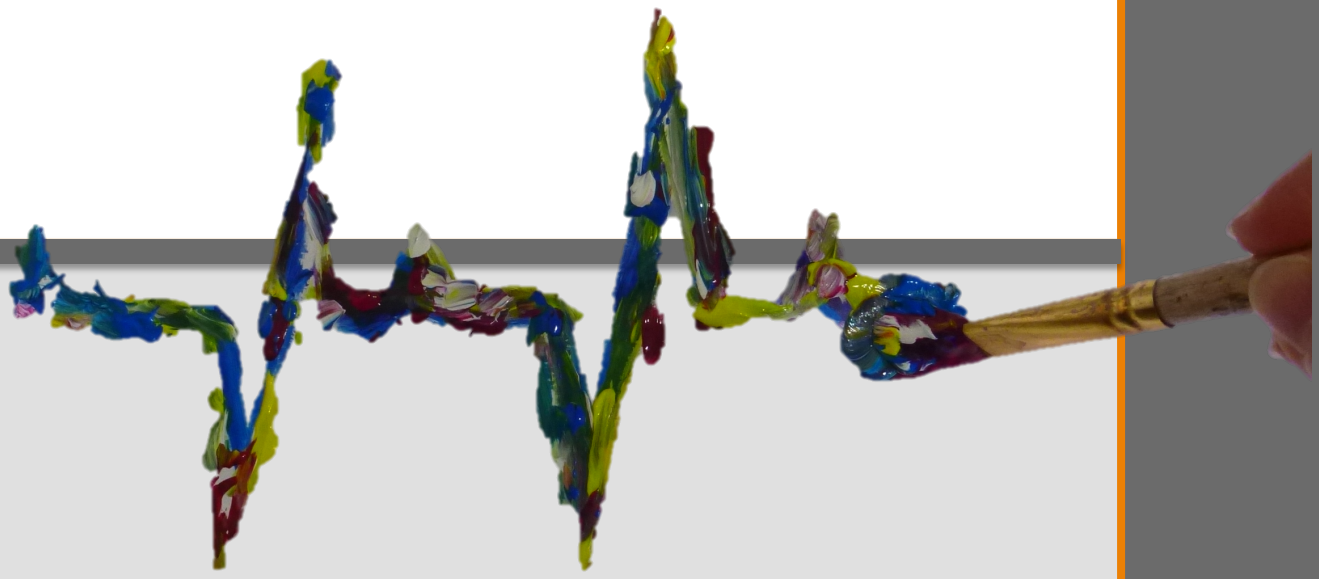
20 december 2016

De Psychofysiologie van Beeldende Therapie

Een inventariserend onderzoek naar de attitude van beeldend therapeuten tegenover het verkrijgen van kennis over beeldende therapie aan de hand van psychofysiologische metingen

Lisa Luchtenberg



Studentnummer: 1582739
Creatieve Therapie beeldend
Hogeschool Utrecht te Amersfoort
In opdracht van KenVaK, Creative Minds
Consulent: Gemmy Willemars
Eerste beoordelaar: Huub Notermans
Tweede beoordelaar: Diane Kelderman
Afstudeeropdracht met focus op onderzoek

Samenvatting

Meer bewijs is nodig voor de effectiviteit van beeldende therapie om de toekomst van het vak veilig te stellen. Een innovatieve manier om meer evidence te krijgen voor beeldende therapie is psychofysiologisch meten. Bij psychofysiologische metingen worden lichamelijke reacties gekoppeld aan psychische processen. Hierbij kan gedacht worden aan hersengolven (via EEG), hartslag en hartslagvariabiliteit (via ECG) en zweetproductie (via huidgeleiding). Om te kijken hoe deze wetenschappelijke manier van onderzoeken in de praktijk valt, is onderzocht welke attitude beeldend therapeuten hebben ten opzichte van het verkrijgen van kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies door middel van psychofysiologische metingen. Middels 87 ingevulde vragenlijsten en 3 interviews met beeldend therapeuten is data verzameld, die zowel op een kwalitatieve als kwantitatieve manier geanalyseerd is. Hieruit is geconcludeerd dat de attitude van beeldend therapeuten aftastend, maar positief is omtrent het vergaren van kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies aan de hand van psychofysiologische metingen. Dit met name ter onderbouwing en evidence based maken van beeldende therapie. Ook wordt er positief aangekeken tegen de mogelijke toepassingen in de praktijk met wearables. Ondanks de positieve attitude, weten beeldend therapeuten niet goed wat psychofysiologische metingen kunnen betekenen voor de praktijk. Concrete en praktijkgerichte informatie is nodig om de aanwezige afstand te verkleinen die het onderwerp heeft van de praktijk. Op deze wijze zal de kennis over beeldende therapie verkregen met psychofysiologische metingen optimaal benut kunnen worden.

Abstract

More evidence is needed to prove the effectiveness of art therapy to secure the future of the profession. Psychophysiological measures are an innovative way to obtain more evidence for art therapy. These measures can connect physiological responses to psychological processes. Examples of psychophysiological measures are brain activity (via EEG), heart rate and heart rate variability (via ECG) and sweat production (via skin conductance). To see how this scientific approach of research is received in the field of art therapy, this study examines which attitude art therapists have towards obtaining knowledge of the underlying mechanisms of art therapeutic interventions via psychophysiological measures. The data is obtained by 87 surveys and 3 interviews with art therapists and analysed in a qualitative and quantitative way. The results showed that the attitude of art therapists is tentative, but positive towards obtaining knowledge about the underlying mechanisms of art therapeutic interventions via psychophysiological measures. Mainly with the purpose to create a better scientific and evidence based foundation of art therapy. The results also showed that art therapists have a positive attitude towards the possible implementation of wearables in the field. Despite their positive attitudes, they do not have much knowledge about the meaning that psychophysiological measures could have for art therapy. Concrete practical information is needed for art therapists to reduce the distance between the scientific field and the practical field. In this way the knowledge obtained in scientific research can be used optimally in the art therapy practice.

Voorwoord

Ik heb prachtige ontwikkelingen gezien bij cliënten tijdens mijn stages in de beeldende therapie, maar vaak dacht ik: wat gebeurde er nu precies? Wat werkte hier en waarom? Naast dat ik het persoonlijk als beeldend therapeut van belang vind om te begrijpen wat er daadwerkelijk gebeurt bij de cliënt door het inzetten van beeldend therapeutische interventies, vragen ook externen om bewijzen te verkrijgen over de effectiviteit van beeldende therapie. Wetenschappelijk bewijs verkrijgen is dan ook van belang om het vak evidence based te krijgen.

Ik vond biologische processen van de mens altijd erg interessant en in mijn tweede jaar van de opleiding begon ik geïnteresseerd te raken in het menselijk brein. Ik vond het jammer dat er tijdens de lessen maar weinig op ingehaakt werd, wat resulteerde in het zoeken naar een minor in die richting. Uiteindelijk vond ik een voor mij geschikte minor bij de Universiteit Utrecht, genaamd: Brains & Bodies. De eerste cursus bracht mij basiskennis bij van de cognitieve neurowetenschap. Ik houd ervan om mij te verdiepen in theorieën en kon hier volledig mijn hart ophalen. Een latere cursus ging in op emoties en communicatie. In deze cursus kwam ik in aanraking met psychofysiologische metingen en wat dat kan zeggen over emoties. Ik vond de gehele minor erg inspirerend en ik probeerde theorieën, met meer en minder succes, te koppelen aan beeldende therapie. Toen wist ik zeker dat ik in mijn afstudeeronderzoek iets wilde doen met de kennis verkregen uit de minor. Daarnaast merkte ik dat ik zelf erg enthousiast was over de lichamelijke effecten die beeldende therapie kan hebben, maar dat medestudenten ondanks hun interesse het ingewikkeld vonden en er daardoor niet zoveel van hoefde te weten. Dit droeg eraan bij dat ik benieuwd was hoe beeldend therapeuten aankijken tegen dit soort onderwerpen.

Toen ik in aanraking kwam met het project Creative Minds van KenVaK, was ik direct enthousiast over waar zij mee bezig zijn: dat was waar ik zo naar op zoek ben! Creative Minds onderzoekt welke onderzoeksvragen relevant zijn en op welke wijze psychofysiologische metingen ingezet kunnen worden binnen vaktherapie (KenVaK, 2015). Aangezien dit een totaal nieuwe benadering is binnen vaktherapie, wilde Creative Minds weten hoe beeldend therapeuten tegen dit onderwerp aankijken. Dat was een mooie taak voor mij! Hiermee kon ik mijn interesse, mijn major en mijn minor perfect combineren.

Ik heb mij vol overgave gestort in dit onderzoek. Na een paar maanden hard werken, kan ik tevreden terugkijken op het onderzoek. De ondersteuning en hulp van anderen was daarin onmisbaar. Als eerste wil ik Dimphy Fikke bedanken, de begeleider vanuit de opdrachtgever Creative Minds. Zij heeft mij geholpen in het verbeteren van de vragenlijst, ondersteuning geboden in het kwantitatieve stuk van dit onderzoek en verschillende documenten voorzien van feedback. Daarnaast bedank ik Susan van Hooren, die als lector van KenVaK op de achtergrond meegekeken heeft en een aantal documenten van feedback heeft voorzien. Gemmy Willemars, consulent vanuit de HU, heeft onderzoeksmatig ondersteund. Ik kon altijd met vragen over onderzoek bij haar terecht. Bedankt voor al je behulpzame en complimenteuze feedback. Ik wil Tineke van der Meer (vanuit de HU bibliotheek) bedanken voor haar hulp in het zoeken naar bronnen en op de juiste manier vermelden ervan. Zonder alle motivatie, steun, ideeënuitwisseling en kopjes koffie met mijn medestudenten en coachgroep was dit onderzoek nooit zo geworden als dat hij nu voor u ligt. Ontzettend bedankt daarvoor. Het grote geduld en aanmoediging van mijn vrienden heeft mij ondersteund tijdens het onderzoek. Ondanks dat ik niet zoveel tijd voor jullie had, waren jullie super lief voor mij. Dankjewel daarvoor. Specifiek wil ik Charlotte bedanken die daarnaast zowel de vragenlijst als dit onderzoeksverslag nagekeken heeft op type- en spellingsfouten. Ook wil ik de beeldend therapeuten bedanken die mijn onderzoek geëvalueerd en daarmee verbeterd hebben. Als laatste gaat mijn dank uit naar alle beeldend therapeuten die ik heb mogen interviewen of die de vragenlijst hebben ingevuld. Zij zijn de kern van dit onderzoek en geheel onmisbaar. Bedankt!

Lisa Luchtenberg
Beeldend therapeut i.o.

Inhoudsopgave

INLEIDING 4

1. INHOUDELIJKE ORIËNTATIE 5

1.1. PSYCHOFYSIOLOGIE 5
1.2. LICHAAM EN GEEST 5
1.3. HET ZENUWSTELSTEL 5
1.4. AROUSAL 6
1.5. PSYCHOFYSIOLOGISCH METEN 7
1.6. DRAAGBARE MEETAPPARATUUR IN DE PRAKTIJK: WEARABLES 8
1.7. PSYCHOFYSIOLOGIE EN PSYCHOPATHOLOGIE 8
1.8. PSYCHOFYSIOLOGISCHE METINGEN RONDOM BEELDENDE THERAPIE 9
1.9. ONBEWUSTE PROCESSEN IN BEELDENDE THERAPIE 11

2. ONDERZOEKSKWESTIE 13

3. HOOFDVRAAG, DEELVRAGEN EN DOELSTELLING 14

3.1. HOOFDVRAAG 14
3.2. DEELVRAGEN 14
3.3. DOELSTELLING 14

4. ONDERZOEKSMETHODE 16

4.1. DATABRONNEN EN DATAVERZAMELINGSTECHNIEKEN 16
4.2. DATAVERZAMELINGSMETHODE 17
4.3. DATA-ANALYSE 18
4.4. KWALITEITSCRITERIA 19

5. RESULTATEN 21

5.1. HUIDIGE KENNIS EN BEHOEFTE 21
5.2. KENMERKEN 24
5.3. INTERVENTIES AANPASSEN 25
5.4. TE ONDERZOEKEN CONDITIES 26
5.5. MOGELIJKHEDEN IN BEHANDELING 27

6. DISCUSSIE EN CONCLUSIE 28

7. AANBEVELINGEN 31

8. BRONNENLIJST 32

BIJLAGEN 35

BIJLAGE 1. HBO GEDRAGSCODE 35
BIJLAGE 2. FLYER VRAGENLIJST 36
BIJLAGE 3. OPROEP VRAGENLIJST NVBT 37
BIJLAGE 4. OPROEP VRAGENLIJST VIA SOCIAL MEDIA 38
BIJLAGE 5. DIGITALE VRAGENLIJST 39
BIJLAGE 6. DATA VRAGENLIJSTEN 46
BIJLAGE 7. INTERVIEWSCHEMA 87
BIJLAGE 8. TRANSCRIPTIES INTERVIEWS 89
BIJLAGE 8.1. TRANSCRIPTIE INTERVIEW 1 89
BIJLAGE 8.2. TRANSCRIPTIE INTERVIEW 2 94
BIJLAGE 8.3. TRANSCRIPTIE INTERVIEW 3 99

Inleiding

De effectiviteit van beeldende therapie is wetenschappelijk nog maar weinig bewezen (Haeyen, van Hooren & Hutschemaekers, 2015). Er wordt echter steeds meer gevraagd om onderzoek (Smeijsters, 2008). In 2015 heeft Zorginstituut Nederland vastgesteld dat er nationaal en internationaal te weinig bewijs is voor de meerwaarde van vaktherapie. Ze willen bewijs zien dat vaktherapie effectief is. In het jaar 2018 zal het Zorginstituut bekijken hoe het ervoor staat met de (wetenschappelijke) evidence. Vervolgens zal in het jaar 2020 besloten worden of er voldoende bewijs bestaat voor de effectiviteit van vaktherapie om nog binnen het basispakket te mogen vallen (Borgesius & Visser, 2015). Ook bezuinigingen en de marktwerking in de zorg maken dat bijvoorbeeld zorgverleners kritischer omgaan met hun bestedingen of vergoedingen (van Hooren, 2013). Zij zijn geïnteresseerd in informatie over efficiëntie en effectiviteit (Schweizer et al., 2009) en geven alleen geld uit als bewijs getoond kan worden. Met name de effectiviteit van het ervaringsgerichte werken in een medium is daarvoor van belang, aangezien verbale therapieën dit niet hebben. Alle vaktherapeuten ervaren wel dat vaktherapie werkt (Malchiodi, 2012). Van Hooren (2013) noemt dit intuïtieve weten dat het werkt 'face validity'. Face validity is echter niet voldoende volgens het Zorginstituut en ook de verzekeringen nemen hier geen genoegen mee. Er zal meer (wetenschappelijk) onderzoek moeten plaatsvinden rondom de werking van vaktherapie, met name rondom het medium, wat vaktherapie onderscheid van de andere (psycho)therapieën.

Een manier om meer wetenschappelijk inzicht en bewijs te krijgen over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen zijn psychofysiologische metingen. Psychofysiologische metingen zijn metingen aan het lichaam, waar psychische processen mee in verband gebracht kunnen worden. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan hersengolven, hartslag en zweten.

Dit onderzoek is gedaan in opdracht van Creative Minds, een onderzoeksproject van KenVaK. Het lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) houdt zich bezig met het vermeerderen, vergroten en implementeren van kennis van vaktherapie ten behoeve van het onderwijs en de praktijk. Hierin werken de verschillende hogescholen die in vaktherapie onderwijzen samen. Creative Minds bekijkt welke onderzoeksvragen relevant zijn en onderzoekt op welke wijze psychofysiologische metingen ingezet kunnen worden binnen vaktherapie (KenVaK, 2015). Aangezien dit een totaal nieuwe manier van meten is binnen vaktherapie, is het van belang om te kijken hoe de beroepsgroep hierin staat. In verband met de eigen discipline is gekozen het onderzoek niet op alle vaktherapeuten te richten, maar specifiek op beeldend therapeuten. Hoe kijken beeldend therapeuten aan tegen psychofysiologische metingen? Wat vinden ze van deze wetenschappelijke benadering? En bestaat er een behoefte om meer te weten te komen over psychofysiologische metingen en hun betekenis voor de beeldende therapie praktijk? Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de attitude van beeldend therapeuten ten opzichte van het verkrijgen van kennis over beeldende therapie met psychofysiologische metingen. Daarnaast wordt ook gekeken wat beeldend therapeuten vinden van de toepassing van psychofysiologische metingen in de praktijk.

Psychofysiologisch meten is een relatieve nieuw onderwerp binnen vaktherapie. In de inhoudelijke oriëntatie wordt een verkenning gegeven op het onderwerp aan de hand van verschillende thema's (hoofdstuk 1). In het tweede hoofdstuk wordt vanuit deze inhoudelijke oriëntatie de onderzoekskwestie geformuleerd. Hieruit vloeien de hoofdvraag en deelvragen voort (hoofdstuk 3). In hetzelfde hoofdstuk wordt stilgestaan bij de doelstelling van dit onderzoek. Vervolgens wordt in het vierde hoofdstuk aandacht bestaat aan de onderzoeksmethode, waarin beschreven wordt hoe het onderzoek is uitgevoerd. De resultaten van de data-analysen worden daarna uitgewerkt (hoofdstuk 5). Hierin wordt het antwoord op de verschillende deelvragen gegeven. In de discussie en conclusie wordt teruggekeken op het onderzoek, er worden interpretaties van de data gegeven met ondersteuning van literatuur en afgesloten met een conclusie waarbij antwoord gegeven wordt op de hoofdvraag. Als laatste zijn aanbevelingen opgenomen die op basis van de resultaten en conclusie van dit onderzoek geformuleerd zijn.

1. Inhoudelijke oriëntatie

In deze inhoudelijke oriëntatie wordt het gebied rondom psychofysiologische metingen en beeldende therapie verkend. Er zal eerst ingegaan worden op verschillende begrippen en onderwerpen die belangrijk zijn binnen de psychofysiologie, zoals lichaam en geest, het zenuwstelsel en arousal. Daarna wordt stilgestaan bij de praktijk: hoe er gemeten kan worden en wat er bekend is over psychofysiologische metingen voor de psychopathologie en beeldende therapie. Als laatste komen onbewuste processen in beeldende therapie aan bod, aangezien psychofysiologische metingen juist meer kunnen zeggen over het onbewuste of niet-cognitieve.

1.1. Psychofysiologie

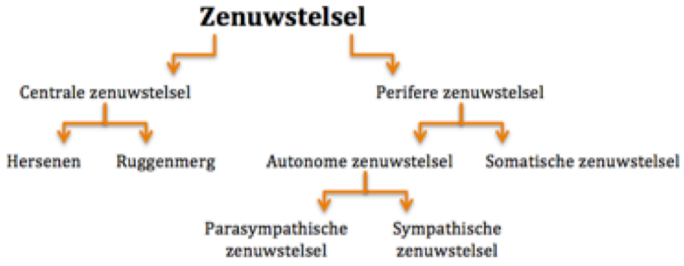
De psychofysiologie is een "wetenschap die zich bezighoudt met de fysiologische basis van psychische processen" (Psychofysiologie, z.d.). Dit betekent dat er via het lichaam gekeken wordt naar psychische processen. Het veld van de psychofysiologie valt te categoriseren binnen biologische benaderingen van de psychologie (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). De psychofysiologie neemt aan dat menselijke waarnemingen, gedachten, emoties en handelingen belichaamd (in het lichaam) en embedded (in natuurlijke en sociale omgeving) zijn. Het meten van brein en lichaam geeft informatie over de menselijke geest (Cacioppo, Tassinary & Berntson, 2007). In de psychofysiologie worden er metingen aan het lichaam van de mens verricht, die niet invasief zijn. Te denken valt aan verandering in hartslag, bloeddruk, zweetproductie, spierspanning, pupilgrootte, cortisolniveau in speeksel, hersengolven, ademhaling en andere lichamelijke veranderingen (Stern, Ray & Quigley, 2001). Onder het kopje over psychofysiologisch meten wordt verteld hoe deze veranderingen te meten zijn.

