
SYSTEEMGERICHT WERKEN MET VOLWASSENEN IN BEELDDE THERAPIE BINNEN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Een kwalitatief inventariserend praktijkgericht onderzoek naar de
toegevoegde waarde van systeemgericht werken in beeldende
therapie en het effect op de behandeling en re-integratie van de cliënt

| Focus op eindproduct |



Samenvatting

Voor u ligt een kwalitatief en praktijkgericht onderzoek, voldaan binnen de kaders van de forensische psychiatrie (FP). Dit onderzoek is gedaan aan de hand van de visie van beeldend therapeuten over de mogelijke waarde van systeemgericht werken binnen de beeldende therapie in de forensische psychiatrie. Er zijn verschillende methodes binnen de beeldende therapie die uitgeschreven zijn voor systeemgerichte behandelingen, deze zijn echter ieder gericht op een doelgroep van jonge kinderen en/of adolescenten en hun ouders. Systeemgericht werken wordt nu langzamerhand geïntegreerd binnen de FP-instellingen en onderzoek wijst uit dat dit, opnieuw voor de jonge doelgroep, positieve invloed heeft op de re-integratie en recidive voorkomt. Dit onderzoek bekijkt op welke manier beeldende therapie systeemgericht kan werken met een volwassen doelgroep binnen de FP en wat de invloed hiervan is op de behandeling en de re-integratie van de cliënt. In het onderzoek is informatie gehaald uit de praktijk en literatuurstudie om de hoofdvraag te beantwoorden. De resultaten hiervan kunnen een handvat bieden voor beeldend therapeuten, maar ook systeemtherapeuten werkend met volwassen in de FP.

De behaalde resultaten verduidelijken de meerwaarde van systeemgericht werken binnen de FP en geven aan dat dit de behandeling zal versterken en recidive zal voorkomen. De behandeling wordt versterkt doordat systeemgericht werken binnen beeldende therapie de *sociale interactie*, een van de veel voorkomende transdiagnostische factoren binnen de FP, van cliënten zal vergroten. Dit is een factor die de cliënt helpt om succesvol te re-integreren in de samenleving en door het gezin te betrekken binnen de beeldende therapie wordt deze als beschermde factor ingezet en vergroot. De resultaten wijzen uit dat een effectieve systeembenadering een behandelinterventie is waarbij een beeldend therapeut en systeemtherapeut samenwerken als co-therapeut. In deze interventie wordt binnen de beeldende therapie gewerkt aan de *sociale interactie*, binnen het gezin als geheel. Dit wordt bewerkstelligd door verschillende beeldende werkvormen die gericht zijn op het verbeteren van de communicatie, interactie en samenwerking. Daarnaast wordt gewerkt aan het ervaren van de persoonlijke gezinsrol, het creëren van een veilig klimaat, plezier hebben, rekening houden met elkaars grenzen en gevoelens en het doorbreken van negatieve patronen.

English summary

This is a qualitative and practice-oriented study, fulfilled within the framework of forensic psychiatry. This research is based on the vision of visual therapists about the possible value of systemic work within art therapy in forensic psychiatry (FP). There are several methods within art therapy that are written for system-oriented treatments, however, these are each aimed at a target group of young children and/or adolescents and their parents. Systemic work is now gradually being integrated within FP institutions and research shows that, again for the young target group, this has a positive influence on reintegration and prevents relapses. This research investigates in what way art therapy can work systemically with an adult target group within forensic FP and what the influence is on the treatment and reintegration of the client. In the research, information was gathered from practice and from a literature study to answer the main question. The results can provide therapeutic tools for art therapists, but also for system therapists working with adults in FP.

The results clarify the added value of system-oriented work within the FP and indicate that this will strengthen the treatment and prevent relapse. The treatment is strengthened by the fact that systemic work within art therapy will increase the *social interaction*, one of the common transdiagnostic factors within FP, of clients. This is a factor that helps the client to reintegrate successfully into society and by involving the family in the art therapy sessions they are used as a protective factor. The results show that an effective systemic approach is a treatment intervention in which an art therapist and systemic therapist work together as co-therapists. In this intervention, art therapy is used to work on the *social interaction* within the family, seen as a unit. This is achieved through various creative exercises that are aimed at improving communication, interaction, and cooperation. In addition, they are focused on experiencing the personal family role, creating a safe climate, having fun, taking each other's boundaries and feelings into account, and changing negative patterns.

Voorwoord

Tijdens mijn studie en stagetijd heb ik een liefde ontwikkeld voor het werken met de forensische doelgroep. Mijn maatschappelijke betrokkenheid en motivatie voor effectieve behandelingen ontwikkelde de visie dat er nog te veel gericht is op de individuele behandeling van de cliënt en er te weinig tijd geïnvesteerd wordt in groeps- en systeemgerichte behandelingen binnen de forensische psychiatrie. Binnen deze visie zie ik veel potentie in het vaktherapeutische aanbod en heb ik ervaren wat de waarde is van beeldende therapie voor de cliënten binnen de forensische psychiatrie. De motivatie voor het verbeteren en toevoegen van mijn visie binnen het werkveld, wilde ik mijn afstudeeronderzoek doen naar een onderwerp waar ik persoonlijk achter sta en waar ik toekomst in zie. Dit bracht mij op systeemgericht werken in beeldende therapie met de volwassen cliënten, die zich bevinden in de forensische psychiatrie.

Ik wil hier graag de tijd nemen om mijn opdrachtgevers en eerdere stagebegeleiders, de beeldend therapeuten van *Inforsa* te bedanken voor het steunen en motiveren van mijn ontwikkeling. Maar vooral voor het enthousiasme, vertrouwen en de vrijheid die zij mij hebben gegeven. Daarnaast wil ik mijn consulent bedanken voor het meedenken, kritisch kijken en ervoor zorgen dat ik niet in zeven sloten tegelijk liep. Hierbij wil ik ook de respondenten bedanken voor het delen van hun ervaringen en expertises vanuit de praktijk.

Vanwege privacy redenen zijn er voor deze publicatie verschillende onderdelen verwijderd. Dit betreft het overgrote deel van de bijlage met onder andere de transcripties.

Inhoud

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Inhoudelijke oriëntatie	6
1.1 Doelgroep	6
1.1.1 Stoornis en beperking.....	6
1.2 Transdiagnostische factoren	7
1.3 Het gezin en de cliënt	7
1.3.1 Invloed van systeem.....	7
1.3.2 Sociale isolatie.....	7
1.4 Systeemtherapie en Vaktherapie	8
1.4.1 Syteemtherapie	8
1.5 Kunstdiscipline en het systeem	9
Hoofdstuk 2 Onderzoekskwestie	11
Hoofdstuk 3 Onderzoeksvragen	12
3.1 Hoofdvraag	12
3.2 Deelvragen	12
3.2.1 Deelvraag 1	12
3.2.2 Deelvraag 2	12
3.2.3 Deelvraag 3	12
3.2.4 Deelvraag 4	12
3.2.5 Deelvraag 5	12
3.3 Doelstelling	12
Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethode	13
4.1 Onderzoeksbenadering	13
4.2 Onderzoekstype	13
4.3 Databronnen en dataverzamelingstechnieken	13
4.4 Dataverzamelingsmethode en data-analyse	14
4.5 Kwaliteitscriteria.....	14
Hoofdstuk 5 Beantwoorden Hoofd- en Deelvragen.....	15
5.1 Deelvraag 1	15
5.1.1 Interviews.....	15
5.1.2 Literatuur.....	15
5.1.3 Conclusie	16
5.2 Deelvraag 2	17
5.2.1 Interviews.....	17
5.2.2 Literatuur.....	18
5.2.3. Conclusie	18
5.3 Deelvraag 3	19
5.3.1 Interviews.....	19
5.3.2 Literatuur.....	19

5.3.3. Conclusie	20
5.4 Deelvraag 4	21
5.4.1 Interviews.....	21
5.4.2 Literatuur.....	22
5.4.3. Conclusie	23
5.5 Deelvraag 5	24
5.5.1 Interviews.....	24
5.5.2 Literatuur.....	25
5.5.3. Conclusie	25
Hoofdstuk 6 Conclusie.....	27
6.1 Systeemgerichte benadering in beeldende therapie	27
6.1.1 Behandelinterventie	27
6.2 Versterken van behandeling & invloed op re-integratie	28
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen.....	29
7.1 Aanbeveling voor de praktijk	29
7.2 Aanbeveling voor de beroepsontwikkeling	29
7.3 Aanbeveling voor de opdrachtgever	29
Literatuurlijst	30
Bijlagen	33
Begrippenlijst	33
1. Codering	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2. topiclijst interviews	34
Beeldend therapeut	34
Systeemtherapeut.....	34
3. Transcripties	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Beeldend therapeuten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Systeemtherapeut.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Inleiding

Aanleiding

Voor u ligt het onderzoek 'Systeemgericht werken met volwassenen in de beeldende therapie in de forensische psychiatrie'. Dit onderzoek is tot stand gekomen dankzij mijn stage in de forensisch psychiatrische kliniek (FPK), *Inforsa*. Ik ging hier aan de slag als beeldend vaktherapeut en merkte bij mijn cliënten dat 'het gezin' als thema in de therapie vaak naar voren kwam. In combinatie met delicten die waren gepleegd, of in de verloopplanning, maar ook in de coping strategieën die cliënten lieten zien in het beeldend werk. Ik had in deze tijd veel contact met de systeemtherapeut, die net was gestart. In de gesprekken die ik met haar voerde en met de andere beeldend therapeuten, kwamen er steeds meer vragen naar boven over de mogelijkheden die er waren voor systeemgericht werken binnen de instelling. Ik merkte vooral dat de inzichten en werkvormen die wij inzetten in de beeldende therapie, een aanvulling waren in het systemisch denken. Door dit onderwerp meer aan te kaarten en het er meer over te hebben, kwam de behoefte die er was vanuit de systeemtherapie en beeldende therapie binnen de instelling meer op de voorgrond. Dit wekte mijn interesse en ik besloot er mijn onderzoeksonderwerp van te maken. Mijn opdrachtgevers zijn dan ook de beeldend therapeuten binnen *Inforsa*. De intentie was het onderzoeken van de mogelijkheden binnen beeldende therapie in deze specifieke setting met een systeemgerichte benadering.

Mijn onderzoeksvraag luidt als volgt:

Op welke manier kan een systeemgerichte benadering in beeldende therapie in de forensische psychiatrische instellingen met een doelgroep van volwassenen, de behandeling van de cliënt en de re-integratie in de maatschappij versterken?

Leeswijzer

- *Hoofdstuk 1:* Dit hoofdstuk is een oriëntatie op het onderwerp. De noodzakelijke informatie is samengevoegd in een overzichtelijke inleiding met basiskennis over het onderzoeksonderwerp.
- *Hoofdstuk 2:* Dit hoofdstuk is een samenvatting van de informatie vanuit de inhoudelijke oriëntatie en maakt duidelijk hoe dit onderzoek aansluit bij de behoefte vanuit de praktijk. Er wordt ingezoomd op micro-, meso- en macroniveau.
- *Hoofdstuk 3:* In dit hoofdstuk worden de hoofdvraag, deelvragen en de doelstelling van het onderzoek geformuleerd.
- *Hoofdstuk 4:* Dit hoofdstuk beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode. Hierin worden de stappen uitgelegd en onderbouwd.
- *Hoofdstuk 5:* Dit hoofdstuk geeft antwoord op de gestelde deelvragen. Deze antwoorden komen voort uit het onderzoek (dat verricht is). Allereerst wordt de informatie beschreven vanuit verschillende bronnen, waarna deze antwoorden worden samengevoegd tot een conclusie.
- *Hoofdstuk 6:* In dit hoofdstuk worden de antwoorden van de deelvragen samengevoegd, waaruit het antwoord op de hoofdvraag beschreven en geconcludeerd wordt.
- *Hoofdstuk 7:* Dit hoofdstuk doet aan de hand van de gevonden resultaten, een aanbeveling voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en de opdrachtgever.
- *Bijlage:* De bijlagen bevatten al het onderzoek dat gedaan is, de interviews, de transcripties, de data-analyse en een begrippenlijst.

Omdat dit onderzoek zich richt op vaktherapeuten en systeemtherapeuten wordt er gebruik gemaakt van de benaming 'cliënten' niet van 'patiënten'. Ook wordt de cliënt, indien nodig geïdentificeerd als man. Dit is voor het leesgemak en omdat de doelgroep voornamelijk uit mannen bestaat.

Hoofdstuk 1 | Inhoudelijke oriëntatie

1.1 Doelgroep

In Nederland bestaat een doelgericht systeem dat bij het beoordelen van criminele daden kijkt naar de mentale gezondheid van de dader en dit betreft bij de veroordeling. Er is een mogelijkheid dat een dader niet geheel verantwoordelijk gehouden kan worden, gezien mentale stoornissen, psychotische episodes, beperkingen e.d. Met deze uitspraak krijgen de daders een justitiële titel waarbij zij verplicht worden tot een bepaalde of onbepaalde tijd in de forensische zorg. In de forensische zorg zijn verschillende instellingen, gekoppeld aan de mate van beveiliging die de cliënt/patiënt toegeschreven is: FPC, FPK en de FPA (TBS Nederland, 2020a).

Deze instellingen werken aan een gezamenlijk einddoel en dat is de terugkeer van de cliënt in de maatschappij. Aan dit doel wordt gewerkt onder andere door het stabiliseren van de cliënt en verschillende therapieën, passend bij de wensen en de problematiek van de cliënt (TBS Nederland, 2020b).

De leeftijd van de cliënten die worden aangemeld in de forensische psychiatrie liggen zo tussen de 20 en de 50 jaar (Fivoor, 2021).

1.1.1 Stoornis en beperking

De doelgroep binnen de forensische psychiatrie (FP) wordt gekenmerkt door gecompliceerde problematiek en wordt gecategoriseerd tot de EPA-doelgroep. EPA staat voor 'Ernstige Psychische Aandoening' en omvat verschillende stoornissen (Akwa GGZ, 2017).

