te behouden, hebben de cliënten de ingevulde vragenlijsten in een afgesloten doos gedaan. Aan het einde van de sessie werd de doos geleegd door de onderzoekers en hadden zij inzicht in de vragenlijsten, waardoor ze mogelijk toch werden beïnvloed. Volgens Gestel (persoonlijke mededeling, 21 april 2015) heeft deze laagdrempelige manier van de vragenlijsten afnemen, de cliënten niet beïnvloed. De beeldend therapeut heeft tijdens het gehele onderzoek geen ingevulde vragenlijst gezien, zodat hij niet beïnvloed werd, door de antwoorden van de cliënten.

Ten slotte hebben de onderzoekers, cliënten die elke week aanwezig waren, geteld als aparte cliënt, aangezien niet te herleiden was welke vragenlijst van welke cliënt was. Hierdoor is de bedreiging op de validiteit, test reactiviteit[1] aanwezig. Cliënten die eerder de vragenlijst hebben ingevuld, herinneren zich mogelijk wat ze de vorige keer hebben ingevuld. Dit heeft invloed op de antwoorden van de daar opvolgende vragenlijst. Als er daarnaast bijvoorbeeld één heel positieve of negatieve cliënt aanwezig is en deze cliënt elke week aanwezig is, heeft dit invloed op de gegevens.

Kortom, de SRS is een vragenlijst die aansluit bij de capaciteiten van de cliënten. De vragenlijst werd op een zo min mogelijk beladen manier aangereikt, waardoor de informatie verkregen uit de vragenlijst redelijk betrouwbaar is. Er is echter niet bekend of ook het juiste

[1]Zie begrippenlijst

construct is gemeten bij de cliënten en er kan test reactiviteit aanwezig zijn, waardoor de validiteit wordt bedreigd.

Externe validiteit van de vragenlijst
Tijdens het onderzoek hebben 27 cliënten, verspreid over vijf sessies, de vragenlijsten ingevuld. Voor een valide steekproef is er volgens Smaling (2009) een statistische representatie van verschijnselen die relevant zijn voor de onderzoeksvraagstelling nodig, zoals de diagnose borderline. Deze diagnose moet dan verhoudingsgewijs even vaak voorkomen in de steekproef als in de beoogde populatie. Daarnaast moet de steekproef 10% van de populatie zijn, met een minimum van 40 respondenten (Universiteit Utrecht, z.d.). Aangezien uiteindelijk slechts 27 cliënten de vragenlijsten hebben ingevuld, is de steekproef niet statistisch te generaliseren (Smaling, 2009). Door onder andere deze eigenschap van de steekproef wordt de externe validiteit bedreigd.

Daarnaast hebben er 34 vrouwen en 2 mannen deelgenomen aan het onderzoek. Door de deelname van de 2 mannen, zijn de uitkomsten niet meer te generaliseren naar een vrouwelijke populatie met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Mannelijke cliënten reageren namelijk anders op een mannelijke therapeut dan vrouwelijke cliënten op een mannelijke therapeut. Concluderend is, door het hoge aantal borderline persoonlijkheidsstoornis diagnoses, de vragenlijst mogelijk wel te generaliseren naar cliënten tussen de 19 en 46 jaar, met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Participerende observatie
Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker deelgenomen aan het open atelier voor observaties. Door fysiek deel te nemen aan het open atelier ontstaat er reactiviteit wat de interne validiteit bedreigt. Hierdoor worden zowel de therapeut als de cliënten beïnvloed in hun gedrag, door gewenst of juist ongewenst gedrag te vertonen. De beeldend therapeut heeft mogelijk zijn houding veranderd doordat hij werd geobserveerd. Of de beeldend therapeut is zich bewuster van zijn houding geworden, waardoor hij zijn houding mogelijk ook bewuster is gaan inzetten als therapeutisch aspect. Voor de cliënten heeft er mogelijk een verandering plaatsgevonden in de veiligheid van het open atelier. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen heeft er een afstemmingsfase plaatsgevonden aan het begin van het onderzoek. De onderzoeker was onbekend voor de cliënten en was een extra lid in de groep. Hierdoor was het open atelier soms heel druk en onbekend, wat voor enkele cliënten mogelijk een reden was om niet te komen. Voor andere cliënten was het mogelijk juist een reden om wel te komen, doordat de onderzoekers geen therapeutische taken uitvoerden maar wel contact maakten. Volgens Gestel (persoonlijke mededeling, 21april 2015) hebben de onderzoekers de sfeer in het open atelier niet aangetast ondanks de deelname aan het
open atelier.

Bij het observeren is gebruikgemaakt van de Rose of Leary. Volgens Paddock en Nowicki (1986) heeft de Rose of Leary een beperking om de onderliggende structuren van de interpersoonlijke data te openbaren, doordat het een multidimensionale schaal is. Hierdoor kunnen er ook ander constructen worden weerspiegeld. Daarnaast is de omschrijving van de acht interpersoonlijke variabelen vereenvoudigd, waardoor mogelijk de kans groter wordt dat er andere constructen worden weerspiegeld. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de Rose of Leary mogelijk verminderd in vergelijking met de originele versie. Ten slotte heeft de onderzoeker tijdens het open atelier aantekeningen gemaakt om zoveel mogelijk data te verzamelen, maar pas achteraf kon de observatielijst worden ingevuld. Het kan zijn dat de onderzoeker hierdoor houdingen heeft gemist of verkeerd heeft geïnterpreteerd, waardoor de construct validiteit[1] van deze dataverzamelingstechniek wordt verminderd. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen is de onderzoeker bij elke sessie na 60 minuten naar een aparte ruimte gegaan om aantekeningen te maken.

Triangulatie
Door gebruik te maken van triangulatie in het onderzoek worden de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens ondersteund. De resultaten van de verschillende databronnen worden

[1]Zie begrippenlijst

met elkaar vergeleken. Daarnaast zijn de interviews door beide onderzoekers geanalyseerd. Dit vergroot de objectiviteit, waardoor de verkregen gegevens betrouwbaarder zijn. Alleen de deelvraag betreffende de ervaring van de cliënten is door middel van één dataverzamelingstechniek onderzocht, waardoor er niet getrianguleerd kon worden. Kortom door gebruik te maken van triangulatie is er veel consistentie gevonden in de verschillende soorten data, waardoor elke data bron betrouwbaarder is.

4.2 Resultaten

Therapeutisch effect

Er is weinig onderzoek gedaan naar het therapeutisch effect van het open atelier, waardoor er weinig wetenschappelijke literatuur is gevonden over het therapeutisch effect. Het kan zijn dat er daardoor andere aspecten bijdragen aan het therapeutisch effect, waar nog geen onderzoek naar is gedaan. Deze mogelijke aspecten zijn dus nog niet in kaart gebracht. Toch zijn er in de literatuur consistente aspecten gevonden die bekrachtigd worden door de interviews, waardoor de betrouwbaarheid van deze data wordt vergroot. In het onderzoek van Vick en Sexton-Radek (2008) is er een duidelijk verschil gevonden binnen het open atelier wat betreft het therapeutisch effect. Het open atelier in de Verenigde Staten wordt namelijk benoemd als therapeutisch, maar in Europa niet. De frictie tussen de Verenigde Staten en Europa is ook terug te zien binnen het huidige onderzoek.

De frictie is terug te zien in het huidige onderzoek, doordat benoemd wordt dat de beeldend therapeut niet wordt gezien als therapeut, terwijl de rol van de therapeut onder ander voor het therapeutisch effect zorgt. Daarnaast ervaren sommige cliënten het niet als therapie en anderzijds wordt het wel benoemd als therapeutisch. Er ontstaat hierdoor frictie binnen de gegevens van de interviews met de beeldend therapeut, waarin hij zichzelf op een bepaalde manier tegenspreekt wanneer de thema's ervaring van de cliënten en therapeutisch effect worden besproken. Daarnaast is er frictie terug te zien in de gegevens van de vragenlijst. Er is namelijk geen verband aanwezig tussen de houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten. Ten slotte mogen de cliënten zelf kiezen of ze aan hun doelen werken. Deze vrijblijvendheid binnen het open atelier biedt hen de mogelijkheid therapie te omzeilen, zie bijlage 1.7, terwijl er mogelijk wel therapie nodig is. Cliënten die wel een therapeutisch proces willen aangaan, ervaren mogelijk dat dit in samenwerking met de beeldend therapeut minder goed mogelijk is, zie tabel 3. Dit staat in tegenstelling tot de gedachtegang van Gestel (persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015). Gestel denkt dat de cliënten hem als ondersteunend en toegankelijk ervaren en hem minder zien als therapeut, waardoor cliënten makkelijker met hem kunnen praten of werken aan hun therapeutisch proces. Deze tegenstelling wordt versterkt doordat er geen significantie relatie aanwezig blijkt te zijn tussen de houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten. Volgens Kapitan (2008) zorgt het werken aan doelen juist voor een therapeutisch effect. Wanneer de cliënten aan doelen werken, werken ze aan duidelijke doelen, die overal in de behandeling terugkomen. Hierdoor sluit het open atelier aan op het gehele behandelaanbod van de cliënt.

Kortom, er zijn duidelijke aspecten aanwezig die het therapeutisch effect van het open atelier verklaren, alleen worden deze tegengesproken door onder ander de beeldend therapeut en cliënten.

Problematiek van de cliënten

Aan de hand van een literatuuronderzoek is bovengenoemde frictie mogelijk te verklaren door de problematiek van de cliënten. De werkelijkheid kan voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen anders zijn, doordat andere mensen en gebeurtenissen anders worden waargenomen dan mogelijk is bedoeld (Molen, Perreijn & Hout, 2007). Hierdoor kan de houding van de beeldend therapeut anders waargenomen worden door de cliënten. Daarnaast is er een afwijking in het interpersoonlijk functioneren en is er een duidelijk patroon van starheid dat tot uiting komt in persoonlijke en sociale situaties (Molen, Perreijn & Hout, 2007). Bij de cliënten op de KIB zijn de laatste twee aspecten in sterke mate aanwezig door de geïndiceerde ontwrichting. De cliënten vullen hierdoor de vragenlijsten mogelijk expres slecht in of hebben geen capaciteiten om een zelfrapportage in te vullen. Aangezien het mentaliserend vermogen

[1]Zie begrippenlijst

van de cliënten minder is (Schweizer, 2009). De validiteit van de vragenlijst wordt hierdoor verminderd, omdat niet is bekend of de problematiek van de cliënten meespeelt in het beantwoorden van de vragenlijst. Echter, betekend dit niet dat resultaten van de vragenlijst niet van belang zijn, want dit is wel de beleving van de cliënt (Hafkenscheid, 2012).

Rose of Leary

De problematiek van de cliënten is te koppelen aan de Rose of Leary. Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen beschikken over een rigide, beperkt en extreem patroon van communicatie. Zij kunnen verstrikt raken in dit patroon doordat ze bij anderen aversief gedrag oproepen en niet in de gaten hebben wat hun aandeel daarin is (Molen, Perreijn & Hout, 2007).

De meeste cliënten van de KIB zijn gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In bijlage 2.3 is te zien dat de interactiepositie in alle kwadranten kan voorkomen bij cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen (Sprey, 2002). Volgens Remmerswaal (2008) is het uitgangspunt van de Rose of Leary dat gedrag ander gedrag oproept. Daarvoor zijn drie algemene principes, namelijk boven-gedrag roept onder-gedrag op, tegenover-gedrag roept tegenover-gedrag op en naast-gedrag roept naast-gedrag op. Aangezien de beeldend therapeut vooral de interactiepositie naast-onder en naast-boven aanneemt roept dit bij de cliënten ook naast-boven en naast-onder gedrag op. Mogelijk neemt de beeldend therapeut deze houding aan in verband met de problematiek van de doelgroep. Zoals te zien in bijlage 2.3 zitten de cliënten namelijk veelal in de boven-tegen en onder-tegen interactiepositie. Aangezien hun problematiek juist ontstaat doordat ze in deze interactieposities zitten, stimuleert de beeldend therapeut andere interactieposities die een gezonde behandelrelatie bevorderen.

Door middel van de houding van de beeldend therapeut, stimuleert hij de cliënt om aan het doel ‘de behandelrelatie’ te werken. Vanuit de vragenlijst komt naar voren dat de cliënten zelf redelijk tevreden zijn over de relatie met de beeldend therapeut. In de vragenlijst wordt een gemiddelde waarde van 8.36 scoren, wat nog wel onder het gewenste niveau van 9 ligt. Deze gescoorde waarde impliceert dat de cliënten een redelijk gezonde behandelrelatie ervaren. Kortom, doordat er door middel van de houding van de therapeut gewerkt wordt aan een behandeldoel, ontstaat er een therapeutisch effect (Kapitan, 2008).

Houding van beeldend therapeut

In het huidige onderzoek is de houding van één beeldend therapeut in kaart gebracht. Aangezien er maar één beeldend therapeut binnen het open atelier op de KIB is onderzocht, zijn de resultaten minder te generaliseren. Er is namelijk niet bekend wat voor houding een andere beeldend therapeut zou aannemen binnen het open atelier.

Om de houding van de beeldend therapeut in kaart te brengen is gebruikgemaakt van introspectie van de beeldend therapeut. Hiervoor moet de beeldend therapeut bewust zijn van zijn subjectieve gevoelens (Schweizer, 2009). De beeldend therapeut echter was zich mogelijk niet altijd bewust van de subjectieve gevoelens. Door de data te trianguleren is er inconsistentie opgemerkt in het interview van de beeldend therapeut en de begeleiders. De ondersteunende houding werd minder vaak herkend tijdens dezelfde sessie door de geïnterviewde begeleiders. Deze inconsistentie binnen de data is mogelijk te verklaren door een gebrek aan introspectie van de beeldend therapeut, een tekort aan observatievermogen van de begeleiders of gebreken van de onderzoekers. Aangezien triangulatie een redelijk betrouwbare methode is om data objectief met elkaar te vergelijken, ligt het niet aan de methode maar aan het feit dat sommige data gewoon inconsistent zijn. Bij de deelvraag betreffende de houding van de beeldend therapeut, is er gebruikgemaakt van drie perspectieven, waarbij tussen het perspectief van de beeldend therapeut en begeleider soms inconsistentie is gevonden. Tussen het perspectief van de begeleider en onderzoeker is er geen inconsistentie. Desalniettemin tast, de inconsistentie in de data, de betrouwbaarheid van de interviews minimaal aan.

