



VAKTHERAPIE

doen wat werkt

prof. dr. Susan A.H. van Hooren

Open Universiteit
www.ou.nl



VAKTHERAPIE

doen wat werkt

prof. dr. Susan A.H. van Hooren

ZU
YD



Open Universiteit
www.ou.nl



© Copyright Susan A.H. van Hooren 2018

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Grafische vormgeving: Sandra Daems, Open Universiteit

Redactie: Jan Hendriks, Open Universiteit

Foto omslag: Gerty Louppen

ISBN 978 94 92739 34 6

Printed in The Netherlands

INHOUD

Inleiding	7
1 Kenmerken van vaktherapie	10
2 Het werkveld van vaktherapie en het onderzoek: recente ontwikkelingen	12
2.1 Het werkveld	12
2.2 Onderzoek naar vaktherapie	15
3 Doen wat werkt	19
3.1 Doen WAT werkt	19
3.1.1 Indicatiestelling	20
3.1.2 Effectonderzoek	22
3.2 Doen wat WERKT	26
3.2.1 Handelen: actie en waarneming	27
3.2.2 Handelen: bewegen en emoties	29
4 Samenvatting	31
5 Dankwoord	33
Referenties	36



Vaktherapie: doen wat werkt

Rede

In verkorte vorm uitgesproken
bij de openbare aanvaarding
van het ambt van hoogleraar Vaktherapie
aan de Open Universiteit
op vrijdag 5 oktober 2018

door
prof. dr. Susan A.H. van Hooren



VAKTHERAPIE

doen wat werkt

Geachte mevrouw de rector magnificus, waarde collega's, studenten, familie en vrienden,

INLEIDING

Het is een eer om met deze openbare lezing het ambt van hoogleraar Vaktherapie te aanvaarden. Temeer omdat dit de allereerste leerstoel Vaktherapie in Nederland is. Een bijzonder domein van behandelingen voor mensen met psychische aandoeningen en psychosociale klachten dat sinds jaren¹ is ingebed in de geestelijke gezondheidszorg en in sectoren als de ouderenzorg, somatische zorg, basis- en voortgezet onderwijs. 'Waarom nu pas?' 'Waarom is deze of een vergelijkbare, leerstoel niet eerder ingesteld, wetende dat deze behandelingen al jaren worden toegepast binnen de zorg en daarbuiten?' Er zijn in Nederland veel vaktherapeuten, circa 5800. In vergelijking met de ongeveer 6700 psychotherapeuten in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018), is het dus geen klein gebied. Er is ook de actieve Federatie Vaktherapeutische Beroepen, dit is de koepelorganisatie van de verenigingen van vaktherapeutische disciplines. Ik ga daar later nog iets over te zeggen en over de ontwikkelingen die er momenteel gaande zijn. In het buitenland zijn er wel leerstoelen op dit gebied. Dus waarom nu pas een leerstoel Vaktherapie?

Dus eerst iets over Vaktherapie. Ik neem u graag mee naar het moment waarop ik intensief betrokken raakte bij onderzoek en kennisontwikkeling naar vaktherapeutische interventies. Degenen die aanwezig waren op de dag – 22 maart 2013 – waarop ik mijn lectorale rede uitsprak, hebben wellicht al enige voorkennis van wat ik ga vertellen. Het was het najaar van 2011.

¹ Beeldend werken, drama, dans, muziek, bewegingsactiviteiten, sport en spel werden al toegepast sinds eind 19e eeuw en werden vlak na de tweede wereldoorlog door ontwikkeld tot een professionele toepassing in de psychiatrie (Malchiodi, 2005; Probst & Bosscher, 2001).



Dr. Henk Smeijsters was heel lang in Nederland de meest bekende onderzoeker op dit domein. Hij heeft veel betekend voor de kennisontwikkeling van de vaktherapeutische disciplines. Hij was lector en ging met pensioen. Ik werd zijn opvolgster. Hij maakte mij in sneltreinvaart bekend met het domein, de lopende onderzoeken en de promotietrajecten binnen het lectoraat. Hij vertrok en ik heb sindsdien met anderen veel gesprekken gevoerd, tot de dag van vandaag wanneer ik hier voor u mijn oratie houd. Dat was met vaktherapeuten, hun cliënten², verwijzers, onderzoekers, docenten en studenten binnen het domein van vaktherapie. Die gesprekken waren altijd boeiend. Mensen die zich bezighouden met vaktherapie zijn veelal bevlogen mensen en ik hoop met mijn rede iets van hun gedrevenheid, inspiratie en enthousiasme over te brengen. Die bevlogenheid zag ik als vaktherapeuten over hun cliënten spraken. Hun casusbeschrijvingen gaven me een goed beeld van wat vaktherapeutische interventies te bieden hebben. Ik wil u hier ook een kijkje in geven door twee casussen voor te leggen.

Casus 1: De juiste snaar met muziek

Ik had een keer een gesprek met een muziektherapeute. Ze vertelde over een collega die een koppel in behandeling kreeg, waarvan de man een herseninfarct had gehad met als gevolg een taalstoornis. Hij kon vrijwel niet meer communiceren. 'Ja' en 'nee' waren de enige woorden die hij kon produceren. De muziektherapie richtte zich op het bevorderen van de communicatie van de man. Toen bleek dat er bij het koppel de vraag was om liefde en genegenheid naar elkaar te kunnen uiten, ging deze muziektherapeut daarmee aan de slag. In samenspraak met het koppel richtte hij zich op het uitspreken van de zin 'ik hou van jou'. Die zin sprak het koppel voor het herseninfarct geregeld naar elkaar uit om hun liefde naar elkaar te bevestigen. De muziektherapeut ging aan de slag met het toepassen van ritme en melodie vanuit muziek. Er werd eerst geoefend met klanken. In het bijzonder op het leggen van nadruk op bepaalde klanken, zoals deze ook aan de orde zijn en kunnen klinken bij de zin 'ik hou van jou'. Dit was lastig, maar door de muziek en de oefening werd er een verbetering gerealiseerd. De man kon na een aantal sessies 'ik hou van jou' vloeiend uitspreken naar zijn vrouw en natuurlijk ook zingen: uit volle borst. Hij kon nu niet alleen een zin communiceren, maar juist ook een zin met een cruciale betekenis voor hun beiden.

2 In deze rede wordt het woord 'cliënt' gebruikt, verwijzend naar de persoon met een hulp- en ontwikkelingsvraag. Afhankelijk van de context zou 'cliënt' vervangen kunnen worden door 'patiënt'.

Casus 2: In actie met rollenspel

Een dramatherapeut vertelde me over een koppel waarvan de man autisme heeft en de bedoelingen van een ander vaak moeilijk kon begrijpen. Dat speelde ook door in zijn relatie. Het koppel irriteerde zich steeds vaker aan elkaar. Ze begrepen elkaar vaak niet en waren niet in staat te communiceren op een manier die voor de ander verstaanbaar was. De dramatherapeut startte met een expressie-oefening, waarin ze elk een lichaamshouding innamen als een levend schilderij. Deze lichaamshouding moest vertolken hoe ze zich voelden bij conflicten tussen hen. Met de symbolische lichaamshouding werd duidelijk dat beiden afwijzing, frustratie en verdriet ervoeren. Het zien van deze beelden bracht het koppel tot het inzicht dat ze het tij wilden keren in hun relatie. Ook zorgde dit voor een gezamenlijke *central concern*, namelijk 'Ik wil begrepen worden'. In de rollenspellen speelde het koppel een situatie van een conflict na die ze samen hadden mee-gemaakt. Daardoor kregen ze inzicht hoe ze op elkaar reageerden en wat welke reactie teweegbrengt bij de ander. Een spel zorgt ervoor dat scherpe emotionele kantjes minder aan de orde zijn, maar wel herkenbaar blijven. De vrouw beseft dat ze moeite had om grenzen voor zichzelf te stellen en de ander aan te spreken op nalatigheid. De man wilde wel afstemmen op zijn vrouw maar had geen idee wat hij kon doen omdat zijn vrouw onbegrijpelijk was voor hem. Terwijl zij niet kon begrijpen dat zij zo onduidelijk was. 'Hij kan toch zien dat ik pijn heb?' Het koppel kon vervolgens experimenteren om op een andere manier te reageren en te ervaren hoe dat voelt en te horen hoe dat overkomt bij de ander. Dit kwam op gang doordat de dramatherapeut rolwisseling toepaste: de vrouw neemt het perspectief van de man in en visa versa. Dit paste de dramatherapeut toe op een cruciaal moment van het conflict. Vanuit deze ervaring werd het voor het koppel gemakkelijker om de juiste manier te vinden om iets begrijpelijker aan de ander over te brengen. Het viel me op dat de wijze waarop de dramatherapeut het rollenspel vormgaf anders was dan hoe psychologen dat soms doen. Het ging veel meer om de actie en het spelen zelf. Ook stond de ervaring die het spel teweeg-bracht veel meer voorop. Voor mij was ook bijzonder dat de dramatherapeut niet echt inzoomde op het probleem van autisme, maar op het wederzijdse onbegrip tussen iemand die in vaste patronen denkt en handelt en iemand die dat niet of minder doet. Het koppel kreeg meer begrip voor elkaar, inzicht waarom het mis-liep en meer besef hoe ze in de toekomst anders kunnen handelen.

Nu zijn specifieke casussen natuurlijk zeker niet alleszeggend, maar deze casussen zijn voor mij mooie, en ook emotionele illustraties hoe een vaktherapeuti-



sche interventie van meerwaarde kan zijn in een hersteltraject en persoonlijke betekenis kan bieden aan de cliënt en zijn of haar naaste.

1 KENMERKEN VAN VAKTHERAPIE

Ik voerde de afgelopen jaren veel gesprekken die mij de bevestiging gaven dat vaktherapie niet één duidelijk definieerbare behandelvorm is. Vaktherapie bestaat uit meer vormen. We onderscheiden op dit moment zeven vormen: beeldende therapie, dansbewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindertherapie en speltherapie. Deze zeven behandelvormen zijn gebundeld en worden overkoepeld met het begrip vaktherapie, omdat deze vormen overeenkomstige kenmerken hebben. Ik zal deze overeenkomsten voor u nader toelichten.

