



Het perspectief van hulpverleners op beeldende therapie bij depressieve stoornissen

Hoe komt beeldende therapie tot stand?

Een onderzoek naar beeldende therapie in de praktijk

Naam: Liesbeth Claeys

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van 'master in sociaal werk'

Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Academiejaar 2008-2009

Promotor: Dr. Ilse Derluyn

Voorwoord

*“Er zou weinig van mij overblijven als ik alles terug moest geven
wat ik aan anderen te danken heb.”*

Goethe

En daarom wil ik enkele mensen bedanken, die me gesteund en geholpen hebben om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Ik wil alle beeldend therapeuten bedanken die meewerkten aan het onderzoek. Dankjewel voor jullie aanstekelijk enthousiasme en voor jullie geduld om te antwoorden op mijn vragen. Tevens wil ik ook mijn promotor Ilse Derluyn bedanken voor de ondersteuning en het nalezen van deze masterproef.

Bedankt aan Julie en Mieke om deze masterproef na te lezen, om me te steunen en duwtjes in de rug te geven. Dankjewel aan Nelleke om me te helpen met de lay-out en aan mijn ouders die me de kans geven een masterdiploma te behalen.

*“Als ge sprakeloos zijt, dan zegt ge
eigenlijk beter niets.
Want elk woord dat ge dan toch
zegt, doet eigenlijk afbreuk aan
uw boodschap. (...).”*

Buurman

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding.....	6
1 Literatuurstudie.....	7
1.1 Beeldende therapie.....	7
1.1.1 Creatieve expressie.....	8
1.1.2 Beeldend proces.....	9
1.1.3 Psychotherapeutische relatie.....	10
1.1.4 Doelstellingen.....	11
1.1.5 Voordelen.....	12
1.1.6 Besluit.....	13
1.2 Doelgroep.....	13
1.2.1 Depressie.....	13
1.2.2 Diagnose versus behandeling.....	14
1.3 Vormgevingsaspecten.....	15
1.3.1 Materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen.....	16
1.3.2 Het programma.....	17
1.3.3 Therapeutische hulpmiddelen.....	19
1.4 Psychotherapeutische stromingen.....	21
2 Probleemstelling en onderzoeksvragen.....	28
2.1 Probleemstelling.....	28
2.2 Onderzoeksvragen en doelstellingen.....	29
3 Methodologie.....	30
3.1 Kennismaking doelgroep, voorstelling en verloop van het onderzoek.....	30
3.2 Respondenten en settings.....	31
3.3 Dataverzameling.....	32
3.3.1 Doelstelling en definitie kwalitatief interview.....	32
3.3.2 Uitvoering interview.....	32
3.4 Data-analyse.....	33
3.5 Kwaliteitscriteria.....	34
3.5.1 Betrouwbaarheid.....	34
3.5.2 Validiteit.....	35
4 Resultaten.....	36
4.1 Het beeldend proces.....	36
4.1.1 Proces versus product.....	36
4.1.2 Communicatie.....	37
4.2 Doelgroep.....	38
4.3 Vormgevingsaspecten.....	40
4.3.1 Het therapeutisch programma.....	40
4.3.2 Materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen.....	43
4.3.3 Therapeutische hulpmiddelen.....	46
4.3.4 Diagnose versus behandeling.....	46
4.4 De psychotherapeutische relatie.....	48
4.5 Doelstellingen.....	49
4.6 Psychotherapeutische stromingen.....	50
5 Discussie.....	52
5.1 Vormgevingsaspecten.....	52
5.1.1 Het beeldend proces.....	52
5.1.2 Het therapeutisch programma.....	53
5.1.3 Materialen, opdrachten, symbolen en metaforen.....	53
5.1.4 Therapeutische hulpmiddelen.....	54
5.1.5 Diagnose versus behandeling.....	54
5.1.6 Psychotherapeutische relatie.....	55

5.2	De doelgroep	55
5.3	Onderliggende psychotherapeutische stromingen.....	56
5.4	Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	56
5.5	Beperkingen van het onderzoek.....	57
Besluit	59
Bibliografie	60
Bijlage	67

Inleiding

In deze masterproef wordt er in het eerste deel een literatuurstudie gedaan van beeldende therapie, waarin vooreerst de belangrijkste kenmerken van beeldende therapie bekeken worden. Daarna wordt de doelgroep die binnen deze masterproef beoogd werd uitgediept. Vervolgens bespreek ik hoe de beeldende therapie wordt vormgegeven binnen de praktijk van wetenschappelijke literatuur, om tenslotte rond ik af met de psychotherapeutische stromingen.

Het tweede deel behandelt de probleemstelling, onderzoeksvragen en doelstellingen van het onderzoek.

In het derde deel wordt uiteengezet hoe het onderzoek methodologisch in elkaar zit. Het onderzoek bestaat met name uit het afleggen van een diepte-interview bij verschillende beeldend therapeuten.

In het vierde deel worden de resultaten van dit onderzoek gerapporteerd waarbij de thema-indeling gebaseerd is op de indeling binnen de literatuurstudie.

In het vijfde deel worden de resultaten van het onderzoek naast eerder onderzoek en gelezen literatuur gelegd om op die manier tot aanbeveling voor volgend onderzoek te komen. Tenslotte worden nog enkele beperkingen van het onderzoek opgesomd.

Er werd bewust gekozen om zowel het woord 'cliënt' als 'patiënt' te gebruiken, naargelang de context. Het woord 'patiënt' wordt gebruikt wanneer er naar een medische context wordt verwezen, terwijl het woord 'cliënt' gebruikt wordt wanneer het individu eerder binnen een hulpverleningscontext wordt benaderd.

1 Literatuurstudie

Beeldende therapie is één van de vijf soorten expressieve therapie binnen de creatieve therapie. De therapieën verschillen naargelang het medium dat gebruikt wordt. Naast beeldende therapie zijn ook muziektherapie, dramatherapie, danstherapie en tuintherapie creatieve therapieën. In deze masterproef werd er gekozen om beeldende therapie verder uit te werken.

De literatuurstudie zal eerst beeldende therapie in het algemeen omschrijven in al zijn facetten. Zowel de creatieve expressie als het beeldende proces, de psychotherapeutische relatie, doelen en de voor- en nadelen komen aan bod. Daarna volgt de uitwerking van de doelgroep, waarbij de vraag wordt gesteld of men binnen de beeldende therapie zich frequent zal gaan toespitsen op de verschillende doelgroepen die bereikt willen worden. Vervolgens zal de beeldende therapie zoals het in de praktijk gebeurt, bekeken worden aan de hand van verschillende vormgevingsaspecten. Tenslotte komen ook de psychotherapeutische stromingen aan bod. Hierbij stellen we de vraag of er verschillen en welke verschillen er worden gezien binnen de therapie als men zich toespitst tot een welbepaalde stroming.

1.1 *Beeldende therapie*

Beeldende therapie definiëren is niet eenvoudig. Binnen de literatuur bestaan accentverschillen, zowel wanneer beeldende therapie moet worden omschreven, als wanneer de nagestreefde effecten en de doelstellingen beschreven worden. Deze accentverschillen zijn enerzijds afhankelijk van de aard van het psychodynamische referentiekader dat als uitgangspunt wordt genomen (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). Anderzijds bemerken Bonin & Müller (2007) een gebrek aan definities en standaards bij de creatieve therapieën.

Richardson, Jones, Evans, Stevens, & Rowe (2007) definieert beeldende therapie als een vorm van psychotherapie waarbij het beeldende proces een centrale rol speelt binnen de context van de psychotherapeutische relatie. Stoll (2005) bemerkt dat er geen universele definitie van beeldende therapie bestaat. De Federatie van Vaktherapeutische Beroepen in Nederland (<http://www.vaktherapie.nl>) definieert beeldende therapie heel vaag als een behandelmethode voor mensen met psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen, waarbij men vervolgens kenmerken opsomt. Ook binnen beroepsprofielen in andere landen zien we omschrijvingen van wat de inhoud van beeldende en/of creatieve

therapie kan zijn, voor wie het nuttig is, enz. (<http://www.arttherapy.org>, <http://www.baat.org>, <http://www.satf.org.uk/>, <http://www.anzata.org/mambo/>). “Art therapy is a form of psychotherapy that uses art media as its primary mode of communication” definieert men op <http://www.baat.org>, waarbij men ook hier overgaat tot een uitgebreide beschrijving van de werkwijze.

Smeijsters (2003) vindt het definiëren van creatieve therapie een ‘oeverloze onderneming’. Er zijn wereldwijd namelijk vele definities in omloop die niet altijd tot meer helderheid bijdragen. Hij integreerde een aantal definities tot één geheel.

Om beeldende therapie te duiden worden eerst enkele begrippen uitgewerkt die binnen de vage en algemene definities aan bod komen. Op die manier wordt er een basis gelegd om steeds praktischer naar beeldende therapie te gaan kijken. Zowel creatieve expressie als de psychotherapeutische relatie, de voor- en nadelen en het beeldende proces worden besproken.

1.1.1 Creatieve expressie

Beeldende therapie maakt gebruik van creatieve expressie om tot een vorm van psychotherapie te komen. In de literatuur beschrijft men verschillende effecten van deze creatieve expressie die kunnen bereikt worden.

Zo gebruikt beeldende therapie creatieve expressie om het individu een veilige uitlaatklep voor gedachten en gevoelens te geven. Dit om de cliënt te laten herstellen van psychisch leed (Eaten, Doherty & Widrick, 2007). Hacking & Foreman (2001) beschrijven het gebruik van kunst bij psychiatrische patiënten ofwel als expressie van de emoties ofwel om een psychologische beoordeling te vellen over de patiënt. Heenan (2006) formuleert het effect van kunst dan weer als een tweevoudige uitkomst. Enerzijds kan kunst gebruikt worden als een therapeutische strategie, anderzijds kan kunst een centrale rol spelen in het genezen van geestelijke gezondheidsproblemen en in de reïntegratie. In Bar-Sela et al. (2007) is het dan weer de bedoeling om de patiënt op een bewustere manier te leren leven en niet als psychologisch noch diagnostisch doeleind.

De cliënt zal niet het artistieke talent en de vaardigheden hebben om zelfstandig zijn problemen in kunst te sublimeren (en dat hoeft ook niet), terwijl dat bij de kunstenaar wel het geval is. Het proces van de cliënt is dus niet hetzelfde als dat van de kunstenaar. Met creatieve therapie wordt getracht de psychische problemen te verminderen door de psyche van de cliënt in het medium te beïnvloeden (Smeijsters, 2003).

We zien dus dat de creatieve expressie als psychologisch en therapeutisch of als diagnostisch doeleind kan gebruikt worden. Diagnose en behandeling worden in 1.2.2 'diagnose versus behandeling' naast elkaar gezet.

1.1.2 Beeldend proces

Binnen de beeldende therapie is het beeldend proces typerend voor deze vorm van therapie. Dit beeldend proces wordt uitgewerkt op basis van het naast elkaar leggen van proces en product. Tevens zal worden bekeken hoe men binnen de therapie en het proces communiceert.

1] Proces versus product

In beeldende therapie ligt de nadruk op het beeldend proces en de therapeutische waarde en niet op het product dat gemaakt wordt (Green & Reinhard, 1995; Kramer, 2000; Linch & Chosa, 1996; Smeijsters, 2003). De therapeut zal dan ook het maken van iets waar je trots op kan zijn, benadrukken (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). De schoonheid zit in wat tot leven komt doorheen het product (Robbins, 1994). Het product is van ondergeschikt belang, maar er zijn wel doelen die men wil bereiken zoals het verhogen van het zelfbewustzijn, het verhogen van sociale vaardigheden, het aanleren van winstgevende copingstijlen, inzicht geven, laten dalen van negatief gedrag, bevorderen van intellectuele groei... (Henderson & Gladding, 1998; Marriott & White, 1991).

Het product is wél van belang als het gaat om zichtbare manifestaties die het doorwerken van problemen, verwerken van en leren omgaan met problemen of het ontwikkelen van psychische mogelijkheden bewerkstelligen (Smeijsters, 2003). Bij bepaalde psychotherapeutische benaderingen zal het product meer of minder op de voorgrond staan. Zo kan het product gezien worden als een symbolische weergave van bewuste en onbewuste psychische inhoud van de cliënt. En ook hier is niet het product, maar wel de individuele psychische inhoud van belang (Smeijsters, 2003). In het transformatieproces zal het product op zich een 'kunstboodschap' worden. Deze boodschap zal een eigen leven gaan leiden en betekenis verlenen aan de cliënt en de therapeut (Robbins, 1994).

Het product is tevens een handig instrument op zich, omdat doorheen de verschillende producten een evolutie merkbaar zal zijn en er teruggekeken kan worden op vroegere stappen in de therapie. Er blijft steeds iets tastbaars over na de therapeutische sessies.

2] Communicatie

Het non-verbale aspect maakt beeldende therapie interessant voor diegene die het moeilijk heeft zich verbaal uit te drukken, die een andere taal spreekt of een andere etnische achtergrond heeft (Richardson et al, 2007). Ook voor de cliënt die te veel woorden gebruikt

en zichzelf op die manier voorbij praat, kan de beeldende therapie een verlossing zijn (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). In Sommers-Flanagan (2007) spitst men zich dan weer toe op cliënten die vastzitten in een lineaire, onbuigzame en analytische gedachtegang en ervaringen van de wereld rondom zich. Kunst kan zorgen voor een dialoog tussen enerzijds de artiest en zijn kunstwerk en anderzijds de therapeut en de artiest, aan de hand van het interpreteren van het kunstwerk (Huss & Cwikel, 2008). Parkinson (2008) zal creatieve therapieën gebruiken om Alzheimerpatiënten, in de mate van het mogelijke een meer kwaliteitsvol leven te geven. Er wordt op elke vorm van communicatie ingespeeld: zowel non-verbale als verbale communicatie is er belangrijk.

1.1.3 Psychotherapeutische relatie

Naast de interactie tussen de cliënt en zijn beeldend werk, is ook de relatie tussen therapeut en cliënt belangrijk. Zowel de rol van de beeldend therapeut als de hulpverleningsrelatie worden hieronder uitgewerkt.

1] De beeldend therapeut

De therapeut zal het beeldend proces vergemakkelijken aan de hand van het aanreiken van beeldend materiaal en het steunen en aanmoedigen van de cliënt (Eaten, Doherty & Widrick, 2007; Heywood, 2003). De therapeut heeft kennis van het beeldend proces, de onderliggende therapeutische praktijk en kan binnen de beeldende therapie werken met zowel groepen als individuen. De therapeut moet flexibel zijn en heeft maturiteit. Daarbij vraagt het uitoefenen van het beeldend proces om specifieke vaardigheden. De therapeut kan verschillende rollen aannemen binnen de sessies en opdrachten. Zo kan de therapeut ervoor opteren om bijvoorbeeld samen mét de cliënt beeldend te gaan werken (Smeijsters, 2003). De keuze hangt af van de onderliggende benadering die wordt gebruikt en of er individueel of in groep wordt gewerkt.

Verder kunnen er volgens <http://www.beeldende-therapie.nl> drie basiswerkwijzen onderscheiden worden. Ten eerste zal men structurerend moeten werken. De therapeut biedt materialen en thema's aan, zodat de cliënt ordenende ervaringen kan opdoen. Daarnaast zal het bespreken en het bewust worden van de betekenis van het werk vaak direct gekoppeld worden aan praktische leerervaringen. Ten tweede is er het ontdekkend werken. De cliënt kan met materialen experimenteren om de zichtbare en voelbare eigen belevingswereld te ontdekken en vorm te geven. Ten slotte is er het werken dat gericht is op acceptatie en verwerking. Het beeldend handelen, in materiaalbeleving, vormgeving en in de thematiek, staat in het kader van acceptatie en integratie van grenzen en mogelijkheden van de cliënt.

2] De hulpverleningsrelatie

De relatie tussen therapeut en cliënt is een centraal gegeven, maar er is tevens sprake van een 'driehoeksverhouding', want ook het beeldend werk speelt hierbij een centrale rol (<http://www.baat.org/index.html>). Eaton, Doherty & Widrick (2007) zien dan weer dat de therapeut-cliëntrelatie zich ontwikkelt doorheen de kunstcreatie.

De beeldend therapeut volgt de cliënt bij het verlenen van betekenis en stellen van vragen (Smeijsters, 2003). Kramer (2000) voegt toe dat de beeldend therapeut de eigen persoonlijke stijl, artistieke doelen en visie achter zich moet laten en zich in de stijl en fantasie van de cliënt moet inleven. Daarbij moet ook dialoog ontstaan rond de werken die door de cliënt werden gemaakt. Robbins (1994) omschrijft daarbij dat de beeldend therapeut een gevoeligheid en attentie moet hebben met betrekking tot vorm, kleur, ruimte, textuur en de onderlinge samenhang. De beeldend therapeut veronderstelt een bepaalde gevoeligheid aan de dag te kunnen leggen om non-verbale aanwijzingen, zoals de betekenis achter de beeldende creatie, te kunnen achterhalen.

1.1.4 Doelstellingen

Wat wil beeldende therapie nu eigenlijk bereiken? Volgens <http://www.vaktherapie.nl> worden doelen gesteld op de volgende vijf gebieden:

- Emotionele problemen: het verwerken van traumatische ervaringen of het leren uiten en vormgeven van emoties.
- Gedragmatige problemen: het leren structuur aanbrengen, leren chaotisch gedrag tegen te gaan, verminderen van probleemgedrag, leren beter om te gaan met frustraties, leren om controle te verminderen, concentratie leren verhogen, doorzettingsvermogen vergroten.
- Conflictverwerking: leren omgaan met tegenstellingen, conflicten leren vormgeven en verwerken.
- Egoversterking: ontdekken en uitbreiden van mogelijkheden en onmogelijkheden, vergroten van zelfvertrouwen en zelfbeeld, leren accepteren van grenzen en beperkingen, ontwikkelen van eigenheid en identiteit.
- Sociaal functioneren: leren samenwerken, leren kijken en luisteren naar anderen, bevorderen van assertiviteit, leren grenzen te stellen, leren rekening houden met anderen.