Gestel (persoonlijke medeling, 10 maart en 21 april 2015) geeft aan gebruik te maken van ‘mentalization-based treatment’ tijdens het open atelier. Bij mentaliseren is de houding van de therapeut essentieel. De therapeut moet een onderzoekende, nieuwsgierige en zelfs speelse houding hebben, ten opzichte van de gemoedstoestanden van de cliënt en de therapeut zelf

[1]Zie begrippenlijst

(Verfaille, 2011). Vanuit de interviews en observaties blijkt dat Gestel een helpende, meewerkende en soms afhankelijke houding heeft. De beeldend therapeut is dus meer de cliënt aan het ondersteunen in plaats van trachten de cliënt een reactie te ontlokken. De mentaliserende houding van de beeldend therapeut is enkel terug te zien in de nonchalante houding en de grapjes die Gestel maakt. Deze aspecten zijn echter toe te schrijven aan de authenticiteit van Gestel, zie bijlage 1.9. Concluderend komt er vanuit de resultaten naar voren dat Gestel waarschijnlijk geen mentaliserende werkwijze toepast binnen het open atelier, omdat zijn houding niet aansluit bij een mentaliserende houding. Mogelijk past hij alleen de mentaliserende werkwijze toe, doordat hij zichzelf is binnen het open atelier.

[1]Zie begrippenlijst

5. Conclusie

In het huidige onderzoek is er onderzoek gedaan naar de vraag 'Welke bijdrage heeft de houding van de beeldend therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier, op de Kliniek Intensieve Behandeling?'.

Ten eerste kan het therapeutisch effect ontstaan wanneer cliënten dagelijkse situaties en doelen kunnen oefenen tijdens het open atelier (Kapitan, 2008; L. van Gestel, persoonlijke mededeling, 10 maart en 21 april 2015). Het product is niet van belang, maar het proces wat de cliënt doorloopt. Daarnaast is de rol van de therapeut een belangrijk element in het open atelier, om de randvoorwaarden te waarborgen (McGraw, 1995; Allen, 1995; Henley, 1995). De rol van een therapeut bestaat uit de houding en interventies(FVB, GGZ Nederland, 2012; Smeijsters 2008). Zowel uit de observaties als de interviews blijkt de beeldend therapeut van het open atelier op de KIB, een helpende en meewerkende houding te hebben. Ook neemt de beeldend therapeut soms een afhankelijke houding aan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de therapeut vooral de interactiepositie naast-onder en naast-boven kant aanneemt, in de Rose of Leary (Remmerswaal, 2008).

Hoewel uit de vragenlijsten blijkt dat de cliënten de houding van de therapeut minder positief ervaren dan gewenst, zit er wel progressie in de ervaring. Dit is te zien doordat er een stijgende lijn aanwezig is in figuur 4. Daarnaast is er aan de hand van een betrouwbaarheidsinterval[1] geanalyseerd wat de cliënten in de toekomst zullen invullen. Op het item 'doelen en onderwerpen' wordt over het algemeen lager gescoord, in vergelijking met de andere drie items. Gestel echter hoopt dat de cliënten hem juist als toegankelijk ervaren, waardoor cliënten makkelijker met hem kunnen praten. Dit verschil wordt versterkt doordat er geen significante relatie aanwezig blijkt te zijn tussen de houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten. Er is namelijk een erg zwakke, niet significante negatieve correlatie gevonden. Het verschil is mogelijk te verklaren door de problematiek van de cliënt, aangezien een afwijking in het interpersoonlijk functioneren zich uit in sociale situaties. Hierdoor kan de houding anders worden waargenomen door de cliënten (Molen, Perreijn & Hout, 2007).

Ten slotte komen er vanuit de interviews algemene doelen naar voren waaraan binnen de KIB wordt gewerkt. De behandelrelatie, contact aangaan en openheid geven, staan binnen het gehele behandelaanbod centraal. Vanuit literatuuronderzoek komen deze doelen overeen met de doelen die te behalen zijn met deze cliënten, doordat de doelen zich richten op het interpersoonlijk functioneren. Volgens het literatuuronderzoek en de interviews staat het vergroten van het mentaliserend vermogen centraal om de algemene doelen te behalen. Het mentaliserend vermogen vergroten leidt tot een beter zelfgevoel en tot gezondere en stabielere relaties. Alleen is het de vraag of Gestel ook bewust een mentaliserende werkwijze toepast binnen het open atelier, of dat dit ontstaat doordat Gestel zichzelf is. Aangezien het open atelier een plek is waar processen kunnen worden voortgezet of doelmatig kunnen worden ingezet, kunnen er aan algemene en persoonlijke doelen worden gewerkt. Daarnaast heeft het open atelier zelf ook nog doelen, zoals het eerste contact aangaan als nieuwe cliënt en beeldend te werken.

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de houding van de therapeut mogelijk een bijdrage levert aan het therapeutisch effect van het open atelier. De beeldend therapeut stimuleert de cliënten om een andere interactiepositie aan te nemen, waardoor hij de cliënten stimuleert om aan het doel, de behandelrelatie, te werken. Dit wordt bevestigd doordat de cliënten een gezonde behandelrelatie ervaren. Doordat de beeldend therapeut op deze manier zijn houding therapeutisch inzet, wordt er aan doelen gewerkt. Volgens Kapitan (2008) ontstaat zo een therapeutisch effect.

5.1 Conclusie onderzoek rol van de therapeut

Er is onderzocht gedaan naar de bijdrage van de rol van de beeldend therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier, op de KIB. In het parallel onderzoek van Pauline Nanninga is er onderzoek gedaan naar de interventies en in het huidige onderzoek naar de houding. In het onderzoek van Pauline Nanninga (2015) is onderzocht welke bijdragen de

[1]Zie begrippenlijst

interventies van de therapeut aan het therapeutisch effect van het open atelier, op de KIB hebben. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt het volgende:

> *Doordat de beeldend therapeut, door middel van zijn interventies de cliënt helpt om tot beeldend werken te komen, kan er een therapeutisch proces ontstaan. Door het therapeutisch proces kan de cliënt therapeutische doelen behalen in het open atelier, waardoor het therapeutisch effect ontstaat (Nanninga, 2015, p.29).*

In het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat de beeldend therapeut de cliënten stimuleert om een andere interactiepositie aan te nemen, waardoor de cliënten aan het doel, de behandelrelatie, werken. Door de houding therapeutisch in te zetten, ontstaat er een therapeutisch effect. Kortom, de rol van de therapeut draagt bij aan het therapeutisch effect van het open atelier binnen de KIB. De beeldend therapeut helpt de cliënten helpt tot beeldend werken te komen en stimuleert hen om een andere interactiepositie aan te nemen. Door deze interventie en houding van de beeldend therapeut, kan de cliënt aan doelen werken, waardoor er een therapeutisch effect ontstaat.

5.2 Aanbeveling

Vanuit het huidige onderzoek en het onderzoek van Pauline Nanninga (2015), kan geconcludeerd worden dat de rol van de therapeut een bijdrage levert aan het therapeutisch effect van het open atelier. Op dit moment is er kans dat het open atelier weg wordt bezuinigd door gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing. Terwijl het open atelier juist aansluit bij cliënten die al voor een langere periode in behandeling zijn (Luzzatto, 2008), zoals cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (Molen et al.,2007). Wanneer de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis direct gericht is op de persoonlijkheidsstoornis, is er vaak een hoog uitvalspercentage (Molen et al.,2007). Aangezien het open atelier vrijblijvend is en cliënten eigen regie hebben, ligt de druk minder op hun problematiek. Hierdoor kan het hoge uitvalspercentage mogelijk worden verminderd. Wanneer de conclusie van het huidige onderzoek sterker wordt onderbouwd en het therapeutisch effect ook kan worden gemeten, kan de efficiëntie en effectiviteit van het open atelier waarschijnlijk wetenschappelijk worden aangetoond. Hierdoor kunnen bezuinigingen worden vermeden en het open atelier mogelijk opnieuw integreren in de maatschappij van gezondheidszorg en opleiding binnen Nederland. De behandeling voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen kan hierdoor toepasbaarder en verbeterd worden. Er is dus vervolgonderzoek nodig naar de efficiëntie en effectiviteit van het open atelier.

Wanneer er vervolgonderzoek plaatsvindt, binnen een ander open atelier, wordt allereerst aanbevolen om dezelfde populatie te nemen als in het huidige onderzoek. Om de generaliseerbaarheid te vergroten zou er alleen gefocust kunnen worden op cliënten tussen de 18 en 65 jaar met borderline problematiek. Om een zo representatief mogelijke steekproef te krijgen zal er met behulp van probabilty sampling[1] moeten worden gesampeld. Daarnaast moet het geslacht van de participanten normaal verdeeld zijn of alleen onderzoek worden gedaan naar cliënten van hetzelfde geslacht. In het huidige onderzoek lag de nadruk op vrouwelijke cliënten, naar dit geslacht zou in eerste instantie onderzoek kunnen worden gedaan. Vrouwen hebben namelijk drie keer zoveel kans op een diagnose met borderline problematiek dan mannen (Lobbestael, 2011). Aangezien er weinig open ateliers zijn binnen Nederland, wordt de kans op een geschikte steekproef hierdoor groter.

Ook wordt aanbevolen de observatielijst te testen bij de normale populatie, aangezien de omschrijving van de verschillende constructen vereenvoudigd is en nu mogelijk niet meer de constructen goed representeren. De omschrijvingen van de verschillende constructen, zie bijlage 2.4, kunnen worden gecontroleerd door middel van een inter-item correlatie, zoals een Cronbach's alpha. Door middel van deze toets kan getest worden of de items het construct representeren, waardoor gecontroleerd kan worden of er aan de hand van de observatielijst wel echt de constructen worden geobserveerd. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de observatielijst.

Een van de doelen van het huidige onderzoek was inzicht vergaren in de houding van de beeldend therapeut en de ervaring van de cliënten. Door het in kaart brengen van de houding

[1]Zie begrippenlijst

van de beeldend therapeut is gebleken dat de beeldend therapeut de juiste houding aanneemt om aan de behandelrelatie te werken. Daarnaast blijkt, uit de observaties, de beeldend therapeut ook een agressieve houding aan te nemen, zie figuur 3. Dit uit zich veelal in sarcastische grapjes, maar ook in open en direct gedrag naar de cliënt. Wanneer de beeldend therapeut deze houding aanneemt zit hij in de tegenover-boven interactiepositie. Hierdoor roept hij tegenover-onder gedrag op bij de cliënten, wat zich uit in opstandig gedrag, waardoor niet gewenst gedrag wordt opgeroepen. Er wordt daarom aanbevolen om de helpende, meewerkende en afhankelijke houdingen te blijven aannemen en door middel van introspectie bewust te zijn van de agressieve houding. Dit kan de beeldend therapeut doen, door elke sessie te evalueren op zijn handelen en de reacties van de cliënten. Door deze kennis kan de beeldend therapeut, in de toekomst, beter toepasbare keuzes maken, met betrekking tot zijn houding.

[1]Zie begrippenlijst

6. Referenties

Allen, P.B. (1995). Coyote Comes in from the Cold: The Evolution of the Open Studio Concept. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12(3),* 161-166.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in Kwalitatief Onderzoek: denken en doen*. Hoofddorp: Boom onderwijs.

Brown, C. (2014). The lost studio: You don't know what you've got till it's gone. *Art Therapy Online, 5(1)*, 1-18. Geraadpleegd op 3 februari 2015, van http://journals.gold.ac.uk/atol/backissues.html#6

Cahn, E. (2000). Proposal for a Studio-based Art Therapy Education. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 17(3)*, 177-182. Doi:10.1080/07421656.2000.10129696

Campbell, D. T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioural dispositions. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science, 6,* 94-172 New York: McGraw-Hill.