Volgens de GGZ Standaarden (2017) voldoen EPA-cliënten aan de volgende kenmerken:

- heeft iemand een psychische stoornis die zorg noodzakelijk maakt;
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die langdurig is (ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Kortom heeft de EPA-doelgroep beperkingen die zich op meerdere vlakken en levensgebieden begeven. Dit zorgt voor de complexiteit van de doelgroep en de noodzaak van psychische hulp (Steendam, et al., 2013). De behandeling van de deze cliënten is herstelgericht. Zingeving en het teruggeven van eigen regie is daarom een belangrijk onderdeel in de behandeling. (Akwa GGZ, 2017). Daarnaast wordt geadviseerd om deze cliënten te ondersteunen in het herstelproces door de familie een naaste te betrekken.

Binnen de behandeling wordt vaktherapie aangeraden voor de cliënten die baat hebben bij ervaringsgerichte therapie en moeite hebben zich verbaal te uiten. Cliënten met psychotische stoornissen vallen hieronder (Akwa GGZ, 2017; Smeijsters & Cleven, 2004; Steendam, et al., 2013).

(Schizofrenie en) Psychotische stoornissen

De meest voorkomende stoornis die zich voordoet in de FP is schizofrenie en andere psychotische stoornissen (Fivoor, 2021). Deze cliënten hebben vaak last van cognitief verval (L. Twaalfhoven, persoonlijke communicatie, 16 maart 2020). Door de vele psychotische episoden kan er veel verloren gaan, met als gevolg dat de cognitieve vaardigheden van cliënten achteruitgaan. Denk aan geheugen, spraak, concentratie e.d. (Molen, Simon, Lankveld, & red., 2015). Cliënten in deze doelgroep ondervinden problemen op het verbale vlak. Zo kunnen ze moeite hebben met zich verbaal te uiten, woorden vinden of samenhangende zinnen maken. Dit in combinatie met de hallucinaties en wanen die horen bij deze stoornissen, zorgt ervoor dat deze cliënten weinig sociale vaardigheden hebben, eenzaam zijn en problemen ervaren in de sociale interactie (Van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014). Vaktherapie is een geïndiceerde vorm van therapie, die aansluit bij deze diagnostiek (Madani-Abbing, et al., 2021).

In de forensische psychiatrie (FPC, FPK, FPA) wordt van de cliënt verwacht dat deze zich laat behandelen en deelneemt aan verschillende therapieën. Er zijn veel verschillende soorten therapieën: CGT, DGT, psycho-educatie, EMDR, vaktherapie, systeemtherapie e.d.

1.2 Transdiagnostische factoren

In het forensisch veld en de GGZ probeert men nu over te gaan op het transdiagnostisch werken. In de vaktherapie wordt gebruik gemaakt van transdiagnostische factoren om cliënten te categoriseren. In het algemeen wil men af van het 'in hokjes' denken en de stempels die nu gebruikt worden in het handhaven van de DSM-V. Cliënten hebben vaak meerdere diagnoses die overlappen, waarbij er met transdiagnostisch werken gekeken wordt naar de overkoepelende factoren (Van Heycop ten Ham, et al., 2014).

In het forensisch veld gaat deze integratie eenvoudiger dan in de rest van de gezondheidszorg. Mede omdat er voor de doelgroep vooral gekeken wordt naar delict-preventie, dit gaat vaak gepaard met impulscontrole, emotieregulatie. Er is minder interesse in een specifieke diagnose of classificatie (Visser, 2016).

Vaktherapie heeft onderzocht welke verschillende factoren stoornisoverstijgend zijn en deze verdeeld in verschillende onderwerpen (Akwa GGZ, 2020):

1. **Arousal:** *Gevoeligheid in het verwerken en reageren op interne en externe prikkels.*
2. **Executieve functies:** *Formuleren van doelen, plannen en uitvoeren.*
3. **Emotieregulatie:** *Het kunnen reguleren van emoties en affecten en toepassen van strategieën hierop.*
4. **Verlies:** *Verlies van personen, verandering omgeving, gezondheid e.d.*
5. **Regelsystemen/lichaamsritme:** *Werkings van regelsystemen die verantwoordelijk zijn voor activeren en regulering van energiehuishouding en slaap.*
6. **Sociale interactie:** *Vermogen van het aangaan en onderhouden van relaties, waarbij ieders grenzen worden gerespecteerd.*

1.3 Het gezin en de cliënt

1.3.1 Invloed van systeem

Bij de oorzaak van veel verschillende gedragsproblemen, stoornissen en andere problematiek spelen twee factoren (de hoofdrol): genetische factoren en de thuissituatie (Rigter, 2016). Genetische factoren en overdraagbaarheid kunnen een grote rol spelen bij het ontstaan van stoornissen en beperkingen in een gezin. Bijvoorbeeld autismespectrumstoornis en schizofrenie (Molen, et al., 2015). Verder kunnen er gedragsproblemen en andere problematiek ontstaan door een slechte thuissituatie. Bijvoorbeeld hechtingsproblematiek, traumatische gebeurtenissen, huiselijk geweld of het gemis van een vaste thuissituatie. Buiten huis kan ook veel gebeuren dat kan bijdragen aan gedragsproblemen: verkeerde vrienden, economisch slechte omgeving e.d. Al deze factoren kunnen ten grondslag liggen aan het gedrag van delinquenten (Shoemaker, 2018). Het systeem van een cliënt blijft echter een belangrijke factor in zijn leven, ook als deze vast komt te zitten. Ze kunnen een steun zijn, maar ook de oorzaak van gedragsproblemen en copingsmechanisme. De invloed van het gezin op de cliënt werkt beide richtingen op, zo heeft de cliënt als psychiatrische cliënt ook invloed op het gezin. De delicten die de aanleiding zijn van de opname, kunnen zich hebben afgespeeld binnen het gezin. Dit kan leiden tot een distantie tussen het gezin en de cliënt (Lange, 2006).

1.3.2 Sociale isolatie

De cliënten binnen de FP zijn vaak eenzaam en op zichzelf. Er is weinig sociale cohesie en sociale interactie tussen de cliënten zelf. Daarnaast is er ook weinig contact tussen de cliënten en zijn gezin en systeem van buiten, wat de eenzaamheid en sociale interactie niet bevordert, noch de re-integratiefase. Het blijkt dat veel forensisch psychiatrische cliënten sociaal geïsoleerd zijn, aangezien hun sociaal netwerk klein is en niet volledig kunnen participeren in de samenleving (L. Schwinkels, persoonlijke communicatie, 31 maart 2020). In de fase van integratie ligt de focus op opnieuw en functioneel

participeren in de samenleving. Het blijkt dat door de eenzaamheid veel cliënten alleen thuis zitten en er weinig systeem is om hen hierin te ondersteunen (Oosterom, 2018). Dit heeft een negatieve invloed op de mentale gesteldheid van de cliënt, wat mogelijk kan leiden tot terugval. Vanuit onderzoek wordt verwacht dat als deze cliënten hun sociaal netwerk kunnen verbeteren of stimuleren de kans op terugval en recidive verkleind wordt (Swinkels, Popma, & Dekker, 2017-2021).

1.4 Systeemtherapie en Vaktherapie

De twee therapieën uit de FP die de behoefte om het systeemgericht werken en behandelen kunnen vervullen, zijn systeemtherapie en vaktherapie. Systeemtherapie raakt steeds meer geïntegreerd in de FP. Vaktherapie wordt op zichzelf al veel gebruikt, maar nog niet in combinatie met het systeem. Toch hebben systeemtherapie en vaktherapie overlappingsen en zijn er verschillende methodes ontworpen.

1.4.1 Systeemtherapie

Systeemtherapie is een therapievorm gebaseerd op de bevindingen dat een probleem samenhangt met de context waarin deze staat en hierdoor beïnvloed wordt. Deze therapievorm is dan ook gericht op het gehele systeem en wordt verbaal uitgevoerd (Lange, 2000). Het systeem wordt genomen in de breedste zin van het woord, maar in de meeste gevallen gaat het om het gezin of familie. In de therapie staan de relaties en de communicatie onderling (gezinsleden) centraal. De problemen die zich hierin voordoen hebben invloed op het welzijn van de gezinsleden. Maar ze kunnen de relaties ook veel steun en kracht bieden. (Savenije, Lawick, Reijmers, & red., 2010) In de leer van systeemtherapie geldt dat de levenscyclus van families een belangrijk aspect zijn. Ieder individu doorloopt zijn levensfasen en zo ook een familie of gezin. Deze veranderingen verlopen niet altijd soepel of gelijkmatig. Het is aan de familie hier stabiliteit in te bewaren (Savenije, et al., 2010). Indien dit niet lukt is het systeem uit balans, waarna in de systeemtherapie gezocht wordt naar een manier om deze balans te herstellen.

Er zijn verschillende groepen te onderscheiden in de familiecyclus: ouderschap, een systemisch multiversum, families met baby's en peuters, families met kinderen in therapie, families met pubers en adolescenten, families met ouderen, opnieuw samengestelde gezinnen en families met pleegkinderen (Savenije, et al., 2010).

Inmiddels zijn er verschillende therapievormen opgezet (en ontworpen) die gebaseerd zijn op systeemtherapie, maar zich specifiek richten op het gezin.

Functional Family Therapy (FFT)

Functionele gezinstherapie (FFT) is een systematisch, evidence-based, handboekgestuurd, gezinsgericht behandelprogramma dat succesvol is in de behandeling van een breed scala van problemen waarmee jongeren te maken hebben (waaronder drugsgebruik en -misbruik, gedragsstoornis, geestelijke gezondheidsproblemen, spijbelen, en daarmee samenhangende gezinsproblemen) en hun gezinnen in een breed scala van multi-etnische, multiculturele en geografische contexten (Alexander and Sexton, 2002).

Functional Family Therapy, ook wel FFT, is een succesvolle therapievorm die is opgezet in de Verenigde Staten en steeds meer wordt toegepast, ook in Nederland. Hier wordt deze therapie vooral ingezet in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI). FFT is in de VS opgezet door psychologen die vonden dat er te veel gefocust werd op het gedrag van cliënten en te weinig op hun relaties, ze besloten daarom een therapievorm te creëren die hier meer opgericht is (Sexton, 2017). Deze therapie is evidence-based, systemisch, handmatig aangestuurd en gezins-gericht. FFT wordt in de VS vooral aangeboden aan adolescenten met gedragsproblemen, aangeschreven bij het Juvenile Justice sytem (jeugdzorg), met hun gezin. Vele van deze adolescenten hebben te maken gehad met criminaliteit. Eén van de hoofddoelen van FFT in deze doelgroep is dan ook gericht op het veranderen van het risicovolle gedrag dat leidt tot geweld en criminaliteit (Van Es, 2003). Dit doel leidt tot mooie resultaten, waarbij het uitvalpercentage binnen de behandeling aanzienlijk laag blijft (White, Frick, Lawing & Bauer, 2012).

Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Multidimensional family therapy (MDFT) is een op family gebaseerde interventie voor families met adolescenten die in aanraking komen met middelengebruik en mentale- en gedragsproblemen hebben. MDFT is contextueel gericht en betreft dan ook in de behandeling de omgeving en externe factoren die invloed hebben op het gedrag en ontwikkeling van de adolescent. De interventie richt zich op 4 verschillende contexten (Liddle, 2010):

1. De adolescent als individu en als deel van het gezin;
2. De ouders, zowel individueel als in de rol van ouder;
3. De familie-omgeving en relaties;
4. Externe factoren, zoals school, peergroep en jeugdzorg.

Deze problematische doelgroep komt vaak in aanraking met criminaliteit en justitie. MDFT wordt om deze reden dan ook ingezet met het doel om criminaliteit te verminderen en de jongeren te helpen weer in balans te komen. Het gezin en systeem eromheen zijn positieve en beschermende factoren die veel invloed hebben op de ontwikkeling van de adolescent en de uitkomst en effectiviteit van de behandeling. MDFT versterkt deze beschermingsfactoren en reduceert de invloed van de risicofactoren (Van Kempen, 2019).

MDFT als onderdeel van systeemtherapie krijgt steeds meer bekendheid door de onderzoeken naar de effectiviteit van deze methode binnen de justitiële jeugd instellingen. MDFT wordt hier als therapie ingezet met als gevolg dat er minder recidive is en daardoor ook invloed heeft op de cijfers in de criminaliteit (Van der Pol, 2018). Eén van de redenen dat MDFT bewezen hoge resultaten behaalt, heeft te maken met het feit dat deze behandeling effect heeft op het verminderen van middelengebruik, met name cannabis. Verslaving is vaak de oorzaak van criminaliteit in deze doelgroep.

1.5 Kunstdiscipline en het systeem

Beeldende systeemtherapie

Beeldende systeemtherapie is een therapievorm, opgezet door Wim Klijn en Suus Scheller-Dikkers. Deze vorm van therapie wordt gebracht als een systeemtherapie of gezinstherapie, waarbij gebruik gemaakt wordt van beeldende materialen en werkvormen om de therapie gangbaarder te maken voor doelgroepen die moeite kunnen hebben met het gespreksonderdeel. Voorbeelden hiervan zijn: kinderen, allochtonen, mensen met psychosomatische klachten e.d. In deze doelgroep gaat het om gezinnen met jonge kinderen, of adolescenten (Klijn & Scheller-Dikkers, 2006).

Het voornaamste doel van beeldende systeemtherapie is doormiddel van het werken met beeldende middelen en materialen de individuele en gezinsproblematiek te veranderen. Om deze vorm te onderbouwen wordt er gegrepen naar onder andere de therapievorm 'Gezins-creatieve-therapie' (zie pag. 10) ontwikkeld door een beeldend vaktherapeut. Vaktherapeuten werken echter meer gericht op het proces tijdens het beeldend werken, op de kwaliteiten en positieve interacties die hierdoor naar voren komen en het proces versterken (Schweizer, et al., 2009). In beeldende systeemtherapie wordt dit niet gedaan.

Er wordt veel aandacht besteed aan het onderbouwen van voordelen en effectiviteit van het werken met beeldende materialen in de therapie. Zo wordt voor de ontwikkelingspsychologie het analoge-procesmodel benoemd van Smeijsters (2000), de theorie van Stern (1998) en de fenomenologische theorie van Betensky (1995). Ook vanuit de neurobiologie wordt een verklaring gegeven; waarom je met beeldende therapie doelen kan bereiken, die alleen met verbale-communicatieve therapievormen geen kans van slagen hebben. Uit onderzoek blijkt dat de prikkels die visualisatie verwerken ergens anders verwerkt worden dan het verbale gedeelte (Malchiodi, 2003). Voor de indicatie wordt beschreven dat wanneer er moeite is met communicatie binnen het gezin, beeldende systeemtherapie een passende therapievorm is. Deze therapievorm sluit echter ook goed aan wanneer er 'te veel' gepraat wordt in het gezin, maar ook wanneer het gezin rationaliserend is. In de therapie wordt een bepaalde werkvorm uitgevoerd die aansluit bij de doelen van de therapie. Veel van deze werkvormen hebben een vaktherapeutische waarde (Klijn & Scheller-Dikkers, 2006).

