

# Beeldende therapie voor kinderen met autismespectrumstoornis

## Een beschrijving van werkzame elementen

Celine Schweizer

### SAMENVATTING

In de beroepspraktijk van de beeldend therapeut worden kinderen met Autismespectrumstoornissen (ASS) vaak aangemeld voor beeldende therapie. Dit artikel is een eerste systematische verkenning (voorstudie) naar werkzame elementen van beeldende therapie bij kinderen van acht tot twaalf jaar met de diagnose ASS en normale en hoge intelligentie. Er zijn semi gestructureerde interviews afgenomen bij acht beeldend therapeuten. Data verzameling en -analyse is volgens grounded theory uitgevoerd en resulteert in een beschrijving in grote lijnen van voorwaarden voor beeldende therapie, de werking van beeldende middelen en de invloed ervan op specifieke gedragingen van de kinderen. Tevens worden de interventies van de beeldend therapeut in kaart gebracht en resultaten binnen therapie en thuis. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan voor verdere systematische onderbouwing en explicitering van deze praktijk.

### SUMMARY

Children with ASD are often referred to art therapy. This article is a first systematic exploration of efficacious art therapeutic elements in the treatment of children from 8-12 years, diagnosed ASD, with normal and high intelligence and ASD related problems. Eight art therapists were interviewed (semi structured). Data collection and data analysis is following Grounded Theory and the study results in a general description of conditions for art therapy, efficacy of art materials and - experiences, and its influence on behavior. Described are also interventions of the art therapist and results observed in treatment and at home. Finally recommendations are formulated for further systematic founding and explication of this practice.

Beeldende therapie is één van de Vaktherapeutische Beroepen met dramatherapie, muziektherapie, danstherapie, en psychomotorische therapie (voorheen bekend onder de naam 'creatieve therapie'). Het gaat hier om een vorm van behandeling waarbij de ervaringen van mensen ten behoeve van ontwikkelingsprocessen centraal staan. De beeldend therapeut hanteert het proces van beeldend vormen (tekenen, schilderen, beeldhouwen en andere beeldende vormen) en de zichtbare en tastbare producten die hieruit voort komen, als middel binnen de therapeutische relatie en gestelde behandeldoelen. In een behandelsetting wordt beeldende therapie in combinatie met andere behandel-

en begeleidingsvormen gericht op een specifiek behandeldoel aangeboden. Anders gezegd, het doel van beeldende therapie is om op emotioneel-, cognitief-, sociaal-, of lichamelijk gebied een wenselijke verandering, ontwikkeling of stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te bewerkstelligen (Visser, 2009).

Uit het recent verschenen Handboek beeldende therapie (Schweizer, 2009), blijkt dat er een breed spectrum aan theorieën, visies en methoden gehanteerd wordt in de praktijk. Het methodisch handelen van beeldend therapeuten is gebaseerd op professionele kennis en op geschoolde intuïtie. Elke beeldend therapeut heeft een eigen stijl en visie in de beroepsuitoefening.

Kinderen met ASS hebben kwalitatieve beperkingen in sociaal communicatieve vaardigheden en er is sprake van stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten (APA, 2013; de Bildt et al., 2010; Doreleijers et al., 2006). Deze kinderen hebben een bijzondere manier van informatie verwerking. In verband hiermee worden genoemd: de moeite om gevoelens, gedachten ideeën en intenties aan zichzelf of anderen toe te schrijven (ook wel Theory of Mind genoemd), moeite met planning en het verdelen van aandacht (Executieve Functies) en moeite met betekenisverlening, feiten in context kunnen plaatsen, details in geheel waarnemen (Centrale Coherentie). Kinderen met ASS hebben vaak sensorische problemen met hypo- en hyper gevoeligheid.

Gezien deze moeilijkheden lijkt het zinvol om te onderzoeken of ervaringsgericht werken (kijken, aanraken en vormgeven aan beeldende materialen) deze kinderen kan helpen.

Hoewel er geen standaard behandelmethode ontwikkeld is voor kinderen met ASS voor beeldende therapie (Boendermaker et al., 2007; Schothorst et al., 2009; Slayton, D'Archer & Kaplan, 2010), worden deze kinderen toch regelmatig naar deze therapie door verwezen. Immers, het is aannemelijk dat het stimuleren van visuele en tactiele ervaringen met beeldende materialen kan bijdragen aan beter functioneren. Het enige onderzoek dat uitgevoerd is naar de effecten van beeldende therapie bij de doelgroep (kinderen met ASS), is van Pioch (2010). Op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten, ingevuld door leerkrachten en vaktherapeuten, is een significant positieve gedragsverandering gevonden bij achtentwintig kinderen met ASS in samenhang met vaktherapie binnen een schoolsituatie voor speciaal onderwijs. Meer specifiek: kinderen hebben (in vergelijking met een wachtlijstgroep) na de vaktherapeutische behandeling op school minder sociale problemen, zijn rustiger en kunnen hun aandacht beter bij de les houden. Echter, aangezien de behandeling was opgebouwd uit beeldende therapie maar ook drama, therapie, PMT en muziek is het lastig om na te gaan wat de specifieke bijdrage van beeldende therapie is aan dit behandelresultaat.

