****

**Beeldend therapie in herstelondersteunende zorg**

*Op welke wijze kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen om aan hun herstelproces te kunnen werken?*

Praktijkonderzoek 2015, Bachelor Thesis

Fieke Lange 1626992

Deeltijdstudent Creatieve Therapie, Beeldend

Hogeschool Utrecht te Amersfoort

Onderzoeksconsulent: Gemmy Willemars

Beoordelaars: Anneke Baerends & Jaap Driest

Datum: 9 september 2015

**Samenvatting**

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt door veel organisaties herstelondersteunende zorg aangeboden, als onderdeel van de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Met deze manier van werken wordt getracht om EPA-cliënten meer controle over hun eigen leven te laten krijgen. Daarnaast wordt ingezet op het verbeteren van de kwaliteit van het leven, en het herstel van maatschappelijke en sociale rollen.

In dit onderzoek wordt in kaart gebracht op welke wijze beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg binnen de GGZ. De therapievorm beeldende therapie gaat om ervaringsgericht werken en handelen in het medium waar cliënten het psychisch functioneren kunnen onderzoeken waarmee eigen patronen van handelen, denken en voelen worden bedoeld. Cliënten kunnen inzichten opdoen door patronen die leiden tot problematiek te herkennen. Doordat de patronen zichtbaar worden in het beeldend werken, maakt dit het bespreekbaar. Het doel is via het beeldend werken een veranderingsproces op gang te brengen.

Voor dit ontwikkelingsonderzoek, is vakliteratuur over beeldende therapie en herstelondersteunende zorg bestudeerd, hetgeen gecombineerd is gebracht met interviews met vijf EPA-cliënten, en observaties tijdens een stage op het FACT centrum. De data-analyse is uitgevoerd volgens het systeem van de 'Grounded Theory'-methode.

Uit het onderzoek blijkt dat beeldende therapie, door het ervaringsgerichte werken en handelen en de non-verbale en verbale interventies van de beeldend therapeut, aansluit bij de werkwijze van herstelondersteunende zorg om het herstelproces te faciliteren en te ondersteunen. En dus een ideale aanvulling op herstelondersteunende zorg kan zijn.

**Abstract**

In mental health care is recovery supportive care offered by many organizations as part of the treatment of people with serious mental illness. With this way of working is attempted that clients with serious mental illness get more control over their own lives. In addition, recovery supportive care is used to try to improve the quality of life, and for the restoration of social roles.

In this study it becomes clear how art therapy can contribute to recovery supportive care in mental health care. Art therapy is about experiential work and acting in the medium where clients can examine their own psychological functioning, meaning their own patterns of acting, thinking and feeling. Clients can gain insights by recognizing patterns that are leading to problems. Because the patterns become visible through the artworks, it can be used to address the issues. The goal is to start a process of change.

For this development research, literature about art therapy and recovery supportive care has been studied, which is combined with interviews with five EPA clients and observations during an internship at the FACT centre. The data analysis was conducted according to the system of the ‘grounded theory method’.

The research shows that art therapy, through the experiential work and acting, and the non-verbal and verbal interventions of the art therapist, is in line with the method of recovery supportive care to facilitate the recovery process and can be an ideal supplement to recovery supportive care.

**Voorwoord**

Na drie intensieve en boeiende jaren aan de Hogeschool Utrecht, rond ik deze opleiding Creatieve therapie af met dit onderzoek.

Voor deze opleiding heb ik twee opleidingen gevolgd die een mooie basis van ervaringen vormde voor dit vakgebied. Mijn creativiteit heb ik samengevoegd met mijn pedagogische ervaringen met kinderen. Door mijn eigen ervaringen met beeldende therapie ben ik geïnspireerd geraakt en ben ik deze opleiding gaan volgen. Dit is een van mijn beste beslissingen geweest in mijn leven.

In 2014 ben ik met herstelondersteunende zorg in aanraking gekomen en die kennismaking was eigenlijk een bevestiging hoe ik graag met cliënten samenwerk. Graag wil ik Elisa Passavanti bedanken die mij op het laatste moment heeft aangenomen voor de minor GGZ agoog aan de Hogeschool van Amsterdam. Daarnaast wil ik Gemmy Willemars, Jaap Driest en Kees Buurman bedanken voor de begeleiding tijdens mijn afstudeertraject van de opleiding.

Voor mijn onderzoek wil ik graag de cliënten bedanken voor de interviews en een cliënt in het bijzonder die ik een tijd individueel heb begeleid en van wie het beeldend werk mocht fotograferen voor mijn onderzoek.

Als laatst wil mijn eigen thuisfront bedanken die altijd in mij hebben geloofd en mij het vertrouwen hebben gegeven. Deze personen weten precies wie ik bedoel!

Fieke Lange

September 2015

**Inhoudsopgave**

Hoofdstuk 1. Inleiding p.5

Hoofdstuk 2.Inhoudelijke oriëntatie p.6

2.1 De kracht van beeldende therapie p.6

2.2 Herstelondersteunende zorg p.8

2.3 De therapeutische attitude p.9

2.4 Cliënten met ernstige aandoeningen p.11

2.5 Herstelproces p.11

Hoofdstuk 3. Probleemstelling p.13

Hoofdstuk 4. Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen p.14

Hoofdstuk 5. Onderzoeksmethoden p.15

5.1 Onderzoeksdesign p.15

5.2 Onderzoekstype p.15

5.3 Kwaliteitscriteria p.16

5.4 Dataverzamelingstechnieken p.17

5.5 Data-analyse p.18

Hoofdstuk 6 Resultaten p.19

6.1 Aspecten beeldende therapie en herstelondersteunende zorg p.19

6.2 Het zichtbare herstelproces p.24

6.3 Indicatie beeldende therapie p.27

6.4 Doelen binnen beeldende therapie p.29

6.5 Therapeutische interventies p.34

6.6 Resultaten in beeldende therapie p.38

Hoofdstuk 7. Conclusie p.40

Hoofdstuk 8. Aanbevelingen p.43

Bijlagen

Bijlage I Bibliografie p.44

Bijlage II HBO gedragscode p.48

**Hoofdstuk 1. Inleiding**

Dit onderzoek is uitgevoerd bij het Functie Assertive Community Treatment (FACT) Centrum in Zeist. Dit is een behandelsetting binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de organisatie Altrecht. Deze behandelsetting is voor volwassenen van 18- 60 jaar met ernstige psychische aandoeningen (EPA). De cliënten met EPA zijn in zorg in de GGZ, niet symptoomvrij, hebben wisselende behoefte in de intensiteit van zorg en hebben vaak belemmeringen in het sociaal en/ of maatschappelijk functioneren (Delespaul, 2013). In de afgelopen jaren is voor deze doelgroep herstelondersteunende zorg als een nieuwe manier van werken in de GGZ ingevoerd. Met herstelondersteunende zorg wil men de levensomstandigheden en de positie van de mensen met EPA verbeteren. Het blijkt in de praktijk moeilijk om herstelondersteunend te werken in de GGZ (Brouwers & Gestel-Timmermans & Nieuwenhuizen, 2013).

De cliënten met EPA komen voor de dagbehandeling naar FACT Centrum Zeist waar beeldende therapie een onderdeel kan zijn van de behandeling. De therapievorm beeldende therapie kan een steun zijn (Schweizer, 2009) en een middel zijn voor cliënten om te werken aan hun herstelproces.

Het is van belang dat er wordt onderzocht hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg bij het herstelproces van de cliënt. Ook om de behandeling zo passend mogelijk te maken dat cliënten met EPA kunnen werken aan hun herstelproces en om goede zorg te kunnen bieden aan de cliënten. Dit onderzoek is uitgevoerd als afstudeerproject voor de opleiding Creatieve therapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort en waar de focus ligt bij het onderzoek. Uit dit onderzoek is een product ontwikkeld waarin het duidelijk wordt hoe beeldende therapie zijn bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg zodat cliënten met ernstige psychische aandoeningen kunnen werken aan hun herstelproces.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de inhoudelijke oriëntatie beschreven waar de kernbegrippen van dit onderzoek wordt geïntroduceerd en gedefinieerd. Hoofdstuk 3 geeft de probleemstelling weer. Hoofdstuk 4 bestaat uit de hoofdvraag en de deelvragen en worden de doelstellingen van dit onderzoek beschreven. Hoofdstuk 5 gaat over de onderzoeksmethode. Hoofdstuk 6 bestaat ui t de beschrijving van de resultaten en worden de deelvragen van dit onderzoek beantwoord. In hoofdstuk 7. In de conclusie van dit onderzoek wordt er antwoord wordt gegeven op de vraagstelling: *Op welke wijze kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen om aan hun herstelproces te kunnen werken?* In hoofdstuk 8 worden vanuit dit onderzoek aanbevelingen gedaan.

**Hoofdstuk 2. Inhoudelijke oriëntatie**

In dit hoofdstuk worden de kernbegrippen van beeldende therapie en herstelondersteunende zorg geïntroduceerd en gedefinieerd.

2.1 De kracht van beeldende therapie

In de therapievorm beeldende therapie worden beeldende middelen gebruikt om het therapeutisch proces op een laagdrempelige manier op gang te brengen. Haeyen benoemt dat cliënten het proces in beeldende therapie als geleidelijk ervaren. Cliënten kunnen iets ‘kwijt’ en kunnen zich uiten c.q. ontladen (2011). Bij beeldende therapie draait het om de relatie tussen het handelen en het gedrag van cliënten in het medium. Er ontstaat een interactie tussen de handelingen en gedragingen door de non-verbale en verbale therapeutische interventies van de beeldend therapeut. Hierdoor doen cliënten nieuwe ervaringen op in het medium. Ook hebben deze ervaringen effect(en) op de problematiek (GZZ Nederland, 2012). Het beeldend werken geeft cliënten de mogelijkheid in contact te komen met zichzelf en de eigen gevoelens en emoties. *“Gewaarwording van zichzelf, van eigen gevoelens en ervaringen vormt de bodem waarop doorleefde ervaringen kunnen leiden tot verdergaande, veranderings- of acceptatiegerichte therapeutische effecten.”* (Haeyen, 2011, p.49).

Binnen beeldende therapie kan Mentalisation Based Treatment (MBT) worden ingezet om cliënten met EPA te ondersteunen in hun proces. De methode kan cliënten helpen om leren te mentaliseren over de intenties van zichzelf en van anderen, wat gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens kunnen zijn. Dan kan er een realistischer en positiever zelfbeeld ontstaan en kan tot gezondere relaties leiden. Bij herstelondersteunende zorg zijn relaties met andere mensen belangrijk om hulp en ondersteuning te ontvangen waardoor de methode MBT een toegevoegde waarde kan zijn om in te zetten. “*MBT kent de psychische equivalentie modus (binnen-buitenwereld worden als gelijk ervaren), alsof modus (binnen-buitenwereld worden apart van elkaar beleefd) en de integratieve modus (binnen-buitenwereld kunnen zowel verschillend als verbonden met elkaar beleefd worden)”*(Lange, 2015). In het beeldend werk kunnen ervaringen en gevoelens worden verbeeld en wordt het een transitional object. Hierover kan expliciet worden gementaliseerd wat de cliënt ermee wilt vertellen maar het blijft een object buiten zichzelf (Verfaille, 2009). Op deze wijze kan het delen over het beeldend werk als transitional object minder kwetsbaar voelen. Het contact verloopt via het werkstuk (Verfaille, 2011). Het is van belang dat cliënten expliciet over elkaars beeldend werk gaan mentaliseren in groepstherapie zodat er meerdere perspectieven ontstaan. Het mentaliseren kan door de therapeut gestimuleerd worden door expliciet vragen te stellen naar herkenning en wat cliënten zien in elkaars werk (Delfstra & Peeters, 2011). Met de MBT methode wordt getracht om de situaties van cliënten en (psychische) problematiek te gaan begrijpen vanuit het mentaliseren (Bales, Luyten & Smits, 2015). Deze methode kan tot gezondere relaties leiden en draagt bij het ontwikkelen van een realistischer en positiever zelfbeeld. (Voor meer inhoudelijk en theoretisch achtergrond over MBT: Verfaille, 2011).

Met de beeldende middelen kunnen cliënten gaan werken met kleuren, vormen en symbolen om hun ervaringen, gedachten, gevoelens en wensen vorm te geven. Doordat er een appel wordt gedaan via het beeldend materiaal en de waarneming in het beeldend werken kan het contact met zichzelf en de eigen gevoelens (weer) plaatsvinden. Door nieuwe ervaringen in het omgaan met emoties en impulsen op te doen, kan het reguleren van emoties en impulsen worden beïnvloed (Haeyen, 2003). Door de beeldende materialen worden cliënten uitgedaagd om iets te gaan creëren (Plokker, 1962). Ook kunnen zij gaan ervaren invloed te hebben in de vormgeving van het beeldend werken (Haeyen, 2011). Cliënten worden zich bewust doordat gaandeweg deze ervaringen van de eigen invloed worden doorgetrokken naar het dagelijkse leven.

Het beeldend werken maakt het psychisch functioneren van cliënten zichtbaar. Het wordt duidelijk voor de cliënten zelf en ook voor anderen hoe hij dingen aangaat, wie hij is en wat zijn ervaringen zijn (Baeten, 2007). Het analoge procesmodel is een theoretisch model en *“benadrukt de overeenkomst (analogie) tussen vormgevingspatronen van een cliënt in beeldende therapie en de wijze waarop deze cliënt denkend, voelend en handelend vormgeeft aan situaties in het dagelijks leven.”* (Pénzes, z.j.). De cliënt vertelt in wezen zichzelf. Het beeldend proces maakt duidelijk wat de problematiek van de cliënt precies is en doordat de problematiek zichtbaar wordt maakt het verhelderend en kan het besproken worden (Schweizer, 2009). Innerlijke gevoelens die in het hier en nu bij de cliënt spelen worden zichtbaar in het beeldend werken (Smeijsters, 2008). In het medium kan de cliënt dingen gaan uitproberen en kan de vormgeving veranderen en zo kan de cliënt ervaren dat patronen kunnen veranderen in het beeldend werken. Dat betekent dat deze ervaringen ook analoog aan het innerlijke gevoelensleven is, dat het voor de cliënt anders kan gaan aanvoelen. Smeijsters stelt ook dat de doelstellingen in het medium niet alleen gaat over de expressie van het gevoel want *“analogie kan ook betrekking hebben op cognitie, gedrag, interactie en communicatie.”* (Smeijsters, 2008, p.266). Hierdoor kan er in beeldende therapie op meerdere fronten veranderingen worden bereikt. (Voor meer inhoudelijk en theoretisch achtergrond over Analoge procesmodel: Smeijsters, 2008).

Als cliënten individueel aan de slag gaan, kunnen zij persoonlijke thema’s gaan onderzoeken en uitdiepen om inzichten te krijgen over zichzelf. Zo kunnen cliënten hun ervaringen, gedachten, gevoelens en situaties gaan verbeelden. ‘*De verlangens van de cliënt zijn de ingang om de toekomst positief, met hun kracht te benaderen en is erg belangrijk voor het herstelproces van de cliënt*’ (Lange, 2014). Door middel van beeldend werken kunnen gemengde en gevoelens die slecht worden begrepen door cliënten worden uitgedrukt in kunst, waardoor het begrijpelijker wordt en kan het worden geïntegreerd door het gebruik van taal (Rubin, in Johns & Karterud, 2004). Het eigen gemaakte werkstuk door cliënten blijft bestaan. Zo wordt het zichtbaar, tastbaar en concreet wat er speelt bij de cliënt. Doordat het werkstuk blijft bestaan, kan er later op worden teruggegrepen. Zo kan er terug worden gekeken op het proces en daarop worden gereflecteerd (GZZ Nederland, 2012). Binnen beeldende therapie kan er ook verbinding worden gemaakt tussen de ervaringen tijdens het beeldend werken en de ervaringen die in het dagelijks leven worden opgedaan. Dan gaat het ook over er mogen zijn en de acceptatie van de eigen gevoelens en kwetsbaarheden in het leven (Haeyen, 2011).

Door het beeldend werken leert men zichzelf te laten zien aan anderen, maar ook aan zichzelf. Het werken ondersteunt de cliënt om zich uit te drukken wat maakt dat de communicatie met anderen vaak makkelijker wordt. In beeldende therapie wordt in beeldende groepstherapie werkvormen aangeboden waar de cliënten gaan samenwerken. De cliënten kunnen in de samenwerkingsopdrachten hun eigen patronen in de interactie met de groepsgenoten gaan onderzoeken. De samenwerkingsopdrachten worden als middel ingezet om inzichten te krijgen over het eigen handelen en over hun eigen rol in de groep. Zo wordt de problematiek van cliënten zichtbaar in het beeldend werken (Schweizer, 2009). Ook kunnen de opdrachten bijdragen om het contact onderling te versterken, om de nabijheid op te zoeken en het contact te accepteren. De groep biedt mogelijkheden om in werkvormen, corrigerende ervaringen op te doen in contact met anderen. Ook kunnen cliënten (met rollen) gaan experimenteren en oefenen met nieuw gedrag (Schweizer, 239). Het ontstane product laat zien door wat de cliënten hebben verbeeld, hoe het contact was en de samenwerking is verlopen. In dit proces kunnen sociale vaardigheden verder worden ontwikkeld. Door de veiligheid in de groep kan de cliënt helpen om meer risico’s te gaan nemen en de controle losser te laten (Haeyen, 2011).

Door te evalueren kan de cliënt zien hoe de behandeling verloopt en wat zijn ontwikkeling van de afgelopen periode is. Ook doordat er feedback door de groepsgenoten gegeven kan worden, kan de cliënt nieuwe inzichten ontvangen en bevestiging krijgen hoe het is. De evaluatie kan confronterend zijn voor de cliënt. Het is niet altijd makkelijk voor cliënten om stil te staan bij de eigen ontwikkeling (Budde, 1989). Maar tegelijkertijd kan het ook een bevestiging zijn hoe de cliënt veranderd is. Het bespreken van het beeldend werk is belangrijk om tot betekenisgeving te komen.