Psychomotorische systeemtherapie (PMST)

De psychomotorische richting in vaktherapie heeft een methode waarbij gebruik gemaakt wordt van de kracht van de non-verbale therapie en verbale therapie. PMST is een module waarbij systeemtherapie en psychomotorische therapie (PMT) samenwerken en beide hoofdaspecten samen elkaar versterken: systeemtherapie voor het verbaliseren en communiceren en psychomotorische therapie in de non-verbale acties en interventies (Keulen, 2011). Als het gezin zich in een andere ruimte bevindt zoals de gymzaal, zal het gezin zich sneller gedragen zoals in de gewone (dagelijkse) gezinssituatie. PMT brengt op deze manier de gezinsinteractie naar voren. Daarnaast worden de twee perspectieven van de co-therapeuten gebundeld en versterkt. Zo kijkt de psychomotorische therapeut naar de verschillende individuen en hoe zij een geheel vormen en de systeemtherapeut naar het systeem als geheel (Van Zummeren, 2013).

PMST wordt aangeboden aan kinderen en jongeren en hun gezin binnen een behandelfase, waarin ze mogelijk zijn vastgelopen of er disfunctionele interactie- en communicatiepatronen zijn gediagnosticeerd. Zij worden dan aangemeld met een hulpvraag om het gezinsfunctioneren en de interacties hierbinnen te verbeteren (Van der Vegt, 2010).

De module PMST bestaat uit maximaal vijf sessies die ongeveer een uur duren, met een lange tussenpauze tussen de sessies (4/5 weken). Er is een duidelijke verdeling tussen de taken van de systeemtherapeut en de taken van de psychomotorische therapeut. (Keulen, 2011)

Gezins-creatieve-therapie

Gezins-creatieve-therapie is een vorm van creatieve therapie (vaktherapie) voor gezinnen. In deze methode ligt de focus op het hier-en-nu, deze is toekomstgericht (Beelen, 2003). De methode is ontwikkeld door Frans Beelen, een beeldend therapeut die veel ervaring heeft met groepsgericht werken. Door behoefte aan een andere methode waar gezinnen opgevangen werden en waarbij systeemtherapie niet aansloeg, heeft zij gezins-creatieve-therapie ontwikkeld. Hoewel een gezin ook een groep mensen is en zo een groepsgerichte methode aangeboden kan krijgen, liggen de rolverdeling, de hiërarchie en communicatie in een gezin anders.

De methode van gezins-creatieve-therapie benadrukt in de behandeling de tweedeling tussen de ouders en de kinderen en de rollen die hierbij horen. Een van de hoofddoelen en onderdeel van de methode is de ouders weer de ouderrol laten ervaren en ontwikkelen en zich content te voelen (Schweizer, et al., 2009). De werkvormen zijn hier ook op gebaseerd. De beeldend therapeut participeert dan ook niet in het uitvoeren van de werkvormen, maar laat de ouders hierin de leidende rol nemen om aan de slag te gaan met de kinderen (Beelen, 2003; Schweizer, et al., 2009).

De doelgroep is gaandeweg ontstaan, maar begon met gezinnen waarbij de gewone en verbale systeemtherapie geen effect had vanwege een te weinig taalvaardigheden. Later bleek dat gezinnen met tegenovergestelde problematiek (té taalvaardig) ook baat bleken te hebben bij deze methode, omdat deze gezinnen bij de verbale therapie veel te zeggen hadden, maar er in de gedragsverandering weinig ontwikkeling was te zien. Ook voor actieve kleine kinderen bleek dit een uitkomst, aangezien er gewerkt met en gebruik gemaakt kon worden van de bewegingsdrang (Beelen, 2003).

Mevrouw Beelen al eerder een model heeft ontwikkeld en geschreven (Boek: *Interactief*) en deze ter inspiratie en houvast heeft gebruikt. De opbouw van gezins-creatieve-therapie lijkt hierop. Net als bij "*Interactief: Creatieve therapie met groepen*", bestaat dit model ook uit 6 fases (Beelen & Oelers, 2000). In iedere fase staat beeldend werken centraal. Vanuit de observaties en werkhypothese worden beeldende opdrachten gegeven die het gezin uitvoert binnen deze fases. Aan de hand van wat er in het beeldend werk en onderling gebeurt in de rolverdeling en communicatie, wordt er gewerkt aan de gestelde doelen.

Hoofdstuk 2 | Onderzoekskwestie

Uit het vooronderzoek is duidelijk geworden dat de bevindingen van het systeem betrekken bij de therapie de laatste jaren meer geïntegreerd wordt in de dagelijkse behandelingen. De doelgroep die hiervoor in aanmerking komt zijn toch vaak gezinnen met jonge kinderen tot ongeveer de adolescentie. Zo zit er in het handboek van systeemtherapie geen benadering of methode die ingaat op het werken met volwassenen en bijvoorbeeld de ouders (Savenije, et al., 2010). In de justitiële jeugdinrichting wordt het gezin van de cliënten wel betrokken en meegenomen in therapieën, wat leidt tot succesvolle uitkomsten (Sexton, 2017). Het gaat hier echter nog om de *jeugd* (kinderen onder de 18) en er wordt niet verder gekeken naar behoefte op latere leeftijd.

Deze behoefte om het systeem meer te betrekken bij de behandeling van volwassen cliënt in de FP bevindt zich op het meerdere niveaus en heeft op ieder niveau zijn eigen waarden. Zo is op microniveau, gezien vanuit het perspectief van de cliënt het verbeteren van sociale interactie en de omgang met het gezin belangrijk. Het gezin vormt voor cliënten de connectie met de buitenwereld. Deze connectie valt vaak weg of is al weggefallen, bij de cliënten in de FP (Swinkels, 2017-2021). Binnen de FP-instelling zijn zij vaak eenzaam en leven sociaal geïsoleerd (M. van Drie, persoonlijke communicatie, 15 april 2021; Oosterom, 2018). Er is weinig sprake van sociale interactie of vaardigheden hierin, die de cliënt helpen om deze contacten en relaties op te bouwen. Gezien de stoornissen en de cognitie is het verbale aspect in de interactie, moeizaam in te zetten (Molen, et al., 2015). Dit probleem doet zich ook voor wanneer de cliënten weer in de maatschappij moeten gaan participeren. Opnieuw blijkt dat zij eenzaamheid zijn en sociaal geïsoleerd raken (Swinkels, et al., 2017-2021). De cliënt heeft behoefte aan systeemgericht behandelen en het verbeteren van de sociale interactie via een non-verbale therapievorm (Baeten, 2007).

De beeldend therapeuten op meso niveau, werken binnen de instellingen van de FP met transdiagnostische factoren (Akwa GGZ, 2020). Een van deze factoren is *sociale interactie*, een factor die goed aansluit op de eenzaamheid van de cliënten (Van Heycop ten Ham, 2014). Daarnaast wijzen er verschillende methodes erop dat beeldende therapie een toegevoegde waarde is in het systemisch werken (Beelen, 2003; Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). Ook komt uit onderzoek naar voren dat systemisch werken binnen de jeugd in de JJI leidt tot een duurzame behandeling en de cijfers van recidive dalen (Van der Pol, 2018). Om aan te sluiten op de hulpvraag van cliënten, de transdiagnostische factor *sociale interactie*, de kennis dat beeldende therapie een toegevoegde waarde zou kunnen zijn en de resultaten met dalende cijfers in de forensische jeugdpsychiatrie, zijn er verschillende vragen: Hoe sluiten de beeldend therapeuten aan op deze behoefte? Zal voor volwassenen in de FP systemisch werken een andere invloed hebben dan bij de jeugd? Op welke manier kan er systemisch gewerkt worden binnen de beeldende therapie?

Om in te zoomen op de waarde op macroniveau, wordt de veiligheid van de maatschappij in acht genomen. Het doel om de cliënt na de behandeling succesvol te laten re-integreren is niet alleen voor de cliënt en de instelling van belang, maar voor de gehele samenleving. De FP heeft de taak bij te dragen aan veiligheid van de maatschappij (TBS Nederland, 2020b). Dit wordt gewaarborgd door succesvol te behandelen, te re-integreren en recidive te voorkomen. Wanneer de cliënt met sociale vaardigheden en een steunnetwerk kan re-integreren en opnieuw participeren in de samenleving, zal dit de kans op slagen verhogen (Oosterom, 2018). Uit het vooronderzoek komt naar voren dat systeemgericht werken de cijfers van jeugdige recidive in de FP significant beïnvloed en zo ook de criminaliteit verlaagt (Van der Pol, 2018). Voor de veiligheid van de maatschappij is het van belang om te onderzoeken op welke manier dit ook toegepast kan worden in de behandeling van volwassenen in de FP.

Hoofdstuk 3 | Onderzoeksvragen

3.1 Hoofdvraag

Op welke manier kan een systeemgerichte benadering in beeldende therapie in de forensische psychiatrische instellingen met een doelgroep van volwassenen, de behandeling van de cliënt en de re-integratie in de maatschappij versterken?

3.2 Deelvragen

3.2.1 Deelvraag 1

Welke waarde heeft systeemgericht werken voor de behandeling van de cliënt?

3.2.2 Deelvraag 2

Op welke manier kan beeldende therapie bijdragen aan systeemgericht werken?

3.2.3 Deelvraag 3

Op welke manier kan beeldende therapie 'het gezin' als beschermingsfactor inzetten?

3.2.4 Deelvraag 4

Welke doelen en thema's kunnen er gesteld worden in systeemgericht werken binnen de beeldende therapie in de forensische psychiatrie?

3.2.5 Deelvraag 5

Op welke wijze kan systemisch werken met beeldende therapie geïntegreerd worden in de behandeling van de cliënt in de forensische psychiatrie?

3.3 Doelstelling

Met de uitkomst van dit onderzoek wordt duidelijk wat de visie en mogelijkheden zijn in het systeemgericht werken in en met beeldende therapie in de volwassen FP. Aangezien er nog geen behandelaanbod is dat systeemgericht werken, beeldende therapie en volwassenen in de FP combineert en integreert wordt hierin geïnventariseerd in de praktijk. Het vastleggen van deze uitkomst biedt een handvat voor beeldend therapeuten in dit werkveld. Voor het eindproduct ligt de focus op het schrijven van een artikel. Dit artikel onderbouwt waarom systeemgericht werken met beeldende therapie in de FP met volwassenen, van waarde is en hoe deze behandelmethode is opgebouwd.

Dit artikel is bedoeld om beeldende therapie meer te betrekken bij systeemgerichte behandelingen binnen de FP, maar ook om systeemgerichte behandelingen in beeldend therapie op een laagdrempelige manier te laten integreren in het dagelijks behandelaanbod van de FP. Dit bevordert de effectiviteit van de behandeling van beeldende therapie in de FP.

Hoofdstuk 4 | Onderzoeksmethode

4.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek is uitgevoerd als een kwalitatief onderzoek. De onderzoeker is in staat zich flexibel op te stellen en past zich aan, aan de omstandigheden van het onderzoek. Op deze manier wordt er minder aandacht besteed aan cijfermatige gegevens, maar staat de subjectieve betekenisverlening centraal (Verhoeven, 2016). De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van het 'insiderperspectief' (Migchelbrink, 2016) om zo het probleem in kaart te brengen, vanuit de ogen van de professionals die zich in de situatie bevinden. De reden dat hiervoor gekozen is heeft te maken met een gering aantal eerdere onderzoeken naar de beeldende therapie samen met systeemtherapie in de FP met volwassenen. Door het tekort aan gerichte literatuur wordt gekozen voor de waardevolle inbreng en visie van professionals uit het werkveld. De professionals zijn behandelaars die werken in de FP en ervaring hebben met de doelgroep en beeldende therapie en/of systeemtherapie. Dit onderzoek kijkt naar wat de experts in veld zeggen over het betrekken van gezinnen bij de behandeling van de cliënt en wat de toegevoegde waarde van beeldende therapie is. De interpretaties, ervaringen en belevingen van de situatie zijn van belang voor dit praktijkgerichte onderzoek en het insiderperspectief (Migchelbrink, 2016). Dit alles is gebruikt om de praktijk beter te begrijpen en te verbeteren (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Het belang van dit onderzoek is om met de opgedane praktijkkennis, het gemis aan data en onderbouwing te compenseren en dit te delen in een artikel om zo handvatten te bieden aan andere professionals.

4.2 Onderzoekstype

Gekozen is voor (de onderzoekwijze) een inventariserend onderzoek. Bij dit type onderzoek wordt geïnventariseerd in de praktijk en in de literatuur, naar een mogelijke behoefte vanuit de praktijk en de al aanwezige informatie over het onderzoeksonderwerp (Migchelbrink, 2012). Zodoende is te zien welke systeembenadering gebruikt kan worden binnen de beeldende therapie in de FP en welk effect dit zal hebben op de behandeling en re-integratie van cliënten. Hier wordt geïnventariseerd wat de mogelijkheden zijn binnen de beeldende therapie en wat de praktijk ziet aan de behoefte van systeemgericht werken vanuit de doelgroep. Dit is gedaan door het inzetten van de expertise en ervaringen van kundige behandelaars in de forensische psychiatrie. Het inventariserende onderzoek geeft de lezer inzicht en biedt mogelijk handvatten om op een gerichte en onderbouwde wijze te handelen (Migchelbrink, 2012).