Behalve de hierboven besproken meting van Pioch is ook het werk van Teeuw (2011) van belang omdat hier een beeld geschetst wordt van behandeldoelen en behandelresultaten bij kinderen met ASS, vanuit het perspectief van achtentwintig beeldend therapeuten. Deze eerste inventarisatie, uitgevoerd middels een enquête, laat zien dat kinderen met ASS verwezen worden naar beeldende therapie vanwege hun sociale problemen, weinig zicht op eigen functioneren, moeite zich te uiten, spanningsproblemen, concentratieproblemen, omgaan met frustratie,

rigiditeit, weinig innerlijke structuur, planningsproblemen, moeite met onderscheid fantasie/werkelijkheid. In samenhang met deze problemen hebben de kinderen vaak een negatief zelfbeeld en kunnen somber zijn. Volgens Teeuw zijn de belangrijkste behandelresultaten van beeldende therapie: ontdekken en uitbreiden van eigen mogelijkheden en beperkingen, ontwikkeling van zelfbeeld en zelfvertrouwen, leren kijken en luisteren naar anderen, hulp leren vragen, leren rekening houden met anderen, leren grenzen stellen, uitbreiden oplossingsvaardigheden, leren uiten van emoties, leren onderscheiden van fantasie en werkelijkheid, grotere aandachtspanne, minder angst, betere frustratie tolerantie, minder rigide gedragingen.

Het doel van deze eerste verkenningen is om na te gaan wat volgens beeldend therapeuten de werkzame elementen zijn van beeldende therapie bij kinderen van 8-12 jaar met ASS, met normale intelligentie en met autisme gerelateerde problematiek. Met als deelvragen:

1. Wat zijn volgens beeldend therapeuten voorwaarden voor de beïnvloeding van verandering door middel van beeldende therapie? Het gaat hier om condities waaronder de behandeling zich afspeelt: behandel context, thuissituatie, behandeluur, etc.
2. Hoe beschrijven beeldend therapeuten de expressiemogelijkheden en het functioneren van kinderen met ASS in beeldende therapie?
3. Hoe beschrijven beeldend therapeuten de verschijningsvormen van de problemen bij deze kinderen in beeldende therapie?
4. Welke interventies beschrijven beeldend therapeuten, die ze uitvoeren bij deze kinderen in beeldende therapie?
5. Welke veranderingsmogelijkheden beschrijven beeldend therapeuten ten aanzien van de kenmerken van deze kinderen in beeldende therapie?

De doelstellingen zijn:

1. Inzicht verwerven in kenmerkende factoren en mechanismen die een rol spelen bij het tot stand komen van beeldende therapieresultaten met beschreven doelgroep, om gerichte indicatiestelling en interventie te kunnen ontwikkelen.
2. Beeldende therapie wordt niet genoemd in de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van kinderen met ASS (Boendermaker et al., 2007; Schothorst e.a., 2009; Slayton, D'Archer and Kaplan, 2010), al wordt in de praktijk wel verwezen naar beeldende therapie voor deze kinderen (Teeuw, 2010). Om in aanmerking te komen voor verwijzing volgens de richtlijnen is er enige mate van evidence nodig. In dit onderzoek wordt door impliciete ervaringskennis te exploreren en te expliciteren

bijgedragen aan de *practice based evidence* van de behandeling in beeldende therapie.

## METHODE

Aan dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek namen acht beeldend therapeuten deel. Zij zijn geïnterviewd en de gegevens zijn verwerkt volgens enkele principes van Grounded Theory Methodology (Strauss & Corbin, 1998). In het kort wil dit zeggen dat aan de hand van informatie uit de praktijk 'bottom up' een theorie wordt gevormd door beschrijvende data systematisch te induceren. Volgens de 'Effectladder' (van Yperen & Veerman, 2008) bevindt het onderhavige onderzoek zich op *descriptief niveau*, de eerste tree op de Effectladder.

De inclusiecriteria voor de *respondenten* zijn: beeldend therapeut met minimaal twee jaar ervaring met de doelgroep. Om de weergave van de werkelijkheid zoveel mogelijk te benaderen is er geselecteerd op diversiteit aan aantal jaren werkervaring (drie tot vijftieng jaar), behandelmethoden en werk-contexten (eigen praktijk, multi-disciplinaire klinische-, dagklinische- en ambulante behandeling en speciaal basis onderwijs). De keuze voor de leeftijd van de cliëntgroep die de beeldend therapeuten behandelen (acht tot twaalf jaar) is gemaakt omdat bij deze kalenderleeftijd kan worden verwacht dat het emotioneel en cognitief functioneren bij de kinderen onderling enigszins overeen komt. Het gaat om individuele behandelingen, omdat er in een groepstherapie een ander appél wordt gedaan op sociale vaardigheden en concentratie.