2.2 Herstelondersteunende zorg

Het gaat binnen de herstelondersteunende zorg om cliënten te ondersteunen in het herstelproces vanuit de professionele hulpverlening (Phrenos, 2014). In de literatuur die de afgelopen jaren is gepubliceerd over herstelondersteunende zorg, wordt inhoudelijk veel over deze werkwijze geschreven. Alleen op de vraag wat herstelondersteunende zorg precies is kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. Dit komt mede omdat de herstelprocessen van cliënten unieke en persoonlijke processen zijn waardoor het proces kan verschillen van persoon tot persoon, zo stellen Hendriksen, Nijnens & Rooijen (2012). Er kan wel worden gezegd dat herstelondersteunende zorg alle zorg is, die gefocust is ter bevordering van het herstelproces (Hendriksen et al., 2012). Daarbij is het doel van de zorg en begeleiding dat mensen zich zoveel mogelijk zelf kunnen helpen. Een goede behandeling kan ruimte maken voor herstel volgens Dröes en een hele belangrijke bijdrage leveren aan het herstel van de cliënt. Een behandeling kan het herstelproces ondersteunen op een directe manier wanneer de cliënt in de behandeling vaardigheden op doet of zijn symptomen door de behandeling verminderen. Een indirecte manier kan zijn dat de behandeling de ziekte terugdringt waardoor er ruimte voor doelen, nieuwe gevoelens en zingeving ontstaat in het leven (Dröes, 2012). Dit past binnen de ontwikkelingen in de GGZ waar er steeds meer wordt gevraagd van cliënten om eigen verantwoordelijkheid te nemen over zijn eigen leven (Brouwers et al., 2013). Bij herstelondersteunende zorg draait het om *“de kwaliteit en de beschikbaarheid van het basale zorgaanbod, de invloed de cliënt heeft op de eigen woonomgeving en het leefmilieu (…), goed hulpverlenerschap, persoonlijke aandacht, cliëntgerichtheid, sociale participatie en inzet van ervaringsdeskundigheid; dit alles vanuit een visie op herstel.”* (Hendriksen et al., 2012, p.27). Hierdoor heeft de professional een grote rol en ligt de focus dan vooral op de werkrelatie en de attitude van de professional.

Dröes & Plooy(2012, p.108), die stellen dat de houding van hulpverlener in herstelondersteunende zorg kenmerkt door:

*“(a) een attitude van hoop en optimisme;*

*(b) het present (aandachtig) aanwezig zijn;*

*(c) het gebruik maken van het professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;*

*(d) ruimte maken voor het eigen verhaal van de cliënt, dit ondersteunen en hierbij*

*aansluiten;*

*(e) de eigen kracht van de cliënt herkennen en ondersteunen, zowel individueel als collectief;*

*(f) het erkennen, benutten en stimuleren van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt;*

*(g) het erkennen, benutten en stimuleren van de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;*

*(h) en het gericht zijn op het verlichten van het lijden en het vergroten van eigen regie en autonomie.”*

De kenmerken van herstelondersteunende zorg staan continu in verband met elkaar. Bij cliënten kan het eigen verhaal vertellen ‘empowered’ werken waardoor ervaringskennis kan worden ontwikkeld (Hendriksen et al., 2012).

a) Hoop en optimisme staan centraal in herstelondersteunende zorg waarin hoop houden ondanks de mogelijke terugval belangrijk is en gaat om optimisme voor de individuele groei (Dröes & Plooy, 2012, hoofdstuk 9).

b) Van een professional in herstelondersteunende zorg wordt verwacht dat hij aandacht aanwezig is. Present zijn in de relatie wordt in het trendrapport ‘Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen’ (2014) benoemd als de professional zichzelf als ‘persoon’ inzet, een gelijkwaardiger werkrelatie ontstaat wat kenmerkend is voor herstelondersteunende zorg. *“Er zijn voor de ‘ander’, persoonlijke betrokkenheid, nabijheid en trouw zijn”* worden als cruciale elementen gezien in deze visie (geciteerd in Boumans et al., 2014, p.55).

c) De referentiekader van de professional wordt ingezet maar niet op de voorgrond en alleen als dat ten goede komt aan het herstelproces (Hendriksen et al., 2012).

d) Ruimte maken voor het eigen verhaal door de cliënt te laten vertellen waarbij de behandeling is gericht op het formuleren van eigen doelen door de cliënt (Dröes & Plooy, 2012, hoofdstuk 9). Het eigen verhaal maakt de eigen identiteit zichtbaar en gaat de verbinding aan met de psychische kwetsbaarheid. Het is belangrijk dat de cliënten vanuit zijn eigen belevingswereld gaat werken want door het eigen verhaal komt de cliënt ook weer in contact met zijn kwaliteiten, verlangens en wensen. Zo kan de cliënt blijven verbinden met het zelfgevoel en zelfbeeld. De verlangens geven de cliënt kracht om het veranderingsproces aan te gaan (Kal et al., 2012).

e) Het eigen verhaal kan leiden tot het vergroten van sterke kanten en veerkracht om de eigen kracht van de cliënt te benutten (Dröes & Plooy, 2012, hoofdstuk 9).

f) Het draait om de eigen, vitale kennis van de cliënt, die het herstelproces kan vormgeven.

g) Ter ondersteuning van het herstelproces hebben professionals een belangrijke rol maar de cliënten moeten het herstelwerk zelf doet, zo stelt Boevink (geciteerd in Boumans et al., 2014). De professionals kunnen het proces ondersteunen, deze faciliteren en de voorwaarden creëren. Professionals kunnen *“* *hulp bieden bij het op een rij krijgen van het eigen leven, de plek en betekenis van de psychische aandoening daarin, het ontdekken wat men wil, zelfvertrouwen krijgen en voor zichzelf opkomen, het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en relaties, het vinden en behouden van werk, opleiding of andere dagbesteding, etc.”* (Boumans et al., 2014).

h) Doordat de cliënt bezig gaat met zijn ‘herstelverhaal’, kan men de psychische problematiek anders gaan beschouwen, de beperkingen worden niet minder maar wel kan de problematiek meer geïntegreerd raken in het leven van de cliënt (Boumans et al., 2014). Hierdoor kan het psychisch lijden worden verlicht en kan het soms zelfs leiden tot een bron van kracht. Om regie en autonomie van de cliënt te vergroten is het van belang om minder naar beperkingen te kijken en juist te kijken wat de cliënt wel kan en waar zijn talenten liggen (Brouwers et al., 2013).

2.3 De therapeutische attitude

De beeldend therapeut stemt “*zijn interventies af op de cliënt en/ of de groep met in het achtergrond het beoogde psychisch proces die op gang wordt gebracht in het medium”* (Müller & Termorshuizen, 2013). In beeldende groepstherapie heeft de beeldend therapeut een belangrijke positie. Deze positie verandert gedurende het groepsproces waarbij hij in het begin een centrale rol heeft om het groepsproces te starten. Wanneer de groep vordert en de groep gaan samen aan het werk, doet de therapeut een stapje terug en neem hij een bescheiden positie in. Hij zorgt dat alle voorwaarden die er nodig zijn voor het groepsproces aanwezig zijn. Het gaat erom dat het mogelijk is dat de groepsgenoten met elkaar aan de slag gaan en van elkaar kunnen leren. Dat de cliënten met verschillende posities kunnen werken in de groep zoals samen, tegenover elkaar en naast elkaar en elkaar feedback kunnen geven (Schweizer, 2009). Vanuit de methode MBT zegt men over mentaliserende houding dat het geen techniek is maar een houding die je aanneemt als therapeut. “*De mentaliserende houding is een onderzoekende, nieuwsgierige en zelfs speelse houding ten opzichten van gemoedstoestanden van de cliënt en van de therapeut zelf”* (Kaarsemaker-Verfaille, 2011,). Kaarsemaker-Verfaille zegt over een mentaliserende houding:

*“1. Je bent geïnteresseerd in gemoedstoestanden van je cliënt, hij is een expert onze eigen gevoel, de therapeut niet.*

*2. Je richt je op het tempo van de cliënt, doe rustig aan en wil niet teveel doen.*

*3. Focus op de het begrijpen van het perspectief van je cliënt.*

*4. Valideer dat perspectief, voordat je een alternatief gezichtspunt ernaast zet.*

*5. De cliënt moet zich allereerst begrepen voelen en merken dat je zijn psyche in beeld hebt”*(Kaarsemaker-Verfaille, 2011, p. 122).

2.4 Cliënten met ernstige psychische aandoeningen

De definitie ernstige psychische aandoeningen (EPA) is een doelgroepomschrijving, niet diagnose specifiek. Cliënten met EPA worden gekenmerkt door ernstige psychische problematiek en beperkingen die oorzaak en gevolg zijn van de psychische aandoening(en). Bij de cliënten met EPA is een psychische stoornis gediagnosticeerd volgens Diagnostic Statistical Manual (DSM). Door de psychische aandoening(en) zijn zorg en behandeling noodzakelijk. Volgens de consensusgroep (Delesphaul, 2013) kan EPA niet beperkt worden tot bepaalde psychiatrische stoornissen. Maar toch komen schizofrenieën, psychosespectrumstoornissen en bipolaire/ psychotische depressie bijna uitsluitend voor bij EPA. En vaak komen persoonlijkheidsstoornissen, pervasieve ontwikkelingsstoornis en druggebruik bij EPA voor. Andere psychiatrische stoornissen behoren alleen bij EPA als cliënten GGZ nodig hebben wegens comorbide psychiatrische stoornis. Bij EPA valt 60% onder psychotische stoornissen, 10% zijn verslavingen en 30% valt onder de restgroep.

Ook zijn er ernstige beperkingen in het functioneren op het gebied van sociaal en maatschappelijk niveau (Phrenos, 2014). Cliënten zijn niet klachtenvrij waarbij de ernst en intensiteit van de symptomen wisselend kunnen zijn en er is een verhoogde kans op een opname. Er is sprake van een langdurend verloop van meer dan twee jaar. De cliënten hebben een kwetsbaarheid door hun aandoening waarvoor de cliënten vaak medicatie gebruiken. Kenmerkend voor deze doelgroep is dat cliënten vaak over het gevoel heen stappen en direct gaan reageren of handelen. Dit kan leiden tot impulsief, agressief of emotie gericht gedrag. Door deze problematiek zijn cliënten met EPA minder goed in staat om gezonde relatie op te bouwen en te behouden. Dit komt mede doordat de cliënten moeite hebben om zich te uiten naar de anderen.

2.5 Het herstelproces van cliënten

In de literatuur over herstelondersteunende zorg wordt de omschrijving van Anthony (1993, p.527) vaak gebruikt om het herstelproces te definiëren. *“Recovery is described as a deeply personal unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/ or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.”.*  Vanuit de cliëntenperspectief is er een nieuwe betekenis geïntroduceerd voor herstel *“het ervaren van een bevredigend, hoopvol en betekenisvol leven, ondanks de beperkingen van de ziekte”* (Brouwers et al., 2013, p.14). Het idee is dat herstel niet een eindstation is maar een proces waar wisselende perioden bij horen. Ook personen met zeer ernstige langdurige psychische problematiek kunnen na een lastige tijd herstellen. Bij herstel gaat het om het leren om te gaan met een psychische aandoening maar ook de mogelijkheden en de kracht van de persoon staan centraal in het herstelproces. Het is een individueel en persoonlijk proces waarin personen weer kunnen gaan functioneren in het sociaal en maatschappelijk leven. Voor herstelprocessen is het doorbreken van stilstand vooral kenmerkend.

Het herstelproces kent verschillende fasen die vaak niet als een lineair proces verloopt. De vier fasen in herstel worden door Gagne (geciteerd in Hendriksen et al., 2012). beschreven. In de eerste fase staat de aandoening op de voorgrond waarbij de symptomen vaak de persoon overweldigen. Men is aan het overleven en voelt zich vaak afgesloten van zichzelf en zijn omgeving. In de tweede fase is de worsteling met de ziekte er nog steeds maar nu ontstaat de vraag hoe er geleefd kan worden met de ziekte. Het gaat over opnieuw contact maken met jezelf en leren omgaan met de symptomen. De derde fase groeit het besef dat men met de aandoening kan leren omgaan. Zo wordt de angst minder waardoor er ruimte ontstaat om de kwetsbaarheden, de mogelijkheden en eigen kracht te leren kennen. Het opbouwen van een nieuw ikzelf, herpakken en ontdekken van (nieuwe) sociale rollen en het contact aangaan is kenmerkend voor deze fase. In de vierde fase staat de aandoening steeds vaker op de achtergrond. Voor de eigen capaciteiten en mogelijkheden ontdekken en gaan inzetten maar ook de verbondenheid voelen met de ander is er ruimte ontstaan. Er kunnen (nieuwe) doelen worden gesteld, rekening houdend met de stoornis.

**Hoofdstuk 3. Probleemstelling**

Door de bezuinigingen in de zorg is er minder geld beschikbaar voor het langdurig behandelen van cliënten. Daarom is het van belang om te gaan kijken hoe de zorg zo effectief mogelijk ingezet kan worden. Herstelondersteunende zorg is de afgelopen jaren in de GGZ ingevoerd om de zorg zo effectief en kwalitatief mogelijk aan cliënten met EPA te kunnen aanbieden (Boumans et al., 2014). Herstelondersteunende zorg is onder andere gericht om de cliënt te ondersteunen in hun herstelproces, meer controle te krijgen over hun eigen leven, de kwaliteit van het leven te verbeteren en het herstellen van sociale en maatschappelijke rollen. Dit heeft er in het algemeen toe geleid dat in de zorg de professionals niet meer ‘zorgen voor’ de cliënten maar naar ‘ondersteunen van’ de cliënten. In de praktijk blijkt echter dat herstelondersteunende zorg lastig is toe te passen doordat het voor de professionals vaak een andere manier van werken is (Brouwers et al., 2013). Bij herstelondersteunende zorg is het enige doel niet meer alleen de behandeling van psychiatrische symptomen. Vaak is het bij deze doelgroep niet mogelijk dat zij geheel symptoomvrij kunnen leven. Het is heel belangrijk dat de cliënten weer kunnen participeren in de maatschappij, ook met hun kwetsbaarheden. Voor de cliënten is het belangrijk dat zij meer eigen regie over hun leven gaan nemen. Dan is het van belang om uit te gaan van de kwaliteiten en de eigen kracht van cliënten. De bezuinigingen en ontwikkelingen in regel- en wetgeving hebben uitwerking in de GGZ en op de behandelingen, waardoor steeds meer van initiatieven en de verantwoordelijkheden van cliënten verwacht wordt (GGZ Nederland, 2012). Binnen herstelondersteunende zorg wordt er gekeken wat cliënten ‘wel’ kunnen waardoor deze werkwijze passend is gebleken. In de GGZ is al veel bereikt om herstelondersteunend te werken alleen moet er nog veel gebeuren (Boumans et al., 2014).

De kenmerken van herstelondersteunende zorg hebben overeenkomsten met de manier van werken binnen beeldende therapie. Beeldende therapie kan een steun zijn voor cliënten (Schweizer, 2009). Beeldende therapie kan een bijdrage leveren om met cliënten aan de slag te gaan waardoor de cliënten in de maatschappij kunnen deelnemen (van Hooren, 2013). Ook stelt GGZ Nederland dat beeldende therapie goed aansluit bij de herstelbenadering (2012). Uit ervaringen in de praktijk blijkt dat cliënten bij beeldende therapie over het algemeen trouw zijn, actief aan het werk zijn en ervaren dat het hen goed doet. Het beeldend werken voelt voor de cliënten als ontspanning en wordt het sociale contact binnen de groep als prettig ervaren. Het beeldend werken geeft de cliënten plezier om creatief bezig te zijn en het geeft ze afleiding (Haeyen, 2007). Cliënten zijn zich niet altijd bewust dat zij bij beeldende therapie kunnen bezig zijn met hun problematiek.

In dit onderzoek zal er worden onderzocht hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg. Vanuit de vakliteratuur worden de kenmerken van herstelondersteunende zorg en de werkwijze van beeldende therapie met elkaar in verband gebracht om te onderzoeken op welke wijze beeldende therapie een rol kan gaan spelen in herstelondersteunende zorg. Wat kan leiden dat cliënten met EPA doelgerichter kunnen werken aan hun herstelproces. Dit leidt tot de hoofdvraag van dit onderzoek: *Op welke wijze kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen om te kunnen werken aan hun herstelproces?*

**Hoofdstuk 4. Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen**

Dit is de hoofdvraag van het onderzoek Beeldende therapie in Herstelondersteunende zorg: *Op welke wijze kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen om aan hun herstelproces te kunnen werken?*

**Deelvragen**

1. Op welke aspecten van herstelondersteunende zorg kan beeldende therapie aansluiten?

 Observatie / diagnostiek

2. Hoe wordt het herstelproces van de cliënten met EPA zichtbaar in beeldende therapie?

 Indicatie

3. Wanneer is beeldende therapie bij cliënten met EPA binnen herstelondersteunende zorg geïndiceerd?

 Doelen

4. Welke behandeldoelen kunnen met beeldende therapie binnen herstelondersteunende zorg behaald worden bij cliënten met EPA?

 Interventies

5. Welke interventies in beeldende therapie leveren een bijdrage aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met EPA?

 Effecten

6. Wat zijn de resultaten van beeldende therapie bij cliënten met EPA in herstelondersteunende zorg?

**Doelstellingen**

Dit praktijkonderzoek heeft de doelstelling om meer kennis en inzichten te krijgen over beeldende therapie. Met dit praktijkonderzoek wordt de rol en bijdrage die beeldende therapie kan leveren aan herstelondersteunende zorg in kaart gebracht. Hier is het van belang dat cliënten met ernstige psychische aandoeningen kunnen werken aan hun herstelproces.

Daarnaast heeft dit onderzoek ook de doelstelling om het beroep beeldende therapie te profileren in het werkveld, de GGZ.Door handvatten te ontwikkelen over kennis, vaardigheden en houdingsaspecten binnen beeldende therapie te beschrijven en over te brengen.

**Hoofdstuk 5. Onderzoeksmethode**

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven om de aard van het onderzoek en de exacte uitvoering inzichtelijk te maken.

