

# Transdiagnostisch werken binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend

*Een kwalitatief onderzoek naar op welke wijze de transdiagnostische factoren volgens de Generieke module Vaktherapie ingezet kunnen worden bij de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar.*

Focus op onderzoek



## Summary

---

Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) is a treatment method developed for children ranging between ages 4 and 12 that have attachment issues to address behavioral and emotional problems. The FVB Databank ArVT is currently writing a manual which will transcend the transdiagnostic factors (TDF) and artistic disciplines. This study is a theoretic basis that the ArVTb does indeed work transdiagnostic, which could in turn contribute to the writing of the transdiagnostic manual. This study will also show in which way the transdiagnostic factors could be applied within the ArVTb. For this the transdiagnostic factors of the generic module expressive therapy will be used: Arousal, perception, executive functions, emotional regulation, loss, control systems and social interaction/social functioning. Transdiagnostic factors is becoming an increasingly important term for expressive therapists. It offers a common definition for symptoms that transcend the diagnosis of a client. Both the transdiagnostic factors and the ArVTb are more client and behavior-based, focusing less on a DSM-5 diagnosis. This makes it relevant to study how these transdiagnostic factors could be addressed within the ArVTb. This study will look at what expressive materials/methods there are but also include the therapeutic attitude within this treatment method and the transdiagnostic factors, using practical and literary methods. It concludes that the ArVTb, the relevant expressive materials/methods and the therapeutic attitude for each phase correspond to the transdiagnostic factors arousal, perception, executive functions, emotional regulation and social interaction/social functioning.

## Samenvatting

---

Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) is een behandelmethode ontwikkeld voor kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar met problematische gehechtheid om gedrags- en emotionele problemen te verminderen. Het FVB Kennisnetwerk ArVT is bezig met het schrijven van een transdiagnostisch en kunstdiscipline-overstijgend handboek. Het onderzoek dat voor u ligt biedt een theoretische onderbouwing dat de ArVTb daadwerkelijk transdiagnostisch werkt en op welke manier dit een bijdrage kan leveren aan het schrijfproces van het transdiagnostische handboek. Er wordt onderzocht op welke wijze de transdiagnostische factoren (TDF's) ingezet kunnen worden binnen de ArVTb. Hiervoor worden de TDF's van de Generieke module Vaktherapie gebruikt: arousal, waarneming, executieve functies, emotieregulatie, verlies, regelsystemen en sociale interactie/sociaal functioneren. TDF's zijn een opkomend begrip onder vaktherapeuten. Het biedt een gemeenschappelijke taal voor diagnose-overstijgende symptomen van cliënten. Zowel de TDF's als de ArVTb zijn gericht op de cliënt en het gedrag en minder op de DSM-5 diagnose. Dit zorgt ervoor dat het relevant is om te onderzoeken welke TDF's worden herkend door de ArVT en welke therapeutische attitude en welk beeldende aanbod daarbij ingezet kan worden. Uit praktijk- en literatuurstudie blijkt dat de verschillende fasen binnen de ArVTb en het passende beeldende aanbod en de therapeutische attitude per fase overeenkomen met de TDF's arousal, waarneming, executieve functies, emotieregulatie en sociale interactie/sociaal functioneren.

# Voorwoord

---

Tijdens mijn studie tot beeldend therapeut ben ik in aanraking gekomen met Affectregulerende Vaktherapie, een methode die aansluit bij mijn manier van handelen en mijn interesse in de doelgroep kinderen en jongeren. De Affectregulerende Vaktherapie kijkt verder dan het gedrag, naar bijvoorbeeld onderliggende affecten, gevoelens en emoties. Hierbij ben ik een voorstander van de TDF's: verder kijken dan de diagnoses via de DSM-5, gericht op de persoon en welke problematiek daaruit naar voren komt. Vanuit de praktijk kwam de volgende vraag naar voren: hoe kunnen de TDF's gebruikt worden binnen de ArVTb methode? Dit wekte mijn interesse op mijn afstudeeronderzoek te baseren op deze vraag uit de praktijk, omdat twee interesses vanuit mijn handelen als toekomstig therapeut samenkomen in dit onderzoek.

Ik wil het FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie bedanken voor de mogelijkheid tot dit onderzoek. Via mijn opdrachtgever Patricia Tel-Vos waren er mogelijkheden om in contact te komen met verschillende bestuursleden van de ArVTb en beeldend therapeuten die werken met de ArVTb en de TDF's. Hierbij wil ik de respondenten bedanken voor hun tijd, medewerking en relevante informatie vanuit praktijkervaringen.

# Inhoudsopgave

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUMMARY .....</b>                                                                                | <b>2</b>  |
| <b>SAMENVATTING .....</b>                                                                           | <b>3</b>  |
| <b>VOORWOORD .....</b>                                                                              | <b>4</b>  |
| <b>INLEIDING.....</b>                                                                               | <b>7</b>  |
| <b>H 1. INHOUDELIJKE ORIËNTATIE .....</b>                                                           | <b>8</b>  |
| H 1.1 TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOREN .....                                                             | 8         |
| H 1.2 TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOREN EN BEELDEND THERAPIE .....                                        | 8         |
| H 1.3 TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOREN VOLGENS VAN HEYCOP TEN HAM & DE GENERIEKE MODULE VAKTHERAPIE..... | 9         |
| H 1.4 AFFECTREGULERENDE VAKTHERAPIE (ArVT) .....                                                    | 11        |
| H 1.5 AFFECTREGULERENDE VAKTHERAPIE BEELDEND (ArVTb) .....                                          | 11        |
| H 1.6 SPANNINGSREGULATIE FASE (1) .....                                                             | 12        |
| H 1.7 AANDACHTSREGULATIE FASE (2) .....                                                             | 12        |
| H 1.8 AFFECTREGULATIE FASE (3) .....                                                                | 12        |
| <b>H 2. ONDERZOEKSKWESTIE.....</b>                                                                  | <b>13</b> |
| <b>H 3. HOOFDVRAAG, DEELVRAGEN .....</b>                                                            | <b>14</b> |
| H 3.1 HOOFDVRAAG.....                                                                               | 14        |
| H 3.2 DEELVRAGEN .....                                                                              | 14        |
| <b>H 4. DOELSTELLING .....</b>                                                                      | <b>15</b> |
| <b>H 5. ONDERZOEKSMETHODE .....</b>                                                                 | <b>16</b> |
| H 5.1 ONDERZOEKSBENADERING.....                                                                     | 16        |
| H 5.2 ONDERZOEKSTYPE.....                                                                           | 17        |
| H 5.3 DATAVERZAMELINGSTECHNIKEN .....                                                               | 17        |
| H 5.4 DATAVERZAMELMETHODE .....                                                                     | 17        |
| H 5.5 KWALITEITSCRITERIA.....                                                                       | 18        |
| <b>H 6. RESULTATEN.....</b>                                                                         | <b>19</b> |
| H 6.1 DEELVRAAG 1.....                                                                              | 19        |
| H 6.1.1 Literatuurstudie.....                                                                       | 19        |
| H 6.1.2 Praktijkstudie .....                                                                        | 20        |
| H 6.1.3 Conclusie deelvraag .....                                                                   | 20        |
| H 6.2 DEELVRAAG 2.....                                                                              | 21        |
| H 6.2.1 Literatuurstudie.....                                                                       | 21        |
| H 6.2.2 Praktijkstudie .....                                                                        | 22        |
| H 6.2.3 Conclusie deelvraag .....                                                                   | 22        |
| H 6.3 DEELVRAAG 3.....                                                                              | 24        |
| H 6.3.1 Literatuurstudie.....                                                                       | 24        |
| H 6.3.2 Praktijkstudie .....                                                                        | 24        |
| H 6.3.3 Conclusie deelvraag .....                                                                   | 24        |
| H 6.4 DEELVRAAG 4.....                                                                              | 26        |
| H 6.4.1 Literatuurstudie.....                                                                       | 26        |
| H 6.4.2 Praktijkstudie .....                                                                        | 28        |
| H 6.4.3 Conclusie deelvraag .....                                                                   | 30        |
| H 6.5 DEELVRAAG 5.....                                                                              | 32        |
| H 6.5.1 Literatuurstudie.....                                                                       | 32        |

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| <i>H 6.5.2 Praktijkstudie .....</i>           | <i>33</i> |
| <i>H 6.5.3 Conclusie deelvraag .....</i>      | <i>34</i> |
| <b>H 6.6 DEELVRAAG 6.....</b>                 | <b>35</b> |
| <i>H 6.6.1 Literatuurstudie.....</i>          | <i>35</i> |
| <i>H 6.6.2 Praktijkstudie .....</i>           | <i>36</i> |
| <i>H 6.6.3 Conclusie deelvraag .....</i>      | <i>36</i> |
| <b>H 7. CONCLUSIE .....</b>                   | <b>37</b> |
| <b>H 8. AANBEVELINGEN .....</b>               | <b>40</b> |
| <b>LITERATUURLIJST.....</b>                   | <b>41</b> |
| <b>BIJLAGE 1: TOPICLIJST INTERVIEWS.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>BIJLAGE 9: HBO-GEDRAGSCODEVERSLAG.....</b> | <b>45</b> |

# Inleiding

---

## Aanleiding tot onderzoek

Dit onderzoek is geschreven voor het afstudeeronderdeel van de opleiding Vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht, locatie Amersfoort. Het onderzoek is geschreven naar aanleiding van een vraag uit de praktijk door het FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). Het FVB kennisnetwerk ArVT houdt zich bezig met het beschrijven van vaktherapeutische behandelinterventies, in zowel de kunstdisciplines beeldend als drama, dans, muziek, PMT en spel. Het FVB Kennisnetwerk ArVT heeft voor beeldend en muziek al een methode beschreven voor de doelgroep kinderen (4 tot en met 12 jaar) met problematische gehechtheid. Momenteel wordt er door het FVB kennisnetwerk ArVT een transdiagnostische methode Affectregulerende Vaktherapie voor kinderen en jongeren van 4 tot 18 jaar met gedrags- en emotionele problemen geschreven in de vorm van een Handboek ArVT. Eind 2018 werd door de NJI (de databank voor onderbouwde interventies voor kinderen en jeugd) toegekend dat het FVB Kennisnetwerk ArVT door mag schrijven aan het Handboek ArVT. Als het NJI het uiteindelijk goedkeurt hoopt de ArVT dat het handboek opgenomen wordt in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) ([www.fvb.vaktherapie.nl](http://www.fvb.vaktherapie.nl); Persoonlijke Communicatie, 2019).

Omdat de methode van de ArVTb een transdiagnostische kader en werkwijze biedt, waarin aan diverse problematieken en diagnoses gewerkt kan worden, ligt er momenteel nog de vraag hoe de TDF's gebruikt kunnen worden binnen de ArVTb. De ArVT beschrijft de methodes als transdiagnostisch, maar is dit wel zo? En op welke wijze kan er dan transdiagnostisch gewerkt worden? In dit onderzoek staat de vraag centraal in hoeverre er sprake is van een overlap tussen de ArVT en de TDF's zoals beschreven in de Generieke module Vaktherapie. Dit onderzoek draagt bij aan de ontwikkelingen rondom het handboek ArVT.

## Leeswijzer

In dit onderzoek wordt eerst een oriëntatie geschreven op het gekozen onderwerp. Door verschillende invalshoeken van het onderwerp nader toe te lichten zal de focus van het onderzoek bepaald worden.

Vanuit de inhoudelijke oriëntatie worden de hoofdvraag, de deelvragen en de doelstelling geformuleerd. Als deze vragen concreet zijn geformuleerd kan de analyse verricht worden. Voordat de analyse uitgewerkt kan worden, wordt eerst de onderzoeksbenadering beschreven. Hierin wordt toegelicht voor welk onderzoekstype, databronnen, enzovoorts gekozen is. Hierna wordt er literatuur- en praktijkstudie uitgevoerd om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden in de conclusie. Als laatste zullen er aanbevelingen geschreven worden.

*\*De bijlage 2 tot en met 9 zijn uit deze oplage gehaald vanwege het bevatten van persoonlijke informatie.*

# H 1. Inhoudelijke oriëntatie

---

*Het onderzoek richt zich op de Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) en de transdiagnostische factoren (TDF's). Onderstaande verkenning van de literatuur geeft relevante informatie over deze twee onderwerpen.*

## H 1.1 Transdiagnostische factoren

---

Achter de DSM-5 gedefinieerde stoornissen liggen een aantal gemeenschappelijke factoren die benoemd worden als de TDF's. Het begrip 'transdiagnostisch' betekent 'een rol spelend bij verschillende psychiatrische aandoeningen'. TDF's bieden een dieper perspectief waarbij wordt gekeken naar dezelfde onderliggende genetische, neurobiologische en psychologische mechanismen die kunnen leiden tot een psychiatrische aandoening. Zo kunnen bijvoorbeeld bij zowel depressie als een angststoornis dezelfde symptomen naar voren komen in de behandeling. Dan is het efficiënt om naar deze symptomen (de TDF's) te kijken en niet alleen naar de DSM-5 diagnose. Deze TDF's zijn ook terug te vinden in de effecten van psychiatrische behandelingen. Een type interventie kan namelijk uiteenlopende klachten verminderen omdat ze meer DSM-5 diagnoses raken (Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014; Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Van den Bos & Meijnckens, 2017).

## H 1.2 Transdiagnostische factoren en beeldende therapie

---

Het begrip transdiagnostische factor wordt steeds meer gebruikt in het beroepenveld. Uit verschillende bronnen (de Graaf, 2019; Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014; Van den Bos & Meijnckens, 2017; Van Amelsvoort, Klaassen, & Heuvel, 2018; Botterman, 2018) blijkt dat vaktherapeuten eigenlijk al gewend zijn om in transdiagnostische termen te praten en werken. Vaktherapeuten werken tegenwoordig meer cliëntgericht. Ze kijken naar wat het aanbod op dat moment oproept bij de cliënt in plaats van gericht te behandelen via een methode (Spree, Bootsma, & Van den Bos, 2019). Cliënten praten eerder over de klachten die ze ondervinden (symptomen) dan de stoornis (diagnose) die ze hebben (Van den Bos & Meijnckens, 2017; Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014). Vaktherapeuten, waaronder ook beeldend therapeuten, sluiten hierbij aan. Binnen beeldende therapie staat het doen en ervaren centraal in het moment. Er wordt gericht gekeken naar de cliënt. Wat laat de cliënt in het werk zien? Op welke manier maakt de cliënt het beeldend werk? Er wordt gericht gekeken naar de cliënt om zo een passend behandelplan te kunnen schrijven gericht op de cliënt en zijn of haar symptomen (Haeyen, 2007; Schweizer, 2009). Hierin zijn vaktherapeuten op zoek naar een gemeenschappelijke taal die bovenstaande omschrijft. De TDF's vormen een gemeenschappelijke taal voor een cliëntgerichte benadering omdat er verder gekeken wordt dan de diagnose naar onderliggende problematiek. In de afgelopen jaren is hierin een wending in het behandelproces geweest. Een arts of behandelaar kan niet meer individueel besluiten over de behandeling van de cliënt. De cliënt en het systeem hebben ook inspraak in de behandeling. Hierdoor ligt de nadruk meer op het herstel van de gezondheid in plaats van het tegengaan van symptomen van de ziekte/stoornis. Hierbij wordt een voorspelling gedaan dat TDF's hoogstwaarschijnlijk in de nabije toekomst leidend zullen zijn voor de nieuwe diagnostiek en behandeling van cliënten (Van den Bos & Meijnckens, 2017), omdat de DSM-5 classificatie niets zegt over de factoren die de klachten veroorzaken of in stand houden (De Lange, 2019).

Ondanks dat het begrip TDF bekender wordt onder de vaktherapeuten (Van den Bos & Meijnckens, 2017) is het begrip transdiagnostisch model nog nieuw, waardoor er nog geen compleet model is over de TDF's (Botterman, 2018). Verschillende artikelen (Schweizer, 2019; Spree, Bootsma, & Van den Bos, 2019) stellen nog het belang dat de TDF's verder onderzocht moeten worden wat betreft inhoud en betekenis voor vaktherapeuten. In de volgende twee paragrafen worden twee transdiagnostische modellen besproken. De eerste is volgens het boek: *Transdiagnostische factoren, theorie en praktijk* (Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014), de tweede volgens de *Generieke module Vaktherapie* (Kwaliteitsontwikkeling, 2017).