Ten eerste, maken vaktherapeuten in het therapeutisch proces gebruik van beeldende materialen, van dans, drama, muziek, spel, bewegen en lichamelijkeheid. Dat zag u ook terug in de twee casussen. Deze middelen, materialen en methodieken zetten vaktherapeuten in op een methodische wijze en afgestemd op datgene wat geobserveerd wordt op het actuele moment. Met mijn opleiding psychologie in Maastricht en seksuologie in Leuven kan ik mij geen vaktherapeut noemen. Dat vraagt immers een bepaald vakmanschap. Je moet vakmanschap hebben in het beeldend werken, muziekinstrumenten op niveau kunnen bespelen, dans- of dramatechnieken in detail beheersen of bewegingsarrangementen volledig in de vingers hebben. Deze nadruk op vakmanschap verklaart ook de term vaktherapie. Het vakmanschap moet goed ontwikkeld zijn, omdat juist deze vaardigheden therapeutisch moeten kunnen worden ingezet. Zo zal bijvoorbeeld een muziektherapeut in de therapie niet moeten kijken hoe een gitaar te bespelen is. In de therapeutische sessie moet de aandacht uitgaan naar de ontwikkeling van de cliënt. Dat laatste vraagt kennis van zaken over psychopathologie, ontwikkelingspsychologie, therapeutische stromingen en diagnostiek. Dit maakt dat een kunstenaar zich geen vaktherapeut kan noemen. Bij vaktherapie gaat het om de integratie tussen vakmanschap en therapeutische kennis en vaardigheden. Geen wonder dus dat voor de uitoefening van vaktherapie een geaccrediteerde bachelor- of masteropleiding primair is en de specifieke uitbreiding en verdieping van het vakmanschap wordt gerealiseerd binnen elke vaktherapeutische discipline.

Een tweede gemeenschappelijk kenmerk van de zeven behandelvormen is dat de beeldende materialen, drama, dans, muziek, spel en beweging de vaktherapeuten de mogelijkheid geven om cliënten te laten handelen en te laten ervaren hoe een handeling voelt. Het gaat om het handelingsgericht werken: het doen. Vanuit dat doen wordt gedrag van de cliënt direct zichtbaar en kunnen de bijbehorende gevoelens en gedachten worden geëxploreerd. Hierdoor kan de cliënt inzicht krijgen in eigen emoties en reactiepatronen. De ervaring die de cliënt opdoet tijdens dit handelen binnen de therapie kan direct – vaak in de sessie – gerelateerd worden aan situaties buiten de therapie. Vanuit dit handelen krijgt de cliënt ook de mogelijkheid om tijdens de sessies te experimenteren met alternatief gedrag en zich dit alternatieve gedrag eigen te maken, ook buiten de therapeutische context. Dit zagen we in de tweede casus terug. Vaktherapie geeft daarmee een andere ingang bij de cliënt dan de zogenoemde meer verbaal georiënteerde therapieën. Een continue verbale interactie met de therapeut is niet altijd nodig. Verbale interventies zijn natuurlijk wel ondersteunend aan die handelingsgerichte werkwijze van de vaktherapeut.

Ten derde, ligt bij al de vormen van vaktherapie de nadruk op het bevorderen van een (persoonlijke) ontwikkeling van cliënten. Deze focus sluit aan bij een centraal uitgangspunt van vaktherapie, namelijk het benadrukken van de sterke kanten en mogelijkheden van een cliënt en het bevorderen van succeservaringen. Daarnaast worden er ook behandeldoelen geformuleerd gericht op de klachten en problemen die iemand ervaart. In die zin kan er gewerkt worden aan het opheffen, verminderen of accepteren van klachten of problematiek die de cliënt ervaart. En toch, als het gaat om mentale gezondheid, dan benadrukken vaktherapeuten niet de problemen van de cliënt of de DSM-diagnoses, maar juist de mogelijkheden van de cliënt en het vermogen om zich aan te passen. Dit laatste zagen we ook in een kwalitatief onderzoek dat promovenda Ingrid Péntzes heeft uitgevoerd bij beeldend therapeuten (Péntzes, et al., 2018). In interviews benadrukten deze therapeuten het adaptief vermogen van cliënten, dat gekenmerkt wordt door openheid, flexibiliteit, zelfmanagement en creativiteit. De therapeutische toepassing van het vaktherapeutische materiaal en de vaktherapeutische methoden geeft cliënten de kans hun adaptief vermogen te vergroten. Deze positieve insteek en het gericht zijn op de sterke kanten van de cliënt sluit aan bij de recente definitie van gezondheid (Huber, 2011, 2016), waarin gezondheid wordt beschouwd als het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Ik zou graag

willen opmerken dat dit voor vaktherapeuten een gezichtspunt is waaruit ze al jaren handelen.

Deze overeenkomsten laten zien dat vaktherapie duidelijk verschilt van verbale therapievormen. Toch zijn er ook overeenkomsten tussen vaktherapie en verbale therapievormen. Een belangrijke overeenkomst is dat vaktherapeuten zich ook baseren op therapeutische stromingen vanuit de klinische psychologie, zoals onder andere cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, mindfulness en oplossingsgerichte therapie. Dit maakt dat vaktherapie als een op zichzelf staande behandeling kan worden aangeboden. Door de verschillen wordt vaktherapie echter ook vaak aanvullend of geïntegreerd in een behandelprogramma aangeboden met meerdere therapieën. Dit brengt me bij de inbedding van vaktherapie in het werkveld.

Ik wil u graag meenemen in dit werkveld, het onderzoek dat we er verrichten en de ontwikkelingen sinds mijn lectorale rede. Hierdoor zult u een idee krijgen waarom deze leerstoel nu pas is ingesteld.

2 HET WERKVELD VAN VAKTHERAPIE EN HET ONDERZOEK: RECENTE ONTWIKKELINGEN

2.1 Het werkveld

Ik denk terug aan de gesprekken die ik gevoerd heb met de betrokkenen van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). Vaktherapeutische behandelingen kunnen bekostigd worden via het basis- of aanvullend pakket van de ziektekostenverzekering, de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg, via de werkgever of via de cliënt zelf. Wat betreft de kosten voor vaktherapeutische behandeling heeft het Zorginstituut Nederland geschat dat over het jaar 2012 slechts zo'n 2,6 procent van de totale kosten van de ggz-behandelingen is aangewend voor vaktherapie (Borgerius & Visser, 2015).

In Nederland zijn, zoals ik al eerder opmerkte, naar schatting 5800 vaktherapeuten werkzaam. De grootste groep bestaat uit beeldend en psychomotorisch therapeuten (respectievelijk 32 procent en 23 procent), gevolgd door muziektherapeuten (16 procent), dramatherapeuten (12 procent), speltherapeuten (11 procent), dansbewegingstherapeuten (4 procent) en psychomotorisch kinderthera-

peuten (4 procent; Verbon & Pallandt, 2018). Zij hebben voor dit beroep minimaal een bacheloropleiding afgerond binnen hun eigen discipline. Circa 20 procent is op masterniveau opgeleid. Dat is relatief weinig en dat is mogelijk een van de redenen waarom er nu pas een leerstoel op dit terrein is gekomen. Een tweede reden heeft er waarschijnlijk mee te maken dat vaktherapeuten primair geen onderzoekers zijn. Ze zijn therapeut met vakmanschap op een bepaald terrein. Dat vakmanschap wordt niet aangeleerd op universiteiten.

Als ik terugdenk aan het jaar waarin ik mijn lectorale rede uitsprak, dan moet ik concluderen dat het domein misschien nog wel meer onder druk staat dan toen. In het najaar van 2015 riep de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de vaktherapeutische beroepsgroepen op om binnen vijf jaar de meerwaarde aan te tonen van het vaktherapeutisch aanbod in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De beroepsgroep is zich meer dan ooit bewust van deze opdracht en daarom toont zij aan de buitenwereld haar resultaten.

Vaktherapeuten streven ernaar om de transparantie van hun werkwijzen te vergroten. Dat doen ze door het beschrijven van vaktherapeutische interventies voor verwijzers, zorgverzekeraars en andere geïnteresseerden. Deze beschrijvingen kunnen erkend worden door een commissie van de Federatie. Sinds 2017 zijn beschrijvingen die erkend zijn gebundeld in een databank³. Vóór 2013 waren er slechts zeven vaktherapeutische interventies erkend. Inmiddels bevat deze database 34 interventies gericht op meerdere vaktherapeutische disciplines en verschillende doelgroepen. De beroepsgroep wil in de periode tot 2020 aanvullend nog 22 interventies beschrijven (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2017). Ook worden vaktherapeutische interventies erkend buiten het domein van de vaktherapie, zoals bijvoorbeeld de beeldende therapeutische emotieregulatiegroep die erkend is door Trimbos Instituut binnen de langdurige ggz. Ook worden vaktherapeutische interventies ingebed binnen gecertificeerde behandelprogramma's, zoals het behandelprogramma 'Grip op Agressie' (Niehoff, et al., 2014) of behandelprogramma's voor seksueel grensoverschrijdend gedrag (Hoitzing et al., 2010).

3 Deze databank is te vinden via www.databankvaktherapie.nl

Om haar kracht te vergroten, is de Federatie aangesloten bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, een samenwerkingsverband dat eind 2013 is opgericht en dit jaar opgaat in AKWA, alliantie kwaliteit in de ggz. In dit netwerk werken patiënten, naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen aan het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en streven daarbinnen naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Deze kwaliteitsstandaarden bestaan uit zorgstandaarden en generieke modules en kunnen gezien worden als aanvulling op de al langer bestaande multidisciplinaire richtlijnen. De gedachte is dat zorgstandaarden en generieke modules een context bieden bij richtlijnen, waardoor zorg beter kan worden toegepast. De zorgstandaard stelt het traject dat de cliënt doorloopt centraal, geeft aan waar zorg minimaal aan moet voldoen. Een generieke module gaat over algemene thema's.

Dit jaar is een Generieke module Vaktherapie opgeleverd vanuit dit Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Deze module ordent actuele informatie over vaktherapie voor cliënten en verwijzers, ondersteunt gericht kwaliteitsbeleid, maakt inkoopbeleid mogelijk op basis van zorg op maat voor iedere cliënt. Ook is vaktherapie opgenomen in andere generieke modules, zoals de Generieke Module Ernstige psychische aandoeningen, Generieke Module psychische klachten in de kindertijd, Generieke Module zorg voor psychische stoornissen LVB ZB en de Generieke Module stemmen horen. De inbedding van vaktherapie zien we ook terug in elf van de twaalf zorgstandaarden die momenteel zijn opgeleverd. In sommige gevallen worden vaktherapeutische disciplines genoemd met enkel aanwijzingen voor effectiviteit in praktijk (i.e. aanpassingsstoornis, bipolaire stoornis, opiaatverslaving, problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving), soms wordt de generieke functie van vaktherapie genoemd, ondersteund door onderzoek (i.e. autisme, depressie, eetstoornis, persoonlijkheidsstoornissen, SOLK) en soms worden indicaties gegeven voor (specifieke) vaktherapeutische interventies onderbouwd met onderzoek (i.e. psychose, conversiestoornis, angst).