5.1 Onderzoeksdesign

Het is een kwalitatief praktijkgericht onderzoek waar als basis een literatuuronderzoek is gedaan om vervolgens een databronnentriangulatie te kunnen uitvoeren. Cliënten met EPA zijn de respondenten in dit onderzoek en hebben vanuit hun cliëntperspectief ervaringen met beeldende therapie gedeeld in de interviews. Binnen herstelondersteunende zorg staat de cliënt centraal en daarom is het belangrijk om het cliëntperspectief mee te nemen in dit onderzoek. Ook zijn er participerende observaties uitgevoerd en zijn deze gebruikt om een completer beeld te krijgen van hoe cliënten werken in beeldende therapie. Deze datagegevens zijn in een later stadium gecodeerd en geanalyseerd volgens de techniek van het systematisch analyseren van Grounded theory (Willemars, 2014) die door Glaser & Strauses (1967) is ontwikkeld (geciteerd in Baarda, 2014). De datagegevens zijn in verband gebracht met de databronnen uit het literatuuronderzoek. Bij dit onderzoek ligt de focus op het onderzoek. Uit het onderzoek is een eindproduct tot stand gekomen om een duidelijk beeld te krijgen wat beeldende therapie voor bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg in de GGZ en voor cliënten met EPA.

5.2 Onderzoekstype

In dit onderzoek is er gekozen voor een ontwikkelingsonderzoek (Migchelbrink, 2010) om te onderzoeken wat voor bijdrage beeldende therapie kan leveren aan herstelondersteunende zorg. Dit wordt belangrijk geacht omdat het in de praktijk lastig blijkt om in de GGZ herstelgericht te werken (Brouwers et al., 2013). Voor de professionals in de GGZ is het concept herstelondersteunend werken een andere manier van werken met cliënten. Met dit ontwikkelingsonderzoek wordt duidelijk gemaakt welke mogelijkheden er in beeldende therapie zijn zodat cliënten met EPA kunnen werken aan hun herstelproces. Er is informatie verzameld over de huidige situatie in de GGZ. Vervolgens is er onderzocht hoe beeldende therapie een rol kan gaan spelen in herstelondersteunende zorg in de GGZ.

Voor het onderzoek is vakliteratuur over beeldende therapie en herstelondersteunende zorg bestudeerd. Om de informatie te versterken en de betrouwbaarheid te bevorderen in dit onderzoek is er een databronnentriangulatie uitgevoerd. Om data te verzamelen vanuit het cliëntperspectief voor dit ontwikkelingsonderzoek zijn er open interviews gehouden met vijf cliënten met EPA om hun inbreng over hun belevingen in beeldende therapie te ontvangen. De onderzoeker heeft in rol van beeldend therapeut in opleiding van oktober 2014 tot 2015 participerende observaties uitgevoerd in het FACT centrum Zeist. De databronnentriangulatie is in verband gebracht met de datagegevens van de interviews die zijn aangevuld met de observaties, in de data-analyse om vervolgens de deelvragen en de hoofdvraag te kunnen beantwoorden.

5.3 Kwaliteitscriteria

*Bruikbaarheid*

Bij dit onderzoek gaat het er bij het kwaliteitscriteria bruikbaarheid om dat de kennis uit het onderzoek bruikbaar en toepasbaar is in de praktijk. De vraagstelling van dit onderzoek is afstemming met de praktijksituatie opgesteld. De onderzoeker is sinds 2013 werkzaam als beeldend therapeut in opleiding in de GGZ en is op de hoogte van de praktijk. Mede door de actuele ontwikkelingen in de GGZ en de huidige situatie is dit onderzoek en het ontstane product aansluitend bij de praktijksituatie.

Voor de bruikbaarheid is het belangrijk om de ervaringen met beeldende therapie en de opvattingen van de betrokkenen in de praktijk mee te nemen in dit onderzoek. Er is feedback gevraagd over het product: het artikel over beeldende therapie in herstelondersteunende zorg, aan drie personen die nauw betrokken zijn bij beeldende therapie en/ of herstelondersteunende zorg om de bruikbaarheid van dit onderzoek te toetsen. Het onderzoek en het eindproduct zijn informatief, concreet en begrijpelijk voor meerdere disciplines in de GGZ. In het eindproduct wordt volgens de evaluatiegroep duidelijk wat voor bijdrage beeldende therapie kan leveren aan herstelondersteunende zorg.

*Geloofwaardigheid*

Door de rol van de onderzoeker duidelijk en transparant te omschrijven zal de geloofwaardigheid toenemen. In de interviews zijn sommige observaties over de cliënten van de onderzoeker besproken om completer beeld te krijgen over het cliëntperspectief waardoor de geloofwaardigheid is toegenomen. Ook is de geloofwaardigheid toegenomen doordat het eindproduct is voorgelegd aan de evaluatiegroep. In het eindproduct (artikel) zijn de resultaten van het onderzoek beschreven waardoor de evaluatiegroep kan nagaan of de bevindingen aansluiten bij hun eigen ervaringen.

*Betrouwbaarheid*

Door het trianguleren van voldoende databronnen is de betrouwbaarheid in dit onderzoek toegenomen. In het onderzoek zijn er verschillende bronnen geraadpleegd om vanuit verschillende perspectieven de werkelijkheid te gaan bekijken. Literatuurbronnen zoals vakliteratuur over beeldende therapie en herstelondersteunende zorg in de GGZ zijn geraadpleegd en getrianguleerd. Het cliëntperspectief is verkregen door open interviews te houden met de cliënten met EPA. De onderzoeker heeft sommige observaties later in de interviews besproken met de respondenten om het cliëntperspectief helder te krijgen en is de betrouwbaarheid hierdoor verhoogd. Voor de aanbevelingen van dit onderzoek wordt beschreven dat een vervolgonderzoek kan worden gedaan door meer cliënten voor een onderzoek te vragen om een completer en betrouwbaarder beeld te krijgen hoe cliënten met EPA kunnen werken aan hun herstelproces in herstelondersteunende zorg.

*Authenticiteit*

De respondenten hebben alle ruimte gekregen om over hun eigen ervaringen te vertellen in de interviews door open vragen te stellen en de tijd te nemen voor de interviews De onderzoeker stelde zich oordeelvrij en geïnteresseerd op en stimuleerde de respondenten om de eigen belevingen te vertellen. Deze aspecten zorgden dat de authenticiteit van de data is gewaarborgd.

5.4 Dataverzamelingstechnieken

Als basis voor dit ontwikkelingsonderzoek is vakliteratuur over beeldende therapie en herstelondersteunende zorg bestudeerd om de kenmerken van herstelondersteunende zorg te verbinden met de werkwijze van beeldende therapie. Om vervolgens een databronnentriangulatie uit te voeren om te onderzoeken op wat voor wijze beeldende therapie zijn bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg.

Verder is in dit onderzoek gekozen voor twee dataverzamelingstechnieken: interviews en participerende observaties. De respondenten in dit onderzoek zijn cliënten met EPA die beeldende therapie volgen in de dagbehandeling van FACT Centrum Zeist. De onderzoeker is als beeldend therapeut in opleiding aanwezig geweest bij de beeldende therapiesessies met de cliënten. Dit maakt het veilig voor de groep cliënten om de beeldende therapiesessies te ervaren zoals zij gewend zijn. Dit houdt tegelijkertijd in dat de onderzoeker een participant is in dit onderzoek (Migchelbrink, 2010). De vertrouwensband tussen de onderzoeker en de cliënten is belangrijk geweest zodat de cliënten durfden openlijk te vertellen over hun ervaringen. De open interviews zijn afgenomen door de onderzoeker met vragen die voornamelijk gericht waren op de ervaringen van het beeldend werken in de beeldende therapiesessies en over de interventies van de beeldend therapeuten. Respondent 1 vertelde weinig over zichzelf. Hij gaf al in het begin van het interview en tijdens de observaties aan dat hij niet therapeutisch bezig is bij beeldende therapie. De eigen verhalen van de cliënten hebben ervoor gezorgd dat er een completer beeld van de cliënten is ontstaan. Er zijn verhelderende vragen gesteld om duidelijk te krijgen hoe cliënten werken en wat er de onderzoeker heeft gezien tijdens de observaties. Dit is belangrijk geweest om aan alle data te komen die nodig is voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Ook is er een koppeling met het dagelijks leven gemaakt en mogelijke veranderingen sinds hun (herstelgerichte) behandeling. De open interview-vorm geeft alle ruimte aan de cliënten om hun persoonlijk verhaal, ervaringen en belevingen te delen in het interview wat centraal staat in herstelgericht werken. De data van de interviews zijn getranscribeerd. Vervolgens is alle data gecodeerd en geanalyseerd volgens de principes van Grounded theory design (Baarda, 2014).

Naast de interviews en het bestuderen van literatuur zijn er participerende observaties gedaan die de onderzoeker heeft uitgevoerd in de rol van beeldend therapeut in opleiding. De onderzoeker heeft voor en tijdens de interviews samengewerkt met de betreffende cliënten vanaf oktober 2014 tot juni 2015. Het gaat bij participerende observaties om het waarnemen maar ook om het luisteren, het praten met de cliënten over het beeldend werken en hun ervaringen in de behandeling. Het draait ook bij het observeren om de patronen van de cliënten het helder te krijgen. Het beeldend werk en de wijze waarop cliënten materialen gebruiken is geobserveerd en geeft informatie over cliënten. De observaties zijn nagevraagd en zijn de resultaten uit de interviews aangevuld met de observaties. De interviews zijn gehouden in april en mei 2015.

5.5 Data analyse

De principes van de Grounded theory is als data-analyse ingezet in dit onderzoek. De analyse is als volgt uitgevoerd (Baarda, 2014). Als eerste zijn de gegevens geordend door relevante fragmenten uit de interviews te selecteren die betrekking hadden op de onderzoeksvraag. In de fase van het open coderen zijn de fragmenten na de selectie samengevat in labels. In het labelingsproces zijn de labels is zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijk tekst gebleven zonder interpretaties. In de fase van het axiaal coderen zijn de labels die overeenkomsten hadden bij elkaar gevoegd en in categorieën ingedeeld. De categorieën zijn afgestemd aan de begrippen van de deelvragen, om op een systematische wijze de data met elkaar te verbinden. Categorieën zijn:

Proces gekoppeld aan deelvraag 2

Doelen gekoppeld aan deelvraag 4

Interventies gekoppeld aan deelvraag 5

Resultaten gekoppeld aan deelvraag 6

Bij de deelvragen twee, vier, vijf en zes is de data uit de interviews samen met de observaties en de literatuur gebruikt voor de triangulatie om vervolgens de deelvragen te kunnen beantwoorden. Bij de deelvragen een en drie zijn er alleen literatuurbronnen gebruikt maar door meerdere literatuurbronnen te gebruiken kan er worden gesproken van een databronnentriangulatie (Willemars, 2014). De data uit de participerende observaties zijn bij meerdere deelvragen gebruikt en zijn gebruikt om een completer beeld te krijgen. Om meer data te verzamelen vanuit het cliëntperspectief en ervaringen van beeldend therapeuten zijn meerdere studies gebruikt waaronder Haeyen (2011) en Pénzes et al. (2014).

**Hoofdstuk 6 Resultaten**

6.1 Aspecten beeldende therapie en herstelondersteunende zorg: Deelvraag 1. *Op welke aspecten van herstelondersteunende zorg kan beeldende therapie aansluiten?*

Inleiding

Hieronder worden de kenmerken van herstelondersteunende zorg nogmaals genoemd en wordt vervolgens per kenmerk beschreven waar beeldende therapie op kan aansluiten.

Dröes & Plooy stellen dat de houding van hulpverlener in herstelondersteunende zorg kenmerkt door:

“*(a) een attitude van hoop en optimisme;*

*(b) het present (aandachtig) aanwezig zijn;*

*(c) het gebruik maken van het professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;*

*(d) ruimte maken voor het eigen verhaal van de cliënt, dit ondersteunen en hierbij*

*aansluiten;*

*(e) de eigen kracht van de cliënt herkennen en ondersteunen, zowel individueel als collectief;*

*(f) het erkennen, benutten en stimuleren van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt;*

*(g) het erkennen, benutten en stimuleren van de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;*

*(h) en het gericht zijn op het verlichten van het lijden en het vergroten van eigen regie en autonomie.”* (2012, p.108).

* Attitude van hoop en optimisme: Door een vertrouwen gevende attitude aan te nemen geeft de therapeut cliënten het vertrouwen in de kwaliteiten en de mogelijkheden van de cliënten, zegt Haeyen (2011) waardoor de therapeut hoop en optimisme kan laten blijken in het proces van de cliënten. In beeldende therapie wordt de cliënt uitgedaagd om in actie tot komen (Plokker, 1962). Door Boumans et al. (2014) wordt benoemd als cliënten weer in beweging komen, kan er weer hoop en een perspectief ontstaan bij de cliënt wat maakt dat de motivatie om het eigen leven (weer) aan te gaan wordt bevorderd. Ook wordt gezegd dat hoop zorgt dat er nieuwe leerervaringen ontstaan en die kunnen in beeldende therapie worden opgedaan. Doordat cliënten een andere manier leren met de psychische klachten om te gaan, wordt de eigen verantwoordelijkheid aangesproken en zal cliënten ervaren dat zij invloed hebben op hun problematiek. Daardoor kan hoop en perspectief ontstaan en maakt dat de cliënten meer vertrouwen kunnen krijgen in hun herstelproces.
* Aandachtig aanwezigheid van de therapeut: Zoals Grabau & Visser zeggen dat de therapeut in de nabijheid van de cliënt zal staan, als de situatie en de cliënt daarom vraagt. Ook stellen Grabau & Visser dat de therapeut zich invoelend verplaatst in de cliënt, door de cliënt als gehele persoon te zien en accepteren. De therapeut stelt zich als een totaal, geïntegreerd en oprecht persoon op in de werkrelatie met de cliënt die zelf voortdurend stilstaat bij haar eigen handelen en hierop reflecteert. Hierdoor wordt de samenwerking in het hier en nu aangegaan. Grabau & Visser (1987) stellen dat deze aspecten belangrijk voor een goed verloop van de behandeling. Boumans et al. (2014) stellen doordat herstelprocessen per definitie persoonlijke processen zijn, dat de persoonlijke ervaringen, inschattingen en vaardigheden ook meer naar voren komen. Dan wordt men geacht als professional dat hij zich als ‘persoon’ in de werkrelatie met de cliënt zet. *“Er zijn voor de ander’, persoonlijke betrokkenheid, nabijheid en trouw zijn”* zijn essentiële eigenschappen van herstelondersteunende zorg (In Boumans, van Nicole, van Hoof & Muusse, 2014, p.55). En volgens Budde is: *“De houding van de therapeut sluit bij het proces aan door er te ‘zijn’. Door er te zijn bij verdriet en pijn, bij kracht en plezier van de ander. Door het proces te volgen en erbij te blijven.”* (Budde, 1987, p.38).

Verfaille (2011) zegt dat bij een mentaliserende houding de therapeut geïnteresseerd is in de gevoelens van de cliënt, waar hij zich richt op het tempo van de cliënt en probeert het perspectief van de cliënt te begrijpen. Dit is een belangrijk aspect om aandachtig aanwezig te zijn in contact met de cliënt.

* De hulpverlener gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze. Grabau & Visser (1987) stellen dat de therapeut los van zijn eigen referentiekader zich verplaatst in de belevingswereld van de cliënt. Wel zeggen zij dat de therapeut zijn eigen normen en waarden op een functionele wijze voor het proces van de cliënt inzet.

* Het eigen verhaal: Ruimte maken, het ondersteunen van het creëren van het eigen verhaal en daarop aansluiten is een essentieel uitgangspunt van herstelondersteunende zorg. In wezen kan het beeldend werk worden gezien als het eigen verhaal van de cliënt. Elk werkstuk die de cliënt maakt, laat iets zien over de ervaringen van de cliënt, over het psychisch proces van de cliënt en geeft zicht hoe de cliënt heeft gewerkt in het medium (Baeten,2007). Smeijsters (2003) zegt dat de cliënt niet over zichzelf vertelt met het beeldend werk(en) maar vertelt zichzelf. De cliënt creëert beeldend werk waarin hij zijn innerlijke gevoelens ‘vertelt’, hoe hij zijn omgeving en situatie ervaart en vormgeeft. En hoe de cliënt beeldend aan het werk is, wordt beschouwd als analogie aan hoe zij zich voelt en ook laat het zien hoe de cliënt in het dagelijks leven handelt. In het beeldend proces wordt er ruimte gecreëerd voor de cliënt om via creativiteit zijn eigen verhaal te vertellen. Van de Broek, Hulpiau & Tibau (2007) zeggen dat het als eerste gaat, bij het spreken over het beeldend werk van de cliënten, om aandacht te geven aan de cliënt zodat er ruimte wordt gegeven aan het eigen verhaal. Ook stellen de Broek et al. (2007) dat de cliënt wordt uitgenodigd binnen beeldende therapie om zijn persoonlijke weg te kiezen waarbinnen ook nieuwe mogelijkheden behoren. De beeldend therapeut heeft de taak om de cliënt in het beeldend proces te begeleiden en om de ruimte te creëren voor het eigen verhaal van de cliënt. Het aansluiten bij het eigen verhaal kan door steeds terug te keren naar het werkstuk waar het eigen verhaal is verbeeld. Door te richten op het tempo en de psyche van de cliënt kan de therapeut interventies plegen die zijn afgestemd en aansluiten bij het eigen verhaal (Verfaille, 2011).