Ellis, C. (1991). Sociological Introspection and Emotional Experience. *Symbolic Interaction, 14(1),* 23-50. Doi: 10.1525/si.1991.14.1.23

Case, C., & Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy.* Londen en New York: Routledge

Clifford, N., French, S., & Valentine, G. (2010). *Key methods in Geography.* Londen: SAGE Publications Ltd. Geraadpleegd op 9 maart 2015, van http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=bAXmXbF1pkMC&oi=fnd&pg=PA103&dq=semi-structured+interview&ots=L-TbchEWYT&sig=Gqcr2k-C9ThdcPUZ630Ore5C8QE#v=on epage&q=semi-structured%20interview&f=false

Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., & Johnson, L. D. (2003). The Session Ration Scale: Preliminary Psychometric Properties of a 'Working' Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy, 3(1),* 3-12. Geraadpleegd op 2 maart 2015, van http://0351d8e.netsolhost.com/wpcontent/uploads/documents/SessionRatingScale-JBTv3n1.pdf

Eagly, A.H., & Ghaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition, 22(5),* 582-602. Doi: 10.1521/soco.2007.25.5.582

Eisinga, R., Grotenhuis, M. te., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scal: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health, 58(4),* 637-642. Doi:10.1007/s00038-012-0416-3

Fazio, R.H. (1995). Attitudes as object-evaluation associations: Determinants, Consequences, and Correlates of Attitude Accessibility. In R.E. Petty & J.A. Kronsnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp.247-282). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

FVB, & GGZ Nederland. (2012). *GZ-vaktherapeut: beroepscompetentieprofiel*. Zwolle: Èpos Press. Geraadpleegd 9 februari 2015, van http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GZ%20Vaktherapeut.pdf

GGzE. (z.d.) *2014: Meetbaar en Merkbaar Beter.* Geraadpleegd op 9 februari 2015, van http://www.ggze.nl/over-ggze/organisatie/2014-meetbaar-en-merkbaar-beter

GGZ Nederland. (2013). *Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013 2020: De ggz in beweging.* Publicatinummer 396. Geraadpleegd op 3 februari 2015 , van http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/2013-396%20meerjarenvisie%20GGZN.pdf

Gillig, P.M. (2011). Higher cortical functions: Attention and vigilance. *Innovations in Clinical Neuroscience, 8(1),* 43-46. Geraadpleegd op 23 februari 2015, van http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036553/

Hafkenscheid, A. (2012). Subjectiviteit bij de interpretatie van het grafische scoreverloop op monitorinstrumenten. *Tijdschrift voor psychiatrie, 54(2),* 129-134. Geraadpleegd op 23 februari 2015, van

[1]Zie begrippenlijst

http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-02_p129-134.pdf
Henley, D. (1995). A Consideration of the Studio as Therapeutic Intervention. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12(3),* 188-190.
Hogeschool Utrecht. (2015). *Bacheloropleiding Voltijd Creatieve Therapie.* Studiegids 2014-2015. Ontvangen van, http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.studiekeuze.hu.nl%2F~%2Fmeda%2FLLL%2FDocs%2FStudiegidsen%2FFMR%2F2014%2FCreatieve-Therapie-vtversie%25202%2C-d%2C0.pdf%3Fla%3Dnl&ei=oytoVZvHOsjwUsfJgbAC&usg=AFQjCNHRskR1SjWAXgg9r_Jggd9V44nvwA&sig2=abv8NCDsA4UUEYunY9kYow&bvm=bv.94455598,d.d24
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2014). *Opleiding Creatieve Therapie Deel 3 van het opleidingsstatuur ISS.* Studiegids 2014-2015. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Hogeschool Zuyd Heerlen. (2009). *Opleiding Creatieve Therapie HBO-bachelor.* Visitatie rapport 2009. Geraadpleegd van, https://search.nvao.net/files/id_3438rapport%20Zuyd%20hboba%20Creatieve%20Therapie.pdf
Huizingh, E. (2014). *Inleiding SPSS 22 voor IBM SPSS Statistics.* Den Haag: Academic Service
Idee Psychologisch bureau. (2002). *Therapievormen* [Uitleg van verschillende therapieën]. Geraadpleegd van, http://www.idee-pmc.nl/psychotherapie/therapie_vorm.html
Kapitan, L. (2008). Not Art Therapy: Revisiting the Therapeutic Studio in the Narrative of the Profession. *Journal of the American Art Therapy Association, 25(1),* 2-3. Doi: 10.1080/07421656.2008.10129349
Leary,T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
Lobbestael, J. (2011). Borderline, een Vrouwenkwaal?. *Blind, 26(2).* Geraadpleegd van, https://www.ziedaar.nl/print-article.php?id=396
Luzzatto, P. (1997). Short-term art therapy on the acute psychiatric ward: The open session as a psychodynamic development of the studio-based approach. *Inscape, 2(1),* 2-10. Doi: 10.1080/17454839708413038
Maio, G.R., & Haddock G. (2010). *The Psychology of Attitudes and Attitude Change.* Londen: SAGA
Malchiodi, C.A. (1995). Studio Approaches to Art Therapy. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12(3),* 154-156
McGraw, M.K. (1995). The Art Studio: A Studio-Based Art Therapy Program. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12(3),* 167-174.
Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP
Molen, H., van der, Perreijn, S., & Hout, M., van den,. (2007). *Klinische Psychologie: Theorieën en Psychopathologie.* Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
Morris, F.J., & Willis-Rauch, M. (2014). Join the Art Club: Exploring Social Empowerment in Art Therapy. *Journal of the American Art Therapy Association, 31(1),* 28-36. Doi:10.1080/07421656.2014.873694
Nederlands Instituut voor Psychologen NIP. (2004). *Documentatie van Test en Testresearch in Nederland*. ICL-R, interpersoonsvragenlijst, 2000. Gereaadpleegd op 23 april 2015, van http://www.cotandocumentatie.nl/test_details.php?id=80
Nederlandse Zorgautoriteit. (2011). *Tariefbeschikking DBC GGZ.* Gedownload op 15 mei 2015, van http://www.nza.nl/98174/137715/TB-CU-5061-01.pdf
Paddock, J.R., & Nowicki, S. (1986). The Circumplexity of Leary's Interpersonal Circle: A Multidimensional Scaling Perspective*. Journal of Personality Assessment, 50(2),* 279-289. Doi:10.1207/s15327752jpa5002_14

[1]Zie begrippenlijst

Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches.* Dubuque, IA: Brown

Raps, C.S. (2009). When We Research “Conditions-Treatments,” Is There a Misnomer?. *American Psychologist, 64*, 275-276. Doi:10.1037/a0015344

Remmerswaal, J. (2008). *Handboek Groepsdynamica*. Soest: Nelissen.

Rooijen, S., van, & Neijmeijer, L. (2014). *In profiel: Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB)*. Trimbos instituut. Rapport over de KIB’s in Nederland. Geraadpleegd op 9 februari 2015, van http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel?q= AF1247&domein

Schweizer, C. (Eindred). (2001). In Beeld: Doelgroepgerichte Behandelmethoden van Beeldend Therapeuten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schweizer, C. (Eindred.). (2009). *Handboek Beeldende Therapie: uit de verf.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon, 14(3),* 5-12. Geraadpleeg van http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2009 /3/KWALON_2009_014_003_002

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho

Sprey, A. (2002). *Praktijkboek Persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, Cognitieve Gedragstherapie en Therapeutische Relatie.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy, 17(3),* 115-129. Doi: 10.1080/17454832.2012.734835

Stenden Hogeschool. (2014). *Creatieve Therapie*. [Onderwijs- en Examen Reglement 2014-2015]. Leeuwarden: Stenden Hogeschool

Steunpunt ADHD. (2011). *Begrippenlijst ADHD.* [Toelichting terminologie]. Geraadpleegd van, http://www.steunpuntadhd.nl/is-het-adhd/begrippen#D

Truckenmiller, J.L., & Warner Schaie, K. (1979). Multilevel Structural Validation of Leary’s Interpersonal Diagnosis System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,47(6),* 1030 -1045. Doi: 10.1037/0022-006X.47.6.1030

Universiteit Utrecht. (z.d.). *Werken met steekproeven en generaliseren* [Webdocument]. Geraadpleegd op 24 mei 2015, van http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc= s&source =web&cd=1& cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2F studion.fss.uu.nl%2FBouwstenenonline%2F2c2werkenmetsteekproeven.doc&ei= 1bRhVaTeMIG9Uc_6gdgI&usg=AFQjCNE0IkU9y5b6gV0sTBbjsH_jIVwjdA&sig2= BuOxjxIobTfuqr7r_YdBSA&bvm=bv.93990622,d.d24

Veaux, R., de, Velleman, P., & Bock, D. (2014). *Stats Data and Models*. Harlow: Pearson.

Vick, R.M., & Sexton-Radek, K. (2008). Community-based Art Studios in Europe and the United States: A Comparative Study. *Journal of the American Art Therapy Association, 25(1),* 4-10. Doi: 10.1080/07421656.2008.10129353

Vos, H. J. (2009). *Social Research Methods*. Harlow: Pearson.

Wertheim-Cahen, T., & Festen, T. (2013). *Soms ben je uitgepraat. Het atelier en de geestelijke gezondheidszorg.* Apeldoorn : Garant.

Wood, C. (2000). The significance of studios. *Inscape, 5(2),* 40-53. Doi: 10.1080/17454830008413089

Wright II, E., & Calhoun, T.C. (2001). From the common thug to the local busnissman: an exploration into an urban african american barbershop. *Deviant Behavior, 22(3),* 267-288. Doi: 10.1080/01639620151096119

[1]Zie begrippenlijst

7. Bijlage

Bijlage A. Interview

1.1.1 Lange interview met beeldend therapeut 10 maart 2015

Begin

- Toestemming tot opname
- Uitleg waarover interview gaat
    - deelvragen beter uitdiepen
    - eerste zicht krijgen op hope hij het open atelier ziet en wat hij denkt te doen (interventies en houding).
- We zullen samen het interview doen
- 30 minuten interview

Kern

- Zijn visie van het open atelier en de toevoeging hiervan aan de behandeling
    - Verband open atelier en andere therapieën (groep en individueel).

- Therapeut
    - Hoe zie jij je rol in de sessie
    - Houding die hierbij past
    - Interventies die je uitvoert

- Cliënt
    - Algemene problematiek bij het open atelier (beschrijving doelgroep)
    - Hoe denk jij dat de cliënt je houding en interventies ervaart?

- Doelen
    - Waarom komen cliënt naar het open atelier
    - Wat kunnen ze halen of leren bij het open atelier (welke doelen kunnen ze aan werken)
    - Wat zijn doelen van cliënten op de KIB
    - Welke doelen werk je aan binnen de beeldende therapie
    - Hoe zet jij je houding en interventies in om dit te bereiken.

Afronding

- Benoemen dat dit onze vragen waren
- Heeft hij nog vragen of informatie die hij kwijt wil
- Bedanken
- Einde

1.1.2 Lang interview met beeldend therapeut 21 april 2015

Begin

- Toestemming tot opname
- Uitleg waarover interview gaat
    - deelvragen beter uitdiepen
    - eerste zicht krijgen op hope hij het open atelier ziet en wat hij denkt te doen (interventies en houding).
- We zullen samen het interview doen
- 30 minuten interview

[1]Zie begrippenlijst

Kern

- Wat is de toegevoegde waarde geweest aan de behandeling van de cliënten die de afgelopen vijf weken aanwezig zijn geweest.
    - Is hier een verband mee met de andere therapieën?

Therapeut

- Wat was jou rol al therapeut in de afgelopen open ateliers
- Wat voor houding heb je over het algemeen aangenomen
- Wat voor interventies heb je over het algemeen gepleegd

Cliënt

- Hoe denk je dat de cliënten jou houding en interventies hebben ervaart?

Doelen

- Aan welke doelen hebben de cliënten gewerkt in het open atelier
- Sluiten deze doelen aan op hun algemene doelen binnen de KIB
- Sluiten deze doelen aan op hun algemene doelen binnen de beeldende therapie
- Aan welke doelen heb je gewerkt de afgelopen weken binnen beeldende therapie

Afronding

- Evaluatie hoe hij het onderzoek vond
- Benoemen dat dit onze vragen waren
- Heeft hij nog vragen of informatie die hij kwijt wil
- Bedanken
- Einde

1.2 Kort interview met beeldend therapeut

- Wat was je algemene houding in de sessie?
    - Kan je hier kenmerken van benoemen?
    - Is je houding veranderd tijdens de sessie? Heb je bewust een andere houding aangenomen tijdens de sessie?

- Welke interventies heb je gepleegd waarin je,
    - Aansluit bij de cliënt
    - Structuur bied
    - Samenwerkt
    - Inspiratie geeft
    - Uitdaagt tot verandering van plan
    - Uitnodig tot experimenten
    - Emoties onderzocht
    - Verbanden leggen naar andere situaties
    - Discussie mogelijk maken

1.3 Script interview met begeleider

Situatie: aan het begin van de sessie als de begeleider binnen komt zegt de begeleider

[1]Zie begrippenlijst

- ‘Wij doen onderzoek naar Lukas om zicht te geven op zijn rol in de open creatieve. Voor dit onderzoek zou ik jou graag kort willen interviewen aan het einde van de sessie. Vind je dit oke? Zullen rond tien voor half 5 even hiernaast gaan zitten?’

Als de begeleider vragen heeft waarover hij of zij wordt geïnterviewd wordt geantwoord:
- ‘Hier zal ik verdere informatie over geven aan het begin van het interview’.

10 minuten voor het einde van de sessie loopt de onderzoeker naar de begeleider en zegt:
- ‘Zullen we even naar vergaderzaal gaan’

Lopen samen naar vergaderzaal. Als ze plaats hebben genomen pakt de onderzoeker de informed consent.
- ‘Zou je deze willen invullen voor de antoniemen deelname aan het onderzoek?’
- ‘Vind je het goed als ik dit interview op neem?’

Interview vindt plaats

1.4 Kort interview met begeleider

- Welke kenmerken van de houding zijn tijdens de sessie veel of weinig gebruikt?
  - Leidend
  - Helpend
  - Meewerkend
  - Afhankelijke
  - Teruggetrokken
  - Opstandig
  - Agressief
  - Competitief
- Waar zag je dat aan?

- Welke handelingen heeft de therapeut gepleegd waarin hij:
  - Aansluit bij de cliënt
  - Structuur bied
  - Samenwerkt
  - Inspiratie geeft
  - Uitdaagt tot verandering van plan
  - Uitnodig tot experimenten
  - Emoties onderzocht
  - Verbanden leggen naar andere situaties
  - Discussie mogelijk maken

1.5 Script open coderen

Interviews uitprinten die gecodeerd worden, met een brede linkerkant marge.

Stap 1:
- Lees het hele interview door. Probeer hierbij een neutrale houding aan te nemen, alsof je het voor de eerste keer leest, hecht geen waarden aan stukken tekst. Dus met een objectieve blik kijken!

Stap 2:

[1]Zie begrippenlijst

- Breng fragmenten aan in de tekst door het begin en einde van stukjes tekst te bepalen. Dit wordt gepasseerd op inhoudelijk thema. Wanneer je in het begin een inhoudelijk thema tegen komt en aan het einde, zijn dit aparte fragmenten. Later in het proces wordt dit samen gevoegd.

Stap 3:
- Kijk of het fragment betekenisvol is en relevant voor het onderzoek. Geef hier een kleur aan:
  Groen = Ja heel betekenisvol
  Geel/oranje = twijfel geval
  Rood = Nee dit is niet betekenisvol voor het onderzoek.

Stap 4:
- De groene en gele/oranje stukken krijgen in de linker kant lijn een code. Doe dit door een mini samenvatting te geven van 1 á 2 woorden, waarin de kern van het fragment naar voren komt. Wanneer de houding of interventie duidelijk naar voren komt, moet er voor het fragment houding of interventie worden bij gezet, voor de structuur.