Ik sluit dit punt nu af: vaktherapie wordt dus aangeboden bij veel verschillende psychiatrische aandoeningen. U kunt het ook terugvinden in werkvelden buiten de ggz voor volwassenen, zoals de verstandelijke gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg, forensische zorg, somatische zorg, kind- en jeugd-ggz⁴. Het wordt intramuraal en ambulant ingezet, binnen een instelling of een vrijgevestigde praktijk. Binnen deze toepassingscontexten valt op dat er soms ook technologie en ehealth wordt ingezet, hetzij om voortgang van de behandeling te monitoren

of ter ondersteuning van de behandelaanpak (Werger & Groothuis, 2018; Magee, 2014). De laatste jaren wordt vaktherapie ook toegepast in en rondom de leefomgeving van de cliënt, om zodoende autonomie en regie voor de cliënt te behouden of te stimuleren. Ook valt op dat vaktherapeutische principes steeds meer worden toegepast binnen preventie, bijvoorbeeld als het gaat om het voorkomen van depressie of burn-out bij studenten. In het verlengde hiervan is er steeds meer aandacht voor het inzetten van kunstzinnige activiteiten en sport binnen zorg en welzijn. Als het gaat om de inzet van deze activiteiten bij kwetsbare groepen moeten we er alert op zijn dat passende interventies worden ingezet door professionals die zijn opgeleid om hun vakmanschap te integreren met therapeutische competenties.

2.2 Onderzoek naar vaktherapie

Wat is ten aanzien van het onderzoek veranderd ten opzichte van mijn lectorale rede in 2013? In 2013 pleitte ik voor het bundelen van krachten door nauwere samenwerking van hogescholen maar ook met universiteiten. Ik kan zeggen dat die bundeling en samenwerking is geslaagd. We hebben een landelijke coöperatie opgericht specifiek om de kennisontwikkeling te bevorderen op het gebied van vaktherapeutische interventies⁵. Deze vorm van samenwerking in een coöperatie biedt een laagdrempelig platform om op landelijke schaal onderzoek te verrichten op een specifiek domein, in dit geval vaktherapie. Onderzoekers, docenten, zorgprofessionals, cliënten en studenten werken samen aan onderzoeksprojecten en brengen daarmee de kennisontwikkeling verder. Inmiddels zijn er 23 personen actief in een kleinere of grotere rol. De coöperatie zorgt voor inhoudelijke en strategische verbinding, het is de lichtste variant in het pallet van rechtsvormen, er is geen winst oogmerk en ze biedt een handige kapstok waaraan we allerlei samenwerkingsaspecten kunnen hangen.

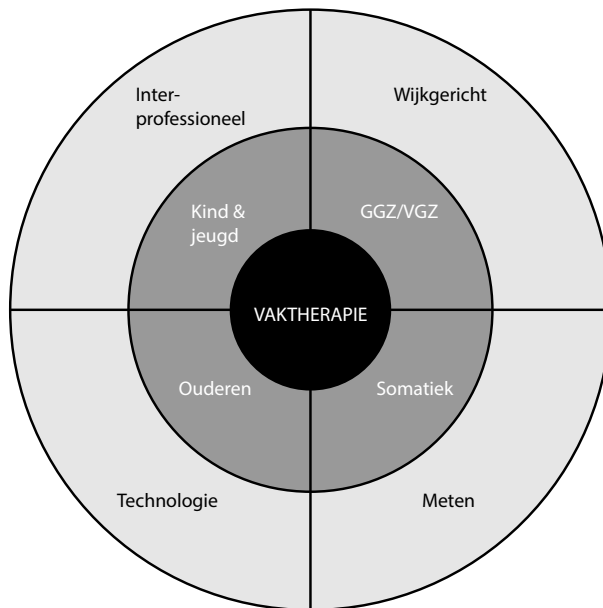
4 Uit het Brancheonderzoek 2018 van de FVB komt naar voren dat 43 procent van de vaktherapeuten werkzaam is in een ggz-instelling, 17 procent in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, 13 procent in een verpleeghuisinstelling, 10 procent in een jeugdzorginstelling, 8 procent in de forensische psychiatrie, 6 procent in een revalidatie-instelling, 6 procent in een algemeen ziekenhuis, 4 procent in een onderwijsinstelling, 2 procent in een welzijnsinstelling of wijkteam en 11 procent geeft aan in een andere organisatie werkzaam te zijn.

5 De coöperatie is opgericht eind 2016 door Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, NHL-Stenden Hogeschool en Zuyd Hogeschool. In 2017 is Hogeschool Leiden toegetreden en per januari 2019 zal ook Codarts Hogeschool voor de Kunsten toetreden.

Vanuit de coöperatie wordt samengewerkt met universiteiten en lectoraten met hun onderzoekers⁶. De samenwerking met universiteiten en lectoraten is onderling ook versterkt zoals blijkt uit een toename aan projecten, een werkgroep die in het leven is geroepen om een onderzoeksagenda op te stellen voor de vaktherapeutische beroepen, en uiteraard is deze leerstoel ingesteld als eerste leerstoel op dit domein, bij uitstek een erkenning van de toegenomen samenwerking.

Ik pleitte in 2013 voor *duidelijke onderzoekslijnen*. Deze lijnen en de wijze waarop de kennis werd ontwikkeld en getoetst, waren voor die tijd minder zichtbaar en transparant. Dat is waarschijnlijk ook een reden dat er voor die tijd geen leerstoel Vaktherapie kon zijn. Binnen onze onderzoeksgroep zijn we er direct mee aan de slag gegaan. We hebben een onderzoeksprogramma geformuleerd. In dit programma richten we ons op onderzoek dat te maken heeft met vaktherapeutische interventies en haar onderliggende assumpties. Daarbij leggen we de nadruk op vier groepen, te weten: kinderen en jongeren, personen met somatische aandoeningen en psychosociale klachten, mensen met ggz-problematiek en ouderen. Daarnaast hebben we vier trends geformuleerd. Deze trends zijn passend bij ontwikkelingen in maatschappij, zorg en welzijn. Als trends hebben we gekozen voor interprofessioneel samenwerken, meten, technologie en wijkgericht werken. In de afgelopen jaren heeft dit onderzoeksprogramma ons gestuurd in het verkennen, stimuleren en initiëren van nieuw onderzoek. Volgens het panel dat de onderzoeksgroep in 2015 heeft gevisiteerd is het onderzoeksprogramma van groot belang voor de ontwikkeling en onderbouwing van het handelen van vaktherapeuten en levert dit programma een belangrijke bijdrage aan evidence based practice van het werkveld.

6 Samenwerking vanuit de coöperatie vindt plaats met het lectoraat 'Bewegen, gezondheid en welzijn' van dr. Jooske van Busschbach, het lectoraat 'Social work and arts therapies' van dr. Marinus Spreen, het lectoraat 'Antroposofische gezondheidszorg' van dr. Erik Baars, het lectoraat 'Performing arts medicine' van dr. Janine Stubbe en het op te richten lectoraat bij ArtEZ Hogeschool van de Kunsten.



Figuur 1 Onderzoeksprogramma

Een derde ontwikkeling die ik zie ten opzichte van 2013 is dat de wetenschappelijke rigor is toegenomen. Met rigor bedoel ik rigoureuusheid, strengheid en een zekere hardheid in de toepassing van de wetenschappelijke methode om te verzekeren dat er sprake is van een robuust en onbevooroordeeld experimenteel design, een robuuste en onbevooroordeelde methodologie, analyse, interpretatie en rapportage van de resultaten. Dit betekent dat de aanpak transparant is en details worden gerapporteerd, zodat anderen de bevindingen kunnen reproduceren en erop kunnen voortborduren. We hebben binnen onze onderzoeksgroep onderzoeksdesigns uitgevoerd die binnen de wetenschappelijke community vaak als de gouden standaard worden gezien om de effecten van een interventie aan te tonen, namelijk het gerandomiseerd gecontroleerd design, beter bekend onder de afkorting RCT. Binnen deze onderzoeksopzet worden effecten van twee (of meer interventies) vergeleken die willekeurig worden toegewezen aan een groep homogene cliënten. Als deze opzet goed wordt uitgevoerd en geanalyseerd, dan levert het vertrouwen op in de interne validiteit van de resultaten (Rawlins, 2008). Daarmee bedoel ik dat de gevonden resultaten te danken zijn aan de interventie en niet aan andere storende variabelen. Het geeft ons een beeld of een interventie leidt tot de gewenste uitkomsten. Dit geeft ons echter nog onvoldoende

beeld in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere doelgroepen of settings, ook wel de externe validiteit genaamd. Het vertrouwen in de resultaten vanwege deze vormen van validiteit wordt groter als de resultaten worden gerepliceerd in vervolgstudies, bij meerdere doelgroepen en settings. Dit is de reden waarom wij ook veel waarde hechten aan literatuurreviews of meta-analyses, waarin systematisch gezocht wordt naar specifieke studies en resultaten van deze studies gebundeld worden. Steeds meer zijn we deze literatuurreviews en meta-analyses gaan uitvoeren⁷.

Ook is het aantal promovendi vanuit het domein in Nederland toegenomen. Ten opzichte van 2013 zijn er in Nederland binnen verschillende lectoraten en universiteiten zeventien nieuwe promotietrajecten gestart en negen promoties afgerond⁸. Momenteel zijn er in Nederland 39 onderzoekers bezig met hun promotietraject op een vaktherapeutisch thema. Zij vormen inmiddels een herkenbare community. De toename van de wetenschappelijke rigor wordt ook duidelijk in de onderzoeksagenda voor de vaktherapeutische beroepen die vorig jaar werd opgeleverd door de eerder genoemde werkgroep. Hierin hebben we een

7 In de afgelopen vier jaar zijn door onze onderzoeksgroep op de volgende thema's reviews en/of meta-analyses verricht of opgestart: effecten van beeldende therapie bij kinderen met autismespectrumstoornissen (Schweizer, Knorth, & Spreen, 2014), effecten van beeldende therapie bij trauma (Schouten, De Niet, Knipscheer, Kleber, & Hutschemaekers, 2014), patiëntbeleving omtrent resultaten van danstherapie (Samaritter & Van Hooren, 2017), effecten van muziektherapie bij dementie (Van der Steen, Van Soest-Poortvliet, Van Wouden, Bruinsma, Scholten, & Vink, 2017), effecten van muziekinterventies op de ontwikkeling van het kind (Dumont, Syurina, Feron, & Van Hooren, 2017), effecten van muziektherapie bij depressie (Aalbers et al., 2017), effecten van muziek op stress (De Witte, Spruit, Van Hooren, Moonen, & Stams, submitted), effecten van beeldende therapie bij persoonlijkheidsstoornissen (Havsteen, Haeyen, & Karkou, in prep), effecten van beeldende therapie bij kinderen (Bosgraaf, Pattiselanno, Spreen, & Van Hooren, in prep), effecten van muziektherapie op stress (De Witte, Van Hooren, Moonen, & Stams in prep), effecten van muziektherapie op angst en angststoornissen (De Witte, Aalbers, Friederichs, & Van Hooren, in prep), effecten van muziektherapie bij kinderen (Kranz, Jaschke, Heynen, Simon, & Van Hooren, in prep) en effecten van dramatherapie bij kinderen (Berghs, Visser, & Van Hooren, in prep). Ook bij andere onderzoeksgroepen zijn in de afgelopen jaren reviews geschreven of opgestart, onder andere over fysieke activiteit bij schizofrenie (Vancamfort, Knapen, Probst, Scheeuwe, Remans, & De hert, 2012), neuronale samenhang met fysieke training bij schizofrenie (Van der Stauwe et al., 2018), effecten van psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking (Bellemans et al., 2017), effecten van beeldende therapie bij angst (Abbing et al., submitted), en effecten van lichaams- en bewegingsgerichte interventies bij posttraumatische-stressstoornis (Van de Kamp et al., submitted).