Te Rietmole (2004) zegt dat de therapeut ruimte geeft aan het eigen verhaal door zich ondersteunend en begeleidend op te stellen in de relatie. Door de houding van de therapeut wordt de cliënt ondersteunt bij het creëren van het verhaal. En door ruimte te geven aan de verhalen en de emoties die er tijdens het beeldend werken ontstaan, wordt het proces ondersteunt en verstevigd. Zo is er ruimte gecreëerd voor persoonlijke expressie in de behandeling. Het is van belang volgens Kal, Post, & Scholtens (2012) dat cliënten vanuit zijn eigen belevingswereld aan de slag gaat. Het is belangrijk om via het eigen verhaal de kwaliteiten, verlangens en wensen naar voren te laten komen want zo blijft de cliënt verbonden met zijn zelfbeeld en zelfgevoel, stellen Kal et al. (2012). Door ruimte te geven om het eigen verhaal te laten maken waarbij de behandeling in herstelondersteunende zorg is gericht op het formuleren van eigen doelen door de cliënt en het vergroten van de sterke kanten en veerkracht. Dit komt ten goede om de eigen krachten van de cliënt te benutten.

* Herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief. In beeldende therapie wordt er een omgeving gecreëerd waarbij de eigen krachten van de cliënt worden aangesproken. Volgens Hutschemaekers et al. (In Smeijsters, 2010, p.15) *”stimuleert vaktherapie sterke kanten van de cliënt, empowert de cliënt door hem situaties te laten regisseren en vergroot het vertrouwen in eigen actorschap en het probleemoplossend vermogen”*. Zo krijgt de cliënt meer zelfcontrole, maakt ze zelfstandiger en kunnen hun eigen behandeling richting gaan geven. Doordat de therapeut samenwerkt met de cliënt kan empowerment bereikt worden, zodat de cliënt het gevoel ontwikkelt dat hij zijn eigen bronnen kan aanspreken en eigen regie te (her)pakken. Ook volgens de Boer, Graaff & Schoot (2014) kan er binnen beeldende therapie aan empowerment worden gewerkt door het vinden van controle, ontdekken van eigen krachten en kwaliteiten en eigen hulpbronnen aan te spreken.

Om tot herstel van sociale en maatschappelijke rollen te komen, is het sociaal functioneren een belangrijk onderdeel om in de behandeling mee aan de slag te gaan. Binnen beeldende groepstherapie kan het sociaal functioneren op verschillende wijzen worden bewerkt. Ook heeft het sociaal functioneren relatie met de ervaringsdeskundigheid en ondersteuning van cliënten met ernstige psychische aandoeningen.

* Het erkennen, benutten en stimuleren van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt.

Bij de ervaringsdeskundigheid binnen herstelondersteunende zorg draait het niet alleen om de ervaringsdeskundigheid van anderen maar *“vooral ook om de erkenning van iedere cliënt als drager van eigen, vitale kennis.”*(Dröes & Plooy, 2012). Als cliënten leren te reflecteren op de eigen ervaringen, kan er kennis ontstaan (ervaringskennis), volgens Desain et al. (2013). In beeldende therapie wordt er ruimte gegeven om over het beeldend werk, de ervaringen en op de samenwerking in de groep te reflecteren. Als cliënten de ruimte krijgen om hun ervaringen te delen, kunnen de gemeenschappelijke ervaringen leiden tot nieuwe perspectieven in het leven en leiden tot meer inzichten. Bij ervaringsdeskundigheid gaat het erom dat cliënten hun eigen ervaringen serieus nemen, erop reflecteren om die vervolgens te kunnen verwerken. Door eigen ervaringskennis met de ervaringen van anderen mee te nemen en verwerken in hun eigen ervaringen, kan ervaringsdeskundigheid ontstaan. Hier gaat enige tijd overheen om die verworven ervaringsdeskundigheid te bereiken. Maar dit proces kan mede plaatsvinden in de beeldende therapiegroep. Volgens Desain et al. (2013). draagt uiteindelijk ervaringsdeskundigheid in omgang met andere cliënten dat zij elkaar kunnen steunen in het herstelproces. Door het ervaringsgericht werken binnen beeldende therapie, kunnen ervaringen bijdragen bij het ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid. Wat uiteindelijk kan leiden tot nieuwe ervaringen en inzichten (GGZ Nederland, 2012). Haeyen (2011) stelt dat cliënten binnen beeldende therapie ervaringen opdoen in het hier en nu maar ook kunnen ervaringen en gevoelens uit het verleden worden onderzocht. Door ervaringen te delen met anderen wordt het eigen levensverhaal in perspectief geplaatst want er kunnen dan nieuwe betekenissen en begrip worden toegekend. Dit zorgt ervoor dat de losse ervaringen en de problematiek in het levensverhaal van de cliënt meer word geïntegreerd (Hendriksen et al., 2012). Het verbeelden en het terugzien van ervaringen in het beeldend werkstuk maakt het zelfbevestigend en kan leiden tot bewustwording, volgens Haeyen (2011). Zo kunnen er mogelijkheden ontstaan tot communicatie, veranderingen en acceptatie. Ook kan het beeldend werken in een groep gevoelens van isolement verminderen en kan ‘bouwen’ aan gedeelde ervaringen in de groep. Zo kunnen de groepsgenoten leren zich uit te drukken en met hun uiteindelijke existentiële zorgen om te gaan. Het ‘empowered’ zowel de cliënt als de groep. Bovendien maakt het beeldend werken communicatie mogelijk zonder woorden mede door de expressie en symbolisering van intersubjectieve gevoelens, stelt Moon (geciteerd in Corem, Regev, & Snir, 2014).

* Het erkennen, benutten en stimuleren van de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen. Als het gaat om ondersteuning te erkennen, het te benutten en te stimuleren van cliënten kunnen de groepsgenoten in beeldende groepstherapie worden gezien als belangrijke anderen. Een nieuwe ervaring van de groepsgenoot kan een leerervaring worden voor de ander en kan de derde kan het gaan uitproberen. Samen de onbekende materie ontdekken van de beeldende materialen en de therapie geven cliënten elkaar ondersteuning tijdens de onzekerheden, zegt Chrispijn (geciteerd in Schweizer, 2001, p. en dat wordt gestimuleerd in beeldende therapie. Het beeldend werk(en) biedt ruimte om elkaar te ondersteunen (Schweizer, 2009). Het delen van eigen verhalen kan het gevoel van gezien worden opleveren, ondersteuning geven en ontvangen en waardering opleveren en wordt als waardevol omschreven door Boumans et al. (2014). Maar ook kan de therapeut als een belangrijke andere fungeren. Volgens Haeyen (2004)stelt een beeldend therapeuten zich ondersteunend op maar staat de eigen keuze van de cliënt centraal. Te Rietmole (2004) zegt dat de rol van beeldend therapeut ondersteunend en begeleidend is om ruimte te geven aan het persoonlijke verhaal.
* Het verlichten van het psychisch lijden

Het is van belang om eigen problematiek te onderzoeken en wat de betekenis is zodat de cliënt leert om te gaan met zijn ernstige psychische aandoening. De problematiek van cliënten kan worden ervaren en wordt zichtbaar in het beeldend werken wat maakt dat het helder en bespreekbaar wordt (Schweizer, 2009). Zo kunnen de grenzen en beperkingen van de psychische aandoening(en) worden ontdekt en die leren te accepteren. De acceptatie en het mogelijk verminderen van het gedrag wat de problematiek veroorzaakt of versterkt kan bijdragen dat het lijden minder op de voorgrond kan komen te staan in het leven (Boer, Graaff & Schoot, 2014). Door een andere manier van kijken naar de problematiek kan het lijden worden verlicht ondanks de symptomen die blijven bestaan. Zo kan het psychisch functioneren: voelen, denken en handelen meer in balans worden gebracht. Dit kan zorgen dat cliënten voor meer eigen regie en verantwoordelijkheid gaan nemen voor hun leven. Boumans et al. (2014) benoemen dat tijdens het herstelproces er een (hernieuwde) betekenisgeving aan de eigen problematiek kan ontstaan waarbij er achter de persoon met diagnose weer een uniek persoon zichtbaar wordt wat kan bijdragen aan het vergroten van de eigen autonomie.

* Het vergroten van eigen regie/ autonomie

Om regie en autonomie van de cliënt te vergroten is het belangrijk om minder naar de beperkingen te gaan kijken maar juist te zien wat de cliënt wel kan en wat zijn talenten zijn, stellen Brouwers et al. (2013). En bij het vergroten van de eigen regie van cliënten is het van belang volgens Dröes (2012) dat de professional nagaat hoe hij ‘elke’ interventie zodanig doet dat hij de regie zoveel mogelijk bij de cliënt laat. Zo kan de cliënt de cliënt meer regie krijgen en hebben over zijn eigen leven. Grabau & Visser (1987) zeggen dat de therapeut zich zo opstelt dat hij de cliënt zo optimaal mogelijk ondersteunt en stimuleert om zijn proces te begeleiden en dat creatieve therapie zich richt op de totale ontplooiing van cliënten. In het beeldend proces bepaalt de cliënt hoe dat proces verloopt waardoor de cliënt zijn eigen manier van vormgeving kan ontdekken en eigen regie en verantwoordelijkheid kan gaan voelen, ook in het dagelijks leven. Volgens Haeyen (2004) stelt de therapeut de autonomie van de cliënt centraal en ondersteunt door houvast en structuur te bieden wanneer dat nodig wordt geacht. De therapeut faciliteert in wezen het herstelproces in het medium. Volgens Plokker (1962) kunnen de cliënten tijdens het beeldend werken gaan ervaren en ontdekken dat zij tot iets in staat zijn, waardoor zelfgevoel kan worden versterkt en zelfvertrouwen kan groeien. Dit kan bijdragen aan het vergroten van eigen regie. Doordat er in het beeldend proces allerlei werkstukken worden gemaakt door de cliënten, gaan zij ervaren dat de cliënten zelf keuzemogelijkheden hebben in de vormgeving, zegt Haeyen (2011). De cliënten kiezen met wat voor materiaal zij gaan werken, wat zij tekenen en wat zij willen uitdrukken in het werkstuk. Zo wordt in het beeldend werk de eigenheid van de cliënt getoond en het gaan zien van de eigen vormgeving en keuzes werkt zelfbevestigend, stelt Haeyen (2011). Dat kan het gevoel van eigen regie en autonomie van de cliënten vergroten.

Beantwoording Deelvraag 1. *Op welke aspecten van herstelondersteunende zorg kan beeldende therapie aansluiten?*

De vertrouwen gevende houding van de beeldend therapeut kan cliënten hoop en vertrouwen geven in het herstelproces. Door aanwezig te zijn als persoon in de samenwerking kan hij aansluiten bij het eigen verhaal. Via het beeldend werkstuk kunnen cliënten hun eigen verhaal gaan verbeelden waar zijn ervaringen en zijn psychisch functioneren zichtbaar wordt. Door de ruimte die wordt gecreëerd door de beeldend therapeut kunnen cliënten hun persoonlijke weg gaan kiezen waar ook mogelijkheden toe behoren. Zo kunnen cliënten vanuit hun belevingswereld in contact blijven met hun verlangens en daarmee ook met zijn zelfbeeld en zelfgevoel wat kracht geeft om het veranderingsproces aan te gaan. Het eigen verhaal draagt bij om tot eigen kracht te komen. Ook wordt aangegeven dat vaktherapie cliënten stimuleert om eigen empowerment aan te spreken, eigen regie vergroot en vertrouwen in zichzelf kan geven. Cliënten kunnen binnen beeldende therapie leren te delen en te reflecteren over hun ervaringen via het beeldend werk waardoor ervaringskennis kan ontstaan. Hierdoor kunnen er nieuwe perspectieven ontstaan wat kan leiden tot meer inzichten. Ook ontstaat er ruimte om elkaar te ondersteunen. De problematiek wordt zichtbaar en kan worden ervaren en onderzocht in het beeldend werken. Zo kunnen grenzen en beperkingen worden ontdekt en door die leren te accepteren, kan het psychisch lijden minder op de voorgrond komen te staan. In het beeldend proces kunnen cliënten ontdekken dat zij in staat zijn om iets te creëren en kan het zelfvertrouwen gaan groeien. Doordat cliënten zelf het beeldend proces kunnen bepalen, gaan ervaren zij keuzemogelijkheden hebben in de vormgeving en zo wordt de eigenheid zichtbaar in het beeldend werk, wat zelfbevestigend werkt. Zo kan eigen regie en autonomie worden vergroot.

6.2 Het zichtbare herstelproces: Deelvraag 2. *Hoe wordt het herstelproces van de cliënten met ernstige psychische aandoeningen zichtbaar in beeldende therapie?*

Inleiding

Het herstelproces kan in beeldende therapie op twee manieren zichtbaar worden. In het medium kan het letterlijk zichtbaar worden en hoe cliënten zich verbaal uiten. Hieronder wordt beschreven hoe in het beeldend werkstuk, via het materiaalgebruik, het mentaliseren en het sociaal functioneren herstelproces zichtbaar kan worden.

In beeldende therapie staat het ervaren en het handelen in het medium centraal en op de voorgrond. Maar het verbale aspect is in beeldende therapie ook belangrijk om tot betekenisgeving te komen van de ervaringen die worden opgedaan in het beeldend werken.

Zichtbaar in het beeldend werkstuk en het beeldend proces

Baeten (2007) zegt het volgende wat er gezien kan worden in het beeldend werk(en).

* Het kleurgebruik van cliënten kunnen iets zeggen over hun stemming.
* Hoe cliënten mogelijk problemen ervaren en weten op te lossen in het beeldend werken.
* De vlakverdeling en compositie kunnen iets zeggen over het geheel en hoe de verschillende onderdelen in het werk zijn verbonden.
* Op wat voor wijze cliënten gebruik maken van het materiaal.
* Het gebruik van symbolen, die kunnen een bepaalde betekenis inhouden voor de cliënten.
* Hoe cliënten omgaan met lijnvoering; spanning zoals agressie kan in rechte en kromme lijnen worden opgezet.
* Hoe cliënten omgaan met behoefte van controle in het werken en dan gaat het ook over het streven naar harmonie.

Het (herstel)proces kan worden weerspiegelt in het eigen gemaakte werkstuk van cliënten waar zij hun betekenis aan kunnen geven (Aarts, 2013). Het doen en ervaren kenmerkt het beeldend proces in beeldende therapie (Pénzes, 2014). Ook volgens Baeten (2007) is het handelen in het proces van belang waarin het beeldend werkstuk ontstaat. Aan de manier van het werkstuk vormgeven met de materialen kan het zichtbaar worden hoe cliënten zijn. Het wordt duidelijk door de vormgeving en de manier van werken van de cliënt en welke betekenis hij verleent aan de omgeving. Ook hoe de cliënt zijn keuzes maakt, geeft informatie over de persoon. Respondent 2 kon ervaren door specifieke opdrachten te doen dat hij kon stil staan bij zijn gevoelens in het hier en nu. *“want dan ga je eens kijken wat je wilt doen en wat je kwijt wilt. Wat ik dan kwijt wil.. dus dan wordt het wat planmatiger zeg maar (..) Als ik nu wil, dan besluiten we een andere tekening te doen die aansluit bij wat er dan is”.* Hij merkt dat angstige gevoelens van dat moment minder en zelfs weg konden gaan. Ook gaf hij aan dat *“Persoonlijke gebeurtenissen zijn iets meer betrokken in het .. het gene wat ik nu doe”.* En respondent 3 kon door de rust die beeldende therapie hem oplevert de ‘negatieve ellende’ vergeten doordat hij met iets anders bezig kon zijn wat ruimte creëert in zijn hoofd. Soms lukte het om de ellende los te laten en vooruit te kijken. Hij begint wat meer enthousiast te worden over zijn interesses die hij graag doet en dat *“als ik wat verder ben over een paar maanden dan (..) wil ik nog weleens gaan kijken of ik wat .. dingen kan realiseren die ik (..) altijd belangrijk vond.”*

Materiaalgebruik

Volgens Pénzes et al. (2014) geeft, hoe de cliënten met beeldende materialen omgaan, informatie om inzichten over het psychische welzijn van cliënten te krijgen. De manier hoe cliënten de beeldende materialen gebruiken en omgaan met de eigenschappen van de beeldende materialen is ‘cliënt-specifiek’, doordat cliënten het materiaal op hun eigen persoonlijke manier toepassen. In het begin van de behandeling kunnen cliënten onzeker zijn over hun eigen capaciteiten waardoor het lijkt dat de meeste cliënten zich alleen gaan focussen op hun problematiek. Pénzes et al. (2014) benoemen dat er onderscheid kan worden herkend in het begin, het midden en het eind van de behandeling. Als cliënten proberen het materiaal onder controle te houden, kunnen zij angstig, boos of gefrustreerd worden in het werken met vloeibare materialen omdat deze moeilijk of niet controleerbaar zijn, zegt Pénzes et al. De omgang met materialen weerspiegelt persoonlijke kenmerken van cliënten zoals zelfvertrouwen, zelfeffectiviteit, behoefte aan controle, perfectionisme, stijfheid, angst en het kunnen omgaan en voelen van (negatieve) emoties en agitatie. Respondent 4 gaf aan dat hij rustig wordt van het beeldend werken met materialen en apparatuur. Daarbij gaf hij aan door materialen te gebruiken zijn emoties te kunnen. Als hij zich boos of verdrietig voelde, kon hij zich focussen op de materialen.

Mentaliseren

Het verloop van het herstelproces kan ook zichtbaar in welke modus cliënten functioneren en hoe zij mentaliseren in beeldende therapie. Hamming (2009) vermeldt het volgende over de verschillende modi. Aan het begin van de behandeling bevinden cliënten zich vaker in de psychische equivalentie modus waar de emoties en gevoelens in het beeldend werken de cliënten nog vaak kan overspoelen. In de psychische equivalentie modus zijn voor cliënten materialen die niet prettig aanvoelen of als naar worden bevonden, niet fijn.

Opvallend in de alsof modus dat cliënten vaak voor dezelfde materialen kiezen en de vormgeving verandert niet. Ook hebben cliënten vaak van tevoren bedacht wat zij willen maken en dat er geen verbinding wordt gemaakt met het werkstuk. als cliënten in de doe-alsof fase functioneren worden de gevoelens en emoties uit het innerlijke wereld en het werkstuk losgekoppeld. De cliënt kan veel voelen terwijl het werkstuk weinig uitdrukkingskracht heeft. Maar ook kan het werkstuk juist veel emoties uitdrukken, dat de anderen raken en voelt de cliënt er zelf weinig bij.