### H 1.3 Transdiagnostische factoren volgens Van Heycop ten Ham & de Generieke module Vaktherapie

Ongeveer de helft van alle personen met een psychische stoornis heeft daarnaast ook nog andere psychische stoornissen en/of klachten. Aan deze psychische stoornissen liggen vaak gemeenschappelijke kwetsbaarheids- of risicofactoren ten grondslag. Hierin zijn bepaalde interventies werkzaam bij meerdere psychiatrische aandoeningen. Dit wordt transdiagnostische genoemd. TDF's kunnen verwijzen naar gelijke symptomen, gelijke gedragingen, gelijke copingstrategieën en gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren. Verschillende studies, zoals die van Brown en Barlow; de Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders (Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014) en die van Jim van Os in zijn boek *De DSM-5 voorbij* (Van Os, 2017), benoemen de psychopathologische transdiagnostische processen en het belang hiervan in de praktijk. Om te voorkomen dat er een wildgroei komt aan TDF's hebben Bas van Heycop Ten Ham, Monique Hulsbergen en Ernst Bohlmeijer (2014) een boek geschreven waarin een raamwerk aan TDF's wordt weergegeven. In het boek worden de volgende dertien TDF's omschreven:

1. Verslavingsgedrag
2. Eetstoornissen
3. Slaapstoornissen
4. Executieve functies
5. Emotieregulatie en emotionele gewaarwording
6. Perfectionisme, intolerantie voor onzekerheid en dwangmatig gedrag
7. Zelfbeeld en zelfwaardering
8. Motieven voor psychisch lijden
9. Mentaliseren
10. Existentiële angst
11. Zelfcompassie (Zelfkritiek en schaamte)
12. Leefstijl
13. Welbevinden

Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014) beschrijven de TDF's voor alle disciplines binnen de psychiatrie en hulpverleners die te maken krijgen met cliënten met psychiatrische aandoeningen. Binnen vaktherapie komen TDF's ook voor en is het een bekend begrip (zie paragraaf 1.2). Vaktherapie heeft de generieke module waarin gemeenschappelijke kenmerken van vaktherapie zo goed mogelijk omschreven worden (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Hierin zijn de TDF's volgens Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014) gekaderd. Uit onderzoek bleek namelijk dat vaktherapie al verder kijkt dan de DSM-5 diagnose (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Tijdens het schrijven van de Generieke module Vaktherapie is er gekeken naar hoe de TDF's volgens Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer ingedikt kunnen worden tot een aantal kenmerkende TDF's binnen vaktherapie (Spreen, Bootsma, & Van den Bos, 2019; Van den Bos & Meijnckens, 2017). Hierin is ook gekeken naar de gelijke symptomen, gelijke gedragingen, gelijke copingstrategieën, gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren en gelijke behandelinterventies bij de volgende DSM-5 stoornissen binnen vaktherapie: angststoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, schizofrenie- en andere psychotische stoornissen, autismespectrumstoornissen, voedings- en eetstoornissen, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. Dan kan het bijvoorbeeld gaan over angstgevoelens en slaapproblemen bij zowel een depressie als bij psychotische en angststoornissen. De Generieke module Vaktherapie omschrijft een voorlopige keuze van de volgende zeven TDF's: *waarneming, arousal, executieve functies, emotieregulatie, verlies, sociaal functioneren/sociale interactie en regelsystemen*. Echter zijn de Generieke module Vaktherapie en de TDF's nog in ontwikkeling en is dit een voorlopige keuze. Een pilotstudie wijst echter wel uit dat er voorzichtig geconcludeerd kan worden dat de TDF's kansrijk zijn voor het gebruik binnen vaktherapie (Spreen, Bootsma, & Van den Bos, 2019). Voor ontwikkelingen rondom dit onderwerp verwijst de onderzoeker u door naar de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Hieronder worden de zeven TDF's kort omschreven aan de hand van een toelichting en de integratie met beeldende therapie.

### 1. Waarneming

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder waarneming het verwerken van prikkels en dit tot een betekenisvol geheel kunnen verstaan. Hierin kan een onderscheid gemaakt worden tussen gewaarwording en waarneming. Gewaarwording is de opname van stimulatie uit de omgeving door middel van de zintuigen en waarneming is het interpreteren en begrijpen van de gewaarwording. Hiertoe behoort ook het herkennen van lichaamssignalen en het verbeteren hiervan. Hierdoor is een persoon in staat om bijvoorbeeld zijn eigen gevoel of grens waar te nemen (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Binnen vaktherapie kan aan de TDF waarneming gewerkt worden door het leren voelen en bepalen van (eigen) grenzen, het herkennen van lichaamssignalen en deels het verbeteren van de lichaamsbeleving (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018).

### 2. Arousal

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder arousal de gevoeligheid voor interne en externe stimuli. Arousal wordt ook wel spanning genoemd. Bij een te hoge arousal is er een verhoogd spanningsniveau en een verhoogde alertheid, bij een te lage arousal wordt er te weinig gevoeld. Het is van belang dat dit in evenwicht is (Verfaillie, 2011). Binnen vaktherapie kan aan de TDF arousal gewerkt worden door het reguleren van lichamelijke spanningen, het reduceren van stress en het leren ontspannen (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018).

### 3. Executieve functies

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder executieve functies de mentale capaciteit die noodzakelijk is voor het formuleren van doelen, het plannen hoe deze doelen bereikt kunnen worden en het effectief uitvoeren van activiteiten om ze te bereiken. Hiervoor is het richten en vasthouden van aandacht, impulscontrole, zelfregulatie, goed werkgeheugen, mentale flexibiliteit en zelfreflectie nodig. De executieve functies worden geactiveerd in nieuwe ongebruikelijke situaties waarin routinematig gedrag nog niet geactiveerd is (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Binnen vaktherapie kan aan de TDF executieve functies gewerkt worden door impulsen en agressie te reguleren. (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018).

### 4. Emotieregulatie

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder emotieregulatie het vermogen om fysiologische, cognitieve en gedragsmatige reacties op een externe of interne prikkel op te merken, subjectief te benoemen en constructief te uiten, te wijzigen en/of af te wikkelen. Binnen vaktherapie kan aan de TDF emotieregulatie gewerkt worden door het reguleren en uiten van emoties (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018). Hierbij gebruiken vaktherapeuten zowel de term affectregulatie als emotieregulatie.

### 5. Verlies

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder verlies de verandering in de levenssituatie van de cliënt die een gevolg is van een ontstaand tekort of gebrek aan een belangrijk motiverend voorwerp of motiverende situatie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Voorbeelden hiervan zijn het verliezen van je eigen gezondheid door bijvoorbeeld een chronische ziekte, of het verlies van je economische status door ontslag op je werk (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Binnen vaktherapie kan aan de TDF verlies gewerkt worden bij de verwerking van verlieservaringen en door ingrijpende veranderingen een plaats te kunnen geven, waarbij afscheid nemen en instellen van een nieuwe rol centraal staan (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018).

### 6. Sociaal functioneren/sociale interactie

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder sociaal functioneren en sociale interactie het vermogen om interpersoonlijke relaties aan te gaan en te onderhouden, waarbij op een adequate manier autonomie wordt gehandhaafd en andermans persoonlijke grenzen worden geaccepteerd. Binnen vaktherapie kan aan de TDF sociaal functioneren gewerkt worden door het verbeteren van de omgang

met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren, het leren hanteren en het aangeven van (sociale) grenzen (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018).

## 7. Regelsystemen

Volgens de Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) valt onder regelsystemen, de systemen die ten grondslag liggen aan en verantwoordelijk zijn voor het activeren van neurale systemen, afgestemd op verschillende situaties en die voorzien in de juiste homeostatische regulering van de energiehuishouding en slaap. Onze regelsystemen zorgen ervoor dat onze energiehuishouding in orde is en we genoeg slapen. Als dit niet in orde is kunnen er problemen ontstaan in de cognitie en kunnen er emotionele problemen ontstaan (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Van den Bos & Meijnckens, 2017). Binnen vaktherapie kan aan de TDF regelsystemen gewerkt worden door het leren omgaan met terugkerende veranderingen in het leven of het herstellen van een dag- en nachtritme (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Tesselaar, 2018).

### H 1.4 Affectregulerende Vaktherapie (ArVT)

---

Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) is een methode die ontwikkeld is voor kinderen van 4 tot en met 12 jaar met problematische gehechtheid ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen. Momenteel zijn voor beeldend en muziek de methodes omschreven en voor drama, PMT, dans, spel en PMKT zijn de beschrijvingen nog in ontwikkeling. De methodes voor beeldend en muziek zijn zodanig theoretisch onderbouwd dat ze opgenomen zijn in de databank van de CPMO (Commissie Product- en Moduleontwikkeling, wat onderdeel is van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen: FVB). In het FVB Kennisnetwerk ArVT wordt momenteel gewerkt aan een kunstdiscipline-overstijgend handboek waarin een transdiagnostische beschrijving van de methode ArVT wordt weergegeven. Het doel hiervan is om de methode(s) van de ArVT te laten opnemen in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) (<http://www.affectregulerendevaktherapie.nl/>). Om een duidelijke focus te houden in het onderzoek richt dit onderzoek zich specifiek op de Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb).

### H 1.5 Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb)

---

De Affectregulerende Vaktherapie beeldend (ArVTb) (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016) richt zich op het reguleren van spanning, aandacht en affect door te werken met beeldende materialen. Affecten zijn de interne spanningen en de niet-afleesbare onbewuste gevoelens. Emoties zijn daarentegen de zichtbare gevoelens. Het hele proces binnen deze module heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) het uitgangspunt zijn van de interventies die worden ingezet binnen de beeldende therapie.

Het hoofddoel van de methode is de toename van gehechtheidsgedrag en de afname van gedrags- en emotionele problemen van het kind. De hierbij geformuleerde subdoelen zijn: (1) het kind is in staat de opvoeder als bron van troost en ontspanning te ervaren, (2) het kind kan zijn gevoelens (laten) reguleren, (3) het kind verbetert het sociaal functioneren. Bij de behandeling van zowel het hoofddoel als de subdoelen is de relatie tussen kind en therapeut van belang. Het is van belang dat het kind zich veilig begint te voelen bij de therapeut. Hierbij betreft de therapeut het systeem van het kind bij de therapie, zoals leerkracht(en) en ouder(s) of verzorger(s) van het kind (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Bij de ArVTb werkt het kind met improviserende interactie en een mentaliserende werkrelatie (de therapeut laat het kind zien dat het kan denken/voelen voor zichzelf en vanuit andermans perspectief). Door ervaring op te doen in het beeldend werken gericht op spanning, aandacht en affecten krijgt het kind de kans om deze onderdelen bij zichzelf te ontdekken.

### H 1.6 Spanningsregulatie fase (1)

---

De spanningsregulatie fase richt zich zoveel mogelijk op het wegnemen van spanningen. In deze fase kan het kind ervaren dat zijn of haar spanningen kunnen worden gereguleerd. De beeldende therapeut stemt hiervoor de werkvormen en het materiaal af op de behoefte van het kind, zodat het kind zich aangemoedigd voelt om aan het werk te gaan en positieve ervaringen op te doen. Door het kind veiligheid te bieden wordt er in deze fase gebruik gemaakt van gelijke spiegeling: de therapeut geeft het kind terug wat het krijgt van het kind op een gelijke wijze. Als spanningen oplopen bij het kind trekt de therapeut de verantwoordelijkheid naar zich toe, om het contact goed te houden met het kind. Als het kind in staat is om hulp en sturing van de therapeut te verdragen en dit leidt tot een ontspannen houding kan het kind overgaan naar fase 2 (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

### H 1.7 Aandachtsregulatie fase (2)

---

Binnen deze fase kan het kind leren omgaan met zijn of haar aandacht. Het kind krijgt de mogelijkheid om te leren zijn of haar aandacht ergens op te richten, zijn of haar aandacht ergens op vast te houden en zijn of haar aandacht te verdelen. Het is de bedoeling dat het kind zijn of haar omgeving ontdekt en lichamelijk betrokken raakt bij het werken met de materialen. Initiatief en expressie in gedrag en taal worden gestimuleerd binnen deze fase. Dit gebeurt doordat de therapeut zelf meedoet en verwoordt wat het kind ziet, hoort, ruikt en voelt. Het sensopathisch beleven wordt verlengd en de fysieke betrokkenheid in de ervaring bekrachtigd (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

### H 1.8 Affectregulatie fase (3)

---

De affectregulatie fase bestaat uit meerdere stappen. In deze fase leert het kind herkennen wat het voelt in het beeldend werken en wordt ook bij zichzelf herkend wat het op dat moment beleeft. Het kind gaat hierbij de verschillende gradaties van spanningen, gevoelens en emoties onderscheiden en wordt gestimuleerd dit te verwoorden. Hierbij neemt positieve wederkerige interactie toe, zoals initiatief nemen en uitnodigen tot samenwerken. Hierbij is het van belang dat het kind het verschil gaat herkennen tussen ik en de ander (mentaliseren). Hiervoor maakt de vaktherapeut duidelijk dat zij in dezelfde situatie iets anders kan voelen dan het kind, dit gebeurt door gemarkeerde spiegeling (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

## H 2. Onderzoekskwestie

---

Voor vaktherapie is het van belang dat er onderzoek wordt gedaan binnen het beroepenveld. Zoals de FVB (<https://fvb.vaktherapie.nl/kennisinnovatie>) zegt; ‘voortdurende kennisinnovatie zorgt voor een continue ontwikkeling van het vak. Onderzoek naar het effect van vaktherapie is van belang.’ Financiers zijn steeds kritischer en willen bewijs zien voor de effecten van vaktherapie voordat ze het willen vergoeden. Hiervoor is het van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan binnen vaktherapie zodat het effect van vaktherapie beter op de kaart wordt gezet. Zorginstituut Nederland (2015) heeft namelijk vastgesteld dat het ontbreekt aan bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie als ondersteunende behandeling van psychische stoornissen, omdat de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën in het verleden onvoldoende is onderzocht. Hierbij is er vanuit vaktherapeuten meer behoefte aan onderbouwde interventieomschrijvingen, zodat er woorden gegeven worden aan datgene wat zij doen in de praktijk, of hoe zij het willen doen. Naast deze behoefte van vaktherapeuten is er ook behoefte aan een gemeenschappelijke taal (Van den Bos & Meijnckens, 2017). De TDF's bieden een onderbouwd kader voor de gezamenlijke taal, als het gaat over diagnose-overstijgende symptomen. Verschillende vaktherapeuten zetten namelijk hun vraagtekens bij de DSM-5, omdat ze merken dat dit een stoornisgerichte behandeling vereist en minder een cliëntgerichte behandeling. Door meer te kijken naar de onderliggende en samenhangende factoren, wordt er gericht gekeken naar de cliënt en kan er gericht behandeld worden op de symptomen die zich op dat moment voordoen in plaats van de DSM-5 diagnose (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Dit maakt dat TDF's een steeds bekender begrip worden binnen de vaktherapie en vaktherapeuten al gebruik maken van transdiagnostische termen in de behandelingen. Het gaat namelijk niet alleen om het effect van een methode op de stoornis, maar ook het effect ervan op de ervaring die de cliënt heeft van zijn of haar problemen.

De ArVT schrijft dat ze transdiagnostisch te werk gaan. Maar is dit ook zo? Hiervoor is nog geen theoretische onderbouwing. Hieruit ontstond de vraag van het FVB Kennisnetwerk ArVT of er onderzoek gedaan kon worden naar de TDF's binnen de ArVTb. Momenteel is het bestuur van het FVB Kennisnetwerk ArVT al bezig met verschillende onderzoeken en studies om de ArVT beter op de kaart te zetten. Het FVB Kennisnetwerk ArVT heeft hiervoor een schrijfgroep die zich bezighoudt met het profileren, beschrijven en onderbouwen van de interventies. Een schrijfgroep van tien vaktherapeuten, van verschillende kunstdisciplines, hebben de verschillende methodes omschreven voor beeldend en muziek. Momenteel is er een kleine schrijfgroep bezig met het beschrijven van een transdiagnostisch en disciplineoverstijgend handboek ArVT. Het doel hiervan is om de methode(s) van de ArVT te laten opnemen in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) (<http://www.affectregulerendevaktherapie.nl/>). Hierbij ligt nog wel het feit dat affectregulatie problemen moeilijk meetbaar zijn, er is namelijk geen test voor het meten van de affectregulatie problemen. Kinderen die voor de behandelvorm ArVT in aanmerking komen worden aangemeld via beschrijvende diagnostiek en niet altijd via een diagnose (Persoonlijke Communicatie, 2019).

Als we hierover spreken vanuit de cliënt is het van belang dat er behandelmethodes worden aangeboden die specifiek gericht zijn op de cliënt en niet op een overstijgende diagnose. Cliënten hebben behoefte aan een gerichte behandeling voor de symptomen die ze vertonen. TDF's bieden hier een mooi kader voor om cliënten gericht te gaan behandelen (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Hierbij is het voor de ArVTb dan ook van belang om de ArVTb te integreren met de TDF's. Op deze manier wordt het aanbod specifiek op de cliënt gericht, wat bevorderend is voor het welzijn van de cliënt.

In de inhoudelijke oriëntatie (zie paragraaf 1.3) worden zowel de TDF's volgens Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014) als de TDF's volgens de Generieke module Vaktherapie omschreven (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). Hierin is te lezen dat de beschreven TDF's in de Generieke module Vaktherapie afkomstig zijn van de beschreven TDF's in het boek (Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014). Omdat de TDF's uit het boek ingedikt zijn tot de passende factoren binnen vaktherapie is er in dit onderzoek voor gekozen de TDF's volgens de Generieke module Vaktherapie als uitgangspunt te nemen. Dit onderzoek is gericht op een module binnen vaktherapie waardoor het relevant en aanvullend voor het onderzoek is als uitgangspunt TDF's te nemen die al onderzocht zijn binnen vaktherapie.