*Dataverzameling* heeft plaatsgevonden in november en december 2011. Met semi-gestructureerde interviews van ongeveer 90 minuten zijn de beeldend therapeuten bevraagd over eigen ervaringen, meningen en gedachten naar aanleiding van de onderzoeksvragen. De meningen en gedachten van deze therapeuten werden ondersteund door het tonen van beeldend werk van de desbetreffende cliënten. De interviews begonnen met een algemene vraag ter oriëntatie: of er in beeldende therapie bepaalde typerende ASS-achtige kenmerken zichtbaar zijn bij het beeldend werken. Vervolgens kwamen verschillende onderwerpen aan de orde: de problemen waarmee deze kinderen worden aangemeld, de condities waaronder de behandeling plaats vindt, methode, specifieke interventies, omstandigheden van de cliënt, behandelduur, fasering, behandelresultaat. Er is gevraagd naar voorbeelden van zintuiglijke ervaringen, planingsvaardigheden en samenwerking. Ook is er gevraagd naar de specifieke bijdrage van beeldende therapie bij deze kinderen: wat maakt beeldende therapie juist geschikt of ongeschikt voor de problematiek van de doelgroep?

De interviews zijn vastgelegd met een voice recorder en vervolgens verbatim uitgetypt. Na de eerste vier interviews is

er een eerste analyse uitgevoerd. Dat hield in dat er in de verbatim uitgetypte interviews tekstfragmenten zijn geselecteerd, die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en deelvragen. De tekstfragmenten van de interviews hebben inductief in-vivo codes (open codes) gekregen. Dit proces wordt ook wel 'coderen' genoemd. De analyse van de interviews hield in dat de eerste vier interviews gecodeerd zijn en deze resultaten zijn vergeleken met de topics en deelvragen. Bij het voortzetten van de interviews is de dataverzameling bijgesteld op basis van de inzichten die uit de tussentijdse analyse naar voren kwamen. Dataverzameling en data analyse hebben elkaar dus afgewisseld (*repeated analysis*) en op basis van voortschrijdend inzicht is meer gefocust op de onderzoeksvragen.

De coderingen van de interviews zijn volgens 'constant comparison' geordend en onderling vergeleken. Allereerst zijn gelijksoortige codes binnen één interview gegroepeerd en vervolgens zijn de groeperingen van de verschillende interviews onderling vergeleken en kregen een categorie-naam. Dit proces van *axiaal coderen* heeft geresulteerd in een overkoepelend schema, (zie fig. 1) waarmee de analyse is voortgezet. Elke categorie in het schema is gebaseerd op diverse voorbeelden uit de acht interviews, welke het onderwerp van verschillende kanten belichten (rijke data). In het kader van dit artikel is er een kleine selectie van fragmenten gemaakt, met als doel om kernachtig weer te geven wat de 'werkzame elementen' zijn en wat de condities en de consequenties ervan zijn.

Tijdens de data verzameling en -analyse heeft de onderzoeker overwegingen vast gelegd in memo's, welke met tussenproducten van de analyse digitaal en analoog zijn opgeslagen (transparantie).

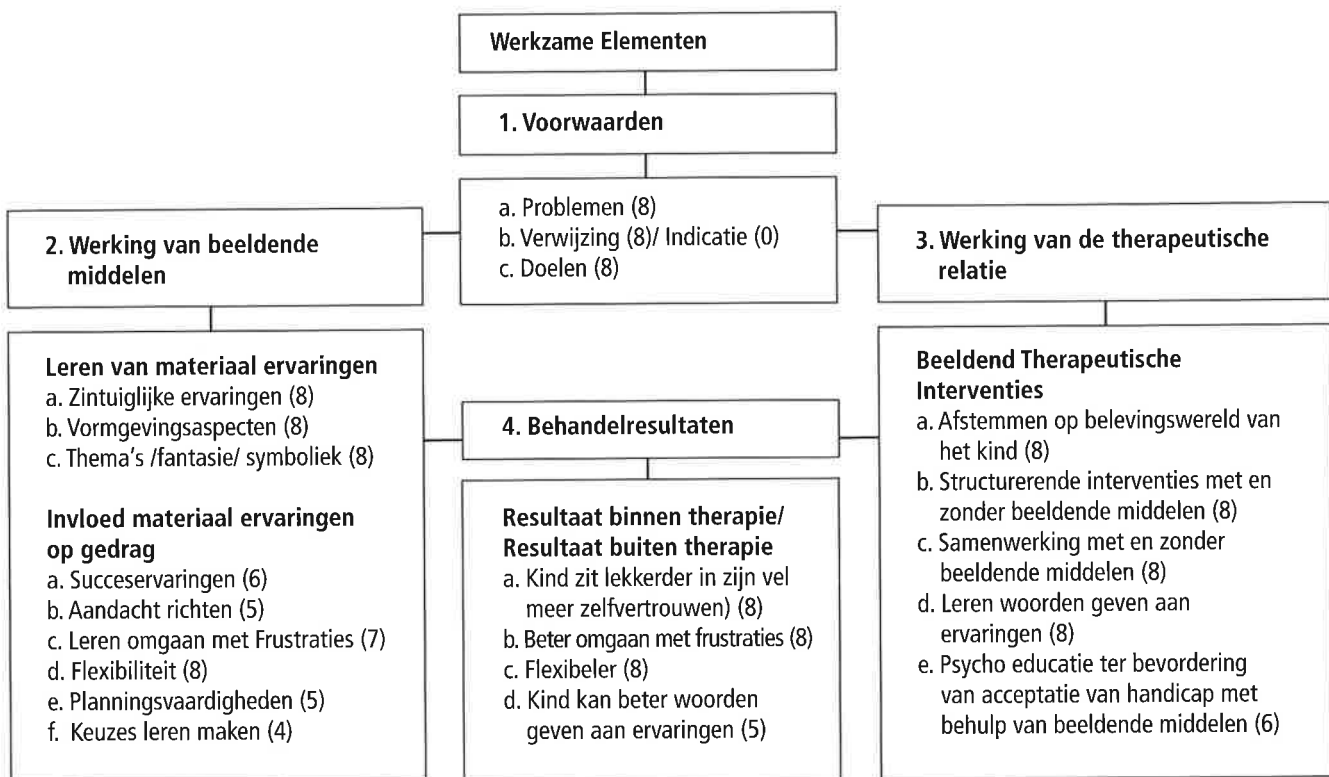
Data analyse is in verschillende stadia getoetst met behulp van 'member-checks' (respondenten hebben de uitgeschreven en gecodeerde teksten gecontroleerd) en diverse rondes van 'peer reviews' (collega onderzoekers hebben meegelezen). Naar aanleiding van peerreviews zijn de eerste vier interviews opnieuw gecodeerd, met open codes die dichter bij de tekst bleven, minder interpretatie van de onderzoeker bevatten.