Wanneer we kijken naar wat beeldende therapie op een algemener niveau wil bereiken, zien we gelijkenissen bij de verschillende officiële sites van beeldende therapie. <http://ww.therapiehulp.nl> spreekt van het erkennen van problemen, in gang zetten van

processen van acceptatie, verandering en persoonlijke ontwikkeling, inzicht geven in innerlijke conflicten en het bevorderen van verwerking, net zoals Feen-Calligan, Washington & Moxley (2008). De British Association of Art Therapy (<http://www.baat.org>) spreekt van het bevorderen van verandering en groei op persoonlijk vlak doorheen het gebruik van materialen in een veilige omgeving. De Australische en Nieuw-Zeelandse beroepsorganisatie (<http://www.anzata.org>) ziet eveneens tot doel het bewerkstelligen van veranderingen in de innerlijke leefwereld van de cliënt en voegt er aan toe dat men tot zelfbewustzijn en zelfaanvaarding wil komen. Binnen de studie van Garland, Carlson, Cook, Landsdell & Specca (2007) vergelijkt men 'Mindfulness-based Stress Reduction' programma met een programma Creatieve Therapie voor kankerpatiënten. De creatieve therapie heeft hier tot doel de mogelijkheid te geven tot zelfontdekking en empowerment te komen doorheen het creatieve proces. En ook Nainis et al. (2006) spreekt van stijging van het zelfbewustzijn, leren omgaan met de symptomen die kanker teweegbrengt en met stressvolle en traumatische ervaringen. Henderson & Gladding (1998) zetten een aantal doelstellingen op een rijtje en zien deze onmiddellijk ook als sterktes en voordelen van de beeldende therapie. Zo zal beeldende therapie onder andere het zelfbewustzijn vergroten door expressie van zichzelf aan de hand van symboliek, een link leggen tussen verleden, heden en toekomst via ervaringen die de cliënt krijgt, leren omgaan met de hoogtes en laagtes van het leven en het ontstaan van hoop, vertrouwen en inzicht in zichzelf.

1.1.5 Voordelen

Kaplan (2000) benoemt negen voordelen van beeldende therapie gaande van ontwikkeling van geest en hersenen tot het vergemakkelijken van probleemoplossend werken en als alternatieve vorm van communicatie. De negen voordelen worden in twee categorieën onderverdeeld: kunst als levensversterking en kunst als genezing. Er wordt benadrukt dat de voordelen van beeldende therapie verder gaan dan enkel de expressie van onbewuste wensen, conflicten en emoties. Zo zal The Australian and New Zealand Art Therapy Association (www.anzata.org) de eigenschappen van de beeldende therapie als voordelen gaan zien: voor kinderen en volwassenen die er niet altijd in slagen om te verbaliseren wat er met hen gebeurt of hoe ze zich voelen.

*“Art contributes to a fine balance within
the therapeutic relationship attending to more aspects of
a personality than would otherwise be accessible.”*

(<http://www.anzata.org>)

De fundamentele paradox van de alsof-situatie die door Parkinson (2008) beschreven wordt, zorgt voor de nodige vrijheid en veiligheid zodat de cliënt zichzelf durft uit te drukken. Er wordt namelijk binnen de sessie gespeeld met echte emoties, ervaringen, herinneringen en

verlangens, maar anderzijds is dit binnen een “laten-we-doen-alsof-kader”. De overheersende gevoelens kunnen dus worden uitgedrukt zonder dat het oncontroleerbaar wordt (Heywood, 2003; <http://www.drawntogether.com/healing.htm>).

Gussak (2007) somt voordelen van het gebruik van beeldende therapie bij gedetineerden op. Hierbij is er expressie van moeilijke materie op een simpele manier mogelijk, wanneer de cognitieve ontwikkeling een obstakel vormt voor verbale communicatie. Ook kunnen de psychopathologische symptomen verminderd worden zonder verbale interpretatie, emotionele vlucht... . Beeldende therapie is tevens een universele taal en is zeer bruikbaar om de leefwereld van de cliënt te betreden (Henderson & Gladding, 2007).

1.1.6 Besluit

Om een beter beeld te krijgen van wat beeldende therapie is, kunnen we naast algemene kenmerken ook gaan kijken naar de vormgevingsaspecten die beeldende therapie typeren. Alvorens deze worden uitgewerkt om tot een overzichtelijk en duidelijk geheel te komen, zal de doelgroep die binnen deze masterproef gekozen werd aan bod komen. Dit om de vormgevingsaspecten op de doelgroep te kunnen toepassen.

1.2 Doelgroep

In deze masterproef koos ik om beeldende therapie te linken aan één welbepaalde doelgroep, namelijk mensen met een depressie. Zal beeldende therapie zich specificeren naar bepaalde psychische problemen of wordt beeldende therapie veeleer omschreven en onderzocht zonder rekening te houden met een specifieke doelgroep? Van daaruit zal de vage grens tussen behandeling en diagnose beschreven worden.

1.2.1 Depressie

Wanneer we spreken over depressie binnen de beeldende therapie, kunnen we de vraag stellen of we deze psychiatrische aandoening wel kunnen afzonderen, zoals in de DSM IV (SPSSx, 2000) wordt gedaan.

Als er over depressie wordt gesproken in het beeldend therapeutisch onderzoek, is dit aan de ene kant als symptoom van een andere aandoening of ervaring die dan één van de te bestrijden factoren is. Zo deed Howard (1990) onderzoek naar de behandeling van een cliënt met posttraumatische stressstoornis, waarbij onder andere chronische depressie als één van de symptomen wordt aangeduid. Aldridge, Schmid, Kaeder, Schmidt & Ostermann (2005) spreken van een hoog depressiepercentage bij MS-patiënten.

Aan de andere kant wordt depressie gezien als een verdoken oorzaak. In Bennink, Gussak & Skowran (2003) beschrijft men delinquent gedrag als gevolg van depressie. Ook drugs- of alcoholverslaving, promiscuïteit en lage schoolresultaten kunnen daarvan het gevolg zijn.

Als er gesproken wordt over depressieve stoornis als afgezonderd en onderzocht geheel binnen de creatieve therapie, zal dit niet in de grootste getale bij de beeldende therapie te vinden zijn. Depressie wordt binnen studies rond muziektherapie veel meer aangehaald (Erkkilä et al, 2008; Bodner et al, 2007; Maratos, Gold, Wang & Crawford, 2008). Aldridge et al. (2005) zien de positieve reacties van MS-patiënten op muziektherapie: Alle respondenten beschreven een onmiddellijke verbetering in hun welzijn, zelfaanvaarding en depressieniveau.

Gussak (2007) is slechts een enkeling die het over het bestrijden van depressie bij gedetineerden heeft door middel van beeldende therapie. Er is daarbij een significante daling van de depressieve symptomen te bemerken bij de gedetineerden die deelnamen aan het programma. Er was zowel verbetering van het gemoed, socialisatie als probleemoplossende vaardigheden bij diegenen die gebruik maakten van de beeldende therapie. Bar-Sela et al. (2007) bekijkt het effect van beeldende therapie op depressie bij kankerpatiënten. Er is een significante verbetering te bemerken in de depressiescore: bij 58% van de participanten kon een verbetering worden vastgesteld. Körlin, Nybäck & Goldberg (2000) onderzoeken het effect van verschillende creatieve therapieën, waaronder beeldende therapie, binnen de algemene psychiatrische zorg. Bij 88 procent van de respondenten werd na het programma een significante verbetering vastgesteld. Zo ziet men bij de helft van de respondenten dat na de therapie de capaciteit voor het verwerken van innerlijke conflicten gestegen is.

Misschien is niet het bestrijden van depressie, maar wel het 'uittekenen' en herkennen van de depressie belangrijk in beeldende therapie. Zo beschrijft Kramer (2000) een casus over een vrouw met een depressie die een tekening maakt die dat zeer duidelijk weergeeft aan de hand van een zwarte kat en een vogel. Hier kunnen we bemerken dat deze analyse van de tekening gemaakt wordt aan de hand van een bepaalde psychotherapeutische stroming, waarover later meer. Wordt de analyse gebruikt om tot diagnose te komen of om een behandeling te bewerkstelligen? De vervaging van de grens behandeling versus diagnose verschijnt hier en leidt tot het volgende punt.

1.2.2 Diagnose versus behandeling

De grens tussen diagnose en behandeling is niet makkelijk te trekken. Het tot diagnose komen, kan immers gezien worden als behandeling. En tijdens de behandeling is er voor de therapeut een doorlopend proces van diagnose. De diagnose is dan weer belangrijk voor de

behandeling van de cliënt (Ulman, 1992). De twee meest erkende manieren om kunst te creëren met psychiatrische patiënten zijn ten eerste de expressie van de emoties en ten tweede de psychologische beoordeling, waarbij men informatie verzamelt van de psychologie van de patiënt als hulp bij de diagnose (Hacking & Foreman, 2001). Hier zien we niet dat er diagnose wordt gesteld, maar wel dat men een hulp wil bieden bij de diagnosestelling. Hacking & Foreman (2001) onderzoeken in hoeverre de psychopathologie in de kunstwerken is terug te vinden. Men stelt de volgende vragen: 'Kan een verfbeoordeling de psychopathologie eruit halen?', 'Kan een verfbeoordeling verschillende diagnostische groepen onderscheiden?' en 'Tonen verschillende beoordelingsschalen overeenkomst in effectgrootte?'. Binnen dit onderzoek zijn er aanwijzingen dat er een effect is, waarbij er verschillende diagnostische groepen kunnen worden onderscheiden, maar in vorige studies werden er veel grotere effecten gemeten. Dit doet dus twifelen aan de significantie van de diagnostiek van kunstwerken. Gabriel et al. (2001) analyseren de tekeningen van patiënten die een beenmergtransplantatie ondergaan. Deze analyse gebeurt zo objectief mogelijk door een supervisor en drie beeldend therapeuten en probeert de gevoelens en situatie van de patiënt te identificeren. We zien dat we niet kunnen spreken van een diagnose van de ziekte, maar wel van een analyse van hoe de cliënt psychisch omgaat met de ziekte. Hier kunnen we dus eerder spreken van behandeling van wat er mentaal met de cliënt gebeurt.

Kaplan (2000) spreekt niet over diagnose of behandeling, maar over de interpretatie van beeldend werk. Deze interpretatie heeft drie grote functies of doelen, die naar mijn mening een veel betere opdeling is dan de splitsing tussen diagnose en behandeling. Ten eerste zijn er de tekentesten die een deel zijn van de klinische psychologische hulpmiddelen om persoonlijkheid vast te stellen en tot diagnose te kunnen komen. Ten tweede zijn er procedures voor kunstbeoordeling die gebruikt worden om een behandelingsplan op te stellen voor de cliënt. Ten derde is er de inspanning en samenwerking van cliënt en therapeut om de persoonlijke betekenisvolle artistieke symbolen te decoderen. Interpretatie van het beeldende werk wordt hier dus als koepel gebruikt om diagnose en behandeling zowel samen te brengen als te distantiëren van elkaar.

1.3 *Vormgevingsaspecten*

De vormgevingsaspecten vormen een derde deel binnen deze literatuurstudie. Hierin wordt op zoek gegaan naar wat beeldende therapie in de praktijk is en/of kan zijn. Materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen worden besproken, net zoals het programma en de therapeutische hulpmiddelen.

1.3.1 Materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen

Er is gekozen om de thema's materiaal, opdrachten en symbolen en metaforen binnen één punt onder te brengen. Deze thema's hebben allen te maken met wat er met of binnen het medium gebeurt.

1] Materiaal

Bij de keuze van de materialen houdt Budde (2000) rekening met de groep deelnemers: waar men mee bezig is, welk materiaal hen aanspreekt en in welke fase van het proces men zit. Teken- en schildermateriaal behoren tot de basisuitrusting. Verder kunnen materialen als klei, hout, metaal, textiel of wegwerpmateriaal gebruikt worden (<http://www.hulpgids.nl/therapie/creatieve.htm>; Heywood, 2003). Wanneer er met kinderen gewerkt wordt (Eaton, 2007), zijn schilderen, kleuren, tekenen en werken met klei de meest gebruikelijke materialen. In Klijn & Scheller-Dijkers (2006) wordt binnen de beeldende systeemtherapie met collages en tekeningen gewerkt. Het materiaal moet voor de cliënten uitnodigend zijn en klaarliggen bij het begin van de sessie. Smeijsters (2003) somt potlood, houtskool, verf, klei, karton en papier op, maar ook ander materiaal is mogelijk om te gebruiken. Het is belangrijk dat het materiaal het middel kan zijn om tot uitdrukking van gevoelens te komen. Bar-Sela et al. (2007) stipt duidelijk aan dat waterverf bewust gekozen is door de therapeut, om via kleur en beweging het uiten van gevoelens op papier te vergemakkelijken. Doordat slechts via het indirecte medium het gevoel benoemd wordt, is er sprake van een veilige situatie. Op die manier kan de cliënt het gevoel toelaten (Smeijsters, 2003).

Materiaal heeft de eigenschap geen vastomlijnde betekenis te hebben, zoals taal heeft. Elk materiaal op zich is anders wat betreft elementen en structuur en appelleert voor ieder individu op een andere manier (Smeijsters, 2003).

2] Opdrachten

Budde (2000) omschrijft drie soorten opdrachten die, afhankelijk van de deelnemers, kunnen gebruikt worden binnen de therapie. Ten eerste zijn er de abstracte opdrachten die uitgaan van de techniek of het materiaal. Abstract-figuratieve opdrachten gaan ten tweede uit van de vormgeving, waarbij men bijvoorbeeld een opdracht met cirkels en driehoeken geeft. Tenslotte zijn er ook de figuratieve opdrachten waarbij een onderwerp of een voorwerp het uitgangspunt vormt.

Opdrachten kunnen volgens <http://www.beeldende-therapie.nl> gericht zijn op het (1) intrapersonlijke vlak waarbij opdrachten gericht zijn op het verbeelden en uitbeelden van zichzelf, een bepaald gevoel, situatie of gebeurtenis; (2) interpersoonlijke vlak waarbij opdrachten binnen een groep gegeven worden, gericht op het functioneren binnen de groep

en de onderlinge verhoudingen; (3) experimenteel vlak: werken aan de hand van thematiek, of vrije opdrachten gericht op vrije expressie; (4) materiaalexploratie; de opdrachten zijn gericht op het laten kennismaken met nieuwe materialen, gereedschappen en technieken; (5) observatie en (nadere) diagnostiek waarbij bovenstaande opdrachten gericht zijn op het observeren van mediumgedrag.

3] Symbolen en metaforen

Fantasie en artistieke expressie worden gezien als metaforen of symbolen van de innerlijke situatie van het individu (Körlin, Nybäck & Goldberg, 2000), die soms niet in woorden kan vertaald worden (<http://www.drawntogether.com/healing.htm>). Alzheimerpatiënten zullen zich psychisch kunnen uitdrukken via het symbolisch gebruik van beelden en metaforen (Parkinson, 2008). Marriott & White (1991) vermelden dat personen die gelimiteerd zijn in hun mogelijkheden tot verbale communicatie, zeer goed in staat kunnen zijn om symbolisch te communiceren.

Gabriel et al. (2001) analyseren de tekeningen van patiënten die een beenmergtransplantatie ondergaan, waarbij men naar het symbolisch niveau achter de tekening kijkt. Op die manier wil men tot de meest voorkomende onderwerpen komen, die uiteindelijk (1) tekeningen van positieve gevoelens, (2) tekeningen van depressieve gevoelens en (3) spiritualiteit blijken te zijn. Men concludeert dat de non-verbale metaforische modaliteit van beeldende therapie vooral voordelig is voor de cliënten die nood hebben om te leren omgaan met emotionele conflicten en met gevoelens rond leven en dood en dit binnen een veilige omgeving. Hier kunnen we tevens terugkoppelen naar de voordelen van beeldende therapie.

1.3.2 Het programma

Binnen dit punt wordt er op twee manieren gekeken naar het programma van de beeldende therapie. Enerzijds zien we dat het programma over de sessies heen een verloop kent, maar anderzijds dat één sessie op een welbepaalde wijze is opgebouwd. Daarnaast wordt het verschil duidelijk tussen individuele en groepstherapie.

1] Over de sessies heen

Binnen het onderzoek van Garland et al. (2007), waarbij men zal kijken welk programma het meest effectief is voor de psychische verbetering bij kankerpatiënten, zal de creatieve therapie bestaan uit 6 wekelijkse sessies van 2 uur. De sessies leggen achtereenvolgens de nadruk op zelfontdekking, exploratie van gevoelens en het leven met de ziekte. Dit gebeurt in groepsverband, maar iedere patiënt wordt tevens gevraagd een persoonlijk dagboek bij te houden tijdens de week. We kunnen zien dat binnen dit vooropgesteld programma thema's

worden vastgelegd die evolueren van focus op zichzelf naar het effectieve doel van de sessies namelijk het verbeteren van de coping.

Gussak (2007) en Bar-Sela et al. (2007) zullen bij aanvang van het programma in de eerste sessie een intake bewerkstelligen met een pretest, om te zien wat de psychische toestand van de gedetineerde is. De beeldend therapeut zal tijdens de volgende sessies richting geven zoals: "Voor je begint te schilderen, denk aan licht of donker en kies dan pas een kleur" (Bar-Sela et al., 2007). Heywood (2003) spreekt van een inleidende sessie waarbij de behoeftes van de patiënt worden afgetast en gekeken wordt of beeldende therapie de goede therapie is voor de patiënt.

Waar vele auteurs (Bennick et al., 2003; Henley, 1998; Howard, 1990; Puig, Min Lee, Goodwin & Sherrard, 2006) op het einde van elke sessie een verbale reflectie aan toevoegen, zullen Eaton et al. (2007) dat niet perse willen. Doorheen de sessies wordt een kunstwerk gemaakt, waarbij er pas na enkele sessies, op het tempo van het getraumatiseerd kind gevraagd wordt om het kunstwerk te beschrijven.

Eaton et al. (2007) kijken welke onderzoeken er reeds gedaan zijn rond beeldende therapie bij kinderen met een trauma en constateren dat er een tekort is aan methodologische specificiteit: de lengte van de behandelingsprogramma's variëren doorheen de verschillende studies. Meestal duurt de beeldende therapie een aantal weken of maanden, bij Marriott & White (1991) strekt de therapie zich zelfs uit over een periode van 3 jaar, maar bij 64% van de onderzochte studies is er geen informatie beschikbaar in verband met de lengte van de interventie (Eaton et al., 2007).

2] Binnen één sessie

Garland et al. (2007) gebruiken verschillende creatieve technieken, waaronder ook tekenen, waarbij elke sessie steeds verbaal wordt afgesloten met reflectie. Marriott & White (1991) werken met een vrouw die een zware mentale achterstand had. Binnen deze casestudie wordt mooi omschreven hoe een groepssessie, van één tot anderhalf uur er uit zag: (1) introductie van de groepsleden, (2) presentatie van het thema, (3) individueel werken aan een individueel kunstwerk, (4) afsluiten van de sessie met onder andere praten over het werk en (5) het opruimen. Bij Bar-Sela et al. (2007) kiest de cliënt zelf de duur van de sessie.

Gabriel et al. (2001) bekijken het effect van beeldende therapie bij patiënten die in isolatie leven in afwachting van een beenmergtransplantatie. De sessies met de beeldend therapeut duren gemiddeld één uur, maar binnen het artikel wordt niet uitgewijd naar de opbouw van één van zo'n sessie. Gussak (2007) maakt gebruik van groepstherapie, waar men met zes leden twee keer per weken samenkomt, dit voor vier weken. Men werkt er opbouwend van individuele naar groepsoopdrachten en van simpele naar complexe opdrachten.