## H 3. Hoofdvraag, deelvragen

---

*Aan de hand van bovenstaande inhoudelijke oriëntatie en de vraag uit de praktijk wordt de hoofdvraag van dit onderzoek vastgesteld in dit hoofdstuk. Om de hoofdvraag concreet te kunnen beantwoorden zullen er verschillende deelvragen worden geformuleerd.*

### H 3.1 Hoofdvraag

---

Op welke wijze kunnen de transdiagnostische factoren volgens de Generieke module Vaktherapie ingezet worden bij de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

### H 3.2 Deelvragen

---

- Deelvraag 1:** Aan welke doelen en probleemgebieden wordt er gewerkt door beeldend therapeuten binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?
- Deelvraag 2:** Welke therapeutische attitude wordt ingezet binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie met kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?
- Deelvraag 3:** Hoe ziet het beeldende aanbod eruit bij de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie met kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?
- Deelvraag 4:** Welke transdiagnostische factoren komen voor bij cliënten binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?
- Deelvraag 5:** Welke therapeutische attitude wordt ingezet bij de transdiagnostische factoren die voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?
- Deelvraag 6:** Hoe ziet het beeldende aanbod eruit bij de transdiagnostische factoren die voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

## H 4. Doelstelling

---

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen op welke wijze de TDF's ingezet kunnen worden binnen de ArVTb. Het Kennisnetwerk ArVT schrijft dat ze transdiagnostisch te werk gaan, maar is dit ook zo (Persoonlijke Communicatie, 2019)? Dit onderzoek zal beschrijven welke TDF's gebruikt kunnen worden binnen de ArVTb interventie en welke wellicht hierbuiten vallen. Als dit onderzocht is, heeft de ArVTb een theoretische onderbouwing of ze transdiagnostisch werken of niet. Dit onderzoek zal een bijdrage (kunnen) leveren aan het disciplineoverstijgend en transdiagnostische handboek ArVT dat momenteel nog geschreven wordt.

Tevens zal dit onderzoek het belang van TDF's benadrukken, omdat uit klinische ervaring en empirisch onderzoek blijkt dat vaktherapeuten op zoek zijn naar een andere 'taal' dan alleen de DSM-5, want deze is niet overkoepelend genoeg (Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014).

Ook zal dit onderzoek de ArVTb en vaktherapie beeldend onder de aandacht brengen. Zoals het Zorginstituut Nederland (2015) omschreef is het van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan binnen de verschillende disciplines van vaktherapie.



Bron: <https://www.beeldendevaktherapietwente.nl>.

## H 5. Onderzoeksmethode

---

*Dit onderzoek wordt geschreven volgens bepaalde richtlijnen en onderzoeksmethodes. In dit hoofdstuk wordt omschreven en onderbouwd welke onderzoeksmethodes er gebruikt worden om de hoofdvraag en deelvragen zo betrouwbaar mogelijk te beantwoorden.*

### H 5.1 Onderzoeksbenadering

---

Dit onderzoek wordt geschreven vanuit een praktijkgerichte en kwalitatieve benadering. Het onderzoek is praktijkgericht omdat de onderzoeksopzet voortkomt uit een vraag uit de praktijk. Hierbij is het van belang dat praktijkgericht onderzoek bruikbaar is voor de praktijk en de praktijkrelevante kennis verbetert, vernieuwt en ontwikkelt in het vakgebied (Smeijsters, 2005; Migchelbrink, Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn, 2006). Kwalitatief onderzoek wordt door Baarda (2019) omschreven als een onderzoek dat als doel heeft onderzoeksvragen, gebeurtenissen en personen te beschrijven en interpreteren, waarbij overwegend gebruik gemaakt wordt van gegevens van kwalitatieve aard. Hiervoor is de benadering van het onderzoek open en flexibel. Dit betekent dat als er gewerkt wordt met respondenten in dit onderzoek, deze open bevestigd worden zodat zij vrij kunnen vertellen over hun kennis en ervaringen rondom de ArVTb en de TDF's. Hierbij staat een subjectieve ervaring centraal, maar is het wel van belang dat de werkelijkheid van een respondent vergeleken wordt met de werkelijkheid van een andere respondent of de literatuur. De onderzoeker wil hierbij de informatie voornamelijk begrijpen vanuit het insiderperspectief. Dit houdt in dat

de onderzoeker in dit onderzoek van binnenuit inzicht krijgt hoe er in de praktijk gewerkt wordt met de ArVTb en de TDF's (Migchelbrink, 2006; Smeijsters, 2005; Willemars, 2019).

## H 5.2 Onderzoekstype

---

Dit onderzoek valt onder een inventariserend onderzoek. Bij een inventariserend onderzoek wordt er onderzocht wat er aan de hand is en wordt de huidige situatie in kaart gebracht. Kort omschreven; er wordt gekeken 'wat er al is'. Hiervoor kunnen verschillende dataverzamelingstechnieken gebruikt worden in de praktijk en in de literatuur. Belangrijk bij een inventariserend onderzoek is dat de gebruikte databronnen en dataverzamelingstechnieken de resultaten bepalen. De gegevens die verzameld worden over de huidige situatie geven een conclusie over de situatie. Hierbij is het van belang dat er verschillende dataverzamelingstechnieken gebruikt worden om een betrouwbaar en zo objectief mogelijk beeld te creëren van de huidige situatie en de vraagstelling (Willemars, 2019; Migchelbrink, 2006).

## H 5.3 Dataverzamelingstechnieken

---

Voor het schrijven van dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken. Hieronder zullen deze aan de hand van de reader praktische kaders (Willemars, 2019) en Migchelbrink (Migchelbrink, 2006) omschreven worden.

Allereerst is dit onderzoek begonnen met een literatuurstudie om het onderwerp duidelijk te krijgen in de inhoudelijke oriëntatie en de onderzoekskwestie. Hiervoor is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken zoals boeken, artikelen (uit vaktijdschriften), scripties en onderzoeksrapporten. In dit onderzoek wordt de combinatie van meerdere databronnen gewaarborgd (triangulatie) om zo de betrouwbaarheid van het onderzoek hoog te houden (Willemars, 2019).

Tijdens het analysesdeel van het onderzoek is gebruik gemaakt van zowel literatuurstudie als het interviewen van professionals in het werkveld (praktijkstudie). Hiervoor is een halfgestructureerd interview gebruikt met beeldend therapeuten die werken met de ArVTb en de TDF's. Bij een halfgestructureerd interview wordt een structuur aangebracht met behulp van een interviewschema of topiclijst (Willemars, 2019). In bijlage 1 is een topiclijst te zien waarin onderwerpen/korte vragen staan voor de interviews. Over de halfgestructureerde interviews zal een transcriptie toegevoegd worden in de bijlages (bijlage 3 tot en met 8). In bijlage 2 is een overzicht te zien van de geïnterviewde respondenten en hun expertise met het onderwerp.

Bij de literatuurstudie is er ook gebruik gemaakt van verschillende databronnen om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen (Willemars, 2019). Zo is er gebruik gemaakt van verschillende zoekmachines zoals: hbo-kennisbank, HU databank (HUGO), databank vaktherapie, NJI, Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie (website en OneDrive), Google en Google Scholar. Hierbij zijn de volgende databronnen geraadpleegd: artikelen uit vaktijdschriften (tijdschrift voor vaktherapie), wetenschappelijke boeken, scripties, onderzoeksrapporten en beschreven beeldende interventie(s).

## H 5.4 Dataverzamelmethode

---

Voor dit onderzoek wordt gebruikt gemaakt van de dataverzamelmethode kwalitatieve analyse. Bij een kwalitatieve analyse heeft de verzamelde informatie vaak de vorm van tekst, door bijvoorbeeld interviews, observaties of literatuurstudie. Bij een kwalitatieve analyse wordt gekeken naar de losse verzamelde data. Deze worden gesorteerd op bijvoorbeeld onderwerp, ook wel coderen genoemd. De verzamelde data worden geordend, gerubriceerd en vergeleken. Door het coderen wordt duidelijk wat bruikbare informatie is voor het onderzoek (Willemars, 2019; Migchelbrink, 2006). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van coderen volgens een startlijst. In de startlijst worden categorieën gemaakt waar vervolgens de verzamelde data bij gecategoriseerd worden.

## H 5.5 Kwaliteitscriteria

---

Om de kwaliteit van dit onderzoek te kunnen waarborgen, voldoet dit onderzoek aan verschillende kwaliteitscriteria. Zo schrijft Smeijsters (2005) dat de focus bij een kwalitatief onderzoek ligt bij trustworthiness. Dit moet blijken uit de nauwkeurigheid en de zorgvuldigheid van de werkwijze van het onderzoek. Hieronder de verschillende kwaliteitscriteria waar dit onderzoek aan voldoet:

- 1) Geloofwaardigheid. In dit onderzoek is de geloofwaardigheid gewaarborgd door de gegeven informatie van de respondenten te verwerken in de conclusie, zodat het onderzoek een logische en geloofwaardige lijn heeft voor de respondent. Hierbij is er gekozen voor respondenten met genoeg expertise over de ArVTb en de TDF's. Deze verkregen informatie is vergeleken met actuele en betrouwbare literatuur.
- 2) Afhankelijkheid. De resultaten moeten zo compleet mogelijk zijn. Hiervoor zijn er verschillende dataverzamelingstechnieken gebruikt, waardoor er vanuit meer bronnen informatie is verzameld om de resultaten zo concreet mogelijk te maken.
- 3) Overtuigingskracht. De lezer moet kunnen volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. In dit onderzoek wordt dit gewaarborgd doordat er alleen informatie in de resultaten omschreven wordt die al eerder in het verslag genoemd is. De lezer wordt ook meegenomen in het onderzoek door transcripties en codering toe te voegen in de bijlagen.
- 4) Echtheid. De respondenten hebben een eerlijke kans gekregen hun visie in te brengen. De echtheid wordt gewaarborgd door het houden van halfgestructureerde interviews, waarin aan de respondent ruimte wordt geboden waarin hij of zij zijn of haar eigen mening, visie en verhaal kan delen. In het onderzoek wordt dit zichtbaar door de uitgeschreven transcripties.

Hiernaast is er gebruik gemaakt van repeated analysis. Dit houdt in dat de verkregen informatie tijdens het onderzoek vergeleken wordt met de oorspronkelijke data en de eerdere analyse(s). Klopt het nog steeds? Dit is vooral gebeurd tijdens het analysedeel en tijdens het coderen van de interviews. Ook is er gebruik gemaakt van member checking. Hiervoor is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een evaluatiegroep, waarin professionals zitten die expertise hebben met het onderwerp en het onderzoek hebben gelezen en voorzien hebben van feedback. Hiernaast is het onderzoek ook (deels) gelezen door de consultant en de opdrachtgever.

## H 6. Resultaten

### H 6.1 Deelvraag 1

Aan welke doelen en probleemgebieden wordt er gewerkt door beeldend therapeuten binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

#### H 6.1.1 Literatuurstudie

De interventiebeschrijving (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016) voor de Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar met problematische gehechtheid beschrijft verschillende doelen en probleemgebieden binnen de interventie. Een belangrijk probleemgebied waaraan gewerkt wordt is de problematische gehechtheid van het kind. Kinderen met problematische gehechtheid hebben moeite met het hanteren van gedrag en emoties. Dit lijkt in verband te staan met het reguleren van spanningen en gevoelens (affecten) in de vroegere relatie tussen opvoeder en kind (Meurs, Vliegen, Emde, Oforsky, & Butterfiel, 2008). Als de opvoeder hier niet adequaat in was is het kind later niet in staat om zichzelf te kalmeren en zijn eigen gedrag voldoende te begrijpen. Hierdoor kan het kind gedrags- en emotionele problemen vertonen omdat hij of zij niet weet wat te doen met de affecten/gevoelens waardoor hij of zij bijvoorbeeld geneigd is om te regie te pakken of (extreem) teruggetrokken gedrag te vertonen ([www.groenkader.nl](http://www.groenkader.nl)). Gevolgen van problematische gehechtheid zijn minder zelfvertrouwen, minder goed emoties kunnen reguleren, minder sociaalvaardig zijn en niet het vermogen hebben om te kunnen mentaliseren (Verfaillie, 2011; Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Daarom wordt er in de interventie gekozen om in de eerste fase te werken aan het reguleren van deze spanningen. In fase 2 wordt er gewerkt aan aandachtsregulatie. Het is essentieel dat je aandacht leert krijgen voor eigen impulsen en van daaruit leert om te doen wat van belang is. Met aandachtregulatie wordt de capaciteit bedoeld om impulsiviteit te controleren (Verfaillie, 2011). Binnen de ArVTb wordt hieraan gewerkt door het kind zijn aandacht te leren richten, vasthouden en verdelen (Verfaillie, 2011; Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). In fase 3 wordt een onderscheid gemaakt in het reguleren van spanningen en gevoelens (affecten). Hierin leert het kind verschillende gradaties herkennen als het gaat om eigen spanningen en gevoelens (affecten) om dit in het samenwerken te kunnen delen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in affecten en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet-aflaesbare, onbewuste gevoelens. Emotie is zichtbaar in gedrag. Om een voorbeeld te noemen heb je machteloze woede. Machteloos is onderliggend dus een affect en woede is zichtbaar, waardoor het een emotie is (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016; Meurs, Vliegen, Emde, Oforsky, & Butterfiel, 2008). Binnen de ArVTb is een onderscheid gemaakt tussen emoties en affecten omdat de module zich vooral richt op het reguleren van de onderliggende affecten. Als het kind eigen affecten meer kan voelen, kunnen emoties meer gecontroleerd geuit worden. Hierin is het van belang dat eerst spanningen (fase 1) afnemen, om de aandacht te kunnen richten op het zelf en het beeldend werken (fase 2) om vervolgens betekenis te kunnen geven aan de verschillende affecten en emoties (fase 3). Hierbij komt het begrip mentaliseren aan bod in fase 3. Verfaillie (2011) stelt dat aandachtsregulatie en zelfregulatie eerst van belang zijn om te beheersen om vervolgens een mentaliserend vermogen te (kunnen) ontwikkelen. Door de interventie heen leert het kind zich afstemmen op de ander, sociale signalen beter opvangen en/of interpreteren en beter samenwerken (<http://www.affectregulerendevaktherapie.nl>).

Hierbij formuleert de ArVTb het volgende hoofddoel binnen de interventie (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016):

- Het kind ontwikkelt gehechtheidsgedrag waardoor gedrags- en emotionele problemen afnemen.

Hierbij zijn de volgende subdoelen geformuleerd:

- Het kind is in staat de opvoeder als bron van troost en ontspanning te ervaren. Bij oplopende spanning vraagt en accepteert het kind hulp en sturing van de dagelijkse opvoeder.

- Het kind kan zijn emoties (laten) reguleren en richt zijn aandacht op zichzelf. Het kind onderzoekt de omgeving. Het kind onderscheidt verschillende gradaties van spanning en gevoelens (affecten).
- Het kind functioneert sociaal beter omdat het zijn emoties kan reguleren. Het kind maakt positief contact, kan samenwerken en deelt affecten en emoties (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

Hierbij schrijft de interventie dat de interventie aansluit bij moeilijk afleesbare kinderen met problematische gehechtheid, wat mogelijk voor kan komen bij een stoornis zoals autisme of LVB (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

### H 6.1.2 Praktijkstudie

---

Aan de hand van praktijkstudie kan er gezegd worden dat binnen de ArVTb aan verschillende doelen en problematieken wordt gewerkt. Verschillende respondenten (bijlage 8: Coderen interviews) zetten de ArVTb in bij kinderen met een autismespectrumstoornis, een licht verstandelijke beperking, een hechtingsstoornis of een vroegkinderlijk trauma. Zowel Sanne van der Vlugt (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt) als Eveline Peper en Leanne Nieuwenhuis (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis) gaven aan dat veel kinderen aangemeld worden met emotieregulatie problemen. Als er samen ervaren wordt dat er niet over emoties en affecten gepraat kan worden, wordt de ArVTb ingezet. Leanne Nieuwenhuis en Corine Smelt (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis en bijlage 3: Interview Corine Smelt) benoemen hierbij dat gedrags- en emotionele problemen vaak zichtbaar zijn aan de buitenkant en hechtingsproblematiek niet. Dit wordt het ijsbergeffect genoemd. Gedrag en emoties zijn de zichtbare elementen die als ijsberg boven het water uit steken, hechtingsproblematiek is een element dat als ijsberg onzichtbaar onder water blijft. Niet alles van de ijsberg (problematiek) is zichtbaar boven water. Als je volgens Leanne kijkt naar het cluster dat samengaat met hechting kom je uit op de TDF's. Sanne Zeeman (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman) stelt dat veel cliënten binnen de behandeling van de ArVTb coregulatie nodig hebben. Dan noemt Sanne vooral de doelgroep LVB, trauma en hechting. Coregulatie houdt in dat de therapeut de spanning, gevoelens en affecten samen in contact voor de cliënt reguleert. Alle respondenten (bijlage 8: Coderen interviews) benoemen dat binnen de ArVTb in de eerste fase gewerkt wordt aan het reguleren van de spanning, wat voor de cliënt vaak nog onbewust gaat. De cliënt leert ook ontspannen te zijn in de ruimte. Om vervolgens in fase twee door middel van gerichte aandacht meer gewaar te worden van eigen affecten en dat de therapeut er ook is (begin van mentaliseren), om daarna in fase 3 bewust te worden van onderliggende affecten en deze te onderscheiden. Hierbij wordt er door de fasen heen gewerkt aan het reguleren en bevorderen van de interactie (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman en bijlage 7: Interview Winneke Rauh).