8 Suzanne Haeyen 2018; Rosemarie Samaritter 2015; Annemiek Vink 2013; Laurien Hakvoort 2014; Kathinka Poismans 2014; Monique van Bruggen-Rufi 2018; Lia van der Maas 2015; Cees Boerhout 2017; Mia Scheffers 2018.

overzicht gemaakt van wetenschappelijke studies naar de effecten van vaktherapeutische interventies per discipline. Dit overzicht heeft inzichtelijk gemaakt voor welke diagnoses er onderzoek beschikbaar is en voor welke niet. Hieruit concluderen we dat de onderzoekstraditie de laatste jaren een duidelijke ontwikkeling heeft doorgemaakt, maar dat het aantal gecontroleerde studies naar de effecten van vaktherapeutische interventies nog klein in omvang is. Binnen deze agenda is ons doel om meer zicht te krijgen op de veronderstelde waarde van vaktherapeutische interventies. Net zoals ik in 2013 bepleitte, stellen we in deze agenda voor om dit vorm te geven nauw aansluitend bij de mogelijkheden binnen de praktijk en de wetenschappelijke ontwikkeling.

Volgens mij is er sinds 2013 veel gebeurd. De wetenschappelijke ontwikkeling van het domein Vaktherapie is duidelijk in een versnelling gekomen. Mijn inziens, en ik moet zeggen, gelukkig ook naar het inzicht van het bestuur van de Open Universiteit en Zuyd Hogeschool, is daarmee de instelling van deze eerste leerstoel Vaktherapie gerechtvaardigd. Maar daarmee zal ik de verwachtingen die dit schept ook nog moeten waarmaken.

3 DOEN WAT WERKT

Daarvoor ga ik weer terug naar het werk van vaktherapeuten, en wel waar wetenschap en praktijk samenkomen: doen wat werkt. Hoe kunnen we dat realiseren? Waar dienen we rekening mee te houden als we wetenschap en praktijk naar een hoger niveau willen tillen? Om deze vragen te beantwoorden wil ik wat dieper ingaan op de inhoud van mijn leerstoel. Ik zal de woorden 'doen wat werkt' op twee manieren toelichten. Ten eerste door de nadruk te leggen bij 'doen WAT werkt' en ten tweede bij 'doen wat WERKT'. Bij het eerste verwijs ik naar datgene wat vaktherapeutische behandelingen aantoonbaar of in potentie al dan niet teweeg kunnen brengen. Bij het tweede verwijs ik naar hoe vaktherapeutische interventies potentiële effecten teweeg kunnen brengen.

3.1 Doen WAT werkt

Om gericht te kunnen kijken naar wat vaktherapeutische behandelingen teweeg kunnen brengen, kunnen we een blik werpen op de praktijk en specifiek kijken naar de vraag bij welke problematiek of hulpvraag cliënten precies worden doorverwezen naar vaktherapie. Anderzijds kunnen we nagaan wat er bekend is

vanuit effectonderzoek naar vaktherapeutische interventies. Beide perspectieven zal ik toelichten en vervolgens mijn overwegingen en aanbevelingen geven.

3.1.1 *Indicatiestelling*

Eerder gaf ik al aan dat vaktherapeutische behandelingen in de praktijk bij een breed scala aan psychiatrische stoornissen en hulpvragen wordt ingezet. Dit werd ook zichtbaar in het recente brancheonderzoek, de erkende vaktherapeutische interventie en een eerder onderzoek in Noord-Nederland, waaruit bleek dat vaktherapeutische interventies worden geïndiceerd bij een breed scala aan problemen, zoals trauma, depressieve of angstklachten, spanning, emotieregulatieproblemen (Aerts, Van Busschbach, & Wiersma, 2012). Gezien deze diversiteit is de vraag of we de reden van doorverwijzing beter kunnen afbakenen, categoriseren en specificeren? Om deze vraag te beantwoorden heeft Manon Verdonshot en haar projectgroep kwalitatief onderzoek verricht om zodoende op een open manier naar de indicatiestelling in de praktijk te kijken. Zowel diepte-interviews als focusgroepen werden uitgevoerd bij vaktherapeuten en samenwerkende zorgprofessionals.

Het bleek dat er onderscheid gemaakt kon worden in drie niveaus van problemen of hulpvragen waarvoor cliënten worden verwezen naar vaktherapeutische interventies (Verdonshot et al., 2016; Berghs et al., under review). Deze niveaus kunnen beschouwd worden als transdiagnostisch, waarmee wordt verwezen naar aspecten die aan de orde zijn bij meerdere psychiatrische stoornissen en dus niet aspecten die alleen aan de orde zijn bij een bepaalde stoornis.

Kijkend naar de resultaten van dit onderzoek naar de indicatiestelling heeft het eerste niveau betrekking op basale processen gerelateerd aan het lichaam, zoals spanning en stress. Dit niveau is sterk verankerd binnen vaktherapeutische interventies door het handelingsgerichte en het appel dat muziek, beweging, dans en sensopathische prikkels doen op lichamelijke processen (onder anderen Koelsch, 2015). Veel behandeldoelen binnen vaktherapie richten zich op dit niveau. Voorbeelden van doelstellingen zijn het reguleren van aandacht naar lichaamssignalen en het komen tot lichaamsbeleving. Dit zagen we ook terugkomen in de casus van het tweede koppel, waarbij in het eerste deel van de therapie werd gewerkt met expressieoefeningen. Door op deze processen te richten kan een basis worden geboden om verdere emotionele ontwikkeling en/of verandering tot stand te brengen.

Het tweede niveau richt zich op problemen of hulpvragen in het intrapersoonlijk functioneren. Dit heeft betrekking op het herkennen en erkennen van emoties, betekenis eraan te geven en het leren begrijpen hoe deze het eigen gedrag beïnvloeden. Dat is bijvoorbeeld te zien wanneer iemand moeite heeft met het stellen van eigen grenzen en om 'nee' te zeggen op verzoeken van anderen.

Het derde niveau heeft betrekking op het interpersoonlijk functioneren. Dit richt zich op het herkennen van emoties bij anderen, in de vorm van het leren herkennen van sociale signalen en deze adequaat kunnen interpreteren. Het leren verplaatsen in het perspectief van de ander is hierbij cruciaal. Dit zagen we ook terug in de casus van het tweede koppel.

Deze drie niveaus weerspiegelen een nadere categorisatie van de veelheid van probleemgebieden waar vaktherapeutische behandelingen worden ingezet. Dit model is specifiek ontwikkeld op basis van input van professionals die werken met mensen met een licht verstandelijke beperking. In de ontwikkeling werd het verfijnd en gevalideerd bij de professionals binnen deze context, maar ook erbuiten. Ik verwacht dat het model niet alleen toepasbaar is bij het bieden van behandeling aan mensen met een licht verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen, maar breder toepasbaar is, ook voor andere doelgroepen.

Echter, met dit model zijn we er nog niet. De vraag blijft of er gedifferentieerd kan worden per vaktherapeutische discipline. Bijvoorbeeld zou iemand met stress juist behandeld moeten worden met muziektherapie of met psychomotorische therapie? Of misschien met beide? En zou iemand met sociale angst juist met dramatherapie moeten worden behandeld? Hierop geeft het model geen antwoord. Er bestaat expliciete behoefte om het nader te verfijnen. De praktijk geeft ten dele een antwoord: bij een doorverwijzing wordt met name gekeken naar de affiniteit van de cliënt met muziek, dans, drama, beeldend werken, bewegen of sport. Ook lijkt de samenwerking tussen verwijzer en vaktherapeut van belang voor een doorverwijzing. Kunnen we deze gedachten wetenschappelijk onderbouwen en zouden specifieke vaktherapeutische disciplines of interventies geschikter zijn voor bepaalde indicatiegebieden dan voor andere? Of gaat het er juist om wat precies technisch-therapeutisch gedaan kan worden en of dat aansluit en succes heeft bij de problemen van de patiënt? Als het gaat om 'doen WAT werkt' wat weten we dan over datgene wat vaktherapeutische behandelingen te weeg kunnen brengen? Hiervoor is het nodig om ons te richten op het bestaande onderzoek naar effecten van vaktherapeutische interventies.

3.1.2 Effectonderzoek

Een overzicht van bestaande reviews, randomized controlled trials en ongecontroleerde studies naar de effecten van deze interventies ingezet bij volwassenen is gegeven in de recent opgestelde strategische onderzoeksagenda⁹. Uit dit overzicht vallen vier zaken op.

Ten eerste wordt duidelijk dat de studies zich veelal *niet* richten op een transdiagnostische factor, maar juist de focus leggen bij een diagnostische categorie zoals depressie, angststoornis en verslaving. Dit zien we ook vaak terug bij onderzoek naar andere behandelingen die pretenderen transdiagnostisch te zijn. Te denken valt aan mindfulness-interventies, ACT-interventies of andere therapieën vanuit de derdegeneratietherapieën.

Ten tweede valt op dat in studies bij veel psychiatrische stoornissen positieve effecten worden aangetoond. Een samenvatting van het beschikbare onderzoek kunt u vinden in tabel 1, die afkomstig is uit deze onderzoeksagenda. Voor een nader overzicht verwijst ik graag naar hoofdstuk 2 van deze onderzoeksagenda en haar bijlagen (FVB projectgroep Strategische Onderzoeksagenda, 2017).

Tabel 1 Overzicht van het beschikbare onderzoek per vaktherapeutische discipline (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2017)

	Beeldend	Dans	Drama	Muziek	PMT
ADHD				+	+
Angst(klachten)	+	+	+	+	+
Autisme	+	+	+	+	+
Depressie(ve symptomen)/stemmingsstoornis	+	+	+	+	+
Eetstoornissen		+	+		+
Persoonlijkeitsstoornissen	+			+	+
Schizofrenie/psychotische stoornissen	+	+	+	+	+
Somatisch-symptoomstoornis		+			+
Spanning/stressgerelateerde klachten	+	+		+	+
Traumagerelateerde klachten	+				+
Verslavingsproblematiek				+	+

⁹ Onderzoek naar het vaktherapeutisch behandel aanbod bij kinderen, mensen met een (licht) verstandelijke beperking, mensen met somatische of neurocognitieve problemen zijn hierin niet meegenomen. De reden hiervoor was dat er in deze onderzoeksagenda gekozen was voor een afbakening bij de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.

Ten derde valt op dat de kennisontwikkeling per vaktherapeutische discipline sterk verschilt en daarbinnen ook nog eens per stoornis. Zo hebben er bij psychomotorische therapie al meerdere reviews plaatsgevonden, terwijl dat in mindere mate het geval is bij dramatherapie.