1.2. Lichaam en geest

Al eeuwenlang wordt de interactie tussen lichaam en geest bestudeerd (Stern, Ray & Quigley, 2001). Hoe deze interactie gezien wordt, verschilt. Zo beweert de welbekende dualistische visie dat lichaam en geest twee verschillende substanties zijn die interacteren. Spinoza dacht dat lichaam en geest twee verschillende manieren waren van benoemen of verklaren, maar dat het niet twee verschillende dingen zijn. Het reductionisme gaat nog een stap verder en zegt dat al het geestelijke terug te brengen valt naar het fysieke of lichamelijke (Ward, 2015). Monisme (waar reductionisme onder valt) heeft binnen de psychofysiologie het dualisme vervangen, aangezien het waarschijnlijker is dat psychologische processen gerepresenteerd worden in en door corticale regio's, limbische regio's en de hersenstam, die autonome-, neurohormonale- en immuun activiteit beïnvloeden. Informatie die binnenkomt bij de zintuigen gaat via het perifere zenuwstelsel naar het centrale zenuwstelsel, om brein en gedrag in sociale contexten te beïnvloeden (Cacioppo, Tassinary & Berntson, 2007). Los van al deze theorieën worden voor de concepten 'lichaam' en 'geest' verschillende talige benamingen gebruikt. Door het gebruiken van verschillende benamingen voor de concepten, blijft een vorm van dualisme gesuggereerd. Hierdoor is het lastig om dit anders te zien. In beeldende therapie wordt door de cliënt ervaren in het medium en dus het gebruik van het lichaam ingezet om geestelijke veranderingen te bewerkstelligen. "Zelfs de meest gerichte therapeutische interventie spreekt de cliënt aan op een diep lichamelijk gewaarwordingsniveau…" (Schweizer, 2009, p. 71). Het fysiologische en psychische hebben in de beeldende therapie dus beide een plek. Of ze nu als eenzelfde gezien moeten worden of als aparte concepten, duidelijk is dat ze interacteren.

1.3. Het zenuwstelstel

Om te kunnen begrijpen wat er psychofysiologisch gemeten kan worden en wat er gemeten wordt, is het van belang enig begrip te hebben van het zenuwstelsel. De connectie tussen lichaam en geest bevindt zich namelijk in het zenuwstelsel. Het centrale zenuwstelstel bevat de hersenen en het ruggenmerg, die organen en ledenmaten via het perifere zenuwstelsel prikkelt. Het perifere zenuwstelsel, dat vrijwillig en onvrijwillig reageert op de omgeving, valt onder te verdelen in het autonome- en somatische zenuwstelsel. Het somatische zenuwstelsel zorgt ervoor dat zintuigelijke informatie naar het centrale zenuwstelsel gebracht wordt en regelt vrijwillige bewegingen, zoals het bewegen van je hoofd of het bekijken van een schilderij. Het autonome zenuwstelsel is verantwoordelijk voor onvrijwillige reacties op stimuli, homeostase en behoudt normaal functioneren van het lichaam (Hass-Cohen & Carr, 2008). Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan dat het hart



Figuur 1. Het zenuwstelsel

sneller gaat pompen wanneer je de trap oploopt, zodat je spieren voldoende zuurstof krijgen om de top van de trap te bereiken. Het autonome zenuwstelsel bestaat uit het sympathische en parasympathische zenuwstelsel. Het sympathische zenuwstelsel ondersteunt en bereidt het lichaam voor op (spier)activiteit. Het wordt dan ook wel de 'fight or flight' respons genoemd van het autonome zenuwstelsel. Stel je bent in gevaar, dan is het van groot belang dat je snel kan vechten of wegrennen. Om dit te kunnen doen zorgt het sympathische zenuwstelsel voor voldoende middelen, zoals zuurstof en glucose. Dit kan betekenen dat de adem en hartslag versnellen en je gaat zweten (om het lichaam op temperatuur te houden). Ook kan het processen stoppen, zoals de vertering. Het lichaam heeft niet voldoende energie om alle spieren van energie te voorzien en de vertering op gang te houden. Vandaar dat sporten na een maaltijd niet zo handig is. Het parasympathische zenuwstelsel, ook wel 'rest and digest' respons genoemd, doet ongeveer het tegenovergestelde van het sympathische zenuwstelsel. Het sympathische zenuwstelsel laat bijvoorbeeld het hart sneller en harder kloppen, de ademhaling versnellen, verminderd speeksel aanmaak en vergroot de pupillen; terwijl het parasympathische zenuwstelsel er voor zorgt dat het hart minder snel er hard klopt, de ademhaling trager wordt, speeksel toeneemt en de pupillen verkleinen. Als sympathische activatie afneemt, stijgt de parasympatische activatie. Ze zijn altijd beide 'aan', maar in meer of mindere mate actief. Toch zijn het twee onafhankelijke systemen van elkaar die niet geheel het tegenovergestelde doen. Zo kan sympathische activatie ervoor zorgen dat haartjes rechtovereind gaan staan, controleert de zweetklieractiviteit en de beheerst de staat van de meeste aders. Parasympathische activiteit heeft hier niet echt invloed op. Daarentegen heeft sympathische activatie amper invloed op het verteringssysteem (Shiota & Kalat, 2012).

1.4. Arousal

Bij (onbewuste) dreiging bereidt het fight or flight respons (sympathische zenuwstelsel) het lichaam voor op motorische actie: het arousalsysteem. Dit zijn verschillende fysiologische reacties (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). Fysiologisch gezien refereert arousal aan een toename van fysiologische activiteit, wat te maken heeft met activatie van het centrale en perifere zenuwstelsel (Mayes, 2000). Dit uit zich bijvoorbeeld in een verhoging van de hartslag. Emoties kunnen zorgen voor een dergelijke fysiologische activatie. Op die wijze helpen emoties om te overleven (Shiota & Kalat, 2012). Arousal theorie zegt dat fysiologische reacties beschreven kunnen worden als aspecten van breinactiviteit of prikkels, die zowel metingen aan het centrale als autonome zenuwstelsel beïnvloeden. Daarbij heeft het fysiologische aspect een psychologische betekenis (Matthews, 2006). Er kunnen verschillende aspecten verstaan worden onder arousal, namelijk: de gevoeligheid voor interne en externe stimuli, een toename van willekeurige motorische activiteit en een toename van emotionele responsiviteit (Sietsma & van den Bos, 2016). Zo hebben interne stimuli, als de stadia van slapen en wakker of alert zijn (Maya, 2000; Matthews, 2006) invloed op arousalsystemen. Andere interne stimuli zijn bijvoorbeeld gedachten, herinneringen of lichamelijke veranderingen. Zintuigelijke gewaarwordingen vallen onder externe stimuli (Sietsma & van den Bos, 2016). Per individu kan arousalregulatie door genetische aanleg en ervaring verschillen (Mayes, 2000). Berger (aangehaald in Cacioppo, Tassinary & Berntson, 2007) associeerde breingolven gemeten met EEG voor het eerst met mentale processen, inclusief arousal, geheugen en bewustzijn.

Mentaliseren heeft te maken met het reageren op anderen in een sociale context. Voor het interpreteren van gedrag, bijvoorbeeld een houding of gezichtsuitdrukking, is inlevingsvermogen nodig en het kunnen scheiden van de eigen interne wereld met de realiteit: weten dat eigen gedachten en gevoelens niet overeenkomen met de realiteit en dat anderen deze niet zozeer kunnen waarnemen. Mentaliseren gaat dus over het lezen van gedachten, gevoelens en lichaamstaal, wat vooral non-verbaal gebeurt. Een goede balans tussen denken en voelen is nodig om optimaal te kunnen mentaliseren. Het is essentieel om te kunnen blijven denken over het voelen. Vanuit het mentaliseren wordt arousal gezien als een verhoogde spanning en alertheid, waarbij iemand volledig in het gevoel zit. Bij te weinig arousal wordt er te weinig gevoeld (Verfaille, 2011). Bij intense emotionele arousal, ofwel een te hoog spanningsniveau, wordt het mentaliseren uitgeschakeld. Dit is een instinctief en snel gedragspatroon. Het fight or flight respons wordt geactiveerd. Mentaliseren is een langzamer

proces. Vanuit evolutionair perspectief was de snelle reactie van een fight or flight respons nuttig, namelijk in veiligheid komen. Maar door interne stress (dus een niet zozeer bedreigende situatie) worden dezelfde mechanismen in werking gebracht en het mentaliseren dus onnodig gestopt (Allen, Fonagy en Bateman, 2008).

1.5. Psychofysiologisch meten

Arousal kan gemeten worden op een subjectieve en objectieve wijze. Bij een subjectieve wijze wordt gemeten aan de hand van vragenlijsten. Bij een objectieve wijze wordt gebruik gemaakt van fysiologische metingen (Sietsma & van den Bos, 2016). Dit onderzoek richt zich op deze fysiologische metingen. Hierbij wordt de toename of afname van arousal gemeten en vervolgens aan psychische processen gekoppeld. Arousal kan ook in EEG geregisterd worden, maar in EEG worden ook veel andere processen geregistreerd, waardoor niet altijd gesproken kan worden over arousal in EEG metingen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 7 oktober 2016). In dit onderzoek wordt arousal vooral gezien als aanwezig bij metingen in het perifere zenuwstelsel, zoals met huidgeleiding en hartslag.

Er bestaan verschillende soorten meetinstrumenten om psychofysiologische metingen te verrichten. Bij metingen aan het centrale zenuwstelsel kan gebruik worden gemaakt van EEG (electroencephalography) en beeldvormende technieken, zoals MRI (Magnetic Resonance Imaging). Aan de hand van beeldvormende technieken kunnen een soort afbeeldingen van het centraal zenuwstelsel worden gemaakt (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). Beeldvormende technieken zijn geen psychofysiologische metingen.

Bij EEG worden elektrodes op verschillende plekken op het hoofd geplaatst, zodat hersengolven gemeten kunnen worden. Deze hersengolven zijn waar te nemen doordat neuronen een elektrisch signaal produceren (wanneer er veel tegelijkertijd actief zijn) als ze informatie aan elkaar overdragen (Shiota & Kalat, 2012). Met EEG wordt vooral de activatie in de buitenste schors gemeten en niet dieper gelegen gebieden in de hersenen. EEG is een relatief praktisch meetinstrument. Een nadeel is dat de spatiële resolutie niet zo goed is. Hiermee wordt bedoeld dat de elektrode op een bepaalde plek niet heel nauwkeurig het onderliggende hersengebied meet, maar ook activiteit op kan vangen uit andere hersengebieden. De temporele resolutie, nauwkeurigheid in tijd, is daarentegen erg goed (Ward, 2015). Er kunnen verschillende golven worden opgevangen met EEG, dit zijn: delta, theta, alfa, bèta (1 en 2) en gamma. De volgorde zoals hier staat opgesomd gaat van lage activiteit (slaap), naar hoge activiteit (alert). Delta golven komen vooral voor in diepe slaap, gamma golven zijn aanwezig wanneer iemand extreem gespannen of alert is (Engelbert & Heiendael, 2016).

EEG is een psychofysiologische meting, maar heeft ook raakvlakken met beeldvormend onderzoek, zoals fMRI. Met fMRI wordt er aan de hand van een groot apparaat (MRI scanner), waar iemand in moet liggen, de hoeveelheid zuurstof in een breingedeelte gemeten. In tegenstelling tot EEG kunnen ook de dieper gelegen structuren ‘bekeken’ worden en het heeft een veel betere spatiële resolutie. Echter is de temporele resolutie minder, zijn de kosten veel hoger en vraagt dit meetinstrument ook om meer kennis van de onderzoeker, waardoor fMRI niet zomaar tot de beschikking van een onderzoeker ligt. Bij een MRI scan worden de hersenen in kaart gebracht, terwijl met fMRI de activatie van een gedeelte van de hersenen bekeken kunnen worden (Ward, 2015). In het tweede geval kan het dus ook gekeken worden naar de temporele resolutie. Ander beeldvormend onderzoek wordt gedaan met bijvoorbeeld PET, CT, SPECT (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010) of MEG (Ward, 2015). Hier wordt verder niet op ingegaan, aangezien het geen psychofysiologische metingen zijn.

De spierspanning (Mayes, 2000), hartslag, hartslagvariabiliteit, bloeddruk, vingertemperatuur, ademsnelheid, -diepte en –volume, pupilgrootte en zweetproductie kunnen ook gemeten worden. Dit zijn psychofysiologische metingen aan het autonome zenuwstelsel (Shiota & Kalat, 2012).

De hartslag (aantal slagen per minuut) en hartslagvariabiliteit (gemiddelde tijd tussen samentrekkingen in een bepaalde tijdperiode) kan op verschillende manieren gemeten worden. De meest voor de hand liggende manier is het plaatsen van sensoren op de borst. Het hart produceert een lichte elektrische activiteit bij het samentrekken die de sensoren kunnen opvangen. Deze samentrekkingen in het hart in kunnen kaart gebracht worden met een zogenoemde ECG (elektrocardiogram) (Shiota & Kalat, 2012).

Bij huidgeleiding wordt arousal gemeten aan de hand van zweet. De mens bevat veel water, wat goed geleidt voor elektriciteit. Bij huidgeleiding worden sensoren op de vingers geplaatst. Bij één van de sensoren wordt een klein elektrisch signaal verstuurd, dat niet voelbaar is voor de persoon die deze sensoren op zijn vingers heeft. Bij meer zweetproductie is er een kleine verhoging van de geleiding en is het elektrische signaal dus sneller bij de andere sensor. De onderzoeker meet hoe lang het duurt voordat het signaal bij de andere sensor is (Shiota & Kalat, 2012). Op deze wijze kan aan de hand van zweetproductie worden gemeten hoeveel arousal er plaatsvindt van het sympathische

zenuwstelsel. Het is, op huidgeleiding na, niet mogelijk om te zeggen of de verandering in arousal te maken heeft met activatie van het sympathische of parasympathische zenuwstelsel. Het parasympathische zenuwstelsel heeft geen invloed op zweetproductie, daarom is er bij huidgeleiding te zeggen dat de activatie van het sympathische zenuwstelsel wordt gemeten.

1.6. Draagbare meetapparatuur in de praktijk: wearables

Draagbare technologie maakt het tegenwoordig mogelijk om continu fysiologische gegevens te verzamelen van een drager. Al deze sensoren en apparaten die op het lichaam gedragen kunnen worden, heten 'wearables'. Dit kunnen bijvoorbeeld polsbandjes zijn. Wearables kunnen allerlei fysieke metingen doen, zoals hartslagvariabiliteit, huidgeleiding, ademhalingsfrequentie en beweging vaststellen. Ook kunnen ze een ECG en EEG maken. Binnen ziekenhuissetting en topsport worden wearables al ingezet. Ook binnen wetenschappelijk psychologisch onderzoek wordt er steeds meer gebruik van gemaakt. Voor toepassing in de klinische praktijk zijn nog wat beperkingen te overwinnen. Zo geven niet alle wearables exact dezelfde gegevens aan, al wordt dit met de jaren beter. Daarnaast wordt er erg veel informatie verzameld, dat allemaal op een juiste manier geanalyseerd en geïnterpreteerd dient te worden. Ook hiervoor zijn statistische technieken in ontwikkeling. Echter zijn er inter- en intrapersoonlijke verschillen, wat het lastig maakt voor deze technieken om de gegevens juist te analyseren en overzichtelijk te maken. Softwareprogramma's zijn nodig om iets met de gegevens te kunnen doen. Dit geldt ook voor mobiele applicaties, zodat eventueel gewenste terugkoppeling aan de drager gegeven kan worden. Ondanks dat wearables nuttig en betrouwbaar zijn binnen onderzoek, is nog niet bewezen dat ze een goede bijdrage leveren aan de klinische praktijk. Daarbij komt ook kijken dat in de huidige praktijk klinisch psychologen nog niet over de juiste vaardigheden beschikken om wearables in te zetten binnen bestaande methodieken. Toekomstmogelijkheden worden gezien op het gebied van preventie en aanpak voor een burn-out op de werkvloer, in de gaten houden van cliënten met een depressie tijdens de behandeling, behandeling van paniekstoornissen (aangezien cliënten een paniekaanval niet voelen aankomen, maar er wel fysiologische veranderingen waar te nemen zijn) en behandeling van een eetbuistoornis (stress is vaak een trigger voor een eetbui) (van Daele & Vanhoomissen, 2015). Het in kaart brengen van het individuele klachtenpatroon van een cliënt (diagnostiek), de medicatie en het gebruik beter afstemmen, meer inzicht in de kwaliteit en het effect van behandelingen en het tussentijds bijsturen (Grolleman & Verkerk, 2016) zijn veelbelovend voor de GGZ. Voor beeldende therapie zijn, op het afstemmen van medicatiegebruik na, dit ook interessante mogelijkheden. De toenemende interesse in het gebruik van wearables, maar ook andere technologische metingen (denk aan registraties via mobiele applicaties) in de geestelijke gezondheidszorg, is ook te merken aan de bijeenkomsten die georganiseerd worden. Zo werd er op 28 januari 2016 een studiedag 'Wearables in Geestelijke Gezondheidszorg' in Antwerpen georganiseerd (Vanhoomissen, 2016) en op 16 juni 2016 de bijeenkomst 'Naar een persoonlijke GGZ met zelfmonitoring en big data' in Ede (Grolleman & Verkerk, 2016).

1.7. Psychofysiologie en psychopathologie

Zoals eerder beschreven kan arousal verschillen per individu. Ervaringen, genetische aanleg en ook het slaap-waakritme hebben er invloed op (Mayes, 2000). Daarnaast kunnen zich stoornissen voordoen op het gebied van arousal. Dit kan zich voordoen in de vorm van een verhoogde arousal, hyperarousal, of een verlaagde arousal, hypoarousal (Sietsma & van den Bos, 2016). Een hoge arousal doet zich bijvoorbeeld voor bij erg emotioneel zijn. Dit zorgt ervoor dat het mentaliseren stopt, net als wanneer er te weinig wordt gevoeld (Verfaille, 2011). Een balans is dus van belang. Het beperkte vermogen om te mentaliseren, speelt bijvoorbeeld in de borderline persoonlijkheidsstoornis een centrale rol (Allen, Fonagy en Bateman, 2008). Maar ook bij mensen met een andere psychische aandoening is de balans niet altijd goed: ze voelen te veel of te weinig. Sommige psychische stoornissen gaan gepaard met verschillen in psychofysiologie en arousal [1]. Zo komt een huidgeleidingsrespons voor bij mensen met schizofrenie die zich kenmerken met positieve symptomen, zoals wanen en hallucinaties. Deze huidgeleidingsrespons ontbreekt bij schizofreniepatiënten die vooral last hebben van negatieve symptomen, zoals passiviteit en affectief vlak zijn. Antipsychotica heeft weinig effect bij deze laatste categorie. Ook bij andere psychische stoornissen, zoals depressie en autisme, gaat het ontbreken van een huidgeleidingsrespons gepaard met negatieve symptomen. Het is niet bekend wat de psychologische betekenis is van het ontbreken

[1] De afwijkingen in psychofysiologie en arousal die hier genoemd worden, zijn een grove omschrijving. Psychopathologie is erg breed en arousal kan daarbij op verschillende wijzen een rol spelen.

van het huidgeleidingsrespons. Er wordt wel aangenomen dat dit te maken heeft met een verstoring van de aandachtsfunctie. Dit komt waarschijnlijk door kleine beschadigingen in bepaalde hersengebieden. Deze kleine afwijkingen in de hersenen komen vooral voor bij schizofreniepatiënten zonder huidgeleidingsrespons. Mogelijk hangen hallucinaties samen met onregelmatigheden in EEG frequenties. Wat vooral kenmerkend is voor ernstig depressieve mensen, is het afscheiden van meer cortisol (stresshormoon). Wat, zoals eerder genoemd, te meten is in speeksel. Mensen die erg angstig zijn of een angststoornis hebben, zijn vaak constant 'hyperaroused'. Zij zijn zich niet altijd bewust van hun psychofysiologische reacties. Angstige mensen hebben vaak meer fluctuatie in hartslag en huidgeleidingsrespons. Normaal gesproken verzwakt en/of verdwijnt de psychofysiologische respons op een (onplezierige) stimulus na een tijdje. Dit wordt habituatie genoemd. Hoe angstiger iemand is, hoe langzamer de habituatie en hoe sneller fluctuatie in hartslag en huidgeleidingsrespons.