In de integratieve modus doen cliënten nieuwe ervaringen op in het beeldend werken en is er een duidelijke ontwikkeling in de omgang met materialen zichtbaar. Cliënten durven meer te experimenteren met materialen en zo wordt er veel kennis opgedaan over de mogelijkheden van materialen. De vormgeving verandert bij cliënten en ontdekken zij nieuwe manieren van werken (Hamming, 2009). Cliënten kunnen werkstukken maken en gevoelens uiten zonder te worden overspoeld. Wat inhoudt dat de gevoelens en emoties en het werkstuk kunnen worden verbonden met elkaar maar kan ook afzonderlijk van elkaar worden beleefd. In deze fase kunnen cliënten in het beeldend werk(en) hun gevoelens uiten maar tegelijkertijd ook plezier ervaren aan het beeldend werken. Wat ook bij deze fase hoort dat zijn Zelfgevoel stabiel blijft terwijl de groep en de therapeut een andere beleving kunnen hebben over zijn beeldend werk (Verfaille, 2011).

Sociaal functioneren

Haeyen geeft dat in het begin van de behandeling cliënten het lastig kunnen vinden om het contact aan te gaan en te delen in de groep. Samenwerkingsopdrachten kunnen als moeilijk worden ervaren (2011). Hier kunnen cliënten worden geconfronteerd met hun eigen patronen in de contact met anderen. Als cliënten vaker gaan oefenen met nieuw gedrag kan het gedrag meer eigen worden gemaakt. Dit kan leiden tot gedragsveranderingen (Haeyen, 2011). Hierdoor kan het vertrouwen worden teruggevonden. Zo kunnen cliënten vanuit de gezonde gedragingen gaan handelen. Na verloop van tijd in beeldende therapie is te merken dat cliënten het lukt om zich losser uit te drukken. Zich vrijer voelen om te delen in de groep gaat analoog met het uiten in de sociale omgeving en in het dagelijks leven. Tijdens de observaties blijkt dat respondent 2 opener is geworden en specifieke keuze maakt wanneer hij iets vertelt over zijn beeldend werk bij beeldende therapie. Als dit wordt besproken in de sessie, geeft hij aan dat hij weer het contact is aangegaan in zijn omgeving. Haeyen (2011) zegt dat cliënten veranderen in emoties en gevoelens uit te leven en te beleven. Zo gaan de cliënten ruimte voelen om zichzelf te zijn en ervaren dat zij er mogen zijn.

Beantwoording deelvraag 2: *Hoe wordt het herstelproces van de cliënten met EPA zichtbaar in beeldende therapie?*

In beeldende therapie kan het herstelproces van cliënten met EPA via het beeldend werken en het verbale aspect zichtbaar worden. Het beeldend werk kan veel informatie geven hoe iemand is. Het herstelproces kan worden weerspiegelt in het beeldend werk. Ook bij de respondenten wordt zichtbaar hoe zij met hun herstelproces bezig zijn. Hoe cliënten omgaan met materialen kan veel zeggen over hun psychische gezondheid. In het begin kunnen cliënten vaak onzeker over hun eigen capaciteiten en kan de problematiek meer op de voorgrond komen te staan. Aan de manier hoe cliënten reageren en kunnen reflecteren op hun beeldend werk(en) kan worden bekeken of cliënten kunnen mentaliseren. En ook hoe cliënten omgaan met de heftige emoties en werkstukken die ontstaan en hoe zij erover kunnen vertellen, laat zien hoe cliënten bezig zijn met hun herstelproces.

6.3 Indicatie beeldende therapie: Deelvraag 3. *Wanneer is beeldende therapie bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen binnen herstelondersteunende zorg geïndiceerd?*

Inleiding

De indicatiestelling voor beeldende therapie in herstelondersteunende zorg in dit onderzoek is als de cliënten vallen onder de groep mensen met EPA. Eerst wordt beschreven waarom beeldende therapie geschikt is voor deze cliënten. De problematiek van cliënten met EPA is geschikt om op meerdere gebieden binnen beeldende therapie aan de slag te gaan. Als laatst wordt beschreven in welke situatie cliënten met EPA niet kunnen deelnemen aan beeldende therapie.

Malchiodi (2005) benoemt dat beeldende therapie is geschikt voor volwassene cliënten die weerstand ervaren tegen verbale therapie of als zij het lastig vinden om over zichzelf of hun problematiek te praten. Door de cliënt een eenvoudig beeldend werkstuk te laten creëren, kan het worden bekeken en besproken waardoor de aandacht niet naar de cliënt gaat maar naar het werk (Malchiodi 2005). Dit maakt het vaak veiliger voor cliënten om te gaan delen. Vooral in het begin van de behandeling is beeldende therapie minder beangstigd omdat een deel van het Zelf via het beeldend werk wordt verbeeld. Bij beeldende therapie hoeven de cliënten niet te reflecteren op zichzelf in relatie tot anderen zoals bij de meeste andere (verbale) therapieën. Maar wordt er via het medium gereflecteerd wat het veiliger maakt (Verfaille, 2011). Pénzes et al. (2014) zeggen dat in beeldende therapie de motivatie van cliënten kan worden beïnvloed door de ervaringen tijdens het beeldend werken en de mogelijkheid om te reflecteren op het beeldend werkstuk. De mogelijkheid om te ontdekken dat het beeldend werkstuk een reflectie is hoe zij het werkstuk hebben gemaakt en dat het lijkt op hun eigen manier van functioneren in het dagelijks leven, kan bijdragen aan de motivatie voor de behandeling.

Het beeldend werken in een groep wordt door Moon (2010) gezien als een manier om pijnlijke en moeilijke gevoelens te uiten en legt de nadruk dat wanneer het uiten van negatieve emoties gebeurt in het bijzijn van anderen, dat het kan worden ervaren in een psychologisch veilige context. Ook helpt beeldende therapie volgens Malchiodi (2005) dat cliënten zijn ervaringen kunnen gaan bekijken, zijn problematiek vanuit een ander perspectief kunnen gaan zien en met andere manieren kunnen gaan experimenteren. In zowel beeldende individuele therapie als in beeldende groepstherapie is er ruimte om het eigen verhaal te gaan vormgeven. In beeldende groepstherapie gaat het er om dat de cliënten gaan delen over het vormgegeven eigen verhaal en om over zijn ervaringen te gaan delen. Zo kunnen de eigen ervaringen worden onderzocht.

Beeldende therapie is vooral geïndiceerd als:

* Cliënten die verbale therapie als lastig ervaren en waarbij eerder de verbale therapie moeilijk verliep.
* Cliënten die moeite hebben om contact te maken met eigen gevoelens en emoties.
* Cliënten die baat kunnen hebben om hun eigen verhaal te onderzoeken via het medium.
* Cliënten die moeite hebben om inzichten te krijgen over hun gevoelens, gedachten en handelen.
* Cliënten die moeite hebben om tot eigen kracht te komen, waardoor cliënten baat kunnen hebben om in het medium hun eigen kracht te ontdekken.
* Cliënten die moeite hebben om met hun eigen problematiek om te gaan en te accepteren.
* Cliënten die moeite ervaren om eigen regie te hebben over hun eigen leven en baat hebben om via het medium te werken aan eigen regie en autonomie vergroten.

In beeldende groepstherapie kan het sociaal functioneren worden bewerkt, bij:

* Cliënten die moeite hebben om het contact met anderen mensen aan te gaan.
* Cliënten die moeite hebben om ervaringen te delen en te uiten naar anderen.
* Cliënten die moeite hebben om voor ondersteuning te vragen en te ontvangen.
* Cliënten die moeite hebben om (weer) sociale en maatschappelijke rollen in te nemen.

(Te Rietmole, 2004, Schweizer, 2001 & Haeyen, 2003 & 2011, Budde, 1989)

Bij de volgende situaties betreft er bij beeldende therapie een contra- indicatie.

* Acute crisissituatie waar onder andere hevige psychische episode, hevige verslavingsproblematiek, ernstige suïcidaliteit en zeer hoog angstniveau valt.
* Fysieke beperkingen waardoor het beeldend werken niet mogelijk is.
* Agressief gedrag, geldt vooral als contra- indicatie voor groepstherapie voor eventueel gevaar voor de groepsgenoten.
* Cliënt kan niet functioneren in groepsverband door psychische klachten of persoonlijkheidsproblematiek zoals narcistisch.
* Geen affiniteit met het medium beeldend.
* Onvoldoende initiatief of motivatie voor de eigen behandeling (Smeijsters, 2001).

Beantwoording deelvraag 3: *Wanneer is beeldende therapie bij cliënten met EPA binnen herstelondersteunende zorg geïndiceerd?*

Vaak is beeldende therapie geschikt voor cliënten met EPA die verbale therapieën lastig vinden of die het lastig vinden om te praten over hun problematiek. Het reflecteren via het medium kan voor cliënten veilig voelen omdat de aandacht naar het werkstuk gaat waardoor het minder beangstigd wordt om erover te vertellen. Het beeldend werken helpt cliënten om ervaringen te bekijken, problematiek vanuit een andere kant te benaderen en te experimenteren met andere manieren. Cliënten kunnen werken in beeldende therapie om contact te maken met eigen gevoelens en meer inzichten te krijgen over voelen, denken en handelen om te leren omgaan met de eigen problematiek. In beeldende groepstherapie kan het sociaal functioneren worden bewerkt waardoor cliënten leren om over ervaringen te delen en om ondersteuning te vragen. Via het ervaringsgericht werken en het handelen in het medium kan het therapeutisch proces op een andere manier tot stand komen.

6.4 Doelen binnen beeldende therapie: Deelvraag 4. *Welke behandeldoelen kunnen met beeldende therapie binnen herstelondersteunende zorg behaald worden bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen?*

Inleiding

Binnen herstelondersteunende zorg zijn de behandeldoelen gericht op hoop voor de toekomst te creëren, het gevoel van controle terugkrijgen over het eigen leven, meer zelfvertrouwen ontwikkelen, het herstellen van sociale en maatschappelijke rollen (Brouwers et al., 2014). Hieronder worden de kenmerken van herstelondersteunende zorg in relatie gebracht met doelstellingen die in beeldende therapie kunnen worden behaald. Eerst wordt beschreven wat de doelen zijn. De doelen zijn verdeeld in de volgende categorieën: het eigen verhaal en empowerment, het sociaal functioneren ondersteuning en ervaringsdeskundigheid, en het verlichten van het psychisch lijden en autonomie. In deze categorieën worden de subdoelen benoemd die in beeldende therapie behaald kunnen worden.

Doelen

Cliënten met EPA kunnen binnen beeldende therapie werken aan hun herstelproces waarin voorop staat dat de cliënten weer meer controle krijgen over hun eigen leven, de kwaliteit van het leven verbeterd en het herstellen van eigen sociale en maatschappelijke rollen. Daarnaast is het ook van belang dat de cliënten leren om te gaan met hun psychische problematiek en die gaan accepteren in hun leven. In het medium kunnen de cliënten ervaringen opdoen waarbij zij het gevoel van controle kunnen (her)pakken en eigen krachten en mogelijkheden gaan onderzoeken en ontdekken, waardoor het zelfvertrouwen kan groeien. Door het opdoen van positieve ervaringen in beeldende therapie kan er hoop ontstaan. In beeldende groepstherapie kunnen cliënten met EPA het sociaal functioneren gaan onderzoeken en door te oefenen en te experimenteren met hun rol in de groep, kunnen er veranderingen ontstaan (Haeyen, 2011). De behandeldoelen bij de MBT methode zijn onder anderen het verminderen van algemene psychiatrische symptomen, het verbeteren van sociaal en interpersoonlijk functioneren en het verbeteren van sociaalmaatschappelijk functioneren (Bales et al., 2015).

*Het eigen verhaal*

* In contact komen met eigen gevoelens en emoties
* Ontwikkelen van eigenheid

Haeyen (2011) benoemt dat beeldende therapie de cliënten helpt om in contact te komen met hun gevoel, door te kunnen uitbeelden wat hun gevoel is. Door specifieke opdrachten lukt het respondent 2 om in het hier en nu stil te staan bij zijn gevoelens. Eerder stond het beeldend werk ver van hem vandaan waardoor er geen verbinding kon worden gemaakt tussen het werk en zijn gevoelens. Ook respondent 5 lukt het via het beeldend werken om zijn gevoel op papier te krijgen. Deze respondent geeft heel duidelijk in het interview aan waar zijn behoeften liggen. Dit is een belangrijk aspect binnen herstelondersteunende zorg waardoor de cliënt steeds meer kan stilstaan bij wat hij nodig heeft in zijn herstelproces. Respondent 5 geeft onder anderen aan dat hij overzicht en structuur nodig heeft in zijn situatie. Dit denkt hij niet te kunnen halen bij beeldende therapie. Ook denkt hij dat het niet de bedoeling is om heel diep in de problemen te gaan kijken bij beeldende therapie. Dit is wel een wens van deze respondent aangeeft om dieper in zijn problematiek te willen kijken.

In beeldende therapie wordt tijd en ruimte gegeven om actief bij de eigen gevoelens en emoties stil te staan. Door de aandacht te richten op het beeldend werken en te concentreren op het beeldend werk, kunnen cliënten zich afgrenzen van andere dingen om zich heen (Haeyen, 2011). Tijdens de observaties lijkt het of respondent 2 beter kan stilstaan wat hij nodig heeft. Hij geeft aan wanneer hij verder wilt en kan werken aan een bepaald werkstuk of thema. Ook in de nabespreking overdenkt hij wanneer en wat hij wilt delen in de groep over zijn werk. Zo wordt de aandacht gericht op de binnenwereld en kan er rust en ruimte ontstaan om te kunnen voelen wat er is. Men kan er zelf uitdrukking aangeven in het beeldend werk en gaan accepteren dat die gevoelens er zijn. Op deze wijze kunnen cliënten het eigen verhaal gaan onderzoeken.

Eigenheid wordt duidelijk zichtbaar in het beeldend werkstuk die de cliënten maken. De cliënten maken eigen keuzes in de vormgeving, materialen en hoe zij het materiaal hanteren, waardoor cliënten bewust worden van ieder zijn eigenheid in de groep. Wanneer cliënten werken in beeldende groepstherapie aan dezelfde werkvorm, wordt het zichtbaar hoe iedere cliënt op zijn eigen wijze vorm geeft aan de opdracht. Vaak zijn de verschillen groot wat maakt dat de eigenheid van de cliënt juist op de voorgrond komt. Door het zien van de eigenheid in het werkstuk en de keuzes die zijn gemaakt kan dat volgens Haeyen (2011) zelfbevestigend werken. Zo kan men leren om dichter bij zichzelf te komen en ook te blijven.

*Empowerment*

* Ontdekken van eigen krachten
* Greep krijgen op eigen situatie en omgeving

Door het natuurlijke karakter van beeldende therapie kan een beeldend werkstuk worden gecreëerd waarin cliënten zich kunnen laten zien. Zo kunnen cliënten hun eigen capaciteiten ontdekken en kan hun ego worden versterkt, stelt Budde (1989). Er wordt een omgeving gecreëerd waarin materialen en technieken worden aangeboden om het beeldend proces te laten plaatsvinden. In deze omgeving kunnen cliënten (nieuwe) uitingsvormen gaan ontdekken. Dit kan vaak gepaard gaan met angsten en conflicten van gevoelens die opkomen die niet altijd gemakkelijk is maar tegelijkertijd kan het ook vreugde en eigen kracht opleveren, stelt Budde (1987).In het beeldend proces kan het eigen verhaal steeds duidelijker worden wat kan inhouden dat het contact met eigen gevoelens verbeterd. Zo kunnen cliënten volgens Haeyen (2011) meer grip krijgen op de eigen situatie, door ook situaties buiten de behandeling op een andere manier te benaderen. Ook doordat cliënten gaan beseffen en ervaren dat zij eigen keuzes hebben qua vormgeving en materialen en hoe zij met keuzes maken omgaan, geeft Haeyen aan, dat de cliënten zelf sturing kunnen gaan ervaren. Voorzichtig kan er door de onderzoeker in de sessie met respondent 2 worden besproken dat er bij respondent 2 een verandering aan het plaatsvinden is. Dit kan hij in eerste instantie beamen maar al snel maakt hij de opmerking weg. Door het vaker te benoemen, kan de respondent zelf gaan ervaren en gaan voelen dat het daadwerkelijk anders gaat. Ook laat hij weten in het interview dat hij nu anders werkt. Hij noemt het zelf planmatiger en kan hij bezig gaan met zijn eigen gevoelens die in het hier en nu.

Binnen beeldende groepstherapie kunnen behandeldoelen op het gebied van het sociaal functioneren bewerkt worden.

*Ervaringsdeskundigheid*

* Leren delen en uiten van ervaringen

Samenwerkingsopdrachten zijn volgens Budde (2008) geschikt om reacties van de groepsgenoten te krijgen en samen te werken om het eigen verhaal te vertellen en erover te delen in de groep. Zo kunnen cliënten de ervaringen van elkaar horen en daar steun uithalen. Door herkenningen die ontstaan in elkaars verhalen, komen cliënten erachter dat zij niet de enige zijn met de eigen problematiek. Haeyen (2011) zegt door de herkenning van elkaars worsteling met de eigen problematiek, dat de last als minder wordt ervaren door de cliënten. Hierdoor geeft zo’n herkenning ook de ruimte om het psychisch lijden te verlichten.

*Ondersteuning*

* Ondersteuning ontvangen en geven

Als de cliënt niet verder kan in zijn proces of moeilijk kan starten kan de beeldend therapeut samen met de cliënt gaan kijken hoe hij verder kan gaan. Door samen te kijken en vragen te stellen aan de cliënt over het werkstuk of over de opdracht, wordt er tijd en aandacht gegeven en voelt de cliënt zich hierdoor gezien en gehoord. Dit helpt vaak om weer vertrouwen te krijgen om verder te gaan. Ook geeft respondent 4 aan dat de beeldend therapeut er in de individuele therapie er voor hem was, om samen te kijken naar het beeldend werk waardoor de cliënt inzichten kreeg over zichzelf waar hij mee bezig was en zijn eigen gedachten. Ook was de therapeut er voor hem om hem te ondersteunen en ‘bij te sturen’. Haeyen (2011) stelt dat de aanwezigheid van de beeldend therapeut bijdraagt om ondersteuning te bieden aan cliënten tijdens moeilijke tijden en momenten dat de cliënten vastlopen. Het is belangrijk dat cliënten dit zelf gaan leren om aan te geven wanneer zij behoefte hebben aan ondersteuning. Zo wordt de eigen verantwoordelijkheid vergroot en levert op den duur een bijdrage aan de autonomie. De ondersteuning van de therapeut kan ook gelden voor zowel technische als praktische vragen over het beeldend werken, waardoor cliënten ook in het beeldend proces verder komen. Door de ondersteunende houding krijgt de cliënt vertrouwen in de therapeut.