Stap 5:
- Lees alles nog een keer goed door, voor als je iets hebt gemist.

Stap 6:
- Vergelijk de fragmenten met elkaar en zoek naar overeenkomsten in de mini samenvattingen die je hebt gegeven. Mogelijk zijn dezelfde thema's aangehaakt in verschillende fragmenten. Geef de fragmenten een code, dit is een woord.

Tips:
Vragen die je kunt stelling bij een fragment om er een mini samenvatting van te maken:
- Wat gebeurt hier?
- Waar gaat het hier over?
- Wat is het probleem?
- Wat probeert deze persoon duidelijk te maken?
- Welk begrip past hierbij?
- Wat betekent dit begrip nog meer? (synoniemen)
- Welke ervaring of beleving wordt hier weergegeven?
- Fragment mag niet langer dan een half a4tje zijn.

1.6 <u>Script axiaal coderen</u>

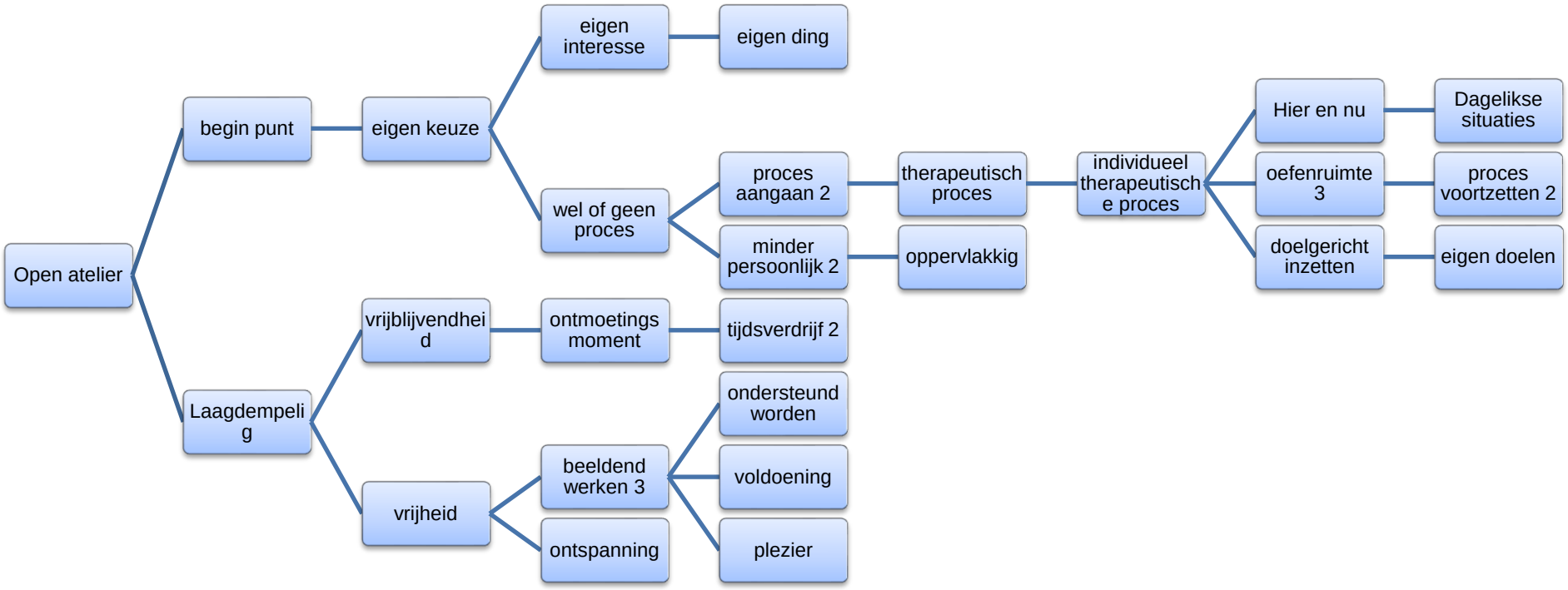
Stap 1:
- Ga eerst alle fragmenten na, dit is het punt dat Pauline en Tamar gaan samen werken, of de aangebrachte codes kloppen met de inhoud van het fragment. Beslis welke codes het meest geschikt zijn, let hierbij op synoniemen.

Stap 2:
- Maak clusters van codes die bij elkaar horen, door hoofdcodes te onderscheiden van subcodes. Er ontstaat dus een soort code boom, waarbij de stam zijn de hoofdcodes en de takken zijn de subcodes.

Stap 3:
- Kijk de boom meerdere keren door of deze verdeling klopt.

[1]Zie begrippenlijst

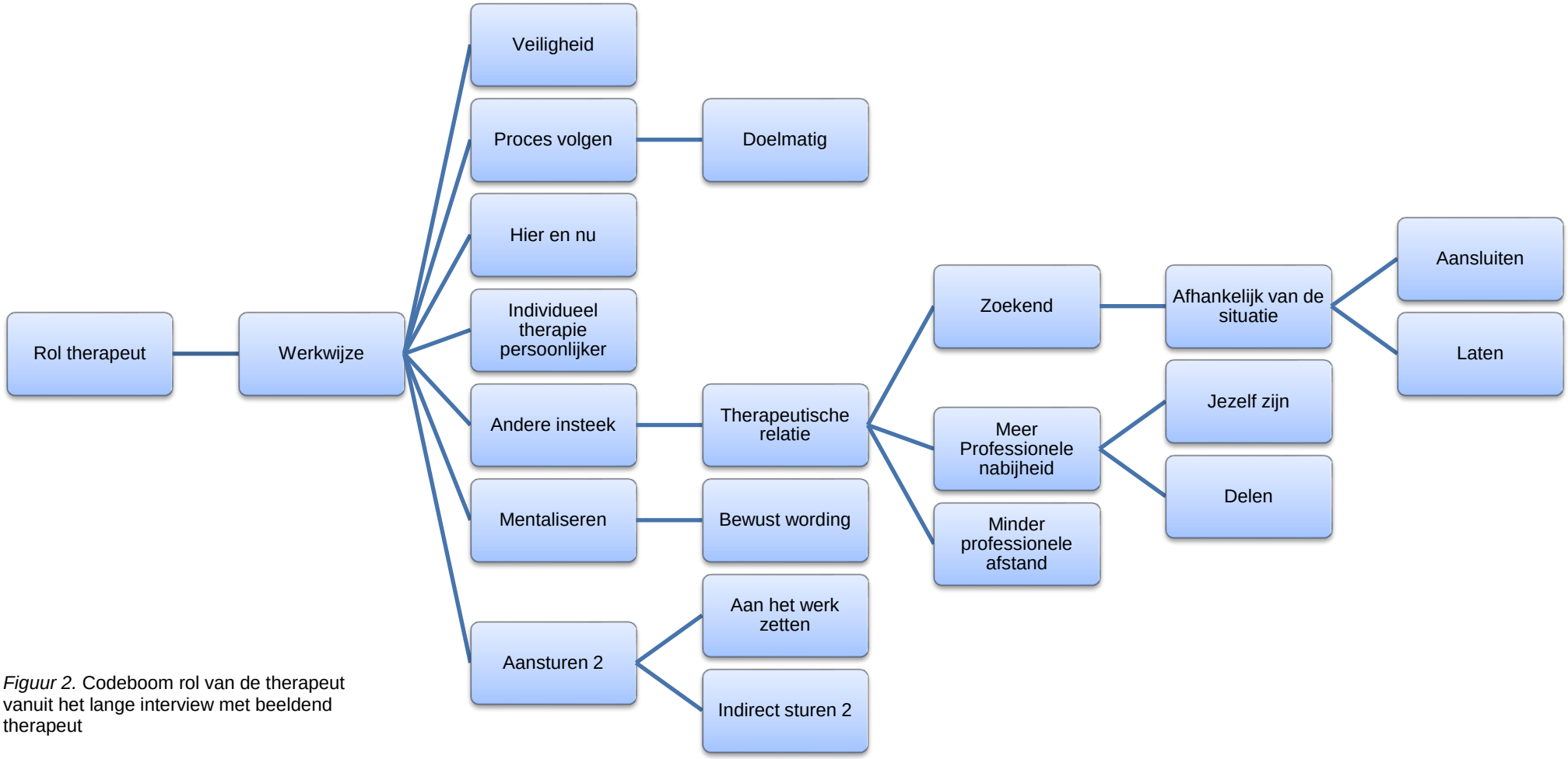
1.7 Codeboom open atelier



Figuur 1. Codeboom open atelier vanuit het lange interview met beeldend therapeut

[1]Zie begrippenlijst

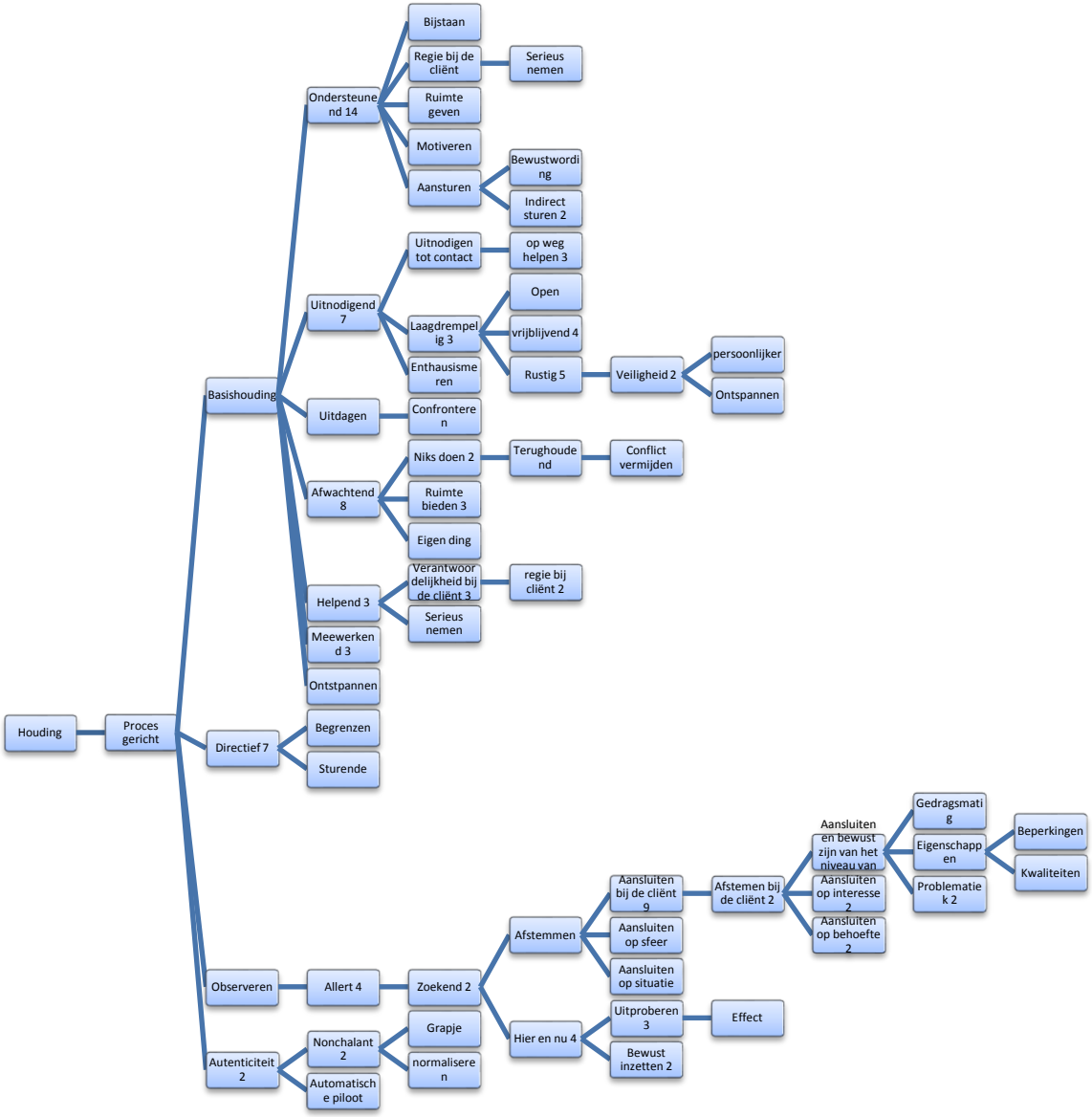
1.8 Codeboom rol van de therapeut



Figuur 2. Codeboom rol van de therapeut vanuit het lange interview met beeldend therapeut