### H 6.1.3 Conclusie deelvraag

---

Uit bovenstaand onderzoek blijkt dat er binnen de ArVTb gewerkt wordt aan onderstaande problematieken:

- Er wordt gewerkt aan de problematische gehechtheid en het gedrag dat hier zichtbaar uit voortkomt:
  - Emotieregulatie problematiek. Als het een cliënt niet lukt om te kunnen praten over eigen emoties/affecten. Binnen de ArVTb worden affecten en emoties opgemerkt en onderscheiden van elkaar.
  - Als een cliënt moeite heeft met het hanteren en/of reguleren van eigen spanningen. Binnen de ArVTb worden spanningen gereguleerd.
- Er wordt gewerkt aan het bevorderen van interactie tussen het kind en de therapeut waardoor de sociale vaardigheid van het kind verbeterd wordt.
- Er wordt gewerkt aan het beginstadium van mentaliseren.
- Er wordt gewerkt aan aandachtsregulatie. Dat het kind in staat is om zijn of haar aandacht te richten op het zichzelf en impulsiviteit kan reguleren.
- Coregulatie vindt plaats binnen de module. De cliënt kan spanningen en affecten laten reguleren in interactie door opvoeder en/of therapeut.

De methode wordt vaak ingezet bij kinderen met LVB, een autismespectrumstoornis of een vroegkinderlijk trauma. Deze doelgroep heeft coregulatie nodig in bovenstaande gebieden.

## H 6.2 Deelvraag 2

Welke therapeutische attitude wordt ingezet binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie met kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

### H 6.2.1 Literatuurstudie

*De ArVTb methode bestaat uit drie fasen (zie inhoudelijke oriëntatie). Bij iedere fase is een andere therapeutische attitude van belang. Hieronder wordt vanuit de literatuur bij elke fase de bijbehorende therapeutische attitude toegelicht.*

#### Spanningsregulatie fase

In deze fase wordt er volgens de supportieve werkwijze gewerkt (Smeijsters, 2008). Hierin is de therapeut steunend in zijn of haar therapeutische houding. Het is van belang dat de therapeut ontspanning en veiligheid creëert voor de cliënt, zodat de cliënt hulp en sturing leert verdragen. Hiervoor wordt de techniek gelijke spiegeling ingezet; de therapeut geeft op een gelijke wijze en gelijk tempo terug wat de cliënt vertoont in het beeldend werken (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Door als therapeut met een cliënt mee te bewegen kunnen we voelen hoe de beweging gezet wordt; door te spiegelen wordt er contact ervaren (Schweizer, Handboek beeldende therapie. Uit de verf, 2009). Als de cliënt hoog in spanningen komt, neemt de therapeut hier de verantwoordelijkheid voor om de vertrouwensband te behouden (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

#### Aandachtsregulatie fase

In deze fase wordt er volgens de re-educatieve werkwijze gewerkt (Smeijsters, 2008; Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Onder een re-educatieve werkwijze valt een focaal inzichtgevende houding, waarin de therapeut de cliënt leert of ruimte geeft om inzicht te krijgen in zijn of haar specifieke problemen. De therapeut bevordert het richten van de aandacht en lichamelijke betrokkenheid met het materiaal, zodat het kind inzicht krijgt in eigen sensaties en expressies (Haeyen, 2007). Verfaillie (2011) stelt dat het bij aandachtsregulatie van belang is dat de cliënt aandacht schenkt aan wat zij of anderen doen, denken en voelen. De beeldend therapeut sluit aan bij de cliënt en verwoordt wat er gebeurt, bijvoorbeeld door te zeggen: "Je moet wel erg glimlachen als je zo hard krast met je krijtje." (Persoonlijke Communicatie, 2019)

#### Affectregulatie fase

In deze fase wordt er volgens de reconstructieve werkwijze gewerkt (Smeijsters, 2008). Bij een reconstructieve werkwijze wordt gewerkt aan doelstellingen die afgestemd zijn op het bewust maken van diepliggende patronen (vanuit het verleden). Bij de ArVTb gebeurt dit door het kind te laten herkennen wat het voelt in het werk, waarbij het een onderscheid leert maken in spanning, gevoelens (affecten) en emoties (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Verfaillie (2011) stelt dat het van belang is dat de innerlijke belevingswereld van de cliënt serieus wordt genomen door de therapeut. De therapeut neemt een welwillende houding aan, waarin een omgeving ontstaat waarin alle schaamtevolle, bizarre en enge gevoelens en gedachten gedeeld mogen worden. De beeldend therapeut benoemt hierbij het concrete gedrag, zoals bijvoorbeeld het wiebelen als een kind gespannen is. Het wiebelen wordt benoemd, de spanning niet (Persoonlijke Communicatie, 2019).

Een algemeen houdingsaspect is dat de therapeut een mentaliserend bevorderende therapeutische houding aanneemt. Dit houdt in dat de beeldend vaktherapeut het kind voordoet hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander. Door het voor te doen leert het kind handvatten om het ook zelf te leren (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Deze mentaliserende werkrelatie bevordert het hechtingsgedrag van het kind en vermindert sociaal-emotionele en gedragsproblematiek omdat het kind niet alleen naar zichzelf kijkt maar zich ook bewust is van de ander.

### H 6.2.2 Praktijkstudie

---

Vanuit praktijkstudie komt naar voren dat er in de beginfase van de ArVTb vooral een ondersteunende en volgende houding wordt ingezet, waarin spiegelen en matchen voorop staat. Hierbij kan zowel de gezichtsuitdrukking als het beeldend handelen gespiegeld worden (bijlage 8: Coderen interviews). Het is van belang dat de therapeut de cliënt bevestigt in wat hij voelt en doet. Coregulatie is hierin een belangrijke factor door de hele methode heen. Het is van belang dat de therapeut de spanningen van de cliënt helpt reguleren en helpt in goede banen te leiden. Omdat de cliënt dit zelf nog niet kan neemt de therapeut verantwoordelijkheid voor datgene wat er gebeurt. Als er bijvoorbeeld druppels van een tekening vallen en de therapeut deze opvangt, zegt de therapeut: “Oh dat is misschien niet zo handig, daarvan wordt het een rommeltje, dat is mijn schuld.” (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman). In fase 2 en 3 neemt de therapeut een houding aan waarin de therapeut woorden geeft aan datgene wat er gebeurt, bijvoorbeeld: “De klei voelt wel lekker warm nu hè?”, wat over-mentaliseren genoemd wordt (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Het is ook belangrijk dat de therapeut interactie en waarneming stimuleert en daarbij de houding afstemt en aansluit op de behoefte van de cliënt (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman en bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis). Ook wordt er meer uitgedaagd en geëxperimenteerd. Aan het kind wordt meer de ruimte geboden om te ontdekken, fouten te maken en oplossingen te zoeken. Hierbij bespreken verschillende respondenten (bijlage 8: Coderen interviews) dat ze gebruik maken van de verschillende regelfuncties binnen de ArVTb. Dit zijn verschillende functies die meer of minder ingezet kunnen worden om doelen te behalen en de activiteit passend te maken voor de cliënt (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Zo kan er bijvoorbeeld meer of minder structuur ingezet worden, of de duur van de ervaring langer of korter. Omdat deze regelfuncties nog in ontwikkeling zijn, kunnen ze in dit onderzoek niet verder omschreven worden. Ontwikkelingen rondom de regelfuncties zijn te vinden op [www.affectregulerendevaktherapie.nl](http://www.affectregulerendevaktherapie.nl).

### H 6.2.3 Conclusie deelvraag

---

Volgens literatuur- en praktijkstudie wordt in de *spanningsregulatie fase* een ondersteunende en volgende houding ingezet wat een supportieve werkwijze wordt genoemd volgens Smeijsters. Gelijke spiegeling en matching staan centraal. De therapeut creëert een veilige omgeving voor de cliënt waarin de therapeut verantwoordelijkheden neemt voor datgene wat er gebeurt, als het bijvoorbeeld een rommeltje wordt.

In de *aandachtsregulatie fase* omschrijft de literatuur dat een inzichtgevende houding centraal staat (re-educatieve werkwijze volgens Smeijsters). Uit praktijkstudie blijkt dat de beeldend therapeuten woorden geven aan datgene wat er gebeurt, bijvoorbeeld: “De klei voelt wel lekker warm hè?”. Hierdoor wordt de cliënt de mogelijkheid geboden om meer inzicht te krijgen in de eigen waarneming. Hiervoor sluit de therapeut aan bij de cliënt. Echter omschrijft praktijkstudie dat in de aandachtsregulatie fase meer uitdaging geboden wordt en de cliënt meer mogelijkheden krijgt om te experimenteren. Dit gegeven ontbreekt in literatuurstudie.

In de *affectregulatie fase* is een reconstructieve houding van belang waarin diepliggende patronen ontdekt kunnen worden. Respondenten benoemen dat de cliënt in de affectregulatie fase meer inzicht leert krijgen in eigen affecten (en emoties). Dit zouden diepliggende patronen genoemd kunnen worden. Echter blijft er de vraag of een kind in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar in staat is om diepliggende patronen zelf op te merken of dat het meer gaat over het opmerken van affecten en deze durven en kunnen uiten? Praktijk- en literatuurstudie benoemen hierbij wel dat de therapeut het concrete gedrag van de cliënt benoemt, zoals bijvoorbeeld het wiebelen op een stoel als een kind gespannen is om zo het kind bewust te maken van zichzelf.

Literatuur legt een nadruk op dat een mentaliserende bevorderende therapeutische houding van belang is. De therapeut doet het kind voor wat het kan denken en voelen over zichzelf en de ander. Respondenten noemen dit over-mentaliseren, waarbij het voorbeeld wordt genoemd dat de therapeut benoemt wat er gebeurt. Zo leert het kind handvatten om het zelf ook te leren. Deze houding bevordert hechtingsgedrag.

Respondenten benoemen hierbij het belang van coregulatie. Een cliënt binnen de ArVTb lukt het vaak nog niet om zichzelf te reguleren. Als spanningen heel hoog zijn heeft het kind dit vaak niet door, waardoor de therapeut (vaak onbewust voor het kind) de spanningen reguleert. Hierbij is het kind volgens praktijkstudie ook niet in staat om eigen verantwoordelijkheden te nemen. De therapeut doet dit door de verantwoordelijkheid te nemen voor datgene wat er gebeurt.

Respondenten benoemen hierbij ook dat er verschillende regelfuncties worden ingezet om doelen te behalen en de behandeling zo goed mogelijk aan te passen aan de cliënt. Hier kan het bijvoorbeeld gaan over meer of minder structuur om spanningen te reguleren. Ontwikkelingen rondom de regelfuncties zijn te volgen op [www.affectregulerendevaktherapie.nl](http://www.affectregulerendevaktherapie.nl).



Bron: <https://www.civas.nl/cursus/creatieve-therapie>

## H 6.3 Deelvraag 3

---

Hoe ziet het beeldende aanbod eruit bij de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie met kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

### H 6.3.1 Literatuurstudie

---

Binnen de interventiebeschrijving wordt omschreven dat het beeldend werken vooral volgens improviserend werken gaat (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Dit houdt in dat er gekeken wordt naar hoe het materiaal op dat moment ingezet kan worden, passend bij de fase. Het belangrijkste is dat de keuze van het materiaal afgestemd wordt op het kind en de geformuleerde doelen. Hierbij is het van belang dat de vaktherapeut het kind beïnvloedt op ervaringsniveau, middels doen en voelen. Hiervoor worden alle deelaspecten van het materiaal ingezet, zoals het harde van de speksteen maar ook het zachte poeder dat het speksteen afgeeft. De appèlwaarden van materiaal spelen namelijk een belangrijke rol bij de interactie tussen cliënt en therapeut. Het materiaal nodigt de cliënt uit om non-verbaal zijn of haar gevoelens te uiten (Schweizer, Handboek beeldende therapie. Uit de verf, 2009).

In de *spanningsregulatie fase* wordt er met het materiaal aangesloten bij het kind. Er worden materialen ingezet die het kind al kent en die het kind veiligheid en voorspelbaarheid bieden (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

In de *aandachtsregulatie fase* kan er meer gebruik gemaakt worden van sensopathische materialen om de fysieke betrokkenheid en beleving van het kind te vergroten (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Sensopathische materialen geven de cliënt een zintuigelijke prikkel zoals de structuur van de klei. Dit roept innerlijke sensaties op, waardoor het materiaal meer bewustwording kan oproepen en deze sensaties herontdekt kunnen worden of een nieuwe waarde kunnen krijgen (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017).

In de *affectregulatie fase* is het van belang dat er verschillende materiaalgroepen ingezet worden, om de verschillende bijkomende gevoelens te benadrukken en het kind meer uitdaging te geven. Hierdoor gaat het kind meer betekenis geven aan eigen vormgeving en hiervoor ook eigen materialen kiezen (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

### H 6.3.2 Praktijkstudie

---

In de praktijkstudie komt naar voren dat er geen duidelijk kader te trekken is in welk beeldende aanbod vooral wordt ingezet binnen de interventiebeschrijving. Alle respondenten (bijlage 8: Coderen interviews) benoemen dat ze cliëntgericht werken en hierbij met het materiaal inspelen op de behoefte van de cliënt. In de spanningsregulatie fase is het van belang het kind materiaal te laten gebruiken dat het al kent waardoor er een succeservaring ontstaat en dit de spanning kan wegnemen (bijlage 7: Interview Winneke Rauh). In de aandachtsregulatie fase, waarin aandacht en gewaarwording vooropstaan, wordt vaker gekozen voor sensopathische materialen, omdat deze een beroep doen op de gewaarwording (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlucht). Hierna kan in de affectregulatie fase meer gekozen worden voor betekenisvolle materialen, die gevoel of affect kunnen uitbeelden (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis).

### H 6.3.3 Conclusie deelvraag

---

Literatuurstudie omschrijft dat er binnen de ArVTb vooral improviserend gewerkt wordt. Dit houdt in dat er in het nu gekeken wordt welk materiaal passend is. Respondenten benoemen als het inspelen op de behoefte van de cliënt.

Zowel uit literatuur- als praktijkstudie blijkt dat het in de *spanningsregulatie fase* belangrijk is dat er materialen aangeboden worden die de cliënt al kent. Hierdoor ontstaan er succeservaringen en kan dit spanningsverlagend werken.

In de *aandachtsregulatie fase* worden vaak meer sensopathische materialen ingezet omdat deze een zintuiglijke prikkel geven. Dit roept een innerlijke sensatie op, waardoor de bewustwording vergroot wordt. Respondenten benoemen dit het prikkelen van de gewaarwording en de aandacht.

Uit literatuurstudie blijkt dat er in de *affectregulatie fase* meer beroep gedaan wordt op de verschillende materialen, zodat het kind het verschil in sensaties en affect kan opmerken. Hier krijgt het kind ook meer uitdaging in vergelijking met fase 1 waar gekozen wordt voor veiligheid. Het kind krijgt hier meer de ruimte om te ontdekken en zelf betekenis te geven. Uit praktijkervaringen van respondenten blijkt dat hierbij vaak betekenisvolle materialen of opdrachten worden ingezet.



Bron: [www.mamaliefde.nl](http://www.mamaliefde.nl)

## H 6.4 Deelvraag 4

Welke transdiagnostische factoren komen voor bij cliënten binnen de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

### H 6.4.1 Literatuurstudie

*Zowel bij de TDF's als binnen de ArVTb is er nog geen literatuurstudie gedaan naar welke TDF's voorkomen bij cliënten binnen de ArVTb interventie. In deze literatuurstudie zullen dan ook de TDF's naast de ArVTb gelegd worden, om te kijken welke TDF's volgens de literatuur voorkomen bij cliënten binnen de ArVTb. Binnen de ArVTb wordt er gewerkt aan de volgende problematieken en doelen (zie deelvraag 1): (1) problematische gehechtheid, (2) emotieregulatie problematiek, (3) spanningsregulatie, (4) sociale vaardigheid, (5) mentaliseren, (6) aandachtsregulatie, (7) impulsiviteit reguleren en (8) gedragsproblemen. Als we deze problematieken van de ArVTb naast de TDF's volgens de Generieke module Vaktherapie leggen (Kwaliteitsontwikkeling, 2017): (1) executieve functies, (2) waarneming, (3) arousal, (4) emotieregulatie, (5) verlies, (6) sociaal functioneren/sociale interactie en (7) regelsystemen, zijn er op de volgende gebieden overeenkomsten:*

#### Arousal versus spanningsregulatie

Arousal wordt ook wel spanning genoemd (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Dit kan naast de spanningsregulatie fase binnen de ArVTb gelegd worden. Arousal is de gevoeligheid voor interne en externe prikkels die een te hoog of te laag spanningsniveau kunnen veroorzaken. De ArVTb werkt in de spanningsregulatie fase met de gevoeligheid voor deze prikkels en de spanning die daarbij komt kijken. Er worden binnen de beeldende kunstdiscipline manieren gezocht om de spanning van de cliënt te signaleren en te stabiliseren (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016; Kwaliteitsontwikkeling, 2017).