Ten vierde valt te constateren dat het aantal gecontroleerde studies naar de effecten binnen de geestelijke gezondheidszorg op dit moment nog relatief gering is en het uitgevoerde onderzoek wisselend van kwaliteit. Binnen de agenda pleiten we daarom ook voor een verdere investering in degelijke reviews of meta-analyses als ook in nieuwe empirische effectstudies die aansluiten bij het niveau van kennisontwikkeling per vaktherapeutische discipline en de mogelijkheden binnen de zorgpraktijk, namelijk interventies die in de zorgpraktijk het meest worden toegepast en daar al effectief lijken te zijn. Ik wil dit pleidooi kracht bijzetten door alle aandacht te richten op 'doen wat werkt'. Over de manier waarop wil ik enkele overwegingen met u delen, die leiden tot enkele adviezen.

Allereerst zullen we ons bij effectonderzoek moeten afvragen welke *onderzoeksvraag* leidend moet zijn binnen de specifieke context. Ik denk bijvoorbeeld aan een context waarin een beeldend therapeutische interventie jarenlang wel met succes wordt aangeboden aan een relatief kleine groep mensen met complexe trauma's, die al jaren behandeld worden en een hoge lijdensdruk ervaren. Om te onderzoeken waarom deze interventie bij deze specifieke doelgroep in de praktijk veelbelovend is, dienen we goed na te gaan welke vraag leidend is. Wat zijn de ervaringen van de cliënten? Op welke aspecten zien therapeuten in de praktijk een positieve verbetering precies? Heeft dat betrekking op de traumagerelateerde klachten of op andere aspecten, zoals een toename van het adaptief vermogen? Geldt een positieve verbetering voor alle cliënten? Zo niet, waarom dan niet? Weten we al genoeg over de succesvolle elementen? Weten we al voldoende over hoe de interventie in potentie zal werken, dus de theoretische onderbouwing? Is het mogelijk om in effectiviteitsstudies de interventie gerandomiseerd aan te bieden? Hoe zou een controleconditie eruit moeten zien? Moet dat een wachtlijst zijn of een alternatieve interventie? Hoeveel proefpersonen zijn nodig om valide uitspraken te kunnen doen op basis van een degelijke effectstudie? Is dat haalbaar voor de praktijk en kunnen in geval van een multi centre trial de interventies vergelijkbaar worden aangeboden? Al deze vragen geven aanleiding voor een eigen onderzoek met een eigen design. Als we hier meer zicht op hebben, verwacht ik dat we pas met een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

valide uitspraken krijgen over de effecten van deze interventie. Mijn *eerste advies* is daarom om niet zomaar te starten met het uitvoeren van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, maar op basis van de kennis die we hebben en de (on)mogelijkheden binnen de praktijk na te gaan welke vraag leidend is en op basis daarvan het onderzoeksdesign te kiezen dat past bij die vraag. Mijn ervaring is dat het perspectief van de cliënt of haar vertegenwoordiging binnen dit proces van toegevoegde waarde kan zijn.

Ten tweede, wil ik de aandacht vestigen op een *goede beschrijving* van de te bestuderen interventie. In wetenschappelijk onderzoek zie ik dat een beschrijving van de interventie vaak zeer summier of helemaal niet aan bod komt. Op die manier is onvoldoende duidelijk om welke interventie het gaat, welke therapeutische uitgangspunten zijn gebruikt en welke technieken werden toegepast. Zonder deze beschrijvingen weten we uiteindelijk nog niet wat goeie vaktherapeutische zorg is en kan deze ook niet worden overgedragen naar andere vaktherapeuten. Indien deze beschrijving nog niet voorhanden is, dan dient deze eerst ontwikkeld te worden, liefst op een systematische manier en met een planmatige aanpak, bijvoorbeeld volgens de principes van de intervention mapping method zoals Suzanne Haeyen dit voor een beeldend therapeutische interventie heeft gedaan en Tina Bellemans voor een psychomotorische interventie (Haeyen, Van Hooren, Dehue & Hutschemaekers, 2017; Bellemans, Didden, Visser, Schaafsma, Totsika & Van Busschbach, 2018). De beschrijving dient transparant te maken binnen welke kaders de therapeut moet handelen om zorg te leveren waar de cliënt zijn hulpvraag mee kan beantwoorden. Hiervoor is van belang het probleem van de cliënt goed te kennen, en bovendien de verandermechanismen en de theoretische en praktische kaders om het probleemgedrag of de klachten te kunnen veranderen of om een ontwikkeling te realiseren. Mijn *tweede advies* is daarom om meer aandacht te besteden aan gedegen beschrijvingen van interventies maar dan volgens een systematische aanpak.

Mijn volgende overwegingen gaan in op de *methodologie* en meer specifiek de wijze waarop we meten of zaken in kaart proberen te brengen. Vanwege de nadruk op de ervaringen in het hier en nu bij vaktherapie moest ik vaak denken aan mijn masteropleiding seksuologie in Leuven en het onderzoek dat ik daarbinnen verrichtte. Bij onderzoek naar seksualiteit staat vaak ook het gedrag, de ervaring en beleving in het hier en nu centraal. Hoe kun je dat het beste meten? Zelfobservatie tijdens de daad gaat niet, omdat de persoon in kwestie – hoe zal ik het

verwoorden – uit de ‘flow’ wordt gehaald. Een ander het gedrag laten observeren zou methodologisch een optie zijn, maar ik vermoed dat niet veel mensen hiermee akkoord gaan. Het bevragen van gedrag, ervaringen en belevingen na afloop is een veel gezien alternatief, zowel binnen de seksuologie als binnen vaktherapie. Maar geeft dit ons voldoende zicht op de ervaringen in het hier en nu? Binnen de seksuologie en ook binnen de vaktherapie, zie je dat er andere manieren worden gezocht om processen in kaart te brengen. Voorbeelden zijn het toepassen van de experience sampling method of het meten van impliciete verwachtingen.

Mijn *derde advies* sluit hier bij aan. Wat betreft de kwantitatieve metingen, zou ik willen adviseren diverse onderzoeksmethoden toe te passen en dus breder te kijken dan alleen de subjectieve beleving gemeten met vragenlijsten en interviews. Binnen onze onderzoeksgroep proberen we dit steeds meer toe te passen. Zo past Anna-Eva Prick video-observaties toe in een RCT naar de effecten van een muziektherapie-interventie bij mensen met dementie en probleemgedrag. Dit doen we naast de gangbare interviews die veelvuldig worden toegepast om neuropsychiatrische problemen bij deze doelgroep te inventariseren. Met video-observaties kunnen we meer zicht krijgen op non-verbale reacties in het algemeen en in sociale interacties, zowel tijdens de muziektherapeutische interventies als daarbuiten. Door gebruik te maken van time series-analyses kunnen we achterhalen of deze reacties meer tot uitdrukking komen tijdens de interventie dan daarbuiten, of deze reacties over enkele sessies veranderen en of een eventuele verandering groter is dan voor de personen die de muziektherapeutische interventie niet ontvangen.

Een andere illustratie komt vanuit het Creative Minds-project, waarin we veranderingen in arousal centraal stellen tijdens vaktherapeutische methodieken. Deze veranderingen meten we door de subjectieve beleving van proefpersonen te inventariseren met vragenlijsten, door psychofysiologische reacties, zoals hartslag en huidgeleiding, te registreren en door gedrag van de proefpersoon te observeren tijdens het uitvoeren van een vaktherapeutische opdracht. Ik verwacht dat juist de combinatie van die metingen ons meer zicht kan geven op de effecten van vaktherapeutische interventies en onderliggende processen.

Mijn *vierde en laatste advies* bij het onderzoeken van effecten is om een *kwantitatieve component* op te nemen, naast de kwantitatieve insteek en metingen. Uiteraard dienen beide methodologieën geleid te worden vanuit een overkoe-

pelende onderzoeksvraag en toewerkend naar een integratie van de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten. De kwalitatieve component geeft ons geen inzicht in of een effect al dan niet statistisch betekenisvol is en hoe groot de grootte van het effect is. Het geeft ons meer kennis over hoe en waarom de interventie juist wel of niet werkt binnen de context van de desbetreffende studie. Ik denk hierbij aan de studie van promovenda Sonja Aalbers, waarin we inzicht willen krijgen in effecten van een muziektherapeutische interventie om bij jongvolwassen studenten depressieve klachten te reduceren. Naast de experience sampling method en toepassing van gevalideerde vragenlijsten, worden de jongvolwassenen, de muziektherapeuten en de verwijzers voor, tijdens en na de interventies uitgebreid geïnterviewd om een beeld te krijgen van hun ervaringen met de interventie, de succes- en faalfactoren en potentiële verstoringen. Door de combinatie van kwantitatieve methoden en kwalitatieve methoden willen we een volledig beeld proberen te krijgen van datgene wat de interventie teweeg kan brengen en waar dat aan te danken is.

Als vanzelfsprekend, zullen we in alle gevallen goeddoordachte en navolgbare methoden moeten inzetten en deze in acht houden bij elk onderdeel van het onderzoek (werving, gegevensverzameling, ethische zaken, procedure en analyse). De rigor en de kwaliteit moeten de boventoon voeren, uiteraard binnen hetgeen wat mogelijk is in de praktijk. Door de combinatie van methoden kunnen we een verdieping realiseren van de kennis, niet alleen de vraag beantwoorden: 'zijn er effecten en zo ja welke?', maar ook te zoeken naar verklaringen. Op deze manier kunnen we patiënten, beleidsmakers en bestuurders helpen de juiste informatie te geven om de zorg te maximaliseren of de best passende zorg te kiezen.

3.2 Doen wat WERKT

Wat betreft het zoeken naar verklaringen voor de werking van vaktherapeutische interventies, heb ik me in de afgelopen vijf jaar verdiept in theorieën die specifiek ontwikkeld zijn vanuit afzonderlijke vaktherapeutische disciplines. Daarnaast ben ik in aanraking gekomen met gedachten en theorieën vanuit de kunsten en ook de filosofie. Ik constateerde hoe – voor mij vertrouwde – perspectieven vanuit de neuropsychologie, klinische psychologie en seksuologie werden gebruikt. Het werd me al snel duidelijk dat vaktherapie zich op het snijvlak bevindt van deze domeinen. Het doet me denken aan een caleidoscoop, zo'n koker waar je in kan kijken en allerlei mooi gekleurde vormen kunt zien, die veranderen wanneer je met de koker beweegt of ermee draait. Meervoudige reflecties van licht op

spiegels zorgen gezamenlijk voor het mooie beeld dat je in de koker ziet, net zoals meerdere domeinen van betekenis zijn voor theoretische onderbouwing van vaktherapeutische interventies. Anderzijds zie ik dat er voor theoretische kaders vanuit de genoemde domeinen toepassingsmogelijkheden liggen van vaktherapeutische methoden, net zoals een ronddraaiende spiegelbol op de dansvloer. Licht wordt weerkaatst via de spiegeltjes en zorgt dat er in de omgeving een mooi tafereel zichtbaar wordt. Het toevoegen van kleur en beweging maakt het beeld nog interessanter. Naar mijn idee zijn deze toepassingsmogelijkheden nog te weinig benut en kan er letterlijk meer kleur en beweging komen.