[1]Zie begrippenlijst

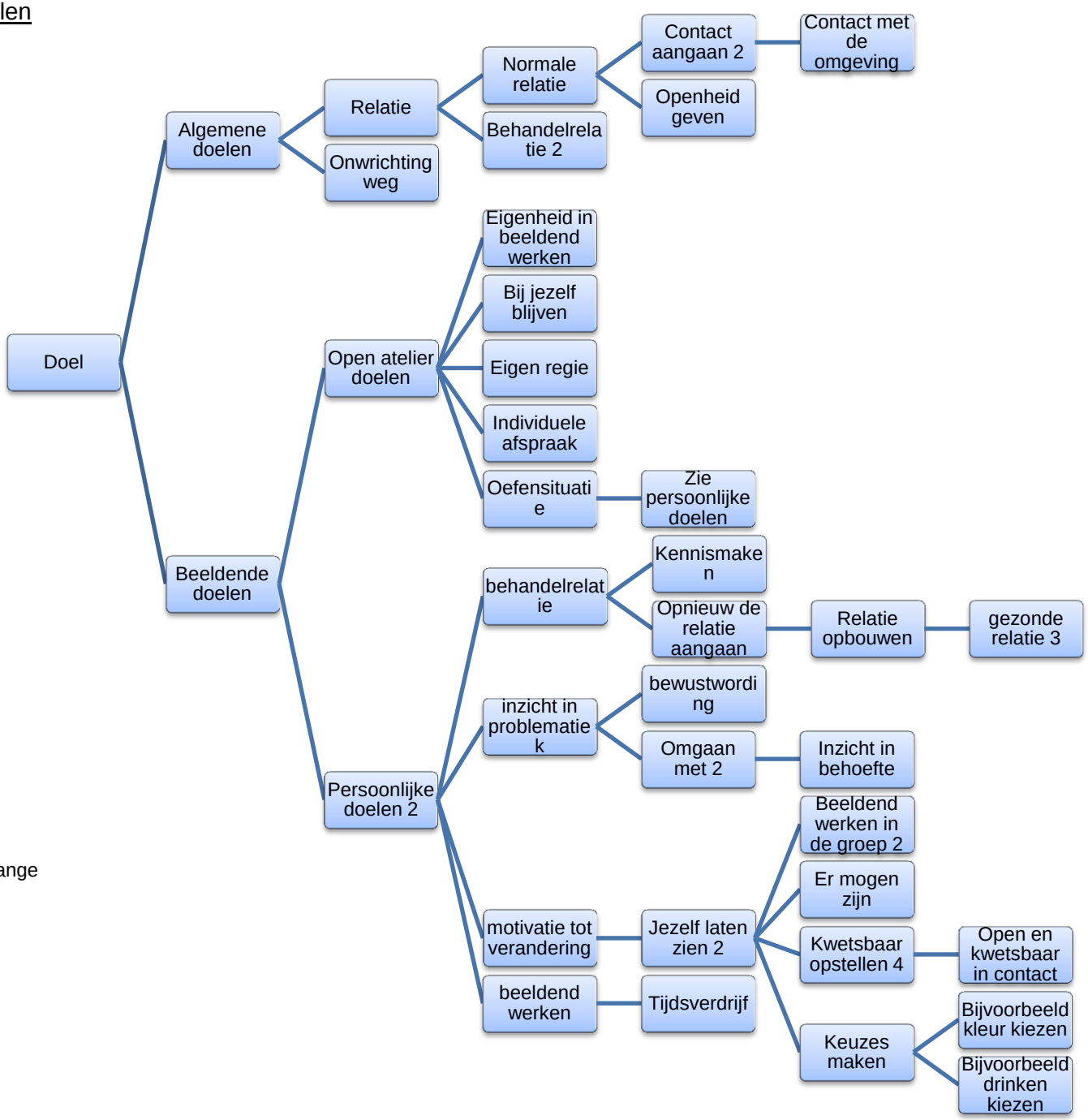
1.9 Codeboom Houding



Figuur 3. Codeboom houding vanuit de korte en lange interviews

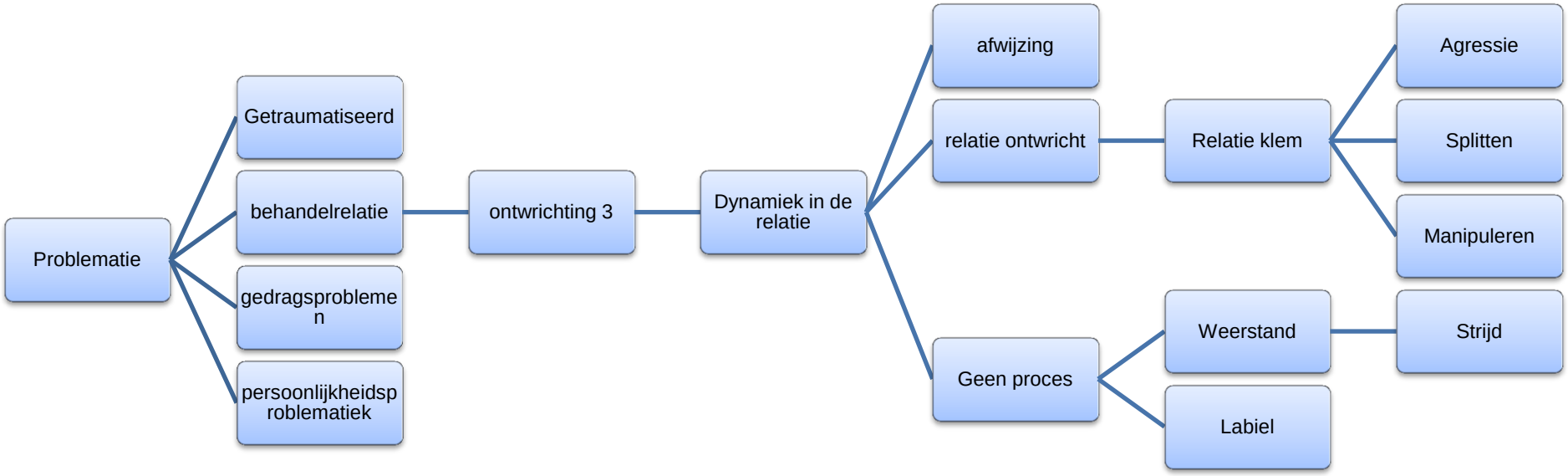
[1]Zie

1.10 Codeboom Doelen



Figuur 4. Codeboom doelen vanuit de lange interviews met beeldend therapeut

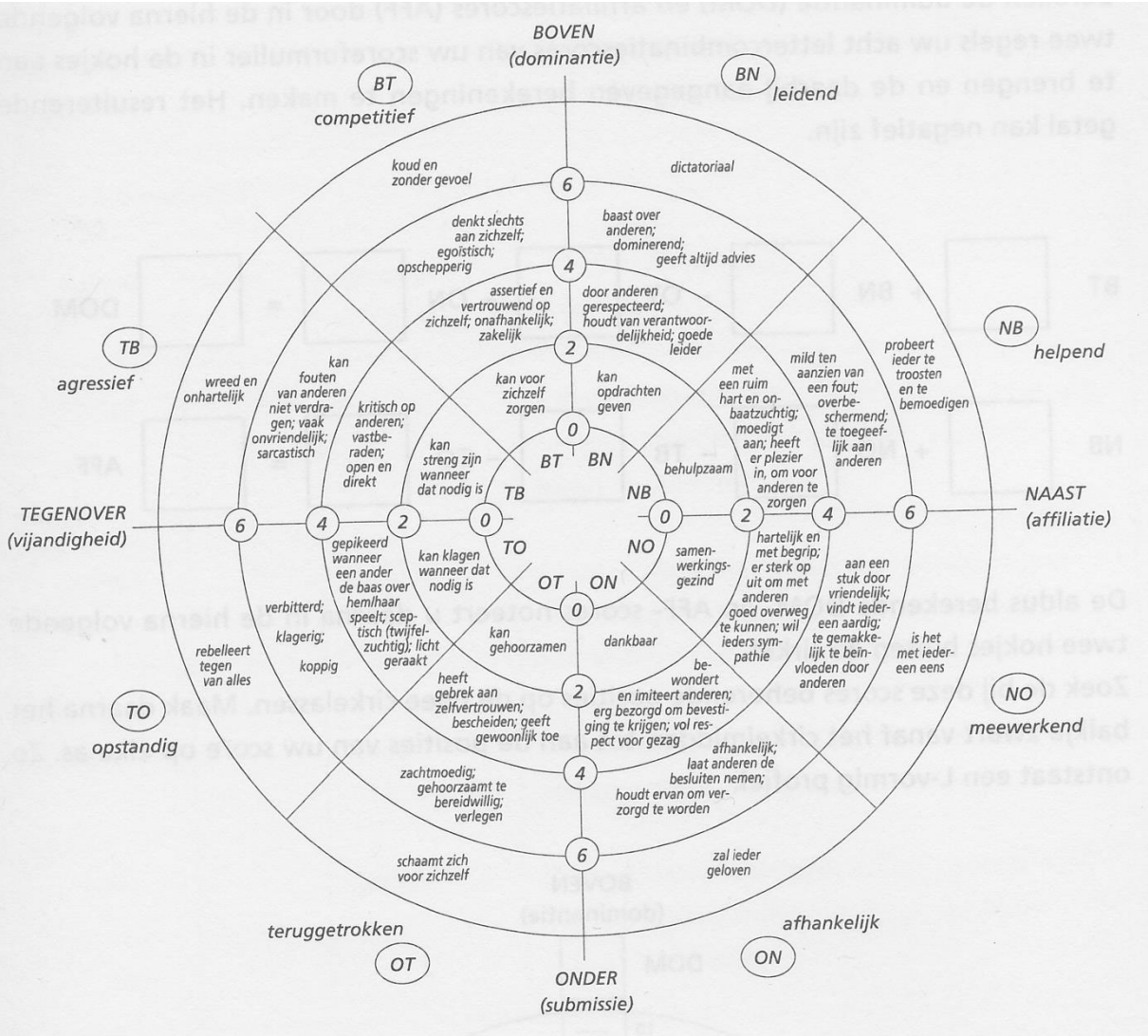
1.11 Codeboom Problematiek Cliënten



Figuur 5. Codeboom problematiek cliënten vanuit het lange interview met beeldend therapeut

Bijlage B Participerende Observatie

2.1 Rose of Leary (1957)



Figuur 6. Rose of Leary (1957) met omschrijving van interpersoonlijke variabele

[1]Zie begrippenlijst

2.2 Omschrijving Interpersoonlijke Variabele

Tabel 1. *Omschrijving van de Interpersoonlijke Variabele aan de Hand van de Rose of Leary*

Interpersoonlijke variabele	Omschrijving
Leidend	Kan opdrachten geven
	Houdt van verantwoordelijkheid
	Geeft altijd advies
Helpend	Behulpzaam
	Moedigt aan
	Mild ten aanzien van een fout
Meewerkend	Samenwerkingsgezind
	Er sterk op uit om met anderen goed overweg te kunnen
	Te gemakkelijk te beïnvloeden door anderen
	Is het met iedereen eens
Afhankelijke	Bewondert en imiteert anderen
	Erg bezorgd om bevestiging te krijgen
	Laat anderen de besluiten nemen
	Zal ieder geloven
Teruggetrokken	Kan gehoorzamen
	Geeft gewoonlijk toe
	Verlegen
Opstanding	Klagerig
	Twijfelzuchtig
	Rebelleert tegen van alles
Agressief	Kan streng zijn wanneer dat nodig is
	Kritisch op anderen
	Open en direct
	Sarcastisch
Competitief	Onafhankelijk
	Assertief en vertrouwd op zichzelf
	Opschepperig
	Denkt slechts aan zichzelf

2.3 Interactiepositie

Tabel 2. *Interactiepositie in de Rose of Leary van de Persoonlijkheidsstoornissen*

Persoonlijkheidsstoornis	Interactiepositie
Paranoïde	Boven/Tegen
Schizoïde	Onder/Tegen
Schizotypisch	Onder/ tegen
Antisociaal	Boven/Tegen
Borderline	Alle kwadranten
Theatrale	Boven/Samen
Narcistische	Boven/Samen of boven/tegen
Ontwijkende	Onder/tegen
Afhankelijke	Onder/samen
Obsessief-compulsieve	Boven/samen of boven/tegen
Passief-agressieve	Onder/tegen
Depressieve	Onder/tegen

[1]Zie begrippenlijst

2.4 Observatielijst therapeutische houding

Algemene gegevens	
Naam observator	
Datum	
Meetpunt	
Soort therapie	

Algemene indruk

Aspecten	**Frequentie**
Leidend	
Helpend	
Meewerkend	
Afhankelijk	
Teruggetrokken	
Opstandig	
Agressief	
Competitief	

[1]Zie begrippenlijst

Aspecten	**Omschrijving**
Leidend *Een richting geven aan.* (http://www.vandale.nl)	De therapeut kan opdrachten geven aan anderen. De therapeut houdt de verantwoordelijkheid. De therapeut geeft advies aan anderen.
Helpend *Een ander persoon ondersteuning bieden bij het uitvoeren van een taak. De ander heeft hierbij de leiding* (http://www.vandale.nl)	De therapeut is graag tot helpen bereid. De therapeut moedigt anderen aan. De therapeut is mild ten aanzien van een fout
Meewerkend *Samen met een ander persoon een taak uitvoeren. Beide personen hebben een evenwichtige rol in de samenwerking.* (http://www.vandale.nl)	De therapeut is uit op samenwerking. De therapeut is er op uit om met anderen goed overweg te kunnen. De therapeut is gemakkelijk te beïnvloeden door anderen. De therapeut is het met iedereen eens.
Afhankelijk *Door iets bepaald of geregeld worden.* (http://www.vandale.nl)	De therapeut bewondert en imiteert de ander. De therapeut wil bevestiging krijgen De therapeut laat andere besluiten nemen De therapeut geloofd iedereen.
Teruggetrokken *Zich aan iets onttrekken (buiten iemands macht of bereik brengen)* (http://www.vandale.nl)	De therapeut gehoorzaamt de anderen. De therapeut treedt niet graag op de voorgrond. De therapeut geeft snel toe aan de anderen.
Opstandig *Geneigd in opstand te komen (het tegen iets of iemand in verzet komen)* (http://www.vandale.nl; http://www.encyclo.nl)	De therapeut klaagt. De therapeut is twijfelzuchtig. De therapeut gaat tegen veel dingen in.
Agressief *Geneigd (overhellen tot daad) om aan te vallen of te vechten* (http://www.vandale.nl)	De therapeut is streng wanneer dat nodig is. De therapeut is kritisch op anderen. De therapeut is open en direct tegen anderen. De therapeut is sarcastisch/ spottend.
Competitief *Iemand die een ander probeert te overtreffen (beter zijn dan de ander)* (http://www.vandale.nl)	De therapeut heeft de ander niet nodig. De therapeut vertrouwd op zijn eigen kunnen. De therapeut schept op over zichzelf. De therapeut denkt alleen aan zichzelf.

[1]Zie begrippenlijst

Bijlage C Vragenlijst

3.1 Session Rating Scale

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het beste past bij u gevoel.

Relatie

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd door de beeldend therapeut.		Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd door de beeldend therapeut.