#### Sociaal functioneren versus problematische gehechtheid

De TDF sociaal functioneren/sociale interactie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) kan samenhangen met problematische gehechtheid (zie deelvraag 1) van het kind, wat veel voorkomt in de leeftijdscategorie 4 tot en met 12 jaar (zie inhoudelijke oriëntatie). Binnen de ArVTb wordt er aan de problematische gehechtheid van het kind gewerkt door het reguleren van affecten, aandacht en emoties (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Literatuur (Verfaillie, 2011; Schweizer, Handboek beeldende therapie. Uit de verf, 2009; Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010) wijst uit dat een kind meer sociaalvaardig is wanneer hij of zij meer grip heeft op eigen affecten, emoties en gedrag. Emoties spelen namelijk een rol in het nemen van beslissingen, dus ook in het nemen van sociale beslissingen. Als emoties (beter) onder controle zijn, is het kind meer in staat om sociale signalen adequaat op te pikken en hier de juiste keuze in reactie in te maken (Nijenhuis & Vreuls, 2011). De Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) schrijft ook dat het herkennen en interpreteren van emoties, intenties en wensen ten grondslag liggen bij het inleven in anderen en een optimale sociale communicatie bevorderen. Hiernaast schrijft de interventiebeschrijving (Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016) dat in de affectregulatie fase positieve wederkerige interactie toeneemt, zoals initiatief nemen en uitnodigen. Hierbij gaat samenwerken meer vanzelf.

#### Emotieregulatie versus affectregulatie

Binnen de ArVTb wordt er gewerkt aan de vermindering van emotionele problematiek bij een kind. Emotionele problemen vallen onder emotieregulatie. Echter zijn er wel verschillen te vinden als het gaat om de definitie van emotieregulatie als TDF en hoe emoties behandeld worden binnen de ArVTb. De ArVTb maakt hierin een onderscheid tussen affecten en emoties. Affecten zijn lichamelijke reacties die automatisch geuit worden, bijvoorbeeld het rillen van angst. Emoties zijn affecten waarover je hebt leren voelen en nadenken en je dus hebt leren nadenken of je ze wel of niet op een bepaalde manier wil uiten (Nicolai, 2018). De Generieke module Vaktherapie beschrijft emotieregulatie als het vermogen om fysiologische, cognitieve en

gedragmatige reacties op een externe en interne prikkel op te merken, subjectief te benoemen en constructief te uiten (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). In de laatste fase van de ArVTb wordt in de module omschreven dat het kind gaat herkennen wat het voelt in het beeldende werk. Hierbij gaat het kind verschillende gradaties van spanningen, gevoelens (affecten) en emoties onderscheiden en intentioneel betekenis geven (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Bij de ArVTb en bij de TDF gaat het beide om het opmerken van interne (affecten) en externe prikkels. Bij de TDF emotieregulatie gaat het ook over deze benoemen en constructief uiten. Binnen de ArVTb gaat het meer om het beleven van de affecten en deze kunnen delen in de samenwerking. Hierin kan het zijn dat een emotie gedeeld wordt, maar dit is nog niet altijd subjectief of constructief. Er wordt nog niet altijd verder nagedacht of de emotie wel of niet op een bepaalde manier geuit kan worden. Hierin ligt een overlap in het opmerken van eigen affecten en deze uiten, echter zit er een verschil als het gaat om het subjectief en constructief uiten van emoties. Hier zijn meer cognitieve processen bij betrokken, wat niet centraal staat binnen de ArVTb omdat dit een ervaringsgerichte methode is (Persoonlijke Communicatie, 2019).

### **Waarneming versus aandachtsregulatie & mentaliseren**

Bij waarneming is er een onderscheid te maken in waarneming en gewaarwording. Gewaarwording is de opname van de stimulatie uit de omgeving door middel van de zintuigen en waarneming is het interpreteren en begrijpen van de gewaarwording (Van den Bos & Meijnckens, 2017; Kwaliteitsontwikkeling, 2017). In de aandachtsregulatie fase is het doel dat het kind meer betrokken raakt bij het materiaal, om zo meer inzicht te krijgen in eigen sensaties en expressies (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Dit kan naast gewaarwording gelegd worden; als het kind meer betrokken raakt bij het materiaal neemt hij de stimulatie uit de omgeving op door middel van zijn zintuigen. Als we het hebben over de interpretatie en het begrijpen van deze gewaarwording kunnen we waarneming naast mentaliseren leggen aan het einde van de affectregulatie fase. Bij mentaliseren gaat het om de waarneming van jezelf en de ander los van jezelf (Verfaillie, 2011; Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010). Bij gewaarwording gaat het om dat de klei zacht voelt, en bij waarneming gaat het over de interpretatie hierover, bijvoorbeeld dat je het fijn vindt. Aandachtgericht naar jezelf en je omgeving kijken zorgt namelijk dat vooringenomen ideeën over jezelf, de ander en de werkelijkheid losgelaten kunnen worden. De (gerichte) aandacht zorgt ervoor dat je steeds beter jezelf en de ander kan waarnemen (Spradlin & Schott, 2005). Mentaliseren is begrijpend ervaren en waarneming, waarbij menselijke activiteiten geïnterpreteerd worden gebaseerd op eigen intenties los van de ander (Verfaillie, 2011).

### **Executieve functies versus aandachtsregulatie & zelfregulatie**

De Generieke module Vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017) beschrijft de TDF executieve functies als de capaciteit die noodzakelijk is voor het formuleren van doelen, het plannen hoe deze doelen bereikt kunnen worden en het effectief uitvoeren van deze doelen. Hier zijn verschillende deelaspecten voor nodig om dit te kunnen uitvoeren, waaronder het richten en vasthouden van je aandacht, impulscontrole, zelfregulatie, goed werkgeheugen, mentale flexibiliteit en zelfreflectie (Kwaliteitsontwikkeling, 2017; Van Heycop Ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014). Het formuleren van doelen en het uitvoeren van een plan doet een beroep op de cognitie. De ArVTb is een ervaringsgerichte methode, waarin via de cognitie een plan maken niet centraal staat (Persoonlijke Communicatie, 2019). De deelaspecten goed werkgeheugen, mentale flexibiliteit en zelfreflectie kunnen niet expliciet naast problematiek of een fase van de ArVTb gelegd worden, omdat deze niet voorkomen binnen de moduleomschrijving. De deelaspecten vasthouden van je aandacht, impulscontrole en zelfregulatie kunnen wel naast de ArVTb gelegd worden: *het richten op en vasthouden van de aandacht* komt in zijn geheel overeen met de aandachtsregulatie fase. In de aandachtsregulatie fase van de ArVTb leert het kind zijn aandacht richten, vast te houden en te verdelen (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Onderzoek (Dawson & Guare, 2019) wijst hierbij uit dat de vaardigheid om aandacht te blijven richten op een situatie of taak nodig is om doelen te kunnen bereiken. Zoals uit deelvraag 1 blijkt, wordt met aandachtsregulatie ook de capaciteit bedoeld om impulsiviteit te controleren (Verfaillie, 2011; Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Als je meer aandacht hebt je voor je eigen binnenwereld, word je ook bewuster van je eigen impulsen en leidt dit tot meer impulscontrole. Het is van belang om eerst te kunnen waarnemen en je aandacht te kunnen richten voordat er gewerkt kan worden aan impulsiviteit en dus impulscontrole (Shanker & Barker, 2016). *Impulscontrole* is een onderdeel van

*zelfregulatie*. Als de zelfregulatie optimaal ontwikkeld is, is een persoon ook in staat om zijn eigen impulsen te kunnen controleren (Van Bussel, 2018). Binnen de ArVTb gaat het kind meer de aandacht richten op de eigen binnenwereld (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Dit heeft als gevolg dat het kind zichzelf beter leert kennen en dus ook beter kan reguleren. Hierbij is zelfregulatie nodig om doelgericht gedrag te kunnen verwezenlijken en emoties en impulsen onder controle te krijgen (de Jong, 2015).

### **Niet-voorkomende transdiagnostische factoren**

Voor zowel de TDF regelsystemen als verlies staat er binnen de ArVTb interventiebeschrijving niets beschreven over deze factoren. Bij regelsystemen wordt binnen vaktherapie gewerkt aan terugkerende veranderingen (Kwaliteitsontwikkeling, 2017), volgens de literatuur werkt de ArVTb hier niet aan. Bij verlies gaat het om de verandering in een levenssituatie wat een gevolg kan zijn van het verliezen van bijvoorbeeld je baan, je economische status of het beeld over jezelf (Kwaliteitsontwikkeling, 2017). In de omschrijving van de ArVTb staat niets omschreven over deze voorbeelden (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

## **H 6.4.2 Praktijkstudie**

---

*Voor dit onderzoek zijn zes verschillende beeldend therapeuten geïnterviewd die werken met of kennis hebben van ArVTb en de TDF's. De beeldend therapeuten benoemen de volgende voorkomende TDF's binnen de ArVTb:*

### **Arousal**

Alle respondenten (bijlage 8: Coderen interviews) benoemen dat de TDF arousal binnen de spanningsregulatie fase van de ArVTb valt. In de spanningsregulatie fase wordt de spanning van de cliënt omlaaggebracht zonder dat de cliënt dit zelf nog doorheeft (bijlage 3: Interview Corine Smelt). Het is van belang dat je eerst grip krijgt op oplopende spanningen; je moet het eerst herkennen, voelen en zien dat het oploopt voordat je er iets mee kan doen (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman).

### **Sociaal functioneren/sociale interactie**

De TDF sociaal functioneren/sociale interactie komt volgens de respondenten voor binnen de gehele interventie (bijlage 8: Coderen interviews). Door spanning te reguleren ontstaat er contact. Eerst is de cliënt alleen gericht op zichzelf en later ook op de beeldend therapeut. Hierdoor ontstaat er een dialoog en wordt interactie bevorderd (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Binnen de ArVTb gaat het kind van werken voor zichzelf naar plezier hebben en samenwerken naar een onderscheid maken in ik en jij (bijlage 7: Interview Winneke Rauh). Dit bevordert het sociaal functioneren (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman). Leanne Nieuwenhuis (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis) beschrijft hierbij dat als een kind beter zijn affecten kan reguleren het sociaal functioneren automatisch verbeterd is.

### **Emotieregulatie**

Verschillende respondenten leggen de TDF emotieregulatie naast het reguleren van affecten in fase 3 van de interventie (bijlage 8: Coderen interviews). Affecten en emoties zijn namelijk met elkaar verbonden. Emotie is het deel dat geuit wordt en affect is het gedeelte dat onder de ijsberg blijft (bijlage 3: Interview Corine Smelt). Hiervoor is affectregulatie voorwaardelijk aan emotieregulatie; als het kind eigen affecten meer kan voelen, kunnen emoties meer gecontroleerd geuit worden (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Hierbij benoemen verschillende respondenten (bijlage 8: Coderen interviews) dat emotieregulatie een cognitief begrip is en de ArVTb een ervaringsgerichte methode. In de aandachtsregulatie fase worden emoties wel opgemerkt en onderscheiden, maar er wordt nog niet altijd symbolisch aan gewerkt. Er wordt aan gewerkt via de beeldende werkvormen en non-verbaal. Er wordt niet gekeken wat bijvoorbeeld boosheid voor het kind betekent, maar er worden woorden gegeven aan dat het kind bijvoorbeeld wel heel hard kan slaan (bijlage 7: Interview Winneke Rauh). Als er wel wordt gekeken naar wat emoties voor het kind betekenen en de cognitie daarin meer bevraagd wordt, wordt er een gerichte behandeling na de ArVTb ingezet. Zolang een kind zijn eigen affecten nog niet onder controle heeft kan het kind ook niet praten of denken over zijn of haar gevoelens (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis).

### Waarneming

Waarneming wordt samen met gewaarwording genoemd als voorkomende TDF binnen de ArVTb (bijlage 8: Coderen interviews). Het prikkelen van de waarneming en de gewaarwording van zintuiglijke ervaringen gebeurt veelal in de aandachtsregulatie fase. In deze fase staat aandacht hebben voor je gevoel centraal. Voordat een kind zichzelf kan gewaarworden is het van belang dat het kind zijn of haar aandacht kan richten. Zolang er geen gerichte aandacht is kan het kind ook niet gewaarworden wat het bijvoorbeeld voelt (bijlage 3: Interview Corine Smelt). In de spanningsregulatie fase gebeurt dit meer onbewust en in de affectregulatie worden er meer woorden gegeven aan en onderscheid gemaakt in de gewaarwording uit de aandachtsregulatie fase (bijlage 7: Interview Winneke Rauh). Hierbij legt Sanne Zeeman (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman) uit dat het bij gewaarwording gaat om het herkennen van eigen spanningen en het bij arousal gaat om het verlagen van de spanningen en hier grip op te krijgen. Op het moment dat er gekeken wordt wat de waarneming betekent voor het kind, wordt de cognitie van het kind meer bevraagd waardoor dit na het ArVTb traject valt (bijlage 7: Interview Winneke Rauh).

### Executieve functies

Verschillende respondenten noemen zelfregulatie als een onderdeel van de TDF executieve functies (bijlage 8: Coderen interviews). Zelfregulatie gaat over het reguleren van impulsen en agressie wat voorkomt uit onderliggende problematiek (bijlage 3: Interview Corine Smelt). Aan de executieve functies en zelfregulatie wordt gewerkt in de laatste twee fasen, als het kind ontspannen is kunnen deze functies meer aangesproken worden omdat het cognitief ook meer van je vraagt (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman en bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Er wordt aan deze deelaspecten gewerkt omdat als impulsen bijvoorbeeld onder controle zijn het kind ook beter in staat is om een plan te bedenken en uit te voeren (bijlage 7: Interview Winneke Rauh). Hierbij wordt wel gezegd dat executieve functies een cognitief begrip zijn en de interventie een ervaringsgerichte methode is, waardoor er binnen de methode ervaringsgericht en impliciet mee wordt gewerkt (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt en bijlage 7: Interview Winneke Rauh). Hiernaast wordt gezegd dat het einddoel van de ArVTb is dat iemand zijn eigen gedrag en gevoel in goede banen kan leiden, iemand kan stilstaan bij wat hij of zij voelt, iemand keuzes kan maken ten opzichte van dit gevoel en dit adequaat in gedrag kan uiten (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt).

### Regelsystemen

Verschillende respondenten benoemen dat de TDF regelsystemen niet voorkomt binnen de ArVTb. Leanne Nieuwenhuis en Eveline Peper (bijlage 6) benoemen dat er wel aan gewerkt wordt bij het activeren van depressieve mensen en wordt er in basale zin aan gewerkt door een stressregulator van buitenaf te zijn die zorgt dat de regelsystemen kalm zijn. Winneke (bijlage 7) omschrijft hierbij dat het kind wellicht beter slaapt als de spanning omlaag is, waardoor er rust komt in het systeem.

### Verlies

Alle respondenten benoemen dat de TDF verlies een problematiek is die naar voren kan komen door het inzetten van de ArVTb (bijlage 8: Coderen interviews). Door spanning te verlagen en affecten te onderzoeken kan de TDF verlies naar boven komen als onderliggende problematiek. Dan gaat het bijvoorbeeld om het verlies van je gezondheid, of het verlies dat je geen kind hebt kunnen zijn die je had willen zijn (bijlage 3: Interview Corine Smelt). Je kan binnen de methode kort uitstapjes maken om dit te verwerken maar meestal wordt deze problematiek na de ArVTb behandeling nader behandeld met een gerichte behandeling omdat dit meer vraagt van de cognitie (bijlage 8: Coderen interviews).

### Transdiagnostische factoren gekoppeld aan elkaar

Respondenten benoemen (bijlage 8: Coderen interviews) dat verschillende TDF's samenhangen met elkaar. Sanne Zeeman (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman) en Sanne van der Vlugt (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt) stellen dat de spanning eerst omlaag moet om vervolgens te kunnen waarnemen. Als de cliënt in staat is om waar te nemen kunnen eigen emoties ook waargenomen worden en als emoties meer onder controle zijn wordt sociaal gedrag verbeterd. Hierbij hangt waarnemen samen met gerichte aandacht; je hebt gerichte aandacht nodig om iets te kunnen waarnemen. Affect is daarbij voorwaardelijk aan emoties. Het is van belang dat je eerst je binnenwereld voelt (affect) voordat je iets aan de buitenkant kan veranderen (emoties).

### H 6.4.3 Conclusie deelvraag

---

Vanuit literatuur- en praktijkstudie kunnen we concluderen dat de volgende TDF's voorkomen binnen de behandeling van de ArVTb; *arousal*, *sociaal functioneren*, *emotieregulatie*, *executieve functies* en *waarneming*. Literatuurstudie omschrijft dat de TDF *verlies* niet omschreven staat binnen de ArVTb. Respondenten benoemen dat er binnen de methode korte uitstapjes gemaakt kunnen worden om het verlies te verwerken, maar er vaak voor gekozen wordt om hier na de ArVTb een gerichte behandeling op in te zetten. De TDF *regelsystemen* komt in de literatuurstudie niet voor. Respondenten benoemen dat het voor kan komen bij depressieve mensen die geactiveerd moeten worden, of als de therapeut een externe stressregulator is die de regelsystemen kalm houdt. Omdat er weinig onderbouwing is en respondenten benoemen dat er expliciet aan gewerkt wordt is ervoor gekozen deze factor niet te beschouwen als een TDF die voorkomt binnen de ArVTb.