Het beeldend werk(en) biedt ruimte om te experimenteren met wisselen van posities en rollen in de groep en elkaar te ondersteunen (Schweizer, 2009). De groepsgenoten kunnen elkaar ondersteunen door steun te geven en de herkenning bij elkaar te vinden, in de vorm van feedback geven aan elkaar en cliënten kunnen veel van elkaar leren. Respondent 3 zegt door de beeldende groepstherapie een hele leuk band te hebben ontwikkeld met andere mensen en dat je soms elkaar helpt en ondersteunt. Uit ervaring blijkt dat de cliënten zich minder eenzaam voelen door de steun uit de groep. Twee respondenten gaven aan dat het sociale aspect van beeldende groepstherapie als heel prettig ervaren om binnen de groep met mensen te zijn die ook problemen hebben. Hiervan benoemt respondent 2 dat hij herkenning vindt bij de groepsgenoten maar dat hij de omgang met anderen buiten de instelling moeilijk vindt. Hij merkt dat hij met omgang met anderen minder moeite heeft gekregen alleen wist hij niet of deze verandering door beeldende therapie komt.

*Het verlichten van (psychisch) lijden*

* Inzicht krijgen in eigen problematiek
* Leren omgaan met (psychische) problematiek
* Accepteren van beperkingen/ kwetsbaarheden

Doordat cliënten hun problematiek kunnen gaan vormgeven en beelden van kan worden gemaakt, kunnen cliënten er woorden aan gaan geven. Dit kan leiden tot (meer) inzichten wordt verkregen over de eigen problematiek. Tijdens het beeldend werken kan er lichamelijke signalen worden opgeroepen door de materiaalinteractie en materiaalbelevingen waarmee het lichaam iets aangeeft. De groepsgenoten en ook de therapeut kunnen de cliënt helpen om feedback te geven over wat zij zien in het beeldend werken en in het beeldend werkstuk. Ook door innerlijke thema’s te gaan differentiëren kunnen deze thema’s duidelijker worden voor cliënten. Doordat het zichtbaar wordt in het beeldend werk(en) kunnen volgens Haeyen (2011) thema’s worden herkend en gedefinieerd. Zo krijgen cliënten meer inzichten over dit thema en hoe dit een rol speelt in het leven. Zo worden cliënten zich bewust van de problematiek en kan het bijdragen om het te gaan accepteren. Ook kan dit betekenen dat cliënten het gaan bespreken. Bolk (1987) benoemt vele mogelijkheden bij het aanbieden van vrije en gerichte opdrachten zoals het ontdekken van een eigen stijl; nieuwe ervaringen opdoen; loskomen van de eigen problematiek; leren om grenzen en drempels te nemen; het ontwikkelen van flexibiliteit; met weerstanden leren omgaan. Dit kan uiteindelijk zelfkennis en zelfinzichten bij cliënten ontwikkelen, zegt Bolk (1987). Respondent 5 benoemt dat het beeldend werken hem bezig houdt, zijn zorgen aan de kant moet zetten om te proberen los te komen. Het geeft hem afleiding. Vooral als hij last heeft van stemmingsproblemen vindt hij het fijn om bezig te kunnen zijn bij beeldende therapie. Respondent 3 vergeet door de rust die beeldende therapie hem brengt en dat hij met iets anders bezig is, de negatieve ellende waardoor het lukt om ruimte te creëren in zijn hoofd. Dit kan een manier zijn voor cliënten om te leren omgaan met de problematiek.

*Autonomie*

* Meer zelfvertrouwen ontwikkelen
* Gevoel van controle en regie over het eigen leven versterken
* Autonomie verkrijgen

Om meer zelfvertrouwen te ontwikkelen kunnen cliënten in beeldende therapie gebruik maken van de eigen verbeelding en het uitdrukken van iemands wensen. Ook het representeren van zijn kwaliteiten en die te versterken, kan het zelfvertrouwen verder ontwikkelen. Ook door op een constructieve manier te werken met de beeldende materialen kunnen cliënten werken aan een positief zelfbeeld en eigen identiteit ontwikkelen (Smeijsters et al., 2011). In individuele therapie en bij individueel werken in de groep kunnen cliënten werken aan eigen thema’s, kunnen cliënten gaan ontdekken wie zij zijn. Door te werken met diverse materialen helpt cliënten om stil te staan bij wie zij zijn. Zo leren cliënten aandacht te hebben voor hun innerlijke gevoelens, te gedragen en te handelen meer passend is en wat dichter bij zichzelf ligt. Dit draagt bij dat er meer samenhangend zelfbeeld kan ontwikkelen. Haeyen (2011) zegt in zo’n proces gaan cliënten steeds meer vertrouwen op hun eigen kunnen, hun eigen visie en het beoordelen van bepaalde zaken. Haeyen stelt dat cliënten dan ook de eigen regie en zijn verantwoordelijkheid gaat nemen voor zijn eigen keuzes en er voor gaan staan waardoor er een gelijkwaardiger positie kan worden ingenomen in relaties met anderen. Zo kan het verwerven van autonomie plaatsvinden, zegt Haeyen (2011). Tijdens de observaties blijkt dat respondent 2 leert meer stil te staan bij zijn eigen gevoelens en dichter bij zichzelf blijft. Dit proces gaf hem de kracht om dingen uit te gaan proberen in contact met anderen. Zo gaat hij meer regie voelen, ook over zijn gevoelens en in relatie tot anderen. De personen om hem heen, kunnen hem beter begrijpen waardoor de autonomie kan worden versterkt. Cliënten maken tijdens het werken keuzes in materialen, hoe zij vormgeven en wat cliënten laten zien, waardoor het in wezen een proces van zelfbeschikking wordt, stelt Haeyen (2011). Dit bevordert ook de empowerment van cliënten, door achter de eigen keuzes te gaan staan.

Beantwoording deelvraag 4: *Welke behandeldoelen kunnen met beeldende therapie binnen herstelondersteunende zorg behaald worden bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen?*

De behandeldoelen die in herstelondersteunende zorg centraal staan, kunnen in beeldende therapie worden bewerkstelligd. Via het beeldend werken kunnen cliënten in contact komen met de eigen gevoelens en emoties. Op deze wijze kan men het eigen verhaal gaan onderzoeken en kan men zijn eigenheid gaan ontdekken, wat weer kan leiden tot het ontdekken en benutten van eigen krachten.

Cliënten kunnen door het natuurlijke karakter van beeldende therapie hun eigen capaciteiten ontdekken. Zelfsturing kunnen cliënten gaan ervaren doordat cliënten beseffen eigen keuzen te hebben in beeldende therapie. Cliënten kunnen meer grip krijgen op situaties, ook buiten de behandeling. Het is van belang dat cliënten leren aangeven wanneer zij behoefte hebben aan ondersteuning. Dit kan hen steun bieden als de cliënten in moeilijke tijden verkeren en vastlopen in hun herstelproces. Het uiten en delen van ervaringen kan cliënten helpen bij bewustwording van de eigen problematiek. Zo kunnen er mogelijkheden ontstaan op het gebied van communicatie, veranderingen en acceptatie. Doordat problematiek zichtbaar wordt in beeldende therapie, kan men er woorden aangeven wat kan leiden tot inzichten. Zo worden cliënten zich bewust van de eigen problematiek wat tot het verminderen van het psychisch lijden en het accepteren van de ernstige psychische aandoening kan bijdragen. Het terugzien van ervaringen die verbeeld zijn, werkt zelfbevestigend. Cliënten kunnen leren dichter bij zichzelf te blijven door aandacht te geven aan innerlijke gevoelens. Haeyen zegt als cliënten leren te vertrouwen op zichzelf dat zij meer eigen regie en verantwoordelijkheid gaan nemen. Dit kan helpen om de autonomie te vergroten.

6.5 Therapeutische interventies: Deelvraag 5. *Welke interventies in beeldende therapie leveren een bijdrage aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met EPA?*

Inleiding

De interventies in beeldende therapie die een bijdrage kunnen leveren aan herstelondersteunende zorg zijn verdeeld in mediuminterventies en verbale interventies en worden in dit hoofdstuk beschreven.

Volgens van den Bosch en Kruijf (2009) komt de attitude naar voren in de relatie met de cliënt door zijn houding in het contact, de non-verbale en verbale interventies van de therapeut. Bij beeldende groepstherapie is het ook van belang dat de therapeut contact houdt met wat er speelt in de groep en dat hij interventies pleegt die zijn afgestemd op het therapeutisch groepsproces. Sommige interventies zijn specifiek gericht op individuele therapie of het individueel werken in groepstherapie. Als het gaat om het sociaal functioneren of het delen van bijvoorbeeld gezamenlijke ervaringen, betreft het groepstherapie.

Respondent 2 vindt het belangrijk dat de cliënten op hun gemak worden gesteld bij beeldende therapie en dat zij afleiding moeten krijgen van hun problematiek als dat ook kan. Respondent 4 vertelt dat door de ondersteuning en ‘bij gestuurd te worden’ door de beeldend therapeut lukte het om verder te gaan in zijn proces. Respondent 5 benoemt dat hij het een sterke kwaliteit vindt van de beeldend therapeut dat hij ziet wat de cliënt mogelijk nodig zou hebben in het moment. Bijvoorbeeld dat de beeldend therapeut merkt dat hij misschien beter groter kan werken met zijn manier van werken om met zijn emoties te kunnen werken. Ook geeft hij aan dat hij het gevoel heeft dat de beeldend therapeut het wel snapte waar hij mee bezig was en dat vond hij goed en passend.

Malchiodi (2005) geeft aan dat de therapeut de cliënt kan laten profiteren van beeldende therapie als een manier om ervaringen te verduidelijken, problematiek opnieuw te bekijken vanuit verschillende perspectieven en te experimenteren met passende oplossingen door middel van tekenen en andere creatieve activiteiten. Dalley (geciteerd in Corem, Regev, & Snir, 2014) stelt dat de aanwezigheid van de therapeut erg belangrijk is voor het creatieve proces van cliënten. In een veilige omgeving kunnen cliënten creatieve materialen kiezen voor zelfverkenning met de fysieke, psychische en spirituele aanwezigheid van de therapeut die de cliënten begeleidt in het proces.

De houding van de beeldend therapeut is essentieel om op een mentaliserende wijze interventies te plegen wat inhoudt dat de therapeut een niet wetende, nieuwsgierige en geïnteresseerde houding aanneemt en belangrijk is daarbij dat er geen adviezen worden gegeven of problemen worden opgelost (Verfaille, 2011). Het gaat erom dat cliënten zelf leren na te gaan en te mentaliseren over de mentale processen van zichzelf en anderen. De therapeut past de (mentaliserende) interventies aan op de hoogte van de arousal bij cliënten, waardoor er goed kan worden aangesloten bij de cliënten en het (herstel)proces. Wat inhoudt dat de interventies eenvoudig moeten zijn als er veel spanning is en het mentaliserend vermogen zwak is.

*Mediuminterventies voor individuele therapie of het individueel werken in groepstherapie.*

Door in het begin van de behandeling duidelijke en gestructureerde samenhang in het beeldend werken aan te bieden geeft ruimte voor eigen individuele inbreng van de cliënt (Pénzes et al., 2014). Dit is belangrijk om te observeren naar de hoeveelheid structuur de cliënten nodig hadden om te kunnen starten met beeldend werken. Pénzes et al. (2014) benoemt ook dat het vaak bij beeldende therapie gaat over het beleven en het gebruiken van materialen om het veranderingsproces te verhogen maar waarbij het belangrijk is, om te bekijken hoe flexibel cliënten zijn met nieuwe ervaringen opdoen, met de eigenschappen van de materialen en het loslaten van oude patronen. Zo kunnen cliënten materialen gebruiken om patronen te gaan veranderen.

Respondent 1 vertelt dat de structuur die beeldende therapie brengt en ook de structuur die de cliënt zelf kan aanbrengen in zijn beeldend werk(en) de cliënt kan helpen.

Het gebruiken van creatieve niveaus in beeldende therapie zoals kopiëren, imiteren of experimenteren, kan er worden geanticipeerd op de behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Bijvoorbeeld het niveau van kopiëren of imiteren kan de cliënt meer structuur en begeleiding geven dan het niveau van experimenteren, wanneer de cliënt angstig of onzeker is (Pénzes et al., 2014). Het beperken van het aanbieden van materialen kan cliënten in het begin van de behandeling helpen om op veilige manier te starten aan het beeldend proces. Bijvoorbeeld: twee dimensionale materialen geven makkelijker overzicht door de structuur en houvast behouden kan. Als de spanning bij de cliënten toeneemt, kan door materialen en opdrachten aan te bieden die passen bij het onderliggend affect, de spanning worden verminderd. Als de therapeut aansluit bij de cliënt, door de cliënt goed aan te voelen of erover vragen te stellen, kan dat al vaak regulerend en spanning verlagend werken (Hamming, 2009).

Bolk geeft aan dat vrije en gerichte expressieopdrachten laat zien hoe cliënten beeldend werken en hoe daarop gereageerd kan worden door vrije of een gerichte expressievorm aan te bieden. Vrije expressievormen kunnen door de bevrijdende werking worden ingezet om te kunnen afreageren in het beeldend werken en ook kunnen bepaalde gevoelens die diegene bezighouden op deze wijze buiten zich worden geplaatst. Zo wordt de mogelijkheid geboden om te ontladen in het medium. Door ongecontroleerde uitingen kunnen cliënten in een situatie terecht komen die niet meer valt te reguleren. Gerichte expressievormen kan cliënten ordening en overzicht geven, steun en houvast geven waardoor een proces bewust gehanteerd kan worden wat versterkend en stabiliserend kan werken. De gerichte expressieve manier van werken vraagt inzet, discipline, (zelf)controle, concentratie en geduld van cliënten en kunnen op den duur energie en vreugde opleveren. Beide expressievormen geven veel mogelijkheden volgens Bolk in het beeldend werken zoals het ontdekken en het onbekende ontmoeten, zelfstandigheid en eigen initiatief, plezierervaringen en zelfvertrouwen bevorderen. Respondent 4 noemt ten aanzien van emoties uiten en met materialen werken dat hij bij gerichte opdrachten met materialen zoals bij schilderen *“ben je wat meer in gedachten”* werkt. Bij boetseren zegt hij *“ben je wat meer in de omgeving, wel bezig”.* Het voegt heel veel toe, vertelt hij. Over een gerichte opdracht vertelt hij *“ik moest met klei iets maken, ik moest eigenlijk van klei niets maken (..) Ik moest mijn gedachten opschrijven die ik tijdens het kleien had (..) Er werd even een spiegel voor je opgehangen, eigenlijk, dat zijn jouw gedachten en hoe ga je daarmee om?”.* De specifieke opdrachten die respondent 2 in de sessies kreeg, hielpen hem om te leren stilstaan bij gevoelens en kon hij ervaren dat die angstige gevoelens konden verminderen of weg konden gaan. Door deze respondent ook specifieke keuzes te laten maken in een thema of met welke schildering hij wilde werken, kon hij leren beter bij zichzelf stil te staan wat zij nodig had. Ook werd het beeldend werken planmatiger om te gaan kijken wat respondent 2 wilde doen en wat hij kwijt wilde.

*Verbale interventies in individuele therapie of het individueel werken in groepstherapie*

Respondent 4 gaf aan dat individuele beeldende therapie voor hem heel wat anders is dan beeldende groepstherapie. Bij individuele beeldende therapie bespreekt respondent 4 samen met de therapeut het beeldend werk. Dat geeft hem inzichten en gaat meer om hoe hij zich voelt en waar hij mee bezig is. *“Dat vind ik moeilijk ook wel, dat is pittig om te zien van jezelf, je ziel bloot te geven (..) dat is, het is lef hebben, ja, je ziel even te laten zien”.* Ook gaf hij aan dat hij geslotener is in beeldende groepstherapie en zegt hij niet alles wat op zijn hart ligt. Ook is hij meer op zichzelf toegewezen, ervaart hij. Respondent 1 denkt dat individuele beeldende therapie de cliënt wel erg zou helpen alleen ziet hij zelf de individuele begeleiding als een soort van beoordeling. De therapeut is in zijn ogen bezig om de cliënten te beoordelen van waarom doe je dat of als je het zo zou doen. Hij heeft zelf nooit individuele beeldende therapie gehad. Budde zegt (1987) dat de therapeut samen met de cliënt de vorm, inhoud en manier van werken gaat bekijken en wordt besproken in de sessies. Verder zegt Budde dat een link kan worden gelegd over zijn manier van werken en de cliënt zelf. Wat kan er worden gezegd over het beeldend werken en kan de cliënt patronen herkennen in zijn manier van werken want dan kan er een verbinding worden gemaakt met andere situaties, ook buiten de therapieën. Het is van belang om de betekenis te achterhalen want als er bewustwording optreedt van deze patronen, is de eerste stap in het veranderingsproces gezet. Door het beeldend proces te verbinden met andere situaties, kunnen ervaringen uit beeldende therapie geïntegreerd worden in de persoon (Budde, 1987). Rogers (geciteerd in Malchiodi , 2005) benoemt dat de manier van actief en empathisch luisteren, een cliënt- gerichte benadering benadrukt. Rogers zegt dat het bij beeldende uitingen centraal gaat om de ervaring en dat de therapeut de mogelijkheid heeft om actief en empathisch te ‘zien’ wat de cliënt wilt uitdrukken in het beeldend werk. Het gaat dan niet om de interpretatie over het werk maar dat het belangrijk is om met ‘voorzichtige’ aandacht te kijken wat de cliënt wilt vertellen. Om dit te bereiken, dient de therapeut ruimte te geven aan de exploratie van het individu door te reflecteren wat er is uitgedrukt in het werk. Dit vraagt voor verdere verheldering van het uitdiepen van de inzicht van zowel de therapeut als de cliënt.