Doelen en Onderwerpen

We hebben *niet* gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.		We hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

Aanpak en/of Werkwijze

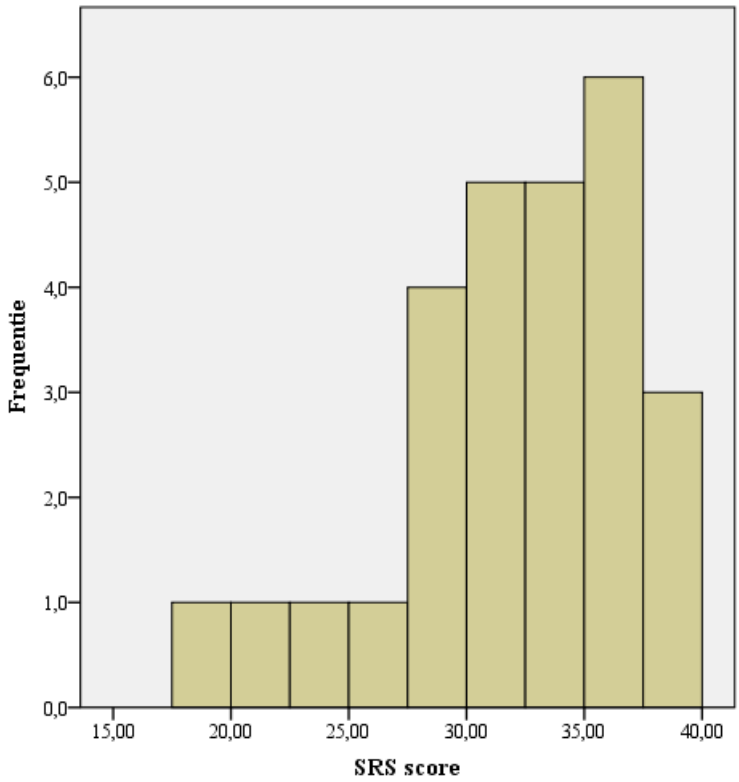
De manier van werken van de beeldend therapeut past *niet* goed bij mij.		De manier van werken van de beeldend therapeut paste goed bij mij.

Algeheel

Er *miste* iets in het contact met de beeldend therapeut vandaag.		Over het geheel genomen vond ik het contact met de beeldend therapeut vandaag in orde.

[1]Zie begrippenlijst

3.2 Distributie Session Rating Scale



Figuur 7. Distributie van de Session Rating Scale (SRS)

[1]Zie begrippenlijst

Bijlage D Informed consent

4.1 Informed consent beeldend therapeut

Beste Lukas,

In het kader van innovatie en onderzoek van onze bachelor beeldende therapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, doen wij een onderzoek. Het onderzoek richt zich op de rol van de therapeut in het open atelier (open creatieve). In dit onderzoek wordt de nadruk gelegd op jou houding en interventies tijdens de open creatieve.

Er zal een groot interview aan het begin en aan het eind van het onderzoek plaats vinden.Na elke sessie zal er een kort interview plaats vinden waarin kort wordt terug gekeken op de sessie. Daarnaast zullen de twee onderzoekers, Pauline Nanninga en Tamar de Boer, deel nemen aan de open creatieve om jou te observeren. Tijdens de sessie zullen de cliënten die deelnemen aan deze groep een vragenlijst invullen.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Elk moment kan je ervoor kiezen om je terug te trekken uit het onderzoek. Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden behandeld en verwerkt.

Wij stellen het zeer op prijs dat u ons wilt helpen met ons onderzoek. Als u vragen heeft over dit onderzoek kunt u mailen naar: PD.Nanninga@student.han.nl of TA.deBoer@student.han.nl

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Pauline Nanninga en Tamar de Boer

Toestemmingsverklaringsformulier
Titel onderzoek: De rol van de therapeut in het open atelier
Verantwoordelijke onderzoeker: Pauline Nanninga en Tamar de Boer

In te vullen door deelnemer (**ten teken dat de respondent ermee instemt)**
Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Datum:
Handtekening deelnemer:

[1]Zie begrippenlijst

4.2 Informed consent begeleider

Beste deelnemer,

In het kader van innovatie en onderzoek van onze bachelor beeldende therapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, doen wij een onderzoek. Het onderzoek richt zich op de rol van de therapeut in het open atelier (open creatieve). In dit onderzoek wordt de nadruk gelegd op de houding en interventies van de therapeut tijdens de open creatieve.

Na elke sessie zal er een klein interview plaats vinden. Tijdens het interview zal worden terug gekeken op de rol van de therapeut tijdens de groep.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden behandeld en verwerkt.

Wij stellen het zeer op prijs dat u ons wilt helpen met ons onderzoek. Als u vragen heeft over dit onderzoek kunt u mailen naar: PD.Nanninga@student.han.nl of TA.deBoer@student.han.nl

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Pauline Nanninga en Tamar de Boer

Toestemmingsverklaringsformulier
Titel onderzoek: De rol van de therapeut in het open atelier
Verantwoordelijke onderzoeker: Pauline Nanninga en Tamar de Boer

In te vullen door deelnemer (**ten teken dat de respondent ermee instemt)**
Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Datum:
Handtekening deelnemer:

[1]Zie begrippenlijst

4.3 Informed consent cliënten

Datum:

Wij, Pauline en Tamar, doen onderzoek naar Lukas, de beeldend therapeut, tijdens de open creatieve. Graag zouden we jou ervaring over de open creatieve willen weten omdat we jou mening belangrijk vinden. We hopen graag dat je hier anoniem aan mee wil werken dit kan door hieronder een krabbel te zetten en de vragenlijst in te vullen. Alle gegevens zullen anoniem worden verwerkt in ons onderzoek.

[1]Zie begrippenlijst

Bijlage E Begrippenlijst

Artistics sensibility	Het vermogen om aandacht te hebben voor een eigen creatief proces (Morris & Willis-Rauch, 2014).
Beeldende schematherapie	Deze therapie vorm heeft als doel om oude disfunctionele schema's te onderkennen en te doorbreken. Door de werking van de schema's minder sterk te maken door de schema's emotioneel te doorwerken. Met behulp van cognitieve en gedragsmatige technieken leert de cliënt zijn huidige disfunctionele gedachtenpatronen en gedrag te veranderen (Schweizer, 2009).
Betrekkingsniveau	Een niveau binnen de communicatie, waarbij de zender aangeeft hoe de inhoud van de communicatie moet worden opgevat door de ontvanger. De zender geeft hiermee indirect aan hoe hij of zij zichzelf ziet in de relatie tot de ander (Remmerswaal, 2008).
Betrouwbaarheidsinterval	De waarden van de populatie wordt verwacht tussen de reeks waarden rond om de waarden van de steekproef te vallen. Wanneer er heel veel aselecte steekproeven uit deze populatie zou worden getrokken bevat 90% van deze betrouwbaarheidsinterval de echte populatiegemiddelde (Vos,2009).
Construct validiteit	Een benadering om de validiteit te beoordelen, waarbij er gekeken wordt naar in hoeverre de meeting het onderzochte construct ook weergeeft (Vos, 2009).
Convenience sampling	Een non-probability sampling methode waarbij de vorm van de steekproef afhankt van zelf selectie(Vos, 2009).
Cronbach's alpha	Een betrouwbaarheid coëfficiënt, waarbij de interne item consistentie wordt getest. Er wordt gekeken of de interne item consistentie gepast is voor de vragenlijst. De vragenlijst hoort drie of meer antwoord opties te hebben (Vos, 2009).
Creatief proces-therapie	Een gedragstherapeutische methode binnen beeldende therapie, ontwikkelt door Kliphuis (1973), waarbij de tijd wordt genomen om te exploreren binnen de activiteiten met verschillende materialen. De activiteiten worden aangepast aan de behoeften van de cliënten met behulp van een appèllijst (Schweizer, 2009).
Data collectie bias	Een conditie dat verschijnt wanneer de procedures van het verzamelen van de data tot een terugkomende vervorming leidt, in vergelijking met de werkelijke waarden van de steekproef (Vos, 2009).
Data collectie error	Toevallige inconsistentie in de data door de procedure van het verzamelen van de data (Vos, 2009).
DSM –IV	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, het international classificatiesysteem van de Geestelijke Gezondheidszorg, hierin staan diagnosecriteria beschreven. IV betekend dat het de vierde herziende versie is (Steunpunt ADHD, 2011)
Externe validiteit	De generaliseerbaarheid van de bevindingen van het onderzoek op andere populaties, plekken of tijden (Vos, 2009).
Evidence-Based	Een behandeling is evidence-based wanneer het gebaseerd is op gegevens uit kwantitatief en/of kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. Welke gegevens als bewijs gelden in het veld van de ziektepreventie en gezondheidsbevordering is nog aan

[1]Zie begrippenlijst

	discussie onderheven. Gezondheidswinst is moeilijk aan te tonen, zeker in kortlopende projecten (Encyclo.nl, 2015).
Gewenste karakteristieken	Signalen in de experimentele omgeving waardoor de gedachten gang en gedrag, betreft het onderzoek, van de participanten wordt gestuurd (Vos, 2009).
Going native	Een verschuiving in de rol van de onderzoeker waarbij de objectiviteit verloren gaat. De onderzoeker wordt namelijk deel van de groep die onderzoekt wordt(Vos, 2009).
Non parametrisch	Een non-parametrische toets is een verdelingsvrije toets die wordt toegepast wanneer de data niet normaal verdeeld is (Huizingh, 2014).
Non-probability sampling	Een methode om een steekproef te verzamelen waarbij de elementen geen gelijke kans hebben om geselecteerd te worden voor het onderzoek (Vos, 2009).
Objectieve waarnemingen	Zichtbare gebeurtenissen die ook voor een ander zijn te zien (Schweizer, 2009).
p waarden	De waarschijnlijkheid dat de waargenomen toegepaste statistiek verschijnt bij kans. Wanneer de *p* waarden onder de α waarden komt, is er significantie aanwezig, het is dan niet op toeval berust (Vos, 2009).
Parametrisch	Een parametrische toets wordt toegepast wanneer de data normaal verdeel is (Huizingh, 2014).
Pearson correlatie coëfficiënten	Een meting waarbij er wordt gekeken naar de samenhang tussen interval of ratio variabele. Om gebruik te maken van deze toets moet er een normale verdeling aanwezig zijn in de data (Vos, 2009).
Peer reviewd	Artikelen zijn peer reviewd wanneer collega's uit de eigen beroepsgroep ('peers') het artikel kritisch beoordelen.
Probabilty sampling	Een methode om een steekproef te verzamelen, waarbij alle elementen even veel kans hebben om uitgekozen te worden om deel te nemen aan het onderzoek (Vos, 2009).
Psychotherapeutische benadering	Een therapeutische benadering gebaseerd op de psycho-analyse. Een belangrijk uitgangspunt is dat het psychisch welzijn samenhangt met de mogelijkheid om, ons zelf te zijn en ons verder als mens te ontwikkelen. In een omgeving die voldoende veiligheid biedt. Er zijn veel soorten psychotherapie, zoals cognitieve therapie, directieve therapie, gedragstherapie, ect (Idee psychologisch bureau, 2002.).
Reactiviteit	De meeting veroorzaakt verandering in het gedrag van de participanten(Vos, 2009).
Significantie niveau α	De waarschijnlijkheid van het verwerpen van de nul hypothese, de alpha (α) waarden wordt voor het onderzoek bepaald door de onderzoeker, wanneer dit niet gebeurt wordt de waarden 0.05 aangehouden (Vos, 2009).
Spearmans rangcorrelatie	In de statistiek de correlatiecoëfficiënt gebaseerd op de coëfficiënt rangnummers van de data in plaats van de data zelf. Het is daarmee een verdelingsvrije maat voor correlatie, ook geschikt voor data die slecht op ordinale schaal gemeten zijn (Vos, 2009).
Standaard deviatie	Een meting van de variabiliteit binnen de data, waarbij er gekeken wordt naar de gemiddelde afstand tot het gemiddelde van alle observaties (Vos 2009).

[1]Zie begrippenlijst

Studio-based practice	Een benadering binnen het open atelier. Waarbij het open atelier wordt gezien als plek waar de cliënt zijn of haar emoties kan uiten en aan doelen te werken. Het proces en product van het beeldend werken staat centraal en niet de talenten van de cliënt.
Subjectieve waarnemingen o	Gevoelens en reacties van iemand, deze ontstaat veelal onbewust. Van deze gevoelens en reacties kan je leren bewust van te worden om ze te kunnen hanteren (Schweizer, 2009).
Test reactiviteit	Wanneer de participant voor de tweede keer een vragenlijst invult, heeft de participant al eerder een vragenlijst ingevuld. Dit heeft invloed op de tweede vragenlijst en de daar op volgende (Vos, 2009).

[1]Zie begrippenlijst

Bijlage F Artikel

The (non)sense of the open studio in art therapy for patients with severe personality disorders

T.A. de Boer, P.D. Nanninga & J. Kil, MSc

Abstract

Emotion regulation is one of the most desirable goals in psychotherapy; art therapy is a way to explore the patients emotions. For many years art therapy has been offered to psychiatric patients through an open studio. The objective of this study is to see if the open studio has therapeutic effect. This is examined by researching the role of the art therapist. Methods included literature research, semi-structured interviews, participating observation and the survey: Session Rating Scale. One art therapist, five group workers and 36 patients participated in the study. The patients had multiple psychiatric disorders in combination with 'disruption' in the therapeutic relationship. The most common diagnosis of the patients was borderline personality disorder. In this research it was found that the attitude of the art therapist was supportive, helping, cooperative and dependent. The interventions of the art therapist were focused on stimulating the patients to make art. Through this research it can be concluded that the role of the art therapist can contribute to the therapeutic effect of the open studio. This because through the role of the art therapist the patients may reach their treatment goals and when patients can reach a goal there is a therapeutic effect.