#### Arousal

Literatuur- en praktijkstudie benoemen dat arousal naast de spanningsregulatie fase gelegd kan worden. Literatuur omschrijft dat arousal de gevoeligheid voor interne en externe stimuli is. Respondenten benoemen hierbij dat in de spanningsregulatie fase spanning (dat veroorzaakt wordt door een gevoeligheid voor stimuli) gereguleerd wordt door de therapeut, zonder dat een cliënt het soms door kan hebben. Respondenten benoemen dat het van belang is eerst spanningen te herkennen en hier grip op te krijgen voordat verdere problematiek verwerkt kan worden.

#### Sociaal functioneren/sociale interactie

Literatuurstudie omschrijft dat problemen in het sociaal functioneren of in de sociale interactie kunnen voortkomen uit de problematische gehechtheid van het kind. Literatuur-en praktijkstudie bevestigen beide dat als een kind de bijkomende affecten beter kan reguleren het sociaal functioneren ook verbeterd wordt. Respondenten benoemen dat binnen de ArVTb spanningen worden gereguleerd, aandacht gericht wordt en affecten onderscheiden worden. Hierdoor is het kind zichzelf meer gewaar en krijgt het meer grip op zijn of haar gedrag en emoties. Binnen de verschillende fasen gaat de cliënt zich niet alleen meer richten op zichzelf maar ook op de ander. Doordat het kind zich ook leert richten op de ander ontstaat er vanzelf een samenwerking waardoor interactie bevorderd wordt.

#### Emotieregulatie

Literatuurstudie omschrijft dat er bij de TDF emotieregulatie een verschil is tussen de definitie van de TDF en hoe er aan emoties gewerkt wordt binnen de ArVTb. Binnen de ArVTb wordt er een onderscheid gemaakt tussen affect en emoties. Affecten kunnen naast de affectregulatie fase gelegd worden omdat hierin affecten opgemerkt worden, onderscheiden worden van elkaar en een intentionele betekenis krijgen. Bij de TDF emotieregulatie gaat het volgens de literatuur verder, daar worden emoties ook constructief geuit. Praktijkervaringen van respondenten bevestigen de literatuur door te stellen dat affecten en daaruit voortkomende emoties wel worden opgemerkt en onderscheiden maar nog niet altijd op bijvoorbeeld een symbolische manier geuit worden. Respondenten stellen dat er non-verbaal gewerkt wordt via de werkvormen. Respondenten omschrijven dat als er op het cognitieve niveau aan emoties gewerkt wordt er een andere vorm van therapie wordt ingezet. Zoals blijkt uit literatuur gaat het dan niet meer alleen om het opmerken en uiten van affecten, maar ook om het betekenis geven aan het affect waardoor het een emotie wordt. Dit wordt volgens praktijkstudie niet gedaan binnen de ArVTb.

#### Waarneming

Zowel literatuur- als praktijkstudie onderscheiden de TDF waarneming in gewaarwording en waarnemen. Literatuur legt gewaarwording naast de aandachtsregulatie fase en waarneming naast mentaliseren. Respondenten leggen waarneming en gewaarwording in hun geheel naast de aandachtsregulatie fase. Respondenten benoemen dat een kind zichzelf pas kan gewaarworden als het ook de aandacht kan richten. Als het gaat over het begrijpen en interpreteren van deze gewaarwording legt literatuur dit naast mentaliseren. Bij mentaliseren gaat het over de waarneming van jezelf en de ander los van jezelf. Bij gewaarwording gaat het dus om het voelen van de klei en bij waarneming gaat het over de interpretatie dat

dit fijn is. En als we kijken naar mentaliseren dat de ander dit ook fijn of niet fijn kan vinden. Respondenten benoemen hierbij nog dat in de spanningsregulatie fase de gewaarwording onbewust geprikkeld wordt en in de affectregulatie fase de waarneming van de affecten uit de aandachtsregulatie meer benoemd en onderscheiden worden van elkaar.

### **Executieve functies**

Literatuur beschrijft bij de TDF executieve functies de deelaspecten het richten en vasthouden van je aandacht, impulscontrole en zelfregulatie die naast de ArVTb gelegd kunnen worden. Het formuleren van doelen is een cognitief begrip dat buiten de ArVTb valt. Literatuur omschrijft dat aan het richten en vasthouden van de aandacht wordt gewerkt binnen de aandachtsregulatie fase van de ArVTb. Gerichte aandacht is nodig om doelen te kunnen behalen. Als aandacht gericht is kan er gewerkt worden aan zelfregulatie en impulscontrole. Respondenten noemen veelal zelfregulatie als onderdeel van de TDF executieve functies. Zelfregulatie kan volgens de respondenten pas in de laatste twee fasen aangesproken worden omdat het kind dan meer ontspannen is en de cognitief iets meer bevraagd kan worden. Hierbij benoemen respondenten dat impulscontrole van belang is als je een plan wil maken en uitvoeren.

Uit zowel literatuur- als praktijkonderzoek blijkt dat verschillende TDF's verbonden zijn met elkaar. Zo is het van belang dat spanningen (arousal) eerst omlaag worden gebracht om vervolgens de aandacht te kunnen richten. Als een kind in staat is om zijn aandacht te richten, kan het kind leren waarnemen. Dit staat in lijn met de waarneming van eigen affecten en emoties (emotieregulatie). Hierin is van belang dat je eerst je binnenwereld voelt (affect) voordat je iets aan de buitenkant kan veranderen (emoties). Het vermogen om zintuigelijke informatie op te nemen en te verwerken (waarnemen) is voorwaardelijk aan het werken aan impulsiviteit en zelfregulatie (executieve functies). Als affecten en emoties meer onder controle zijn, wordt het sociaal functioneren ook verbeterd.

## H 6.5 Deelvraag 5

Welke therapeutische attitude wordt ingezet bij de transdiagnostische factoren die voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

### H 6.5.1 Literatuurstudie

*Vanuit deelvraag 4 hebben we kunnen concluderen dat vijf TDF's voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar binnen de ArVTb: arousal, sociaal functioneren/sociale interactie, emotieregulatie, waarneming en executieve functies. Hieronder zal per TDF omschreven worden welke therapeutische attitude ingezet wordt in een vaktherapeutische behandeling van deze factor.*

#### Arousal

Bij het werken aan arousal (spanningsregulatie) is het van belang dat er een therapeutische houding ingezet wordt die de spanning omlaag helpt. Hierin is een steunende en supportieve werkwijze (Smeijsters, 2008; Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016) van belang. Het is van belang om de therapeutische houding aan te passen aan de behoefte van de cliënt en een bijpassende interventie in te zetten. Als de houding aangepast is aan de behoefte van de cliënt kan de spanning namelijk omlaaggaan bij de cliënt (Nissen & Hensbroek, 2014). Als een cliënt bijvoorbeeld gespannen raakt van kiezen, zorgt de beeldend therapeut dat de cliënt niet hoeft te kiezen, om de spanning zo laag mogelijk te houden.

#### Sociaal functioneren/ sociale interactie

Binnen de ArVT wordt door de gehele interventie heen het sociale functioneren bevorderd door een mentaliserende bevorderende therapeutische houding in te zetten. De beeldend therapeut doet het voor de cliënt voor, hierdoor leert het kind handvatten om het zelf te doen (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Een voorbeeld hiervan is dat therapeut en cliënt dezelfde opdracht krijgen maar de therapeut het gekleide vogeltje net anders maakt. Doordat een cliënt leert dat niet iedereen hetzelfde voelt, zal het kind op een adequatere manier sociale interacties aan kunnen gaan omdat het ook aan de ander kan denken (Grootendorst & Smit, 2016). Hierbij is een steunende en empathische houding van belang. Dit geeft het kind het gevoel dat het gezien wordt in zijn of haar gedrag en ontstaat er een interactie (Willemars, et al., 2013). In deze interactie is het van belang op een positieve manier te benoemen wat er gebeurt in de interactie, bijvoorbeeld als een kind om hulp vraagt of goed luistert (Grootendorst & Smit, 2016).

#### Emotieregulatie

Zoals in hoofdstuk 6.4 gebleken is, valt er een onderscheid te maken tussen affecten en emoties. De ArVTb is meer gericht op de affecten. Binnen de ArVTb worden affecten gereguleerd door te verwoorden wat het kind ziet, hoort, ruikt en voelt. Als de therapeut omschrijft wat het ziet bij het kind qua affecten, leert het kind eigen lichaamssensaties associëren met eigen affecten. Dit kan de therapeut doen door bijvoorbeeld te benoemen dat de klei wel erg glibberig aanvoelt (Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010; Verfaillie, 2011; Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Het is van belang dat de therapeut een accepterende houding aanneemt ten opzichte van de affecten; de therapeut moet de affecten kunnen verdragen en spiegelen om zo een externe affectregulator te zijn (Eisenga, et al., 2019). Als we kijken naar de therapeutische houding bij emoties benoemt de therapeut de emoties anders dan de affecten. Er kan bijvoorbeeld gezegd worden dat de klei niet alleen glibberig aanvoelt, maar ook dat de therapeut dit vies vindt. De therapeut spiegelt en matcht woorden aan affecten. Zodra deze geuit worden zijn het emoties (Persoonlijke Communicatie, 2019).

#### Waarneming

Bij gewaarwording, wat binnen waarneming valt, is het van belang te benoemen wat er gebeurt zodat het kind bewust wordt van zijn of haar gewaarwording (Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010; Verfaillie, 2011). Als de beeldend therapeut benoemt hoe het materiaal voelt, zal de cliënt dit ook bewuster gewaarworden. Hierbij kan de therapeut een stimulerende houding aannemen waarin de therapeut de cliënt

stimuleert om zich heen te kijken in de therapieruimte om verschillende materialen uit te proberen, die ieder op een eigen manier de gewaarwording kunnen beïnvloeden (Haeyen, 2011). Als gewaarwording geïnterpreteerd wordt spreken we over waarnemen en dit kan naast mentaliseren gelegd worden, zoals omschreven wordt in hoofdstuk 6.4. Bij mentaliseren is het van belang de therapeut mentaliseert voor de cliënt (Verfaillie, 2011), zodat de cliënt zelf ook zal gaan mentaliseren en zichzelf en de ander gaat opmerken en hierdoor meer gaan waarnemen. Hierbij is het stimuleren van gerichte en gedeelde aandacht belangrijk.

### **Executieve functies**

Zoals in hoofdstuk 4 omschreven wordt vallen, naast planning en organisatie, het richten van de aandacht, zelfregulatie en impulscontrole onder de executieve functies. Bij het richten van de aandacht is het voor de therapeut van belang om aan te sluiten op het specifieke regulatieprofiel en vanuit hier een patroon te vinden dat het kind het meeste helpt om zijn aandacht te richten. Hierbij is het belangrijk om contact te maken met het kind en structuur aan te bieden (Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010; Verfaillie, 2011). Bij impulscontrole is het belangrijk dat de therapeut een onderzoekende houding aanneemt waar impulsen vandaan komen (Cooper-Kahn & Dietzel, 2013). De beeldend therapeut is hierin steunend tegenover de houding van de cliënt maar geeft wel duidelijk grenzen wat wel en niet mag qua gedrag. Structuur kan hierbij ook zorgen voor vermindering van impulsief gedrag (Cooper-Kahn & Dietzel, 2013). Om zelfregulatie te bevorderen wordt coregulatie ingezet. De therapeut reguleert het voor het kind, zodat het kind zelf handvatten leert om zichzelf te reguleren (Persoonlijke Communicatie, 2019).

## **H 6.5.2 Praktijkstudie**

---

### **Arousal**

Bij arousal is het van belang dat er meegegaan wordt in de dynamiek van het kind (bijlage 3: Interview Corine Smelt). De therapeut heeft een houding waarin afstemmen, aansluiten, spiegelen en bevestigen centraal staan (bijlage 8: Coderen interviews). Als de cliënt een fout maakt neemt de therapeut de schuld op zich of lost het op voor de cliënt (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman).

### **Sociaal functioneren en sociale interactie**

Sociaal functioneren en sociale interactie wordt binnen de interventie vooral bevorderd in de houding van de therapeut (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman en bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Dit gebeurt door interactie te bevorderen, wat de therapeut doet door te matchen en spiegelen. Hierdoor ontstaat er een verbale en non-verbale dialoog en is er interactie (bijlage 3: Interview Corine Smelt, bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt en bijlage 7: Interview Winneke Rauh). Door hierbij aan te sluiten en af te stemmen op het kind, voelt het kind bevestiging en zal hij of zij ervaren dat er naast zijn eigen ik ook nog een andere ik is, namelijk de therapeut (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman).

### **Emotieregulatie**

Om emotieregulatie te bevorderen is het belangrijk dat de therapeut verwoordt wat hij of zij ziet als het gaat om emoties en affecten (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman). Hierbij stimuleert de therapeut de cliënt om emoties, affecten en de gewaarwording hiervan te delen en te uiten als dit lukt (bijlage 3: Interview Corine Smelt). Dit gebeurt door een accepterende houding waarin emoties er mogen zijn in de ruimte (bijlage 7: Interview Winneke Rauh). De therapeut is hierin ondersteunend en spiegelt de cliënt (bijlage 8: Coderen interviews).

### **Waarneming**

Waarneming en gewaarwording wordt gestimuleerd door de cliënt te spiegelen, te matchen en te vragen naar ervaringen in het beeldende werk (bijlage 3: Interview Corine Smelt). Fysieke ervaringen worden verwoord, zoals: "De klei voelt wel warm, hè?" (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). De houding van de therapeut is gericht op het materiaalcontact en de fysieke en zintuiglijke aspecten van de werkvormen (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis en bijlage 7: Interview Winneke Rauh).

### **Executieve functies**

Bij de executieve functies geeft de therapeut woorden aan datgene wat er gebeurt, en probeert de therapeut de impulsen te reguleren van de cliënt door coregulatie aan te bieden (bijlage 4: Interview Sanne Zeeman en bijlage 5: Interview Sanne van der Vlugt). Hiervoor wordt volgens Winneke (bijlage 7: Interview Winneke Rauh) de houding spiegelen ingezet. Door het impulsieve gedrag te spiegelen, voelt het kind zich gehoord en ga je samen kijken hoe je dit kan reguleren, wat zorgt voor zelfregulatie.

### **H 6.5.3 Conclusie deelvraag**

---

#### **Arousal**

Bij de TDF arousal omschrijft literatuur dat een steunende en supportieve werkwijze volgens Smeijsters van belang is, waarbij de therapeut de spanning omlaag helpt. Literatuur- en praktijk benoemen dat de therapeut hierbij meegaat in de dynamiek van het kind. Respondenten stellen dat de therapeut hierin verantwoordelijkheid neemt voor datgene wat er gebeurt en de cliënt spiegelt.

#### **Sociaal functioneren en sociale interactie**

Literatuur omschrijft dat de TDF sociaal functioneren en sociale interactie bevorderd wordt door een mentaliserende bevorderende therapeutische houding in te zetten. Respondenten bevestigen dit door te stellen dat dit door de gehele interventie heen ingezet wordt. Door te matchen en spiegelen ontstaat er een non-verbale dialoog en is er interactie via het beeldend werken. Zowel literatuur- als praktijkstudie stellen dat een positieve benadering ervoor zorgt dat het kind zich gezien voelt en inzicht krijgt dat er naast een ik ook nog een andere ik is, namelijk de therapeut.

#### **Emotieregulatie**

Respondenten benoemen dat de TDF emotieregulatie bevorderd wordt door te benoemen wat je ziet als het gaat om emoties en affecten. Literatuurstudie maakt hierin een verschil tussen het benoemen van affecten en emoties. Affecten worden gereguleerd doordat de therapeut verwoordt wat het kind ziet, ruikt, hoort en voelt. Emoties worden benoemd door een betekenis te geven aan de zintuiglijke ervaring. Door respondenten en literatuur wordt spiegelen als een bevorderende therapeutische attitude genoemd.

#### **Waarneming**

Bij de TDF waarneming maakt zowel literatuur- als praktijkstudie een onderscheid in attitude bij gewaarwording en waarneming. Bij gewaarwording is het van belang fysieke ervaringen te benoemen om zo de gewaarwording te prikkelen. Materiaalcontact staat voorop waarbij de fysieke en zintuiglijke aspecten van de werkvormen het belangrijkste zijn. De beeldend therapeut spiegelt en matcht de cliënt. Bij de waarneming is het volgens literatuur van belang dat de beeldend therapeut mentaliseert over en voor de cliënt. Hierdoor zal de cliënt zelf ook gaan mentaliseren en zichzelf en de ander gaan opmerken en hierdoor meer gaan waarnemen.