4.3 Databronnen en dataverzamelingstechnieken

Bij een inventariserend onderzoek bepalen de gekozen databronnen het perspectief dat geschetst wordt over de praktijksituatie (Migchelbrink, 2012). Om de betrouwbaarheid te waarborgen is gebruik gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat er verschillende dataverzamelingstechnieken worden gebruikt voor verschillende invalshoeken en perspectieven (Verhoeven, 2016). In dit onderzoek hanteert de onderzoeker twee verschillende dataverzamelingstechnieken: interviews en een literatuuronderzoek. Voor het literatuuronderzoek zijn de volgende databronnen gebruikt: artikelen (uit vaktijdschriften en kranten), boeken, onderzoeksrapporten en scripties.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van semigestructureerde vragenlijsten en vallen onder een open interview. Hierbij is gebruik gemaakt van een topiclist om ervoor te zorgen dat bepaalde onderwerpen worden behandeld, maar ook zodat de respondenten de ruimte krijgen om persoonlijke ervaringen en opvattingen te delen. De vraagstelling is flexibel en aangepast aan ieder interview en individu. De respondenten zijn gekozen aan de hand van de expertise die zij hebben met het onderwerp. Iedere respondent werkt in de FP, maar de expertise verschilt. De verdeling is gemaakt in beeldend therapeuten en aan de andere kant behandelaars die systeemgericht werken. De individuele personen zijn op twee manieren gebruikt als databron; als respondent en als deskundige. Respondent is gevraagd naar de persoonlijke ideeën en opvattingen, deskundigen is gevraagd naar de kennis over de forensisch psychiatrische cliënten en hun gezin en systeem (Migchelbrink, 2016).

Van de interviews zijn audio-opnames gemaakt om deze zo betrouwbaar mogelijk te kunnen verwerken. Iedere audio-opname werd pas gestart als de respondent hier toestemming voor gaf en gepauzeerd als deze iets wilde vertellen wat de respondent niet vastgelegd wilde hebben. Naderhand zijn de interviews getranscribeerd om de betrouwbaarheid te vergroten.

4.4 Dataverzamelingsmethode en data-analyse

De verzamelde data worden geanalyseerd volgens de werkwijze voor kwalitatieve analyse en bestaan uit interviews en literatuur. De onderzoeker analyseert dit materiaal door deze te coderen. Voor het coderen is er gebruik gemaakt van de *selectieve coderingswijze* van de Grounded Theory (Bryman, 2012). Zo wordt de informatie geordend en gerubriceerd aan de hand van de interviewvragen die de kern van informatie bevatten. Daarna worden deze data verder gesorteerd en gerubriceerd en de coderingen selectief ingedeeld bij de geformuleerde deelvragen. Aan de hand van de nieuwe rubrieken worden de kernonderwerpen naar voren gehaald. Op deze manier is duidelijk welke informatie bruikbaar is voor het onderzoek en kunnen de deelvragen worden beantwoord.

4.5 Kwaliteitscriteria

De kwaliteit van dit onderzoek wordt gewaarborgd, door te voldoen aan voorgeschreven kwaliteitscriteria. Een kwalitatief onderzoek moet voldoen aan verschillende punten die het onderzoek, doormiddel van een nauwkeurige en zorgvuldige werkwijze, laten voldoen aan de geloofwaardigheid:

- *De afhankelijkheid.* Door verschillende dataverzamelingstechnieken te gebruiken worden er meerdere invalshoeken en perspectieven belicht en verzameld. Hierdoor zijn de resultaten concreet gemaakt (Smeijsters, 2005).
- *De overtuigingskracht.* Het onderzoek bevat een logische lijn in de ontwikkeling en informatie, omdat de resultaten de inhoudelijk oriëntatie aanvullen en versterken. Om elke genomen stap inzichtelijk te maken zijn de transcripties en coderingen te vinden in de bijlage. Op deze manier is het voor de lezer goed te volgen (Smeijsters, 2005).
- *De echtheid.* In de interviews is gebruik gemaakt van open interviews, waardoor de respondenten hun verhaal konden doen en hun zienswijze over konden brengen. Dit is na te lezen in de transcripties in de bijlage (Smeijsters, 2005).
- *De geloofwaardigheid.* De respondenten werken ieder in de FP. Daarnaast zijn ze uitgekozen wegens hun ervaring met beeldende therapie en systeemtherapie, en zo van waarde voor het onderzoek. Verder is in de literatuurstudie zoveel mogelijk gebruikgemaakt van betrouwbare en actuele bronnen. De verkregen informatie en resultanten worden met elkaar vergeleken en samengevoegd (Smeijsters, 2005).
- *De objectiviteit.* De onderzoeker heeft in de interviews subjectiviteit vermeden en afstand bewaard tot de geïnterviewde respondenten. Op deze manier worden de visie en het verhaal van de respondent niet beïnvloed en blijven de resultaten objectief. In de interviews wordt echter gebruik gemaakt van gesprekstechnieken zoals doorvragen om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen. (Verhoeven, 2016)

Verder is er gebruik gemaakt van *member checking* door het inzetten van een evaluatiegroep, bestaand uit professionals die opnieuw allemaal werken in de FP en bekend zijn met vaktherapie en de doelgroep. Daarnaast is het onderzoek voorzien van feedback door de opdrachtgever en de consulent.

Hoofdstuk 5 | Beantwoorden Hoofd- en Deelvragen

In de verzamelde data van de respondenten is een onderscheid tussen het perspectief van de beeldend therapeuten en de systeemtherapeuten. De beeldend therapeuten spreken vanuit de ervaring in de individuele therapieën en de systeemtherapeuten kijken naar het gehele systeem en dragen in de interviews de rol als deskundige om ook het perspectief van het systeem van de cliënt te verwoorden.

5.1 Deelvraag 1

Welke waarde heeft systeemgericht werken voor de behandeling van de cliënt?

5.1.1 Interviews

Beeldend en systeemtherapeuten

Systeemgericht werken houdt in dat er binnen de behandeling van de cliënt, gekeken wordt naar het systeem en de context waaruit de cliënt voortkomt en mogelijk weer naar toe gaat. Het gezin, dat valt onder het systeem, is van grote invloed op de ontwikkeling van de persoon. Dit is algemeen bekend, maar er wordt hiermee vooral gerefereerd aan de jonge jaren van een persoon. De invloed op de ontwikkeling stopt echter niet, maar blijft continu doorgaan (Bijlage 1).

Wanneer de cliënt in behandeling is binnen een forensisch psychiatrische instelling, leert deze nieuw gedrag aan en werkt aan de gestelde doelen. In de tijd dat de cliënt werkt aan persoonlijke ontwikkelingen, blijft het thuisfront in deze opzichten stil staan (Bijlage 1). Dit heeft invloed op de re-integratie van de cliënt (Bijlage 1, Harselaar). Omdat er veel oud gedrag ontstaan kan zijn binnen het gezin en de cliënt wel heeft gewerkt aan gedragsverandering en het gezin niet, is de kans dat het opnieuw fout gaat groot (Bijlage 1, Bisschop). Daarom is het belangrijk om het gezin op de hoogte te houden van de ontwikkelingen van de cliënt en het te betrekken bij de behandeling. Het systeem is beter ingelicht over de gedragingen van hem en kan zo ook helpen met indiceren en doelen stellen (Bijlage 1, Tempera Leal). Aan de andere kant heeft het systeem zijn mening over de cliënt al gevormd en door hun te betrekken bij de behandeling ontstaat er meer begrip voor hem (Bijlage 1, Harselaar). Daarnaast ligt er een deel van de problematiek in de levensloop en in het contact met naasten. De cliënt kan hier veel moeite mee hebben (Bijlage 1, Tempera Leal).

Door systemisch te werken zal de interactie binnen het systeem en de cliënt verbeteren. Er wordt bewustwording gecreëerd voor interactiepatronen van zichzelf en anderen (Bijlage 1, Twaalfhoven). Verder kan de adequate coping die de cliënt geleerd heeft binnen therapie, worden geoefend en het systeem hierop aansluiten en mee ontwikkelen (Bijlage 1, Van Drie). Dit versterkt de behandeling van de cliënt en zorgt ervoor dat deze wordt voorbereid en vaardiger de maatschappij in kan. Het gezin dient als een beschermende factor en door deze te betrekken bij de behandeling en daarmee ook bij de therapie, wordt de beschermende factoren die het gezin kan hebben vergroot en de risicofactoren verkleind (Bijlage 1, Van Drie,). Hierdoor dient het gezin als vangnet en heeft het een signalerende functie (Bijlage 1). Het functioneert als het waren als een onderdeel van de nazorg (Bijlage 1, Bisschop). Deze factoren dragen bij aan het succesvol re-integreren van de cliënt binnen de maatschappij en voorkomt zo recidive (Bijlage 1).

5.1.2 Literatuur

Sociaal isolement

Uit verschillende literatuur is gebleken dat cliënten die vanuit de FP terug keren naar de maatschappij kampen met eenzaamheid en een uitgedund sociaal netwerk. Ook tijdens de behandeling hebben veel cliënten een beperkt sociaal leven (Oosterom, 2018). Ze leven een geïsoleerd bestaan, wat in combinatie met de eenzaamheid kan leiden tot recidive (Swinkels, et al., 2017-2021). Ze hebben moeite met een nieuw sociaal netwerk opzetten en uitbreiden. Door het inzetten van systeemgericht werken binnen de behandeling van de cliënt, wanneer deze zich bevindt in de FP, wordt er aan dit sociale netwerk en de communicatieve vaardigheden gewerkt.

Gezinsconstructies en -ervaringen hebben invloed op de cliënt en zijn behandeling. Een succesvolle behandeling kan beïnvloed worden door de processen tussen gezinsleden en zelfs ongedaan gemaakt worden (Lange, 2000)

Het verbeteren van de sociale interactie van de cliënt en het opbouwen van een systeem biedt toekomstperspectief. Iets wat voor veel cliënten vanuit de EPA-doelgroep uitzichtloos leek door de diagnoses en te weinig begeleiding in de re-integratie (Oosterom, 2018).

Inzetten systeemtherapie

Het systeem van de cliënt bestaat in de meeste gevallen uit het gezin. Er zijn verschillende onderzoeken die aantonen dat het inzetten van een systeemgerichte therapie bij adolescente delinquenten zorgt voor een effectievere behandeling en re-integratie (Van der Pol, 2018; White et al., 2012). De reden hiervoor is dat het toepassen van een systeemgerichte benadering zoals FFT of MDFT (zie H1), de emotionele ontwikkeling stimuleert en het gezin de onderlinge communicatie verbetert (White et al., 2012). Het gezin kan destructieve communicatiepatronen ontwikkeld hebben, waardoor het steeds op dezelfde manier vastloopt en de cliënt hierin meegaat (Lange, 2000).

Uit meerdere onderzoeken van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (2019) is gebleken dat het inzetten van systeemtherapie bij volwassenen met psychische stoornissen effectief is op verschillende vlakken. Bij onder andere volwassenen met psychotische stoornissen resulteert systeemtherapie in het voorkomen van recidive. Er worden gezinsinterventies ingezet voor gezinnen met een gezinslid met een psychotische stoornis, met nauw contact. Deze sessie zijn effectief voor het functioneren en welzijn van de cliënt. Vooral werkzaam voor het gezin in het lijden, 'zorgen voor' en het stigmatiseren van het gezinslid (Langeland, 2019; Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, 2019).

Het basis fundament van de systeembenadering is gebaseerd op de circulaire processen van een groep en een gezin (Savenije, et al., 2010). De veranderingen volgen elkaar op als een domino-effect. Wanneer er veranderingen worden toegepast voor een deel van de groep, dan verandert het andere deel uiteindelijk mee en worden er andere veranderingen in werking gezet. Door het gezin te betrekken bij de behandeling bewegen zij mee in de ontwikkeling van de cliënt (Lange, 2000).

5.1.3 Conclusie

Er is consensus in de antwoorden van de respondenten en de literatuur als het gaat om de waarde van systeemgericht werken. Hierin komen drie hoofdonderwerpen naar voren:

- De positieve invloed op de re-integratie
- Het voorkomen van recidive
- Het verbeteren van onderlinge interactie en communicatie

Deze drie onderwerpen zijn te koppelen aan de effectiviteit van de behandeling van de cliënt, die er in de FP opgericht is om de cliënt terug te brengen naar de maatschappij. Voor de behandeling zelf heeft het systeemgericht werken de waarde dat de cliënt beter geïndiceerd kan worden, met heldere doelen. Daarnaast komt duidelijk naar voren dat het gezin veel invloed heeft op duurzaamheid van de behandeling van de cliënt. Wordt het gezin betrokken bij het systeemgericht werken en kan het mee ontwikkelen, dan versterkt dit de behandeling en daarmee ook de bestendigheid ervan.

De respondenten leggen de nadruk op de functie die het gezin kan hebben als zij erbij worden betrokken. Het gezin dient als beschermingsfactor en vangnet en is op deze manier waardevol voor de nazorg van de cliënt. De literatuur besteedt aandacht aan het belang van het sociale netwerk en de communicatieve vaardigheden van de cliënt in verband met een positief toekomstperspectief. Deze vaardigheden en het verbeteren van het sociale netwerk worden gestimuleerd door systeemgericht werken.

5.2 Deelvraag 2

Op welke manier kan beeldende therapie bijdragen aan systeemgericht werken?

5.2.1 Interviews

Beeldend therapeuten

Beeldende therapie heeft een toegevoegde waarde en is effectief als het gaat om systeemgericht werken. Beeldende therapie is een non-verbale therapievorm, systeemtherapie is verbaal en door deze te combineren versterken de verbale en non-verbale therapie elkaar (Bijlage 1). Het non-verbale aspect is gericht op het fysiek bezig zijn, wat een indicatie zou kunnen zijn voor cliënten en systemen waarbij dit beter aansluit dan de verbale vorm (Bijlage 1, Van Drie). Beeldend is visueel en geeft houvast. Door beeldend werk te maken, worden patronen zichtbaar in het werk en zijn de patronen visueel gemaakt. Dit visueel maken en in beeld brengen van ervaringen en gevoelens geeft houvast (Bijlage 1). Beeldende therapie geeft de cliënten ruimte om zonder woorden toch uiting te geven aan gevoelens en ervaringen (Bijlage 1, Van Drie). Het in beeld brengen hiervan kan veiliger voelen en minder confronterend zijn, dan erover te praten. Het, soms onbewust verbeelden van gevoelens of het naar voren komen van patronen kan echter ook confronterend zijn (Bijlage 1), omdat het onuitgesproken en misschien onbewuste visueel gemaakt wordt en voor je ligt. Zoals Harselaar zegt: *‘Enerzijds dat het visueel en dus zichtbaarder wordt, anderzijds minder confronterend omdat je via het medium werkt’* (Bijlage 3). Het visueel maken zorgt er ook voor dat gezonde stukken naar voren komen. Deze gezonde stukken zijn belangrijk om te kunnen laten zien en bij stil te staan (Bijlage 1, Van Drie).