Psychofysiologische metingen kunnen gebruikt worden om naar de effecten van een behandeling van mensen met een psychische aandoening te kijken. Zo kunnen de metingen informatie geven over de intensiteit van een emotie, bijvoorbeeld het meten van de hartslag van mensen met een posttraumatische-stressstoornis bij angstige stimuli. Aan de hand daarvan kan gekeken worden of de behandeling de fysiologische reacties op een stimulus verminderd. Daarnaast kunnen psychofysiologische metingen direct informatie geven aan de cliënt, ook wel biofeedback genoemd. Het zien van de spierspanning of bloeddruk kan een cliënt helpen om de spierspanning of bloeddruk te verlagen (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010).

1.8. Psychofysiologische metingen rondom beeldende therapie

Rondom het brein, kunst en beeldende therapie is steeds meer interesse, wat te zien valt aan het verschijnen van bijvoorbeeld verschillende boeken (Hass-Cohen & Carr, 2008; Hass-Cohen & Findlay, 2015; Howard & Prendiville, 2017; King, 2016; Malchiodi, 2012) en artikelen (Lusebrink, 2004, 2010; Solso, 2000). Er is gekeken naar het beeldend werk van mensen met een neurologische aandoening, zoals dementie of autisme (Chatterjee, 2004, 2006). Ook zijn er EEG onderzoeken verschenen over het bekijken en inbeelden van beeldende kunst bij kunstkenners en niet-kunstkenners (Bhattacharya & Petsche, 2002, 2005).

Empirische onderzoeken waarin verschillende beeldend therapeutische condities onderzocht worden met psychofysiologische metingen of beeldvormend onderzoek zijn echter schaars. Beeldende therapie spreekt veel zintuigen aan (materialen voelen, bekijken, horen) en dus ook de hersengebieden die deze sensorische informatie verwerken. Ook beweging (zoals het pakken van een kwast), affect, associaties en betekenis komen hierbij kijken (Lusebrink, 2004). Er zijn dus tal van hersengebieden en systemen die gebruikt worden in beeldende therapie. Creativiteit heeft dan ook niet te maken met één mentaal proces of één hersengebied, maar zit 'overal' (Dietrich & Kanso, 2010 aangehaald in Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014). Dit maakt het lastig te onderzoeken wat er neurologisch gebeurt als iemand iets beeldends maakt, waardoor onderzoek zich vooral gericht heeft op de esthetiek (kijken naar kunst) en minder naar het creëren van kunst (Skov & Vartanian, 2009 aangehaald in Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014). Daarnaast wordt er tijdens beeldend werken bewogen en beweging heeft invloed op metingen (Dietrich & Kanso, 2010 aangehaald in Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014).

Een mogelijkheid om niet tijdens het beeldend werken te meten is een voor- en nameting. Een fMRI scan leent zich door de spatiële resolutie en het kunnen meten van dieper gelegen structuren hier goed voor. Zo is in een onderzoek gevonden dat de interactie tussen bepaalde hersengebieden in het Default Mode Network toeneemt door twee uur per week, tien weken lang, beeldend werk te maken met verschillende materialen. Bij neuropsychiatrische aandoeningen, chronische pijn en ook normale veroudering is een afname van interactie te zien in delen van het Default Mode Network. Hier wordt verondersteld dat de preventieve en therapeutische werking van het maken van beeldend werk neurologisch zichtbaar is (Bolwerk, Mack-Andrick, Lang, Dörfler & Maihöfner, 2014).

In de verschenen empirische onderzoeken die zich richten op beeldende therapie worden materiaalcondities onderzocht, zoals klei, schilder- en tekenmateriaal. Deze experimenten zijn gedaan met gezonde deelnemers. Ondanks dat de onderzoeken nog redelijk wat beperkingen kennen, geven ze een eerste stap tot onderzoek met psychofysiologische metingen naar de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies.

Met EEG onderzoek is aangetoond dat de hersenactiviteit verandert na een uur tekenen en schilderen (Belkofer & Konopka, 2008). Aangezien dit onderzoek maar met één deelnemer is gedaan, zijn de resultaten niet heel betrouwbaar, maar toch kunnen de auteurs wel zeggen dat EEG metingen goed te gebruiken zijn in onderzoek naar beeldend therapeutische mechanismen. In een later onderzoek wordt ontdekt dat ook twintig minuten tekenen met oliekrijt, zonder specifieke opdracht, zorgt voor een verandering in hersenactiviteit, met name alfa golven. Alfa activiteit is vooral aanwezig

in een ontspannen staat, het van de externe naar interne wereld verplaatsen, tijdens meditatie en gaat vaak gepaard met een verlaagde arousal. Omdat alfa activiteit verschilt in de voor- en nameting bij tekenen en alfa activiteit wordt geassocieerd met zelfregulatie, ontspanning, geheugen, visuele verwerking, intelligentie en creativiteit, zijn dit interessante bevindingen voor beeldende therapie (Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014). Er worden goede (toekomst)mogelijkheden gezien om voor- en nametingen met EEG in te kunnen zetten voor de beeldende therapie praktijk en onderzoek (Belkofer & Konopka, 2008; Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014). In plaats van een voor- en nameting kan er ook tijdens het beeldend werken gemeten worden. Een kwantitatieve EEG meting onder veertien vrouwelijke respondenten tussen de 22 en 25 jaar onderzocht wat het werken met klei en tekenen doet op de hersenactiviteit. De opdracht bij het werken met klei was om 'iets' te maken, dit mocht ook abstract zijn. Bij het tekenen met stift was het de opdracht om het favoriete weer te maken. Hier wordt gesteld dat het ophelderen van de betrokken neurale mechanismen tijdens het beeldend werken nodig is om te kunnen begrijpen welke neurale mechanismen mogelijk aangesproken en beïnvloed worden tijdens beeldende therapie. Er werd een verschil gevonden in hersenactiviteit en hersengolven tussen de twee materiaalcondities. Hiermee geven de onderzoekers interpretaties over het creëren van een meditatieve staat door het werken met klei, wat voordelig is voor de aandacht en cognitieve verwerking en mogelijk ten dele zorgt voor angstafname. Daarnaast vermelden zij dat, gevonden in andere studies, bepaalde hersengolven verband houden met onder andere het geheugen en emotieregulatie. Ondanks dat er in een beeldend therapeutisch proces veel meer factoren van belang zijn dan de materiaalconditie en het een complex subjectief proces is wat moeilijk te onderzoeken valt in een experiment, kunnen ze wel stellen dat er verschillen gevonden zijn tussen de reacties op de stimuli (Kruk, Aravich, Deaver & deBeus, 2014).

De fysiologische verschijnselen van stress en psychologische angst zijn onder andere een verhoogde hartslag (en verhoogde zuurstofverzadiging in het bloed). Kinderen (8-18 jaar) die regelmatig een prik moeten krijgen voor hun behandeling kregen in een experiment een iPad, waarop ze vijf minuten voor en tijdens de prik een mandala konden tekenen. Bij de controlegroep van kinderen met veel angst was er een enorme toename en vervolgens enorme afname in harstslag zichtbaar, wat bekend is bij fysiologische pijn en stress. In de mandala-interventie waren significant minder hartslagveranderingen zichtbaar. Het bleek dat er een afname was in fysiologische stressverschijnselen bij het inzetten van mandala tekenen: er was een significante afname in de hartslag van begin tot het eind van de interventie. Een mandala-interventie lijkt aan de hand van dit onderzoek het meest effectief bij kinderen met veel angst (Stinley, Norris, & Hinds, 2015). Ook is bij eerstejaarsstudenten een kunstinterventie van dertig minuten gedaan met materialen die verschillend zijn in structurering. Van een hoge naar lage mate: mandala kleuren, klei boetseren en vrij schilderen. Een vragenlijst (State-Trait Anxiety Inventory) werd ingezet om naar de zogenoemde 'subjectieve'[2] staten van angst te kijken. Hartslagvariabiliteit (met een ECG) werd als 'objectieve' indicator van angst gebruikt, wat van vijf minuten voor tot en met de kunstinterventie werd gemeten. Specifieker gezien werd hier naar de 'vagal score' gekeken. Dit is een indirecte meting van de parasympathische invloed op de hartslag. Alle drie de materialen zorgde voor een significante toename van de 'vagal score' in vergelijking met een controlegroep: daar daalde hij juist. Dit betekent dat de drie verschillende materialen de sympathische activiteit en dus ook de angst deden afnemen. Er zat geen verschil in de angstafname van de verschillende materiaalsoorten. In de vragenlijst was echter ook in de controleconditie een afname van angst aanwezig. De auteurs zeggen dat dit mogelijk aan sociale wenselijkheid ligt: respondenten kunnen denken dat het 'hoort' dat ze minder angstig zijn na de interventie (Sandmirea et al., 2016).

Ook vanuit Creative Minds van KenVaK zijn het afgelopen jaar een aantal scripties op dit gebied geschreven. Hier werd kwantitatief onderzoek verricht met gezonde respondenten die aan het werk werden gezet met de beeldende materialen potlood en klei. Zo onderzochten Engelbert en Heiendael (2016) het verschil in (frontale en pariëtale) hersenactiviteit onder vijftig vrouwen in leeftijd van 18 tot en met 26 jaar. Dit deden ze aan de hand van een EEG meting. Ze vonden dat er een verschil in hersenactiviteit was, al konden ze geen eenduidig beeld vinden zoals in hun hypothesen. Delbaere (2016) onderzocht het arousalniveau in dezelfde beeldende condities met ECG. Ze vond weinig tot geen verschil op het arousalniveau (van het hart) van acht vrouwen tussen de 17 en 24 jaar. Ook Naus (2016) heeft onder dezelfde leeftijdsgroep met hetzelfde aantal respondenten onderzoek gedaan naar de huidgeleiding. Hier werd gevonden dat het arousalniveau in eerste instantie stijgt bij alle condities, mogelijk door de nieuwe prikkels die het materiaal geeft. Bij het werken met potlood blijft het arousalniveau stijgen, wat zou kunnen komen door de cognitieve taak. Bij het werken met klei

[2] Met subjectief wordt hier bedoeld dat het gaat over het verzamelen van data waarin mensen hun bevindingen, attitudes, meningen en visies geven. In onderzoek zal het verzamelen van subjectieve data uiteindelijk ook een objectieve weergave geven.

daalt het arousalniveau. Het arousalniveau daalt nog sneller bij het werken met klei onder een deken. De afname van arousal bij klei wordt in verband gebracht met het ontspannende effect van klei.

Te zien is dat er nog maar weinig empirisch onderzoek is naar het maken van beeldend werk en dus ook de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies. Enerzijds heeft dat te maken met de complexiteit die creativiteit en beeldend werken heeft op het lichaam. Anderzijds zorgt beweging tijdens beeldend werken ervoor dat psychofysiologisch meten of meten met beeldvormend onderzoek lastig is. Wel worden er implicaties gegeven voor beeldende therapie met de bestaande kennis die vooral neurologisch onderzoek met zich mee brengt. Onderzoek naar het brein met EEG en fMRI rondom beeldende therapie wordt in opkomende mate gedaan, al zijn er nog maar enkele empirische studies over verschenen. De verschenen bronnen hierover laten zien dat het brein populair is. Wat echter vooral opvalt, is dat psychofysiologische meetmethoden aan het perifere zenuwstelsel nog maar zelden gebruikt worden in empirisch onderzoek naar beeldende therapie of het maken van beeldend werk, met name huidgeleiding. Creative Minds van KenVaK is dan ook een pionier op dit gebied.

1.9. Onbewuste processen in beeldende therapie

De geest of het mentale is iets dat niet tastbaar is, zoals fysiologische aspecten, bijvoorbeeld de hartslag, dat wel zijn. In de psychofysiologie kan er naar onbewuste toestanden, processen en gebeurtenissen gekeken worden (Cacioppo, Tassinary & Berntson, 2007). Dit maakt het een interessante wetenschap om naar de geest te kijken via fysiologische verschijnselen. Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie, waarbij uiting gegeven kan worden aan onbewuste en bewuste gedachten en gevoelens (NVBT, 2016). In het beeldend werk kan een cliënt geheel bewust of onbewust zichzelf of de beleving uitdrukken (Haeyen, 2011). Juist het creatieve beeldende medium kan vanuit het onbewuste uitdrukking geven aan gevoelens en gedachten (Malchiodi, 2012). Naast dat het medium zich leent om onbewuste processen in beeld te krijgen en dus bewust te krijgen, hoeft een cliënt zich hier niet altijd bewust van te zijn. Het is niet altijd haalbaar om via vragenlijsten of interviews te onderzoeken wat effecten zijn van een beeldend therapeutische behandeling. Psychofysiologische metingen kunnen wel onbewuste processen meten, waardoor dit een extra interessante aanvullende manier van onderzoeken is binnen beeldende therapie. Denken, voelen en handelen zijn een onderdeel van een ervaringsgerichte behandelvorm. De drie aspecten van deze functionele driehoek (zie figuur 2) zijn sterk met elkaar verbonden. Bij een onbalans, kan het zijn dat iemand vast zit in een bepaald denkpatroon of zich verliest in een gevoel of activiteit (Schweizer, 2009). Hieronder wordt kort ingegaan op elk aspect van deze driehoek, waarna de samenhang van deze aspecten aan de hand van het kernzelf en vitilaty affects wordt benadrukt.

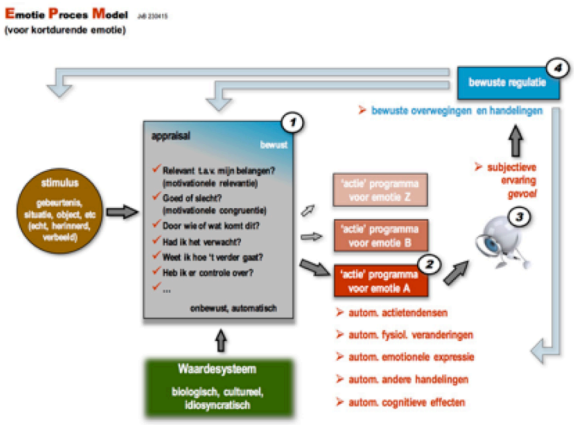
Figuur 2. De functionele driehoek denken-voelen-handelen

Cognitie
Bij 'denken' gaat het in de beeldende therapie over vaardigheden, ontwikkelingsniveau, ruimtelijk inzicht en fantasie (Schweizer, 2009). Dit zijn aspecten die vooral zichtbaar worden in het beeldend werkstuk of tijdens de behandeling. Echter kan denken ook een vast patroon zijn, zoals: 'Ik ben het niet waard'.

Emotie en gevoel
Er zijn verschillende manieren om met 'voelen' aan de slag te gaan in beeldende therapie. Bijvoorbeeld het aanspreken van het tastzintuig, waarbij materiaaleigenschappen gevoeld kunnen worden. Ten tweede de lijfelijke beleving door beweging dat bijvoorbeeld kan zorgen voor plezier, kracht of vermoeidheid. En ten slotte de emoties die lichamelijke ervaringen met zich mee kunnen brengen, zoals angst of blijheid (Schweizer, 2009).

Er is een verschil tussen de begrippen emoties en gevoelens; twee begrippen die vaak door elkaar heen gebruikt worden. Een emotie bestaat uit appraisal (inschatting), actietendensen, lichamelijke veranderingen, emotionele expressie, emotioneel ander gedrag, cognitieve effecten en de subjectieve ervaring. Op de subjectieve ervaring na, zijn al deze aspecten onbewust. De subjectieve ervaring is dat waar je je bewust van wordt in de emotie, ook wel 'gevoel' genoemd (Damasio, 2009). Van Berkum (2016) heeft deze verschillende aspecten overzichtelijk samengevat in het Emotie Proces Model (zie figuur 3). Bij nummer 1, de appraisal, wordt een inschatting gemaakt over de stimulus aan de hand van een persoonlijk waardesysteem. Dit persoonlijke waardesysteem kan verschillen per persoon en bepaald waardoor bijvoorbeeld de één wel bang wordt van bijvoorbeeld een slang in een kooi en een ander niet. Bij 2 worden de zogenoemde actieprogramma's geactiveerd, hieronder vallen

fysiologische verandering, zoals hartslagverandering, gezichtsexpressie, etc. Dit gedeelte gaat geheel onbewust. Pas bij 3 vindt bewustwording plaats, ofwel: het deel van de emotie dat je voelt. Aan de hand daarvan kan bij 4 een emotie eventueel gereguleerd worden. Psychofysiologische metingen vinden plaats bij 2: de actiepakketjes. Hierbij meet je dus de onbewuste fysiologische veranderingen door emoties.



Figuur 3. Emotie Proces Model (van Berkum, 2016).

Handelen

In beeldende therapie komt gedrag al snel naar voren: iemand is overactief of juist passief. In het materiaal wordt ook al gauw duidelijk wat de voorkeuren en weestanden van een cliënt zijn (Schweizer, 2009). Het handelen of gedrag van een cliënt hoeft voor een cliënt niet altijd bewust te zijn, maar is voor de buitenwereld vaak wel zichtbaar. Dit aspect van de functionele driehoek zal dan ook minder belangrijk zijn voor psychofysiologische metingen. Wel is het natuurlijk zo dat handelen samenhangt met voelen en denken, aangezien gedrag ten aanzien van of in een bepaald materiaal ook gedachten en gevoelens kunnen oproepen die niet altijd bewust hoeven te zijn.

Je lichaam (inclusief brein) kan via al deze aspecten reageren. Te denken valt aan het schrikken van een scherp geluid dat een krijtje maakt, ontspannen raken door de hantering van een materiaal of weerstand voelen ten opzichte van het materiaal.

Het analoge procesmodel onderscheidt drie vormen van zelfontwikkeling, waarbij het kernzelf een belangrijk aspect is in beeldende therapie en interessant is voor psychofysiologische metingen. Ervaring helpt de mens bij het vinden van balans (tussen denken en voelen), waardoor een simpele vorm van zelfbewustzijn ontstaat: het protozelf. Dit bevindt zich volledig in het onbewuste. Het protozelf is de basis voor het ontwikkelen van kernbewustzijn of kernzelf, dat op zijn beurt weer de basis vormt voor het ontwikkelen van het autobiografische bewustzijn. Het autobiografisch zelf is het bewuste geheugen, waarbij cognitie en het verbale centraal staan. In het medium kan dit zich uiten door onder andere symbolen, metaforen en woorden (Schweizer, 2009). “Het kernzelf met daarin het kernbewustzijn doet bewust, maar zonder woorden en gedachten, verslag van de processen die zich in het lichaam afspelen” (Smeijsters, 2008, p.246). Het kernbewustzijn is een bewustzijn, maar is niet-verbaal. Het gaat om niet-cognitief weten en voelen en is intuïtief. In het medium zijn de processen van het kernzelf zichtbaar door de vitality affects en de niet-talige analogie (Schweizer, 2009; Smeijsters, 2008). Het kernzelf en de vitality affects zijn dan ook niet iets dat ondervraagt kan worden met een interview of vragenlijst.