#### **Executieve functies**

Als het bij de TDF executieve functies gaat om het richten van de aandacht omschrijft literatuur dat de therapeut aansluit bij de cliënt om zo de meest effectieve manier te vinden om de cliënt de aandacht te laten richten. Hierin is contact maken belangrijk. Volgens literatuur zet de therapeut coregulatie in bij het deelaspect impulscontrole. De therapeut reguleert de impulsen voor de cliënt en onderzoekt waar de impulsen vandaan komen. Hierbij wordt een steunende houding aangeboden en worden grenzen aangegeven waar nodig. Praktijkstudie benoemt ook coregulatie en spiegelen bij het reguleren van impulsen en het bevorderen van de zelfregulatie bij de cliënt. Als het kind zich gehoord voelt, kan er samen gekeken worden naar hoe het gedrag gereguleerd kan worden.

## H 6.6 Deelvraag 6

Hoe ziet het beeldende aanbod eruit bij de transdiagnostische factoren die voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

### H 6.6.1 Literatuurstudie

*Vanuit deelvraag 4 hebben we kunnen concluderen dat vijf TDF en voorkomen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar binnen de ArVTb: arousal, sociaal functioneren/sociale interactie, emotieregulatie, waarneming en executieve functies. Hieronder zal per TDF omschreven worden welk beeldende aanbod ingezet wordt in een vaktherapeutische behandeling van deze factor.*

#### Arousal

De ArVTb methode beschrijft dat materialen die al bekend zijn bij de cliënt spanning kunnen verlagen. De focus wordt hiermee op positieve en controleerbare ervaringen gelegd. Hierdoor ontstaat voorspelbaarheid en veiligheid waardoor spanningen reguleren (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Als het voor spanningsregulatie van belang is spanning te uiten doen kinesthetische materialen een beroep op de afname van arousal en spanningen bij de cliënt. Het maakt de cliënt bewust van het contact met eigen lichaamssensaties (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017). Zo kan bijvoorbeeld hard krassen zorgen voor ontlading van de spanning (Budde, 2008).

#### Sociaal functioneren/ sociale interactie

Door interactie met anderen en met het materiaal wordt gedrag zichtbaar en worden gewoontes sneller herkend (Grootendorst & Smit, 2016; Budde, 2008; Haeyen, 2007). Een specifiek beeldend aanbod is hierin niet vast te stellen, want verschillende materialengroepen doen een beroep op interactie via het materiaal. Zoals samen timmeren met hout, samen verven op een vel, samen kleien, enzovoorts (Budde, 2008). De verschillen in materiaalbeleving benadrukken wel verschillende vormen van interactie.

#### Emotieregulatie

Verschillende bronnen (Willemars, et al, 2013; Haeyen, 2007; Schweizer, 2009; Fikke, Penzes, & Hooren, 2017) benoemen dat beeldend werken een cliënt de mogelijkheid geeft om de eigen innerlijke belevingswereld te onderzoeken en zichtbaar te maken in het beeldende werk. Hieronder vallen ook affecten en emoties van de cliënt. De verschillende materiaalgroepen doen op verschillende affecten en emoties een appèl. Ieder materiaal roept een eigen affect of emotie op. Door verschillende materiaalgroepen te gebruiken zal de cliënt deze verschillen gaan opmerken (Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Hierbij doen lichaamsgerichte werkvormen wel een appèl op de innerlijke belevingswereld omdat bijvoorbeeld snel kleuren, hard zagen, vingerverven of klei voelen een sensatie oproepen (Willemars, et al., 2013; Fikke, Penzes, & Hooren, 2017). Binnen de ervaringsgerichte ArVTb is dit erg van toepassing, omdat het inzetten van het lichaam ervaringsgericht is.

#### Waarneming

Zoals omschreven in de inhoudelijke oriëntatie valt onder waarneming ook gewaarwording. Bij gewaarwording gaat het om de opname van stimulatie uit de omgeving door middel van zintuigen. Binnen de ArVTb raakt het kind meer betrokken bij materiaal door sensopathische materialen in te zetten. Deze geven een prikkel aan de zintuigen en roepen een sensatie op. Doordat de cliënt het beeldende materiaal kan voelen, kan de cliënt ervaren wat er op dat moment in hem of haar gebeurt (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017; Haeyen, Horen, & Hutschenmaekers, 2015; Van der Ende, Van der Vlugt, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Om de waarneming te prikkelen is het van belang verschillende materialen aan te bieden. Zo krijgt de cliënt de mogelijkheid om de verschillende gewaarwordingen te interpreteren (waarnemen) (Haeyen, 2011).

## Executieve functies

Onder executieve functies valt het formuleren en uitvoeren van een plan. Deelaspecten zijn het richten van de aandacht, zelfregulatie en impulscontrole. Bij het richten van de aandacht kunnen meer sensopathische materialen ingezet worden. Dit doet een *appèl* op het voelen en beleven van het materiaal, waar aandacht voor nodig is, of stimuleert de aandacht te richten (Fikke, Penzes, & Hooren, 2017; Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016). Impulscontrole valt onder zelfregulatie en hierbij is het van belang dat er een improviserende inzet is van de beeldende materialen, waarbij materialen lokaal breed beschikbaar zijn. Dit roept verschillende gevoelsaspecten op en verschillende manieren om jezelf te kunnen reguleren (Persoonlijke Communicatie, 2019; Van der Ende, Van der Vlucht, Nieuwenhuis, Smelt, & Tel-Vos, 2016).

### H 6.6.2 Praktijkstudie

---

In praktijkonderzoek benoemen beeldend therapeuten dat ze het moeilijk vinden om een passend beeldend aanbod bij elke TDF te benoemen. De beeldend therapeuten geven aan dat de ArVTb een ervaringsgerichte module is en dat aansluiten bij de dynamiek en de behoefte van de cliënt erg belangrijk is. Hier kan dus niet gezegd worden dat bij een bepaalde TDF een bepaald materiaal altijd ingezet kan worden. Beeldende materialen liggen lokaalbreed en worden aan de cliënten aangepast (bijlage 8: Coderen interviews). Wel kan er gezegd worden dat sensopathische materialen de gewaarwording en waarneming prikkelen (bijlage 5: Interview Sanne van der Vlucht). Betekenisvolle materialen, waarmee je bijvoorbeeld emoties kan verwoorden of hoe jij als persoon bent, worden meer ingezet om de emotieregulatie of de executieve functies te prikkelen (bijlage 6: Interview Eveline Peper & Leanne Nieuwenhuis).

### H 6.6.3 Conclusie deelvraag

---

Literatuuronderzoek wijst uit dat verschillende materiaalgroepen passend zijn bij de verschillende TDF's. Respondenten vinden dit lastig om te omschrijven omdat ze zich richten op de cliënt en daarbij meegaan in de dynamiek van de cliënt. Dit wil zeggen dat het beeldende aanbod aangepast wordt aan de cliënt op dat moment, en het hierbij lastig is om vast te stellen dat bepaalde beeldende materialen en/of werkvormen passend zijn bij een TDF. Literatuur weet hier wel een goed onderscheid in te maken:

Bij *arousal* worden namelijk materialen ingezet die het kind al kent, zodat de spanningen verlagen. Er kunnen sensopathische materialen gebruikt worden om spanningen te uiten als dit nodig is om spanning te reguleren. Deze sensopathische materialen kunnen ook ingezet worden bij de TDF *waarnemen*. Door sensopathische materialen te voelen ontstaat er een prikkel die waargenomen kan worden. Hierbij is het van belang dat er verschillende prikkels opgenomen kunnen worden, wat gestimuleerd wordt door verschillende materiaalgroepen hierbij in te zetten.

Bij de TDF *emotieregulatie* kunnen de verschillende appèlwaarden van de materialen ervoor zorgen dat verschillen in affecten (en emoties) opgemerkt worden. Hierbij kunnen de lichaamsgerichte materialen en opdrachten meer emotie oproepen, door bijvoorbeeld hard te zagen.

Bij de TDF *executieve functies* worden bij het richten van de aandacht veelal sensopathische materialen ingezet, om via de zintuigen de aandacht te richten. Bij zelfregulatie en impulscontrole worden materialen lokaal breed ingezet (improviserende inzet), zodat het kind leert met verschillende impulsen om te gaan.

## H 7. Conclusie

*In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op onderstaande hoofdvraag. Aan de hand van literatuur en praktijkonderzoek zijn zes deelvragen beantwoord die een onderbouwing geven voor de beantwoording van de hoofdvraag:*

Op welke wijze kunnen de transdiagnostische factoren volgens de Generieke module Vaktherapie ingezet worden bij de Affectregulerende Vaktherapie beeldend interventie in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar?

Een overeenkomst tussen de TDF's en de ArVTb is dat ze beide cliëntgericht te werk gaan. De ArVTb kijkt gericht naar het kind: welk (probleem)gedrag of welke symptomen komen op het moment naar voren? Er wordt gekeken naar de behoefte van het kind en hier wordt het behandelaanbod op aangepast. De TDF's kijken ook gericht naar het kind en de onderliggende en samenhangende factoren. Doordat er gericht naar de cliënt gekeken wordt, kan er gericht behandeld worden op de symptomen en/of klachten die op dat moment zichtbaar zijn in plaats van de DSM-5 diagnose. Beide kijken dus gericht naar het gedrag of zichtbare symptomen van het kind om hier een passende behandeling bij aan te bieden.

Om te kunnen onderzoeken op welke wijze de TDF's inzetbaar zijn binnen de ArVTb is per TDF gekeken welk beeldend aanbod en welke therapeutische attitude hierbij van toepassing is. Door deze naast de probleemgebieden, het beeldende aanbod en de therapeutische attitude binnen de ArVTb te leggen wordt duidelijk waar verschillen en overeenkomsten ontstaan.

Uit deelvraag 4 is er geconcludeerd dat vijf TDF's een overlap hebben met de ArVTb: *arousal*, *sociaal/functioneren*, *emotieregulatie*, *waarneming* en *executieve functies*. Aan de TDF *verlies* wordt niet gewerkt binnen de ArVTb. Als spanningen en affecten meer gereguleerd zijn binnen de ArVTb kunnen verlieservaringen als problematiek naar boven komen. In de ArVTb behandeling kan ervoor gekozen worden om een korte zijweg te nemen en de problematiek rondom het verlies kort te behandelen met een gerichte opdracht, wat dan gebeurt in de affectregulatiefase. Echter wordt er vaak voor gekozen om de problematiek rondom het verlies na de ArVTb te behandelen met een gerichte behandeling. Het aanbod rondom verlies is namelijk vaak gericht op de cognitie en de ArVTb is meer een ervaringsgerichte interventie. Bij de TDF *regelsystemen* komt in literatuur- en praktijkstudie naar voren dat het ingezet kan worden bij doelgroepen (zoals depressie) die niet van toepassing zijn binnen de ArVTb.

De ArVTb is ingedeeld in verschillende fasen: de spanningsregulatie fase, de aandachtsregulatie fase en de affectregulatie fase. Binnen de ArVTb is het van belang eerst spanning te reguleren om daarna je aandacht te kunnen richten. Fase 2 kan niet behandeld worden als fase 1 niet doorlopen is. Uit onderzoek blijkt dat de TDF's ook te classificeren zijn. Het is namelijk van belang eerst spanningen (*arousal*) te reguleren. Als spanningen (meer) onder controle zijn, is het kind in staat om zijn aandacht te kunnen richten, waardoor het meer in staat is het materiaal en zichzelf te kunnen *waarnemen*. Als het kind zichzelf meer leert waarnemen, leert het kind ook meer inzicht te krijgen in eigen affecten (en emoties), wat naast de TDF *emotieregulatie* gelegd kan worden. Het vermogen om zintuiglijke informatie op te nemen en te verwerken (waarnemen) is voorwaardelijk aan het werken aan impulsiviteit en zelfregulatie (*executieve functies*). Als affecten en emoties meer onder controle zijn wordt het *sociaal functioneren/sociale interactie* ook verbeterd.

De TDF *arousal* komt overeen met de spanningsregulatie fase van de ArVTb. In beide gevallen gaat het om het reguleren van een verhoogde of verlaagde arousal. Binnen de ArVTb kan er aan de TDF arousal gewerkt worden door het beeldende aanbod aan te passen aan de behoefte van de cliënt, zoals in de spanningsregulatie fase ook gedaan wordt. Door materialen in te zetten die de cliënt al kent wordt er voorspelbaarheid en veiligheid gecreëerd waardoor spanningen gereguleerd worden. Als het nodig is om spanning in het materiaal te uiten om de spanning gereguleerd te krijgen kunnen kinesthetische materialen ingezet worden, waarmee je bijvoorbeeld heel hard kan krassen. De therapeut kan hierbij een steunende,

supportieve en meegaande houding inzetten. De therapeut gaat mee in de dynamiek van de cliënt door te spiegelen, te matchen en door de verantwoordelijkheid te nemen voor datgene wat er gebeurt.

De TDF *waarneming* is op te delen in gewaarwording en waarnemen. Gewaarwording is de opname van de prikkels uit de omgeving door middel van de zintuigen, wat naast de aandachtsregulatie fase gelegd kan worden. In deze fase raakt het kind meer betrokken bij het materiaal, waardoor het bewuster de stimulatie uit de omgeving opneemt middels de zintuigen (gewaarwording). Als er aan de gewaarwording gewerkt wordt binnen de ArVTb benoemt de therapeut wat er gebeurt als het gaat om de gewaarwording van het kind en wordt het kind gespiegeld en gematcht door de beeldend therapeut. Hierbij kunnen vooral sensopathische materialen ingezet worden die lichamelijke sensaties prikkelen, wat de gewaarwording kan vergroten. Waarneming is het interpreteren en begrijpen van hierboven benoemde gewaarwording wat een overlap heeft met mentaliseren. Dan gaat het over de waarneming van jezelf en de ander los van jezelf. Binnen de ArVTb leert het kind dat er ook een ander in de ruimte is en deze persoon dingen anders kan voelen of doen, wat mentaliseren genoemd wordt. Als er aan waarneming gewerkt wordt binnen de ArVTb stimuleert de beeldend therapeut de cliënt om verschillende materialen uit te proberen om zo het verschil in waarneming en de fysieke ervaring op te merken. Hierbij is het van belang een mentaliserend bevorderende houding in te zetten, zodat de cliënt zelf ook leert mentaliseren.

De TDF *emotieregulatie* is op te delen in de begrippen emoties en affecten. Emoties zijn het zichtbare gedrag en affecten de onderliggende problematiek. Affecten worden vaak automatisch geuit, als er nagedacht wordt over een affect wordt het een emotie. Onderzoek wijst uit dat er een verschil is tussen de definitie van de TDF emotieregulatie en op welke manier er aan emoties en affecten gewerkt wordt binnen de affectregulatie fase van de ArVTb. Beide zijn gericht op het opmerken en onderscheiden van affecten en emoties. Bij de TDF gaat het echter ook om het subjectief en constructief uiten, wat meer beroep doet op de cognitie. Binnen de ArVTb gaat het meer om het beleven van de affecten en deze kunnen delen in de samenwerking. Hieruit kan geconcludeerd worden dat als het om de affecten gaat deze TDF wel ingezet wordt binnen de ArVTb, maar als het om emoties gaat, valt dit buiten de ArVTb. Aan het onderdeel affect van de TDF emotieregulatie kan gewerkt worden door lichaamsgerichte werkvormen in te zetten. Deze zorgen ervoor dat verschillende affecten opgemerkt kunnen worden. Echter zorgt het verschil in materiaalgroepen er wel voor dat het verschil in affecten opgemerkt en onderscheiden kan worden. De beeldend therapeut verwoordt wat het kind ziet, hoort, ruikt en voelt. Het kind leert lichaamssensaties associëren met eigen affecten. Door affecten te spiegelen wordt de beeldend therapeut een externe affectregulator.

De TDF *executieve functies* valt te verdelen in verschillende begrippen: 1) het formuleren van doelen en het uitvoeren van een plan, en de deelaspecten die hiervoor nodig zijn zoals 2) het richten van de aandacht, 3) zelfregulatie en 4) impulscontrole, 5) goed werkgeheugen, 6) mentale flexibiliteit en 7) zelfreflectie. Het formuleren van doelen en het uitvoeren van een plan valt buiten de ArVTb. Hiervoor wordt er een beroep gedaan op de cognitie, wat niet gebeurt binnen de ArVTb. De deelaspecten goed werkgeheugen, mentale flexibiliteit en zelfreflectie kunnen niet expliciet naast problematiek of een fase van de ArVTb gelegd worden, omdat deze niet voorkomen binnen de moduleomschrijving. Het deelaspect richten van je aandacht kan naast de aandachtsregulatie fase van de ArVTb gelegd worden. Dit deel van de TDF kan ingezet worden binnen de ArVTb door met sensopathische materialen te werken. Dit doet een appèl op het voelen en beleven van het materiaal, waar gerichte aandacht voor nodig is. Het deelaspect impulscontrole is een onderdeel van zelfregulatie waar aan gewerkt kan worden als de aandacht gericht is. Als je meer aandacht hebt voor jezelf en je eigen gevoel, kunnen impulsen ook meer opgemerkt worden. Aan zelfregulatie wordt dan ook pas gewerkt aan het einde van de aandachtsregulatie fase en in de affectregulatie fase. Aan zelfregulatie kan gewerkt worden door als beeldend therapeut coregulatie aan te bieden. De beeldend therapeut probeert de impulsen en het gedrag van de cliënt te reguleren. Hierbij sluit de therapeut aan bij de behoefte van de cliënt en wordt het gedrag gespiegeld, wat ervoor zorgt dat de therapeut samen met de cliënt kan gaan kijken hoe het gedrag gereguleerd kan worden. Om aan zelfregulatie te kunnen werken worden beeldende materialen improviserend ingezet, zodat het kind leert met verschillende impulsen om te gaan.