Voor gezinnen is beeldende therapie altijd waardevol. Het gezin doet samen nieuwe ervaringen op en deelt nieuwe herinneringen (Bijlage 1, Van Drie). Daarnaast wordt het gezin uit de vaste patronen getrokken. Deze herinneringen blijven hangen, ondanks de uitkomst van de therapie. Beeldend werken biedt veel structuur, is constructief en opbouwend. Ook dit biedt cliënten letterlijk en figuurlijk houvast binnen de therapie (Bijlage 1).

Wanneer beeldende therapie ingezet wordt in het systeemgericht werken, ter toevoeging aan de systeemtherapie of als aanvulling op individuele therapie van de cliënt binnen de FP, geeft dit een indicatie van het gedrag van de deelnemers. De patronen van het gezin zijn duidelijk zichtbaar, maar de cliënt kan hierin ook laten zien wat hij geleerd heeft (Bijlage 1, Bisschop). Heeft hij eerdere individuele therapieën gehad, dan kunnen de behaalde gedragsveranderingen of nieuwe coping in binnen het systeem ingezet worden.

Systeemtherapeuten

Ook de systeemtherapeuten zien het non-verbale aspect van beeldende therapie als een toegevoegde waarde binnen het systeemgerichte werken (Bijlage 1). Ze zijn niet onbekend met beeldende werkvormen, omdat veel interventies binnen de systeemtherapie beeldend zijn ingericht (Bijlage 1, Twaalfhoven). Eén van de redenen hiervoor is dat met beeldende werkvormen op een laagdrempelige manier contact gelegd kan worden en de beeldende werken een toegevoegde waarde hebben in gesprekken (Bijlage 1). Het kan zijn dat er binnen een systeem veel gebeurd is en/of veel onbesproken blijft. Beeldende werkvormen kunnen het praten dan vergemakkelijken (Bijlage 1, Tempera Leal). Bovendien is niet iedereen even talig en het fysiek bezig zijn en communiceren kunnen hier een uitkomst zijn. De werkvormen zijn gemakkelijk aan te passen aan het intelligentieniveau van de cliënten (Bijlage 1), mede omdat het praktisch is. Naast het laagdrempelig kunnen communiceren, kan met beeldend ook op een ander niveau contact gemaakt worden (Bijlage 1). Je komt dichterbij het gevoels- en beleavingsniveau en maakt hierop contact en handelt (Bijlage 1, Twaalfhoven). Ook voor traumatische gebeurtenissen is beeldend een aansluitende therapievorm gebleken (Bijlage 1, Tempera Leal). Om de communicatie- en interactiepatronen binnen het systeem helder te krijgen, kan een beeldende werkvorm worden ingezet. In het beeldend werk komen interactiepatronen zichtbaar in beeld (Bijlage 1, Twaalfhoven). Op deze manier kunnen ze op een simpele en milde manier naar voren worden gebracht om zo herkend en erkend worden (Bijlage 1, Twaalfhoven).

5.2.2 Literatuur

Kernwaarde beeldende therapie

Beeldende therapie is een non-verbale therapievorm waarbij het fysiek bezig zijn een fundamenteel aspect is (Schweizer, et al., 2009). Binnen de systeemtherapie is de waarde van het non-verbale en beeldende aspect lichtelijk geïntegreerd in de interventies. Via beeld contact maken en het inzichtelijk maken van een levensloop (Savenije, Lawick, Reijmers, & red., 2010). Door de mogelijkheid van non-verbale communicatie via beeld, sluit deze therapievorm aan op de EPA-doelgroep (Baeten, 2007).

Beeldende therapie is visueel en tastbaar en maakt daardoor interactiepatronen inzichtelijk (Beelen & Oelers 2000). Verder sluit de werkvorm makkelijk aan op het belevingsniveau van de cliënten.

Systeemgerichte beeldende therapie

Er zijn een verschillende systeembenaderingen die beeldende therapie gebruiken. Eén hiervan is de gezins-creatieve-therapie (Beelen, 2003). Hierbij ligt de nadruk op het werken in het hier-en-nu, een andere benadering dan die van systeemtherapie (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). Hierdoor wordt ingespeeld op de interactiepatronen die zich op dat moment voordoen.

Beeldende therapie in de FP

Beeldende therapie is een van de vaktherapieën die gebruikt worden binnen de FP. Iedere vaktherapie heeft zijn sterke kanten als het gaat om interventies en op welke gerichte doelen de beste resultaten behaald worden. Gericht op doelen die helpen met het re-integratieproces en maatschappelijke maatstaven, vermindert beeldende therapie crimineel- en antisociaal gedrag (Van Hooren, et al., 2020). Uit onderzoek komt naar voren dat beeldende therapie cliënten helpt om positieve relaties op te bouwen en leren tolerant te zijn en anderen te accepteren (Smeijsters, Kil, Kurstjens, Welten, & Willemars, 2011). Daarnaast helpen beeldende therapie en beeldende interventies bij een betere sociale integratie (Madani-Abbing, et al., 2021). Dit sluit aan bij de transdiagnostische werkwijze die gehanteerd wordt binnen de vaktherapie in de FP (Akwa GGZ, 2020). Uit onderzoek komt naar voren dat de transdiagnostische factor *sociale interactie* een van de veel voorkomende factoren is die gebruikt wordt in de behandeling in de FP (Smeijsters & Cleven, 2004). Aangezien *sociale interactie* als doel passend is bij de beeldende therapie is dit ook effectief inzetbaar als doel.

5.2.3. Conclusie

Het meest waardevolle en effectieve aspect van beeldende therapie is de non-verbale functie. Dit aspect versterkt de verbale kant van systeemgericht werken, waar de respondenten en de literatuur de meerwaarde van inzien. Daarnaast biedt het beeldend werk de cliënten houvast, doordat het visueel en tastbaar is. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat beeldende therapie eenvoudig aan te sluiten is op de EPA-doelgroep. Het kan aangepast worden aan het intelligentieniveau van de cliënten, maar werkt ook op gevoels- en belevingsniveau. Ook in de communicatie is beeldend een zinvolle ingang, door de laagdrempeligheid en de non-verbale communicatie via beeld. Verder kan beeldende therapie bijdragen aan systeemgericht werken, doordat het interactiepatronen binnen het gezin en individueel naar boven brengt en inzichtelijk maakt. Zo komt uit de literatuur naar voren dat wanneer er gewerkt wordt met gezinnen, beeldend vooral focust op het hier-en-nu. Dit draagt bij aan het systeemgericht werken doordat er in het moment, op een actieve manier gewerkt kan worden aan de interactiepatronen. De respondenten geven aan dat het samenwerken in beeldend zorgt voor nieuwe ervaringen en herinneringen en dit positief werkt binnen het gezin. De literatuur sluit hierbij aan door het uitlichten van de werking die beeldende therapie binnen de FP heeft op de sociale integratie. Beeldende interventies helpen cliënten met het opbouwen van positieve relaties, zoals die met het gezin. Daarnaast werkt beeldende therapie in de FP door het verbeteren van *sociale interactie*, een doel wat goed aansluit bij systeemgericht werken aangezien dit gericht is op het verbeteren van de communicatie binnen het systeem.

5.3 Deelvraag 3

Op welke manier kan beeldende therapie ‘het gezin’ als beschermingsfactor inzetten?

5.3.1 Interviews

Beeldend therapeuten

Het systeem is essentieel voor de cliënt en voor de behandeling (Bijlage 1, Van Drie). Om het gezin als voorbeeld te nemen, kan de invloed hiervan twee uiterste hebben. Het gezin kan voor de cliënt dienen als een steunnetwerk, maar het kan ook een onderdeel zijn waar heel veel pijn ligt (Bijlage 1). Het systeem waar een cliënt uit voortkomt heeft in de meeste gevallen een rol gespeeld in de ontwikkeling van zijn leven. Cliënten binnen de FP komen dikwijls uit een slecht milieu. De familie kan een ongezonde en destructieve kant hebben en/of een laag IQ (Bijlage 1, Harselaar). Als een cliënt gebroken heeft met zijn onveilige thuissituatie kan het een doel zijn het contact weer te herstellen of helpen in het verwerkingsproces. Er kan dan gekeken worden naar wat er in de thuissituatie nodig is om het verwerken te helpen (Bijlage 1, Bisschop). Om het systeem te betrekken bij de behandeling van de cliënt is het belangrijk dat beide kanten welwillend zijn en elkaar respecteren. Voor een systeembehandeling gaan het systeem en de cliënt samen een commitment aan, waarin ze samen succeservaringen kunnen opdoen (Bijlage 1, Van Drie). Het gezin zal hier oefenen om kwetsbaar te zijn en daarin moeten ieders grenzen beschermd worden (Bijlage 1). De verdeling en reflectie in wat bij wie hoort en hoe je je eigen grenzen beschermt. Hierdoor ontstaat er inzicht en begrip voor elkaar (Bijlage 1, Van Drie).

In de individuele beeldende therapie kunnen de uitstapjes van verlof gebruikt worden om te oefenen voor de toekomst. Gaat een cliënt op verlof naar zijn familie dan kunnen de coping en het gedrag werken als een trigger (onder deelvraag 4 is uitgelegd waarom). In de beeldende therapie kan gekeken worden hoe hij daarmee omgaat en wat dat met hem deed (Bijlage 1, Harselaar.).

Er zijn verschillende werkvormen die ingezet kunnen worden om het systeem te betrekken bij de behandeling. Voor een individuele beeldende therapie kan schematherapie worden ingezet om te kijken naar de posities van het gezin. Verder kan de thuissituatie in kaart worden gebracht en een ‘Vertrouwensladder’ worden gemaakt, om te zien wie de cliënt vertrouwt en waar iedereen op de ladder zich bevindt (Bijlage 1).

Voor de beeldende therapie waarbij het gezin aanwezig is, zijn interactionele opdrachten geschikt. Door deze opdrachten kan er contact gemaakt worden en kan de Roos van Leary ingezet worden om verschillende rollen in samenwerking en contact te stimuleren en inzicht te brengen in patronen. Verder kunnen er beeldende werkvormen aangeboden worden waarbij elkaars grenzen worden gerespecteerd, maar ook een werkvorm waarbij het systeem in kaart gebracht wordt op de manier dat het ervaren wordt (Bijlage 1, Van Drie).

Systeemtherapeuten

Een goed vormgegeven netwerk voorkomt recidive (Bijlage 1). Bijvoorbeeld als het gezin van een cliënt ingezet wordt als beschermende factor. Het gezin is dan een vangnet. In een toekomstig stadium kunnen zij zicht houden op welke gedragsveranderingen van de cliënt leiden tot zorg en wat leidt tot irritatie (Bijlage 1, Tempera Leal). Om dit te kunnen ontwikkelen en inzetten is het belangrijk dat de draagkracht en draaglast van het gezin net zo goed in balans zijn als die van de cliënt (Bijlage 1, Tempera Leal).

Beeldende therapie kan interactiepatronen uitwerken met verschillende werkvormen. Een beeldende werkvorm vanuit de systeemtherapie is een *Tree of life* (Bijlage 1). Ook dit kan een onderdeel zijn. Er zijn verder nog andere mooie werkvormen die de systeemgerichte aanpak kunnen bevorderen, zoals het werken met poppetjes (Bijlage 1). Bovendien heeft beeldende therapie een diversiteit aan uitdrukkingvormen zoals poëzie, die gebruikt kunnen worden (Bijlage 1, Twaalfhoven).

5.3.2 Literatuur

In de beantwoording van de eerste deelvraag is al naar voren gekomen dat het inzetten van systeemtherapie ervoor zorgt dat de behandeling van de cliënt versterkt wordt, dat het terugval voorkomt

en de re-integratie ondersteunt (Langeland, 2019). Dit laat zien dat het gezin een beschermingsfactor en draagkracht is voor de cliënt, maar wel op de juiste manier ondersteund en begeleid worden. Om het gezin in te kunnen zetten als beschermingsfactor die voor de verwachte uitkomsten zorgt, moet er aandacht besteed worden aan de draagkracht en draaglast van het gezin zelf (Blansjaar, Kordelaar, & Prinsen, 2021). De draagkracht van een persoon bepaalt wat diegene aankan en waar de grenzen liggen. Binnen deze grenzen ligt het gevoel van veiligheid. Voor cliënten binnen de FP met een psychotische stoornis, is dit beperkt. Om de draagkracht van de cliënt te vergroten binnen de beeldende therapie, is het belangrijk een veilige ruimte te creëren en duidelijke grenzen te stellen (Van Erp, Van Vugt, Van der Veeke, Van Bortel, & Van Rooijen, 2018).

De methode gezin-creatieve-therapie (2003) bestaat uit verschillende categorieën die gebruikt kunnen worden binnen de beeldende therapie. Zo heb je als doel het *zelfvertrouwen vergroten*, werkvormen waarbij er een duidelijke verdeling is in rollen. Deze rolverdeling is passend bij de hiërarchie van het systeem. Volgens de structurele gezinstherapie zijn de *hiërarchie* en *grenzen*, doelen waar werkvormen op aangesloten worden. Binnen deze benadering wordt onderscheid gemaakt tussen de subsystemen binnen het gezin en zo ook binnen de werkvormen (Lange, 2000). Verder is het belangrijk om in de werkvormen en materiaalkeuze aan te kunnen sluiten bij de vaardigheden en interesses van het gezin. Op deze manier kan iedere participant zich gemakkelijk aansluiten (Beelen, 2003). De beeldende werkvormen (binnen het werken) met gezinnen zijn geschikt voor het in beeld en naar voren brengen van *interactiepatronen* (Beelen, 2003). Om hierop in te spelen zijn interactieve en samenwerkingsopdrachten geschikt. Hierbinnen kunnen interventies worden aangebracht. Een voorbeeld van beeldende werkvormen binnen gezinstherapie is bijvoorbeeld het maken van een gezinsportret. Hier zijn verschillende vormen voor te verzinnen (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). Een gezamenlijke werkvorm die ook veel wordt gebruikt is het maken van een collage of schilderij, wat samen vormgegeven wordt met een gekozen hoofdthema (Van Ramshorst, 2004).

5.3.3. Conclusie

In de resultaten worden verschillende werkvormen en methodes genoemd die te gebruiken zijn in en met beeldende therapie om het gezin te versterken als beschermingsfactor. Het is belangrijk om de werkvormen en materialen aan te sluiten op het gezin en hun vaardigheden.