3] Individuele en groepstherapie

De therapie kan zowel in groep als individueel, in familieverband of individueel in groep gebeuren (Richardson et al., 2007), waarbij er specifieke voordelen te onderkennen zijn. Zo zullen er, wanneer de therapie in groep gebeurt, bijkomende voordelen te zien zijn voor het individu. De groep stimuleert het individu in het maken van een kunst en zorgt voor socialisatie van het individu dat geïsoleerd leeft. Het meest significant is de positieve sociale verandering voor de individuen die aan een groepsgeoriënteerde beeldende therapie deelnamen (Lynch & Chosa, 1996). Feen-Calligan et al. (2008) zien voor vrouwen die met een alcoholverslaving kampen, groepstherapie als zeer positief: de sociale interactie werkt bemoedigend.

Wanneer men gebruik maakt van beeldende kunst binnen de gezinstherapeutische context zal dit als een combinatie van eerste gezinsgesprek en creatieve diagnostiek worden gebruikt (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). Kunst binnen gezinstherapie creëert daarbij opnieuw samenwerking en interactie, waarbij verborgen gezinservaringen kunnen worden uitgedrukt (Huss & Cwikel, 2008).

Kramer (2000) beschrijft beeldende therapieën waar men individueel in groep werkt. Iedere patiënt heeft een grote keuze uit verschillende materialen waarmee gewerkt mag worden en de vrijheid in themakeuze. De therapeut zal zich tijdens de therapie naar ieder individu afzonderlijk richten. Parkinson (2008) maakt gebruik van groepstherapieën voor Alzheimerpatiënten, waarbij de opdrachten steeds in groep worden bewerkstelligd. Binnen de creatieve therapie probeert men daarbij groepen te vormen waarbij de patiënten op een zelfde cognitief niveau staan. Dit is echter niet steeds mogelijk, waardoor men binnen de groep heel sterk rekening houdt met de individuele sterktes van de patiënten.

We stellen vast dat er weinig vastgestelde normen zijn, wanneer het gaat over de opbouw van het programma. Wanneer het binnen de wetenschappelijke artikels gaat over casestudies, dan zien we dat het programma steeds anders is opgebouwd en dat er andere accenten worden gelegd. Ook bemerken we dat er vaak geen of geen uitgebreide informatie beschikbaar is.

1.3.3 Therapeutische hulpmiddelen

Er kan een keuze gemaakt worden uit verschillende beeldend therapeutische hulpmiddelen. Er zijn psychologische tests ontwikkeld zoals bijvoorbeeld simpelere gestandaardiseerde tekenprocedures om de onderliggende structuur van de persoonlijkheid te ontdekken. Kaplan (2000) verwijst naar de Formal Elements Art Therapy Scale (FEATS) waarbij diagnostische informatie via schalen wordt achterhaald aan de hand van de test 'teken een persoon die

een appel uit een boom plukt'. FEATS focust daarbij op vier diagnostische criteria: major depressie; bipolaire stoornis, manische fase; schizofrenie; en organische mentale stoornis. Gussak (2007) maakt gebruik van FEATS, waarbij via een pre- en posttest gekeken wordt naar de therapeutische verandering van de gedetineerden, te wijten aan beeldende therapie. Vormbeoordelingen zoals de Silver Drawing Test of Cognition and Emotion (SDT) en Diagnostic Drawing Series (DDS) worden ook gebruikt. De SDT werd ontwikkeld om de kennis te testen van mensen die taalmoeilijkheden hebben. De test bestaat uit drie subtests: voorspellend tekenen, tekenen vanuit observatie en tekenen vanuit fantasie. De DDS heeft als doel om objectieve grafische profielen te ontwikkelen voor verschillende diagnostische groepen. De test bestaat uit drie opdrachten die luiden als volgt: 'Maak een vrije tekening', 'Teken een boom' en 'Maak een gevoelens-tekening'. De resultaten van het DDS-onderzoek geven een verhouding aan tussen structurele elementen van de tekening en de psychiatrische diagnose (Betts, 2006).

Ook de H(ouse)T(ree)P(erson)-test kan gebruikt worden. Deze is gemaakt om via vraagstelling het vrije associëren te stimuleren. De therapeut kan bijvoorbeeld de vraag stellen: "Denk je dat het huis stevig of wankel staat?" (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006). De vraag is of vrij tekenen niet méér informatie kan vrijgeven van de patiënt (Ulman, 1992). Bij jonge kinderen kan een vrije tekening tijdens de intake in ieder geval inzicht geven in het probleem zoals het kind het ervaart (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006).

Kaplan (2000) benadrukt dat de studies rond tekeningen als therapeutisch hulpmiddel en formele test geen eenduidige antwoorden bewerkstelligen. Men besluit echter met Groth-Marnat (1997) in Kaplan (2000) dat deze technieken niet zozeer als formele testen worden gebruikt, maar eerder als een middel om tot een verbeterd begrip van de cliënt te komen. Dit op basis van de cliënttherapeut interactie op het beeldend werk of om te helpen toegang te krijgen tot belangrijke levenservaringen. Bar-Sela et al. (2007) zal de beeldende therapie en z'n artistieke elementen bijvoorbeeld niet gebruiken als psychologisch doeleind of diagnose, maar zal de patiënt leren om op een bewustere manier zich te gedragen.

Wanneer het inderdaad gaat om de diagnose van depressie en de symptomen die er mee samenhangen, dan worden binnen de wetenschappelijke studies vaak andere indexschalen gebruikt, naast de creatief therapeutische hulpmiddelen, om tot diagnose te komen. Zo passeren de Back Anxiety Inventory, Derogatis Affects Balance Scale, Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety & Depression Scale, Brief Fatigue Scale de revue (Walsh et al., 2004; Gussak, 2007; Bar-Sela et al., 2007).

1.4 **Psychotherapeutische stromingen**

“De creatief therapeut die zich opsluit binnen een bepaald theoretisch model, denkt ten onrechte dat dit model het effect van zijn interventies kan verklaren en dat alleen de aan dit model ontleende interventies bruikbaar zijn. Dit leidt tot ontoelaatbare eenzijdigheid van interventies en van theoretisch referentiekader.”

(Smeijsters, 2003, p.79)

Het is niet de bedoeling een compleet beeld te geven van alle vormen van psychotherapie, maar wel de verschillende invalshoeken van de beeldende therapie ‘aan te raken’. Smeijsters (2003) zal, voordat hij de psychotherapeutische kaders uiteenzet, benadrukken dat deze referentiekaders door de creatief therapeut vaak worden aangepast aan de praktijk. Of dit effectief zo is, zullen we in het tweede deel van deze masterproef te weten komen.

Er zijn verschillende opdelingen te maken van deze psychotherapeutische stromingen, dus koos ik ervoor me te baseren op Rubin (2001) om de benaderingen binnen een overzicht te zien en Smeijsters (2003) om de stromingen te verduidelijken en creatieve therapie er op toe te passen. Ook Gurman & Messer (2003) worden als basis gebruikt. Daarnaast worden wetenschappelijke artikels als aanvulling en ter verduidelijking gebruikt. Het verduidelijken van de stromingen zal gebeuren aan de hand van wat voor de creatieve therapie belangrijk is en zal geen uiteenzetting van elke stroming zijn. Een uiteenzetting van elke stroming zou een studie op zich betekenen.

1] De psychodynamische benaderingen

De psychodynamische benaderingen worden door Rubin (2001) onderverdeeld in de psychoanalyse van Freud, waarin ook de egopsychologie en objectrelatietheorie worden ondergebracht, en de analytische therapie van Jung. De psychodynamische benaderingen worden door Rubin als veranderlijk omschreven: doorheen de jaren werden deze benaderingen anders ingevuld, veranderd en bekeken. De rode draad is wel steeds te herkennen: “Making the unconscious conscious” (Rubin, 2001, p.11), om tot inzicht te komen.

Smeijsters (2003) zal alle benaderingen meer opsplitsen en naast elkaar benoemen. Therapie via de **psychoanalyse** zal gedrag dat niet te verklaren is, omdat het door het onbewuste wordt gestuurd, aangezien het wanneer het bewust zou gebeuren te bedreigend zou worden, blootleggen. De interpretatie gebeurt door de therapeut en legt dit voor aan de cliënt. Lange en intensieve scholing is dan ook noodzakelijk.

Creatief-therapeutische gedragingen en scheppingen worden dus opgevat als symbolen die moeten worden geïnterpreteerd. Bar-Sela et al. (2007) zal de tekeningen zien als iets dat uit het onbewuste komt en die kunnen geanalyseerd worden als een droom.

Enkele psychoanalytische begrippen zijn voor de creatieve therapie belangrijk. Zo krijgt men te maken met *projectie*, want de cliënt kent positieve en/of negatieve eigenschappen van zichzelf toe aan het creatief-therapeutisch medium. Wanneer er binnen de creatieve therapie verzet is tegen speelse activiteiten of tegen het gebruik van bepaalde materialen die bij de cliënt bepaalde gevoelens zouden kunnen opwekken die afgewend moeten worden, spreken we van *weerstand*. Naast projectie en weerstand, is *regressie* ook een belangrijk psychoanalytisch begrip binnen de creatieve therapie. De cliënt is op een bepaalde manier bezig met het medium en keert terug naar een vroeger stadium in zijn ontwikkeling. Het is dan de bedoeling dat de cliënt samen met de creatief therapeut zijn ontwikkeling opnieuw gaat doorlopen, zodat conflicten kunnen worden overwonnen. Regressie is binnen de creatieve therapie makkelijk, aangezien men met beweging, kleuren, enz. werkt. Tenslotte mag *overdracht* ook niet vergeten worden. Via het medium kan er tussen de creatief therapeut en de cliënt een relatie worden ontwikkeld die kenmerken vertoont van een relatie die de cliënt heeft (gehad). De **Egopsychologie** gaat meer in de op de beleving van de cliënt. Het ego is gericht op de omgang met de omgeving. Genezing wordt bekomen doorheen het empathisch antwoord in de therapeutische situatie. Binnen de creatieve therapie zal men samen met de cliënt bezig zijn met het medium en met de kunst. Confrontatie en interpretatie van symbolen en onderliggende betekenissen zijn een optie. De therapeut zal onder andere significante symbolen en niet-intentionele systematische weglatingen observeren, maar het is de patiënt die alles voor zichzelf moet ontdekken (Dewdney, Dewdney & Metcalfe, 2001).

De **objectrelatie theorie** handelt over de relatie die de cliënt als kind had met de personen uit zijn omgeving en stelt zich de vraag wat er zich afspeelde in die kindfase. Het separatie-individuatieproces wordt in de verf gezet, waarbij het losraken van de moeder enerzijds bevrijdend en anderzijds bedreigend is. De creatieve therapie zal de egofuncties versterken, zodat separatie en individuatie mogelijk is. Hoe kan kunst dat dan wel bewerkstelligen? Doorheen symbolen en metaforen kan de kunstvorm relaties objectief ordenen en terugspiegelen naar de patiënt.

“Object relations theory is a method to seek out and organize an array of different impressions coming from many levels of awareness.

Together they offer opportunities for the creative use of one’s personal resources in responding to therapeutic communications.”

(Rubin, 2001, p.64)

Smeijsters omschrijft binnen deze objectrelatie theorie enkele theoretici die elk hun eigen interpretatie gaven zoals Mahler, Klein, Stern, Winnicott en Kohut.

Binnen de psychodynamische benaderingen van Rubin (2001) is er tenslotte de **analytische therapie** van Jung, die Smeijsters als een vertakking van de psychoanalyse ziet. Het creatief-therapeutische medium appelleert dan aan bepaalde thema's die bij ieder mens in het collectieve onbewuste voorkomen zoals bijvoorbeeld de strijdvaardige kant van de mens en de omhullende, verzorgende kant van de mens. Creatief therapeutisch is er een verschil wanneer we vergelijken met de psychoanalyse van Freud. Bij Jung is er ook een proces van interpretatie van het onbewuste binnen het gemaakte beeld. Hier zien we echter dat de interpretatie veel meer cliënt gericht is.

*“Successful interpretations of images can only
be made through mutual understanding and
insight between patient and therapist.”*

(Rubin, 2001, p.83)

Er zijn dus persoonlijke en archetypische determinanten die de interpretatie beïnvloeden.

Wanneer de creatieve therapie binnen een psychodynamisch kader wordt gezien, is de interpretatie van symbolen en metaforen belangrijk. We kunnen concluderen dat deze interpretatie, naargelang de stroming binnen de psychodynamische benaderingen, accentverschillen kent. Met name zal de therapeut in meer of mindere mate zélf de interpretatie bewerkstelligen en in meer of mindere mate de cliënt erbij betrekken. Men is daarbij wel van mening dat de betekenis van symbolen en metaforen een universeel karakter heeft en niet afhankelijk is van de cliënt.

2] De humanistische benaderingen

Waar het analytische idee zich vasthoudt aan psychisch determinisme, zal het humanisme geloven in onbewuste dynamiek en verandering. De humanistische benaderingen hebben allen een optimistisch denkbeeld over de menselijke natuur: mensen kunnen groeien en ontwikkelen en hebben verantwoordelijkheid over hun eigen lot. Daarbij ziet men het individu als individu binnen de maatschappij, wereld en universum.

*“Although psychodynamic approaches
still dominates art therapy, it would seem that humanistic ones
continue to increase in popularity.”*

(Rubin, 2001, p.120)

Rubin splitst de humanistische benaderingen op in de humanistische creatieve therapie, de fenomenologie, Gestalttheorie, en de person-centered theorie van Rogers met daarbinnen de person-centered expressive arts therapy.

Wanneer we spreken over de **humanistische creatieve therapie**, worden er binnen de creatieve therapie humanistische accenten gelegd, die hierboven reeds werden besproken. Zo zal beeldende therapie een explorerende reis worden van innerlijke beelden, fantasieën, dromen en archetypes. Men gaat daarbij niet uit van universeel symbolisme, maar wel van de specifieke symbolische betekenis die voor de cliënt van toepassing is (Smeijsters, 2003).

De **Fenomenologie** zal naar de subjectieve ervaring zelf streven, niet naar theorieën of vooroordelen.

“A call to turn ‘to the things themselves’ and to an investigation of the fullness of subjective experiencing of things, away from preconceived or inferred theories about them.”

(Rubin, 2001, p.121)

Wanneer we de fenomenologie binnen de beeldende therapie gaan integreren, zal men gaan kijken naar wat de cliënt in het medium tot uitdrukking bracht:

“Through the act of looking at their own art expressions, new facets of themselves become apparent to the art makers and new communication takes place between the art expression and the subjective experience of the client-turned-beholder.”

(Rubin, 2001, p.132)

De **Gestalttheorie** is in vele opzichten gelijklopend met wat in de creatieve therapie beoogd wordt. Het hier-en-nu principe is één van de gelijkenissen. Zowel de Gestalttherapie als de creatieve therapie zijn een handelings- en ervaringsgerichte therapie die in het hier-en-nu plaatsvindt. Ervaren staat centraal, niet zozeer het praten en verklaren (Gurman & Messer, 2003; Smeijsters, 2003). Dromen, voelen, denken, doen, uitdrukken en daarbij bewust zijn van de persoon die je bent en die dit allemaal doet. Dit kan met behulp van onder andere beeldend materiaal (Rhyne, 2001). Het is een non-interpretatieve therapie, waar men conflicten wil ervaren. Balans en geslotenheid zijn tevens twee belangrijke begrippen binnen de gestalttheorie. De balans moet worden teruggevonden en gebeurtenissen afgesloten (Gurman & Messer; Smeijsters). De nadruk wordt gelegd op de persoonlijke expressie in de visuele boodschap. Tenslotte beschrijft Rubin (2001) Gestalt in vier woorden die alles omvattend zijn: “Thinking with their senses” (p.147).

De **person-centered theorie** kan ook wel de client-centered of non-directieve therapie worden genoemd (Smeijsters, 2003). De cliënt en hoe deze zijn problemen ervaart staat centraal. De interpretatie van de therapeut is niet belangrijk, wel is het belangrijk dat de therapeut de cliënt en hoe deze zijn problemen aanvoelt, onvoorwaardelijk accepteert en empathie toont. De cliënt wordt gewaardeerd in zijn echtheid en authenticiteit en de therapie

wordt opgebouwd aan de hand van begrip en communicatie. Binnen de person-centered therapie wordt de vraag gesteld wat de échte Ik is en wat de ideale Ik (Gurman & Messer, 2003; Sommers-Flanagan, 2007) en wordt er naar zelf-actualisatie gestreefd (Chutroo, 2001).

Binnen de creatieve therapie kunnen de basisbegrippen van deze theorie zeer zeker ingevuld worden. *Onvoorwaardelijke acceptatie* gebeurt doordat er zeer veel mogelijkheden zijn binnen het creatief-therapeutisch medium zodat de cliënt makkelijk een wijze van expressie en vormgeving vindt die aansluit bij zijn beleving. *Empathie* wordt bewerkstelligd door het proces van de cliënt verbaal te begeleiden, door beeldende materialen aan te bieden en samen met de cliënt in het medium te werken. Tenslotte is de expressie in het creatief-therapeutisch medium een eerste stap om het lichamelijke gevoel uit te drukken, in een vorm te zetten en te symboliseren. Deze Rogeriaanse theorie is non-directief en langdurig en ondervindt concurrentie van de directieve, cognitieve en gedragsmatige theorieën.

Nathalie Rogers paste deze theorie van haar vader toe op de creatieve therapie: de **person-centered expressive arts therapy**. Het creatieve proces wordt als genezende factor gebruikt: de kunst is er om tot uitdrukking en loslating te komen. Het gebruik van fantasie en non-verbaliteit zorgt voor een alternatief voor zelfexploratie en communicatie (Rubin, 2001; Sommers-Flanagan, 2007). Nieuwe sensorische ervaringen kunnen worden opgezet met behulp van kunstmateriaal en zorgen voor nieuwe kennis en voor ontwikkeling (Chutroo, 2007).

We concluderen dat binnen de humanistische benaderingen de betekenis van de symbolen en metaforen niet universeel, maar wel afhankelijk is van cliënt tot cliënt. De cliënt en zijn creatief-therapeutisch proces staan centraal. De therapeut helpt met de vooruitgang van het proces.

3] Gedragspsychologische benaderingen

Rubin (2001) benoemt en beschrijft binnen deze benaderingen zowel het behaviorisme, het cognitief behaviorisme en de ontwikkelingstheorieën. Deze benaderingen zullen de nadruk leggen op het aanleren van nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden, waarbij je telkens kan spreken van korte termijn behandelingen.