De TDF *sociaal functioneren/sociale interactie* kan voortkomen uit de problematische gehechtheid van het kind. Als bijkomende spanningen verlaagd zijn en emoties meer onder controle zijn, is het kind vaak ook beter in staat om sociale contacten aan te gaan en op een adequate manier te reageren in sociale situaties. Binnen de ArVTb wordt aan de TDF sociaal functioneren/sociale interactie gewerkt door samen te werken met de cliënt en het mentaliserend vermogen te bevorderen waardoor het kind niet alleen meer zichzelf ziet maar ook de beeldend therapeut. De therapeut zet een houding in waar spiegelen en matchen centraal staan, zodat de cliënt zich gezien voelt. Hierdoor kan er een interactie ontstaan, wat het sociaal functioneren kan bevorderen. De verschillende materiaalbelevingen benadrukken de verschillende vormen van interactie.

Uit praktijkonderzoek is gebleken dat wanneer de beeldend therapeut en de cliënt samen kijken naar wat de TDF voor het kind betekent, dit buiten de ArVTb valt. Als er gekeken wordt wat de waarneming of de emotie voor het kind betekent wordt de cognitie meer van het kind bevraagd. De ArVTb is een ervaringsgerichte methode waar er vaak onbewust en ervaringsgericht aan de TDF's gewerkt wordt. Als er echt woorden worden gegeven aan de betekenis wordt er een andere beeldende behandeling na de ArVTb ingezet. Wel wordt er binnen de methode aangesloten bij de cliënt. Als een cliënt cognitief is ingesteld kan het zijn dat deze cliënt wel meer cognitief benaderd wordt, waardoor bijvoorbeeld meer stappenplannen of proefjes gedaan worden.



Bron: <https://www.fortior.info/symposia/de-kracht-van-ervaringsgerichte-interventies-voor-kinderen-en-volwassenen-met-een-verstandelijke-beperking/>

## H 8. Aanbevelingen

---

*Dit onderzoek geeft voor het eerst een overzicht welke TDF's voorkomen binnen de ArVTb en op welke wijze. Uit dit onderzoek zijn dan ook de volgende aanbevelingen ontstaan:*

### Aanbevelingen voor beeldend therapeuten binnen de ArVTb

- Uit onderzoek is gebleken dat er vijf TDF's voorkomen binnen de ArVTb. Om deze op een zo effectief mogelijke manier in te zetten is het van belang ze op volgorde in te zetten. Voor beeldend therapeuten die werken of willen gaan werken met de TDF's binnen de ArVTb is het van belang eerst te werken aan de TDF arousal, daarna aan waarneming, om vervolgens aan emotieregulatie te kunnen werken en als laatste de executieve functies. De TDF sociaal functioneren/sociale interactie kan door de gehele methode ingezet worden.
- Hierbij is er de aanbeveling voor beeldend therapeuten binnen de ArVTb om dit onderzoek te raadplegen als ze willen werken met de TDF's binnen de ArVTb. De resultaten van dit onderzoek kunnen beeldend therapeuten handvatten bieden tijdens het werken met de TDF's binnen de ArVTb. Het kan helpen bij het maken van keuzes voor het therapeutische aanbod en attitude en het verantwoorden van deze keuzes.

### Aanbevelingen voor beroepsontwikkelingen

- Tijdens praktijkstudie is gebleken dat de deelvragen erg breed zijn geformuleerd om alle onderwerpen te bespreken in een interview van maximaal 60 minuten. Er was te weinig tijd om de voorkomende TDF's, de bijpassende attitude en de bijpassende werkvormen te bespreken. Als het onderzoek nogmaals uitgevoerd wordt is het een aanbeveling om dit per respondent te verdelen. Hierdoor krijgt de respondent meer ruimte om specifiekere antwoorden te geven met meer diepgang en onderbouwing. Dit kan aanvullend zijn voor de beroepspraktijk, omdat zowel de ArVTb als de TDF's steeds bekendere begrippen worden en zich steeds meer ontwikkelen. Meer diepgang kan aanvullend zijn voor het transdiagnostische en kunstdiscipline-overstijgende handboek ArVTb.
- Als we spreken over het kunstdiscipline-overstijgende handboek, zou het relevant zijn om ook de TDF's binnen de andere disciplines van de Affectregulerende Vaktherapie te onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat er veel overeenkomsten zijn, die wellicht ook voorkomen binnen de andere disciplines van de ArVT.
- Omdat zowel de ArVTb als de TDF's nog in ontwikkeling zijn kan het relevant zijn het onderzoek nogmaals uit te voeren als beide minder in ontwikkeling zijn en vast op de kaart staan. Dit kan er voor zorgen dat respondenten bekender zijn met het onderwerp.
- Een andere aanbeveling zou zijn om de uitkomsten van dit onderzoek te toetsen in de praktijk, middels een praktijkgericht onderzoek. Theoretische onderbouwing is er, maar onderbouwing vanuit de praktijk nog niet.

### Aanbevelingen voor opdrachtgever

- Zoals in het onderzoek omschreven is zijn de TDF's en de ArVTb nog in ontwikkeling en zijn ze beide nog niet volledig geïmplementeerd. Meer theoretische onderbouwing voor beide onderwerpen is van belang om zowel het belang van de TDF's als de ArVTb binnen vaktherapie te benadrukken. Een aanbeveling voor de opdrachtgever zou zijn om het onderzoek nogmaals uit te laten voeren als beide begrippen volledig geïmplementeerd zijn binnen vaktherapie.

# Literatuurlijst

---

- Baarda, D. (2019). *Dit is onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie*. Amsterdam: Uitgeverij EFP.
- Beemster, E. (2012). *Psychiatrie, disbalans in de samenhang van de wezenden*. Zutphen: Worhmann.
- Botterman, N. (2018). *Het ETC en de zeven transdiagnostische factoren*. Amersfoort: Hoge school Utrecht.
- Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Businezz. (2019, oktober 24). Opgehaald van [www.businezz.nl: https://www.businezz.nl/media/9/9789058715517.pdf](https://www.businezz.nl/media/9/9789058715517.pdf)
- Cooper-Kahn, J., & Dietzel, L. (2013). *Vergeeten, kwijt en afgeleid. Opvoedwijzer om executieve functies bij kinderen te versterken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Daamen, W. (2017). *Partnerschap met ouders: wat werkt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Dawson, P., & Guare, R. (2019). *Executieve functies bij kinderen en adolescenten. Een praktische gids voor diagnostiek en interventie*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- De Graaf, T. (2019, September 23). *Beeldende therapie in de ggz*. Opgehaald van [nvbt.vaktherapie.nl: https://nvbt.vaktherapie.nl/download/?id=84810](https://nvbt.vaktherapie.nl/download/?id=84810)
- De Jong, L. (2015). *De samenhang tussen problemen in de zelfregulatie en executieve functies bij peuters*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- De lange, J. (2019). Transdiagnostische denken en doen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 15(2). 2-6.
- Delfos, M. F. (2009). *Ontwikkelpsychopathologie, stoornissen en belemmeringen. deel 2*. Steenwijk: Grafisch Bedrijf Groter Bv.
- Eisenga, A., Brands, W., Spijker, A., Bik, S., Vlijm, H., & Walvaart, G. (2019). *Consensus based Module Basis. Psychomotorische Kindertherapie (PMKT) ter verbetering van verstoord hechtingsgedrag bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met gedragsproblematiek*. Federatie vaktherapeutische beroepen.
- Fikke, D., Penzes, I., & Hooren, S. (2017). The Expressive Therapies Continuum. Een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13(2), 2-11.
- Grootendorst, I., & Smit, M. (2016). *Behandelmodule zelfbeeldverserking en sociale vaardigheid voor kinderen. 10x doen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende vragenlijst*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Haeyen, S., Horen, S., & Hutschenmaekers, G. (2015). Meten is meer dan weten. Proces- en resultaatmeting bij beeldende therapie: de casus persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 11(4), 13 - 23.
- Kwaliteitsontwikkeling, G. (2017). *Generieke Module Vaktherapie*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Meurs, P., Vliegen, N., Emde, R., Oforsky, J., & Butterfiel, P. (2008). *Affectinterpretatie en emotieregulatie. I feel Pictures test*. Leuven: Lannoo Campus.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn wonen en werken*. Amsterdam: SWP.

- Nederland, Z. (2015). *Rapport: Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Nicolai, N. (2018). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: de kunst van het evenwicht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nijenhuis, B., & Vreuls, M. (2011). *Executieve functies, sociale problemen en agressief gedrag bij kinderen in het speciaal basisonderwijs*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Nissen, I., & Hensbroek, W. (2014). Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 10(2), 53 - 60.
- Ouwens, M., Vroling, M., Haeywen, S., Faassen, L., H, K., Metzenmaekers, R., . . . Montfoort, M. (2007). Gluren bij de burens. Inventariserend onderzoek naar de interventievormen door vaktherapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3(4), 17-22.
- Pijpers, F., Vanneste, Y., & Feron, F. (2019). *Stress bij kinderen: hoe houden we het gezond?* Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Prins, P., & Breat, C. (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie. Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2019). Transdiagnostische factoren: het materiaal en de ervaring. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 15(4), 40 - 44.
- Shanker, S., & Barker, T. (2016). *Zelfregulatie bij kinderen. Bestrijd stress en laat je kind excelleren*. Houten - Antwerpen: Uitgeverij Unieboek.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkgericht onderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Spradlin, M., & Schott, E. (2005). *Je emoties de baas*. Zaltbommel: Thema.
- Spreen, M., Bootsma, M., & Van den Bos, K. (2019). De Generieke module Vaktherapie en transdiagnostische factoren. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 15(4), 28 - 34.
- Standaarden, G. (2019, September 16). [www.ggzstandaarden.nl](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/vaktherapie-in-de-zorg/doel-en-werkwijzen/3-in-termen-van-transdiagnostische-factoren). Opgehaald van [www.ggzstandaarden.nl](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/vaktherapie-in-de-zorg/doel-en-werkwijzen/3-in-termen-van-transdiagnostische-factoren)
- Tel-Vos, P. (2019, September 11). Persoonlijke Communicatie. (I. Moerenhout, Interviewer)
- Tel-Vos, P. (2019, December 18). Persoonlijke Communicatie. (I. Moerenhout, Interviewer)
- Tesselaar, J. (2018). *Wervormen in een Raamwerk. Expressieve Therapies Continuum. Praktijkgericht onderzoek naar methodische werkvormen binnen de zes informatieverwerkingscomponenten van het Expressive Therapies Continuum, gekoppeld aan de transdiagnostische factoren*. . Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- Tieleman, M. (2019). *Levensfasen. De psychologische ontwikkeling van de mens*. Amsterdam: Boom uitgeverij.
- van Amelsvoort, T., Klaassen, M., & Heuvel, O. v. (2018). Transdiagnostische psychiatrie: concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(3), 194 - 198.
- Van Bussel, M. (2018, November 2). Zelfregulatie: de wereld leren kennen. *Kinderopvangtotaal*, pp. 8-9.
- Van den Bos, K., & Meijncens, D. (2017). Transdiagnostische factoren. Naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13(4), 6 - 13.
- Van der Ende, W., Van der Vlugt, S., Nieuwenhuis, L., Smelt, C., & Tel-Vos, P. (2016). *Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Federatie vaktherapeutische beroepen.
- Van Heycop Ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren. Theorie & praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

- Van Keken, H. (2010). *Voor het onderzoek: Het formuleren van de probleemstelling*. Amsterdam: Boom.
- Van Os, J. (2017). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Houten: Bohn stafleu van Loghum.
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Verheugt-Pleiter, J., Schmeets, M., & Zevalkink, J. (2010). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: van Gorcum.
- Willemars, G. (2019). *Reader Praktijkgericht Onderzoek (PGO). Vaktherapieopleiding*. Amersfoort: Instituut voor social work utrecht. Hogeschool Utrecht. .
- Willemars, G., Kottelenberg, C. b., Peters, S., Spanniks, S., Omarsdottir, S., Lavrijsen, M., . . . Friso, W. (2013). *Impulsen onder controle: Van destructief naar constructief handelen. Kortduerend traject beeldende therapie gericht op het vergroten van impulscontrole binnen de forensische psychiatrie*. . Federatie Vaktherapeutische beroepen.
- Zorginstituut Nederland. (2015, Februari 02). *Weinig bewijs voor effect vaktherapie*. Opgehaald van [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl):  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2015/11/02/weinig-bewijs-voor-effect-vaktherapie-voorlopig-nog-onderdeel-basispakket>

## Bijlage 1: Topiclijst interviews

---

Vragen die aan het begin gesteld worden:

- 1) Wat is je functie/baan momenteel? Of wat heb je in het verleden gedaan?
- 2) Wat is je expertise met het onderwerp? Of wat was je expertise in het verleden met het onderwerp?

Deelvragen kort omschreven:

- Problematiek en doelen binnen de ArVTb.
- Attitude binnen de ArVTb.
- Beeldende aanbod binnen de ArVTb.
- Voorkomende transdiagnostische factoren binnen de ArVTb.
- Attitude bij deze transdiagnostische factoren.
- Aanbod bij deze transdiagnostische factoren.

Transdiagnostische factoren (volgens generieke module)

- Executieve functies
- Waarneming
- Arousal
- Emotieregulatie
- Verlies
- Sociaal functioneren
- Regelsystemen

Vooronderzoek

|                      |   |                            |
|----------------------|---|----------------------------|
| Emotieregulatie      | - | fase 3                     |
| Arousal              | - | fase 1                     |
| Sociaal functioneren | - | problematische gehechtheid |
| Executieve functies  | - | fase 2                     |
| Waarneming           | - | mentaliseren               |

Verlies en regelsystemen staan nog los.

Vragen aan het einde.

- 1) Mogelijkheid tot evaluatiegroep?
- 2) Aanvullende literatuur?

Er wordt eerst uitgelegd waar het onderzoek over gaat, en de interviewer vooral benieuwd is naar de ervaringen in de praktijk. Welke transdiagnostische factoren komen voor binnen de ArVTb en welke werkvormen en attitude worden hierbij ingezet. Hierbij de geïnterviewde de vrijheid geven om het verhaal te vertellen, door geen standaardvragen te stellen, maar door te vragen en waar nodig terug te grijpen naar datgene de interviewer nodig heeft.

## Bijlage 9: Hbo-gedragscodaverslag

---

Volgens de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo-onderwijs zijn er vijf regels waar onderzoekers zich aan dienen te houden (Migchelbrink, 2016). In een praktijkgericht onderzoek komen vaak ethische kwesties aan bod en heb je als onderzoeker een vertrouwenspositie. Dit maakt dat het van belang is om je als onderzoeker aan verschillende regels te houden (Van Keken, 2010).

Hieronder worden de vijf regels beschreven en wordt toegelicht hoe deze zijn gewaarborgd binnen dit onderzoek.

1. *Onderzoekers aan het hbo-onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.*  
De onderzoeker heeft aan het professionele en maatschappelijke belang gediend omdat de onderzoeker een vraag vanuit de praktijk heeft beantwoord. De onderzoeker heeft een bijdrage geleverd aan kennis- en theorieontwikkeling. Het onderzoek biedt namelijk meer kennis over de transdiagnostische factoren binnen de ArVTb en meer theoretische onderbouwing voor het transdiagnostisch werken hierin.
2. *Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn respectvol.*  
Binnen dit onderzoek is er rekening gehouden met rechten, belangen en privacy van betrokkenen. De respondenten zijn behandeld met respect. Er is op een nette manier gevraagd naar de mogelijkheden tot het afnemen van het interview. Tijdens het interview heeft de onderzoeker de respondent met respect behandeld en na het interview is het interview opgestuurd (member checking).
3. *Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn zorgvuldig.*  
De onderzoeker is zorgvuldig te werk gegaan en heeft meerdere wetenschapsopvattingen in overweging genomen. Zo is er gebruik gemaakt van verschillende databronnen en meerdere respondenten om een zo zorgvuldig mogelijk beeld te kunnen formuleren. Hierdoor is er nauwkeurig en navolgbaar gerapporteerd. Hierbij is er rekening gehouden met de beroepsethiek en de waarden binnen het vakgebied.
4. *Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn integer.*  
De onderzoeker is integer te werk gegaan door transparant te blijven in het onderzoek. De onderzoeker heeft alle verzamelde data in overweging genomen maar is wel bij eigen normen en waarden gebleven. De onderzoeker is onpartijdig en autonoom gebleven in dit onderzoek. Hierbij heeft de onderzoeker bronnen vermeld volgens de APA-norm.
5. *Onderzoekers aan het hbo-onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag.*  
De onderzoeker heeft de keuzes in dit onderzoek verantwoord. Zo wordt er uitgelegd waarom er gekozen is voor dit onderwerp, en de gekozen onderzoeksmethodes, de keuze voor respondenten enzovoorts.