Werkvormen en methodes:

Individueel

- In kaart brengen thuissituatie
- De vertrouwensladder
- Inzetten schematherapie voor posities gezin

Gezamenlijk

- Gezinsportret
- Three of life
- Collage of schilderij met gekozen hoofdthema
- Gezin in kaart brengen: vb. gebruik van poppetjes
- Uitdrukkingsvormen: vb. poëzie
- Interactieve opdrachten: samenwerkings- en interactieve opdrachten
- Hiërarchie en grenzen voor de rolverdeling
- Gebruik van Roos van Leary

Bij systeemgericht werken is het van belang dat beide partijen elkaar respecteren en welwillend zijn. Door de uitgevoerde werkvormen ontstaat er inzicht en begrip voor elkaar, wat het gezin ondersteunt in de functie als beschermende factor. Daarbij is het belangrijk dat de draagkracht en draaglast van het gezin ook in balans zijn of dat hieraan gewerkt wordt. Het is essentieel dat de therapie, voor zowel de cliënt als het gezin veiligheid en structuur biedt. Als thema is de rolverdeling binnen het gezin en in de werkvormen van belang. Op deze manier zijn ieders rol, functie en grenzen duidelijk, wat het

zelfvertrouwen vergroot. Dit zelfvertrouwen en de duidelijkheid zijn nodig voor de draagkracht van het gezin.

5.4 Deelvraag 4

Welke doelen en thema's kunnen er gesteld worden in systeemgericht werken binnen de beeldende therapie in de volwassen forensische psychiatrie?

5.4.1 Interviews

Beeldend therapeuten

In de beeldend therapie binnen de FP, zijn de gebruikte doelen en thema's te vergelijken met de factoren van de diagnostiek van ransdiagnostische factoren. De factoren die veel terugkomen zijn; zelfbeeld, emotieregulatie en sociale interactie. Daarnaast is een van de grootste thema's het herstelgericht werken. Dit thema is groter dan de beeldende therapie zelf, maar wordt nageleefd door de gehele instelling. Vanuit de instelling gaat het herstelgerichte thema (Bijlage 1, Van Drie) minder over interpersoonlijke thema's, maar over het herstellen van bijvoorbeeld een psychose (Van Drie, Bijlage 1) en het vormgeven aan het delict (Bijlage 1, Harselaar). Het is belangrijk dat de cliënt stabiliseert en de crisis eraf is (Bijlage 1, Bisschop). In de therapie is er aandacht voor de diepere gevoelslagen (Bijlage 1, Harselaar) en het helpt de cliënt zich te ontspannen en zichzelf weer terug te vinden (Bijlage 1, Van Drie). In de individuele therapie komt het systeem van de cliënt ook naar voren als thema. De mate waarin het gezin een thema wordt in de individuele therapie hangt af van de cliënt. Zoals Van Drie zegt over het onderwerp: *'Of vaak meteen of vaak helemaal niet'* (Bijlage 3). Als het gezin een gericht onderdeel is in de therapie zit het hoog bij de cliënt en komt het al snel aan de orde. Anderzijds kan het geen rol spelen in het leven van de cliënt, wat ook terug te leiden is naar de levensfase waarin deze zich bevindt en hoe dit is ontwikkeld. Veel cliënten lopen echter achter in hun ontwikkeling en de levensfase niet leeftijdsgebonden (Bijlage 1, Bisschop).

Heeft een cliënt kinderen of is hij nog jong, dan is het gezin sneller een gericht thema in de therapie. Het doel verschilt per cliënt en het gezin in kwestie. Als hij kinderen heeft, is hij vaak zoekend naar zijn rol in het gezin. Als de cliënt nog jong is en nog tijdens het verlof naar zijn ouders gaat, is het contact en het los komen van ouders, hierin een doel. Daarnaast kan het verleden in combinatie met thuis veel thema's oproepen. De therapeut gaat dan bijvoorbeeld aan de slag met de coping van de cliënt in lastige situaties, wat vaak terug te leiden is naar een onveilige thuissituatie. Veel gedrag patronen die een doel zijn in de therapie, zoals emotieregulatie of een laagzelfbeeld, vinden een oorsprong in het gezin (Bijlage 1, Harselaar). Dit kan ook veel pijn veroorzaken en open wonden naar de oppervlakte brengen.

Een belangrijk onderdeel de therapie is de sociale interactie. Er wordt gekeken naar hoe de cliënt kan samenwerken en reageert op anderen. De vertrouwde rollen die worden aangenomen, zijn vroeger ontwikkeld. Het gezin en de peer group van de cliënt hebben hier invloed op gehad. Naast de interactierollen zijn er ook de rollen binnen het gezin. Het zoeken naar deze persoonlijke rollen valt ook onder thema's binnen de therapie als het gaat om systeemgerichte thema's, zoals kijken naar de verwachtingen die er zijn naar elkaar, wat bij wie hoort en daar bewust van worden (Bijlage 1, Bisschop). De interactiepatronen kunnen ook getriggerd worden als de cliënt op verlof gaat, naar bijvoorbeeld familie. De communicatie is vaak een onderdeel waarin het mis kan gaan (Bijlage 1, Van Drie). Er kan te veel verbale afweer zijn waardoor er grenzen worden overschreden, maar er kan ook te weinig gecommuniceerd worden. Het aangeven en/of niet overschrijden van grenzen op zich is ook een belangrijk aspect (Bijlage 1, Van Drie). Dit zorgt ook voor de veiligheid binnen een gezin en vaak is of was deze veiligheid er niet. Zoals Harselaar zegt zijn gezinnen waar frictie is vaak onveilig. Een gekoppeld thema hieraan is 'vertrouwen' (Bijlage 3). Dit thema komt vaker voor bij de doelgroep van de forensische psychiatrie en is dan ook een onderwerp in de beeldende therapie. Het is daarom noodzakelijk dat de attitude van de therapeut betrouwbaar en voorspelbaar is (Bijlage 1, Harselaar).

Systeemtherapeuten

Binnen de systeemtherapie bestaan verschillende perspectieven en doelen. Vaak is simpelweg weer contact opbouwen een hoofddoel. Dit kan de wens zijn van de cliënt en/of het gezin. Daarnaast is er ook de vraag naar het verminderen van conflicten binnen het contact (Bijlage 1, Twaalfhoven).

De vraag vanuit het gezin is in eerste opzichten vaak informatief gericht. Ze willen weten hoe het met de cliënt gaat en hoe het werkt in de psychiatrie. Daarbij komt soms ook schuldgevoel. Soms voelen families zich schuldig aan wat er met de cliënt is gebeurd (Bijlage 1, Tempera Leal). Ook de cliënt kan een schuldgevoel hebben als het delict betrekking heeft op een familielid. In dit geval is er een kans dat het gezin niet betrokken wil worden, omdat er nog te veel pijn en verdriet is (Bijlage 1, Tempera Leal). Wanneer het gezin hier wel klaar voor is, wordt gekeken hoe er met deze pijn en verdriet omgegaan kan worden en hoe het contact op een veilige manier is op te bouwen. Als er sprake is van een schuldgevoel, uit zich dat vaak in het moeilijk grenzen kunnen stellen (Bijlage 1, Tempera Leal). Men is ook zoekende naar de rol als familielid en hoe hiermee om te gaan. Dit geldt voor familieleden die zich afvragen hoe ze er nog voor de cliënt kunnen zijn en op welke manier, maar ook voor de cliënt zelf. Als de cliënt teruggaat naar het gezin na de behandeling of weer in zijn eigen omgeving gaat wonen, moet er ook gekeken worden naar hoe dit vormgegeven wordt en hoe de cliënt hier mee om gaat (Bijlage 1, Twaalfhoven).

5.4.2 Literatuur

Systeemtherapie/gezinstherapie	
FFT (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, 2019; Sexton, 2017; White, et al., 2012)	Doelen - Opbouwen samenwerkingsverband; - Verminderen onderlinge beschuldigingen en negativiteit; - Veranderen van individuele en gezins-risicofactoren/patronen; - Generaliseren van verandering; - Persoonlijke doelen.
MDFT (MultiDimensional Family Therapy, z.d.; Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, 2019; Van der Pol, 2018)	Doelen - Verbeteren van zelfbeeld en zelfvertrouwen; - Verbeteren van emotieregulatie, coping en probleemoplossend vermogen; - Verbeteren van communicatieve vaardigheden; - Verbeteren van stabiliseren mentale gezondheid; - Verbeteren van dagelijks functioneren als gezin; - Versterken van emotionele hechting, liefde en connectie in het gezin.
Kunstdiscipline en systeem gericht werken	
Gezins-creatieve-therapie (Beelen, 2003, p. 191)	Doelen - Gevoeligheid ontwikkelen voor circulariteit van gedrag; - Meer zelfvertrouwen ontwikkelen; - Een gezonder evenwicht met elkaar vinden; - Een positief affectief klimaat bewerkstelligen; - Waardering tonen ten opzichte van elkaar en de kinderen; - Samen overleggen.
PMST (Keulen, 2011; Van Zummeren, 2013)	Doelen - Verbeteren van communicatie; - Kunnen afstemmen op elkaar; - Samen plezier ervaren; - Doorbreken van negatieve patronen.

Beeldende systeemtherapie (Abeln & Killaars, 2014; Klijn & Scheller-Dikkers, 2006)	Doelen
	- Verbeteren van communicatie; - Omgaan met rouw; - Interactiepatronen veranderen; - Conflicthantering bevorderen; - Samenwerking bevorderen; - Probleemoplossing bevorderen; - Problemen externaliseren.

5.4.3. Conclusie

Uit de resultaten komen verschillende doelen en thema's naar voren. Wat de respondenten aangeven als thema's, komt voor in de literatuur als doelen. Tussen deze doelen en thema's zijn een duidelijke overeenkomst en categorie te zien, waaruit de volgende doelen zijn voortgekomen:

Vanuit de interviews	Vanuit de literatuur		Doelen
Sociale interactie - Communicatie en contact	Verbeteren communicatie en interactie	→	Communicatie & interactie verbeteren
Rol binnen systeem, familiepatronen	Samenwerking bevorderen	→	Verbeteren van de samenwerking in combinatie met gezinsrol
Vertrouwen en veiligheid	Positief klimaat en plezier ervaren	→	Creëren van een veilig klimaat en daarin plezier ervaren
- Aangeven grenzen - Omgaan met pijn en schuldgevoelens	Conflicthantering bevorderen - Doorbreken negatieve patronen	→	Doorbreken van negatieve patronen en rekening houden van grenzen en gevoelens

Deze doelen kunnen nodig zijn voor een behandeling van een cliënt in de forensische psychiatrie in combinatie met diens gezin.

5.5 Deelvraag 5

Op welke wijze kan systemisch werken met beeldende therapie geïntegreerd worden in de behandeling van de cliënt in de forensische psychiatrie?

5.5.1 Interviews

In de instellingen is er veel behoefte aan meer systeemgerichte behandelingen. Beeldend therapeuten, systeemtherapeuten en maatschappelijk werkers zien dit, maar er is nog weinig aanbod.

Beeldend therapeuten

De mooiste en meest effectieve wijze van de combinatie van beeldende therapie en het systeem is een integratie van beide therapieën. Hierdoor worden de verschillende invalshoeken samengevoegd (Bijlage 1, Van Drie). Zo kunnen er binnen beeldende therapie werkvormen worden uitgevoerd en kan een systeemtherapeut aanwezig zijn met een meer verbale taak aspecten, benoemt en de sessie afrondt (Bijlage 1, Bisschop). De systeemtherapeut en de beeldend therapeut werken samen als co-therapeuten (Bijlage 1, Harselaar). Voor het inzetten van deze vorm en het betrekken van het gezin hierbij, is het belangrijk dat vooraf gekeken wordt naar de behoefte van de cliënt. Wanneer deze cliënt al individuele beeldende therapie heeft, blijft de beeldend therapeut naast de cliënt staan en is de systeemtherapeut de verantwoordelijke voor het gezin (Bijlage 1, Van Drie).

Deze samenwerking zou opgezet kunnen worden in de vorm van een module, waarbij systeemtherapie en beeldende therapie om de week elkaar afwisselen (Bijlage 1). De duur van de module en het doel hangen af van de indicatie en het doel. Is de indicatie gebaseerd op het opbouwen van contact, dan zijn vijf tot tien sessies genoeg (Bijlage 1, Van Drie). Wordt het doel groter, dan kan dit uitgebreid worden tot bijvoorbeeld een duur van drie tot zes maanden of tien tot vijftien sessies (Bijlage 1).

Om deze vorm meer te integreren binnen de gevormde behandelingen in de FP is het passend om in de laatste fase van de individuele behandeling van de cliënt het gezin erbij te betrekken (Bijlage 1). Dit valt te onderbouwen door de cliënt te ondersteunen met het maken van een vervolgstap: terug naar de maatschappij of naar een vervolgplek. Zo zou bij beeldende therapie in de afsluitende fase of de laatste vijf tot tien sessies het gezin betrokken kunnen worden in de beeldende therapie (Bijlage 1, Harselaar).

Niet onbelangrijk is het aandeel dat maatschappelijk werk hierin heeft. Het contact tussen de therapeuten en maatschappelijk werk zou verbeterd moeten worden en meer samenwerking is noodzakelijk (Bijlage 1).

Systeemtherapeuten

Wanneer er samenwerking is tussen systeemtherapie en beeldende therapie zal het eenvoudiger zijn om gezinnen te betrekken vanwege het aanbod waarbij 'iets gedaan' kan worden in plaats van praten (Bijlage 1, Tempera Leal). De duur van de 'module' hangt af van de behoeftes en doelen. De doelen moeten aangepast aan een kortdurende of langdurende module (Bijlage 1, Twaalfhoven). Of deze module past en welke doelen nodig zijn moet per cliënt en per casus bekeken worden. Niet elke cliënt en elke casus komt in aanmerking voor een systeemgerichte therapie (Bijlage 1, Tempera Leal). Voor de effectiviteit van een systeembenadering en het waarborgen van de waarde systeemtherapie is het belangrijk dat de systeemtherapeut verder niet inhoudelijk betrokken is bij de rest van de behandeling van de cliënt, maar onafhankelijk is (Bijlage 1, Tempera Leal).