Het **behaviorisme** kunnen we kort omschrijven als enerzijds de klassieke conditionering met Pavlov als grondlegger, waarbij men zich baseert op het emotioneel leren. Anderzijds is er de operante conditionering van Skinner gebaseerd op waarneembaar gedrag en verandering door middel van beloning. Het behaviorisme heeft binnen de creatieve therapie bij Smeijsters (2003) weinig bijval. Hij zegt dat de klassieke en operante conditionering in de creatieve

therapie een minder prominente plaats inneemt. Toch geeft hij van elke conditionering een voorbeeld hoe creatieve therapie kan worden ingeplant. Bij klassieke conditionering kan men een onprettige stimulus verbinden met een prettige creatief-therapeutische stimulus/activiteit. Bij operante conditionering kan het medium en de creatief-therapeutische activiteit als bekrachtiger dienen. In Rubin (2001) zal in tegenstelling tot Smeijsters worden gesteld dat gedragstechnieken door elke beeldend therapeut worden gebruikt, vooral bij angstige, emotioneel verstoorde en mentaal achtergestelde kinderen. De cliënt zal door middel van gedragstechnieken en het werken binnen het medium meer inzicht krijgen. Het tekenen van gedrag maakt het gedrag zichtbaar (Henley, 1998).

Daarnaast wordt **cognitief behaviorisme** genoemd. Centraal staat hier de cliënt die zijn cognitieve patronen leert begrijpen om dan over te gaan naar enkele technieken die deze patronen kunnen doorbreken. De cognitieve patronen kunnen zowel met de mentale, emotionele als fysieke gezondheid van de cliënt te maken hebben. Dit cognitief behaviorisme focust dan wel op het cognitief proces, emotionele componenten maken een integraal deel uit van dit proces, waardoor beeldende therapie, die de nadruk legt op de emotionele ervaring, binnen het cognitief behaviorisme zeker een plaats vindt.

Ontwikkelingstheorieën met theoretici als Piaget en Erikson zullen binnen de beeldende therapie vooral belangrijk zijn wanneer er met kinderen wordt gewerkt die op een nog presymbolisch niveau van ontwikkeling en expressie verkeren. Aangezien dat deze masterproef gespecificeerd is tot de doelgroep 'mensen met een depressie', wordt hier niet verder over deze theorieën uitgewijd.

We merken dat er voor de beeldende therapie toch veel minder invloeden vanuit de gedragspsychologische invalshoek komen. Deze invalshoek zal eerder als aanvulling dienen, dan als op zichzelf staand kader die op de beeldende therapie van toepassing is.

4] Systeembenaderingen

Terwijl Smeijsters (2003) groepspsychotherapie binnen een humanistisch kader zal plaatsen en binnen de gezinstherapie stromingen zal vernoemen met een psychoanalytische, leertheoretische en experimentele achtergrond, zal Rubin (2001) groeps- en familietherapie onder de systeembenaderingen plaatsen. De **groepspsychotherapie** zorgt voor drie belangrijke meerwaardes: behulpzaam en empatisch zijn naar de andere groepsleden, het kunnen experimenteren met nieuw gedrag en het corrigeren van interactiepatronen. Dit kunnen we omzetten naar de creatieve therapie. Zo kan men tijdens de mediumactiviteit en in de nabespreking empatisch reageren op medecliënten, kan men ontdekken dat andere groepsleden soortgelijke gevoelens kunnen hebben en is er het gevoel bij een groep te horen omdat de cliënten zich tegelijkertijd in het medium uitdrukken (Smeijsters, 2003).

Er zijn veel verschillende **gezinstherapieën**, denken we maar aan de contextuele stroming van Nagy en de communicatietheorie van Watzlawick (Smeijsters, 2003).

“The individual patient is being viewed from a relational perspective, in terms of the early contacts with important others in his or her life and the important roles the patient has assumed within the family.”

(Kean, Bernard & Singer, in Rubin, 2001, p.261)

Wanneer er beeldende therapie wordt gebruikt, kunnen sommige familieleden ofwel alle familieleden van de cliënt gevraagd worden om in het medium te gaan werken. De beeldende therapie binnen de familietherapie heeft als voordeel dat de non-verbale taal soms meer wordt geapprecieerd. Men legt het systeem en de dynamieken op een onbewuste wijze bloot. Wanneer men allen samen bezig is in het medium is er een connectie tussen de leden.

“The whole is greater than the sum of its parts. While each member draws from a deeply personal motivation or experience, the key to the work is the relationship in the room.”

(Rubin, 2001, p.278)

5] Integratieve benaderingen

“It is all well and good to read about different theoretical approaches to art therapy, and to be stimulated by different styles of thinking and of working. But what is the practitioner to do with this information? Is it best to select one primary orientation? Is it wiser to use whichever one seems right at any particular moment? Or is there a way to integrate more than one approach into a workable synthesis?”

(Rubin, 2001, p.287)

Rubin (2001) geeft binnen de integratieve benaderingen enkele voorbeelden hoe men de verschillende theorieën in de praktijk op een eclectische manier zal kunnen gebruiken. Men wil binnen deze benadering niet de pretentie hebben dat dit de enige integratieve benaderingen zijn. En ook Smeijsters (2003), zoals bij aanvang van het thema ‘onderliggende psychotherapeutische stromingen’ werd gezegd, is van mening dat eenzijdige interventies en therapeutische referentiekaders ten alle tijden moeten vermeden worden.

2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

In dit deel worden de probleemstelling, onderzoeksvragen en doelstellingen van het onderzoek weergegeven. Daarnaast wordt ook de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie aangeduid om tot motivatie en verantwoording van het onderzoek te komen.

2.1 Probleemstelling

Hoe beeldende therapie wordt benaderd kan worden gelinkt aan het beroepsprofiel en de mogelijke opleiding tot beeldend therapeut.

Het beroepsprofiel wijst erop dat beeldende therapie al dan niet officieel wordt erkend binnen het land. Bonin & Müller (2007) verwijzen naar een eventuele aarzeling om de creatieve therapie te standaardiseren omdat men een holistische en creatieve benadering wil behouden. Toch zijn kwaliteitscriteria, uitvoeringsdoelen en vaardigheden belangrijk voor het overleven van de creatieve therapieën. In Vlaanderen is creatieve therapie nog geen algemeen aanvaarde therapie. Het beroepsprofiel staat nog steeds ter discussie en de officiële site staat nog niet op punt (<http://www.creatievetherapie.be>).

Het beroepsprofiel hangt nauw samen met de opleidingen die worden aangeboden in een land. Men moet kijken naar de mate waarin opleiding aan bod komt. Is het enkel een officieuze cursus die kan worden gevolgd, bij wijze van spreken, of is het een degelijke opleiding tot een officieel beroep? We zien opmerkelijke verschillen tussen landen. Zo bestaat in Nederland bijvoorbeeld de mogelijkheid een vierjarige opleiding tot beeldend therapeut te volgen, terwijl in Vlaanderen er een éénjarige opleiding bestaat die kan gevolgd worden na een bachelordiploma behaald te hebben binnen de humane wetenschappen. Stoll (2005) bekijkt de internationale ontwikkeling van beeldende therapie en constateert dat de educatie van beeldende therapie en praktijkstandaards verschillen van land tot land. Deze verschillen hebben te maken met onder andere theoretische conflicten, de afwezigheid van een universele definitie, verzet van psychologen en psychiaters... . Om kwaliteit en geloofwaardigheid te verwerven zijn er voorschriften en registratie nodig, zodat niet eender wie zich 'beeldend therapeut' kan noemen. De 'European Consortium for Arts Therapies Education' (<http://ecarte.info>) zijn eerste doel is om de ontwikkelingen van creatieve therapieën op een Europees niveau te steunen en te vertegenwoordigen. Dit om scholing op een nationaal gevalideerd niveau te kunnen aanbieden en training voor beeldend therapeuten professioneel te herkend te zien.

Verder is het belangrijk te weten in welke maatschappelijk therapeutische context beeldende therapie geïmplementeerd is om het belang ervan te begrijpen. In een maatschappij waar

vooral woorden belangrijk zijn, is beeldende therapie nog te weinig bekend bij het grote publiek en binnen verschillende contexten en settings. Woorden zeggen veel, maar vaak niet alles. Gevoelens zijn vaak niet onder woorden te brengen omdat ze bijvoorbeeld te pijnlijk zijn of slechts onbewust aanwezig zijn. Beeldende therapie als een therapie waarbinnen het non-verbale centraal staat, wordt binnen deze masterproef uiteraard verder uitgewerkt.

Met betrekking tot de wetenschappelijke relevantie zien we binnen de bestaande onderzoeken rond beeldende therapie bepaalde thema's vaak terugkeren. Zo wordt het effect van beeldende therapie bij verschillende doelgroepen bestudeerd (Aldridge et al., 2005; Bennick, Gussak & Skowran, 2003; Garland et al., 2007; Gussak, 2007; Marriott & White, 1991; Parkinson, 2008; Puig et al., 2006; Saunders & Saunders, 2000; Smeijsters & Cleven, 2006) en zien we dat er vooral met casestudies en kleine steekproeven wordt gewerkt (Howard, 1990; Marriott & White, 1991; Puig et al., 2006). Ook zien we dat therapeutische hulpmiddelen vaak worden uitgewerkt (Dewdney et al., 2001; Joy & Hicks, 2004; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoha, 2000; Lev-Wiesel & HersHKovitz, 2000). Er werden enkele wetenschappelijke artikels gevonden (Eisdell, 2005; Lister, Pushkar & Connolly, 2008; Politsky, 1995) die zich toespitsen op één bepaalde psychotherapeutische stroming, maar studies met betrekking tot vormgevingsaspecten en het effect van onderliggende psychotherapeutische stromingen werden niet gevonden.

Uitgaande van de literatuurstudie en aan de hand van bovenstaande wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoording wil ik meer te weten komen over de dagdagelijkse therapeutische realiteit en welke mogelijke beïnvloeding psychotherapeutische stromingen hebben. De probleemstelling van deze masterproef luidt als volgt:

Hoe ziet de vormgeving van beeldende therapie in de begeleiding van mensen met depressieve stoornissen er uit en wat is de mogelijke beïnvloeding hierbij van de onderliggende gehanteerde psychotherapeutische stroming?

2.2 *Onderzoeksvragen en doelstellingen*

Deze algemene probleemstelling vertaalt zich in enkele nevenvragen: Welke onderliggende psychotherapeutische stromingen worden gebruikt? Hoe zien de vormgevingsaspecten van beeldende therapie eruit? Op die manier wil ik te weten komen hoe beeldende therapie er uit ziet in de dagdagelijkse praktijk en heeft het onderzoek tevens tot doel om mogelijke beïnvloeding van psychotherapeutische stromingen te onderkennen. Ook wil ik te weten komen of er en zo ja welke accentverschillen er zijn binnen de praktijk van beeldende therapie wanneer er invloed van de psychotherapeutische stromingen is.

3 Methodologie

3.1 *Kennismaking doelgroep, voorstelling en verloop van het onderzoek*

Er werd ten eerste geopteerd om via snowballsampling de beoogde doelgroep te bereiken. Bij een sneeuwbalsteekproef vraag je aan een of enkele personen of zij een of meer mensen kennen met bepaalde kenmerken die voor je onderzoek belangrijk zijn. Aan deze personen wordt op hun beurt ook weer gevraagd of zij mensen kennen (Baarda & Goede, 2006). Ik ben daarbij vertrokken bij één van de verantwoordelijken van de opleiding 'Creatieve Therapie' op de Arteveldehogeschool te Gent. Op die manier kwam ik in contact met acht beeldend therapeuten die zich in het verleden en/of heden professioneel bezighielden met mensen met een depressie. Via e-mail werden de mogelijke participanten op de hoogte gebracht van mijn onderzoek en werd de vraag gesteld of men wou meewerken aan dit onderzoek. Daarbij werd ook duidelijk vermeld wat er van de toekomstige participant zou worden verwacht: een eenmalig interview van ongeveer 45 minuten omtrent beeldende therapie en de verschillende aspecten die de probleemstelling omvatten.

Om een grotere steekproef te verkrijgen werd vervolgens een lijst van de psychiatrische ziekenhuizen en instituten van Oost- en West-Vlaanderen opgesteld. Deze lijst werd opgesteld aan de hand van de sociale kaart (www.desocialekaart.be) en bevatte alle psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen uit Oost- en West-Vlaanderen. Via deze lijst werden de organisaties (die nog niet via de sneeuwbalsteekproef werden benaderd) gecontacteerd. Dit gebeurde eerst aan de hand van een brief per post. Inhoudelijk bestond deze brief uit dezelfde informatie als de e-mails die eerder verstuurd werden via de snowballsampling, met dat verschil dat ik tevens beloofde om zeven dagen na geschreven contactname, telefonisch contact op te nemen. Door eerst een brief per post te versturen, werd er op deze manier op toegezien dat er een zo klein mogelijke non-respons was.

Na het vastleggen van een interviewdatum worden de interviewvragen die als leidraad zullen worden gebruikt, doorgemailed. Dit om de deelnemer een concreter idee te geven welke richting het gesprek uit zal gaan en hen eventuele voorbereidingstijd te geven indien dit nodig zou zijn.

3.2 Respondenten en settings

Er namen in het totaal negen beeldend therapeuten deel aan het onderzoek. Acht beeldend therapeuten werden via de snowballsampling gemotiveerd om te participeren. Er kwamen twee spontane reacties op de aanschrijving naar de in het totaal 40 psychiatrische organisaties. Deze twee spontane reacties waren niet bruikbaar voor onderzoek, aangezien het ging over het feit dat er binnen de desbetreffende organisatie geen beeldende therapie werd gegeven. Een zevental dagen na verzending van de brieven, werd iedere organisatie telefonisch gecontacteerd. Er kon echter slechts één extra beeldend therapeut worden bereikt en tot deelname gemotiveerd. Er kunnen minstens twee redenen genoemd worden van deze non-respons. Niet in alle organisatie was een beeldend therapeut tewerkgesteld en de organisatie en/of beeldend therapeut was niet bereid mee te werken aan het onderzoek wegens tijds- en/of interessegebrek. Bij kwalitatief interview is het niet de bedoeling om een zo groot mogelijke frequentie van voorkomen te bereiken, maar wel om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de verschillende gezichtspunten (Schuyten, 2006-2007). Daarbij brachten nieuwe interviews op een bepaald ogenblik geen nieuwe informatie meer aan. Het punt van saturatie (Schuyten, 2006-2007) is binnen dit kwalitatief onderzoek bereikt.

De beeldend therapeuten werkten allen in het verleden en/of heden met mensen met een depressie, dit steeds in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen. Acht beeldend therapeuten zijn tewerkgesteld binnen een psychiatrisch centrum en één beeldend therapeut binnen een zelfstandige, multidisciplinaire praktijk.

Zes participanten volgden de éénjarige aanvullende opleiding Creatieve Therapie aan de Arteveldehogeschool te Gent, waarbij er in de tijd van de genoten opleiding nog geen keuze moest worden gemaakt tot één soort creatieve therapie. De vooropleiding van deze zes beeldend therapeuten is ergotherapie. Twee participanten volgden een vierjarige opleiding Beeldende Therapie in Nederland en één participant genoot verschillende opleidingen, zowel voor als tijdens tewerkstelling in een psychiatrisch centrum. Voor de tewerkstelling behaalde de participant een diploma verpleegkunde en slaagde in een kunstopleiding. Tijdens de tewerkstelling genoot de participant een tweejarige opleiding creatieve therapie in Nederland en een vierjarige opleiding analytisch tekenen.

3.3 Dataverzameling

De dataverzameling gebeurde aan de hand van een diepte-interview. De algemene thema's die in deze interviews werden aangekaart zijn de vormgevingsaspecten van de beeldende therapie en de onderliggende psychotherapeutische stromingen. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op de gebruikte methodiek en de praktische uitwerking.

3.3.1 Doelstelling en definitie kwalitatief interview

Het kwalitatief interview is een methode om data te verzamelen betreffende gezichtspunten en perspectieven die de interviewer onbekend zijn (Schuyten, 2006-2007). De doelstelling daarbij is om begrippen te beschrijven en te begrijpen welke betekenissen mensen geven aan sociale situaties en gebeurtenissen om op die manier een beeld te krijgen van hun leefwereld (Fitzpatrick & Boulton, 1994; Boeije, 2004; Schuyten, 2006-2007). Eén van de kwalitatieve methoden voor gegevensverzameling is het individuele diepte-interview, waarvoor binnen dit onderzoek gekozen werd. Het is een semigestructureerd diepte-interview van één persoon, waarin door de interviewer via vooraf bedachte vragen of globale onderwerpen, maar met name via doorvragen bij gegeven antwoorden, gegevens worden verzameld (Fitzpatrick & Boulton, 1994). Er werd vooraf een vragenlijst opgesteld, die richting gaf aan de interviews, maar waarvan afgeweken kon worden. Op die manier was er meer zekerheid en meer uitdieping van de gegeven antwoorden. Er werd binnen de vragenlijst geopteerd voor open vragen omdat deze vragen explorerend zijn, de respondent vrij kan antwoorden op een genuanceerde wijze en het een hoge informatieve waarde in zich heeft (KUL, 2008a).

3.3.2 Uitvoering interview

Deelname van het interview werd gebaseerd op een 'informed consent', waarbij de deelnemers op basis van voldoende informatie over het onderzoek vrijwillig instemden (Luyten & Lowyck, 2004).

Bij de uitvoering van het kwalitatief interview, waarbij er binnen deze masterproef gebruik werd gemaakt van een semigestructureerde interviewmethode, is het belangrijk bepaalde aspecten niet uit het oog te verliezen. Eerst en vooral zijn de interviewwaardigheden van de interviewer van belang om tot betrouwbare en valide informatie te komen. Doorvragen, aandachtgevend gedrag en samenvatten zijn daarvan voorbeelden (Schuyten, 2006-2007). Ik was me daar tijdens ieder interview van bewust en kon de gespreksvaardigheden die binnen mijn opleiding Bachelor sociaal werk werden aangeleerd dan ook goed gebruiken.

Verder bestaat het kwalitatief interview uit drie delen: de introductie, het middengedeelte of het eigenlijke interview en de afsluiting van het gesprek (Schuyten, 2006-2007).

Bij aanvang van het interview werd er eerst een korte introductie gegeven. Het onderwerp van het thesisonderzoek kwam aan bod, net zoals een korte voorstelling van mezelf, het doel van het onderzoek, duur van het interview en de vraag of het interview mag worden opgenomen. Na deze gespreksintroductie werd er gevraagd of er nog vragen waren. Zo niet, kon het eigenlijke interview van start gaan. Interviewtechnieken zoals doorvragen, samenvatten, parafraseren, een beheerste stilte en aandachtgevend gedrag (Schuyten, 2006-2007) werden bewust toegepast.

Bij de afsluiting van het gesprek werd er bij ieder interview gezegd: “En tenslotte de laatste vraag: ‘Wat is voor u beeldende therapie?’”. Dit om enerzijds het gesprek duidelijk af te sluiten en anderzijds om de geïnterviewde het gehele interview en zijn eigen idee en mening in enkele zinnen te laten samenvatten.