2. Onderzoekskwestie

Face validity (van Hooren, 2013) is niet voldoende om het vakgebied beeldende therapie binnen het basispakket te houden en een stevige toekomst te bieden. Om binnen dit basispakket te blijven is meer (wetenschappelijk) bewijs nodig voor de effectiviteit van beeldende therapie. Het Zorginstituut Nederland zal in 2018 kijken hoe het ervoor staat en in 2020 een beslissing hierover nemen (Borgesius en Visser, 2015). Een manier om de effectiviteit van beeldend therapie aan te tonen, zijn psychofysiologische metingen.

In beeldende therapie kunnen processen onbewust of niet-cognitief verlopen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het kernzelf (Smeijsters, 2008). Juist psychofysiologische metingen kunnen daarom een goede insteek zijn om onderzoek te doen naar beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen, aangezien zij ook meten in het onderbewuste. Dit soort aspecten vallen niet te onderzoeken met een vragenlijst of interview. Daarom kunnen psychofysiologische metingen een meerwaarde zijn in onderzoek naar de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies.

Onderzoek naar beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen met psychofysiologische metingen zijn erg nieuw binnen de beeldende therapie. Omdat beeldend therapeutische processen lastig zijn om wetenschappelijk via psychofysiologische metingen te onderzoeken, worden er kleine elementen uitgefilterd. Zo is er gekeken wat voor een kennis verkregen kan worden over beeldende materialen met verschillende opdrachten in onderzoek aan de hand van EEG (hersengolven) (Belkofer & Konopka, 2008; Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014; Engelbert & Heiendael, 2016; Kruk, Aravich, Deaver & deBeus, 2014), ECG (hartslag en hartslagvariabiliteit) (Delbaere, 2016; Sandmirea et al., 2016; Stinley, Norris, & Hinds, 2015) en huidgeleiding (zweetproductie) (Naus, 2016). Dit is de eerste stap voor het genereren van wetenschappelijke kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen aan de hand van psychofysiologische metingen. Het aantal verschenen empirische onderzoeken over diverse materiaalcondities en opdrachten aan de hand van psychofysiologische metingen is dus schaars.

Psychofysiologisch onderzoek lijkt vooral belangrijk om bewijzen van de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies te bewerkstelligen, om uiteindelijk het vakgebied te behouden. Maar ook de professional, de beeldend therapeut, zou gebruik moeten kunnen maken van de onderzoeksresultaten voortkomend uit psychofysiologisch onderzoek, zodat nieuwe kennis geïntegreerd kan worden in de praktijk. Aangezien psychofysiologisch onderzoek kwantitatief van aard, wetenschappelijk en vrij nieuw is, is het van belang om te kijken hoe dit aansluit bij de beeldende therapie praktijk. Het is de vraag hoe dit onderwerp valt in de praktijk, of er in het werkveld behoefte is aan dit soort onderzoek, of beeldend therapeuten ook iets zouden doen met psychofysiologische onderzoeksresultaten, zoals het aanpassen van hun interventies en of ze zelf gebruik zouden willen maken van dit soort psychofysiologische metingen in de praktijk aan de hand van wearables.

3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling

Uit de onderzoekskwestie komt naar voren dat de vraag bestaat hoe de praktijk kijkt naar onderzoek van beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen aan de hand van psychofysiologische metingen, zodat de kennis over beeldende therapie gegenereerd met psychofysiologische metingen optimaal benut kan worden in de praktijk. Hieruit komen de onderstaande hoofdvraag, deelvragen en doelstelling voort.

3.1. Hoofdvraag

Welke attitude hebben beeldend therapeuten ten opzichte van het verkrijgen van kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies door middel van psychofysiologische metingen?

Toelichting

In dit verband wordt met attitude bedoeld hoe beeldend therapeuten denken over psychofysiologische metingen in beeldende therapie en hoe dat enigszins hun gedrag bepaald (Attitude, z.d.). Kennis wordt hier breed gezien. Het gaat zowel over wetenschappelijke- en praktijkgerichte kennis van beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen als kennis vergaard binnen de behandeling van een cliënt middels psychofysiologische metingen.

3.2. Deelvragen

- In hoeverre hebben beeldend therapeuten behoefte aan het opdoen van kennis over (de werkingsmechanismen van) beeldend therapeutische interventies verkregen met psychofysiologische metingen?
- Hoe worden de aspecten die gezien worden in onderzoek naar (de werkingsmechanismen van) beeldend therapeutische interventies met psychofysiologische metingen beoordeeld door beeldend therapeuten?
- In hoeverre zouden beeldend therapeuten hun interventies aanpassen door kennis over (de werkingsmechanismen van) beeldend therapeutische interventies verkregen met psychofysiologisch onderzoek?
- Wat zouden beeldend therapeuten rondom beeldend therapeutische interventies onderzocht willen hebben met psychofysiologische metingen?
- Welke mogelijkheden zien beeldend therapeuten om rondom de behandeling in de praktijk gebruik te maken van psychofysiologische metingen ten behoeve van beeldend therapeutische interventies?

3.3. Doelstelling

Door het inzichtelijk maken van de attitude van beeldend therapeuten ten opzichte van psychofysiologische metingen, kunnen implicaties gemaakt worden voor de toepassingsmogelijkheden van psychofysiologisch onderzoek. Hiermee kan gekeken worden hoe wetenschappelijke kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies aan de hand van psychofysiologische metingen gebruikt kan worden in de professionalisering van de beroepspraktijk. Dit onderzoek valt daarmee binnen het derde segment van de beroepstaken van een beeldend therapeut: professie gebonden beroepstaken (LOO VTB, 2016). Dit onderzoek neemt zijn bijdrage in het project Creative Minds van KenVaK door de stem van de beeldend therapeuten te laten horen, zodat verschillende visies en ideeën gebundeld kunnen worden. Op die wijze kan er gekeken worden wat er nodig is om de wetenschappelijke kennis van de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies door psychofysiologische metingen aan te laten sluiten op de beroepspraktijk. Zo ontstaat inzicht in eventuele lacunes en hoe deze het beste aangepakt kunnen worden, zodat onderzoek naar de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies met psychofysiologische metingen en de toepassing van psychofysiologische metingen in de behandeling optimaal benut kunnen worden voor de beeldende therapie praktijk. De kennis bevindt zich in eerste instantie op macroniveau en gaat over de overbrugging van de wetenschap en de beroepspraktijk. Uiteindelijk zal dit op microniveau ten goede komen aan de behandeling van de

cliënt. Door het inzichtelijk krijgen van de attitude van beeldend therapeuten, kan er ingespeeld worden op die attitude. Bijvoorbeeld door aan te sluiten bij de behoefte die beeldend therapeuten hebben ten opzichte van psychofysiologische metingen. Uiteindelijk zal meer kennis over psychofysiologische metingen in de beroepspraktijk en een positieve attitude daartegenover op de volgende manieren kunnen bijdragen:

- Effectiever inzetten van interventies: de attitude heeft invloed op de mate waarin kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen verkregen met psychofysiologisch onderzoek toegepast wordt in de praktijk. Deze kennis kan mogelijk interventies beter en effectiever maken. Met een positieve attitude draagt de toepassing van deze kennis bij aan de behandeling van cliënten, doordat hun behandeling beter en effectiever wordt.
- Verantwoording en vergoeding: met de verkregen kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen kan in de beroepspraktijk beter onderbouwd worden, aan bijvoorbeeld collega's en bestuurders, wat de meerwaarde is van beeldende therapie. Dat kan ten goede komen aan het behoud van de beeldend therapeutische behandeling. Dit kan uiteindelijk ook van invloed zijn op de algehele vergoeding vanuit zorgverzekeraars, wat ervoor zorgt dat cliënten beeldende therapie kunnen (blijven) krijgen.

4. Onderzoeksmethode

Dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van bruikbare kennis voor de praktijk, zodat met die kennis de beroepspraktijk en de professie vernieuwd, verbeterd of veranderd kan worden (Migchelbrink, 2016). Hier is dat zichtbaar op macro niveau, waarin gekeken wordt hoe het wetenschappelijke onderzoeksveld het beste aangesloten kan worden bij beeldend therapeuten in de beroepspraktijk. Zowel een kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksbenadering wordt gehanteerd. De gesloten vragen uit de vragenlijst worden op een kwantitatieve wijze benaderd. Het gaat hierbij alleen om beschrijvende statistiek, zoals hoeveelheden, gemiddelden en percentages (Migchelbrink, 2016). De bijbehorende betekenissen en gezichtspunten (Boeije, 2014) die beeldend therapeuten hebben in de vorm van woorden en thema's (Smeijsters, 2008) worden op een kwalitatieve wijze benaderd. Hierbij gaat het om de interviews en de open vragen uit de vragenlijst. Door deze combinatie te maken ontstaan duidelijke cijfers over de attitude van beeldend therapeuten in het werkveld en daarnaast beschrijvende kwalitatieve gegevens, waardoor een volledig beeld kan worden gecreëerd. Het onderzoekstype is inventariserend, aangezien in kaart gebracht wordt wat de huidige stand van zaken is (Migchelbrink, 2006 aangehaald in Willemars, 2016) betreffende de attitude van beeldend therapeuten ten opzichte van het verkrijgen van kennis over beeldende therapie aan de hand van psychofysiologische metingen. Hierbinnen wordt onder andere gekeken naar de behoeften die beeldend therapeuten hebben omtrent kennisvergaring met betrekking tot psychofysiologische metingen. In deze subjectieve behoefte zoals de beeldend therapeuten die zelf zien, wordt gekeken of er een verschil bestaat tussen de huidige en de gewenste situatie (Migchelbrink, 2016). Daarnaast staat voorop om het wetenschapsveld beter aan te sluiten op de praktijk.

4.1. Databronnen en dataverzamelingstechnieken

Bestaand materiaal, waaronder literatuur, speelt vooral een rol in de inhoudelijke oriëntatie. In deze deskresearch is ook gebruik gemaakt van externe communicatiedocumenten (Migchelbrink, 2016), als het rapport van Zorginstituut Nederland (Borgesius & Visser, 2015) (wat in dit geval ook onder literatuur valt); en in mindere mate mediaproducten, die onderbouwen hoe dit onderwerp in de praktijk staat (Migchelbrink, 2016). Voor de deskresearch is gebruik gemaakt van verschillende databanken. Vooral Google Scholar is geraadpleegd. Ook is gebruik gemaakt van Web of Science en Science Direct. Daarnaast zijn de catalogus van Hogeschool Utrecht voor (elektronische) boeken, woordenboeken en LUCAS ingezet. Met LUCAS (https://www.bibliotheek.hu.nl) van de Hogeschool Utrecht worden meerdere wetenschappelijke bronnen doorzocht, vooral databanken met wetenschappelijke tijdschriften. In alle voorgaande zijn boeken, vakspecifieke tijdschriften en wetenschappelijke artikelen verzameld, zowel Nederlands- als Engelstalige. Via Google is naar mediaproducten gezocht en via de HBO Kennisbank en KenVaK zijn scripties gevonden. Hierin is met verschillende (combinaties van) Engels- en Nederlandstalige woorden gezocht.

De belangrijkste databronnen voor dit onderzoek zijn individuele personen, namelijk beeldend therapeuten. Aangezien gevraagd wordt naar hun ideeën en opvattingen, vormen beeldend therapeuten in dit onderzoek respondenten (Migchelbrink, 2016). De gebruikte dataverzamelingstechnieken bij individuele personen zijn de digitale vragenlijst en het open interview. Er kan ook wel gesproken worden over 'survey', waarin op een beschrijvende manier uitspraken worden gedaan over groepen mensen (Brinkman, 2014). De survey is erop gericht de verschillende gedachten, gevoelens en gedragingen (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, de Goede, Peters & van der Velden, 2013) van beeldend therapeuten over psychofysiologische metingen in kaart te brengen. Met de gestructureerde vragenlijst wordt geholpen beeldend therapeuten een mening te laten vormen over het onderwerp, die tegelijkertijd bevraagd wordt. Vanuit de inhoudelijke oriëntatie en deelvragen zijn onderwerpen geformuleerd waarover het interessant is de mening van beeldend therapeuten te krijgen. Het voordeel van de vragenlijst is dat een grote respondentengroep bereikt kan worden. Een nadeel hiervan is dat niet specifiek doorgevraagd kan worden en niet gecorrigeerd kan worden wanneer een vraag niet of verkeerd begrepen wordt. Dit is opgevangen door naast de vragenlijst interviews af te nemen. Hier kwamen relatief weinig respondenten aan het woord, maar gaf het wel de mogelijkheid om door te vragen over dat wat op tafel kwam te liggen. Deze dataverzamelingstechnieken vullen elkaar dus aan.

4.2. Dataverzamelingsmethode

Aan de hand van operationalisering zijn de verkenning in de inhoudelijke oriëntatie en de andere voorgaande hoofdstukken ingezet om de vragenlijst op te stellen en de thema's voor de interviews te bepalen (Migchelbrink, 2016). Hieronder wordt per dataverzamelingstechniek de methode beschreven waarop dit onderzoek gebaseerd is.

Interviews

Via e-mail zijn zes beeldend therapeuten benaderd voor een interview. Van deze beeldend therapeuten hadden twee interesse getoond in het project Creative Minds. De overige vier hadden dit niet expliciet getoond. Al deze beeldend therapeuten waren bereid geïnterviewd te worden. Er is gekozen om met de vier beeldend therapeuten zonder expliciete interesse in het onderwerp verder te gaan, omdat zij een betere weergave geven over alle beeldend therapeuten in de beroepspraktijk. Uiteindelijk zijn, in verband met de beschikbare tijd, drie (twee vrouwen en één man) interviews van gemiddeld dertig minuten uitgevoerd.

Van tevoren is een interviewschema opgesteld (Migchelbrink, 2016; Baarda et al., 2013), bestaande uit: de introductie, mogelijke beginvragen, topics, mogelijke andere vragen en een afsluiting (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012; Baarda et al., 2013). Voor elk interview is het interviewschema iets aangepast aan de hand van hoe het interview ervoor verliep en op de persoonlijke achtergrond van de respondent. In bijlage 7 is een voorbeeld van een interviewschema opgenomen. Tijdens de interviews zorgde de responsen ook voor de invulling en het verdere verloop van de interviews. Er werden bijvoorbeeld andere vragen gesteld of eerder bedachte topics overgeslagen. De topics bestaan uit belangrijke onderwerpen die naar voren komen vanuit de deelvragen en inhoudelijke oriëntatie. Echter is ervoor gekozen de topics, in tegenstelling tot een halfgestructureerd of topicinterview, alleen te gebruiken als houvast en niet als checklist om ze alle af te gaan (Migchelbrink, 2016). Voor deze houvast is gekozen in verband met de moeilijkheidsgraad en onbekendheid van het onderwerp (zie inhoudelijke oriëntatie). Op deze wijze is er een combinatie gemaakt tussen een topicinterview en een ongestructureerd interview, zodat op een zo open mogelijke wijze de reacties op het onderwerp en het eigen verhaal van de respondenten in beeld gebracht konden worden (Migchelbrink, 2016).

De interviews zijn opgenomen met een mobiele telefoon, waarna er een woordelijke transcriptie is uitgetypt (zie bijlage 8). Er is gekozen om stopwoordjes, zoals 'uh', hier niet in op te nemen ter bevordering van de leesbaarheid. Echter zijn wel de stiltes opgenomen, omdat deze voor het onderzoek belangrijke informatie kunnen geven over hoe de informatie bij de desbetreffende respondent binnenkomt. De transcripties zijn gemaild naar de desbetreffende respondenten en tegelijkertijd is toestemming aan hen gevraagd voor het opnemen van de transcripties in dit onderzoeksverslag. Zij hebben alle drie per e-mail toestemming gegeven.

Digitale vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de inhoudelijke oriëntatie, de hoofdvraag en de deelvragen. Middels de literatuurstudie en overleg met opdrachtgever zijn vragen gevormd. Ook heeft het eerste interview invloed gehad op sommige vragen en/of antwoordcategorieën van de vragenlijst. De andere interviews hebben geen invloed gehad, omdat deze na de verspreiding van de vragenlijst zijn afgenomen. Zo gaf de beeldend therapeut in het eerste interview aan het onderwerp abstract te vinden (bijlage 8.1.), waardoor dit in de vragenlijst is opgenomen als aspect van psychofysiologische metingen (zie bijlage 5, vraag 11). Aan de hand van deze invloeden is een voorlopig conceptueel model gevormd (Migchelbrink, 2016). Er is gekozen om vooral gesloten vragen op te nemen, aangezien het onderwerp lastig kan zijn voor de respondenten. Gesloten vragen maken door de antwoordcategorieën sneller duidelijk wat er van de respondenten verwacht wordt (Brinkman, 2014). Maar om de respondenten die meer te zeggen hebben over het onderwerp ruimte te geven, zijn er een aantal toelichtingsvragen en een paar open vragen opgenomen. Doordat psychofysiologische metingen vrij onbekend zijn, zijn de onderwerpen waarover wordt gevraagd in de vragenlijst toegelicht, zodat beeldend therapeuten daar een mening over kunnen vormen (zie bijlage 5). Met behulp van het boek van Brinkman (2014) is de vragenlijst opgesteld.

Er zijn meerdere feedbackrondes geweest, waardoor de vragenlijst met behulp van de opdrachtgever en consulent steeds meer geoptimaliseerd werd. Ook is aan een coachgroep, bestaande uit twee laatstejaars muziektherapie en één laatstejaars beeldende therapie, gevraagd feedback te geven. Na deze wijzigingen is de vragenlijst digitaal gemaakt via de website thesistools.com. Vijf recent afgestudeerde (één tot drie jaar afgestudeerd) en twee laatstejaarsstudenten van de beeldende therapie opleiding aan de Hogeschool Utrecht in Amersfoort zijn benaderd deel te nemen in de pilotgroep. Uiteindelijk namen twee beeldend therapeuten i.o. en

drie beeldend therapeuten deel aan de pilotgroep. Aan de hand van deze terugkoppeling is de vragenlijst nogmaals aangepast en ingekort, omdat hij te lang bleek. Een extern persoon heeft de zinsopbouw en spelling gecontroleerd. Op 31 oktober 2016 is de vragenlijst definitief gesteld.

Om de responsiviteit te verhogen is synergie toegepast: het combineren van responsbevorderende maatregelen (Brinkman, 2014). Zo is er gebruik gemaakt van een begeleidende tekst, zijn vertrouwde personen en instanties (zoals de NVBT) ingeschakeld, is aandacht besteed aan de vormgeving (bijvoorbeeld in de flyer), overzichtelijkheid en duidelijkheid, is de tekst zo aantrekkelijk mogelijk geschreven (binnenkomer), de inhoud zo laagdrempelig mogelijk gehouden, is er aanvullende informatie gegeven (e-mailadres onderzoeker en kader project Creative Minds) en is het op verschillende manieren aangekondigd. Ruim tien beeldend therapeuten zijn benaderd via een persoonlijke e-mail met de vraag of zij de vragenlijst wilden invullen. Daarnaast is er via LinkedIn en Facebook een oproep uitgegaan. Het is in de volgende Facebookgroepen geplaatst: 'Vaktherapie!', 'Vaktherapie HUA' en 'Creatieve Therapie HU Amersfoort'. Deze oproepen zijn in bijlage 4 opgenomen. De Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (NVBT) heeft ingestemd de vragenlijst te verspreiden aan hun ledenbestand (persoonlijke communicatie, 22 oktober 2016). Op 8 november 2016 is de oproep, zoals te zien is in bijlage 3, verstuurd aan hun leden. Ook zij hebben op LinkedIn en Facebook de oproep geplaatst. Daarnaast zijn flyers gemaakt (zie bijlage 2) en verspreid op twee bijeenkomsten van vaktherapeuten. Ongeveer 50 flyers zijn uitgedeeld op het FVB congres 'Doen, ervaren, effect: Feestelijk verbonden' op 5 november 2016 te Zwolle. Op de Netwerkdag Forensische Vaktherapeuten 'Van Boosheid naar Vergeving?' op 10 november 2016 te Groningen zijn ongeveer 25 flyers uitgedeeld.