Vanuit therapeutisch perspectief is een samenwerking en co-therapeutschap tussen beeldende therapie en systeemtherapie een geschikte vorm, gezien de complexiteit van de casussen binnen de FP (Bijlage 1, Tempera Leal). Op deze manier staan de therapeuten sterker en kunnen zij samen overleggen. Systeemtherapie kan één keer in de 14 dagen gegeven worden en in samenwerking met beeldende therapie zou er afgewisseld kunnen worden om de week (Bijlage 1, Twaalfhoven).

5.5.2 Literatuur

Co-therapeutschap

Er zijn maar een beperkt aantal voorbeelden van de combinatie tussen systeemtherapie en vaktherapie. De meeste van deze behandelingen zijn in combinatie met de discipline psychomotorisch therapie of is beeldende therapie gericht op gezinnen. Daarnaast zijn de modules en samenwerkingen die staan beschreven met een jonge doelgroep (Beelen, 2003; Keulen, 2011; Klijn & Scheller-Dikkers, 2006; Van Ramshorst, 2004).

Voor de duur van een mogelijke module of interventie zijn opnieuw verschillende perspectieven. De duur hangt af van de doelen, maar gekeken vanuit de voorbeelden die er zijn wordt een krachtige kortdurende interventies beschreven (Van Zummeren, 2013). De duur van een module bestaat echter uit ongeveer tien sessies. Zoals Beelen (2003) beschrijft is de duur van therapie aan te passen; hij kan verlengd of verkort worden.

Van Ramshorst (2004) beschrijft waar er in de samenwerking tussen een vaktherapeut (in dit geval beeldend) en een systeemtherapeut opgelet moet worden. Allereerst is het belangrijk dat er een duidelijke verdeling is tussen de taken van de systeemtherapeut en de beeldend therapeut. Ze werken echter samen en staan in de behandeling als co-therapeuten (Van Zummeren, 2013). De systeemtherapeut bewaart meer afstand tot het proces, bewaakt de context en verzamelt gegevens. In tegenstelling tot de beeldend therapeut die juist meegaat en verantwoordelijk is voor het proces dat gevormd wordt met het beeldende kunstvak (Van Ramshorst, 2004).

Ten tweede is het inzetten van de relatie van de beeldend therapeut met de cliënt. In het systemische behandelaanbod kan dan de beeldend therapeut naast de cliënt blijven staan en draagt de systeemtherapeut zorg voor het gezin. De relatie tussen de twee therapeuten is ook belangrijk (Van Ramshorst, 2004). Deze relatie is bevorderlijk voor de taakverdeling en uitvoering van de therapie, maar dient ook als voorbeeld voor het gezin in behandeling (Beelen, 2003).

Transdiagnostische factor

In de FP wordt er behandeld aan de hand van de transdiagnostische factoren. Er zijn verschillende factoren die binnen deze doelgroep naar voren komen en *sociale interactie* is er één van (Van Heycop ten Ham, 2014). Volgens verschillende onderzoeken wijzen de resultaten erop dat vooral binnen de justitiële jeugdinstellingen deze factor op de voorgrond staat (Smeijsters, 2011). Binnen de vaktherapeutische behandeling is naar voren gekomen dat het aangaan van relaties, het aangeven van grenzen naar andere toe en grenzen van anderen respecteren een belangrijk onderdeel is van 'probleemgedrag' (Akwa GGZ, 2020). Vaak is dit ook één van de aspecten die hebben bijgedragen aan het delict-gedrag van delinquenten en dan met namen jonge delinquenten. Binnen de FP met de volwassen doelgroep is deze factor ook een onderdeel van de diagnostiek. Binnen de beeldende therapie in de FP is 'verstoorde interactie' een fenomeen dat frequent geïndiceerd en behandeld wordt (Baeten, 2007).

De effectieve aspecten van beeldende therapie corresponderen het verbeteren van sociale interactie en het opbouwen van positieve relaties (Langeland, 2019). In beeldend werken komen interactiepatronen naar voren, wat het voor de cliënt visueel en inzichtelijk maakt (Beelen & Oelers, 2000). In de verdeling van de vaktherapeutische interventies binnen de FP, is beeldende therapie geïndiceerd voor de interactie en het verbeteren van sociale vaardigheden en relaties (Van Hooren, et al., 2020).

5.5.3. Conclusie

In de volwassenen FP zijn er nog weinig tot geen behandelingen binnen de beeldende therapie waarin er gebruik gemaakt wordt van systemisch werken. De behoefte en de ideeën zijn er echter wel. De resultaten van het onderzoek wijzen dan ook op de samenwerking van beeldende therapie en systeemtherapie, waar zij naast elkaar staan als co-therapeuten. Hier wordt gedacht aan een module of behandelinterventie waarin beeldende therapie en systeemtherapie elkaar afwisselen en aanvullen. Deze module of interventie kan op zichzelf staan, maar ook geïntegreerd worden in de laatste fase van de behandeling van de cliënt bij beeldende therapie. Daarbij is het van belang dat gekeken wordt naar

de behoefte van de cliënt. De duur hiervan kan ook aangepast worden aan deze behoeftes, maar ook aan de doelen die gesteld zijn binnen deze module. In het co-therapeutschap is het belangrijk dat er een duidelijke taakverdeling is. De twee therapeuten staan anders in de module en naast de cliënten. Zo is de beeldend therapeut meer betrokken bij het proces en richt zich op het uitvoeren van de werkvormen. Als dit ingezet wordt als behandelinterventie in de eindfase van een individuele therapie, zal de beeldend therapeut zich opstellen als een veilige haven voor de cliënt. De systeemtherapeut kijkt met meer afstand naar het proces en richt zich op de verbale kant van de therapie, door vragen te stellen en de nabespreking te leiden. Daarnaast zal de systeemtherapeut zich meer richten op het gezin en naast hen staan in de behandeling.

De manier waarop deze module of interventies meegenomen kan worden in behandeling binnen de volwassenen FP is door deze te koppelen aan de transdiagnostische factor *sociale interactie*. Kijkend naar de doelen die gesteld zijn in het beantwoorden van de vorige deelvragen past dit binnen deze factor en sluit aan bij de behandeling van de cliënten.

Kortom: Een behandelinterventie of module waarbij er samenwerking is tussen beeldende therapie en systeemtherapie. De duur hiervan hangt af van de behoeftes van de cliënt en de gestelde doelen. Belangrijk is een duidelijke verdeling van de taken tussen de beeldend therapeut en de systeemtherapeut. Verder kan deze module of behandelinterventie aangeboden worden aan geïndiceerde cliënten of onderdeel uitmaken van de eindfase van de beeldende therapiebehandeling. Binnen de FP kan deze module/behandelinterventie geplaatst worden onder de *sociale interactie factor* in het transdiagnostisch werken.

Hoofdstuk 6 | Conclusie

De aanleiding voor dit onderzoek kwam voort uit de onderzoekskwestie en de opdrachtgevers. De nieuwsgierigheid en visie op meer systeemgericht werken met beeldende therapie binnen de FP, leidden tot een inventariserend onderzoek.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Op welke manier kan een systeemgerichte benadering in beeldende therapie in de forensische psychiatrische instellingen met een doelgroep van volwassenen, de behandeling van de cliënt en de re-integratie in de maatschappij versterken?

6.1 Systeemgerichte benadering in beeldende therapie

Uit het onderzoek is gebleken dat de behoefte aan meer systeemgericht werken met beeldende therapie en de ideeën die hierover leiden tot een eerste opzet van een behandelinterventie. Het gaat hier om een samenwerking tussen beeldende therapie en systeemtherapie. De duur hiervan hangt af van de behoeftes van de cliënt en de gestelde doelen. Belangrijk is een duidelijke onderlinge verdeling van de taken tussen de beeldend therapeut en de systeemtherapeut. Verder kan deze behandelinterventie aangeboden worden aan geïndiceerde cliënten of onderdeel zijn van de eindfase van de beeldende therapiebehandeling.

Binnen de FP kan dit geplaatst worden onder de *sociale interactie factor* in het transdiagnostisch werken.

6.1.1 Behandelinterventie

Doelgroep:

Cliënten boven de achttien die in behandeling zijn binnen de gesloten forensische psychiatrie, samen met hun gezin.

Taakverdeling:

Beeldend therapeut:

- Draagt zorg voor cliënt in sessies met gezin;
- Gaat mee in de door beeldend gevormd proces;
- Is verantwoordelijk voor door beeldend gevormd proces;
- Leidend in beeldende therapiesessies;
- Pleegt interventies in beeldend werk.

Systeemtherapeut:

- Bewaart afstand tot proces;
- Bewaakt context;
- Verzamelt gegevens;
- Leidt verbale nabespreking in beeldende therapie;
- Draagt zorg voor het gezin in de sessies;
- Leidend in de systeemtherapie sessies.

Duur:

Afhankelijk van de doelen en de plek waarop de module wordt ingezet.

Systeem- en beeldende therapie wisselen elkaar af.

Attitude:

Beeldend therapeut creëert een veilige omgeving en biedt hierin structuur en duidelijkheid.

Dit vergroot het zelfvertrouwen, waardoor de draagkracht wordt versterkt.

Doelen:

Hoofddoel

Verbeteren van de sociale interactie.

Subdoelen:

1. Verbeteren van communicatie en interactie
2. Verbeteren van de samenwerking in combinatie met de gezinsrol
3. Het samen creëren van een veilig klimaat en daarin plezier ervaren
4. Doorbreken van negatieve patronen en hierin rekening houden met ieders grenzen en gevoelens

Interventies

- Gezinsportret
- Three of life
- Collage of schilderij met gekozen hoofdthema
- Gezin in kaart brengen: Vb. Gebruik van poppetjes
- Uitdrukkingvormen: Vb. Poëzie
- Interactionele opdrachten: Samenwerkings- en interactieve opdrachten
- Hiërarchie en grenzen voor de rolverdeling
- Gebruik van Roos van Leary

6.2 Versterken van behandeling & invloed op re-integratie

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat het betrekken van het gezin van de cliënt bij de behandeling, door het aanbieden van systeemgerichte benadering een positieve invloed heeft op de duurzaamheid van de behandeling van de cliënt. De cliënt heeft de mogelijkheid tot het oefenen en uiten wat hij heeft geleerd in de behandelingen binnen de instelling en het gezin krijgt de mogelijkheid mee te ontwikkelen en niet stil te blijven staan. Beeldende therapie maakt het betrekken van het gezin bij de therapie laagdrempelig, gezien het actief en non-verbaal werken. Verder kan er actief aan coping worden gewerkt. Het beeldend werk zorgt voor het visualiseren van de interactiepatronen, wat houvast biedt en de mogelijkheid geeft tot het werken en reageren in het hier-en-nu. Beeldende therapie zorgt in FP voor het opbouwen van positieve relaties en het verbeteren van sociale interactie. Door het gezin hierbij te betrekken worden deze positieve relaties hierbinnen opgebouwd en wordt de sociale interactie verbeterd. Door deze doelen te volgen en te waarborgen in de relatie en interactie tussen de cliënt en zijn gezin, wordt de draagkracht van beide versterkt en vormt zo een beschermende factor. Hierdoor wordt de risicofactor verlaagd, wat zorgt voor het versterken van de behandeling.

Binnen de FP is de factor *sociale interactie* een actueel thema en doel. Sociale interactie is van belang (om het algehele doel van de instellingen en de maatschappij te waarborgen) voor: het succesvol re-integreren in de maatschappij. Recidive heeft vaak te maken met eenzaamheid van de cliënten en een sociaal geïsoleerd bestaan. Door systeemgericht te werken wordt de onderlinge interactie en communicatie tussen de cliënt en het gezin verbeterd. Het versterken van de communicatieve en interactieve vaardigheden van de cliënt zorgt voor weerbaarheid en geven de cliënt de mogelijkheid tot het opbouwen van een sociaal systeem. Dit zijn belangrijke ingrediënten voor een succesvolle integratie en het voorkomen van recidive.

Hoofdstuk 7 | Aanbevelingen

7.1 Aanbeveling voor de praktijk

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de behoefte en visie over systeemgericht werken binnen de beeldende therapie in de volwassenen FP aanwezig is, maar nog niet gerealiseerd wordt in de praktijk. Dit lijkt te komen door te weinig kennis en/of bekendheid in systeemgericht werken en behandelen van volwassenen in de FP. De onderzoeker heeft echter tijdens de interviews ervaren dat de beeldend therapeuten zich bewust werden van het belang van systeemgericht werken. Ook de systeemtherapeuten hadden duidelijke behoefte aan meer naamsbekendheid en het standaard implementeren van systeemtherapie in de behandeling binnen de FP.

Uit de resultaten komt een duidelijke behandelvisie naar voren die dient als raamwerk voor een behandelinterventie. De aanbeveling is dan ook om dit en het bewustzijn te gebruiken om in de behandelingen inventariserend te werk te gaan. Dit kan doormiddel van het zoeken naar verschillende mogelijkheden, het ontwikkelen van verschillende werkvormen en mogelijk een pilot te draaien. Verder kan er in de behandeling meer gefocust worden op het systeem van de cliënt en zijn positie hierin.

Voor beeldende therapeuten kan dit door:

- **Individuele beeldende therapie:** in de individuele therapie kan de focus liggen op: waar komt de cliënt vandaan, hoe ziet zijn gezin eruit en wat is de invloed op gedragspatronen en coping e.d.
- **Behandelaren:** het team van behandelaren kan de focus leggen op de invloed van het systeem op de behandeling van de cliënt. Door deze focus wordt de invloed en het systeem als fenomeen meegenomen in de behandeling.
- **Systeemtherapie:** beeldend therapeuten en systeemtherapeuten kunnen samen kijken naar mogelijke toevoeging van beeldend therapie bij cliënten die in behandeling zijn van systeemtherapie of cliënten van beeldende therapie die mogelijk baat hebben bij systeemtherapie.

7.2 Aanbeveling voor de beroepsontwikkeling

- Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat er handvatten zijn die de beginnende basis vormen van een behandelinterventie. Er is echter er nog te weinig onderzoek gedaan naar systeemgericht werken met volwassen in de FP, zowel in de systeemtherapie als in beeldende therapie. Laat staan naar de voor de hand liggende combinatie die in dit onderzoek naar voren komt. Voor het ontwikkelen van een behandelinterventie is meer onderzoek nodig. De aanbeveling sluit hier dan ook op aan. Om een effectieve behandelinterventie te ontwikkelen die goed onderbouwd is, is er meer onderzoek vereist op grotere schaal, met respondenten die ervaring hebben met deze doelgroep en systeemgericht werken. Dit onderzoek is een ontwikkelingsonderzoek.
- Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat het werken met een systeemgerichte benadering in beeldende therapie in de volwassen FP-recidive, verlagend werkt. Maar de onderbouwing hiervan is niet evidence-based. Om dit op de juiste manier te onderbouwen is een effectenonderzoek nodig aan de hand van een geschreven en uitgevoerde behandelinterventie.