Na afsluiting van het gesprek werd de geïnterviewde bedankt en verzekerd dat er een digitale versie van de masterproef haar richting uit zal komen.

3.4 Data-analyse

Binnen de data-analyse is er eerst sprake van datareductie. Het is een proces van selecteren, focussen, simplificeren, abstraheren en transformeren van de ruwe data. Het is tevens een continu proces doorheen het onderzoeksproject. Nog vóór de gegevens werkelijk worden verzameld, gebeurt er al een vorm van datareductie door het bepalen van het conceptuele kader, de onderzoeksvragen en de keuze van onderzoeksmethode (Schuyten, 2006-2007). Het kwalitatief onderzoek binnen deze masterproef zal vanuit bestaande theorieën werken. Bevindingen uit het kwalitatief onderzoek worden dan geïntegreerd in die theorieën, verkennen en bouwen verder op vroegere theoretische input (Schuyten, 2006-2007).

Na de datareductie is er binnen de data-analyse sprake van datarepresentatie, waarbij de data moeten worden voorgesteld als een georganiseerde, gecomprimeerde verzameling van informatie, zodat er verder mee kan gewerkt worden en gegronde conclusies uit kunnen getrokken worden. Er is de mogelijkheid om gegevens via software te verwerken (Schuyten, 2006-2007), maar binnen het onderzoek van deze masterproef werd geopteerd om zonder software de gegevens te verwerken. De data zijn niet in die mate uitgebreid dat software een beter overzicht en een betere structuur zou bieden. Tevens wordt er op die manier meer aandacht besteed aan de (inhoud van de) data dan aan de (structuur van de) analyse (Kelle, in Depreatere, 1995; Fielding & Lee, in Depraetere, 1998). Om op de juiste manier met de gegevens om te gaan en geen informatie verloren te laten gaan, kunnen er een aantal clusters onderscheiden worden (Schuyten, 2006-2007). In de gegevens werden belangrijke

woorden of zinnen gelokaliseerd, gesorteerd en in een overzichtelijke verzameling ondergebracht. De gegevens werden in concrete thema's ondergebracht en dit door alle antwoorden op een bepaalde vraag samen te brengen en sleutelideeën uit de verschillende antwoorden te halen. De concrete thema's werden bepaald aan de hand van de onderzoeksvragen en de literatuurstudie. Met name waar de praktijk van de beeldende therapie een meerwaarde kon bieden aan de literatuur.

Ook is het belangrijk om niet enkel data samen te vatten en te categoriseren. Er moet betekenis worden gegeven aan de data en linken worden gelegd tussen bepaalde categorieën. Tenslotte is het belangrijk om de gevonden verbanden tussen data steeds in vraag te stellen en kritisch te zijn (Schuyten, 2006-2007).

3.5 Kwaliteitscriteria

“Het streven naar objectiviteit in het onderzoek is het streven recht te doen aan het object van de studie: het object van de studie laten spreken en niet te vertekenen.” (Maso & Smaling, 1998, p.66). Wanneer er wordt gesproken over objectiviteit, dan betreft dit niet enkel de onderzoeksconclusies en handswijzen, maar ook de houding van de individuele onderzoeker. De onderzoeker mag zijn subjectiviteit niet negeren, maar moet deze positief aanwenden. De onderzoeker moet bijvoorbeeld in staat zijn zich te verplaatsen in de positie en het perspectief van een ander (Maso & Smaling, 1998). Er werd bewust omgegaan met de eigen subjectiviteit binnen de diepte-interviews.

Om een zo objectief mogelijk onderzoek te voeren moet er rekening gehouden worden met zowel betrouwbaarheid als validiteit (Marchant, 2006-2007; Nievaard in Depraetere, 2007-2008).

3.5.1 Betrouwbaarheid

“Een onderzoek is betrouwbaar als onderzoekers onder gelijke omstandigheden en onafhankelijk van elkaar bij herhaling van dataverzameling/analyse/interpretatie tot dezelfde resultaten komen.” (Nievaard in Depraetere, 2007-2008; Swanborn in Depraetere, 2007-2008, p. 36). We kunnen twee soorten betrouwbaarheid onderscheiden. Enerzijds is er de interne betrouwbaarheid die zorgt dat de gegevensverzameling, data-analyse en de conclusies binnen het onderzoek consistent zijn (KUL, 2008b). De interne betrouwbaarheid werd in dit onderzoek bevorderd aan de hand van het opnemen van het diepte-interview (met de toestemming van de beeldend therapeut) en door de participanten duidelijk uit te leggen wat het doel is van het onderzoek (KUL, 2008b). Door middel van het citeren van de respondenten binnen de resultaten van het onderzoek wordt er blijk gegeven van de bekomen gegevens. Verder werd er ook een zo goed mogelijk beeld gegeven van de

onderzoeksprocedure en werden de genomen beslissingen zo goed mogelijk verantwoord. De externe betrouwbaarheid verwijst naar de herhaalbaarheid van het gehele onderzoek. De feitelijke herhaalbaarheid van het onderzoek is echter vaak niet te realiseren, want de onderzoekssituatie is zeer veranderlijk (Maso & Smaling, 1998). Wel werd de externe betrouwbaarheid op een aantal manieren vergroot. Er werd getracht uitgebreid het onderzoek te formuleren. Het opzet, de uitvoering, methoden en technieken werden duidelijk beschreven (Maso & Smaling, 1998).

3.5.2 Validiteit

De metingen van een variabele zijn valide als ze meten wat ze moeten meten (Marchant, 2006-2007) en als er geen systematische vertekening is (Maso & Smaling, 1998). Er is dus een interpreteerbaarheid en veralgemeeniseerbaarheid van de gevonden resultaten. Deze interpreteerbaarheid en veralgemeeniseerbaarheid worden ook wel interne en externe validiteit genoemd (KUL, 2008b). Interne validiteit verwijst naar de mate waarin de resultaten van een empirisch onderzoek kunnen worden geïnterpreteerd en de mate waarin we in die interpretaties vertrouwen hebben (KUL, 2008b). De interne validiteit wordt bevorderd door middel van het omschrijven van wat er met het onderzoek en diepte-interviews bereikt wil worden. Het opnemen van de interviews en het uitschrijven ervan, maakt dit onderzoek meer valide. Door citaten te gebruiken binnen de resultaten, wordt getracht de interpretatie van de gegevens valide te onderbouwen. Het gebruik van een semi-gestructureerde interviewtechniek zorgt dat de realiteitswaarde van de gegevens stijgt (Baarda & de Goede in Depraetere, 2007-2008). Externe validiteit verwijst naar de mate waarin de resultaten van een empirisch onderzoek veralgemeenbaar zijn naar een bredere populatie (KUL, 2008b). De externe validiteit van dit onderzoek is klein, door de kleine steekproef die getrokken werd. Het onderzoek is niet representatief voor de gehele populatie. De validiteit werd wel bevorderd door bewuste stappen binnen het onderzoek te zetten en deze nauwgezet te omschrijven. Ook werd wetenschappelijke literatuur aan de resultaten toegevoegd.

4 Resultaten

4.1 *Het beeldend proces*

Binnen de literatuurstudie werd het beeldende proces besproken aan de hand van het verschil tussen het proces en product binnen de therapie en de communicatie binnen dit proces. Daarom zal ook bij de data-analyse aan de hand van deze twee onderwerpen gekeken worden hoe het beeldend proces er in de praktijk uit ziet.

4.1.1 **Proces versus product**

Ik ging na hoe men dacht rond het beeldend proces en meer specifiek welke plaats het product en het proces kregen binnen de therapie. Iedere geïnterviewde beeldend therapeut plaatst het proces op de voorgrond, maar er zijn enkele nuances te maken. Deze nuances kunnen gezien worden als persoonlijke invulling van de beeldend therapeut. Ook opleiding en de organisatie waarvoor gewerkt wordt, zorgen voor een iets andere invulling van het product tegenover het proces. Elke participant stelt dat het product belangrijk is om tot nieuwe inzichten en besef te komen. Dit gebeurt doordat het onbewuste bewust wordt.

*“Alles wat er gemaakt wordt in de therapie,
er zit altijd wel een stukje van zichzelf in.”*

Het is niet het naar de hand zetten van het materiaal en de uitkomst daarvan die belangrijk zijn. Er wordt niet verwacht dat er kunst wordt gemaakt. Er wordt bij alle participanten nadruk gelegd op het proces dat wordt gevolgd om tot het product te komen.

*“Het is belangrijk dat het in de actie gebeurt. Het denken wordt onbewust losgelaten om zo
bij het diepste van henzelf te komen.”*

Er kan een verschil gezien worden in hoe men met het proces en het product omgaat om tot bewustwording en reflectie te komen. Acht beeldend therapeuten leggen de nadruk bij de nabespreking op de ervaring en het proces van het maken van het product. Eén van deze acht participanten verwoordt duidelijk dat het product niet belangrijk is:

*“Er worden vragen gesteld als: ‘Wat heb je ervaren?’. Er wordt een creatief proces op gang
gebracht, waarbij er een psychisch proces op gang wordt gebracht op een andere manier
dan dat mensen gewoon zijn.”*

Eén participant van de negen vermeldt duidelijk dat de nabespreking via het product gebeurt. Men zal specificeren naar materiaal, tekening en achtergrondcontext en op die manier tot dieperliggende gevoelens komen.

“Er wordt steeds teruggegaan naar het werk, naar wat we zien”.

Algemeen kunnen we dus stellen dat wanneer het gaat om de nabespreking samen met de cliënt, het proces belangrijk is. Er wordt tijdens deze nabespreking al dan niet teruggekoppeld naar het gemaakte werk of de ervaring en gevoelens die het maken van het product teweegbracht.

“Tijdens het proces wil men tot de kern van de zaak komen.”

Er wordt bij vijf van de negen beeldend therapeuten ook veel belang gehecht aan het product zelf als het gaat om hypothese en aanvulling op de diagnose. Eén beeldend therapeut van deze vijf zal via creatief therapeutische hulpmiddelen een duidelijke bijdrage leveren naar het diagnosticeren toe binnen het multidisciplinaire team. Drie beeldend therapeuten zullen aan de hand van creatieve hulpmiddelen meer zicht willen krijgen op de pathologie, dit in functie van het verdere verloop van de beeldende therapie. Opmerkelijk is dat deze vier laatstgenoemde beeldend therapeuten binnen organisaties werken die samenkomen binnen een overkoepelende werkgroep rond beeldende therapie. Zij hebben zich ook allen bijgeschoold om inzicht te krijgen en te kunnen werken met deze creatief therapeutische hulpmiddelen.

Dan is er nog één beeldend therapeut van deze vijf die het product analyseert naar vorm, kleur, lijnen... . Dit wordt zonder creatief therapeutische hulpmiddelen bewerkstelligd, maar met een doorgedreven psychoanalytische denkwijze, die eigen is aan de organisatie en waarvoor intensieve opleiding werd gevolgd. Deze analyse wordt in beperkte mate aan de cliënt doorgegeven, op momenten dat de cliënt er klaar voor is en het zélf binnen de nabespreking min of meer aangeeft:

“Het product wordt geanalyseerd door de beeldend therapeut, maar bij de nabespreking is het vooral belangrijk dat het proces van de cliënt aan het woord komt.”

4.1.2 Communicatie

In welke mate zijn woorden nu belangrijk binnen de beeldende therapie? Is beeldende therapie nu een non-verbale therapie, waar niet gesproken mag worden of zal het beeld slechts een medium zijn om tot verbaliteit te komen? Binnen de praktijk van de beeldende therapie komen duidelijk uiteenlopende visies tevoorschijn die onder andere kunnen worden gelinkt aan de opleiding die werd gevolgd.

De twee beeldend therapeuten die een vierjarige opleiding in Nederland kregen, vermelden enerzijds dat beeldende therapie een ervaringsgerichte therapie is, waarbij gepraat wordt over de ervaring. De verbale communicatie is belangrijk, maar de ervaring moet op de voorgrond staan.

“Het is een aanvoelen in wat de cliënt wil, maar praten is onvermijdelijk om te komen tot ervaringen die bewust worden.”

“Er moet gepraat worden over zowel de ervaring als ook wat er dan daarna zal gebeuren.”

“Het ‘spreken over’ komt erbij en is net even belangrijk.”

Eén van de negen beeldend therapeuten ziet het medium als een tussenweg tussen non-verbaliteit en verbaliteit, wanneer mensen niet onmiddellijk een weg vinden binnen de woorden. Het is voor haar een non-verbale therapie om het verbale tot uiting te brengen.

Twee beeldend therapeut ontkennen niet dat verwoording belangrijk is, waar men na de opdracht naar streeft. Toch wordt er hier benadrukt dat het non-verbale karakter van beeldende therapie de sterkte is en typerend is voor deze methodiek.

“Binnen het non-verbale is het taboe veel minder sterk.”

Drie respondenten van de negen benadrukken het non-verbale karakter van de therapie veel sterker dan de andere respondenten:

“Het non-verbale karakter van de therapie moet non-verbaal blijven. We kiezen voor een zeer korte nabespreking omdat we van mening zijn dat niet alles in woorden kan worden omgezet.”

Tenslotte is er één beeldend therapeut die nuance wil aanbrengen en de tegenstrijdigheid wil tonen:

“Het gaat over een non-verbale therapie en als je dat verbaal zal gaan maken doe je dikwijls teniet aan het non-verbale. Anderzijds zul je door dingen verbaal te maken, de dingen op nog eens een andere manier gaan bevragen.”

Zij zal dan ook zowel verbaal als non-verbaal werken met de cliënt.

4.2 Doelgroep

Zou de beeldende therapie rekening moeten houden met bepaalde aspecten wanneer men werkt met personen met een depressie? Dit was de vraag die werd gesteld aan de negen respondenten.

Iedere respondent benadrukt steeds dat depressie slechts als overkoepelende term kan gebruikt worden. Vaak komt depressie namelijk niet alleen en is er sprake van een dubbeldiagnose:

"Depressie is een veelomvattende stoornis, die een uiting kan zijn van verschillende oorzaken zoals incest, verwaarlozing... en die op verschillende manieren geuit kan worden zoals bijvoorbeeld passiviteit, huilen, alcoholproblematiek... ."

"Vaak komen cliënten hier toe met een depressief beeld, maar eens de depressie min of meer opgeklaard is, dan wordt er gezien dat er meer aan de hand is."

Zeven van de negen respondenten vermelden expliciet dat iemand met depressie structuur moet aangeboden krijgen. De achtste respondent die gebruik maakt van de psychoanalyse binnen de beeldende therapie zegt dat de beeldende therapie niet gestuurd en gestructureerd wordt door de beeldend therapeut. Daarom is het belangrijk dat er binnen deze therapeutische setting nog meer nadruk wordt gelegd op veiligheid en erkenning. De negende respondent geeft geen specifieke aspecten aan waar rekening mee moet worden gehouden.

Bij de zeven respondenten die structuur zeer belangrijk achten, zijn er nog enkele interessante aanvullingen en opmerkingen. Deze komen van de verschillende respondenten, waarbij men elkaar duidelijk aanvult. We zien tegelijkertijd overlappingen en geen tegenstrijdigheden.

Bij depressie is naast structuur, ook het supportieve heel belangrijk: zelfs bij de kleinste actie is er bevestiging nodig. Structuur kan aangebracht worden in het materiaal, door slechts een beperkte keuze van materiaal aan te bieden of door gestructureerde opdrachten te geven. Toch waarschuwen de respondenten dat de beeldend therapeut zich niet mag verliezen in de depressie en passiviteit van de cliënt. De cliënt moet geprikkeld worden en tot activiteit aangezet worden.

Binnen een tekening van iemand met depressie kan en/of moet er ook gestructureerd worden:

"De chaos van een persoon zie je terug in een tekening. Als beeldend therapeut ga je mee helpen structureren: 'Haal er voor jezelf de drie belangrijkste dingen uit.'"

Bij vier van de respondenten wordt de term 'afstand-nabijheid' aangehaald. De beeldend therapeut moet deze grens goed bewaken, want bij mensen met depressie kan het voorkomen dat men de therapeut als vriend of vriendin zal gaan zien. De therapeut is er om de patiënt te helpen binnen een professionele hulpverleningsrelatie.

Tenslotte wordt er door drie beeldend therapeuten de nadruk gelegd op hervalpreventie, wanneer men werkt met personen met een depressie:

“Mensen met een depressie hervallen vaak en de patiënt heeft vaak angst voor dit herval. Door de patiënten daar bewust te laten mee bezig zijn, zullen we op die manier proberen het herval op een bewust manier tegen te houden. We zullen dit doen door te gaan bekrachtigen in de goeie dingen en patiënten dus bewust maken van ‘hoe gezond te reageren’.”

4.3 Vormgevingsaspecten

Net zoals binnen de literatuurstudie worden ook hier de vormgevingsaspecten opgesplitst tot het therapeutisch programma, materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen en therapeutische hulpmiddelen. Daaropvolgend werd er gekozen om dieper in te gaan op ‘diagnose versus behandeling’, dit ter aanvulling van de therapeutische hulpmiddelen.

4.3.1 Het therapeutisch programma

Binnen ‘Het therapeutisch proces’ wil ik op zoek gaan naar hoe het programma van de beeldende therapie praktisch in elkaar steekt, dit zowel over de sessies heen als binnen één sessie. Ten slotte wordt er ook gekeken naar de verhouding individuele– en groepstherapie.

1] Het programma over de sessies heen

Bij dit onderwerp mogen we slechts rekening houden met acht van de negen respondenten. Eén respondent wordt uitgesloten doordat de beeldende therapie bij haar slechts één sessie inhoudt. We kunnen bij haar dus niet spreken over een programma over verschillende sessies heen

Slechts één beeldend therapeut, die een vierjarige opleiding in Nederland volgde, heeft het duidelijk over een programma over de sessies heen. Er wordt eerst een kennismakingsgesprek gehouden over wat beeldende therapie nu juist is. Daarna volgen meerdere observatiesessies, waarbinnen er nog niet behandeld wordt. De cliënt krijgt aanbiedingen en op basis van wat er met het materiaal gebeurt, kan de observatie plaatsvinden. Na de observatiesessies volgen de behandelsessies. De duur is afhankelijk van de cliënt en wat deze wil bereiken. De afronding tenslotte houdt in dat men terugkijkt naar de weg die is afgelegd.

De andere beeldend therapeut, die ook een vierjarige opleiding heeft genoten, stelt het iets minder sterk. De reden daarvan kan zijn dat deze therapeut met mensen in groep werkt, terwijl dat bij de eerste respondent niet het geval. De eerste respondent werkt individueel.

“Er kan niet gesproken worden van een startopdracht voor diegenen die pas begonnen zijn en een behandelopdracht voor anderen. Het is wel zo dat je mensen anders observeert, andere interventies doet naargelang de periode waarin mensen zijn [...].”