Introduction

History of the open studio

At the end of the 19th century patients in the psychiatric institutions, on their own initiative, started drawing, painting and writing. In order to encourage this creativity many institutes started open studios where patients could express themselves (Wertheim-Cahen & Festen, 2013). In these open studios art therapy was further developed and as the open studios grew and changed so did art therapy (Case & Dalley, 2014). The open studios were very successful from the 1940s till the 1970s. Then an abrupt end came to this practice because of the drastic health care system changes as a result of financial constraints (Wood, 2000). Many of the open studios were closed. Those that were not closed had to relocate outside of the mental health care institutes. This change caused the art therapists to lose the support of the health care system and with that they also lost their membership to the multidisciplinary teams. In order to fill the knowledge gap caused by losing their multidisciplinary teams, the art therapist searched for a theoretical explanation of their work. This theoretical explanation was sought in order to find scientific evidence for therapeutic effect of art therapy, research was done and a theoretical basis was sought in the studies of psychotherapy.

Definition of the open studio

According to Wood (2000) the open studio is a place where different people at various moments can come to discover what it is like to make art. Through the art making they can explore their emotions. An open studio is a place where a mess is tolerated and where you a work with your hands (Wood, 2000). The essential elements of an open studio are art materials and running water. The open studio is accessible because there are no requirements of the patients and they can freely come and go as they please. The open studio can create trust, safety and continuity through the prerequisites (Brown, 2014). The open studio, in comparison to psychotherapy, could be an inexpensive way to give therapy (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). The open studio can be found in psychiatric institutes (Malchoidi, 1995), rehab clinics, independent practices (Allen, 1995), hospitals, living groups, special education, and orphanages (Case & Dalley, 2014). The open studio can either have a therapeutic or artistic purpose.

The open studio has been researched in order to find if it has therapeutic effect. The open studio, which was researched, is part of a treatment plan in a specialized psychiatric hospital in the Netherlands. This specialized psychiatric hospital is known for their treatment of 'disrupting patients'. The term disruption is used in this specialized psychiatric hospital as an indication for patients whose therapeutic

relationship has become non-, or even counter, productive. The patients are referred to specialized psychiatric hospital to start up a new diagnostic and therapeutic process. According to Rooijen en Neijmeijer (2014) a disruption is a serious disturbance of the therapeutic system and stagnates the treatment. It is when a patient, because of his behaviour, causes great disruption to his environment. Many of these patients have, next to their 'disruption', a psychiatric disorder and addiction problems. The most common psychiatric disorder at the specialized psychiatric hospital is a personality disorder. The open studio can be a valuable addition to the treatment of these patients because, due to their personality disorder, they are instable and have a high risk of quitting the treatment (van der Molen, Perrijn & van den Hout, 2010).

The risks for the open studio

After 1990 there were a lot of financial cuts in the health care system, which caused psychotherapy to dominate the theoretical framework of psychiatry. This caused the open studio to be seen as a place to make art (Wood, 2000). Since the open studio was seen as a place to make art it was removed from the health care institutions. Cuts in the health care finances are currently ongoing because of this every treatment must be proven efficient and effective (GGzE, z.d.; FVB & GGZ Nederland, 2012). Due to the fact that the open studio is often not seen as therapy there is always a high risk that it will be closed altogether.

Little research to the open studio concept has been undertaken so far, which has contribution to the lack of knowledge of the art therapist in training. These art therapists in training may, when they graduate, not be able to reintegrate the open studio concept in their future jobs.

The role of the therapist

The role of the therapist can be defined by his attitude and interventions. The art therapists supports and stimulates the patient through his attitude and he challenges the patient to make a move through his interventions. The role of the art therapist is an important aspect of the therapeutic effect of the open studio. In order to prove the effect and efficiency of the open studio the role of the art therapist must be researched. The purpose of this research is to discover what the contribution of the role of the art therapist is to the therapeutic effect in het open studio. Since there is so little researched about the open studio there must first be a descriptive research before there can be scientific proof of the therapeutic effect of the open studio. In this article the therapeutic effect of the role of the art therapist in the open studio will the discussed. So the sub questions answered in this article are as followed:

- **What is the therapeutic effect of the open studio?**
- **What is the role of the therapist in the open studio?**
- **How do the patients experience the role of the therapist during the open studio?**
- **Which goals can be reached in the open studio?**

Method

The current research was a qualitative, descriptive and a longitudinal research of five weeks into the role of the art therapist in the open studio. This research was conducted by the empirical cycle of de Groot (Vos, 2009). In order to research the role of the art therapist literature, interviews, survey, participant observations and triangulation have been used.

Participants

The research has been done through the perspective of the art therapist, the group worker, and the patients. The art therapist has been working at the specialized psychiatric hospital for about five years during which he has always lead the open studio. Every week there is a different group worker at the open studio in order to guarantee the safety of the art therapist and the patients. The researcher did not know which group worker was present at the open studio. The group workers who participated in the research work at the specialized psychiatric hospital and have knowledge of the patients and their disorders. The patients who stay at the specialized psychiatric hospital are between 19 and 46 years of age with a mean age of 25 and a SD of 7.6. The exclusion criteria for this research are if the patients are not hospitalized at this specialized psychiatric hospital or do not have permission to come to the open studio due to their current mental state. In this research non-probability sampling technique, convenience sampling to approach the participants was used. In total there where 36 participants at the open studio and 27 respondents of the survey. There where 34 women and 2 men who participated.

The patients that participated in this research have multiple problems and diagnoses. The most common diagnosis is borderline personality disorder. The main reason why they are hospitalized at this specific psychiatric hospital is the disruption of their therapeutic relationship in a former mental health care setting.

Materials

In this research, there has been made use of literature, interviews, surveys, participating observation and triangulation. Half structured, face-to-face interviews were used in order to allow the interviewed person to express themselves freely (Migchelbrink, 2010). Through these interviews the importance of the open studio has been defined and the role of the art therapist has been studied. In order to research this the art therapist and group workers have been interviewed. To expand the reliability of the interviews there has been made use of topic lists and a script. For further information see Pauline Nanninga (2015) and Tamar de Boer (2015).

The survey, the Session Rating Scale (SRS) of the Routine Outcome Monitoring (ROM) was used in this research. The therapeutic relationship has been researched through the four items of the SRS. The patients score by putting a mark on a ten-centimetre line between two sentences. The four items which the patients score are relationship, goals and topics, approach and method, and overall. According to Duncan et al. (2003) the SRS has a high internal consistency (the SRS has a Cronbachs alpha of 0.88). This has been researched through a test-retest by a group of N=70. For further information see Duncan et al. (2003), Tamar de Boer (2015) and Pauline Nanninga (2015).

Through the use of participating observation the attitude and interventions of the art therapist have been studied. The researchers participated the open studio in order to observe the art therapist. Tamar de Boer (2015) observed the attitude of the art therapist using an observation list based on the Rose of Leary (1975) simplified by Remmerswaal (2008). The purpose of this diagnostic system is to analyse the interpersonal relationships. Truckenmiller and Warner Schaie (1979) have studied the Rose of Leary and found a Pearson correlation coefficient range of 0.98 until -0.78 with a mean of 0.53 with a significant level of $r \geq .62$, $p \leq .05$ (Truckenmiller & Warner Schaie, 1979). The Rose of Leary has received a COTAN certification from the Nederlands Institue van Psychologen (2004). Pauline Nanninga (2015) observed the intervention of the art therapist though an observation list based on Bruscia (1987). Bruscia defined an intervention as an interaction, which is started by the art therapist. The art therapist starts this in order to elicit a direct reaction from the patient or to influence the patient with an experience. Bruscia (1987) examined differed kinds of improvisation models and as a conclusion wrote sixty-four different kinds of interventions. He categorized these interventions in nine different categories. Pauline Nanninga (2015) translated these categories from music therapy to art therapy.

Triangulation is the process of cross-referencing data from different techniques and perspectives in order to search consistency and inconsistency in the data (Migchelbrink, 2010). If there is consistency in the data there will be more reliability of the data.

Procedure

There have been two kinds of interviews: long interviews with the art therapist and short interviews with both the art therapist and the group worker. At the beginning of the research the art therapist, patients and group workers where asked to sign an informed consent. Two long interviews where held, one before research and one after the research. The short interviews with the art therapist were at the end of each open studio session. During this interview the art therapist was asked what attitude he had during the group and which interventions he used. One researcher did the short interviews with the group workers, unlike the other interviews, in order to provide the safety during the open studio. The group worker was interviewed during the open studio. This interview took place in an other room so that the group worker could speak freely. Both the interviews of the art therapist and the group worker where recorded and transcribed so that they could read them to increase the reliability of the interviews.

During the open studio the patients who left the group where asked to fill in a survey. The patients were asked to put the survey in a closed container in the room so that the researchers did not see it and the anonymity of the patients was assured.

Before the open studio started the researchers took place in the room on different sides of the table so that all the actions of the art therapist could be seen and observed. All the

participants knew beforehand that the researchers where observing. In order to preserve the environment of the open studio the researchers joined the group in activities such as conversation, drinking coffee and making art but they where not passive in order to stay objective. During the open studio the researchers made inconspicuous notes of their observations. In their observations the researchers kept track of the frequency that the art therapist had a type of attitude or did an intervention. About half way through the session the researchers left the room to make notes of their observations so that the reliability of the data was increased.

Analyses

The data, which was found through the interviews, was analysed through open coding and axial coding. Through coding substantive themes, structures, patterns and concepts are found (Migchelbrink, 2010). The interviews where fragmentized and each fragment got a code. Both researchers coded the interviews individually and then joined their work and look for consistency so that the reliability of the data was increased. Through axial coding a coding-tree was created.

The data, which was collected through the survey, was analysed through the statistic program SPSS (IBM) version 22. The total score of each survey was calculated in order to see if there was a pattern in the data. The patients where satisfied with the therapeutic relationship if they scored above 36.00 out of the 40.00 points (Duncan et al., 2003). Normal distribution of the data was tested using a histogram. Through the data there was checked if there was a non-parametric test. There was made use of the Spearman's rank correlation coefficient to investigate the relationship between the experience of the client and observed attitude. Finally, the data of each item was collected in SPSS so the internal consistency of the survey was checked using Cronbach's alpha.

The data, which was found through the participating observation, was analysed through SPSS (IBM) version 22 and Microsoft Excel 2008. Using a histogram and frequency table the interpersonal variables have been studied in order to discover which attitude is used more of less. The interventions of the art therapist have been analysed using a histogram in order to determine the frequency that each intervention was used.

Results

Therapeutic effect of the open studio

Through the interviews and the use of literature the therapeutic effect of the open studio was researched. The therapeutic effect of the open studio exists because it is a place for patients to practice. The open studio creates the opportunity for patients to practice with daily situations (Wertheim-Cahen & Festen, 2013). The process and product of art making is of importance in the open studio (McGraw, 1995; Vick & Sexton-Radek, 2008). The art therapist in the interviews confirms this. According to Kapitan (2008) there is a therapeutic effect when a patient can work on treatment goals. Furthermore the role of the art therapist is important because he creates the conditions of the open studio (McGraw, 1995; Allen, 1995; Henley 1995). The interventions of the art therapist are an important aspect of the therapeutic effect of the open studio because through the interventions he creates the possibility for patient to make art (Cahn, 2000; Henley, 1995).

The role of the art therapist in the open studio

Through participating observation, interviews and literature the role of the art therapist was researched. The role of the art therapist can be defined as his attitude and his interventions (FVB & GGZ Nederland, 2012; Smeijster, 2008). An attitude is an evaluation of an attitude object that is based on emotional cognitions and behaviouristical information. This evaluation is influenced by the evolved tendency and prejudices to the attitude object (Eagly & Ghaiken, 1993; Campbell, 1963). The attitude of the art therapist during the open studio can be defined as supportive, helping, cooperative and dependent. This means that the art therapist has a together-below and a together-above in the interaction position in the Rose of Leary. The interventions of the art therapist where directed at helping and structuring the patient to make art. The art therapist did this by inviting the patient to make art, helping the patient to become aware and by helping the patient to get started.

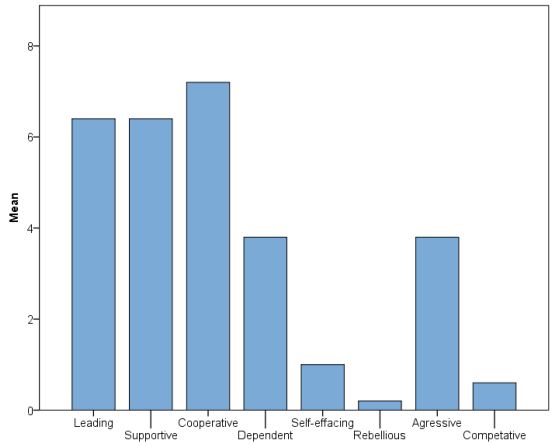


Figure 1. Mean frequency of therapeutic attitude in five sessions from participating observations

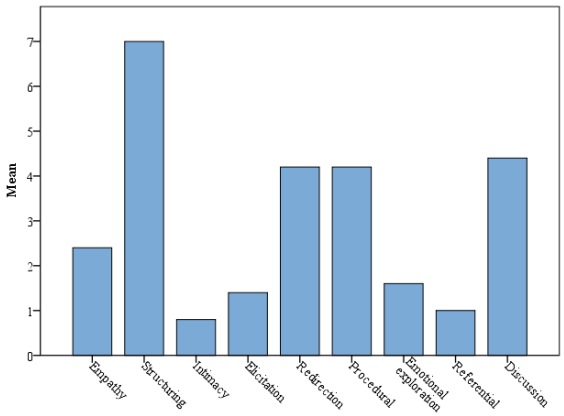


Figure 2. Mean frequency of interventions in five sessions from participating observations

<u>The patient's experience of the role of the art therapist during the open studio</u>
Through the SRS survey the patients experience of the art therapist during the open studio was researched. The lowest score of the SRS was 19.90 and the highest score of the SRS was 39.70 with a mean SRS score of 32.06. This is lower than the desirable score of 36.00 (Duncan et al., 2003). Using the confidence interval mean it is calculated with 90% certainty that the patients would score between 29.27 and 35.21. Using the Spearman's rank correlation coefficient with a significant level α of 0.05 there has been found very weak, not significant negative correlation between the attitude of the art therapist and the experience of the patients (r = -0.20; p = 0.38). When the four items are looked at individually it is noticeable that the mean score of the item 'goals and teams' is lower than the other mean item scores. The internal consistency of the survey has been analysed through the Cronbachs alpha. The Cronbachs alpha of this survey is 0.62.