Verifieerbaarheid van de data en analyse is mogelijk via het digitale bestand, waarin zich bevinden: geluidsopnames van de interviews, diverse tussenanalyse producten, reacties en feedback van respondenten en peers.

## RESULTATEN

De acht interviews leverden elk een lijst op met 50 á 80 codes. Deze codes zijn samengevoegd in clusters. Hieronder een voorbeeld van codes en clustering uit het eerste interview dat betrekking heeft op uitspraken van de beeldend therapeut over 'materiaal ervaringen':

Figuur 1 |

**Zintuiglijke ervaringen**

- Liefst niet zo in het materiaal werken.
- Contact maken in hun hoofd, maar niet vanuit buikgevoel.
- Inzetten specifieke sensopatische materialen om contact te maken.

**Werken met concreet materiaal**

- Werken met hout: concrete dingen maken.

**Thema's / fantasie/ symboliek**

- Werken met een verhaal om via symboliek bij beleving te komen.
- Vaste activiteit in de sessie, waarin ontwikkeling zit besloten: verhaallijn.
- Via symbolisch verhaal in gevoelsbeleving komen.
- Een verhaal vertellen kan een stukje rust geven.
- Bij gevoel komen door het vertellen van een verhaal.

De geclusterde en gecategoriseerde uitspraken van beeldend therapeuten uit de acht interviews zijn vervolgens geordend met behulp van de deelvragen van het onderzoek. Dit leidde tot bovenstaand schema met vier hoofdcategorieën van werkzame elementen in beeldende therapie (fig 1). Van boven naar beneden is in het schema een verloop van tijd zichtbaar gemaakt: voor, tijdens en na de behandeling. De getallen geven

aan door hoeveel beeldend therapeuten het betreffende element is genoemd. Na het schema volgt een toelichting op de categorieën met enkele praktijkvoorbeelden.

**1. VOORWAARDEN**

Met welke problemen worden de kinderen aangemeld? Hoe worden ze verwezen en hoe luidt de indicatie?

- a. De kinderen worden aangemeld met *verschillende problemen*: ze hebben moeite om naar zichzelf te kijken, wat hun aandeel ergens in is, ze verliezen zich vaak in alles om hun heen, ze zijn vaak onzeker. Vaak gaat het niet alleen om de ASS zelf, maar ook omdat er thuis meer aan de hand is.
- b. De weg waarlangs een kind wordt *aangemeld*, verloopt vooral op pragmatische wijze. Het ene kind komt met een brief van de juf uit de klas naar de therapeut. Een ander kind wordt verwezen via school of maatschappelijk werk naar een eigen praktijk. Er wordt *verwezen* naar beeldende therapie als een kind affiniteit heeft met beeldende vormen. Of omdat het kind 'druk' is. Geen van de respondenten heeft het over een expliciete *indicering*. Ook wordt gezegd dat het in de instelling bekend is 'dat je aan bepaalde problemen kan werken in beeldende therapie'. In sommige gevallen wordt er eerst

binnen beeldende therapie geobserveerd voordat er doelen worden vastgesteld.

- c. *De behandeldoelen* die de beeldend therapeut opstelt, worden vaak gerelateerd aan het beeldend werken: via materiaal ervaringen dicht bij het gevoel komen, expressiever worden, flexibeler worden door te leren variëren met materialen, zelfvertrouwen krijgen door 'iets moois' te maken, planmatig leren werken als er iets gemaakt wordt dat stap voor stap tot een resultaat leidt. Het opdoen van positieve ervaringen (empowerment) middels beeldend werken vormt een belangrijk element in de behandeling.

## 2. WERKING VAN BEELDENDE MIDDELEN

Er is gevraagd of er specifieke materialen zijn of werkvormen, symbolen, waar deze kinderen graag mee werken. In het algemeen werd een aantal werkzame elementen van het beeldend medium genoemd:

- *De zichtbaarheid en tastbaarheid (het visuele- en het tactiele aspect);*
- Het beeld *blijft bestaan* zoals het is gemaakt. Je kan aan het beeldend werkstuk zien hoe het tot stand is gekomen. Dit biedt aanknopingspunten om met het kind te kijken en te bespreken wat goed ging en wat mis ging;
- Er wordt een veilige situatie geboden doordat de *communicatie met de cliënt via het beeldend werk* verloopt.
- Het *zorg hebben voor een beeldend product* en dat het gewoon leuk is om iets te maken draagt ook bij aan de waarde van beeldende therapie.