De respondent die strikt psychoanalytisch werd geschoold heeft het niet over een observatiefase, maar wel over een fase van weerstand¹, waarna de cliënt z'n onbewuste zelf tegenkomt.

“Er wordt getracht om het harnas van de patiënt in deze eerste fase af te doen. De therapeut wil contact krijgen met de weerstanden, zodat er aan gewerkt kan worden. [...] Tijdens het proces wil men tot de kern van de zaak komen, aan de hand van ver-tekening.”

De andere vijf respondenten zijn zich bewust van de evolutie van de cliënt doorheen de verschillende sessies en houden rekening met de fase waar de cliënt zich op een bepaald moment bevindt. De afronding van de therapie wordt door één van de respondenten verwoord als:

“De therapie wordt afgerond wanneer de cliënt zelf aangeeft of de therapeut aanvoelt dat er geen nieuwe inzichten zullen worden bekomen.”

Door deze vijf respondenten werden geen verdere details gegeven.

2] Binnen één sessie

Iedere respondent geeft aan dat er binnen één sessie een inleiding, een opdracht binnen het medium en een nabespreking is. De begrenzing van deze fases valt in de praktijk echter vaak weg of er wordt zeer flexibel mee omgegaan. Ook kan er op de één of andere fase meer of minder nadruk worden gelegd naargelang de cliënt en/of therapeut, de opleiding die er werd gevolgd en/of de organisatie waar de therapeut tewerkgesteld is.

Vier respondenten werken binnen de sessie duidelijk via dit stramien. De sessies zijn bij deze beeldend therapeuten steeds in groep, zij het aan de hand van groepsopdrachten of via individuele opdrachten in groep. De inleiding bestaat uit een begroeting, kennismaking en er wordt een opdracht gegeven al dan niet in samenspraak met de groep. Daarna wordt er gewerkt met het aangeboden materiaal. Tenslotte volgt een nabespreking en wordt er samen afgesloten. Opmerkelijk en vanzelfsprekend is dat bij de beeldend therapeut die stelt dat het medium een weg is van nonverbaliteit naar verbaliteit, er grote nadruk wordt gelegd op de nabespreking². De nabespreking wordt door één van deze vier beeldend therapeuten als volgt beschreven:

¹ De patiënt maakt een fase van weerstand door in het begin van de therapie, wat kan gepaard gaan met niet meewerken tijdens de beeldende therapie sessies.

² Zie 4.1.3 Verbaal versus non-verbaal

“De beeldend therapeut zal blijven doorvragen tot zij het gevoel krijgt dat de cliënt met een vraag zit waar hij/zij even moet over nadenken.”

De beeldend therapeut die de cliënt individueel observeert, hypothesen stelt aan de hand van creatief therapeutische hulpmiddelen en slechts één sessie met de cliënt beeldend therapeutisch doorbrengt, bepaalt dit welbepaald stramien van inleiding, opdracht en nabespreking. Dit maakt dat er in totaal vijf respondenten de sessie gaan opdelen.

Daarnaast zijn er drie beeldend therapeuten die de volgorde binnen één sessie benoemen, maar die enorm sterk benadrukken dat dit stramien enkel theorie is en binnen de praktijk helemaal niet zo strikt kan worden nageleefd. Deze drie beeldend therapeuten werken binnen één organisatie en vertellen dat cliënten binnenkomen, het nodige materiaal nemen en beginnen werken. Er is vaak geen inleiding en nabespreking binnen de groep omdat projecten en opdrachten over verschillende sessies heen lopen en de groep veranderlijk is. Ik bemerk dat deze beeldend therapeuten deze fases wel proberen toe te passen bij iedere cliënt individueel in groep.

Tenslotte is er nog één beeldend therapeut die individueel met de cliënt werkt en die de inleiding anders invult dan de bovenstaande vijf beeldend therapeuten. Zij zal de cliënt onmiddellijk materiaal in de handen laten nemen en in plaats van een kennismaking zal er een inleidende oefening worden gegeven. Dit om...

“te ontspannen en de overgang van de dagelijkse situatie (school, werk) rustig te laten verlopen.”

3] Individuele- en groepstherapie

Zowel individuele beeldende therapie als beeldende therapie in groep en individueel in groep worden gebruikt door de respondenten.

Individuele sessies in groep worden het meest toegepast. Zeven beeldend therapeuten geven aan dat dit de werkvorm is die het meest wordt gebruikt. Van die zeven beeldend therapeuten gaf één respondent ook beeldende therapie in groep, waarbij de sociale interactie en het individu in de groep als centrale gegevens worden geobserveerd.

“Er wordt in groep gewerkt, maar als beeldend therapeut moet er aandacht worden besteed aan individuele kenmerken.”

Twee respondenten geven individuele beeldende therapie. Eén van deze beeldend therapeuten, die ook ervaring heeft met het werken in groep en individueel in groep, geeft weer waar het verschil kan zitten:

“Wanneer er in groep wordt gewerkt, heb je veel meer interactie. Individueel in groep werken is een noodzakelijk iets, omdat men geen tijd heeft om iedere cliënt apart te begeleiden. Het écht werken in groep zorgt er voor dat de meer individuele problematieken veel minder aan bod komen. Het gaat dan eerder over sociale contacten, interactie, wat denk ik over iemand anders, hoe uit ik dat [...].

Bij individuele sessies ga je veel meer specifiek naar ieders individuele problematiek gaan kijken, waarbij het voor de cliënt een veel intenser iets is.

In groep werken is voor de cliënt ook bedreigender. De cliënt zal aan de ene kant wel minder van zichzelf laten zien, is de therapie dus oppervlakkiger, maar in de interactie is het dan weer veel intensiever.”

4.3.2 Materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen

Materiaal, opdrachten, symbolen en metaforen werden binnen de vormgevingsaspecten tot één thema afgezonderd. Dit thema heeft alles te maken met wat er op welke manier binnen het medium gebeurt. Zowel het materiaal en zijn waarde wordt besproken, de opdrachten in de praktijk werden bevraagd en de invloed van symbolen en metaforen binnen de beeldende therapie wordt aangehaald.

1] Materiaal

Tijdens de verwerking van de resultaten werd duidelijk dat de materialen niet telkens even diep werden bevraagd tijdens het diepte-interview. Alle respondenten waren het er over eens dat ieder materiaal bepaalde specifieke eigenschappen heeft, die gevoelens kunnen opwekken. Deze gevoelens zijn voor iedere cliënt anders.

“Kenmerken van materialen zijn heel belangrijk. Met klei kan je bijvoorbeeld dingen opbouwen, is vettig en nat, moet je je handen gebruiken [...]. Klei blijft geen twee minuten hetzelfde. Als je er in duwt, zal het nooit meer hetzelfde zijn als voordien.”

“Materialen moeten zorgvuldig uitgekozen worden. Zo is het gebruik van aluminiumfolie bij drugsverslaafden totaal misplaatst.”

Eén respondent gaat dieper in op het gebruik van materialen en hoe de cliënt via het medium zijn gevoelens op een veilige manier tot uiting kan brengen:

“De patiënt zit in een alsof-situatie, maar roept wel werkelijke gevoelens op. Bijvoorbeeld door in klei te gaan slaan of met dikke wasco's te werken kan je kwaadheid oproepen. Het is de echte emotie, waar de persoon in z'n echte leven problemen mee heeft. Het is echter een niet-echte-situatie [...]. Doordat het een alsof-situatie is, wordt het veilig om met die gevoelens te gaan werken.”

Volgens deze respondent is het belangrijk dat de cliënt zélf zijn materiaal kiest:

“De persoon moet affiniteit hebben met het medium, zodat de gevoelens kunnen worden opgeroepen.”

Vier van de negen respondenten geven aan dat de cliënt zelf het materiaal mag kiezen. De overige vijf therapeuten zullen de keuze van het materiaal niet aan cliënten overlaten. Eén van deze vijf therapeuten vermeldt daarbij uitdrukkelijk dat materiaalkennis zeer belangrijk is, een andere therapeut benadrukt dat de materialen zorgvuldig moeten uitgekozen worden.

2] Opdrachten

“Je hoeft geen artiest te zijn, gewoon jezelf zijn is genoeg.”

Alle respondenten zijn het er over eens dat beeldende therapie en het gebruik van het medium niet als bedoeling heeft kunst te maken met een grote K. Dit wordt naar de cliënt toe ook benadrukt. Op die manier is de drempel al een stuk lager. Wanneer het specifiek over de opdrachten gaat vermelden zes beeldend therapeut van de negen uitdrukkelijk dat de opdrachten die gegeven worden ofwel eerder een richtlijn zijn ofwel in samenspraak met de cliënt(engroep) gebeuren.

“Er wordt een voorstel gedaan tot opdracht, maar die is zo ruim dat de patiënten die opdracht zelf helemaal kunnen gaan invullen.”

Zo wordt de voorbeeldopdracht gegeven om met het materiaal ecoline ‘iets te gaan doen met de voornaam’. De cliënt heeft de volledige vrijheid in het al dan niet volgen van deze richtlijn. Eén van de zes beeldend therapeut gaf een voorbeeld dat de aanzet tot opdracht heel anders kan worden ingevuld door de cliënt.

“Wanneer een opdracht als ‘Tekenen een monster’ gegeven wordt, kan de cliënt de opdracht cognitief of emotioneel benaderen. Deze benadering waaruit men vertrokken is, is uiteindelijk van veel minder belang. Er wordt gekeken naar de dingen die ónder de opdracht zitten.”

Een andere beeldend therapeut van deze zes deelt de opdrachten op. Er bestaan zowel gestructureerde, directieve opdrachten als ongestructureerde opdrachten. Een voorbeeld van een gestructureerde opdracht is dan bijvoorbeeld de ik-does:

“Maak een doos, met aan de binnenkant hoe je jezelf ziet en aan de buitenkant hoe je denkt dat anderen je zien.”

Een voorbeeld van een ongestructureerde opdracht kan zijn:

“Je hebt een wit blad voor je met een stip en een lijn. Deze stip is een zaadje, wat zou je willen dat er uit groeit?”

Opdrachten kunnen tevens onderverdeeld worden volgens ik-versterkende opdrachten en vormgevende opdrachten. De opdrachten moeten steeds gegeven worden rekening houdend met de persoon die je voor je hebt.

De overige drie respondenten gebruiken binnen de beeldende therapie ofwel therapeutische hulpmiddelen of vermelden niet uitdrukkelijk dat de opdracht slechts als richtlijn dient. Toch zullen ook zij voor de cliënt steeds benadrukken dat alles wat er in het medium gecreëerd wordt goed is.

3] Symbolen en metaforen

Er kan worden vastgesteld dat symbolen en metaforen op twee manieren kunnen worden gebruikt.

Eenzijds kunnen symbolen en metaforen analytisch worden benaderd. Twee van de negen beeldend therapeuten benoemen dit op een manier dat alles in de tekening zijn eigen betekenis heeft. Deze analytische betekenisgeving kan tot stand komen binnen creatief therapeutische hulpmiddelen (één respondent), maar dit is geen noodzaak. Deze twee respondenten hebben een diepgaande scholing (naast een opleiding tot beeldend therapeut) in de psychoanalyse, analytische betekenisgeving en/of het gebruik van therapeutische hulpmiddelen volbracht.

*“Een boom met afhangende takken wil
waarschijnlijk zeggen dat er sprake is van depressie.”*

De andere zeven respondenten beamen dat symbolen en metaforen belangrijk zijn, maar dat ze niet analytisch kunnen worden geïnterpreteerd. Symbolen en metaforen kunnen als opdracht gebruikt worden zoals bijvoorbeeld: “Zoek beelden voor je angst” en zijn tevens heel persoonlijk.

“Symbolen en metaforen zijn heel belangrijk, maar tevens heel persoonlijk. Iedere persoon zal zijn eigen betekenis aan iets koppelen. Creatieve therapie hangt aaneen van de metaforen. Dóór de metaforen wil men in de creatieve therapie tot een zekere taal komen.”

Er wordt tevens vermeld dat vooral de cliënt zélf het gemaakte beeld moet interpreteren en de beeldend therapeut enkel mee helpt zoeken met de cliënt naar de interpretatie.

“Je krijgt sowieso indrukken van een tekening. Het is niet zo belangrijk wat de therapeut er in ziet, wel wat de cliënt er zelf in ziet, bij voelt.”

“De taal van de beeldend therapeut is belangrijk. Er wordt geprobeerd tot de juistheid van het woord te komen. De therapeut zal bijvoorbeeld vragen: ‘Zo groen als welk groen?’.”

4.3.3 Therapeutische hulpmiddelen

Vier van de negen respondenten maken gebruik van therapeutische hulpmiddelen. Opmerkelijk is dat deze vier beeldend therapeuten zich binnen dezelfde organisatie en/of eenzelfde werkgroep 'creatieve therapie' bevinden. Deze interorganisatorische werkgroep komt samen om literatuur door te nemen, casussen te bespreken, als intervisie, enzovoort. Ook bijscholing rond bijvoorbeeld therapeutische hulpmiddelen wordt op elkaar afgestemd.

De therapeutische hulpmiddelen die worden genoemd zijn ten eerste het beeldend interview, waarbij aan de hand van het maken van drie tekeningen een hypothese kan worden gemaakt die gelinkt is aan de DSM-IV (SPSSx, 2000). Er wordt door de vier respondenten op gewezen dat er een *hypothese* wordt gemaakt en geen diagnose. Deze opsplitsing wordt in het punt 'Diagnose versus behandeling' verder uitgewerkt.

Als tweede worden ook pick-lijsten gebruikt. Deze lijsten bevatten doelstellingen die de cliënt binnen de therapie zouden kunnen en willen bereiken. De cliënt kan doelen aanstippen, wanneer het moeilijker is om deze gewoon onder woorden te brengen.

Ten derde is er de boomtest, waarbij men de persoonlijkheid van de cliënt dieper wil gaan bekijken. Men zal de cliënt daarbij vier opdrachten geven: het tekenen van een boom, daarna het tekenen van nog een boom, je fantasie- en wensboom op papier zetten en tenslotte een boom tekenen met je ogen dicht.

Tenslotte wordt ook de vier-elementen-test ter hand genomen. Ook dit is een persoonlijkheidstest en zal naar de behoeftes, wensen, verlangens, de ik-persoon, de vader en de moederfiguur peilen aan de hand van het tekenen van een landschap waar zowel een slang, huis, water als zon moeten in voorkomen.

Er kunnen twee vaststellingen gedaan worden. Enerzijds wordt vastgesteld dat de boomtest en de vier-elementen-test door slechts één beeldend therapeut wordt gebruikt en dit om een aanvulling te betekenen binnen de diagnosestelling. Anderzijds zien we dat, met uitzondering van de picklijsten, de therapeutische hulpmiddelen eerder als diagnose-/hypothesehulpmiddelen worden gebruikt dan als behandeling. Deze therapeutische hulpmiddelen worden daarbij bij aanvang/intake van de therapie gebruikt en niet tijdens het therapeutisch proces.

4.3.4 Diagnose versus behandeling

Is er binnen de beeldende therapie sprake van diagnose dan wel behandeling? Dit onderwerp heeft geen rechtstreeks verband met de praktische vormgevingsaspecten, maar stelt wel de plaats van de beeldende therapie binnen de praktijk in vraag. Daarom wordt dit thema binnen de vormgevingsaspecten ondergebracht.

Vier van de negen respondenten spreken enkel over behandelen en stellen in geen enkel geval een diagnose van de cliënt. Deze vier beeldend therapeuten willen een aanvulling bieden binnen het multidisciplinair team en de totale behandeling van de cliënt. Daarbij gaat men er van uit dat het beeldend medium een andere behandelingsinbreng kan geven. Eén van deze vier respondenten zegt:

“De therapeut probeert zo weinig mogelijk vanuit dossierkennis te handelen en behandelen. De therapeut geeft zichzelf de kans om te observeren, om niet onbezonnen aan een behandeling te beginnen.”

Vóór men de beeldend therapeutische behandeling aanvangt, wordt volgens deze vier respondenten niet zozeer naar een diagnose gestreefd, maar wel naar observatie van de cliënt.

Daarnaast is er één beeldend therapeut die zowel het woord ‘observatie’ als het woord ‘diagnose’ in de mond neemt:

“De taak van de beeldend therapeut binnen het multidisciplinair team is om via observatie mee te helpen ondersteunen om dan al dan niet te komen tot een diagnose en behandelingsplan. Om daarna aan het behandelingsplan mee te werken.”

De drie beeldend therapeuten die binnen hetzelfde psychiatrisch centrum werken en die creatief therapeutische hulpmiddelen gebruiken bij de aanvang van de beeldende therapie benadrukken dat men géén diagnose, maar enkel een hypothese stelt. Een diagnose wordt immers door de psychiater gemaakt.

Tenslotte is er de beeldend therapeut die aan de hand van therapeutische hulpmiddelen een beeld wil krijgen van de persoonlijkheid van de cliënt. Waar het woord ‘diagnose’ gebruikt wordt, kunnen we concluderen dat de echte diagnose ook hier wordt gesteld door de psychiater:

“Via creatieve therapie wil men een bijdrage leveren naar het diagnosticeren toe, om wat meer duidelijkheid te hebben over de mens.”
“Creatieve therapie is vooral een observatietherapie.”

Deze beeldend therapeut zal dus diagnosticeren noch behandelen. Er zal enkel observatie gebeuren, zelfs wanneer men gebruikt maakt van therapeutische hulpmiddelen, om de diagnose van de psychiater te versterken.

4.4 De psychotherapeutische relatie

Zijn er specifieke therapeutische vaardigheden die nodig zijn om als beeldend therapeut aan het werk te gaan? Moet de hulpverlener met bepaalde zaken rekening houden? Binnen dit thema wordt geprobeerd om te weten te komen of er specifieke kenmerken te onderkennen zijn binnen de psychotherapeutische relatie wanneer er sprake is van beeldende therapie.

Eenzijds kan er terug verwezen worden naar het punt 'Doelgroep', waar er uitgebreid bekeken wordt waar de beeldend therapeut moet mee rekening gaan houden wanneer men werkt met mensen met een depressie. Zo worden structuur, respect voor de cliënt, bevestiging, het bewaken van de grens afstand-nabijheid... genoemd als valkuilen en aandachtspunten wanneer men met mensen met een depressie werkt.

Anderzijds kan er de nadruk gelegd worden op de hulpverleningsrelatie:

*“Het werken gebeurt puur in de relatie met de therapeut.
Mensen waar je een heel goed contact mee hebt,
zal je waarschijnlijk veel meer uit kunnen halen.”*

Binnen deze hulpverleningsrelatie werd door één respondent enkele aandachtspunten aangehaald:

*“In de hulpverleningsrelatie is het belangrijk
om normen los te laten:
Niets hoeft, alles mag. Het mag zijn wat het is.”*

Daarmee wordt bedoeld dat de beeldend therapeut geen verwachtingen naar de cliënt zal hebben. Er moet ook geen kunst met een grote K worden geproduceerd.