Een illustratie van deze toepassing hoorde u in de eerste casus van mijn betoog over de man die leerde om 'ik hou van jou' uit te drukken. De methodiek die deze muziektherapeut toepast komt uit de neurologische muziektherapie. Dit is een veelbelovend toepassingsgebied waarin muziektherapeutische interventies worden ontwikkeld vanuit de neurowetenschappelijke en muziekpsychologische kennis. In het volgende wil ik ingaan op toepassingsmogelijkheden die kunnen gelden voor alle vaktherapeutische disciplines.

3.2.1 *Handelen: actie en waarneming*

Om dit nader toe te lichten wil ik teruggaan naar een van de kenmerken van vaktherapie, namelijk het handelingsgerichte werken. Zoals ik in het begin van mijn betoog aangaf, wordt dit gezien als belangrijk element waardoor een cliënt kan profiteren van een vaktherapeutisch techniek. Bij handelingsgericht werken wordt de cliënt aangezet tot actie en kan de cliënt een ander perspectief leren innemen. Bijvoorbeeld binnen de beeldende therapie observeert een cliënt met een therapeut een eigen gemaakt beeldend werkstuk vanuit verschillende posities. De vraag 'wat zie je?' staat centraal en wordt beantwoord volgens meerdere thema's, zoals de uiterlijke beeldkenmerken, de zichtbare contrasten, de ontstaanswijze, de symboliek en de stijl. Het observeren volgens de verschillende thema's geeft telkens nieuwe informatie over het beeldend werkstuk en geeft de mogelijkheid om informatie te onderscheiden en te ordenen. Deze informatie wordt oordeelsvrij geïnterpreteerd door de cliënt en er wordt een transfer gemaakt naar de kwestie van de cliënt (Molenaar-Coppens, 2009; Overberg, 2016). Binnen deze methodiek staat gewaarwording en waarneming voorop. Elementen die ik goed ken vanuit de neuropsychologie. Juist deze wijziging in perceptie en het handelingsgerichte werken doen me denken aan een relatief jonge theorie vanuit de neurowetenschappen, namelijk predictive coding.

Volgens predictive coding is ons brein continu representaties van de buitenwereld en ook van ons lijf aan het opbouwen en verfijnen. Als we iets waarnemen, dan baseren we ons dus niet alleen op de binnenkomende sensorische informatie, maar zijn we ook afhankelijk van die representaties die al zijn opgebouwd vanuit onze ervaringen. Door deze representaties kunnen we bijvoorbeeld teksten lezen waar de klinkers zijn weggelaten of lezen we gemakkelijk over foutjes heen. Bij predictive coding wordt ervan uitgegaan dat het zenuwstelsel en meer specifiek ons brein georganiseerd is op een hiërarchische manier. De hogere niveaus met representaties 'voorspellen' continu de binnenkomende sensorische gegevens van de lagere levels. Dit voorspellen wordt gezien als een anticipatie op hetgeen er komen kan en vindt plaats volgens Bayesianse logica (De Bruin & Michael, 2017; Seth & Friston, 2016; Clark, 2013). Stel u hoort geritsel in uw tuin, dan zal de kans klein zijn dat u direct denkt dat dit een levensgevaarlijke slang is. Dit zal anders zijn als u in een Afrikaans oord bent, waar u met regelmaat levensgevaarlijke slangen hebt gezien. In dat geval zou u een levensgevaarlijke slang kunnen verwachten: u anticipeert er onbewust al op. Deze anticipatie en integratie van informatie vindt op meerdere niveaus plaats, ook op het niveau van zenuwcellen. Gegevens uit top-downprocessen vanuit de 'voorspellende' hogere levels worden dus altijd gecombineerd met gegevens uit bottom-upprocessen vanuit die lagere levels – zoals het horen van geritsel.

Wanneer de informatie vanuit de lagere levels niet overeenkomt met de 'verwachtingen' vanuit de hogere levels, dan vindt er een mismatch plaats, ook wel *prediction error* genaamd. Als de mismatch klein is, dan wordt dat niet opgemerkt en wordt de wereld conform onze representaties waargenomen. Denk aan de spelfout. Is de mismatch groot genoeg, dan zullen hogere-ordelevels actief worden, zodat de representatie kan worden bijgesteld. Dit geeft het idee of gevoel dat er iets belangrijks, iets verrassends of betekenisvol heeft plaatsgevonden. Ik zie hierin parallellen met de kunsten. We vinden een kunstwerk aantrekkelijk om naar te kijken als het niet direct overeenkomt met onze eigen verwachtingen: het verrast, het intrigeert.

Uiteraard zijn er persoonlijke verschillen. Eerdere ervaringen of overtuigingen zijn bijvoorbeeld van invloed hoe er met de mismatch wordt omgegaan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als iemand vast zit in een gedachtepatroon, zoals 'ik ben toch te dik', 'ik ben lelijk', 'ik kan dat niet'. Als de overtuiging minder groot is, dan is de kans groter dat de informatie vanuit de lagere-ordelevels de overhand

neemt. Dit zie je bijvoorbeeld ook wanneer iemand weinig ervaring heeft. De mate van aandacht heeft ook invloed op hoe met de mismatch wordt omgegaan. Als je aandacht schenkt aan de binnenkomende stroom aan sensorische informatie, dan is de kans groter dat mismatches worden opgemerkt.

Volgens de theorie van predictive coding proberen we continu deze mismatches te minimaliseren. Dat kan op twee manieren. Ten eerste, door anders te handelen en wel op zo'n manier dat we sensorische informatie verzamelen die consistent is met onze ervaringen (changing action). Ten tweede, door onze representaties te actualiseren en dus onze waarneming bij te stellen (changing perception; De Bruin & Michael, 2017; Seth & Friston, 2016; Clark, 2013). Dus, om ons gedrag of onze gevoelens te veranderen, kunnen we volgens deze theorie in actie komen of onze percepties bijstellen. Juist dit wordt ook als relevant gezien vanuit de insteek van vaktherapeutische interventies. Vaktherapeutische interventies kunnen inspireren bij het toepassen van de fundamentele insteek van predictive coding. Omgekeerd kan het gedachtegoed van predictive coding richting geven aan nieuwe onderzoeksvragen waarmee we meer zicht kunnen krijgen op de werkingsmechanismen van vaktherapeutische interventies.

3.2.2 *Handelen: bewegen en emoties*

Dat verbinding van domeinen nieuwe perspectieven oplevert, zien we op een andere manier ook terug bij de handelingsgerichte aanpak en dan specifiek als het gaat om de beweging binnen die handeling. Via deze weg komen we aan bij de bewegingswetenschappen en ook de emotietheorieën binnen de psychologie. Bij beweging wordt door vaktherapeuten – en met name dans- en bewegingstherapeuten – uitgegaan van de veronderstelling van bidirectionaliteit. Dit betekent dat bewegingen en emoties elkaar op een wederkerige manier kunnen beïnvloeden. Dus, emoties beïnvloeden onze bewegingen (i.e. expressie) en anderzijds kunnen onze bewegingen ook onze emoties beïnvloeden (i.e. impressie). Het eerste is een bekend fenomeen, denk maar aan een blijde sporter die een wedstrijd wint: armen gaan recht de lucht in, de rug is recht en er wordt soms ook een sprongetje gemaakt of denk aan iemand die zwaar depressief is: schouders zijn gezakt, hoofd vaak gebogen, bewegingen zijn traag en zwaar. Andersom, als we bewegen, kan dat onze emoties veranderen.

In lijn met James Lange (1884) en anderen is dit terug te verwijzen naar het idee dat we voortdurend informatie vanuit ons lichaam verwerken in ons brein, wat

kan leiden tot een actie. Denk bijvoorbeeld aan een verlaagde bloedsuikerspiegel. Als je brein dit registreert, zou je honger ervaren en zou je iets gaan eten. Dit kan ook op emoties worden toegepast. Als we geconfronteerd worden met een bedreiging, dan zal onze hartslag omhoog gaan, pupillen worden groter en bloed zal van de organen naar de spieren gaan om in actie te komen. De registratie van deze signalen in ons brein zal leiden tot een emotie, zoals angst of boosheid, en een actie, zoals vermijding of er juist op af gaan. Dus de feedback van je lichaam op je brein leidt tot een emotie en bepaalt hoe je je voelt. Ook als je beweegt, krijgt het brein informatie vanuit je lichaam. Denk aan de contracties van de spieren, de positie van de ledematen en de verandering erin. Dit kan vervolgens ook invloed hebben op emoties en hoe we ons voelen. Binnen de psychologie zijn er een groot aantal studies verricht naar lichaamsfeedback. Een groot deel van de studies bevestigen de veronderstelling dat lichamelijke signalen de emotie kan versterken of verzwakken (o.a. Davis, Senghas, & Ochsner, 2009; Wagenmakers, et al. 2016; Lopez, Reschke, Knothe, & Walle, 2017). De verrichte studies richten zich veelal op een deel van het lichaam, vaak het gelaat, of richten zich op een specifieke statische houding van het lichaam. Dat is bijzonder als we bedenken dat we niet statisch, maar juist dynamisch zijn in onze bewegingen.

Vanuit de dans- en bewegingstherapie werd deze lacune in de wetenschappelijke kennis gezien. Ook hadden ze al vanuit hun therapie een observatiemethodiek in handen om de dynamiek van onze bewegingen te definiëren en te operationaliseren, namelijk de Laban Movement Analysis (Laban, 1988). Dit instrument brengt heel gedetailleerd bewegingskwaliteiten in kaart, bijvoorbeeld of een beweging varieert in kracht, vorm, ruimte en dergelijke. In studies gericht op de invloed van beweging op emoties werd onder andere aangetoond dat een combinatie van bewegingskwaliteiten een specifieke emotie kan versterken (Shafir, 2013, 2016; Koch, Fuchs, & Summa, 2014). Proefpersonen werd bijvoorbeeld gevraagd om twee soorten bewegingen uit te voeren: om te beginnen bewegingen die rond waren van vorm, licht in uitvoering en naar boven gericht waren en na een pauze bewegingen die hoekig waren, zwaar en naar beneden gericht. De ene helft van de proefpersonen verrichtte de eerste bewegingen gevolgd door de tweede en de andere helft in omgekeerde volgorde. Resultaten lieten zien dat mensen na het uitvoeren van de ronde bewegingen een grotere toename lieten zien in positief affect dan na het uitvoeren van de hoekige en zware bewegingen. Dit effect bleek ook op te treden als we ons in gedachte voorstellen dat we die bewegingen uitvoeren (Decety & Grezes, 2006). Dit biedt legio toepassingsmog-

lijkheden. In gesprek met de rector zaten we te brainstormen over een integratie binnen ons activerend online onderwijs om op die wijze studenten tijdens het studeren een *mental boost* te geven.