Dieper op deze aspecten in gaand, leverde dit informatie op welke geplaatst is onder de noemer: *Leren van materiaalervaringen*. Hierbij werden een aantal kenmerken genoemd die hieronder worden toegelicht.

- a. *Zintuiglijke ervaringen via het materiaal;* Hierbij werd opgemerkt dat deze kinderen helemaal kunnen opgaan in de aanraking van een materiaal, bijvoorbeeld verf. Of ze hebben juist weestand tegen het tactiele materiaalcontact. Bij aanvang van de behandeling vormt dit meestal een beperking in het handelingsrepertoir.
- b. Bij *vormgevingsaspecten* werd opgemerkt dat de vormgeving van deze kinderen vaak strak is en rigide. Patronen worden herhaald of het kind komt in eerste instantie niet uit zichzelf tot vormgeving omdat het bijvoorbeeld opgaat in de beleving die het aanraken van het materiaal uitlokt.
- c. Vaak hebben de kinderen een vaak terugkerend *thema* in het beeldend werk. Deze eigen vorm van expressie biedt houvast en vormt meestal het

aanknopingspunt om eigen ervaringen vorm te geven. Vaak hebben deze kinderen geen alsof-spel of verliezen zich in fantasie. Soms worden de – vaak stereotype- beelden 'leeg' genoemd of angstig/agressief. Het beeldend werk biedt vaak aanknopingspunten om de handicap te accepteren of bijvoorbeeld om verlies te verwerken. Er worden *gesprekjes aangeknoopt* met het kind, naar aanleiding van het beeldend werk, over de eigen ervaringen.

De categorie *invloed materiaal ervaringen op gedrag* is nauw verweven met de interventies van de beeldend therapeut. De beeldend therapeut zet bepaalde materialen en technieken in op een wijze die als doel heeft om andere belevingen en gedrag te stimuleren. De kinderen pakken de volgende interventies op:

- a. *Succeservaringen.* Deze zijn van belang opdat deze kinderen wat meer zelfvertrouwen ontwikkelen. Het soort succes ervaringen loopt uiteen van plezier ervaren tot een complexere activiteit hanteren. Naar mate de therapie vordert wordt het kind meer uitgedaagd om complexere activiteiten te kunnen hanteren.
- b. *Aandacht leren richten.* Het beeldend werken is een middel om de aandacht te richten, doordat het kind 'iets' maakt, aanraakt, ziet. In de verhalen van de respondenten wordt aandacht op diverse manieren beschreven: 'uit contact gaan met therapeut en/of materiaal', 'moeilijk met hun aandacht bij hun bezigheid blijven', 'snel afgeleid zijn', 'erg in hun hoofd zitten'.
- c. *Adequater met de frustratie om leren gaan.* In beeldende therapie wordt doorgaans goed zichtbaar hoe deze kinderen snel boos en gefrustreerd kunnen worden, bijvoorbeeld door hoe ze op materiaal of gereedschap reageren. De situatie wordt als leersituatie gebruikt, dat het niet erg is als er iets mis gaat. Onderstaand voorbeeld illustreert dat kinderen de oorzaak van tegenvallers vaak buiten zichzelf leggen. De beeldend therapeut helpt het kind met behulp van het beeldend werk om te leren hoe ze dingen anders kunnen aanpakken:
- "De meeste kinderen hebben een duidelijk beeld in hun hoofd van wat ze willen maken. En als dat niet meteen lukt, is er vaak niks goed. Dan deugen de materialen niet, soms willen ze precies 'zo'n zaagje' en dat heb ik net niet 'zo'n zaagje'. Het is altijd het materiaal dat dan weer tegen zit: je hebt ook nooit wat ik nodig heb."*
- d. Eén van de belangrijkste *doelen* en *resultaten* die worden genoemd is het *flexibeler worden*. Tijdens het maken van een beeldend werkstuk kunnen deze kinderen zien en ervaren dat het soms handiger is

om dingen anders aan te pakken. Ook kan de vasthoudendheid aanknopingspunt vormen voor een gesprekje over hoe het kind dingen aanpakt in vergelijking met anderen (*psycho-educatie*).

- e. *Planningsvaardigheden*: Door stapsgewijs te leren werken, worden deze kinderen ook realistischer over wat *haalbaar* is. Het tijdsbesef is soms zwak, dus bij het maken en uitvoeren van het plan wordt hier ook aandacht aan besteed.
- f. Het maken van *keuzes* is vaak moeilijk. Dit wordt geoefend doordat de beeldend therapeut het kind telkens uit een voorselectie laat kiezen en/of vragen stelt.

### 3. WERKING VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

In het gedeelte hiervoor is vooral de manier waarop het kind met materiaal werkt besproken. Echter hierbij heeft de beeldend therapeut een invloedrijke en actieve rol.