Door twee andere respondenten werd de rol van de beeldend therapeut omschreven:

“Binnen het multidisciplinair team heeft de beeldend therapeut twee rollen: De therapeut en diegene die als tussenpersoon tussen patiënt en team functioneert.”

“De therapeut speelt een rol in wijze van aanbod en aanpak, bijvoorbeeld het al dan niet confronteren. Elke therapeut heeft een andere aanpak, vanuit een binnen de organisatie zelfde basisuitgangspunt.”

Tenslotte worden er voor de beeldend therapeut enerzijds enkele algemene therapeutische vaardigheden genoemd die binnen elke vorm van therapie aanwezig moeten zijn: empathie, congruentie en alertheid. Anderzijds wordt door iedere respondent beaamd dat materiaalkennis een pure noodzaak is.

*“Een goeie beeldend therapeut heeft veel
ervaring nodig, maar je hoeft geen kunstenaar te zijn.”*

We kunnen concluderen dat de therapeutische vaardigheden veel ruimer te oriënteren zijn dan binnen de beeldende therapie. Buiten enkele citaten werd niet veel bruikbare informatie gevonden, wanneer het specifiek gaat over de beeldende therapie. Dit heeft als reden dat therapeutische vaardigheden overkoepelend zijn. Het zou ons te ver geleid hebben binnen het diepte-interview om ons verder te verdiepen in dit onderwerp.

Aandachtspunten en valkuilen voor de therapeut wanneer er wordt gewerkt met mensen met een depressie werden reeds genoemd binnen het punt 'Doelgroep'.

4.5 Doelstellingen

Binnen het diepte-interview werd de vraag gesteld of de respondenten binnen de beeldende therapie specifieke (behandel)doelstellingen voor ogen hebben.

Vijf van de negen beeldend therapeuten zeggen dat de behandeldoelstellingen afhankelijk zijn van en in onderling overleg gebeuren met de cliënt. Deze doelstellingen zijn dan al dan niet de enige doelstellingen die binnen de behandeling voor ogen gehouden worden. Zo zegt één van deze vijf:

*“Het weer gezond en levend maken van de patiënt,
zodat die weer zijn dagtaak kan opnemen.”*

Door drie van de vijf werden deze doelstellingen nog toegevoegd:

*“Het creëren van creatieve therapie,
waarbij de hulpverlening inspeelt op het verlangen van de patiënt.”*

*“Er zijn ook teamdoelstellingen, zoals het zicht krijgen op de eigen mogelijkheden,
zelfinitiatief, leren omgaan met verlies... .”*

Naast deze vijf respondenten is er één beeldend therapeut die niet ingaat op specifieke doelstellingen binnen de beeldend therapie, maar die stelt dat de doelstellingen hetzelfde zijn als binnen andere therapieën.

De overige drie therapeuten vermelden vooral dat inzicht doorheen het creatieve proces een doelstelling is:

“Mensen tot zekere reflectie, inzichten laten komen.”

“Een creatief en dus een psychisch proces op gang brengen.”

*“Een veilig kader creëren waar mensen kunnen experimenteren en exploreren met datgene
dat ze nog niet kennen.”*

“Vanuit beelden op zoek gaan naar woorden: ‘Welke weerspiegeling van mezelf geeft creativiteit?’.”

De doelstellingen zien we met andere woorden twee tendensen. Enerzijds is er een groep therapeuten die vooral de inbreng van de cliënt zullen gaan benoemen en anderzijds is er een groep respondenten die het heeft over het brengen van nieuwe inzichten.

4.6 Psychotherapeutische stromingen

Er zijn heel wat psychotherapeutische stromingen die binnen de theorie van de beeldende therapie beschreven worden. Maar in welke mate worden deze stromingen bewust gebruikt in de praktijk? En welke stromingen komen het meeste voor? Het diepte-interview kan meer inzicht geven hoe er in de praktijk met deze onderliggende psychotherapeutische stromingen wordt omgegaan.

Beginnend met de twee beeldend therapeuten die hun diploma haalden in Nederland, zien we duidelijke verschillen in vergelijking met de andere therapeuten. Deze twee therapeuten verwijzen naar Smeijsters (2003) en de creatief therapie theorieën die hij aanhaalt. De creatieve proces theorie, het analoge kunstmodel, de analytische richting en de analoge proces theorie worden als uitgangspunt gebruikt:

“Al die theorieën lopen door elkaar. Als goeie therapeut gebruik je alle theorieën, want ze horen allemaal bij de creatieve therapie.”

Deze twee therapeuten zullen dus eclecticisch gaan werken, waarbij niet de psychotherapeutische stromingen worden nagestreefd, maar wel de creatief therapie theorieën.

Daarnaast is er één respondent waarbij, zoals eerder al enkele keren werd vermeld, de beeldende therapie puur op de psychoanalyse stoelt. Dit omdat de organisatie vanuit deze visie werkt. Centraal daarbij is dat de therapie start vanuit de cliënt:

*“De cliënt stuurt zélf het gehele proces,
om tot meer draagkracht en zelfstandigheid in de toekomst te komen.”*

Analytisch tekenen is hierbij een hulpmiddel, maar men kijkt ook op andere manieren naar de cliënt en het werk kijken:

“Het werk op zich kan bekeken worden, maar ook de omgang met het materiaal, hoe hij/zij tijdens de opdracht in de groep functioneerde... .”

Tenslotte zien we dat de overige zes respondenten allen binnen de Arteveldehogeschool een éénjarige opleiding tot beeldend therapeut kregen. Zij zijn dus allen psychoanalytisch geschoold. We zien echter dat slechts één van de zes therapeuten zeer psychoanalytisch zal gaan werken, waarbij zij de creatief therapeutisch hulpmiddelen zal gebruiken om tot een

hypothese te komen. Bij de andere vijf therapeuten is een eclecticische aanpak duidelijk aanwezig:

“De beeldend therapeut zal aanpakgericht werken binnen een eclecticische benadering waarbij psychoanalyse, gedragstherapie... gebruikt wordt.”

De psychoanalyse vormt echter de basis. Deze basis uit zich in het feit dat de therapeuten het verlangen van de cliënt zullen volgen en de mens achter de ziekte zal zien:

*“De psychoanalyse is de theorie die het minst in hokjes verdeeld.
Het kijkt het meest naar wie er voor je zit.”*

Niet enkel de opleiding, maar ook de visie van de organisatie waar men werkt zal een belangrijke invloed hebben op de gegeven therapie.

“Niet elke therapeut is binnen de organisatie psychoanalytisch bezig, maar men heeft wél een aantal handvaten.”

Wanneer er over een psychoanalytische benadering wordt gesproken en er mee gewerkt wordt, gaat dit vooral over de manier waarop men naar de cliënt kijkt. Binnen deze benadering zal men er namelijk voor zorgen dat de cliënt binnen de therapie het voortouw neemt. De cliënt z'n behoeften, wensen en verlangens zijn belangrijk. De therapeut zal niet vanuit eigen normen en waarden de cliënt gaan omvormen tot een ander mens.

5 Discussie

Ik geef de belangrijkste conclusies van mijn onderzoek weer. De praktijk van beeldende therapie wordt daarnaast vergeleken met wat er gevonden werd in de bestaande literatuur. Op die manier wordt getracht een antwoord te bieden op de probleemstelling en de daaruit voortkomende onderzoeksvragen. Tevens worden aanbevelingen gedaan naar welk verder onderzoek interessant en noodzakelijk is.

5.1 Vormgevingsaspecten

5.1.1 Het beeldend proces

Binnen het beeldend proces werden het proces en het product tegenover elkaar gezet. Opvallend is dat alle respondenten het proces op de voorgrond plaatsten. Het product is belangrijk om doelstellingen als 'Inzicht krijgen en tot besef komen' te behalen en om het proces en de onderliggende betekenis van het product te bespreken. Verder wordt het product ook gebruikt als hypothese en aanvulling op de diagnose.

Binnen het beeldend proces is de communicatie één van de typerende vormgevingsaspecten. Over de wijze van communiceren zijn er verschillende interessante nuances te bemerken: van 'het non-verbale karakter zoveel mogelijk benadrukken' over 'via het non-verbale iets verbaal tot uiting proberen brengen' tot tenslotte 'beeldende therapie niet als non-verbale therapie, maar wel als een ervaringsgerichte therapie zien'. Telkens speelt het werken in het medium en het non-verbale karakter van de beeldende therapie de grootste rol, met een in een meer of mindere mate verbaliseren van de therapie. Het evenwicht tussen non-verbale en verbale communicatie wordt binnen de wetenschappelijke literatuur niet expliciet vermeld. Het non-verbale karakter van de therapie wordt wel steeds benadrukt wanneer men in de literatuur de doelgroep vermeldt en waarom de beeldende therapie precies nuttig is (Klijn & Scheller-Dijkers, 2006; Richardson et al, 2007; Sommers-Flanagan, 2007). Zo zal zich uitdrukken met kunst voordelig zijn voor diegene die zich niet met woorden kan en wil uitdrukken (Bennick et al., 2003). Deze communicatie op het non-verbale niveau is een belangrijke eigenschap van beeldende therapie.

De nadruk wordt effectief gelegd op het beeldend proces en niet op het product (Green & Reinhard, 1995; Kramer, 2000; Linch & Chosa, 1996; Smeijsters, 2003). Het product is belangrijk als boodschap, om betekenis te verlenen (Robbins, 1994).

Wanneer het gaat om het beeldend proces zijn de stemmen van literatuur en praktijk gelijklopend. De beeldende therapie zijn meerwaarde om via het beeldend proces inzicht te

krijgen (Henderson & Gladding, 1998; Marriott & White, 1991) komt binnen de praktijk volledig tot zijn recht. Via het beeldend proces wil men inzicht krijgen en dat komt ook tot uiting in de diepte-interviews die de praktijk van beeldende therapie bevragen.

5.1.2 Het therapeutisch programma

Wanneer we spreken over het programma over de sessies heen, heeft slechts één respondent een duidelijk programma met een observatiefase en een behandelingsfase. Alle andere respondenten zeggen wel rekening te houden met de cliënt en de fase waarin deze zit, maar spreken niet over specifieke begrensde fases. Binnen één sessie is er meer structuur en fasering te onderkennen. Alle respondenten geven aan dat er in meer of mindere mate gewerkt wordt met een inleiding, opdracht en een nabespreking, al dan niet in groep. Er zijn zeer veel casestudies van beeldende therapieën gevonden (Albertini, 2000; Broom, 2000; Hanes, 2000; Puig et al., 2006; Swan-Foster, Foster & Dorsey, 2003), waar men al dan niet uitgebreid omschrijft hoe het programma in elkaar zit. Fases binnen één sessie worden zeer zeker benoemd, zoals dat ook door de respondenten in het onderzoek wordt gedaan. Over de sessies heen zien we veel casestudies die een rode draad van observatie en behandeling hebben, maar een vaststaand patroon doorheen de verschillende casussen lijkt ook hier niet te bestaan. De vraag moet worden gesteld of er in de beeldende therapie qua vormgeving van het programma vastgestelde normen zijn. Beeldende therapie is zich nog aan het ontwikkelen en groeipijnen zijn niet te vermijden. Er zijn filosofische verschillen en de professionele identiteit staat nog niet op punt. Er is geen universele definitie en educatie en praktijkstandaards verschillen tussen landen (Stoll, 2005).

5.1.3 Materialen, opdrachten, symbolen en metaforen

Het werd door iedere respondent beaamd dat materialen specifieke kenmerken hebben, die verschillende gevoelens kunnen opwekken afhankelijk van de cliënt die er mee werkt. Binnen de sessies kiest ofwel de cliënt zelf het materiaal ofwel de therapeut.

Vooraf het onderwerp 'symbolen en metaforen' leverde interessante informatie op binnen het onderzoek. We zien dat er twee 'kampen' zijn. Enerzijds is er een minderheid die het product analytisch zal benaderen. Daarmee bedoelt men dat men de symbolen die binnen het product te zien zijn, zal interpreteren volgens universele normen. Deze betekenisgeving gebeurt uiteraard door de therapeut. Anderzijds zal de meerderheid symbolen en metaforen ook heel belangrijk vinden, maar deze symbolen en metaforen hebben geen universele betekenis. Symbolen en metaforen zijn dus persoonlijk te interpreteren en afhankelijk van cliënt tot cliënt. We vinden enerzijds invloeden terug van de humanistisch creatieve therapie: beeldende therapie wordt als een explorerende reis gezien van innerlijke beelden, fantasieën, dromen en archetypes (Rubin, 2001). Fantasie en artistieke expressie worden als

metaforen en symbolen gezien van de innerlijke situatie (Körlin, Nybäck & Goldberg, 2000). Anderzijds is er de invloed van de psychoanalyse, waar er voor symbolen universele betekenissen zijn, die door de therapeut geïnterpreteerd worden (Rubin, 2001). We bemerken dus een splitsing wanneer het gaat om symbolen en metaforen. Deze splitsing is zowel binnen de theorie en literatuur als binnen de praktijk op te merken.

Wanneer het gaat om symbolen en metaforen, zijn er binnen de beeldende therapie en zijn vormgevingsaspecten op dit vlak zeer zeker invloeden te onderkennen van onderliggende psychotherapeutische stromingen. De onderliggende psychotherapeutische benadering bepaalt hier dus de manier van werken.

5.1.4 Therapeutische hulpmiddelen

Er zijn veel therapeutische hulpmiddelen, maar wat opvallend is, is dat deze technieken niet zozeer als formele testen worden gebruikt, maar wel als middel om tot een verbeterd begrip van de cliënten te komen (Groth-Marnat, 1997). Binnen de praktijk worden de testen gebruikt als hypothese om meer informatie te krijgen van de cliënt. Dit om de beeldende therapie af te stemmen op de cliënt. Er zijn geen eenduidige antwoorden rond tekentesten als formele testen (Kaplan, 2000), maar we zien dat in de praktijk de testen niet als formele testen en diagnosestelling worden gebruikt. Om tot validiteit en betrouwbaarheid te komen is er meer onderzoek en bewijs nodig en zijn meer eensluidende antwoorden noodzakelijk (Betts, 2006).

5.1.5 Diagnose versus behandeling

Van 'Therapeutische hulpmiddelen' is er slechts een kleine stap naar het tegenover elkaar plaatsen van diagnose en behandeling.

Binnen de literatuur is er niet de pretentie om diagnose te stellen, wel zal beeldende therapie hulp willen bieden bij de diagnosestelling (Hacking & Foreman, 2001). De belangrijkste conclusie die doorheen de interviews kan getrokken worden, is dat beeldende therapie niet de pretentie heeft om te diagnosticeren. Wanneer men met therapeutische hulpmiddelen werkt, is het om de cliënt beter te begrijpen en/of te observeren. Beeldende therapie wil in de eerste plaats behandelen doorheen ervaringen die binnen het medium plaatsvinden. Zoals binnen '5.1.4 Therapeutische hulpmiddelen' reeds werd gezegd, zijn er ook geen eensluidende antwoorden betreffende formele tests en z'n diagnosestelling (Hacking & Foreman, 2001; Kaplan, 2000).

5.1.6 Psychotherapeutische relatie

We zien twee zaken waar rekening mee wordt gehouden door de therapeut binnen de hulpverleningsrelatie. Enerzijds wordt er rekening gehouden met de doelgroep. Daarbij wordt vooral structuur en afstandnabijheid als belangrijk geacht bij mensen met een depressie. Anderzijds zien we algemene therapeutische vaardigheden die ook binnen verbale psychotherapieën belangrijk zijn, zoals onder andere respect voor de cliënt, empathie, bevestiging, congruentie en alertheid.

We zien geen algemene tendens in de praktijk tussen de hulpverleningsrelatie en de onderliggende psychotherapeutische stromingen.

Binnen de literatuur zal de beeldende therapeut omschreven worden als iemand die het beeldende proces vergemakkelijkt aan de hand van het aanreiken van beeldend materiaal en het steunen en aanmoedigen van de cliënt (Eaten, Doherty & Widrick, 2007; Heywood, 2003). Drie basiswerkwijzen zijn structurerend werken, ontdekkend werken en acceptatie en verwerking (www.beeldende-therapie.nl).

Als we kijken naar de psychotherapeutische stromingen zal de psychotherapeutische relatie er iets anders uitzien, naargelang de stroming die wordt gekozen. Zo zal binnen de psychoanalyse de cliënt zijn onbewuste laten spreken. De therapeut is diegene die weet wat er omgaat in de cliënt. Terwijl we bijvoorbeeld bij Rogers en zijn person-centered theorie gaan zien dat de cliënt de alleswetende is en de therapeut enkel helpt bij het zoeken aan de hand van onder andere empathie en onvoorwaardelijke acceptatie (Rubin, 2001; Smeijsters, 2003). Deze radicale opsplitsing zien we binnen de praktijk niet. Dit kan als reden hebben dat de beeldend therapeut niet zozeer vanuit een bepaalde benadering in de therapie zal staan, maar rekening zal houden met de cliënt(engroep). De psychotherapeutische stromingen worden dus niet blindelings toegepast, maar binnen de praktijk en de context gebruikt.

5.2 De doelgroep

We kunnen zien dat de vormgevingsaspecten in de praktijk ongeveer dezelfde blijven wanneer men met mensen met een depressie zal werken, als wanneer men met eender welke andere doelgroep werkt. Ten eerste wordt opgemerkt door de respondenten dat depressie op zich slechts als overkoepelende term kan worden gebruikt. Niet zozeer de beeldende therapie en de vormgeving wordt aangepast, wel zal de therapeut in relatie met de cliënt rekening houden met de gestelde diagnose van de cliënt. Dit werd ook reeds aangehaald binnen 'De psychotherapeutische relatie'.

Verder zien we wel dat de meerderheid van de respondenten structuur zal aanbieden bij mensen met een depressie. Dit kan aan de hand van een beperkte keuze aan materiaal en/of door het geven van gestructureerde opdrachten. We zien binnen de literatuur geen algemene tendens naar studies rond 'beeldende therapie en depressie'. Eerder wordt de nadruk gelegd op het effect van beeldende therapie (Bar-Sela et al, 2007; Körlin, Nybäck & Goldberg, 2000). Er werd geen literatuur gevonden rond specifieke vormgevingsaspecten bij mensen met een depressie. De vormgevingsaspecten van beeldende therapie houden dus binnen de praktijk weinig rekening met de doelgroep. Dit kan als reden hebben dat men veelal werkt met een cliëntengroep waar verschillende diagnoses te vinden zijn of omdat het waarschijnlijk niet in die mate noodzakelijk is om alle vormgevingsaspecten aan de doelgroep aan te passen.