*Medium en verbale interventies in groepstherapie*

De mediuminterventies voor groepstherapie zijn vooral gericht op het sociaal functioneren en het delen van elkaars ervaringen. De verbale interventies wijzen voornamelijk hoe de therapeut de groep kan begeleiden in hun herstelproces en om tot betekenisgeving te komen van de groepsopdrachten.

Budde (1989) zegt over interventies plegen in het algemeen dat de therapeut de groep goed in de gaten moet houden om te kunnen bekijken wat er nodig is voor de ontwikkeling van het proces. Het gaat dan om de sfeer en wat voor thema er speelt op dat moment in de groep, waar de therapeut zijn interventies op afstemt. Soms kan het bedenken van de werkvorm samen met de groep de betrokkenheid van de groepsgenoten bij de behandeling verhogen.

Malchiodi geeft aan dat de therapeut een actieve rol heeft om in groepstherapie richtingen en thema’s te bepalen. De therapeut kan groepsopdrachten te bedenken om met bepaalde doelen aan de slag te gaan, voor het groepsproces of presenteert nieuwe thema´s of problemen voor in de groep. Ook benoemt Malchiodi (2005) dat de therapeut samen met de groep ideeën en zaken kan onderzoeken. Het zou cliënten kunnen helpen om de eigen problematiek te onderzoeken zodat de cliënten ruimte krijgen om stil te staan bij het psychisch lijden van hun psychische aandoening. Door het samen te doen met de therapeut kunnen de cliënten ook meer verantwoordelijk gaan voelen en uiteindelijk zeggenschap krijgen (empowerment) over hun eigen situatie.

Respondent 5 gaf aan in het interview dat het gezamenlijk bespreken van het beeldend werk helpt om weer een beetje inzicht te krijgen en dan neemt hij mee. Respondent 3 vertelt dat hij, bij elkaars werk nabespreken, dingen hoort die hij zelf niet heeft bedacht en dat vindt hij interessant.

Beantwoording Deelvraag 5. *Welke interventies in beeldende therapie leveren een bijdrage aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met EPA?*

De interventies die een bijdrage kunnen leveren aan herstelondersteunende bij cliënten met EPA zijn in dit onderzoek verdeeld in medium en in verbale interventies. Ten eerste is het van belang dat de beeldend therapeut te interventies afstemt op de cliënten. Een mentaliserende houding van de therapeut geeft ruimte om de interventies af te stemmen op de cliënt Ten tweede als het beeldende groepstherapie betreft, is het belangrijk dat het beeldend therapeut contact houdt met de groep en de interventies afstemt op het therapeutisch groepsproces.

Respondent 2 benoemt dat hij het belangrijk vindt dat de beeldend therapeut de groep cliënten op hun gemak moet worden gesteld en dat zij afleiding moeten hebben van hun problematiek. Respondent 4 zegt dat door de ondersteuning en de ‘bijsturing’ van de beeldend therapeut hem lukte om verder te komen in zijn proces. Respondent 4 geeft aan dat individuele therapie hem veel brengt. Respondent 5 benoemt dat hij het sterk vindt dat de beeldend therapeut ziet wat cliënten nodig hebben en daarop (onder andere materialen) afstemmen. Duidelijke en gestructureerde medium interventies kan ruimte geven aan eigen inbreng van cliënten en kan de beeldend therapeut een eerste indruk krijgen. Zo kan hij cliënten goed leren kennen en het begeleiden in hun proces. Respondent 1 vertelt dat de structuur die de beeldend therapeut geeft en de cliënt zelf kan aanbrengen in werken cliënten kan helpen. Het werken met beeldende materialen en die gaan ervaren geven mogelijkheden om nieuwe ervaring op te doen en een veranderingsproces aan te gaan om de eigen patronen te kunnen veranderen. Gerichte opdrachten geven cliënten steun en houvast, ordening een overzicht dat cliënten de opdracht bewust kunnen hanteren wat versterkend en stabiliserend gevoel kan opleveren. Vrije opdrachten geven cliënten mogelijkheden om bepaalde gevoelens die er spelen op het moment te ontladen in het beeldend werken. Dit kan ook zorgen voor sterke confrontatie met de eigen binnenwereld. Materialen en opdrachten die passen bij het onderliggend effect, kunnen helpen om cliënten ondersteunen om de spanning te verminderen. Respondenten geven aan dat gerichte opdrachten helpen om stil te staan bij hun gevoelens en gedachten. Verbale interventies dragen bij dat cliënten zich bewust worden van eigen patronen. Het bewustwordingsproces kan worden gezien als een eerste fase van een veranderingsproces. Door ervaringen in beeldende therapie te verbinden met andere situaties geeft mogelijkheden om ervaringen in de persoon te integreren. Bij medium en verbale interventies in beeldende groepstherapie is het van belang om de interventies afstemmen op groepsproces. Ook zorgen de samenwerkingsopdrachten dat de groepsgenoten ervaringen met elkaar kunnen delen en steun kunnen geven en ontvangen. De therapeut heeft een actieve rol om richtingen en thema’s in beeldende groepstherapie te bepalen, door de groep opdrachten te geven om met concrete doelen aan het werk te gaan. Ook heeft hij de taak om ondersteuning te herkennen in de groep. Door de groep samen te laten werken met therapeut kan de groep cliënten eigen regie gaan voelen en empowerment (eigen kracht) oproepen.

6.6 Resultaten in beeldende therapie: Deelvraag 6. *Wat zijn de resultaten van beeldende therapie bij cliënten met EPA in herstelondersteunende zorg?*

Inleiding

Binnen herstelondersteunende zorg zijn een aantal aspecten waar deze visie om draait zoals hoop krijgen voor de toekomst, het terugkrijgen van controle in het leven, het zelfvertrouwen van cliënten met EPA vergroten en de positie van hun maatschappelijke en sociale rollen herstellen (Brouwers et al., 2013). Hieronder worden resultaten van beeldende therapie in onderzoeken en bij instellingen beeldende therapie in behandelingen worden aangeboden, beschreven. Ook wordt genoemd wat de respondenten in dit onderzoek hebben gedeeld over hun veranderingen.

In de GGZ Richtlijnen benoemt Trimbos (2008) dat er meer onderzoek belangrijk wordt geacht om de resultaten in beeldende therapie te onderbouwen. Vanuit onderzoeksliteratuur worden aanwijzingen benoemt dat beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan verbetering van het sociaal, emotioneel en gedragsmatig functioneren van cliënten.

MBT Nederland (2015) noemt behandelresultaten zoals het verbeteren van het interpersoonlijk en sociaal functioneren. Ook zorgt dat het tot verminderen van crisisopnamen, zelfverwonding en depressieve symptomen. Ook TS (Tentamen Süicide) neemt af. In de intensieve MBT behandelingen wordt beeldende therapie gegeven als vast onderdeel van het programma (De viersprong, MBT Nederland, 2015)

In het onderzoek van Aerts, Busschbach & Wiersma(2011) is gekeken naar de effectiviteit van vaktherapie op het gebied van het psychisch en sociaal functioneren, het kwaliteit van leven en vertrouwen in eigen kunnen. Uit het onderzoek blijkt dat de cliënten na vier maanden tijd significant op vooruit zijn gegaan.

Haeyen (2011) benoemt behandelresultaten dat cliënten verbetering ervaren op het gebied van dagelijks, emotioneel en sociaal functioneren. Cliënten geven aan, in het onderzoek van Haeyen (2011), binnen beeldende therapie bezig te zijn geweest met gevoelens leren uiten, gewerkt aan een positiever zelfbeeld en inzichten en veranderingen op gedrags-, gedachten- en gevoelspatronen.

Op de eerste plaats komt er uit de interviews naar voren dat er bij twee respondenten wel ‘echt’ veranderingen zijn geweest. Respondent 4 kon vertellen dat er veranderingen hebben plaatsgevonden in zijn behandeling waar beeldende therapie een onderdeel van is. Hij vertelde over deze veranderingen vanuit zijn ervaringen in beeldende therapie. Respondent 2 vertelde wel dat er veranderingen waren, alleen kon hij niet benoemen of die komen door beeldende therapie. Bij de andere respondenten is het niet werkelijk over veranderingen gegaan. Ook merkt respondent 2 dat hij minder moeite heeft gekregen met zijn sociale omgeving buiten de GGZ. Alleen hij weet niet of dat specifiek komt door beeldende therapie. Tijdens de observaties merkt de onderzoeker dat respondent 2 opener is geworden. Het contact is oprechter geworden doordat hij beter kan stilstaan wat er speelt bij hem. Hierdoor kon de onderzoeker in rol van de beeldende therapeut de psyche beter in beeld krijgen en beter afstemmen op de cliënt. Op de vraag die aan respondent 4 wordt gesteld tijdens het interview, of hij verschil merkt in het dagelijks leven, gaf hij aan dat hij zich thuis wat meer op zijn gemak voelt. Ook gaf hij aan dat hij uitspreekt waarmee hij zit en dat hij erover kan praten. Zijn sociale omgeving merkt dat het beter gaat met hem.

Respondent 3 merkte in de afgelopen tijd dat hij wat meer enthousiast werd om plannen te maken voor zijn interieur, huis en zijn leven. Op meerdere gebieden kan er een transfer worden gemaakt tussen het proces in beeldende therapie en het dagelijks leven (Haeyen, 2011).

Respondent 4: *“Inzicht, inzicht eigenlijk dus ja, ik ben meer te weten gekomen over mezelf, over welke gedachten ik nu heb”.* De respondent voelt zich psychisch beter, *“ook gewoon gelukkiger wordt van dat zelf ontplooien van jezelf eigenlijk, en daardoor gelukkiger dat ik door één boog kan, door één deur kan”.* Ook gaf hij aan dat zijn klachten meer op de achtergrond zijn komen te staan, *“dat je meer met de dingen bezig bent, is angst minder geworden”.* Ook benoemde respondent 4 dat hij zijn problematiek meer accepteert en ook wat er de afgelopen tijd is gebeurd.

Beantwoording Deelvraag 6. *Wat zijn de resultaten van beeldende therapie bij cliënten met EPA in herstelondersteunende zorg?*

In de interviews komt naar voren dat er bij twee respondenten veranderingen zijn. Respondent 4 kan deze veranderingen vanuit beeldende therapie benoemen. Respondent 2 weet niet of het door beeldende therapie komt. Bij de andere respondenten wordt niet specifiek benoemd In de literatuur worden er resultaten benoemd en dan voornamelijk op het gebied van sociaal functioneren waardoor cliënten met EPA kunnen herstellen van sociaal en maatschappelijk rollen. Ook wordt het zelfvertrouwen vergroten benoemd wat het kwaliteit van leven bevorderd. Verder zijn er geen resultaten in de literatuur gevonden waar duidelijk wordt dat beeldende therapie de regie van cliënten vergroot om meer controle te krijgen in hun leven.

**Hoofdstuk 7 Conclusie**

In deze hoofdstuk wordt op de volgende onderzoeksvraag in dit onderzoek beantwoord: *‘Op welke wijze kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan herstelondersteunende zorg bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen om aan hun herstelproces te kunnen werken?’.*

Dit onderzoek laat zien dat de werkwijze van beeldende therapie aansluit bij de kenmerken van herstelondersteunende zorg waardoor duidelijk wordt wat de bijdrage kan zijn van beeldende therapie in herstelondersteunende zorg.

Het eigen verhaal, empowerment en de eigen ervaringskennis zijn de drie kenmerken die centraal staan in het herstelproces. Kenmerkend voor herstelprocessen is het doorbreken van stilstand. Bij beeldende therapie worden cliënten uitgedaagd door de beeldende materialen om iets te gaan creëren waardoor het beeldend proces kan plaatsvinden. Door het natuurlijke karakter van beeldende therapie kunnen cliënten door middel van een beeldend werkstuk gecreëerd zich laten zien. Zo ervaren en ontdekken de cliënten dat zij tot handelen in staat zijn. Er wordt zo ruimte gecreëerd waarin het eigen verhaal en de eigen problematiek zichtbaar wordt. Het eigen verhaal geeft informatie over de persoon en de wijze waarop hij omgaat met zijn problematiek. Het beeldend is staat analoog aan het psychische functioneren waar het denken, voelen en handelen in relatie staat tot hun problematiek zichtbaar

Door het beeldend werken met materialen worden cliënten gedwongen om keuzes te maken waardoor cliënten hun eigen manier van vormgeving kunnen ontdekken. In het eigen beeldend werk gaan cliënten de eigen vormgeving en keuzes zien, wat zelfbevestigend kan werken. Zo wordt de eigenheid van cliënten getoond en dat kan het gevoel van de eigen regie en autonomie van cliënten weer vergroten. Het ontdekken van de eigen manier van vormgeving zorgt dat cliënten (nieuwe) uitingsvormen en ervaringen kunnen opdoen. Dit vraagt om inzet, discipline, (zelf)controle, concentratie en geduld. Deze nieuwe uitingsvormen kunnen gevoelens van angsten en conflicten oproepen die niet altijd eenvoudig zijn maar tegelijkertijd kan het de cliënten eigen kracht en vreugde geven. Cliënten kunnen hun eigen capaciteiten gaan ontdekken en hun ego kan worden versterkt.

Belangrijk is om eigen patronen die zichtbaar worden in het beeldend werken te bespreken zodat zij bewust worden van patronen. Het bewustwordingsproces kan worden gezien als een eerste fase van een veranderingsproces om de eigen patronen te kunnen veranderen. Dat maakt dat een veranderingsproces kan plaatsvinden. Dit kan zelfgevoel versterken, zelfstandigheid en eigen initiatief, bevorderen en zelfvertrouwen vergroten. Het beleven en het gebruik van materialen intensiveert het veranderingsproces.

Tot handelen komen kan het zelfvertrouwen laten groeien en dit kan leiden tot het vergroten van de eigen regie. Door dit te bereiken kunnen cliënten uiteindelijk meer eigen regie in hun leven nemen c.q. krijgen, wat één van de belangrijkste doelstelling is van herstelondersteunende zorg. In het beeldend proces kunnen cliënten bepalen hoe het herstelproces verloopt en zo eigen regie en verantwoordelijkheid kan gaan voelen. Door het theoretisch vaktherapeutisch analoog procesmodel wordt, zoals reeds vermeld, gesteld dat het beeldend proces analoog is aan het psychisch functioneren van cliënten. Zo kan worden gezegd dat de veranderingsprocessen in beeldende therapie analoog lopen aan het dagelijks leven.

Ervaringskennis is de kennis die cliënten hebben opgebouwd door de tijd heen en geeft ondersteuning aan zichzelf en aan anderen. Om herstel mogelijk te maken, gaat men hun eigen ervaringskennis benutten om vervolgens tijdens het herstelproces de kennis te verdiepen en te ontwikkelen. Er ontstaat in beeldende groepstherapie mogelijkheden om ervaringen te delen in de groep waardoor cliënten onderling steun van elkaar kunnen ontvangen. Door de samenwerkingsopdrachten kunnen cliënten Door het nabespreken van het beeldend werk van de cliënten worden er meerdere perspectieven verkregen van zowel de groepsgenoten als de beeldend therapeut. De MBT methode in beeldende therapie draagt bij dat cliënten kunnen gaan mentaliseren wat bepaalde situaties betekenen en kan de problematiek beter worden begrepen door de cliënten. Ook zorgt de methode dat er in de groep meerdere perspectieven duidelijk worden. Uit de literatuur wordt duidelijk gesteld dat door meerdere perspectieven cliënten anders gaan kijken naar hun eigen problematiek. Empowerment is nodig om herstel mogelijk te maken. Het gaat om het ontwikkelen van mogelijkheden en het benutten van de eigen kracht om te kunnen leven met de beperkingen van de psychische aandoening. Uit de literatuur wordt gesteld dat beeldende therapie kan leiden tot inzichten en gedragsveranderingen bij cliënten, wat een belangrijk aspect is voor het herstelproces.

Zoals uit voorgaande blijkt staan de kenmerken van herstelondersteunende zorg met elkaar in verbinding en kunnen zij elkaar bekrachtigen. Dit geldt ook voor beeldende therapie. Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat bijvoorbeeld door het handelen, dit naar eigen kracht kan leiden. Zo wordt het zelfvertrouwen vergroot en leidt dit tot meer verantwoordelijkheid en autonomie.

In beeldende therapie zijn meerdere aspecten van herstelondersteunende zorg al enige tijd een belangrijk gegeven geweest. Dit wordt mede duidelijk doordat de literatuur, die in dit onderzoek is gebruikt, al dateert vanaf de jaren ’60. Hierin wordt helder hoe de beeldend therapeut de samenwerking met de cliënt aangaat. Er wordt gekeken naar wat cliënt en nodig heeft voor hun proces. Daarnaast werd er ook gekeken naar wat de cliënten wel konden in plaats van alleen te kijken naar het ziektebeeld van de cliënt.

In de interviews met de respondenten geeft ieder op zijn eigen manier aan wat beeldende therapie betekent voor hen. De resultaten verschillen per respondent. Een van de geïnterviewde merkt dat de omgang met anderen minder moeite kost, alleen weet hij niet of deze verandering komt door beeldende therapie. Een andere respondent benoemt vanuit beeldende therapie dat er veranderingen zijn op het gebied van kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Een belangrijk aspect binnen herstelondersteunende zorg is dat cliënten steeds meer kunnen stilstaan bij wat hij nodig heeft in zijn herstelproces. Een andere respondent geeft aan dat hij overzicht en structuur nodig heeft in zijn situatie. Dit denkt hij niet te kunnen halen bij beeldende therapie. Ook denkt hij dat het niet de bedoeling is om heel diep in de problemen te gaan kijken bij beeldende therapie. Dit is wel een wens van deze respondent aangeeft omdat hij aangeeft dieper in zijn problematiek te willen kijken. Een aantal respondenten (drie van de vijf respondenten) geeft duidelijk aan dat het beeldend werken en het werken met materialen bijdraagt aan het feit dat zij kunnen stilstaan bij hun emoties en gevoelens. Tevens geven zij aan die kwijt te kunnen tijdens het beeldend werken. Er wordt benoemd dat het nabespreken van het beeldend werk inzicht geeft over eigen problematiek. De ondersteuning van de beeldend therapeuten draagt bij dat de respondenten verder kunnen in hun proces.