4.3. Data-analyse

De verkregen data wordt zowel op een kwantitatieve als kwalitatieve manier geanalyseerd. In de vragenlijst worden de gesloten vragen kwantitatief geanalyseerd en de open vragen op een kwalitatieve wijze. De interviews zijn volledig kwalitatief geanalyseerd. Het voordeel van de kwantitatieve analyse is dat de responsen van een grote hoeveelheid beeldend therapeuten die de vragenlijst ingevuld hebben kort en bondig in een beeld samengevat kunnen worden. De aanvullende kwalitatieve data geeft een verder beeld van het onderzoeksthema binnen de beroepsgroep. Op deze wijze vullen ze elkaar aan. Hieronder wordt eerst de kwantitatieve analyse van de gesloten vragen beschreven en vervolgens de kwalitatieve analyse van de open vragen en het interview.

Kwantitatieve analyse

Het kwantitatieve proces is lineair: de data werd geanalyseerd nadat alle responsen op de vragenlijst gegeven waren (Migchelbrink, 2016). Er waren 94 responsen op de vragenlijst. Echter bleek dat 6 de vragenlijsten alleen doorgenomen hebben en niet ingevuld. Daarnaast hebben meerdere respondenten de vragenlijst maar half ingevuld. Uiteindelijk is uitgekomen op 87 responsen. Echter zijn sommige vragen door minder beeldend therapeuten beantwoord, waardoor het per vraag verschilt op hoeveel respondenten het resultaat is gebaseerd. In bijlage 6 is voor de gesloten vragen zichtbaar hoeveel respondenten de betreffende vraag hebben ingevuld. Over het algemeen zijn alle resultaten die zijn ingevuld, meegenomen in de analyse. Wanneer dit niet het geval is, staat dit ook aangegeven bij de betreffende vraag in bijlage 6. Er is op de volgende wijze te werk gegaan:

- ⇨ Bij veel vragen in de vragenlijst werd aan de respondenten gevraagd één antwoord aan te kruisen die het beste bij hen past. Door per antwoordcategorie op te tellen hoeveel respondenten het hebben aangekruist, konden percentages berekend worden. Zo kon bijvoorbeeld bij de eerste vraag van de vragenlijst berekend worden hoeveel procent van de beeldende therapeuten die de vragenlijst hebben ingevuld nog nooit iets gehoord of gelezen hebben over psychofysiologische metingen. Ditzelfde gold voor de vragen waarin meerdere antwoorden aangekruist konden worden. Thesistools.com zette veel van dit soort vragen automatisch om in staafdiagrammen, zoals bijvoorbeeld zichtbaar is in bijlage 6.4. Deze percentages zijn soms in een overzichtelijker cirkeldiagram geplaatst, zoals ook bij de eerste vraag het geval was (bijlage 6.1.). Vragen waarbij gevraagd werd om van belangrijk naar minder belangrijk te ranken met cijfers, werden niet door thesistools.com in een staafdiagram gezet. Dit is handmatig gedaan en in de bijlagen (6.13., 6.21., 6.22. & 6.24.) is zichtbaar hoe gehandeld is om tot een beschrijving van die statistiek te komen. Zo zijn percentages en gemiddelden berekend.
- ⇨ Na alle kwantitatieve data omgezet te hebben in cijfermatige informatie, werd gekeken wat de totaaluitkomsten van de afzonderlijke vragen waren. Bijvoorbeeld hoeveel beeldend therapeuten hebben gezegd meer te weten te willen komen wat psychofysiologische metingen kunnen betekenen voor de beeldende therapie.

- ⇨ Vervolgens werden deze uitkomsten beoordeeld en vergeleken. Hier werd betekenis gegeven aan het cijfermatige materiaal. Bijvoorbeeld dat relatief veel beeldend therapeuten zeggen meer over psychofysiologische metingen te weten willen komen.
- ⇨ Aan de hand van deze beschrijvende statistiek konden de gegevens overzichtelijk gemaakt worden en van betekenis worden voorzien door uitdrukkingen te geven in gemiddelden en procenten en tabellen en grafieken te gebruiken (Migchelbrink, 2016). Daarmee werd gekeken wat de uitkomsten konden zeggen over de deelvragen. In de resultatensectie start elke onderwerp met de kwantitatieve data. Vervolgens wordt de kwalitatieve data hiernaast gelegd, zoals hieronder uiteengezet staat.

Kwalitatieve analyse
In tegenstelling tot de kwantitatieve analyse, wisselen bij de kwalitatieve analyse de dataverzameling en data-analyse elkaar af (Willemars, 2016). Dit betekent dat er iteratief is gewerkt (Baarda et al., 2013). Door het gebruik van interviews werden de gegevens tijdens de dataverzameling al impliciet geanalyseerd (Migchelbrink, 2016), zoals beschreven is in paragraaf 4.2. Nadat de data uit de interviews (via transcripties) en de data uit de vragenlijsten verzameld waren, vond een expliciete analyse plaats. Hierbij werd de data 'bewerkt' en een inhoudelijke ordening aangebracht om het materiaal van betekenis te voorzien (Migchelbrink, 2016). Er werden inhoudelijke thema's, patronen, structuren en concepten opgespoord en gecodeerd, waarmee concepten werden ontwikkeld (Boeije, 2014). Dit is op de volgende wijze gedaan:

- ⇨ Ten eerste is een schema opgesteld met attenderende begrippen (Baarda et al., 2013) aan de hand van voorkennis uit de inhoudelijke oriëntatie (het conceptuele model). De deelvragen zijn hierin leidend geweest. De attenderende begrippen waren: behoefte, huidige kennis, interventies aanpassen, (beoordeling) kenmerken, te onderzoeken condities, mogelijkheden in behandeling en wearables. Deze attenderende begrippen vormden de 'ruwe codes' Migchelbrink, 2016) waarmee de ongeordende verzamelde data (Baarda et al., 2013), de ingevulde vragenlijsten en transcripties, geanalyseerd zijn. Voor de data verkregen met de open vragen in de vragenlijsten betekende dit dat alle vragen bij een ruwe code werden ingedeeld. Voor de transcripties uitte dit in markeringen van tekstdelen, waarmee ook een indeling aan de hand van de ruwe codes werd gemaakt.
- ⇨ Vervolgens werden (in de exploratiefase) de tekstfragmenten ontleed (Baarda et al., 2013) door fragmenten te voorzien van een verfijnde code. Zo kan bij de vragenlijst gedacht worden aan codes als 'zelf ervaren' of 'vertaalslag' bij de vraag wat beeldend therapeuten zouden willen weten over psychofysiologische metingen. De gemarkeerde delen in de transcripties werden voorzien van eenzelfde soort codes.
- ⇨ Daarna werden (in de specificatiefase) de codes uit de betreffende vraag van de vragenlijst vergeleken, gegroepeerd en geordend aan de hand van gemeenschappelijke kenmerken (Migchelbrink, 2016), zodat samenhang en structuur ontstond. Dit wordt ook wel synthetiseren (Baarda et al., 2013) of axiaal coderen genoemd (Baarda et al., 2013; Boeije, 2014). Hiermee kwamen de kern en hoofdzaken naar voren. Zo werden codes als 'evidence', 'onderbouwing', 'profilering' en 'behoud van het vak' samen gegroepeerd, zoals in bijlage 6.2. te zien is. Deze codes legden het verband tussen de verzamelde data en het conceptuele model (Baarda et al., 2013). De gehele categorisering van de data uit de vragenlijst is te vinden in tabellen in bijlage 6.
- ⇨ Aan de hand van die gecategoriseerde codes kon (in de reflectiefase) gekeken worden welke bijdrage de resultaten van de analyse hadden voor de deelvragen (Baarda et al., 2013; Migchelbrink, 2016); hier werd selectief coderen toegepast (Boeije, 2014). Als eerste werd de statistische data bij de betreffende deelvraag beschreven. Vervolgens werden de kwalitatieve gegevens uit de vragenlijst en interviews hieraan gekoppeld en daarmee de deelvragen beantwoord.

Op basis van de uitkomst van deze kwantitatieve en kwalitatieve analyse kon een conclusie getrokken worden (Migchelbrink, 2016), waarmee de hoofdvraag is beantwoord.

4.4. Kwaliteitscriteria

Er zijn een aantal technieken gebruikt om de kwaliteit van dit onderzoek te bevorderen. Het belangrijkste criterium van praktijkgericht onderzoek is de bruikbaarheid (Migchelbrink, 2016). "Bruikbare kennis is […] kennis die naar inhoud en vorm direct in de praktijk kan worden ingezet" (Migchelbrink, 2016 p. 245). De druk van het Zorginstituut Nederland om meer bewijzen te genereren voor de effectiviteit van beeldend therapeutische interventies, laat zien dat dit soort onderzoek bij kan

dragen aan het laten bestaan van beeldende therapie. Ook in de praktijk groeit daarom de vraag om deze bewijzen te leveren aan externen. Door inzichtelijk gemaakt te hebben hoe het onderwerp psychofysiologische metingen en de hier tegenaan liggende thema's bij beeldend therapeuten in de praktijk vallen, draagt dit bij aan afstemming tussen het onderzoeksveld en de beeldende therapie praktijk. Uiteindelijk komt dit op microniveau ten goede aan de behandeling van de cliënt (zie doelstelling). Met de genoemde aanbevelingen kan Creative Minds van KenVaK stappen ondernemen om deze aansluiting tussen de praktijk en het werkveld te bevorderen.

Volgens Smeijsters (2006) gaat kwalitatief praktijkgericht onderzoek niet zo zeer over validiteit, betrouwbaarheid en objectiviteit, maar over trustworthiness. Trustworthiness bestaat uit een aantal kwaliteitscriteria die de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid van dit onderzoek inzichtelijk maken (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005, aangehaald in Willemars, 2016). Om aan die kwaliteitscriteria te voldoen, zijn een aantal technieken toegepast die in onderstaand schema worden toegelicht.

Trustworthiness (Smeijsters, 2006, 2008)	
Kwaliteitscriteria	**Toegepaste technieken**
Credibility (herkenning en geloofwaardigheid door respondenten)	Door actief op verschillende wijzen bekendheid te geven aan de vragenlijst, zijn er veel responsen gekomen op de vragenlijst. Zo is gebruik gemaakt van social media, het ledenbestand van de NVBT, zijn flyers verspreidt op een congres en netwerkdag en zijn beeldend therapeuten benaderd per e-mail (zie paragraaf 4.2.). Door deze grote steekproef van 87 beeldend therapeuten, ondersteund door 3 geïnterviewde beeldend therapeuten, is de herkenning en geloofwaardigheid door beeldend therapeuten relatief groot.
Dependability (complete informatie)	Door het gebruik van verschillende dataverzamelingstechnieken, interviews en vragenlijsten, is triangulatie toegepast (Baarda et al., 2013; Boeije, 2014; Migchelbrink, 2016). Het bekijken vanuit meerdere perspectieven (Smeijsters, 2006) zorgt ervoor dat de zwakheden, die interviews en vragenlijsten met zich mee brengen, elkaar opheffen. Ze kunnen verschillende elementen van het onderwerp laten zien, waardoor een vollediger beeld ontstaat (Boeije, 2014). Daarnaast is de vragenlijst door beeldend therapeuten vanuit verschillende werksettingen, met verschillende leeftijden en met diverse jaren aan werkervaring ingevuld, zoals zichtbaar is in bijlage 6.26., 6.27. en 6.28. Dit draagt eraan bij dat de resultaten complete informatie bevatten.
Confirmability (kunnen volgen hoe resultaten zijn verkregen)	Aan de hand van de vorige paragrafen is in kaart gebracht welke stappen zijn genomen om tot de conclusie te komen. Daarnaast geven de onderzoeksmethode en de verschillende bijlagen de mogelijkheid om de methodische stappen die zijn gezet te volgen en te controleren. Dit geeft transparantie in de trustworthiness (Baarda et al., 2013). Zo is bijvoorbeeld in bijlage 6.2. te zien hoe de ruwe data die rechts staat vermeld is gecategoriseerd, zoals in de linker kolom zichtbaar is. De kleuren maken inzichtelijk bij welke part van de cirkeldiagram een toelichting hoort. Ook zijn de berekeningen die nodig waren bij een aantal data-analysen zichtbaar in bijvoorbeeld bijlage 6.13.
Transferability (bruikbaarheid in andere context)	Naast de bruikbaarheid die in deze paragraaf beschreven is, is dit onderzoek mogelijk ook bruikbaar en overdraagbaar naar de andere media van vaktherapie, zoals muziektherapie en dramatherapie. Dit is echter niet met zekerheid te zeggen, zie hiervoor de aanbevelingen. Dit onderzoek heeft zich gericht op Nederlandse beeldend therapeuten. In de inhoudelijke oriëntatie is ook gebruik gemaakt van internationale bronnen, waardoor de resultaten mogelijk ook overdraagbaar zijn naar andere landen.
Authenticity (respondenten hebben eerlijke kans gehad visie te geven)	Doordat het invullen van de vragenlijsten volledig anoniem was, konden beeldend therapeuten vrij reageren op het onderwerp. Op deze wijze was er zo min mogelijk last van sociale wenselijkheid. Daarnaast droeg de laatste vraag in de vragenlijst eraan bij om open te reageren op het onderwerp, zodat beeldend therapeuten de volle gelegenheid hadden hun visie te geven. Aan het begin van de interviews werd benoemd dat de gegevens volledig anoniem en vertrouwelijk verwerkt zouden worden (zie interviewschema in bijlage 7). Dit zorgde er mogelijk voor dat de beeldend therapeut zich vrijer voelde om de eigen visie te geven. Daarnaast is gezorgd dat de mening van de interviewer geen invloed kon hebben op de visie van de geïnterviewde beeldend therapeut. Dit kwam bijvoorbeeld duidelijk naar voren toen respondent 1 in het interview vroeg: *"Wat denk je? Wat vind jij zelf als ik dat zo zeg?"* (bijlage 8.1.). Hierop werd gereageerd met: *"Mijn mening wil ik liever aan het eind geven, want anders kan ik jou beïnvloeden"* (bijlage 8.1.).

5. Resultaten

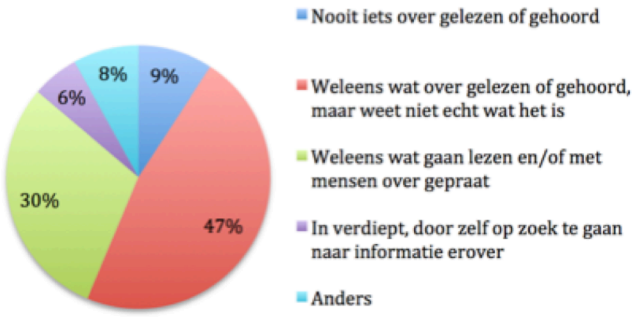
In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de dataverzameling en data-analyse uitgewerkt. Onder elk kopje wordt een deelvraag beschreven aan de hand van de resultaten. De deelvraag staat tussen oranje balken. In de bijlagen zijn de transcripties van de interviews (bijlage 8) en de data(-analyse) van de vragenlijst (bijlage 6) terug te vinden. Door de enorme hoeveelheid data, voornamelijk verkregen met de vragenlijst, is een selectie aangebracht met relevante data voor de deelvragen. Hierdoor is niet alle verkregen data beschreven, maar wel ter aanvulling terug te vinden in de bijlagen.

5.1. Huidige kennis en behoefte

Deelvraag 1: In hoeverre hebben beeldend therapeuten behoefte aan het opdoen van kennis over (de werkingsmechanismen van) beeldend therapeutische interventies verkregen met psychofysiologische metingen?

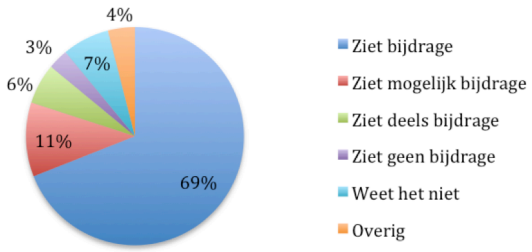
Huidige staat van kennis

Van de beeldend therapeuten die de vragenlijst hebben ingevuld geeft 9% aan nooit iets gelezen of gehoord te hebben over psychofysiologische metingen. In figuur 4 is zichtbaar dat het merendeel van de beeldend therapeuten weleens wat gelezen of gehoord heeft over psychofysiologische metingen. Echter heeft maar 6% zich in psychofysiologische metingen verdiept (Bijlage 6.1.). Een beeldend therapeut zegt hierbij: op de *"opleiding kunstzinnige therapie werd ook gewerkt met fysiologische metingen"* (bijlage 6.1. 'Kunstzinnige therapie').



Figuur 4. Kennis over psychofysiologische metingen. N=87 (bijlage 6.1.).

Van de beeldend therapeuten geeft 69% in de vragenlijst aan een bijdrage te zien en 11% een mogelijke bijdrage te zien in psychofysiologische metingen voor de beeldende therapie. Echter geeft 3% aan geen bijdrage te zien (zie figuur 5) (bijlage 6.16.). De bijdrage wordt voornamelijk gezien in het bewijzen van de meerwaarde van beeldende therapie, ter onderbouwing, evidence based krijgen van het vak, profilering en behoud van het vak (bijlage 6.2., 6.3., 6.16.). Achtentwintig van de zevenenvijftig respondenten geven dan ook aan dat zij het meeste belang hechten aan wetenschappelijke kennis over beeldende therapie met psychofysiologische metingen. Echter geven ook eenentwintig aan dit juist het minst van belang te vinden (zie tabel 1). Gemiddeld wordt aan het genereren van wetenschappelijke kennis het meeste belang gehecht, vlak gevolgd door praktijkgerichte kennis (zie figuur 6) (bijlage 6.21.). Echter wordt het effectiever inzetten van interventies gemiddeld het meest van belang gevonden om te bereiken met psychofysiologische metingen. Hierna volgt de onderbouwing en verantwoording naar buiten toe (zie figuur 7). Dit beeld is anders als gekeken wordt in tabel 2 hoeveel beeldend therapeuten onderbouwing en verantwoording op 1 en op 3 zetten. Hierbij is net als in tabel 1 een erg verspreid beeld zichtbaar (bijlage 6.22.). Vanuit de vragenlijst komt interesse van beeldend therapeuten in de betekenis die psychofysiologische metingen kunnen hebben voor de beeldende therapie duidelijk naar voren, al weten ze echter niet goed hoe het in zijn werk gaat (bijlage 6.2. & 6.3.).



Figuur 5. Of psychofysiologische metingen volgens beeldend therapeuten een bijdrage kunnen leveren aan de beeldende therapie. N=71 (bijlage 6.16.).