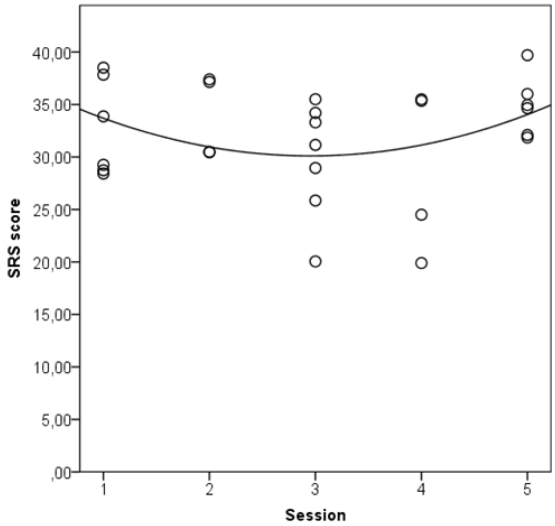


Figure 3. Session Rating Scale per patient

<u>The goals that can be reached in the open studio</u>
In the specialized psychiatric hospital where the research has been conducted the treatment is focused on the interpersonal and disrupting problems. One of the main goals in the treatment is the therapeutic relationship (Boer, 2015; Nanninga, 2015; Rooijen & Neijmeijer, 2014). This goal is confirmed by the literature study about the treatment of personality disorders. The therapeutic relationship is a fundamental goal in the individual art therapy sessions. Through mentalization patients work on their interpersonal problems in order to decrease the disruption they cause. In the individual art therapy the patients are also working on goals such as insight into their problems, behavioural change, and accepting ones self. Because the open studio is a practice place a patient can work on al the aforementioned goals. In the open studio the patients can also work on their artistic sensibility by which they can reach mental states such as acceptation, empathy, trust and insight (Morris & Willis-Rauch, 2014). The patient's experience of working on these goals during the open studio was on average lower with a mean score of 6.81 on a scale of 10.00.

Discussion

In the current research answer was sought to the question 'What is the contribution of the role of the therapist, to the therapeutic effect of the open studio?' using literature, interviews, survey, participating observation and triangulation. Through literature and interviews it has been

found that the therapeutic effect of the open studio exists through the process and product of the patient. The patient can practise daily situations and goals during the open studio. The role of the art therapist is an important part of this therapeutic effect. Through participating observation it is found that the art therapist has a together-below and a together-above in the interaction position in the Rose of Leary. The interventions of the art therapist were directed at helping and structuring the patient to make art. The art therapist did this by inviting the patient to make art, helping the patient to become aware and by helping the patient to get started. The patients experience the therapeutic relationship less than desirable but there is progression in their experience of the therapeutic relationship. During the open studio patients can work on general goals, personal goals and open studio goals through which they can reduce the disturbance and interpersonal problems.

In the current research there was made use of the SRS survey in order to examine how the patients experience the attitude and interventions of the art therapist. The SRS however, does not research this but instead researches the therapeutic relationship. This is confirmed by the small internal consistency of the survey. Also the heterogeneous group of patients with different psychiatric disorders threatened the validity of the data. This confirms the big difference in the SRS score. The external validity has been threatened because two men participated so the data cannot be generalized to the male population. This however is not of importance because there are fewer men with borderline personality disorder (Lobbestael, 2011). To expand the validity the researchers offered the survey in an approachable manner in order not to arouse the patient's disorders. According to the art therapist the survey had little influence on the patients. In order to expand the reliability of the research the SRS was not changed because it fits the patients who have a shorter attention span due to their psychiatric disorder (Gillig, 2011).

Every open studio session two different interviews took place, one interview with the art therapist and another one with the group worker. The reliability may be threatened because the interviews with the group worker where conducted by one researcher instead of two. There was an inconsistency of the data on substantive level. To guarantee the validity there was made use of a script because one researcher was less objective due to her experience as an intern at the specialized psychiatric hospital. To increase the objectivity of the researchers there was made use of a topic list, which increased the reliability of the interviews. The reliability also increased because the interviewed person reread the interview. To increase the validity the interviews were held in a different room so that reactivity was prevented. The validity and reliability could have been increased if the researchers had checked each other interviews and given feedback on it.

Due to the fact that the researcher participated in the open studio they influenced the dynamics in the group because a participative reactivity was activated. The researchers influenced both the art therapist and the patients. The researchers did not fill in the observation list in the group because they did not want to affect the art therapist or the patients. Since they could only fill in the observation list after the session the construct validity of this research method was affected. The researchers could miss an attitude or intervention or interpret it differently. The observation list, through which the interventions are observed, are less valid because the researcher wrote it herself based on an existing theory. The observation list has not been used or studied before. To minimize the reactivity the researchers participated, without observing, a week before the study began. According to the art therapist the atmosphere in the group barely changed when the researchers joined.

All these research methods were being triangulated in order to expand the reliability and validity. Only the experience of the patients was studied through one data collection technique. Concluding, by using triangulation, there was found a lot of consistency in different kinds of data, which expands the reliability and validity.

Discussion of the results

In the current research the therapeutic effect of the open studio was studied by literature study but there is not a lot of literature found about this topic. Most of the found literature was based on opinions of art therapists, which caused the information to be subjective. There might be aspects, which cause the therapeutic effect that have not yet been found. Also the question remains: when is something therapeutic and when is it not therapeutic? And is it only possible to have therapeutic effect if you work from a psychotherapeutic point of view? A similar friction was found in the current research

between the experience of the art therapist and the experience of the patients. It can be seen in the fact that there was no relationship found between the attitude of the art therapist and the experience of the patients. The friction can also be seen in that the art therapist is focused on tuning to the patients while the patients say in the SRS that they miss this tuning on goals and themes they work on. Concluding, there are different aspects that clarify the therapeutic effect of the open studio but these are partly contradicted by the art therapist and patients. The friction can be explained from the patients' diagnoses and behavioural problems. Due to the interpersonal problem of the patients they can experience the art therapist differently because their reality is different.

The art therapist, during the open studio, takes the interaction position together-above and together-below. This interaction position respectively stimulates the patients to take together-below and together-above positions. This can probably be explained through the problems of the patients because they have the interaction position above-opposed and below-opposed. By using these interaction positions the art therapist stimulates the patients to work on goals, especially the therapeutic relationship. Patients who scored the therapeutic relationship positive through the SRS survey confirm this.

The attitude of the art therapist was studied through use of his introspection. In order to use introspection the art therapist has to be conscious about his subjective perception. There was found inconsistency in the data from interviews with the art therapist and the interviews with group worker. This inconsistency was that the group worker observed a different attitude of the art therapist than that the art therapist thought. This can be explained through the shortcoming of the art therapist, group worker or the researchers. This inconsistency barely effects the reliability of the data because many different perspectives where used. It seems that the art therapist has a better introspection concerning his interventions.

The art therapist is conscious of his interventions and that they are focused on stimulating the patients to start working, this is confirmed by the interviews and participating observations. Through the interventions of the art therapist the patients have the possibility to take the responsibility for their own process by working on their treatment goals. The patients may have different expectations on how they work toward reaching their goals. This way of working fits in the vision of the specialized psychiatric hospital.

Recommendations

Through the current research a hypotheses on a possible explanation behind the therapeutic effect of the open studio is presented. In order to confirm this hypothesis it is necessary to do more research on this topic so that the open studio can reintegrate into the health care systems. There is need for further studies. In these studies it is important to pay attention to the sample in order to expand the external validity. It is recommended to use a probability sampling technique in order to get a representative sample. The follow-up research can be focussed on women of 18 to 65 years of age with only one diagnosis, for instance the diagnosis borderline personality disorder. The observations lists must be tested on a normal population in order to check the reliability and validity so that the interventions and attitude of the art therapist can be studied from a more objective point of view. This can be done through an inter-item correlation such as the Cronbachs alpha.

It is recommended that art therapists consider the open studio as a therapeutic group. Doing so they can expand the range of art therapy as whole, which may offer more job opportunities. Art therapist must differentiate itself form other forms of psychotherapy. They must see the value of the open studio and appreciate that, though not every treatment may be theoretically proven (Raps, 2009). A healthy therapeutic relationship that supports a patient in accomplishing his of her goals is always effective.

Conclusion

The main question of this study was: What is the contribution of the role of the therapist, to the therapeutic effect of the open studio? This has been studied through use of literature, survey, interviews and participating observation.

There can be concluded that the role of the art therapist contributes to the therapeutic effect of the open studio. The attitude of the art therapist stimulates patients to take a different interaction position. By doing this the patients can work on the goals 'therapeutic relationship'. The interventions of the art therapist are focused on motivating the patients to their creative

artwork; when the patients work they start a therapeutic process. In this therapeutic process the patient will reach his/her treatment goals. Through this research it can be concluded that the role of the art therapist, his attitude and interventions, stimulates the patients to work on goals and when patients can work on goals there is a therapeutic effect.

References

Allen, P.B. (1995). Coyote Comes in from the Cold: The Open Studio Concept. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12*(3), 161-166.

Boer, T.A., de. (2015). *De (on)zin van het open atelier: Een kwalitatief beschrijvend onderzoek naar de bijdrage van de houding van de therapeut aan het therapeutisch effect, op het open atelier, binnen de Kliniek Intensieve Behandeling.* (Onderzoeksverslag). Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Brown, C. (2014). The lost studio: You don't know what you've got till it's gone. *Art Therapy Online, 5(1)*, 1-18. Geraadpleegd op 3 februari 2015, van http://journals.gold.ac.uk/atol/backissues.html#6

Bruscia, K.E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy.* Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

Cahn, E. (2000). Proposal for a Studio-based Art Therapy Education. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 17*(3), 177-182. DOI: 10.1080/07421656.2000.10129696

Campbell, D. T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioural dispositions. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science, 6*, 94-172 New York: McGraw-Hill.

Case, C. & Dalley, T. (2014). *The Handbook of Art Therapy.* East Sussex: Routledge.

Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometirc Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy (3)*1, 3-12. Geraadpleegd op 9 maart 2015, van http://0351d8e.netsolhost.com/wp-content/uploads/documents/SessionRatingScale-JBTv3n1.pdf

Eagly, A.H., & Ghaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition, 22(5)*, 582-602.

FvB & GGZ Nederland (2012). *GZ-vaktherapeut beroepscompetentieprofiel.* Zwolle: Èpos press. Geraadpleegd op 9 febrauri 2015, van http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GZ%20Vaktherapeut.pdf

GGzE (z.d.). *2014: meetbaar en merkbaar beter.* Geraadpleegd op 9 februari 2015, van http://www.ggze.nl/over-ggze/organisatie/2014-meetbaar-en-merkbaar-beter

Gillig, P.M. (2011). Higher cortical functions: Attention and vigilance. *Innovations in Clinical Neuroscience, 8*(1), 43-46. Geraadpleegd op 23 februari 2015, van http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036553/

Henley, D. (1995). A Consideration of the Studio as Therapeutic Intervention. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12*(3), 188-190.

Kapitan, L. (2008) "Not Art Therapy": Revisiting the Therapeutic Studio in the Narrative of the Profession, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 25*(1) 2-3. DOI: 10.1080/07421656.2008.10129349

Lobbestael, J. (2011). Borderline, een Vrouwe kwaal?. *Blind, 26(2).* Geraadpleegd van, https://www.ziedaar.nl/print-article.php?id=396

Malchiodi, C.A. (1995). Studio Approaches to Art Therapy. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12(3)*, 154-156

McGraw, M.K. (1995). Art Studio-Based Art Therapy Program. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 12*(3), 167-174.

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

Morris, F.J., & Willis-Rauch, M. (2014). Join the Art Club: Exploring Social Empowerment in Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 31*(1), 28-36. DOI: 10.1080/07421656.2014.873694

Nanninga, P.D. (2015). *De (on)zin van het open atelier: Een kwalitatief beschrijvend onderzoek naar de bijdrage van de interventies van de beeldend therapeut, aan het therapeutisch effect van het open atelier.* (Onderzoeksverslag). Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Nederlands Instituut voor Psychologen NIP. (2004). *Documentatie van Test en Testresearch in Nederland.* ICL-R, interpersoonsvragenlijst, 2000. Gereaadpleegd op 23 april 2015, van http://www.cotandocumentatie.nl/test_details.php?id=80

Nederlandse Zorgautoriteit. (2011). *Tariefbeschikking DBC GGZ.* Gedownload op 15 mei 2015, van http://www.nza.nl/98174/137715/TB-CU-5061-01.pdf

Raps, C.S. (2009). When We Research "Conditions-Treatments," Is There a Misnomer?. *American Psychologist, 64*, 275-276. Doi:10.1037/a0015344

Remmerswaal, J. (2008). *Handboek Groepsdynamica*. Soest: Nelissen.

Rooijen, S. van, & Neijmeijer, L. (2014) *In profiel: Klinieken voor Intensieve Behandeling KIB.* Trimbos-insituut. Rapport over KIB's. Geraadpleegd op 9 februari 2015, van http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel?q=AF1247&domein

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho

Truckenmiller, J.L., & Warner Schaie, K. (1979). Multilevel Structural Validation of Leary's Interpersonal Diagnosis System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,47(6)*, 1030-1045.

Van der Molen, HT, Perreijn, S en van den Hout, MA (2010). *Klinische Psychologie.* Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Vick, R. M., & Sexton-Radek, K. (2008). Community-Based Art Studios in Europe and the United States: A Comparative Study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 25*(1), 4-10. DOI: 10.1080/07421656.2008.10129353

Vos, H. J. (2009). *Social Research Methods*. Harlow: Pearson.

Wertheim-Cahen, T., & Festen, T. (2013). *Soms ben je uitgepraat: het atelier en de geestelijke gezondheidszorg.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant

Wood, C. (2000). The significance of studios. *Inscape, 5*(2), 40-53. DOI: 10.1080/17454830008413089