- a. De beeldend therapeut: *stemt af* op de belevingswereld van het kind, creëert *veiligheid* opdat het kind vanuit de eigen mogelijkheden tot expressie kan komen.
- b. De beeldend therapeut heeft een actieve rol om kinderen *variëaties in materialen en tactiele- en visuele ervaringen* aan te bieden omdat ze dit (vooral in het begin van de behandeling) meestal niet uit zichzelf zouden doen. De meeste beeldend therapeuten maken met het kind een *plan*, bijvoorbeeld een werktekening van 'iets' wat ze graag willen maken. Dit ondersteunt het kind om te leren dat wat het in het hoofd heeft niet in één keer kan lukken, maar stap voor stap tot stand komt. De therapeut biedt vervolgens *werkvormen* aan waarmee het kind zich kan verbinden en waarvan het kan leren. De beeldend therapeut structureert, ook in tijd en in de manier van aanbieden van de activiteit. Interventies om het richten van de aandacht te stimuleren zijn bijvoorbeeld gericht op het kiezen van activiteiten (*materiaal, thema*) die aansluiten bij de belangstelling van het kind. Ook worden van meditatie-achtige oefeningen aangeboden
- c. Het kind wordt gestimuleerd om *samen te werken* door te kijken naar hoe de ander werkt en leert rekening houden met de ander. Het kind leert hulp vragen, via het beeldend werk.
- d. De beeldend therapeut biedt verbale ondersteuning (holding en containment), bespreekt met het kind wat het nu kan in vergelijking met eerst.
- e. De therapeut helpt het kind ervaringen te verwoorden en geeft psycho-educatie ter bevordering van acceptatie ondersteuning van de handicaps.

*“Als het gaat om emoties verwoorden, dan vind ik beeldend goed aansluiten omdat je als je iets wil maken altijd wel tegen*

*belemmeringen aanloopt of problemen. Er gebeurt altijd wat in het materiaal. En omdat het niet iets sociaals is, is het vaak minder beladen om te vertellen wat er gebeurt... Om op die manier woorden te geven. Dat gebeurt echt via de materiaal-ervaring.”*

*“Op een gegeven moment heb ik tegen hem gezegd: “Je geeft de schuld aan het krijtje, je geeft de schuld aan het papier en dat past ook bij een kind met PDD-nos om als eerste reactie de schuld buiten jezelf te leggen. Je hebt 'n beetje gelijk, het krijtje is een beetje vies. Máár als je 12 jaar bent en je staat aan de rand van de puberteit en je gaat straks naar de middelbare school, dan is het nu echt aan de orde dat je gaat kijken: “wat is mijn aandeel en wat kan ik er zelf aan doen?””*

### 4. BEHANDELRESULTATEN

Tenslotte is er gevraagd welke resultaten er binnen de beeldende therapie worden waargenomen en of er ook bekend is dat er buiten de therapie, thuis en in de klas, resultaten merkbaar zijn.

Resultaten van de therapie zijn heel divers, zowel binnen als buiten de therapie. Er is verschil te zien in vormgeving en in materiaal hantering, als begin en eind van de behandeling vergeleken worden. Kinderen werken meer gecontroleerd of juist losser en laten meer eigenheid en expressiviteit zien in hun beeldend werk. Tevens worden er gedragsveranderingen genoemd.

- a-b. Volgens de beeldend therapeuten heeft het kind (mede) door de bijdrage van beeldende therapie, meer zicht op de voorwaarden om goed te kunnen functioneren, heeft meer *zelfvertrouwen* laat meer eigenheid zien, heeft al doende anders leren omgaan met boosheid en frustraties, kan aandacht beter richten, is flexibeler en expressiever geworden, heeft meer rust en plezier en kan beter keuzes- en plannetjes maken en uitvoeren. Ook kunnen ze via het beeldend werk moeilijke thema's in hun leven, zoals gepest worden, scheiding van de ouders, een nabij overlijden, een plek geven.
- c-d. Het belangrijkste behandelresultaat is dat wat buiten de therapie verandert. Als er binnen therapie veranderingen zijn bij het kind, dan zijn deze volgens de respondenten thuis vaak ook te merken: het kind is *flexibeler, praat meer*, zit lekkerder in z'n vel. Tijdens de behandeling wordt het beeldend werk van het kind soms gebruikt om met ouders in gesprek te gaan over het kind. Transfer is niet altijd gemakkelijk te organiseren, maar wel erg belangrijk, omdat het kind altijd erg gevoelig is voor de omgeving. Onderstaande voorbeelden geven aan hoe transfer kan plaatsvinden:

*“Ik weet nog dat een moeder op een gegeven moment zei: “z'n voetbalschoenen hoeven niet meer persé op dat kastje. Ze mogen*

ook gewoon in de hal". Of: "we mogen nu ook andere pindakaas in huis halen." Oh dat kon dan zo'n opluchting zijn. Of: "iemand anders mag ook uit zijn potje pindakaas eten."

"Wat ik wel terug krijg van ouders is: 'hij praat veel meer'. En wat ze dan bedoelen is hoe je je voelt. 'ik kwam op school en ik voelde me niet fijn want er was dat en dat gebeurd'. Terwijl ze eigenlijk daarvoor op slot hebben gezeten dan voelde moeder wel er is iets niet goed maar had geen idee wat. Dus daar uiting aan te kunnen geven, dat is iets wat we veel terug krijgen."

## CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Door middel van het schema (fig.1) met de daar op volgende toelichting zijn de onderzoeksvraag en deelvragen beantwoord. Een van de twee doelstellingen van dit beschrijvend onderzoek was om inzicht te verwerven in kenmerkende factoren en mechanismen die een rol spelen bij het tot stand komen van beeldende therapieresultaten met beschreven doelgroep, om gerichte indicatiestelling en interventie te kunnen ontwikkelen. Uit de inventarisatie komt naar voren dat beeldende therapie een aantal specifieke elementen biedt (zintuiglijke ervaringen en iets maken waar ze trots op kunnen zijn), die ertoe leiden dat de kinderen lekkerder in hun vel gaan zitten, flexibeler worden, beter leren omgaan met frustraties en beter woorden leren geven aan ervaringen. Gedragingen die bijdragen aan grotere sociale competentie.

De andere doelstelling van het onderzoek is om bij te dragen aan wetenschappelijke evidentie voor de beeldende therapeutische behandeling van kinderen met ASS. In dit onderzoek wordt door impliciete ervaringskennis te exploreren en te expliciteren bijgedragen aan de *practice based evidence* van de behandeling in beeldende therapie. Het betreft hier een beschrijving van de beroepspraktijk vanuit het perspectief van de behandelaar. Het descriptieve niveau vormt een theoretische basis voor verder onderzoek (van Yperen & Veerman, 2008).

Deze studie heeft ook een aantal beperkingen. Allereerst worden er een aantal inhoudelijke beschreven:

Er komt onvoldoende naar voren wat een goede behandelduur is. De huidige trend is dat behandelingen van steeds korter duur moeten zijn, terwijl bij deze respondenten naar voren komt dat de doelgroep gebaat is bij een wat langer durende behandeling. Het verdient dan ook aanbeveling om te onderzoeken of er een effectieve termijn vast te stellen is om een kind met ASS met normale en hoge intelligentie te behandelen met beeldende therapeutische middelen, in samenwerking met het netwerk van de cliënt.

Een volgende beperking van deze studie is dat er in de

analyse weinig rekening is gehouden met de *heterogeniteit* van de problematiek. Geen kind met ASS is gelijk (Nieweg, 2013). Het functioneren en de expressiemogelijkheden van kinderen met ASS worden ook door de beeldend therapeuten gevarieerd beschreven. De ene keer is het beeldend product belangrijker in de therapie, de andere keer het vormgevingsproces hoe iets tot stand komt. Sommige kinderen hebben de mogelijkheid om zich in symbolische beeldtaal uit te drukken. Anderen kunnen contact maken met behulp van de pre-representatieve vormgeving, waarin lichaamstaal een belangrijke rol speelt.

Begrippen als *'flexibeler gedrag'*, *'lekkerder in hun vel zitten'*, maar ook de zintuiglijke ervaringen en *'iets moois maken waar je trots op kan zijn'*, dienen verder geoperationaliseerd te worden. Hierbij is vergelijking met de concepten *Centrale Coherentie* en *Executieve Functies* op zijn plaats.

Gegevens over *betrokkenheid van ouders en leerkrachten* zijn nauwelijks verwerkt in de resultaten van dit onderzoek. Al blijkt dat beeldend therapeuten contact hebben over transfer van behandelresultaten, de rol van de beeldend therapeut in deze samenwerking kan verduidelijkt worden. Het verdient dan ook aanbeveling om nader te onderzoeken wat de rol en de betekenis ervan is voor de betrokkenen (ouders, leerkracht, etc.), bij de behandeling van het kind.

Ten aanzien van de *generaliseerbaarheid* van de onderzoeksresultaten valt het een en ander op te merken. De vele gedetailleerde praktijkvoorbeelden van de respondenten, met hun diverse achtergronden en behandelcontexten, schetsen een samenhangend en aannemelijk beeld van de onderzochte werkelijkheid. Echter geeft het kleine aantal van acht respondenten reden om dit beeld in twijfel te trekken. In het overkoepelend schema (fig. 1) zijn de categorieën zodanig geformuleerd, dat deze in de praktijk getoetst kunnen worden. Professionals, of andere onderzoekers kunnen uitmaken wanneer de categorieën wel of niet in nieuwe cases bruikbaar zijn (*confirmability*). De *credibility* van de resultaten zou verhoogd kunnen worden door eenzelfde onderzoek op grotere schaal uit te voeren. Ook het toepassen van triangulatie is wenselijk: door dezelfde onderwerpen te onderzoeken bij andere bronnen: de cliënt zelf, de ouders, de leerkracht.

Als *vervolg* zal een systematische review uitgevoerd worden, met als doel het theoretisch fundament te verstevigen. Verder onderzoek ten behoeve van *practice based evidence*, theorie ontwikkeling en toetsing zal het ontwikkelen van een beeldend therapeutische *interventie* voor kinderen met ASS gerelateerde problemen gaan inhouden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van film

opnames van beeldende therapiezittingen en observatielijsten. Beeldend therapeuten, ouders, leerkrachten en de kinderen zelf worden betrokken bij beschrijving en toetsing van diverse verdere onderdelen van het onderzoek. Deze *bottom up* benadering leidt tot een stevig op de praktijk gebaseerd fundament, dat vervolgens getoetst kan worden met daartoe geëigende methoden.