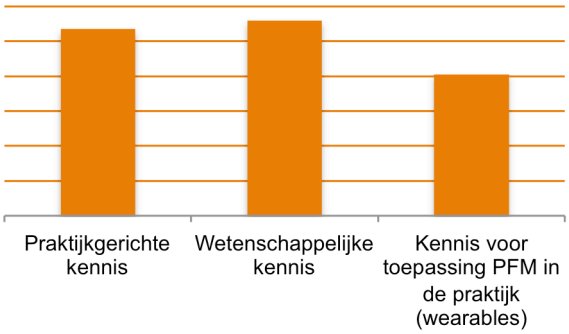
Tabel 1. Welk soort kennis beeldend therapeuten het meest van belang vinden. N=57 (bijlage 6.21.).			
	Praktijkgerichte kennis	**Wetenschappelijke kennis**	**Kennis over het toepassen van psychofysiologische metingen (bv. met wearables) in de praktijk**
1 (belangrijk)	18	28	11
2	25	8	24
3 (minder belangrijk)	14	21	22

Tabel 2. Wat beeldend therapeuten het meest van belang vinden te bereiken met psychofysiologische metingen. N=56 (bijlage 6.22.).			
	Effectiever inzetten van interventies	**Onderbouwing en verantwoording naar buiten toe (verwijzers, zorgverzekeraars, etc.)**	**Interventies beter afstemmen binnen de behandeling (met wearables)**
1 (belangrijk)	24	23	9
2	26	14	16
3 (Minder belangrijk)	6	19	31

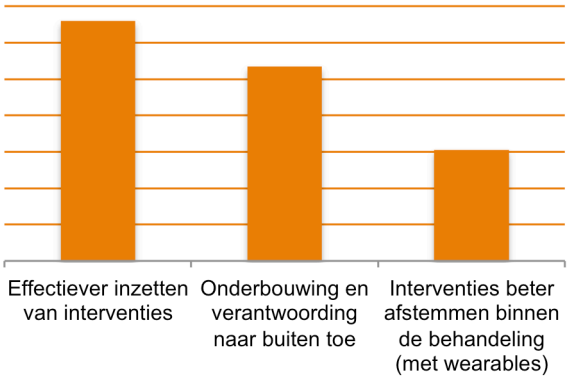
In de interviews komt naar voren dat psychofysiologische metingen als een lastig onderwerp worden ervaren (bijlage 8.1., 8.2. & 8.3). Een beeldend therapeut vraagt zich af wat diegene kan met dit onderwerp (bijlage 8.1.); een ander hoe je kunt meten en wat je met die resultaten kunt (bijlage 8.2.). Twee beeldend therapeuten vragen zich af wat met name zweetproductie en hartslag kunnen zeggen over een cliënt in beeldende therapie (bijlage 8.1. & 8.2.). Een geïnterviewde denkt vooral aan het brein bij psychofysiologische metingen (bijlage 8.1.).

Er wordt gedacht dat hersenactiviteit meer kan zeggen dan hartslag of zweetproductie (bijlage 8.2.). Twee geïnterviewde beeldend therapeuten kunnen zich wel voorstellen dat er effecten gemeten kunnen worden met psychofysiologische metingen (bijlage 8.2.).

Ondanks dat onderzoek als belangrijk wordt gezien, gaat de voorkeur van de geïnterviewde beeldend therapeuten eerder uit naar andersoortig onderzoek dan psychofysiologisch onderzoek. Zij vragen zich dan ook af wat de meerwaarde is van onderzoek in de beeldende therapie met psychofysiologische metingen ten opzichte van andersoortig onderzoek (bijlage 8.1., 8.2. & 8.3). Ook geven meerdere respondenten in de vragenlijst aan de meerwaarde nog niet te zien (bijlage 6.2. & 6.3.). Zo denkt een beeldend therapeut dat met vragenlijsten hetzelfde in kaart kan worden gebracht als met psychofysiologische metingen (bijlage 8.3.). Er wordt dan ook door een beeldend therapeut gevonden dat aan het effect in de praktijk voorbij gegaan wordt. In de praktijk wordt er gezien dat beeldend therapeutische interventies werken, waardoor het overbodig voor de praktijk wordt gevonden om er onderzoek naar te doen op deze wijze. Hierbij valt het op dat wordt gezegd dat de effecten die zich in de praktijk laten zien als belangrijker ervaren worden dan bewijzen die gegenereerd worden met psychofysiologische metingen (bijlage 8.2.). Twee respondenten benoemen in de interviews dat resultaten van psychofysiologisch onderzoek in beeldende therapie kunnen bevestigen en bekrachtigen wat momenteel in de beeldende therapie praktijk gedaan wordt (bijlage 8.2. & 8.3.). Ook zou volgens een beeldend therapeut bijvoorbeeld het lezen over wat er in de hersenen gebeurt realisatie en meer bewustwording kunnen creëren bij beeldend therapeuten (bijlage 8.1.).



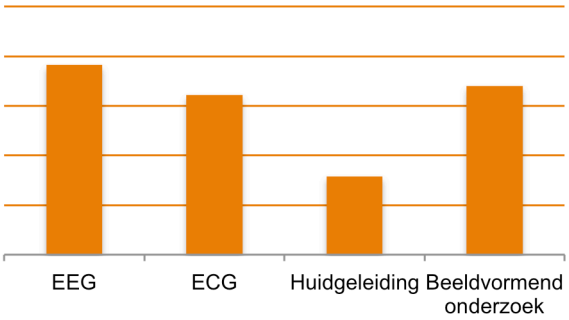
Figuur 6. Aan welke soort kennis het meeste belang wordt gehecht door beeldend therapeuten (bijlage 6.21.).



Figuur 7. Wat beeldend therapeuten het meest van belang vinden om te bereiken met psychofysiologische metingen (bijlage 6.22.).

Behoeften

De meerderheid van de beeldend therapeuten die de vragenlijst hebben ingevuld zouden graag meer te weten willen komen over wat psychofysiologische metingen zouden kunnen betekenen voor de beeldende therapie (85%) (bijlage 6.2.) en meer kennis vergaren over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies verkregen met psychofysiologische metingen (88%) (bijlage 6.3.). Het belang van evidence, onderbouwing en profilering naar buiten (zoals naar collega's) toe en (in mindere mate) naar zichzelf toe en het behoud en toekomst van het vak worden daarbij als grootste motivatie gegeven. Veel beeldend therapeuten geven aan het interessant te vinden en zijn nieuwsgierig naar wat er mogelijk is en wat de resultaten kunnen zeggen over beeldend therapie. Er wordt ook aangegeven dat deze kennis goed gebruikt kan worden in de praktijk ten behoeve van interventies en aanbod. Echter kunnen een aantal respondenten zich lastig voorstellen hoe het uit te voeren is en wat psychofysiologische metingen kunnen zeggen over beeldend therapeutische interventies. Zo twijfelt een beeldend therapeut of het bruikbare resultaten gaat opleveren voor de beeldende therapie en geeft een beeldend therapeut aan de uitkomsten niet te vertrouwen. Ondanks de enkele kanttekeningen, zijn veel beeldend therapeuten nieuwsgierig en geïnteresseerd (bijlage 6.2. & 6.3.).



Figuur 8. Gemiddelde interesse van beeldend therapeuten in verschillende onderzoeksvormen (bijlage 6.24.).

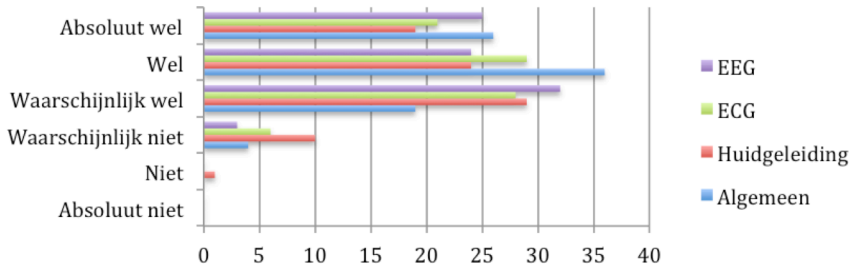
De interesse voor onderzoek naar beeldende therapie aan de hand van hersenmetingen is groter dan die aan de hand van ECG en huidgeleiding. Twintig van de zesenvijftig respondenten vindt EEG het meest interessant en tweeëntwintig respondenten vinden beeldvormend onderzoek het meest interessant. Voornamelijk huidgeleiding is erg impopulair (zie tabel 3). EEG, beeldvormend onderzoek en ECG liggen qua gemiddelde interesse vrij dicht bij elkaar (zie figuur 8), hoewel minder respondenten ECG als meest interessant aangeven dan EEG en beeldvormend onderzoek (zie tabel 3).

Tabel 3. Welke van onderstaande vormen beeldend therapeuten het meest interessant vinden voor beeldende therapie. N= 56 (bijlage 6.24.).

	EEG	ECG	Huidgeleiding	Beeldvormend onderzoek
1 (interessant)	20	10	4	22
2	19	17	9	11
3	9	26	14	7
4 (minder interessant)	8	3	29	16

De manieren waarop beeldend therapeuten informatie zouden willen inwinnen over psychofysiologische metingen en beeldende therapie, verschillen sterk. Er is een lichte voorkeur om schriftelijk deze kennis te vernemen (~33%), gevolgd door actief (~27%) en luisterend (~21%) (bijlage 6.4.). Dertien beeldend therapeuten geven aan meerdere manieren prettig te vinden. Daarnaast is aangegeven door een enkeling geïnteresseerd te zijn in een digitale wijze, namelijk een webinar, e-course of via een Youtube-filmpje (bijlage 6.4.).

Hierin zouden zij te weten willen komen hoe psychofysiologische metingen werken, wat de eerste resultaten van psychofysiologisch onderzoek in beeldende therapie zijn en vooral wat psychofysiologische metingen en onderzoek met deze metingen kunnen betekenen voor de beeldende therapie. In deze vertaalslag zouden ze te weten willen komen wat zij als beeldend therapeut ermee kunnen in de praktijk, zowel in het zelf gebruik maken van deze psychofysiologische metingen in de praktijk als met name wat zij in de praktijk kunnen met resultaten voortkomend uit psychofysiologisch onderzoek. Ook zouden ze willen weten wat dit kan betekenen voor het aanbod en de interventies in de praktijk. Daarbij is het belangrijk dat wat er gecommuniceerd wordt, praktijkgericht is. Hierbij kan gedacht worden aan wat de



Figuur 9. In hoeverre beeldend therapeuten artikelen zouden lezen over beeldende therapie en psychofysiologische metingen (bijlage 6.6.).

resultaten voortkomend uit psychofysiologisch onderzoek kunnen beteken voor de praktijk, hoe de vertaalslag naar beeldende therapie eruit ziet en het geven van praktijkvoorbeelden. Zeven respondenten benadrukken vooral te willen weten wat er in de hersenen gebeurt. Ook geven twee beeldend therapeuten aan zelf deze psychofysiologische metingen te willen ondergaan en te willen uitvoeren. Deze groep zou graag horen en leren hoe zij in hun eigen behandeling gebruik kunnen maken van deze psychofysiologische metingen (bijlage 6.5.). Ook in de drie interviews kwam naar voren dat de vertaalslag naar de praktijk van groot belang is (bijlage 8.1, 8.2. & 8.3.).

Artikelen die gaan over beeldende therapie en EEG, ECG of huidgeleiding zouden door beeldend therapeuten ongeveer even snel gelezen worden. Een algemeen artikel over psychofysiologische metingen zou mogelijk iets sneller gelezen worden dan een psychofysiologische meting apart beschreven (zie figuur 9). Twaalf van deze respondenten geven aan dat de mate van praktijkgerichtheid bepaald of zij het gaan lezen (bijlage 6.7.). Ook in de interviews wordt benoemd dat erin moet staan wat er met de resultaten gedaan kan worden in de praktijk (bijlage 8.1., 8.2. & 8.3.). Praktijkvoorbeelden, een uitleg van de opzet, hoe de onderzoekers het aangepakt hebben en voorbeeldopdrachten (bijlage 8.3.) kunnen dat bevorderen. Twee beeldend therapeuten in de interviews geven aan dat als het een ingewikkeld, wetenschappelijk en technisch artikel is, zij dit niet zullen willen lezen (bijlage 8.2. & 8.3.).

Tabel 4. In hoeverre het een drempel is voor beeldend therapeuten als het artikel in het Engels geschreven is. Van lage drempel (1) naar hoge drempel (7). N= 85 (bijlage 6.8.).

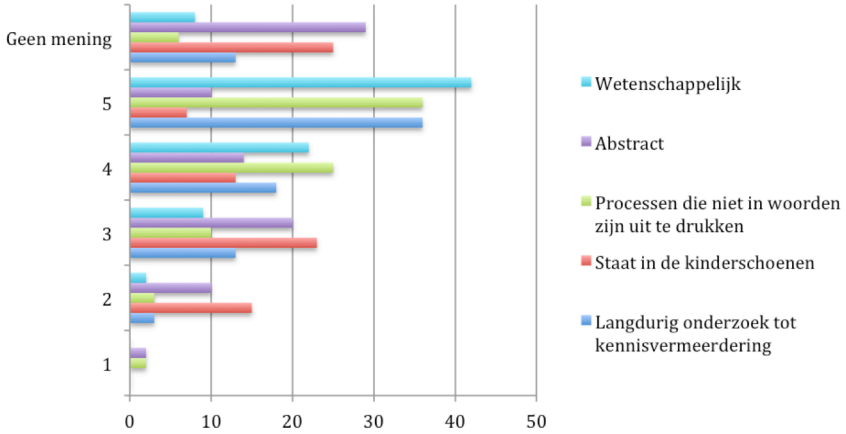
	Aantal BT	Procent
1	18	21%
2	11	13%
3	10	12%
4	11	13%
5	17	20%
6	5	6%
7	13	15%

Het is voor een deel van de beeldend therapeuten drempelverhogend als een artikel in het Engels is geschreven: ruim 15% ervaart het als een erg hoge drempel. Echter is het voor 21% geen probleem als het Engelstalig is (zie tabel 4) (bijlage 6.8.).

5.2. Kenmerken

Deelvraag 2: Hoe worden de aspecten die gezien worden in onderzoek naar (de werkingsmechanismen van) beeldend therapeutische interventies met psychofysiologische metingen beoordeeld door beeldend therapeuten?

Uit de vragenlijst komt naar voren dat kwalitatief onderzoek beeldend therapeuten meer aanspreekt dan kwantitatief onderzoek. Echter vinden ze deze onderzoeksbenaderingen wel even belangrijk (bijlage 6.9.). Dat onderzoek naar beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen een wetenschappelijk karakter heeft, wordt door 52% als erg positief beoordeeld en nog eens 27% geeft aan dit redelijk positief te vinden. Dit geldt ook voor het kunnen kijken naar processen die niet in woorden zijn uit te drukken, waar ongeveer 44% dit erg positief beoordeelde en ongeveer 31% als redelijk positief. Dat psychofysiologisch onderzoek abstracte materie is, blijkt bijna 36% geen mening over te hebben. Verder geeft het grootste deel aan (~25%) abstracte materie zowel niet positief als negatief te beoordelen. Ditzelfde patroon is zichtbaar bij het idee dat het onderzoeksgebied in de kinderschoenen staat. Hier heeft ongeveer 31% geen mening over en vinden de meesten (~29%) dat het niet positief en niet negatief is. Dat het lang duurt voordat er kennis voortkomt uit onderzoek met psychofysiologische metingen wordt door 45% als positief beoordeeld (zie figuur 10) (bijlage 6.11.). Echter wordt aangegeven door negen respondenten dat de vraag waar deze resultaten uit voortkomen (zie bijlage 5, vraag 11) niet goed begrepen wordt en blijkt uit de aangegeven aspecten dat de vraag door veel respondenten anders geïnterpreteerd is (bijlage 6.12.).

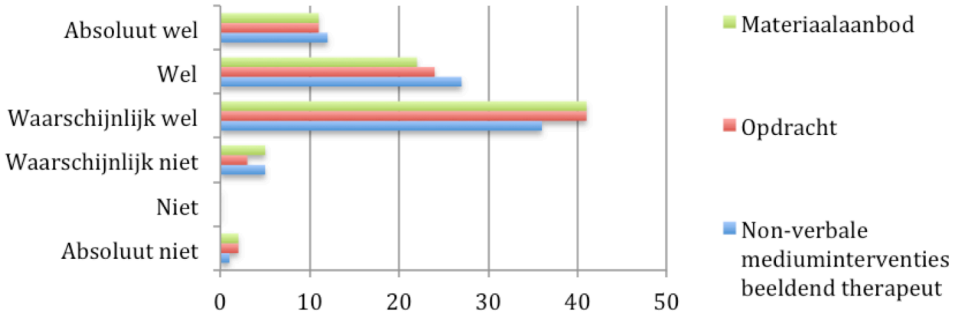


Figuur 10. Beoordeling aspecten psychofysiologische metingen door beeldend therapeuten. Van negatief (1) naar positief (5) (Bijlage 6.11.).

Beeldend therapeuten geven daarbij in de vragenlijst aan dat psychofysiologisch onderzoek mogelijk samenwerking en gelijkstemming met onder ander psychologen te weeg kan brengen (bijlage 6.12.). Verder wordt er door twee in de vragenlijst (bijlage 6.12.) en twee in de interviews (bijlage 8.2. & 8.3) benoemd dat metingen mogelijk van invloed kunnen zijn op het resultaat. Twee beeldend therapeuten geven in de vragenlijst aan (bijlage 6.12.) en één in een interview (bijlage 8.1.) dat zij denken dat het per individu erg kan verschillen wat zich psychofysiologisch voordoet. Het "*is ook heel individueel wat iemand zou geruststellen of zou ontspannen of angstig zou maken*" (bijlage 8.1.). Onderzoek met psychofysiologische metingen onder een specifieke doelgroep wordt in de interviews als een mogelijke oplossing gezien (bijlage 8.1 & 8.3).

5.3. Interventies aanpassen

Deelvraag 3: In hoeverre zouden beeldend therapeuten hun interventies aanpassen door kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies verkregen met psychofysiologisch onderzoek?



Figuur 11. In hoeverre beeldend therapeuten bereid zijn hun interventies aan te passen op basis van kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen, verkregen met psychofysiologische metingen (bijlage 6.10.).

Over het algemeen zijn beeldend therapeuten voorzichtig geneigd hun interventies aan te passen door kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen verkregen met psychofysiologische metingen. In figuur 11 is zichtbaar dat de meeste beeldend therapeuten zowel hun materiaalaanbod, werkvormen (beeldende opdrachten) als non-verbale mediuminterventies waarschijnlijk aanpassen op kennis over beeldend therapeutische interventies vergaard met psychofysiologische metingen. Ongeveer 14% geeft aan zeker interventies aan te willen passen (bijlage 6.10). Zo zegt een respondent in de interviews dat *"als blijkt dat iemand rustig wordt door zijn angsten in klei te brengen en daardoor de hartslag beter wordt. Ja, als dat bewezen is, is dat voor mij natuurlijk wel een stimulans om dat te gebruiken"* (bijlage 8.3.).

In de interviews komt naar voren dat fysiologische processen zichtbaar zijn voor beeldend therapeuten, zoals het zweten of rood worden van cliënten. Als de hartslag omhoog gaat of iemand ingespannen bezig is, heeft dat volgens hen een functie. Hierop kan worden aangesloten met een interventie. Deze fysiologische veranderingen vinden ze onderdeel van het therapieproces (bijlage 8.1., 8.2. & 8.3.). Een beeldend therapeut geeft aan dat het fysiologische echter niet iets is wat ze zou uitlokken of vermijden (bijlage 8.1.). Een andere beeldend therapeut heeft een sceptische houding om interventies aan te passen op de kennis vergaard met psychofysiologische metingen. Hij vertrouwt voornamelijk op eigen vakkennis en ervaring. Het niet goed zien wat kennis middels psychofysiologische metingen zou kunnen bijdragen, aan bijvoorbeeld het werken in het hier-en-nu, maakt dat hij niet kan zeggen of het van tevoren invloed zou kunnen hebben op de behandeling (bijlage 8.2.).

Om kennis die vergaard is met psychofysiologische metingen toe te kunnen passen in de behandeling, geven beeldend therapeuten verschillende dingen aan nodig te hebben. Voornamelijk hebben ze meer informatie nodig over de mogelijkheden die het kan hebben voor de beroepspraktijk (~81%). Daarnaast zou iets minder dan de helft meer informatie nodig hebben over hoe psychofysiologische metingen werken (~49%) en geven ze aan meer informatie nodig te hebben over wetenschappelijk en kwantitatief onderzoek (~41%). Verder wordt aangegeven dat ze daarbinnen handvatten nodig hebben; praktijkvoorbeelden en concrete toepassing zouden daaraan bijdragen (bijlage 6.15.).

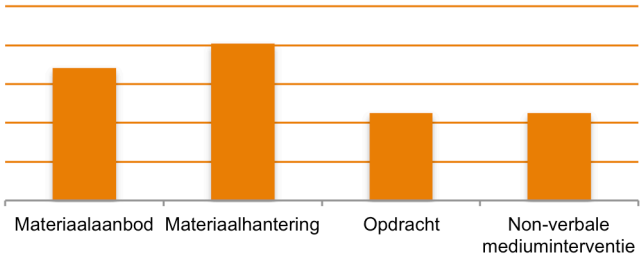
5.4. Te onderzoeken condities

Deelvraag 4: Wat zouden beeldend therapeuten rondom beeldend therapeutische interventies onderzocht willen hebben met psychofysiologische metingen?