De mate waarin iemand zijn lichaamssignalen accuraat waarneemt, wordt in verband gebracht met psychopathologie. Overgevoeligheid zien we bij angst- en paniekstoornissen. In termen van predictive coding: normale lichaamssignalen leiden tot een mismatch. Ze blijken dan gevaarlijk of bedreigend (Paulus & Stein, 2006). Bij depressie en schizofrenie is dat anders en is er sprake van te weinig gevoeligheid voor de lichaamssignalen (Harshaw, 2015; Tschacher, Griersch, & Friston, 2017). Bijvoorbeeld bij mensen met hallucinaties werd aangetoond dat er een sterkere tendens is om te varen op verwachtingen – in plaats van op de lichaamssignalen – om zodoende een beeld te vormen van de werkelijkheid (Fletcher, 2017; Powers, Mathys, & Corlett, 2017). Het aanpassen van representaties, zodat een mismatch gemakkelijker of moeilijker wordt opgemerkt, leidde in eerder onderzoek tot een verbetering in het verbaliseren van emotionele ervaringen (Bornemann, Singer, 2017). Een betere balans tussen luisteren naar het lichaam en uitgaan van verwachtingen zou gerealiseerd kunnen worden door je in de therapie te richten op het lichaam, de lichaamssignalen en de bewustwording ervan. Zoals we hiervoor zagen zijn dit elementen waar vaktherapeuten veel ervaring mee hebben en raad mee weten.

Al met al, hoop ik dat ik voor u hebt verhelderd dat vaktherapie zich bevindt op een snijvlak van verschillende en uiteenlopende domeinen. Enerzijds kunnen deze domeinen ons de weg wijzen naar werkingsmechanismen van vaktherapeutische interventies, anderzijds leveren vaktherapeutische interventies en methoden toepassingen op om fundamentele vragen vanuit theorieën van andere domeinen te beantwoorden. Ik hoop dat mijn leeropdracht een bijdrage zal leveren aan de oplossing van de vraag hoe vaktherapeutische interventies werken. Ik voorzie daarin een belangrijke rol voor het gedachtegoed van predictive coding.

4 **SAMENVATTING**

Ik kom aan mijn laatste deel toe, waarin ik het voorgaande wil samenvatten. Allereerst heb ik u meegenomen in het domein van vaktherapie. Ik heb laten zien dat vaktherapie divers is. Zij bestaat uit zeven disciplines, richt zich op uiteen-

lopende hulpvragen en is te vinden in verschillende werkvelden. Er zijn interessante, overeenkomstige kenmerken tussen de vaktherapeutische disciplines: 1) het gebruik van beeldende materialen, dans, drama, muziek spel, bewegen en lichamelijkeheid, 2) de handelingsgerichte aanpak en 3) de nadruk op de sterke kanten en de ontwikkeling van de cliënt.

In het tweede deel ben ik ingegaan op het werkveld en de ontwikkelingen in dit werkveld en eveneens op de ontwikkeling van het onderzoek ten opzichte van vijf jaar geleden. De beroepsgroep maakt haar werkwijze transparant door deze te beschrijven en te laten erkennen. Ook sluit ze aan bij landelijke kwaliteitsstandaarden in de zorg, zodat vaktherapeutische behandelingen ingebed kunnen worden in richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules. Ten aanzien van het onderzoek op dit domein heb ik u laten zien dat in de afgelopen vijf jaar de samenwerking landelijk is versterkt, de onderzoekslijnen zijn geformuleerd en de *rigor* van het onderzoek is toegenomen.

Uit het derde deel van mijn betoog hebt u kunnen opmaken waar ik aan hoop te werken en waaraan deze eerste leerstoel op het gebied van de vaktherapie haar rechtvaardiging en bestaansrecht ontleent. De komende jaren wil ik binnen deze leerstoel samen met andere onderzoekers meer zicht krijgen op de potentiële effecten van vaktherapeutische interventies, de werkzame elementen en de potentiële werkingsmechanismen. We zullen veel aandacht hebben voor het kennisniveau en de (on)mogelijkheden in de praktijk om op die manier goede onderzoeksvragen te formuleren. Dit vereist dat wetenschap en praktijk in een goede balans zijn en vaktherapeuten, andere zorgprofessionals en managers direct betrokken worden. We zullen de onderzoeksvraag afstemmen met patiëntenbelangenbehartigers en de stem van de cliënten als een belangrijke bron van informatie meenemen binnen ons onderzoek. Telkens zullen we uitgaan van goed beschreven interventies of onderdelen vanuit die interventies, wat stevige samenwerking met het werkveld noodzakelijk maakt. In ons onderzoek zullen we deze interventies onderzoeken met meerdere onderzoeksmethoden en -technieken, passend bij de onderzoeksvraag. Als het gaat om de vraag hoe vaktherapeutische interventies kunnen werken, dan zie ik dat vaktherapie op een snijvlak zit van meerdere domeinen. De wetenschappelijke ontwikkeling komt tot uitdrukking op dat snijvlak. Enerzijds doordat vaktherapie gebruikmaakt van kennis uit meerdere domeinen. Anderzijds doordat vaktherapeutische interventies en methoden als een toepassing kunnen dienen voor fundamentele vragen uit de

andere domeinen. We zullen disciplines met elkaar moeten verbinden en interprofessioneel te werk moeten gaan. De uitwisseling tussen domeinen verdiept en verbreedt onze kennis en ervaring om te *doen wat werkt*.

5 DANKWOORD

De weg naar deze leerstoel en mijn installatie is vormgegeven door bijdragen van veel mensen: vaktherapeuten, studenten en collega's. Allen wil ik bedanken voor hun inbreng. Een aantal wil ik expliciet noemen.

Allereerst ben ik heel blij dat de Open Universiteit en Zuyd Hogeschool de juiste snaar hebben weten te raken bij elkaar en deze bijzondere leerstoel heeft gerealiseerd. Mijn dank gaat uit naar rector magnificus, prof. dr. Anja Oskamp, faculteitsdecaan, prof. dr. Saskia Brand-Gruwel, vakgroepvoorzitter Klinische psychologie prof. dr. Jacques van Lankveld, het college van bestuur van Zuyd Hogeschool, te weten: dr. Luc Verburgh, dr. Kitty Kwakman en drs. Olaf van Nugteren en faculteitsdirecteur Raymond Clement MHA. Dank voor het vertrouwen dat jullie in mij hebben, de wijze waarop jullie mij met een overstijgende blik weten te inspireren en de ruimte die jullie mij geven in mijn ontwikkeling. Dit stimuleert mij en geeft voor mij de juiste sound om te groeien.

De samenwerkingspartners vanuit de Coöperatie KenVaK – te weten: de directies en colleges van bestuur van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, NHL-Stenden, Leiden Hogeschool en ook weer Zuyd Hogeschool – ben ik zeer erkentelijk voor het landelijk verstevigen van de kennisontwikkeling van vaktherapie. Dit is mijns inziens een belangrijk fundament voor een verdere verwetenschappelijking van vaktherapie en het samenbrengen van praktijk, onderwijs en onderzoek. In dat kader wil ik de directeuren noemen: Elise Nauta, Alie Schokker, die het stokje heeft overgedragen aan Reinskje Suierveld, Nico van Tol, Wouter van der Leeuw en Raymond Clement. Ik verheug me op de verdere invulling van de Coöperatie, waarbij we ook Codarts Hogeschool voor de kunsten zullen verwelkomen.

Natuurlijk wil ik stilstaan bij de onderzoekers vanuit de onderzoeksgroep KenVaK. Zonder jullie inspanningen zou deze leerstoel er niet zijn. We delen de drive om het onderzoek naar de vaktherapeutische interventies verder te brengen. Ik heb veel van jullie geleerd, wat ook blijkt uit deze oratie. Ik geniet ervan om samen

met jullie kwesties vanuit de vaktherapeutische disciplines verder uit te pluizen en diepgang te geven. In het bijzonder wil ik de kernteamleden van de Coöperatie noemen: Suzanne Haeyen, Ingrid Penzes-Driessen, Anne Ponstein, Celine Schweizer en Marc Willemsen. We lijken steeds meer op elkaar ingespeeld te raken, wat duidelijk vruchten afwerpt, maar zeker ook de arbeidsvreugde laat toenemen. Manon Verdonschot, kernteamlid en mijn rechterhand, ik heb het gevoel dat wij hetzelfde ritme hebben en ik hoop dat we nog lang blijven 'ping-pongen' met aanvragen, projectplannen en artikelen. Bert Starmans, beleidsondersteuner, wil ik bedanken voor zijn bijdragen bij verschillende onderzoeksprojecten, visitaties en niet te vergeten, de Coöperatie. Ik waardeer hoe je telkens inhoud, strategie en samenwerking tussen praktijk, onderwijs en onderzoek weet te integreren.

Verder wil ik promovendi noemen, die ik begeleid of die dicht bij me staan: Celine, Elisabeth, Elja, Ilona, Ingrid, Karin, Liesbeth, Marij, Martina, Sonja en Tom. Ik raak telkens in een zeer positieve stemming als ik jullie zie groeien in jullie wetenschappelijke ontwikkeling en ik ben erg blij dat ik daar een rol in mag spelen. Gelukkig kan ik dat doen met de andere begeleiders uit jullie teams. Enkelen wil ik hier expliciet noemen: dr. Ditty Dokter, prof. dr. Frans Feron, dr. Annemiek Vink, prof. dr. Giel Hutschemaekers, prof. dr. Luc de Witte, prof. dr. Xavier Moonen en prof. dr. Geert-Jan Stams. Ik ben jullie dankbaar voor het feit dat we samen het domein van de vaktherapie nader onder de loep nemen en telkens de beste onderzoeksmethodologie zoeken. Giel, een speciaal woord van dank tot jou: jij hebt in de afgelopen decennia veel betekend voor de professionalisering van de vaktherapie, wat een opmaat was voor deze leerstoel. Gelukkig ben je nu nog steeds actief betrokken als het gaat om de verwetenschappelijking en het positioneren van de promovendi. Dank voor je prettige samenwerking.

Een woord van dank wil ik ook richten tot em. prof. dr. Jasper von Grumbkow. Op de achtergrond heb jij me geregeld waardevolle adviezen en strategische inzichten gegeven en op een constructieve manier een spiegel voorgehouden. Daar heb ik veel van geleerd.

De lectoren van de faculteit Gezondheidszorg van Zuyd Hogeschool ben ik dankbaar. Prof. dr. Sandra Beurskens, dr. Susy Braun, dr. Erik van Rossum, dr. Marieke Spreeuwenberg, dr. Ramon Daniels en dr. Marianne Nieuwenhuijze: het is prettig om samen met jullie strategische kwesties te bespreken rondom het praktijk-

gericht onderzoek en gezamenlijk onderzoek en onderwijs te verbinden.