## DANKWOORD

Om vanuit het praktijk gerichte denken een meer abstract onderzoeksartikel vorm te geven was een interessante puzzel en een leerzame ervaring. Zonder de inzet van de beeldend therapeuten, 'peers', begeleiders, meelezers en feedback-gevers had dit artikel niet in deze vorm tot stand kunnen komen.

Henriet Kuiper, Sanne van der Vlucht, Kamille Rijkse, Lisanne Ooievaar, Christien Post, Janny Horjus, Ella Slump, Ciska Martens, Lydia Pomp, dr. Marinus Spreen, drs. Martine Bootsma, Liesbeth Bosgraaf, Corinne Prins, Joyce van Wijk, Em. prof. Ina van Berckelaer-Onnes, prof. Erik Knorth, dr. Tineke Schoot, dr. Susan van Hooren, drs. Huub Notermans, drs. Annelies Rietdijk, veel dank voor jullie betrokkenheid en inzet!

## AUTEURSgegevens

*Celine Schweizer heeft 17 jaar gewerkt als beeldend therapeut, voornamelijk in kinder- en jeugdpsychiatrische ambulante-, klinische- en dagklinische instellingen. Zij is beeldend therapeut (Ma, SRVB), supervisor (LVSC), sr.docent bij de opleiding Creatieve Therapie (CT) aan Stenden hogeschool in Leeuwarden, tevens lid van kenniskring Social Work and Arts Therapies bij deze hogeschool en lid van KenVak. Zij is afgevaardigd vanuit CT-Stenden in de General Assembly van Ecarte, (European Consortium Arts Therapies Educations) en eindredacteur van 'In beeld. Doelgroep-gerichte behandelmethoden in beeldende therapie' en van 'Handboek beeldende therapie. Uit de verf'. Momenteel werkt zij aan een PhD over werkzame elementen in beeldende therapie bij kinderen met ASS, normale intelligentie en aan autisme gerelateerde problemen.*

*Reacties kunt u sturen aan: [celine.schweizer@stenden.com](mailto:celine.schweizer@stenden.com)  
Een uitgebreide versie van het artikel, (met meer praktijkvoorbeelden) is te vinden via de website van Lectoraat Social Work and Arts Therapies van Stenden hogeschool via de link van de auteur, of: <http://www.stenden.com/nl/bedrijven/lectoraten/swat/kenniskring/Pages/CelineSchweizer.aspx>*

## REFERENTIES

- APA (American Psychiatric Association), (2000), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 5*
- Bildt de, A.A., Blijd-Hogerwijs, E.M.A., Dijkstra, S.P., Huizinga, P., Ketelaars, C.E.J., Kraijer, D.W., Mulder, H.B., Vet, L.J.J., Warners van, S., Minderaa, R.B. (2010), In: Verheij, F., Verhulst, F. *Kinder en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*. Van Gorcum
- Boendermaker, L., Harder, A., Speetjens, P., Pijl van der, M., Bartelink, C., Everdingen van, J. (2007), *Programmeringsstudie Jeugdzorg*. Nederlands Jeugdinstituut (NJI) ijskuniversiteit Groningen (RUG).
- Dorelijers, T., Boer, F., Huisman, J., Vermeiren, R., Haan de, E. (2006) *Handboek Psychiatrie, kinderen en adolescenten*. Tijdstroom 1999, vol. 38, issue 2.
- Nieweg (2013), *DSM, een zoektocht naar fantomen*. Medisch.Contact.artsennet.nl/nieuws-26/archief/tijdschriftartikel/132082
- Pioch, A. (2010), *Vaktherapie in een leeromgeving. Projectverslag en onderzoekstraject*. Interne publicatie, Groningen RENN4, Vaktherapie/Sensor.
- Schothorst, P.F., Engeland van, H., Gaag v.d., R.J., Minderaa, R.B., Stockmann, A.P.A.M., Westermann, G.M.A., Floor, Sibelink, H.A., Bildt de, A.A., Ketelaars, C.E.J. (2009) *Richtlijn diagnostiek en behandeling autisme spectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht, de Tijdstroom.
- Schweizer, C., Bruijn de, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, R., Visser, H. (2009) *Handboek beeldende therapie*. Uit de Verf. Houten, Bohn Stafleu, van Loghum
- Slayton, S.C., D'Archer, J., Kaplan, F. (2010); Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Journal of the American Art Therapy Association*, 27:3, 108-118.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998), *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd edition) London, Sage Publications
- Teeuw, H. (2011), *Resultaten in beeld. Onderzoekslijn Proces evaluatie. Een onderzoek naar resultaten die beeldend therapeuten behalen bij kinderen met PDDnos van 8-12 jaar*. Afstudeerscriptie Opleiding Creatieve Therapie, Stenden Hogeschool.
- Visser, H. (2009), In: *Schweizer Uit de verf, Handboek beeldende therapie*, Houten, Bohn Stafleu v. Loghum.
- Yperen v., T. en Veerman, J.W. (red.) (2008) *Zicht op effectiviteit.*, Delft, Uitgeverij Eburon.