7.3 Aanbeveling voor de opdrachtgever

Vanuit het onderzoek is gebleken dat systeemgericht werken in beeldende therapie, in combinatie met een systeemtherapeut, de behandeling van de cliënt versterkt. Daarnaast wijzen de resultaten erop dat het gezin een beschermende factor is en dat, door deze te versterken de behandeling duurzamer en effectiever uitpakt. Dit helpt bij de re-integratie, wat toch het hoofddoel van de FP-instellingen is. Om het hoofd-, behandeldoel te waarborgen en te behalen, is het noodzakelijk systeemgericht werken te integreren in de dagelijkse behandeling van volwassen cliënten in de FP. Op deze manier zal de behandel-effectiviteit van de instelling toenemen.

Literatuurlijst

- Abeln, G., & Killaars, M. (2014). *Samen aan de slag: Een inventariserend literatuuronderzoek naar methodieken en werkwijzen binnen de beeldende gezinstherapie en muziekgezinstherapie* (Bachelorscriptie). Arnhem: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Akwa GGZ. (2017, November 2). *Samenvattingskaart generieke module: Ernstig psychische aandoeningen (EPA)*. Geraadpleegd op 21 juli 2021, van Ggzstandaarden: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/0e7bdc1732de1ba4590cd43f5da2e9a2.pdf
- Akwa GGZ. (2020, December 30). *Vaktherapie - generieke module*. Opgeroepen op Maart 25, 2021, van GGZ standaarden: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_2aa7fc3a-987d-4623-ab46-ec05b2f2076a_vaktherapie__authorized-at_30-11-2017.pdf
- Alexander, J. F., & Sexton, T. L (2002). Functional family therapy (FFT) as an integrative, mature clinical model for treating high risk, acting out youth. In J. Lebow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy. Volume 4. Integrative/eclectic* (pp. 111-132). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons
- Baeten, N. (2007). *Beeldende Therapie: In de praktijk van de forensische psychiatrie*. Amsterdam: Spinhex.
- Beelen, F. (2003). *Gezins-creatieve-therapie: systeembeïnvloeding, ouderondersteuning in creatieve therapie beeldend*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beelen, F., & Oelers, M. (2000). *Interactief: Creatieve therapie met groepen* (Tweede, geheel herziene druk ed.). Houten/Dieghem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Betensky, M. (1995). *What do you see? Phenomenology of therapeutic art expression*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Blansjaar, B., Kordelaar, V., & Prinsen, M. (2021). *Stoornis en delict: Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken* (Tweede, geheel herziene druk ed.). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4e ed.). Oxford: Oxford university press.
- Fivoor. (2021). *Informatie en cijfers over de patiënten van Fivoor*. Opgeroepen op Juli 21, 2021, van Fivoor: <https://www.fivoor.nl/app/assets/informatie-en-cijfers-over-patienten-van-fivoor-den-dolder-interactief-2021-def.pdf>
- Keulen, O. (2011). Psychomotorische Systeemtherapie, een interventiebeschrijving. *K2 adviesbureau voor jeugdvraagstukken*, 5-16.
- Klijn, W., & Scheller-Dikkers, S. (2006). *Waar woorden tekortschieten: Praktijk en theorie van beeldende systeemtherapie* (Eerste druk ed.). Leuven: Uitgeverij Acco.
- Lange, A. (2000). *Gedragsveranderingen in gezinnen* (zevende, volledig herziene druk ed.). Amstelveen: Wolters-Noordhoff; Martinus Nijhoff.
- Lange, A. (2006, Maart). Verstoorde gezinsverhoudingen, psychische stoornissen en gezinstherapie; De stand van zaken in het onderzoek. *Dth*, 26, 32-46. doi:10.1007/BF03060408
- Langeland, W. (2019). *Systeemtherapie; Wetenschappelijke evidentie*. Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie. Utrecht & Amsterdam: NVP & NVRG. Opgehaald van <https://www.psychotherapie.nl/zoek-resultaten/document?documentregistrationid=1145110528>
- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional Family Therapy: A Science-based Treatment System. *Australian and New Zealand journal of Family Therapy*, 31(2), 133-148. doi:<https://doi.org/10.1375/anft.31.2.133>
- Madani-Abbing, A., Hooren, S. v., Busschbach, J. v., Bellemans, T., Brûls, V., Samaritter, R., & Haeyen, S. (2021). *Vaktherapeutische interventies in de forensische zorg*. Geraadpleegd op 25 maart 2021 van KenVak: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-aee4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/eindrapportages/kenvak-infographic-volwassenen.pdf>
- Malchiodi, C. A. (2003). Art Therapy and the Brain. In C. A. Malchiodi, *Handbook of Art Therapy* (pp. 16-25). New York: The Guilford Press.
- Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (16e ed.). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken* (Derde gewijzigde druk ed.). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Molen, H. T., Simon, E., Lankveld, J. v., & red. (2015). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (3e druk ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- MultiDimensional Family Therapy. (z.d.). *How does mdft work*. Geraadpleegd op 9 juli 2021, van MDFT: <https://www.mdft.org/how-does-mdft-work>

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. (2019). *Systeemtherapie bij kinderen, jeugdigen en volwassenen: Stand van wetenschap en praktijk*. Utrecht: NVP.
- Oosterom, R. (2018, Januari 3). Mensen met een stoornis komen na herstel moeilijk mee. *Trouw*. Geraadpleegd op 7 juni 2021, van <https://www.trouw.nl/nieuws/mensen-met-een-stoornis-komen-na-herstel-moeilijk-mee~badc461d/>
- Rigter, J. (2016). *Handboek ontwikkelings psychopathologie bij kinderen en jeugdigen* (Eerste druk, tweede oplage ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Savenije, A., Lawick, J. v., Reijmers, E., & red. (2010). *Handboek systeemtherapie* (Eerste druk, derde oplage ed.). Enschede: De Tijdstroom uitgeverij.
- Schweizer, C., Bruyn, J. d., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie: uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sexton, T. L. (2017). Functional Family Therapy. In C. J. Schreck (Red.), *The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice* (pp. 1-7). John Wiley & Sons.
- Shoemaker, D. J. (2018). *Theories of Delinquency: An Examination of Explanations of Delinquent Behavior* (7e ed.). New York: Oxford University press.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkgericht onderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J., & Willemars, G. (2011). Arts therapies for young offenders in secure care - A practice-based research. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 41-51.
- Steendam, M., Van Luyn, B., Knapen, S., Nijmeijer, B., Van Meekeren, E., Kaasenbrood, A., & Van Bunningen, N. (2013, September). *Meedoen-def.pdf*. Geraadpleegd op 10 augustus 2021, van Kenniscentrumpsnl.webhosting: <http://kenniscentrumpsnl.webhosting.be/sites/default/files/publications/meedoen-def.pdf>
- Stern, D. (1998). *The interpersonal world of the infant*. London: Karnac Books.
- Swinkels, L., Popma, A., & Dekker, J. (2017-2021). *forensisch-netwerk-coaching-de-effectiviteit-van-sociale-netwerkversterking-bij-forensisch-psychiatrische-patienten*. Geraadpleegd op 27 maart 2021, van Stichtingtotsteunvcvgz: <https://stichtingtotsteunvcvgz.nl/wetenschappelijke-projecten/forensisch-netwerk-coaching-de-effectiviteit-van-sociale-netwerkversterking-bij-forensisch-psychiatrische-patienten/>
- TBS Nederland. (2020a). *Tbs*. Geraadpleegd op 21 juli 2021, van TBS Nederland: <https://www.tbsnederland.nl/tbs/>
- TBS Nederland. (2020b). *Verpleging en behandeling*. Geraadpleegd op 21 juli 2021, van Tbs Nederland: <https://www.tbsnederland.nl/tbs/verpleging-en-behandeling/>
- Van der Donk, C., & van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Derde, herziene druk ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van der Pol, T. (2018). *Criminal substance abusing adolescents and systemic treatment* (Proefschrift). Leiden: Leiden University.
- Van der Vegt, L. (2010). *"Gezin in beweging": Psychomotorische therapie met gezinnen* (Bachelorscriptie). Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Van Erp, N., Van Vugt, M., Van der Veeken, F., Van Boxtel, M., & Van Rooijen, S. (2018). *Herstelondersteunend handelingsplan psychotische aandoeningen in de forensische zorg*. Geraadpleegd op 7 juli 2021, van Kwaliteit Forensische Zorg: <https://www.trimbos.nl/docs/33a4cd5c-e3ff-441a-95a3-c95e03aa1f28.pdf>
- Van Es, E. (2003). Functionele gezinstherapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 22-26. doi:10.1007/BF03059471
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsenbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie & praktijk* (1e druk ed.). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Van Hooren, S., Madani-Abbing, A., Van Busschbach, J., Bellemans, T., Brûls, V., Samaritter, R., & Haeyen, S. (2020). *Evidence voor Vaktherapie: in de Forensische Psychiatrie*. Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 25 maart 2021, van <https://kfsz.nl/projecten/evidence-gap-map-vaktherapie-de-ontwikkeling-van-een-evidence-gap-map-voor-vaktherapie-in-de-forensische-ggz-call-2019-103>
- Van Kempen, J. (2019, Augustus 14). De recidive onder de jeugdcriminele neemt toe. Is systeemtherapie de oplossing? *Het Parool*. Opgeroepen op Juli 8, 2021, van <https://www.parool.nl/nieuws/de-recidive-onder-jeugdcriminelen-neemt-toe-is-systeemtherapie-de-oplossing~b38a07f3/>
- Van Ramshorst, G. (2004). Samenspel: Samenwerking van systeemtherapeut en vaktherapeuten bij gezinsdiagnostiek en gezinsbehandeling. *Systeemtherapie*, 16(3), 132-148. Geraadpleegd op

-
- 1 april 2021, van https://www-boomportaal-nl.hu.idm.oclc.org/tijdschrift/ST/ST_2004_016_003_001
- Van Zummeren, L. (2013, Mei). *Samen een gezin: Onderzoek naar het effect van Psychomotorische Systeem therapie op de positionering van de ouders in een gezin* (Bachelorscriptie). Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Verhoeven. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e druk ed.). Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.
- Visser, S. (2016). Transdiagnostisch. *PsychoPraktijk* (nr. 4), 1.
- White, S. F., Frick, P. J., Lawing, K., & Bauer, D. (2012, November 21). Callous-Unemotional Traits and Response to Functional Family Therapy in Adolescent Offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 271-285. doi: 10.1002/bsl.2041
- White, S. F., Frick, P. J., Lawing, K., & Bauer, D. (2013, November 21). Callous-Unemotional Traits and Response to Functional Family Therapy in Adolescent Offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 271-285. doi:10.1002/bsl.2041

Bijlagen

Begrippenlijst

EPA | Ernstige psychiatrische aandoening:

Bij een 'ernstige psychische aandoening':

- heeft iemand een psychische stoornis die zorg noodzakelijk maakt;
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die langdurig is (ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

De term 'ernstig' heeft dus mede betrekking op de bijkomende beperkingen op meerdere levensgebieden die mensen ervaren. De groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is heel divers.

FP | Forensische Psychiatrie:

In de Forensische Psychiatrie worden patiënten behandeld die vanuit complexe psychiatrische problematiek grensoverschrijdend gedrag of delict gedrag vertonen. In de behandeling ligt er een expliciete focus op het terugdringen van recidiverisico.

FPC | Forensisch psychiatrisch centrum:

Een FPC (tbs-kliniek) is een gesloten instelling waar patiënten verblijven aan wie tbs met dwangverpleging is opgelegd. Het beveiligingsniveau is zeer hoog.

FPK | Forensisch psychiatrische kliniek:

Een fpk maakt deel uit van een ggz-instelling. Het is eveneens een gesloten instelling waar onder anderen patiënten verblijven aan wie tbs met dwangverpleging is opgelegd. Het beveiligingsniveau is hoog, maar minder hoog dan in een FPC. Ook verblijven hier patiënten met ernstige psychiatrische gedragsproblemen met een andere justitiële maatregel. Net als in een FPC is er sprake van een intensieve behandeling die gericht is op het verminderen van delict-gevaarlijkheid.

FPA | Forensisch psychiatrische afdeling:

Op een Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA) worden patiënten behandeld met gedragsproblemen die een psychiatrische oorzaak hebben. Mogelijk zijn de patiënten hierdoor in aanraking gekomen met justitie. Een opname op een forensisch psychiatrische afdeling kan zowel met als zonder een strafrechtelijke maatregel plaatsvinden. Ook vrijwillige opname behoort tot de mogelijkheden. De medewerkers van een FPA helpen om de behandeling succesvol te doorlopen. Veiligheid voor de (mede)patiënt, omwonenden en medewerkers is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

PMT | Psychomotorische therapie:

Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychosociale of psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruikgemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties. De psychomotorisch therapeut richt zich op de problematiek zoals die naar voren komt in bewegingsgedrag, lichaamstaal, lichamelijke spanningen, lichaamshouding, lichaamssensaties en lichaamsbeleving. Deze aspecten zijn aandachtspunt in de diagnostiek en aangrijpingspunt voor de behandeling. Psychomotorische therapie wordt zowel aan individuele cliënten, als aan echtparen, gezinnen of groepen gegeven. PMT is er voor ouderen, volwassenen, jongeren en kinderen.

1. topiclijst interviews

Beeldend therapeut

- Positie therapeut/Introductie
- Doelgroep en leeftijd
- Veel voorkomende thema's
- Aandeel systeem binnen therapie
- Visie op rol van gezin in behandeling van de client
- Visie op gezin betrekken bij behandeling
- Visie op syteemtherapie
- Visie op samenwerking
- Visie op uitkomst

Systeemtherapeut

- Positie therapeut/Introductie
- Doelgroep en leeftijd
- Veel voorkomende thema's
- Positie therapeut
- Visie op rol van gezin in behandeling van de client
- Visie op gezin betrekken bij behandeling
- Visie op beeldende therapie
- Visie op samenwerking
- Visie op uitkomst