5.3 *Onderliggende psychotherapeutische stromingen*

De praktijk leert ons dat de beeldend therapeuten die een vierjarige opleiding achter de rug hebben, bewust eclectisch gaan werken en de therapie zeker niet wil staven op één bepaalde specifieke stroming.

Daarnaast is er een grote groep beeldend therapeuten die allen een Artevelde-opleiding kregen. Arteveldehogeschool zal vanuit een psychoanalytische benadering gaan werken en dat zullen de respondenten dan ook in het interview vermelden. Toch is het opmerkelijk dat men, ook al vermeldt men dat men psychoanalytisch werkt, verschillende benaderingen ziet terugkomen binnen hun therapie. Zo zal men met de ervaring binnen het medium werken en dat is dan weer een humanistische benadering, net zoals de meerderheid symbolen en metaforen geen universele betekenis toemeet.

Verder zien we dat wanneer binnen de praktijk, zowel organisatie als beeldend therapeut, een psychoanalytische visie gebruikt wordt en daar doorgedreven bijscholing en opleiding voor voorzien wordt, de psychoanalyse inderdaad veel sterker naar voor komt.

De beeldende therapie legt naargelang de verschillende psychotherapeutische invalshoeken andere accenten, maar binnen de praktijk van de beeldende therapie zal vooral de praktijk en de context zijn accenten verleggen. Een integratieve benadering is nodig (Rubin, 2001; Smeijsters, 2003).

5.4 *Aanbevelingen voor verder onderzoek*

Omdat de communicatie toch sterk op het non-verbale niveau afspeelt, maar binnen de literatuur er geen specifieke aandacht aan wordt besteed en binnen de praktijk accentverschillen bestaan, zou het interessant zijn om verder onderzoek te doen naar

beeldende therapie, het beeldend proces en de non-verbale en verbale doorwerking ervan. Op die manier wordt één van de vormgevingsaspecten van beeldende therapie verder uitgewerkt en geformaliseerd. Er zijn tevens heel zeker invloeden te onderkennen van de verschillende psychotherapeutische stromingen en dat zien we vooral terugkomen in hoe de therapeut het kunstwerk van de cliënt zal benaderen. Ook zien we invloed van de psychotherapeutische stromingen wanneer de hulpverleningsrelatie in theorie wordt beschreven. In de praktijk wordt echter eerst naar de context, cliënt... gekeken.

Verder onderzoek rond de creatief therapeutische hulpmiddelen is zeker nodig, zodat testen op een formele en eensluidende wijze antwoord bieden op diagnostische vragen.

De vormgevingsaspecten van beeldende therapie werden doorheen deze masterproef zowel binnen de literatuur als binnen de praktijk afgetast, bekeken en omschreven. We kunnen concluderen dat er enerzijds wel een algemeen kader is van vormgevingsaspecten voor beeldende therapie, maar anderzijds ook zeer veel verschillen zijn. Dit doordat zowel therapeut, opleiding, organisatie, doelgroep en visie verschillen van elkaar. Zo zien we dat er binnen de literatuur geen onderzoek gevonden is naar vormgevingsaspecten bij mensen met een depressie. Er is bijkomende studie nodig om vormgevingsaspecten binnen de verschillende contexten verder te onderzoeken. Diepgaander onderzoek is tevens noodzakelijk rond de vormgevingsaspecten van beeldende therapie en de keuze van de psychotherapeutische stromingen. Tevens zou het interessant zijn om het opleidingsaanbod van beeldende therapie naast elkaar te gaan leggen, sterktes en zwaktes te vergelijken en om op die manier van elkaar te leren. Op deze manier kan er op een bewuste manier omgegaan worden met de opleiding en de invloed van de opleiding op de praktijk van de beeldende therapie.

Tenslotte is erkenning en algemene definiëring van beeldende therapie nodig. Op die manier kijkt iedereen dezelfde richting uit. We kunnen de vraag stellen hoe de praktijk tegenover erkenning en definiëring staat. Stoll (2005) en Metzl (2008) zien niet veel medewerking van beeldende therapeuten die in het werkveld staan en in dit onderzoek werden er niet veel beeldend therapeuten bereid gevonden mee te werken. Verder onderzoek zou moeten in kaart brengen wat de nood tot en de visie op erkenning is en tevens het nut van vaststaande normen, programma's... .

5.5 Beperkingen van het onderzoek

Bij de sneeuwbalsteekproef schuilt het gevaar erin dat men op deze manier steeds mensen met dezelfde visie en opleiding tegenkomt. Mijn ervaring leert echter dat iedere deelnemer vanuit zijn eigen en organisatorische invalshoek weer net een iets andere visie heeft.

Het voordeel bij dit onderzoek was dat de beeldend therapeut die via de snowballsampling werden aangesproken veel gemotiveerder waren tot deelname. Ook werden de beeldend therapeuten veel persoonlijker aangesproken (via persoonlijke e-mail in plaats van een brief naar de organisatie), waardoor de vraag tot deelname aan het onderzoek onmiddellijk bij de gewenste persoon terecht kwam. Het beperkt aantal respondenten is een beperking van het onderzoek, al kwamen na negen interviews vaak dezelfde antwoorden terug (Schuyten, 2006-2007). Het kwalitatief onderzoek kan als een beperking gezien worden omdat controle van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van metingen meestal niet mogelijk is (Fitzpatrick & Boulton, 1994).

Tenslotte mogen de interviewvaardigheden van de interviewer niet onderschat worden, wanneer men op een betrouwbare en valide manier informatie wil verzamelen (Schuyten, 2006-2007). Er werd op een nauwkeurige manier interviews afgelegd, waarin er gelet werd op het steeds stellen van open vragen en zo veel mogelijk informatie te verkrijgen doorheen het verhaal van de geïnterviewde. Het brede thema echter voor deze masterproef, zorgt ervoor dat volgend kwalitatief onderzoek zich nog meer toespitsen op het uitdiepen van de verschillende thema's.

Besluit

Doorheen het verwerken van de literatuur en de diepte-interviews is mijn fascinatie, geloof en interesse voor de ervaringstherapieën nog sterker geworden. Woorden alleen maken het uitdrukken van gevoelens en emoties heel beperkt. Beeldende therapie en andere creatieve therapieën zouden een bredere ingang moeten vinden in de verschillende sociale sectoren en deze therapieën zouden naar een grotere erkenning en bekendheid moeten evolueren in Vlaanderen en daarbuiten.

Bibliografie

- Aldridge, D., Schmid, W., Kaeder, M., Schmidt, C., & Ostermann, T. (2005). Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 13, 25-33.
- American Art Therapy Association: Welcome to the American Art Therapy Association. (n.d.). Retrieved 22 oktober, 2008, from <http://www.arttherapy.org>.
- Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N., & Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-oncology*, 16, 980-984.
- Beeldende therapie. (n.d.). Verkregen op 20 november, 2008, van <http://www.beeldende-therapie.nl/>.
- Bennick, J., Gussak, E.D., & Skowran, M. (2003). The role of the art therapist in a Juneville Justice setting. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 163-173.
- Betts, D.J. (2006). Art therapy assessments and rating instruments: Do they measure up? *The Arts in Psychotherapy*, 33, 422-434.
- Bodner, E., Iancu, I., Gilboa, A., Sarel, A., Mazor, A., & Amir, D. (2007). Finding words for emotions: The reactions of patients with major depressive disorder towards various musical excerpts. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 142-150.
- Boeije, H. (2004). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Bonin, D. von., Müller, M. (2007). Competencies in arts therapies: A rating of importance, training and performance by practitioners and referring professionals in Switzerland. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 11-21.
- British Association of Art Therapists. (n.d.). Verkregen op 22 oktober, 2008, van <http://www.baat.org/index.html>.

Chutroo, B. (2007). The drive to be whole: A developmental model inspired by Paul Schilder and Lauretta Bender in support of holistic treatment strategies. *The Arts in Psychotherapies*, 34, 409-419.

Creatieve therapie: muziektherapie, beeldende therapie, etc. (n.d.). Verkregen op 16 oktober, 2008, van <http://www.therapiehulp.nl/therapie/psychotherapie/creatieve-therapie/>.

Depraetere, A. (2007-2008). *Belevingsonderzoek bij niet-begeleide minderjarige vluchtelingen. Wat betekent het voor een jongere om een NBMV te zijn? Kijken door de lens van niet-begeleide minderjarige vluchtelingen*. Onuitgegeven scriptie. Gent: Universiteit Gent.

Dewdney, S, Dewdney, I.M., & Metcalfe, E.V. (2001). The art-oriented interview as a tool in psychotherapy. *American Journal of Art Therapy*, 40.

Drawn Together: Healing Grief Through Art: Art Therapy Bereavement Group Workshops. (n.d.). Verkregen op 13 november, 2008, van <http://www.drawntogether.com/healing.htm>.

Eaton, L.G., Doherty, K.L., & Widrick, R.M. (2007). A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 256-262.

Eisdell, N. (2005). A Conversational Model of art therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 1-19.

Erkkilä, J., Gold, C., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M., & Vanhala, M. (2008). The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 8, 50.

Federatie Vaktherapeutische Beroepen – beeldende therapie. (n.d.). Verkregen op 16 oktober, 2008, van http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie/beeldende_therapie.

- Feen-Calligan, H., Washington, O.G.M., & Moxley, D.P. (2008). Use of artwork as a visual processing modality in group treatment of chemically dependent minority women. *The Arts of Psychotherapy*, 35, 287-295.
- Fitzpatrick, R. & Boulton, M. (1994). Qualitative methods for assessing health care. *Quality in Health Care*, 3, 107-113. Verkregen op 18 november 2008 van <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/2066/20965/1/20965...PDF>.
- Gabriel, B., Bromberg, E., Vandenbovenkamp, J., Walka, P., Kornblith, A.B., & Luzzatto, P. (2001). Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psycho-oncology*, 10, 114-123.
- Garland, S.N., Carlson, L.E., Cook, S., Landsdell, L., & Speca, M. (2007). A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Support Care Cancer*, 15, 949-961.
- Green, M.Y., & Reinhard, R. (1995). When art imitates life: a look at art and drama therapy. *Public Welfare*, 53, 34-43.
- Gurman, A.S., & Messer, S.B. (Eds.). (2003). *Essential Psychotherapies. Theory and Practice* (2nd ed.). New York, London: The Guilford Press.
- Gussak, D. (2007). The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 444-460.
- Hacking, S., & Foreman, D. (2001). Psychopathology in paintings: A meta-analysis of studies using paintings by psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 35-45.
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability & Society*, 21, 179-191.
- Henderson, D.A., & Gladding, S.T. (1998). The creative arts in counseling: a multicultural perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 183-187.

- Henley, D. (1998). Art therapy in a socialization program for children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Art Therapy*, 37.
- Heywood, K. (2003). Introducing Art Therapy into the Christie Hospital Manchester UK 2001-2002. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 9, 125-132.
- Howard, R. (1990). Art therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Art Therapy*, 28, 79-86.
- Huss, E., & Cwikel, J. (2008). "It's hard to be the child of a fish and a butterfly". Creative genograms: Bridging objective and subjective experiences. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 171-180.
- Joy, S., & Hicks, S. (2004). The need to be different: Primary Trait Structure and Impact on Projective Drawings. *Creativity Research Journal*, 16, 331-339.
- Kaplan, F.F. (2000). *Art, science and art therapy: Repainting the picture*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Katholieke Universiteit Leuven. (2008a). *Interviewvragen*. Verkregen op 20 november 2008 van <http://ppw.kuleuven.be/FL/interviewvragen.html>.
- Katholieke Universiteit Leuven. (2008b). *Validiteit en betrouwbaarheid*. Verkregen op 20 november 2008 van <http://ppw.kuleuven.be/FL/validiteit.htm>.
- Klijn, W., & Scheller-Dijkers, S. (2006). *Waar woorden tekortschieten. Praktijk en theorie van beeldende systeemtherapie*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Körlin, D., Nybäck, H., & Goldberg, F.S. (2000). Creative arts groups in psychiatric care: Development and evaluation of therapeutic alternative. *Nord J Psychiatry*, 54, 333-340.
- Kramer, E. (2000). *Art as therapy. Collected papers*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Lev-Wiesel, R., & Daphna-Tekoha, S. (2000). The self-revelation through color technique: understanding clients' relations with significant others, silent language, and defense mechanisms through the use of color. *American Journal of Art Therapy*, 39, 35-41.
- Lev-Wiesel, R., & HersHKovitz, D. (2000). Detecting violent aggressive behavior among male prisoners through the Machover draw-a-person test. *The Arts in Psychotherapy*, 27, 171-177.
- Lister, S., Pushkar, D., & Connolly, K. (2008). Current bereavement theory : Implications for art therapy practice. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 245-250.
- Lynch, R.T., & Chosa, D. (1996). Group-oriented community-based expressive arts programming for individuals with disabilities : participant satisfaction and perceptions of psychosocial impacts. *Journal of Rehabilitation*, 62, 75-81.
- Luyten, P. & Lowyck, B. (2004). *Methoden van onderzoek in de psychologie. Onderzoeksinterview*. KUL: Departement Psychologie. Verkregen op 18 november 2008 van <http://ppw.kuleuven.be/FL/interview%20handl.htm>.
- Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M.J. (2008). Music therapy for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-16.
- Marchant, T. (2006-2007). *Methoden en technieken van onderzoek*. Onuitgegeven cursus. Gent: Universiteit Gent.
- Marriott, B., & White, M.P. (1991). The impact of art therapy on the life of a woman who was mentally retarded. *American Journal of Art Therapy*, 30, 10-17.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Nainis, N., Paice, J.A., Ratner, J., Wirth, J.H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms of cancer : Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 162-169.
- Parkinson, E. (2008). Developmental transformations with Alzheimer's patients in a residential care facility. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 209-216.

- Politsky, R.H. (1995). Penetrating our personal symbols: discovering our guiding myths. *The Arts in Psychotherapies*, 22, 9-20.
- Puig, A., Min Lee, S., Goodwin, L., & Sherrard, P.A.D. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 218-228.
- Rhyne, J. (2001). The gestalt approach to experience, art, and art therapy. *American Journal of Art Therapy*, 40, 109-120.
- Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16, 483-491.
- Robbins, A. (1994). *A multi-modal approach to creative art therapy*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.
- Rubin, J.A. (Ed.). (2001). *Approaches to Art Therapy. Theory & Technique* (2nd ed.). New York, London: Brunner-Routledge.
- Saunders, E.J., & Saunders, J.A. (2000). Evaluating the effectiveness of art therapy through a quantitative, outcomes-focused study. *The Arts in Psychotherapy*, 27, 99-106.
- Schuyten, G. (2006-2007). *Modellen van empirisch onderzoek I*. Onuitgegeven cursus. Gent: Universiteit Gent.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Sommers-Flanagan, J. (2007). The development and evolution of person-centered expressive art therapy: a conversation with Nathalie Rogers. *Journal of Counseling & Development*, 85, 120-125.
- Stoll, B. (2005). Growing pains: The international development of art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 171-191.

SPSSx: *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR* (Swets & Zeitlinger B.V., Trans.). (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2000). Washington DC: American Psychiatric Association.

SPSSx: *Profiel van de vaktherapeutische beroepen. Concept december 2007 in afwachting van resultaat externe legitimering.* (2007). Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Retrieved March, 2008, from <http://www.vaktherapie.nl>

The Australian & New Zealand Art Therapy Association. (n.d.). Verkregen op 23 november, 2008, van <http://www.anzata.org/mambo/>.

The Scottish Arts Therapies Forum. (n.d.). Verkregen op 22 november, 2008, van <http://www.satf.org.uk/>.

Ulman, E. (1992). A new use of art in psychiatric diagnosis. *American Journal of Art Therapy*, 30, 78-88.

Vaktherapie. (n.d.). Verkregen op 10 november, 2008, van <http://www.hulpgids.nl/therapie/creatieve.htm>.

Walsh, S.M., Culpepper Martin, S., & Schmidt, L.A. (2004). Testing the efficacy of a creative-arts intervention with family caregivers of patients with cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 214-219.

Bijlage

Interviewvragen

Introductie

- Doel
- Opnemen OK?
- Vertrouwelijkheid informatie

Persoonlijke gegevens

- Man/vrouw
- Opleiding
- Waarom beeldende therapie?
- Huidig beroep
- Op welke manier is beeldende therapie geïntegreerd binnen de organisatie?

Visie

- Wat is de visie en achterliggende theorie van de organisatie?
- Wat is de taak van de beeldend therapeut binnen het multidisciplinair team?
- Wat is de visie en achterliggende theorie van de beeldend therapeut?

Doelgroep

- Wordt iedere patiënt die een depressie heeft en opgenomen is, tot beeldende therapie 'verplicht'?
- Doelgroepgerichte behandelmethoden?
- In hoeverre wordt er directief gehandeld?
- Wordt de situatie gestructureerd?
- In hoeverre krijgt de cliënt ruimte om aan de problematiek te werken?
- Verandert dit naarmate de behandeling vordert?
- Wat zijn valkuilen waar men bij deze doelgroep op moet gaan letten?
- Wat zijn belangrijke therapeutische vaardigheden? En specifiek bij deze doelgroep?

Beeldende therapie in de praktijk

Werkwijze

- Wat staat centraal in de beeldende therapie?
- Wat is jouw taak als beeldend therapeut?
- In welke mate kan worden bijgedragen tot de diagnose?
- Wat is de werkwijze van beeldende therapie? Hoe ga je concreet te werk?
 - 1° Hoe verlopen de sessies (het geheel van een therapie)? De fasering?
 - 2° Hoe verloopt één van deze sessies?
 - 3° Wanneer individueel/in groep?
 - 4° Wordt er een verschil gemaakt in kortdurend/langdurend?

5° Op welke manieren kan er met beelden worden gewerkt?

6° Is er een bepaalde systematiek in het therapeutisch handelen?

7° Is er reflectie voor, tijdens en na de therapie?

- Zijn er verschillende soorten beeldende therapie? Zo ja, welke?
- Wat zijn de functies van de beelden binnen de therapie? (diagnose, analyse, emotie-uiting, ...)
- Waarmee moet rekening worden gehouden bij het houden van beeldende therapie?
- Wat zijn de verschillende behandelmogelijkheden van beeldende therapie?
- Wat kan er behandeld worden?

Doelstellingen

- Wat wil men bereiken?
- Hoe worden de doelen geformuleerd?
- Welke plaats neemt de beeldende therapie in binnen de behandeling van de patiënt?
- Welke plaats willen jullie dat BT inneemt?
- Wat is het doel van de gekozen werkwijze(s)?

Kader

- Werk je vanuit een bepaald theoretisch kader³?
- Wat is de reden?
- In welke mate beïnvloedt dat de sessies?
- Therapeutische stromingen: welke onderscheidt men? Met welke wordt gewerkt?

Richtlijnen

- Zijn er vastgelegde richtlijnen binnen de beeldende therapie? Binnen de organisatie?
- Zo ja, worden deze gebruikt?