In figuur 12 en tabel 5 is zichtbaar dat beeldend therapeuten in de vragenlijst aangeven de materiaalhantering (bijvoorbeeld gooien, krassen, schetsen, etc.) het meest interessant te vinden om onderzocht te hebben met psychofysiologische metingen. Ongeveer 42% zet dit neer als het meest interessant. Vlak hierna volgt het materiaalaanbod (bijvoorbeeld klei, potlood, verf, steen, etc.). Iets minder interessant wordt de opdracht bij het materiaal en de non-verbale mediuminterventie van de beeldend therapeut (bijvoorbeeld spiegelen in het beeldend werk) gevonden, al geeft nog ongeveer 16% van de beeldend therapeuten aan dit wel het meest interessant te vinden (bijlage 6.13.).

Tabel 5. Aantal beeldend therapeuten die interesse aangeven in het onderzoeken van beeldend therapeutische interventie met psychofysiologische metingen. N=52 (bijlage 6.13.).

	Materiaal-aanbod	**Materiaal-hantering**	**Opdracht**	**Non-verbale mediuminterventie**
1 (interessant)	13	22	8	9
2	22	14	9	7
3	6	11	17	18
4 (minder interessant)	11	5	18	18



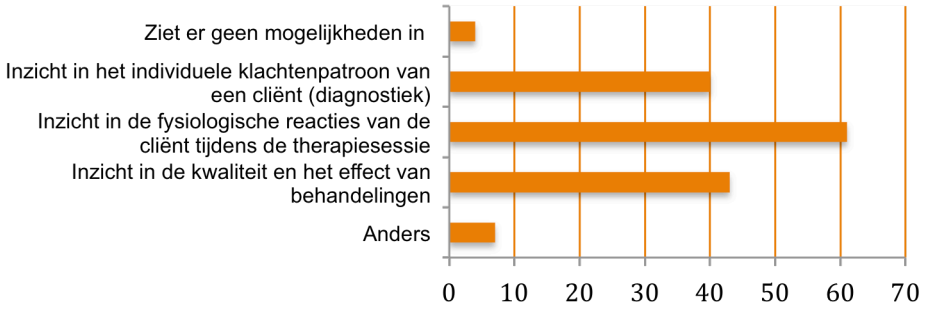
Figuur 12. Hoeveelheid interesse om te onderzoeken met psychofysiologische metingen. Hoe hoger de balk, hoe meer interesse beeldend therapeuten erin hebben (bijlage 6.13.).

Hierin wordt door een beeldend therapeut in de vragenlijst aangegeven wat psychofysiologische metingen zouden kunnen zeggen over herhaling, ritme, vormen, kleuren en formaat. Een andere beeldend therapeut kaart aan het geluid van het materiaal onderzocht te willen hebben met psychofysiologische metingen (bijlage 6.13.). Daarnaast worden er door een aantal beeldend therapeuten werkvormen, werkwijzen, methoden en methodieken benoemd onderzocht te willen hebben met psychofysiologische metingen (bijlage 6.13.): vier geven de tekenbewegingsmethode aan (twee in de vragenlijst (bijlage 6.13.) en twee in de interviews (bijlage 8.2. & 8.3.)) en ook benoemt een beeldend therapeut in de vragenlijst de Emerging Body Language (bijlage 6.12.). In tegenstelling tot de rest, wordt door één beeldend therapeut aangehaald juist *"de invloed van het materiaal op de stemming en de rol van de vaktherapeut"* (bijlage 6.14. 'Invloed op therapeut') te onderzoeken met psychofysiologische metingen. In een interview wordt door een beeldend therapeut aangegeven dat ze niet weet hoe geschikt het voor iedereen is om met klei te gooien. *"Uiteindelijk klop je wel van alles op. […] Misschien is het wel interessant om daar mee zicht op te krijgen. Wat gebeurt er dan eigenlijk. Is het wel verantwoord?"* (bijlage 8.1.). Zeven beeldend therapeuten geven in de vragenlijst aan te weten te willen komen met psychofysiologische metingen welke interventies ontspannen, spanning geven, spanning reguleren en stress reduceerden. Drie respondenten in de vragenlijst zouden willen weten of dat wat er gedacht en gedaan wordt in de praktijk psychofysiologisch te bevestigen is (bijlage 6.14.). Dit wordt ook in een interview aangegeven (bijlage 8.2.). Twee respondenten geven in de vragenlijst aan dat ze graag de onderliggende werkingsmechanismen van beeldend materialen beter willen begrijpen aan de hand van psychofysiologische metingen. Drie respondenten geven aan te weten te willen komen in hoeverre de interventies op de lange termijn effect hebben. De extra interesse in de hersenen komt bij vijf respondenten in de vragenlijst ook hier naar voren (bijlage 6.23.). Zo zouden ze te weten willen komen wat het effect is van diverse beeldende materialen op de hersenen, welke hersengebieden betrokken zijn bij welk materiaal (bijvoorbeeld het Default Mode Network zoals één respondent aankaart (bijlage 6.16.) en de hantering ervan, zodat gekeken kan worden welke interventies het meest effectief zijn met betrekking tot de hersenen (bijlage 6.14. & 6.23.). In de vragenlijst zegt een beeldend therapeut: *"Ik zou graag zien dat psychofysiologische metingen leiden naar neurologisch beeldend werken als methode".* (bijlage 6.23: 'Hersenen'). Verder worden er in de vragenlijst nog veel verschillende dingen benoemd die beeldend therapeuten inhoudelijk onderzocht willen hebben. Een voorbeeld hiervan is wat er psychofysiologisch gezegd kan worden over de zintuigelijke en motorische handelingen: wat en of er psychofysiologisch een verschil is tussen op een scherm (als een iPad) en op papier beeldend werken (bijlage 6.16.).

5.5. Mogelijkheden in behandeling

Deelvraag 5: Welke mogelijkheden zien beeldend therapeuten om rondom de behandeling in de praktijk gebruik te maken van psychofysiologische metingen ten behoeve van beeldend therapeutische interventies?

In figuur 13 is te zien dat het inzichtelijk maken van fysiologische reacties van de cliënt tijdens een therapiesessie in het gebruik van wearables voornamelijk door beeldend therapeuten aangegeven wordt als een toekomstmogelijkheid. Inzicht in het individuele klachtenpatroon en inzicht in de kwaliteit en effect van behandelingen wordt iets minder als toekomstmogelijkheid beoordeeld, maar toch nog geeft een meerderheid aan dit als een mogelijkheid te zien.



Figuur 13. Mogelijkheden gebruik wearables die beeldend therapeuten zien. N=77 (Bijlage 6.17.).

Daarnaast wordt door zes respondenten als mogelijkheid aangegeven dat het voor de cliënt zelf interessant kan zijn er zicht op te hebben. Het kan helpen in het eigen inzicht, het vergroten van de autonomie van de cliënt en de betrokkenheid. Ook geven twee respondenten de mogelijkheid aan om buiten de sessie wearables te gebruiken en een andere respondent benoemd eventueel de gegevens van binnen en buiten een sessie met elkaar te vergelijken. Een andere mogelijkheid wordt door een respondent gezien in het kijken naar het effect van een enkele therapiesessie (bijlage 6.18.). Een ander zegt: *"om in de loop van de tijd metingen te doen bij cliënten met bijvoorbeeld PTSS om te zien of stressoren verminderen gedurende de behandeling."* (bijlage 6.18. 'Effect na enkele sessie, gedurende de behandeling').

Ongeveer 18% van de beeldend therapeuten zou zeker gebruik willen maken van wearables in de beeldend therapeutische behandeling, Een kleine 60% zegt voorzichtig hier mogelijk gebruik van te willen maken (zie tabel 6). Echter geven dertien beeldend therapeuten in de vragenlijst aan (bijlage 6.20.) en één geïnterviewde aan (bijlage 8.3.) dat zij alleen gebruik willen maken van wearables als de cliënt er open voor staat en er geen last van heeft. Daarnaast moet het volgens twaalf respondenten een waardevolle toevoeging zijn in de behandeling of de toegevoegde waarde eerst begrepen zijn door hen (bijlage 6.20.). Uit de interviews komt naar voren dat deze toevoeging niet altijd wordt gezien (bijlage 8.1.) en dat ze zich moeilijk kunnen voorstellen hoe psychofysiologische metingen gedaan kunnen worden in de praktijk (bijlage 8.2.). Ook geven zes respondenten in de vragenlijst aan gebruik te willen maken van wearables omdat ze graag willen bijdragen aan het onderzoek en het verkrijgen van bewijzen van de effectiviteit van beeldende therapie (bijlage 6.20.).

Tabel 6. Hoeveel beeldend therapeuten zelf gebruik willen maken van wearables in de behandeling. Van absoluut niet (1) naar absoluut wel (6). N= 77 (bijlage 6.19.).

	Aantal BT	Procent
1	3	4%
2	1	1%
3	13	17%
4	23	30%
5	23	30%
6	14	18%

6. Discussie en conclusie

Onderzoek met psychofysiologische metingen is een manier om wetenschappelijke kennis te verkrijgen over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies. Dit kan bewijzen opleveren, die van belang kunnen zijn in het kader van evidence based werken, wat van buitenaf veel gevraagd wordt van beeldend therapeuten. Daarnaast kunnen psychofysiologische metingen ook een directe bijdrage brengen aan de praktijk, door bijvoorbeeld de kennis die opgedaan wordt met psychofysiologische metingen te integreren in behandelingen. Om deze kennis optimaal te benutten en de evidence goed en zorgvuldig te gebruiken, is het in kaart krijgen van de attitude van beeldend therapeuten erover van groot belang (zie onderzoekskwestie). De hoofdvraag van dit onderzoek luidde dan ook:

Welke attitude hebben beeldend therapeuten ten opzichte van het verkrijgen van kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies door middel van psychofysiologische metingen?

De hoeveelheid responsen op de vragenlijst waren boven verwachting. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeksresultaten steviger staan en daarmee een duidelijker beeld geven over de attitude van beeldend therapeuten ten opzichte van psychofysiologische metingen. Vraag 11 werd door hen niet begrepen of verkeerd geïnterpreteerd, waardoor in de discussie en conclusie deze vraag niet meegenomen wordt. Bij de vragen waar om een ranking werd gevraagd (13, 21, 22 en 24) gaven sommigen geen ranking aan, maar deden zij dit op een andere wijze. De meesten begrepen de vraag echter goed, waardoor juist alleen deze data is gebruikt in de analyse. Verder is de vragenlijst goed tot zijn recht gekomen. De interviews zijn zonder problemen verlopen, waarbij de geïnterviewde beeldend therapeuten graag wilde meewerken. De korte tijd die voor dit onderzoek beschikbaar was zorgde er echter wel voor dat er bepaalde beslissingen gemaakt moesten worden, zoals de hoeveelheid interviews en andere analyses van variabelen in de vragenlijst niet meer mogelijk waren (zie aanbevelingen).

Discussie

Uit het onderzoek, gebaseerd op 87 ingevulde vragenlijsten en 3 interviews, komt naar voren dat de meeste beeldend therapeuten weleens gehoord of gelezen hebben over psychofysiologische metingen. Hierbij werd door een beeldend therapeut benoemd dat de opleiding kunstzinnige therapie werkt met psychofysiologische metingen. Echter zijn hier geen bronnen over gevonden die dit bevestigen en is door de anonimiteit van de vragenlijst niet mogelijk deze respondent verder te bevragen. Ondanks dat de meesten er weleens wat over gehoord of gelezen hebben, is er weinig kennis over de bruikbaarheid van psychofysiologische metingen voor de beeldende therapie. Beeldend therapeuten kunnen zich moeilijk voorstellen wat psychofysiologische metingen kunnen zeggen over beeldend therapeutische processen, interventies en hun werkingsmechanismen. Toch ziet zeker 80% dat onderzoek naar beeldende therapie met psychofysiologische metingen bij kan dragen, vooral ter onderbouwing, profilering en behoud van beeldende therapie en het evidence based krijgen van het vak. Evidence Based Practice is een top-down proces, waarbij wetenschappelijk bewijs wordt gebruikt ten behoeve van het handelen in de praktijk (Schweizer et al., 2009; Smeijsters, Beurskens, Reverda, Gielen & Pénzes, 2012). Daarnaast denken sommigen van hen dat ook in de praktijk interventies geoptimaliseerd en effectiever gemaakt kunnen worden, maar hier is niet iedereen het over eens. Aangezien beeldend therapeuten aangeven dat psychofysiologisch onderzoek mogelijk samenwerking en gelijkstemming met onder ander psychologen te weeg kan brengen, geeft dit ook de behoefte tot erkenning en samenwerking weer.

De meeste onderzoeken rondom kunst-gebaseerde methodes in gezondheidsonderzoek, zoals beeldende therapie, zijn kwalitatief van aard (Fraser & Sayah, 2011, aangehaald in Sandmirea et al., 2016). Bij onderzoek met psychofysiologische metingen gaat het niet om zogenoemde 'subjectieve' data, maar gaat het over kwantitatieve metingen: het verzamelen van 'objectieve' data (Sandmirea et al., 2016). Aan de hand van een experiment met relatief veel respondenten en met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten worden fysiologische gegevens verzameld. Deze gegevens zijn zichtbaar in de vorm van cijfers, welke vervolgens statistisch verwerkt kunnen worden (Smeijsters, 2008). Er kan dus gezegd worden dat kwantitatief objectief psychofysiologisch onderzoek niet gangbaar is in onderzoek naar beeldende therapie. Ondanks dat beeldend therapeuten minder

geïnteresseerd zijn in kwantitatief onderzoek, achten ze kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksbenaderingen wel evenveel van belang. Het draagvlak voor het verkrijgen van wetenschappelijke kennis is dan ook relatief groot. Er is door zeker 85% van de beeldend therapeuten interesse om meer te weten te komen over de betekenis die psychofysiologische metingen hebben voor beeldende therapie en de kennis die hiermee vergaard wordt over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen. Mogelijk ligt dit percentage lager, omdat de beeldend therapeuten die geen interesse hebben in het onderwerp waarschijnlijk minder snel de vragenlijst in zouden vullen.

Vaktherapeuten gebruiken het medium als uitganspunt en keren hier ook weer naar terug: ze werken in het medium (Smeijsters, 2008). Hiermee onderscheidt vaktherapie zich van andere therapievormen, waar verbale aspecten leidend zijn. Het non-verbale werken in het beeldende medium staat dan ook centraal in de beeldende therapie, hoewel verbale elementen ondersteunend gebruikt kunnen worden. In onderzoek naar beeldende therapie worden verschillende condities onderzocht met psychofysiologische metingen. Deze hebben vooral betrekking op het aangeboden materiaal (stift, potlood, klei, etc.) en de opdracht (open, gestructureerd, abstract, mandala, etc.) (zie Belkofer & Konopka, 2008; Belkofer, Van Hecke & Konopka, 2014; Delbaere, 2016; Engelbert & Heiendael, 2016; Kruk, Aravich, Deaver & deBeus, 2014; Naus, 2016; Stinley, Norris, & Hinds, 2015; Sandmirea et al., 2016). De hantering van het materiaal hangt hier mee samen, maar is nog niet expliciet onderzocht. Ondanks dat in bestaand onderzoek de focus ligt op het materiaalaanbod en de opdracht, geven beeldend therapeuten aan de materiaalhantering (die beïnvloed wordt door materiaalaanbod en opdracht), gevolgd door het materiaalaanbod, het meest interessant te vinden om onderzocht te hebben met psychofysiologische metingen. De opdracht en de non-verbale mediuminterventies door de beeldend therapeut worden door beeldend therapeuten iets minder, maar alsnog redelijk interessant bevonden. Een aantal zouden meer te weten willen komen met psychofysiologische metingen over methoden, als de tekenbewegingsmethode. Ook zouden ze meer te weten willen komen over spanningsregulerende elementen met psychofysiologische metingen. Daarnaast geeft een beeldend therapeut aan positief te staan tegenover een mogelijke ontwikkeling van neurologische beeldende therapie als methode, zoals die bestaat in de muziektherapie. Bij neurologische muziektherapie wordt de wetenschappelijke kennis die er is over de invloed van muziek op het brein gebruikt om via een muziektherapeutische wijze neurologische aandoeningen te behandelen. Dit kan gericht zijn op taal, motorische en cognitie functies (Hurt-Thaut & Johnson, 2015). Verder verschilt het erg wat beeldend therapeuten hierbinnen te weten zouden willen komen. Mogelijk geeft de weinige kennis over psychofysiologische metingen weinig zicht op wat ermee onderzocht kan worden en hebben zij eerst basiskennis nodig om hier meer over te kunnen zeggen.

De meeste beeldend therapeuten staan open om interventies aan te passen als uit onderzoek met psychofysiologische metingen resultaten voortkomen die iets (anders) zeggen over het materiaalaanbod, materiaalhantering, opdracht en mediuminterventies van de beeldend therapeut. Om hun interventies te kunnen aanpassen, hebben zij voornamelijk meer informatie nodig over de mogelijkheden die psychofysiologische metingen hebben voor de beroepspraktijk. Daarnaast geeft ook een deel aan in dat geval kennis nodig te hebben betreffende de werking van psychofysiologische metingen en (in mindere mate) meer informatie te willen verkrijgen over wetenschappelijk en kwantitatief onderzoek. Ze hebben concrete handvatten nodig en praktijkvoorbeelden.

Onderzoek naar beeldende therapie met betrekking tot de hersenen (EEG en beeldvormend onderzoek) wordt veelal als het meest interessant beoordeeld. Huidgeleiding is vrij impopulair. Beeldend therapeuten denken dat hersenenactiviteit en –golven meer kunnen zeggen over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen dan arousal in hartslag(variabiliteit) en zweetproductie. Mogelijk komt dit door de populariteit van de hersenen in bijvoorbeeld de media en de onbekendheid van huidgeleiding. Want beeldend therapeuten geven wel aan, zoals hiervoor te lezen is, meer te weten te willen komen over spanningsregulatie, wat juist met huidgeleiding en ECG gemeten kan worden.

Beeldend therapeuten staan voor verschillende wijzen van informatievoorziening open. Er is een lichte voorkeur voor schriftelijk. Artikelen die in het algemeen over psychofysiologische metingen gaan, zullen iets sneller gelezen worden dan wanneer het over de psychofysiologische metingen apart gaat. Het is bij een actieve, luisterende en schriftelijke manier van informatievoorziening van belang hen geen wetenschappelijke en technische artikelen of resultaten voor te leggen. De meerderheid geeft aan graag het praktijkgerichte te horen; dus wat een beeldend therapeut zelf kan met die informatie in de praktijk. De kans is groot dat als dit niet het hoofdelement is van welke informatiebron dan ook, beeldend therapeuten het niet zullen consumeren. Het laagdrempelige door de informatie praktijkgericht en concreet te maken, zorgt voor een goede toegankelijkheid en is van groot belang om

kennis over beeldende therapie verkregen met psychofysiologische metingen optimaal te benutten in de praktijk.

Wearables kunnen in de GGZ verschillende inzichten geven. Hierbij kan gedacht worden aan het inzichtelijk maken van het individuele klachtenpatroon ten behoeve van de diagnostiek, tussentijds kunnen bijsturen van de behandeling en meer inzicht in de kwaliteit en effect van de behandelingen (Grolleman & Verkerk, 2016). De attitude van beeldend therapeuten is positief wat betreft het gebruik van wearables in de praktijk, zowel voor tussentijdse bijsturing, diagnostiek, behandelkwaliteit en –effect als betrokkenheid en autonomie van de cliënt. De voorwaarden hiervoor zijn wel dat de cliënt er open voor staat, het niet belastend is voor de cliënt en het een meerwaarde vormt binnen de behandeling of onderzoek. Om gebruik te maken van wearables in de praktijk hebben beeldend therapeuten meer kennis erover nodig en is het van belang de meerwaarde te verhelderen, aangezien die nog niet echt gezien wordt.