Dr. Jooske van Busschbach, dr. Marinus Spreen en dr. Erik Baars, lectoren op het domein van de vaktherapeutische disciplines, maar ook de andere leden van de werkgroep Strategische onderzoeksagenda: ik hoop zo meteen te proosten op een mooie verdere samenwerking en zie ernaar uit om in de toekomst meer met jullie te sparren over de inhoud.

Samenwerkingspartners in de opleidingen en in de praktijk van de vaktherapeutische disciplines wil ik bedanken. Uiteraard alle docenten en speciaal zij die vanochtend de masterclasses hebben gegeven. Expliciet wil ik het landelijk opleidingsoverleg, de FVB en de beroepsverenigingen noemen. Robert van den Broek, voorzitter van het landelijk opleidingsoverleg voor de vaktherapeutische beroepen: het bundelen van krachten tussen onderwijs, onderzoek en praktijk zit bij jou in het bloed en daarmee weet jij veel te realiseren om ook de kennisontwikkeling verder te brengen. Irene Rentenaar, directeur van de Federatie, samen met de verenigingen heb je met jullie teams veel in gang gezet en gerealiseerd voor de beroepsgroep en het werkveld. Ik bewonder hoe je op een nuchtere, maar zeer passende wijze altijd helderheid weet te verschaffen. Martin Hoogvliet en Huub Notermans als respectievelijk huidige en voormalige kennisinnovator van de Federatie, het is mooi om te zien hoe jullie de beroepsgroep mobiliseren en essentiële verbindingen weten te leggen.

Veel van wat ik doe, zou niet zo goed verlopen als ik Brenda Nieuwenhuizen, Monique Verschuren en Yolande Keulers niet had. Nooit is voor jullie een vraag te veel en altijd is er een oplossing.

Tot slot kom ik bij de mensen die in mijn persoonlijke leven dicht bij me staan: vrienden en familie. Pap, mam, Har, Siem, Vief, John, Toine, Remi, Carmen en Lisa; ik waardeer het zeer dat jullie er altijd voor me zijn. En natuurlijk Wim, heerlijk om samen met jou dezelfde passie voor de inhoud te delen en nog veel meer. Zó fijn hoe je mij telkens steunt, aanspoort, stevig naast me staat en weet te doen wat bij *mij* werkt.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman R. E., Spreen M., Ket J. C. F., Vink, A. C., ... Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004517. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2
- Aerts, L. C., Van Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland, beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg* (Vol. 28): RGOc reeks.
- Borgerius, E., & Visser, E. C. M. (2015). *Vaktherapie en dagbesteding in de GGZ*. Adviesrapport van het Zorginstituut Nederland aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Bornemann, B., & Singer, T. (2017). Taking time to feel our body: Steady increases in heartbeat perception accuracy and decreases in alexithymia over 9 months of contemplative mental training. *Psychophysiology*, 54(3), 469-482. doi: 10.1111/psyp.12790
- Bellemans, T., Didden, R., Van Busschbach, J. T., Hoek, P. T., Scheffers, M. W., Lang, R. B., & Lindsay, W. R. (2017). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1-10.
- Bellemans, T., Didden, R., Visser, R., Schaafsma, D., Totsika, V., & Van Busschbach, J. T. (2018). Psychomotor therapy for anger and aggression in mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: an Intervention Mapping approach. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1-17.
- Berghs, M., Verdonchot M., Krantz, B., Bootsma, M., Moonen, X., & Van Hooren S. (under review). (Be)leef in de wijk: vaktherapie als integraal onderdeel van ambulante (FACT-LVB) behandelteam. *Onderzoek & praktijk*.
- Centraal bureau voor de statistiek (2018). Medisch geschoolden; arbeidspositie in de werkkring, naar beroep [StatLine]. Geraadpleegd op 22-8-2018 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81551NED/table?ts=1534255836329>
- Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*, 36, 181-253.
- Davis, J. I., Senghas, A., & Ochsner, K. N. (2009). How does facial feedback modulate emotional experience? *Journal of Research in Personality*, 43, 822-829
- De Bruin, L., & Michael, J. (2017). Prediction error minimization: implications for embodied cognition and the extended mind hypothesis. *Brain and cognition*, 112, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.01.009>
- De Witte, M. J., Spruit, A., Van Hooren, S., Moonen X. M. H., & Stams, G. J. J. M.. (under review). The Effects of Music Interventions on Stress-Related Outcomes: A Meta-Analytic Review.
- Decety, J., & Grèzes, J. (2006). The power of simulation: Imagining one's own and other's behavior. *Brain Research*, 1079, 4-14
- Dumont, E., Syurina, E., Feron, F., & Van Hooren, S. (2017). Music interventions and child development: a critical review and further directions. *Frontiers in Psychology*, 8, 1694. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01694
- Fletcher, P. C. (2017). Predictive coding and hallucinations: a question of balance. *Cognitive neuropsychiatry*, 22(6), 453-460. Doi: 10.1080/13546805.2017.1391083
- FVB projectgroep strategische onderzoeksagenda (2017). *Strategische onderzoeksagenda voor vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

- Hoitzing, B., Van Lankveld, J., Kok, G., & Curfs, L. (2010). Behandelprogramma's voor plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een lichte verstandelijke beperking in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34, 19-32.
- Haeyen, S., Dehue, F., Van Hooren, S., Van der Veld, W., & Hutschemaekers, G. (2017). Development of an art therapy intervention for patients with Personality Disorders: an intervention Mapping study. *International Journal of Art Therapy*. doi.org/10.1080/17454832.2017.1403458
- Harshaw, C. (2015). Interoceptive dysfunction: toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression. *Psychological Bulletin*, 141(2), 311-363. doi: 10.1037/a0038101
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 5: e010091. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091
- Koch, S. C., Fuchs, T., & Summa, M. (2014). Body memory and kinesthetic body feedback: the impact of light versus strong movement qualities on affect and cognition. *Memory studies*, 7, 272-284.
- Koelsch, S. (2015). Music-evoked emotions: Principles, brain correlates, and implications for therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 193-201. https://doi.org/10.1111/nyas.12684
- Laban, R. (1988). *The Mastery of Movement*. Plymouth, UK: Northcote House.
- Lange, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Lopez, L. D., Reschke, P. J., Knothe, J. M., & Walle, E. A. (2017). Postural communication of emotion: perception of distinct poses of five discrete emotions. *Frontiers in Psychology*, 8, 710.
- Magee, W. L. (2014). *Music technology in in therapeutic and health settings*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Malchiodi, C. (2005). Expressive Therapies: History, Theory and Practice. In C. Malchiodi, Ed. *Expressive Therapies*. The Guilford Press: New York, NY, USA, 2005; pp. 1-16.
- Molenaar-Coppens, E. (2009). BeeldWaarNeming, een beeldend benoemingsstelsel. In C. Schweizer, J. de Bruyn, S. Haeyen, B. Henskens, M. Rutten-Saris & H. Visser(red.). (2009). *Handboek Beeldende therapie; Uit de verf*. (p.p.243-249). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Niehoff, H., Didden, R., Drieschner, K., & Van den Hazel, T. (2014). Grip op Aggressie. In B. Twint & J. De Bruijn (Red.), *Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden* (pp. 247-258). Amsterdam: Boom.
- Overberg, A. (2016). *De nabespreking van een werkstuk volgens de methode van BeeldWaarNeming*. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van beeldend therapeuten die deze interventie inzetten bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C (Masterscriptie). Zuyd Hogeschool.
- Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2006). An insular view of anxiety. *Biological Psychiatry*, 60(4), 383-387. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.042
- Pénzes, I., Van Hooren, S., Dokter, D., & Hutschemaekers, G. (2018). How art therapists observe mental health using formal elements in art products: structure and variation as indicators for imbalance and adaptability. *Frontiers in Psychology*.
- Powers, A. R., Mathys, C., & Corlett, P. R. (2017). Pavlovian conditioning-induced hallucinations result from overweighting of perceptual priors. *Science*, 357(6351):596-600. doi: 10.1126/science.aan3458

- Probst, M., & Bosscher, R. J. (2001). Psychomotorische therapie in Vlaanderen en Nederland. In M. Probst & R. J. Bosscher (Red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (pp. 1-15). Zeist: Cure & Care Publishers.
- Rawlins, M. (2008). *De testimonio-on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions: The Harveian Oration of 2008*. London: Royal College of Physicians.
- Samaritter, R., & Van Hooren, S. (2017). In beweging komen. De werking van danstherapie beschreven vanuit het perspectief van patiënten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 16-26.
- Schweizer, C., Knorth, E. J., & Spreen, M. (2014). Art therapy with children with Autism Spectrum Disorders: A review of clinical case descriptions on 'what works'. *The arts in psychotherapy*, 41, 577-593.
- Schouten, K. A., De Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R., & Hutschemaekers, G. (2014). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, Violence and Abuse*, 16(2), 220-228. doi: 10.1177/1524838014555032
- Seth, A. K., & Friston, K. J. (2016). Active interoceptive inference and the emotional brain. *Philosophical transactions B*, 371(1709): 20160007. doi: 10.1098/rstb.2016.0007
- Shafir, T., Taylor, S. F., Atkinson, A. P., Langenecker, S. A., & Zubieta, J. K. (2013). Emotion regulation through execution, observation, and imagery of emotional movements. *Brain Cognition* 82, 219-227.
- Shafir, T. (2016). Movement Regulation through Movement: Unique Sets of Movement Characteristics are Associated with and Enhance Basic Emotions. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-15.
- Tschacher, W., Griesch, A., & Friston, K. (2017). Embodiment and schizophrenia: a review of implications and applications. *Schizophrenia bulletin*, 43(4), 745-753. doi: 10.1093/schbul/sbw220
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S., & De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362.
- Van der Steen, J. T., Van Soest-Poortvliet, M. C., Van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5, CD003477
- Van der Stouwe, E. C. D., Van Busschbach, J. T., De Vries, B., Cahn, W., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2018). Neural correlates of exercise training in individuals with schizophrenia and in healthy individuals: A systematic review. *NeuroImage. Clinical*. 19.
- Verbon, M., & Pallandt, S. (2018). *Alumni onderzoek Federatie Vaktherapeutische Beroepen*. Eindhoven: Markteffect.
- Verdonschot, M., De Witte, M., Berghs, M., Bootsma, M., Moonen, X., & Van Hooren, S. (2016). (Be)Leef in de wijk - Ontwikkeling van een vaktherapeutische wijkgerichte verwijs- en behandelroute voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4 (12), 15-19.
- Wagenmakers, E. J., Beek, T., Dijkhoff, L., Gronau, Q. F., Acosta, A., Adams, R. B., ... Zwaan, R. A. (2016). Registered Replication Report: Strack, Martin, & Stepper (1988). *Association for Psychological Science*, 11, 917-928.
- Werger, C., & Groothuis, M. (2018). Mixen & Matchen, deel 1. Integreren van muziektechnologie in het professioneel handelen van de muziektherapeut. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 1, 2-9.