Het herstelproces van cliënten met ernstige psychische aandoeningen kan door de beeldend therapeut worden gefaciliteerd. De bedoeling is cliënten zo optimaal mogelijk te ondersteunen en te stimuleren in het proces. Creatieve therapie richt op de totale ontplooiing van cliënten. De therapeut stelt zich in de werkrelatie met de cliënt op als een totaal, geïntegreerd en oprecht persoon op. De therapeut is zichzelf voortdurend bewust van zijn eigen handelen en door hierop te reflecteren, wordt in het hier en nu de samenwerking aangegaan. Door de cliënt te zien en accepteren als geheel persoon, verplaatst de therapeut zich invoelend in de cliënt. Deze aspecten worden voor een goed verloop van de behandeling belangrijk geacht. Een goede behandeling zorgt dat er ruimte wordt gecreëerd voor herstel en kan voor het herstelproces van de cliënt een hele belangrijke bijdrage leveren. De therapeut sluit aan door er te’ zijn’ voor de cliënt, bij het herstelproces, het proces te volgen en er te blijven.

Hij ondersteunt wat ervoor kan zorgen dat cliënten tot hun eigen kracht kunnen komen en dit kan weer de autonomie vergroten. Door attitude van de beeldend therapeut kan er vertrouwen worden gegeven aan de cliënten waardoor hoop kan ontstaan. Dit kan zorgen dat cliënten nieuwe leerervaringen kunnen opdoen.

Er kan worden geconcludeerd dat beeldende therapie in de tweede fase van het herstel moet worden ingezet want dan komt de vraag hoe er met de aandoening geleefd kan worden. Dan staat contact maken met jezelf centraal en gaat het er om met de symptomen te leren omgaan. Beeldende therapie biedt vanaf deze fase de cliënten de mogelijkheid om aan hun herstelproces te werken. De derde fase gaat het om dat cliënten gaan beseffen dat zij kunnen omgaan met de aandoening. Zo ontstaat er ruimte om hun kwetsbaarheden, de uitzichten en hun eigen kracht te leren kennen. Ook het contact aangaan met anderen en de eigen ik (her)pakken. Vervolgens staat de aandoening in de vierde fase vaker op de achtergrond waardoor het ontdekken en het opbouwen van een nieuwe ik, herpakken en ontdekken van (nieuwe) sociale rollen en het contact aangaan is kenmerkend voor deze fase. In de vierde fase staat de aandoening steeds vaker op de achtergrond. Op dat moment is er ruimte ontstaan voor het ontdekken en inzetten van de eigen mogelijkheden en capaciteiten maar ook om verbondenheid te voelen met de ander. Er kunnen (nieuwe) doelen worden gesteld, rekening houdend met de stoornis. Zo staat de psychische aandoening niet meer op de voorgrond.

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat beeldende therapie een essentieel onderdeel kan zijn voor herstelondersteunende zorg. Beeldende therapie stimuleert de sterke kanten van cliënten met EPA, empowert cliënten door de cliënten eigen regie te geven in het beeldend werken en wordt het vertrouwen in eigen kracht vergroot. Beeldende therapie is door het ervaringsgericht werken en het handelen een toegevoegde waarde voor herstelondersteunende zorg in de GGZ. Beeldende therapie sluit zo goed aan bij de kenmerken van herstelondersteunende zorg waardoor beeldende therapie een ideale invulling in de behandeling van cliënten met EPA zou kunnen zijn.

**Hoofdstuk 9. Aanbevelingen**

Op basis van dit onderzoek zou een vervolgonderzoek passend zijn waar meer cliënten met EPA als respondenten worden gevraagd. Dit is aan te bevelen om duidelijk en concreet beeld te krijgen wat cliënten precies in beeldende therapie kunnen bereiken. Vooral omdat het in de praktijk lastig blijkt te zijn om herstelondersteunend te werken (Brouwers et al., 2013). Dit huidig onderzoek is gebaseerd op literatuuronderzoek waarbij is onderzocht hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan herstelondersteunende zorg met een relatief klein aandeel voor de inbreng van cliënten met EPA.

Het vervolgonderzoek zou dan een responsief onderzoek kunnen zijn waar cliënten beeldende therapie krijgen. En via interviews en participerende observaties zullen er datagegevens kunnen worden verzameld vanuit cliëntperspectief. Ook is het aan te bevelen om de cliënten zo mogelijk een langere tijd volgen om een completer beeld te krijgen. Een onderzoeksdesign met een controlegroep is, aan te raden. De controlegroep zal dan geen beeldende therapie krijgen maar bijvoorbeeld activiteitenbegeleiding. Zo kan er meteen worden onderzocht wat voor therapeutische effecten beeldende therapie oplevert.

In dit onderzoek komt uit de interviews naar voren dat cliënten niet echt bewust zijn wat zij kunnen bereiken in beeldende therapie. Als voorbeeld wordt in het interview met Respondent 5 duidelijk dat hij overzicht en structuur nodig heeft in zijn leven. Hij denkt dit niet te kunnen onderzoeken en te kunnen bereiken bij beeldende therapie. Hij dacht ook dat dieper in zijn problematiek gaan kijken niet de bedoeling is in beeldende therapie. Hij zou dit wel graag willen doen en geeft dat als wens aan in het interview. In herstelondersteunende zorg is het juist belangrijk en het doel dat cliënten eigen regie gaan nemen, ondersteuning gaan vragen en hulpbronnen gaan aanspreken om aan zijn herstel te kunnen werken. Dan kan, in dit voorbeeld, deze cliënt (mede) de richting van zijn behandeling gaan bepalen.

Om te zorgen dat cliënten weten wat beeldende therapie precies inhoudt, zal er meer inhoudelijke bekendheid over beeldende therapie bij cliënten moeten komen.

Trimbos stelt in de GGZ Richtlijnen (2008) dat er meer onderzoek nodig is om resultaten van beeldende therapie systematisch te kunnen onderbouwen. Wel wordt benoemd dat er aanwijzingen zijn dat beeldende therapie een bijdrage levert aan het verbeteren van het sociaal, emotioneel en gedragsmatig functioneren bij het behandelen van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Deze doelgroep valt onder de ‘definitie’ EPA. Trimbos verwijst naar meerdere bronnen waar beeldende therapie als belangrijk middel wordt gezien om onder anderen het gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen en autonomie bij cliënten te vergroten, dit met het doel om in contact te komen met cliënten en hun problematiek. In herstelondersteunende zorg staan zoals eerder benoemd, een aantal doelstellingen centraal waar het draait om hoop krijgen, een gevoel van controle terugkrijgen, zelfvertrouwen vergroten en het herstellen van maatschappelijke en sociale rollen (Brouwers et al., 2013). Daarom zou beeldende therapie een ideale invulling van herstelondersteunende zorg zijn voor cliënten met EPA.

**Bijlage I Bibliografie**

Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4),* (p.11-23).

Aarts, P.M. (2013). *Expressie en emoties binnen beeldende therapie. Wat je aandacht geeft groeit.* Kwalitatief onderzoek. Hogeschool Utrecht.

Aerts, L.C., van Busschbach, J.T. & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland. Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandeleffecten en tevredenheid van patiënten met*

*vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg.* Groningen: RGOc

Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie.* Utrecht: EFP Oostvaarderskliniek.

Bales, D., Luyten, P. & Smits, M. (2015). Ontdekken ‘how the mind works’ De reis van een patiënt binnen Mentalization-Based Treatment. *Tijdschrift voor Psychotherapie 2015 (41),* 04. (p.254-270).

Baarda, D.B. (2014). *Dit is onderzoek.* Groningen- Houten: Noordhoff Uitgeverij.

de Boer, F., de Graaff, T & Schoot, T. (2015, 11 april). Beeldende therapie bij tinnitus. Leren omgaan met een chronische klacht. p. 37-42. Geraadpleegd op <http://www.ggmd.nl/wordpress/wp-content/uploads/2014/10/Beeldende-therapie-bij-tinnitus.pdf>

Bolk, F. (1987). Vrije en gerichte beeldende expressie in relatie tot psychiatrie. *Tijdschrift voor kreatieve therapie, (4),* (p.94-98).

Bosch, A. van den. & Kruijf, C. de. (2009). De attitude van de vaktherapeut. Een inventarisatie in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor vaktherapie, 4,* (05), 19-26.

Boumans, J., van Nicole, E., van Hoof, F. & Muusse, C. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos Instituut.

van de Broek, S., Hulpiau, K. & Tibau, E. (2007). Hoofdstuk Beeldende therapie met borderlinepatiënten. *In Hebbrecht, M & Willemsen (Red.), De borderlinepatiënt in dagbehandeling. Over mentalisatie in een psychoanalytisch steunend milieu.* (p.133-148). Apeldoorn-Antwerpen: Garant Uitgevers

Brouwers, E.P.M. & Gestel-Timmermans, H. van. & Nieuwenhuizen, C. van. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk 5,* (4), (p.14–17).

Budde, E. (1987). Gewoon er zijn. *Tijdschrift voor kreatieve therapie (6),* (p.36-38).

Budde, E. (1989). *Creatieve therapie in praktijk.* Deventer: van Loghum Slaterus.

Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen. Creatieve werkvormen en methodieken.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Chrispijn, J. (2001). Hoofdstuk 5 Een kasteel van klei. *In Schweizer (Red.). In beeld. Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Corem, S., Regev, D. & Snir, S. (2015). Patients’Attachment to Therapists in Art Therapy Simulation and their Reactions to the Experience of Using Art Materials. *The Arts in Psychotherapy, (2015),* http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.04.006

Desain, L., Driessen, E., Holten, J., Huber, M., Passavanti, E., Sedney, P. & Vado Soto, X. (2013). *Begrippenkader Ervaringsdeskundigheid en aanverwante begrippen. Who knows?!.* Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Outreachend werken en innoveren.

Delespaul, P.H. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie 55, (2013),* (p.427-437).

Delfstra, G. & Peeters, G. (2011) Mentalisatie bevorderende therapie (MBT) in de groep. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 1,* (37), p. 5-17.

Dröes,  J. & Plooy, A. (2012). Hoofdstuk 9. Herstelondersteunende zorg in Nederland: een vergelijking met Engelstalige literatuur. *In Dröes, J. en C.Witsenburg (Red.), Herstelondersteunende Zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen.* (p.99-110). Amsterdam: SWP.

Dröes,  J. (2012). Hoofdstuk 6. Behandeling en rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. *In Dröes, J. en C.Witsenburg (Red.), Herstelondersteunende Zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen.* (p.70-79). Amsterdam: SWP.

GGZ Nederland. (2012). *GGZ- agoog beroepscompetentieprofiel HBO.* Amersfoort: GGZ Nederland.

Grabau, E. & Visser, H. (Red.). (1987). *Creatieve therapie. Spelen met mogelijkheden.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Habraken, J.H.M. (2014). *Bronvermelding volgens de richtlijnen van de APA.Handleiding.* Tilburg University. http://itswww.uvt.nl/lis/es/apa/apa-handleiding.pdf.

Haeyen, S . (2004). Product beeldende therapie. Traumabehandeling. Beeldende groepstherapie. FVB-NVBT.

Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek.* Antwerpen- Apeldoorn: Garant.

Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapievragenlijst.* Antwerpen – Apeldoorn: Garant.

Hamming, J. (2009). Gevoelens in beeld: De therapeutische kracht van beelden en beeldend bij het stimuleren van het mentaliserend vermogen. *Tijdschrift voor Vaktherapie, (3),* (p.9-16).

van Hooren, S. (2013). *Vaktherapie: de kunst van het balanceren. Bewegen tussen wetenschap en praktijk.* (p.3-34). Heerlen: KenVAk Publishers.

Johns, S. & Karterud, S. (2004). Guidelines for Art Group Therapy as a Part of a Day Treatment Program for Patients with Personality Disorders. *The Group Analytic Society (London), Volume 37(3),* (p.419-432). doi: 10.1177/533316404045532

Kaarsemaker-Verfaille, M (2009). Mentalization-Based Treatment: Voor vaktherapeuten ook de nieuwste trend?. *Tijdschrift voor Vaktherapie, (2),* (p.23-29).

Kal, D., Post, R., & Scholtens, G. (2012). *Meedoen gaat niet vanzelf. Kwartiermaken in theorie en praktijk.* Amsterdam: Tobi Vroegh.

Lange, F. (2014). *Drie Perspectieven. De praktijkanalyse ‘Schurende perspectieven’.* Hogeschool van Amsterdam.

Lange, F. (2015). *Essay. De ontmoeting via het medium in de groep.* Hogeschool Utrecht.

MBT Nederland. (2015, 24 augustus). MBT behandelprogramma’s. Geraadpleegd op http://www.mbtnederland.nl/professionals/mbt-behandelprogramma-s/

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

Moon, C.H. (2010). *Materials & media in Art therapy.* New York/ London: Routledge Taylor&Francis Group.

Müller, F. & Termorshuizen, R. (2013). *Beeldende therapie en mentalisation treatment in ontwikkeling. Een bewogen zoektocht.* Inventariserend onderzoek. Hogeschool Zuyd.

Pénzes, I. (z.j.). *Materiaalhantering in Beeldend Therapeutisch Observatie.* werkdocument.

Pénzes, I., Hooren, S. van., Dokter, D., Smeijsters, H. & Hutschemaekers, G. (2014). Material interaction in art therapy assessment. *The Arts in Psychotherapy, 41,* (p.484-492). http://dx.doi.org/10.1016/j.aip2014.08.003

van den Bosch, A. & de Kruijf, C. (2009). De attitude van de vaktherapeut. Een inventarisatie in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor vaktherapie, (4),* (p.19-26).

Phrenos, K. (2015, 6 januari). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* Geraadpleegd op <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/de-brug-pva-epa/>

Schweizer, C. (2009). Handboek beeldende therapie. Uit de verf. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2001). Indicatiestelling voor creatieve therapie. *Psychopraxis, (2001),* 03:1-4. doi 10.1007/BF03071886

Smeijsters, H (2008). *Handboek Creatieve therapie.* Bussum: Couthino.

Smeijsters, H. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. *Tijdschrift voor vaktherapie, (2010/1),* (p.9-17).

Smeijsters, H. et al. (2011). Arts therapies for young offenders in secure care- A practice-based research. *The Arts in Psychotherapy, (2011),* (p.41-51). doi:10.1016/j.aip.2010.10.005

Te Rietmole, M. (2004). Product beeldende therapie. Op je gemak onder de mensen. FVB-NVBT.

Trimbos Instituut. (2008). Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (1.0). geraadpleegd op http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1547&richtlijn\_id=66. Utrecht.

Trimbos Instituut. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen.* Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht.

Verfaille, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie.* Antwerpen- Apeldoorn: Garant uitgevers.

de Viersprong. (2015, 24 augustus). MBT- behandelingen. Geraagdpleegd op http://www.deviersprong.nl/paginas/225-ambulante-en-deeltijdbehandeling-mbt-voor-volwassenen-amsterdam.html

Willemars, G. (2014). *Reader Praktijkgericht Onderzoek. Creatieve therapie.* Hogeschool Utrecht: Amersfoort.

**Bijlage II Gedragscode in Praktijkgericht onderzoek in HBO onderwijs.**

1. Onderzoekers aan het HBO dienen het professionele en maatschappelijke belang.

De onderzoeker is zelf twee jaar werkzaam in de GGZ en is op de hoogte van de praktijk. In de GGZ is herstelondersteunende zorg een heel actueel thema waar dit onderzoek zich op richt. Daarnaast is het belangrijk voor verdere profilering van het vakgebied beeldende therapie in het werkveld, de GGZ. Als eindproduct is een artikel geschreven over de resultaten uit het onderzoek die voor meerdere disciplines zijn geschreven om beeldende therapie duidelijk in kaart te brengen.

Voor maatschappelijk belang is dit onderzoek interessant dat er is onderzocht hoe cliënten met EPA aan hun herstelproces kunnen werken in beeldende therapie binnen herstelondersteunende zorg.

2. Onderzoekers aan het HBO zijn respectvol.

De gegevens van de interviews zijn anoniem verwerkt in het onderzoeksverslag. De onderzoeker werkt als beeldend therapeut (in opleiding) in de GGZ en is op de hoogte van de regelgeving betreft het rapporteren en privacy van cliënten.

3. Onderzoekers aan het HBO zijn zorgvuldig.

De onderzoeker is in eerste instantie op de hoogte gebracht over het uitvoeren van een onderzoek door de Hogeschool Utrecht. In een verder stadium heeft de onderzoeker zich verdiept in de onderzoeksliteratuur om zo passend mogelijk onderzoeksmethode gekozen in relatie met de probleemstelling en tot beantwoording te komen van de hoofdvraag van dit onderzoek (Migchelbrink, 2010). De verzamelde data is met alle zorgvuldigheid bewaard. De literatuurbronnen zijn verzameld op het gebied van herstelondersteunende zorg en beeldende therapie en geraadpleegde databronnen zijn zorgvuldig geregistreerd in de bibliografie van dit onderzoek, volgens de richtlijnen van de APA (Habraken, 2014).

4. Onderzoekers aan het HBO zijn integer.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is er nauw contact geweest met de praktijk. Er is een evaluatiegroep gevraagd voor feedback over het eindproduct om de geloofwaardigheid en de bruikbaarheid te toetsen en te verhogen.

5. Onderzoekers aan het HBO verantwoorden hun keuzes en gedrag.

De onderzoeker geeft verantwoording voor alle gemaakte keuzes in het onderzoeksverslag: Beeldende therapie in herstelondersteunende zorg.