Conclusie

Er komt dus naar voren dat de attitude aftastend, maar positief is. Beeldend therapeuten staan ervoor open informatie op te doen over psychofysiologische metingen en zijn positief omtrent het vergaren van kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies aan de hand van psychofysiologische metingen. In psychofysiologische metingen wordt een bijdrage gezien voor beeldende therapie, vooral gezien ter onderbouwing en evidence based krijgen van beeldende therapie. Ook wordt er positief aangekeken tegen mogelijke toepassingen in de praktijk met wearables. Ondanks dat het draagvlak groot is, is meer concrete en praktijkgerichte informatie hard nodig voor beeldend therapeuten, wat zowel op een schriftelijke, actieve als luisterende wijze aangeboden kan worden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het onderwerp nog ver van de praktijk af staat. Het is van belang deze afstand te verkleinen, zodat de kennis over beeldende therapie verkregen met psychofysiologische metingen optimaal benut kan worden in de praktijk ten behoeve van de behandeling van de cliënt.

7. Aanbevelingen

In de conclusie komt naar voren dat beeldend therapeuten open staan voor en een positieve attitude hebben ten opzichte van psychofysiologische metingen, zowel in de praktijk als voor het genereren van meer kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen. Desondanks komt er naar voren dat de basiskennis die beeldend therapeuten hebben over psychofysiologische metingen onvoldoende is om het te kunnen integreren in de praktijk. Het is belangrijk dat deze kloof tussen het wetenschappelijke onderzoeksveld en de praktijk overbrugd wordt. Uit het onderzoek komt naar voren dat dit op verschillende wijzen gedaan kan worden, zowel op een schriftelijke, actieve als luisterende wijze. Een algemeen artikel zal het snelste worden gelezen. Schriftelijk is de meest laagdrempelige wijze.

Wanneer er een artikel verschijnt, een workshop of lezing wordt gegeven over beeldende therapie en psychofysiologische metingen, wordt aanbevolen dat de betreffende bron praktijkgericht is. Vooral de vertaling van de resultaten naar de praktijk is van belang. Het moet inzichtelijk en begrijpelijk zijn wat een beeldend therapeut ermee kan in de beeldend therapeutische behandeling van cliënten: ze hebben handvatten nodig. Praktijkvoorbeelden en voorbeeldopdrachten kunnen dit bevorderen. Aanbevolen wordt om in eerste instantie beeldend therapeuten bekend te laten raken met psychofysiologische metingen op een schriftelijke wijze, bijvoorbeeld via artikelen in het *Tijdschrift voor Vaktherapie*. Een lezing op een algemeen congres kan beeldend therapeuten ook goede handvatten bieden. In de toekomst, als er enige basis is, kan het interessant zijn om andere vormen van informatievoorziening aan te bieden, die specifiek gaan over psychofysiologische metingen, bijvoorbeeld workshops, bijscholing of een geheel congres. In al deze vormen is de praktijkgerichtheid, zoals hiervoor werd beschreven, van groot belang. Op deze wijze kan de overbrugging tussen de wetenschap en de praktijk beter gemaakt worden. Zo zal de wetenschap rondom psychofysiologische metingen minder ver komen te staan van de praktijk. Hierdoor kan de kennis die op wetenschappelijk niveau vergaard wordt, beter geïntegreerd worden in de praktijk. Daarnaast zal het de beeldend therapeut beter helpen zich te profileren en de eigen handelingswijze te onderbouwen naar collega's, verwijzers en andere externen toe. Mogelijk draagt dit bij aan het evidence based maken van beeldende therapie en daarmee het behoud van het beroep. De cliënt zal hier uiteindelijk van profiteren, doordat bijvoorbeeld een beeldend therapeutische behandeling effectiever wordt en de financiering ervoor blijft bestaan.

De verkregen resultaten over wearables kunnen in de toekomst van toepassing zijn. Als er gebruik gemaakt gaat worden van wearables in de beeldende therapie, zou aan beeldend therapeuten eerst informatie verstrekt moeten worden hoe zij wearables zelf kunnen inzetten. Hierin moet naast een uitleg van het gebruik vooral ook duidelijk naar voren komen wat de meerwaarde is binnen de behandeling voor de cliënt en hoe het voor de cliënt als niet belastend gemaakt kan worden. Een duidelijke uitleg aan en toestemming van de cliënt is hierin belangrijk. Mogelijk kan deze kennis het beste overgebracht worden in een actieve vorm, zoals een workshop.

Het is interessant om nog meerdere variabelen te onderzoeken, die in verband met de geringe tijd niet onderzocht konden worden in dit onderzoek. Hierbij kan gedacht worden aan in hoeverre de interesse voor onderzoek naar beeldende therapie met psychofysiologische metingen te maken heeft met de leeftijd, werksetting of aantal jaren werkervaring.

Daarnaast is het interessant om te kijken of andere vaktherapeuten dezelfde attitude hebben tegenover het verkrijgen van kennis over vaktherapeutische interventies en hun werkingsmechanismen met psychofysiologische metingen als beeldend therapeuten. Naar aanleiding van dit onderzoek is aan te bevelen daarbij gebruik te maken van een digitale vragenlijst. Het is gebleken dat dit goed werkte. De responsbevorderende maatregelen werkten daarbij effectief. Vooral de verspreiding via de leden van de beroepsvereniging (hier NVBT) zorgde voor veel responsen. Er wordt dan ook aanbevolen om in ieder geval de beroepsvereniging van de betreffende vaktherapie in te schakelen voor verspreiding. Echter is door de vele responsen op de vragenlijst aan te raden minder vragen op te nemen als er maar een paar maanden onderzoekstijd is. Vooral de open vragen mogen dan minder, waardoor het onderzoek met name een kwantitatieve benadering zou aannemen. Daarbij is het wel goed om een aantal open vragen op te nemen, zodat de vaktherapeuten open kunnen reageren op het onderzoeksonderwerp. Het is vervolgens interessant om dit onderzoek naar de attitude van beeldend therapeuten ten opzichte van psychofysiologische metingen naast de nieuwe onderzoeken te leggen en te kijken of, in hoeverre en waarom deze attitudes wel of niet verschillen.

8. Bronnenlijst

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk* (C. Wepster & D. Diderich, vert.). Amsterdam: Nieuwezijds.

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland: Advies van de Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het hbo.* Geraadpleegd via http://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/104/original/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief.pdf?1438770560

Attitude. (z.d.). In *Woorden.org: Nederlands woordenboek*. Geraadpleegd op 12 november 2016 via http://www.woorden.org/woord/attitude

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. van der (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e dr.). Groningen: Noordhoff.

Baarda, B, Hulst, M. van der, & Goede, M. de (2012). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews (*3e dr.). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Belkofer, C. M., Hecke, A.V. van, & Konopka, L. M. (2014). Effects of Drawing on Alpha Activity: A Quantitative EEG Study With Implications for Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association,* 31(2), 61-68. doi: 10.1080/07421656.2014.903821

Belkofer, C. M., & Konopka, L. M. (2008). Conducting Art Therapy Research Using Quantitative EEG Measures. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association,* 25(2), 56-63.

Berkum, J.J.A., van (2016, 4 mei). *Emotie Proces Model (EPM).* Universiteit Utrecht: dgcWCwk2.

Bhattacharya, J., & Petsche, H. (2002). Shadows of artistry: Cortical synchrony during perception and imagery of visual art. *Cognitive Brain Research,* 13(2), 179-186. doi:10.1016/S0926-6410(01)00110-0

Bhattacharya, J., & Petsche, H. (2005). Drawing on mind's canvas: Differences in cortical integration patterns between artists and non-artists. *Human Brain Mapping,* 26(1), 1-14. doi:10.1002/hbm.20104

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2e dr.). Den Haag: Boom Lemma.

Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F .R., Dörfler, A., & Maihöfner, C. (2014). How Art Changes Your Brain: Differential Effects of Visual Art Production and Cognitive Art Evaluation on Functional Brain Connectivity. *PLoS ONE*, 9(7), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0101035

Borgesius, E., & Visser, E. C. M. (2015).*Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ.* Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd via https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2015/1510-vaktherapie-en-dagbesteding-in-de-geneeskundige-ggz/1510-vaktherapie-en-dagbesteding-in-de-geneeskundige-ggz/Vaktherapie+en+dagbesteding+in+de+geneeskundige+GGZ.pdf

Brinkman, J. (2014). *De vragenlijst: Een goed meetinstrument voor toepasbaar onderzoek* (3e dr.). Groningen: Noordhoff.

Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. G. (2007) Handbook of psychophysiology. (3e dr.). New York, U.S.A.: Cambridge University Press.

Chatterjee, A. (2004). The neuropsychology of visual artistic production. *Neuropsychologia,* 42(11), 1568-1583. doi:10.1016/j. neuropsycholgia.2004.03.011

Chatterjee, A. (2006). The neuropsychology of visual art: Conferring capacity. *International Review of Neurobiology,* 74, 39-49. doi:10.1016/S0074-7742(06)74003-X

Daele, T. van, & Vanhoomissen, T. (2015). Draagbare technologie in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Klinische Psychologie,* 45(1), 9-14.

Damasio, A. (2009, 7 april). Antonio Damasio: This Time With Feeling [Video]. Geraadpleegd via http://library.fora.tv/2009/07/04/Antonio_Damasio_This_Time_With_Feeling

Delbaere, H. (2016). *Het hart klopt voor beeldende therapie: Het meten van arousal in de hartslagfrequentie en de hartslagvariabiliteit tijdens verscheidene beeldende opdrachten met klei en potlood* (Bachelorscriptie). Geraadpleegd via http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/12/20160909-Bachelor-thesis-Het-hart-klopt-voor-beeldende-therapie-Hanne-Delbaere.pdf

Engelbert, R. M. R., & Heiendael, D. A. W. (2016). *Het beeldend brein: Een qEEG-studie naar het*

effect van werken met de beeldende materialen potlood en klei op de hersenactiviteit (Bachelorscriptie). Geraadpleegd via http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/12/20160601-Scriptie-Het-beeldende-brein-van-Daria-Heidendael-en-Rachelle-Engelbert.pdf

Grolleman, J. J., & Verkerk, M. J. (2016). *Naar een persoonlijke en doeltreffende ggz. Doorbraak door zelfmonitoring en big data.* Geraadpleegd via http://vitavalley.nl/items/naar-een-persoonlijke-en-doeltreffende-ggz/

Haeyen, S., Hooren, S. van, & Hutschemaekers, G. (2015). Meten is méér dan weten: Proces- en resultaatmeting bij beeldende therapie: de casus persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 11(4), 13-23.

Hass-Cohen, N., & Carr, R. (2008). *Art therapy and clinical neuroscience.* London, England: Jessica Kingsley.

Hass-Cohen, N., & Findlay, J. C. (2015). *Art Therapy and the Neuroscience of Relationships, Creativity, and Resiliency: Skills and Practices.* New York, U.S.A.: W. W. Norton & Company.

Hooren, S. van (2013). *Vaktherapie: de kunst van het balanceren. Bewegen tussen wetenschap en praktijk.* Heerlen: KenVaK.

Howard, J., & Prendiville, E. (2017). *Creative Psychotherapy : Applying the Principles of Neurobiology to Play and Expressive Arts-based Practice.* London, England: Routledge.

Hurt-Thaut, C. P., & Johnson, (2015). Neurologic Music Therapy. In B. L. Wheeler, Music Therapy Handbook (chapter 18). New York, U.S.A.: Guilford Press.

KenVaK (2015). *CREATIVE MINDS.* Geraadpleegd op 23 september 2016 via http://kenvak.nl/onderzoek/creative-minds/

King, J. L. (2016). *Art Therapy Trauma and Neuroscience Theoretical and Practical Perspectives*. London, England: Routledge.

Kruk, K. A., Aravich, P. F., Deaver, S. P., & deBeus, R. (2014). Comparison of Brain Activity During Drawing and Clay Sculpting: A Preliminary qEEG Study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 31(2), 52-60. doi: 10.1080/07421656.2014.903826

LOO VTB (2016). *Landelijk Domeinprofiel Bacheloropleidingen Vaktherapeutische beroepen.* Nijmegen: LOO VTB. Geraadpleegd via http://www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/182/original/Landelijk_domeinprofiel_bachelor-opleidingen_vaktherapeutische_beroepen_2016_def.pdf.pdf?1454419592

Lusebrink, V. B. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association,* 21(3),125-135. doi: 10.1080/07421656.2004.10129496

Lusebrink, V. B. (2010). Assessment and therapeutic application of the Expressive Therapies Continuum: Implications for brain structures and functions. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(4), 168–177. doi:10.1080/07421656.2010.10129380

Malchiodi, C. A. (2012). *Handbook of art therapy* (2e dr.). London, England: Guilford Press.

Matthews, G. (2006). Arousal States and Human Performance. In W. Karwowski (Ed.), *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors (2e* dr.). (p. 590-593). Boca Raton, U.S.A.: CRC Press.

Mayes, L. C. (2000). A Developmental Perspective on the Regulation of Arousal States. *Seminars in Perinatology*, 24(4), 267-279.

Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken* (3e herz. dr.). Amsterdam: SWP.

Molen, H. van der, Perreijn, S., & Hout, M. van den. (Red.) (2010). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (2e dr.). Groningen: Noordhoff.

Naus, F. (2016). *Body effects by creativity: Een kwantitatief pilot-onderzoek naar het effect van het werken met potlood en klei op het arousalniveau bij gezonde vrouwen tussen 17 en 24 jaar, gemeten via de huidgeleiding* (Bachelorscriptie). Geraadpleegd via http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/12/20160909-Bachelor-thesis-Body-effects-by-creativity-Fleur-Naus.pdf

Rentenaar, I. M. F. (2015). *Projectvoorstel Generieke Module Vaktherapieën. Kwaliteitsontwikkeling GGZ.* Geraadpleegd via http://assets.vaktherapie.nl/p/32768//files/P150006%20Projectvoorstel%20Vaktherapieen%202015%2004%2002_def.pdf

Sandmirea, D. A., Rankinb, N. E., Gorhamc, S. R., Egglestona, D. T., Frencha, C. A., Lodgea, E. E., … Grimma, D. R. (2016). *Psychological and autonomic effects of art making in college-aged students, Anxiety, Stress, & Coping*, 29(5), 561-569. doi: 10.1080/10615806.2015.1076798

Schweizer, C. (Red.) (2009). *Handboek beeldende therapie: uit de verf.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.

Shiota, M. N., & Kalat, J. W. (2012). *Emotion* (2e dr.). Wadsworth: Cengage Learning.
Sietsma, L. & Bos, K. van den (2016, 5 november). *Flyer GMVT: De zeven voorlopige Transdiagnostische Factoren VT.* Zwolle: Congres FVB.
Smeijsters, H. (Red.) (2006). *Handboek Muziektherapie: evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3e herz. dr.). Bussum: Coutinho.
Smeijsters, H., Beurskens, S., Reverda, N., Gielen, X. & Pénzes, I. (2012). Het Evidence Beest in de vaktherapie: Een verheldering van de begrippen Evidence Based Practice en Practice Based Evidence. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 8(2), 11-18.
Solso, R. L. (2000). The cognitive neuroscience of art: A preliminary fMRI observation. *Journal of Consciousness Studies*, 7(8–9), 75–85.
Stern, R. M., Ray, W. J., & Quigley, K. S. (2001). *Psychophysiological Recording* (2e dr.). New York, U.S.A.: Oxford University Press.
Stinley, N. E., Norris, D. O., & Hinds, P. S. (2015) Creating Mandalas for the Management of Acute Pain Symptoms in Pediatric Patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association,* 32(2), 46-53. doi:10.1080/07421656.2015.1028871
Psychofysiologie (z.d.). In *Van Dale.* Geraadpleegd op 23 september 2016 via http://pakket46.vandale.nl.www.dbproxy.hu.nl/zoeken/zoeken.do
Vanhoomissen, T. (2016). *Studiedag Wearables in Geestelijke Gezondheidszorg.* Geraadpleegd op 10 oktober 2016 via https://www.linkedin.com/pulse/studiedag-wearables-geestelijke-gezondheidszorg-tim-vanhoomissen
Verfaille, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie: Met casuïstiek van Gizella Smet en Wijntje van der Ende.* Antwerpen, België: Garant.
Ward, J. (2015). *The Student's Guide to Cognitive Neuroscience* (3e dr.). London, England: Psychology Press.
Willemars, G. (2016). *Reader Praktijkgericht Onderzoek: Creatieve Therapie.* Amersfoort: Hogeschool Utrecht, Instituut voor Social Work.

Bijlagen

Bijlage 1. HBO gedragscode

Middels deze gedragscode wordt zichtbaar op welke wijze omgegaan is met ethische kwesties. De gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010) is hierin als leidraad gebruikt. Hieronder is per aspect een korte beschrijving op toepassingsniveau beschreven.

1. Professionele en maatschappelijke belang dienen
Bewijzen van de effectiviteit van beeldende therapie zijn erg actueel en relevant. In dit onderzoek worden psychofysiologische metingen als innovatief vakgebied hiervoor als mogelijkheid gezien. Oplossingen om de wetenschap en praktijk dichter bij elkaar te brengen werden gezocht. Deze dragen bij aan de kennisontwikkeling van beeldend therapeutische interventies en het evidence based maken van beeldende therapie. De data is door de vragenlijsten zo effectief mogelijk verzameld en aangevuld met interviews. In dit onderzoek is naast deze praktijkgerichte kennis, ook kennis op wetenschappelijk niveau geïntegreerd. De resultaten zijn bedoeld voor KenVaK, maar tegelijkertijd is dit onderzoek toegankelijk voor alle (beeldend) vaktherapeuten. Voor hen kan het een stukje bewustwording teweeg brengen en extra informatie geven over psychofysiologische metingen. Uiteindelijk zullen de resultaten ten goede komen aan de cliënt, omdat zij profiteren van effectievere behandelingen en de mogelijkheid hebben (financieel) een beeldend therapeutische behandeling te ondergaan.

2. Respectvol zijn
Alle zienswijzen, opvattingen en visies van de verschillende beeldend therapeuten zijn met respect ontvangen en duidelijk opgenomen in dit onderzoeksverslag. De privacy is daarin gewaarborgd door alle namen en contactgegevens uit de data te verwijderen, de respondenten van de interviews te anonimiseren en de opnamen van de interviews te verwijderen. Dit onderzoek wordt met Open Access via de website van KenVaK en de HBO-kennisbank beschikbaar gemaakt voor studenten en andere geïnteresseerden.

3. Zorgvuldig zijn
Alle onderzoeksstappen zijn zorgvuldig in overweging genomen en zo nu en dan met externen doorgesproken. In de onderzoeksmethode en bijlagen zijn de analysestappen navolgbaar. Wetenschappelijke en praktijkkennis zijn geraadpleegd en zorgvuldig bestudeerd (zie o.a. inhoudelijk oriëntatie en bronnenlijst). Triangulatie en kritische data-analyse hebben bijgedragen aan het volledig en nauwkeurig rapporteren van de resultaten. De uitkomsten worden naast dit onderzoeksverslag zorgvuldig gecommuniceerd via een eindproduct aan opdrachtgever en beeldend therapeuten. In het schrijven, verspreiden en spreken over het onderzoek is rekening gehouden met het belang van de opdrachtgever KenVaK. Zo is de naam niet geschaad, door zorgvuldig ermee om te gaan en conceptversies eerst voor te leggen aan de opdrachtgever. De documenten worden zorgvuldig bewaard, zodat geïnteresseerden eventueel de data nog kunnen opvragen.

4. Integer zijn
Het onderzoeksonderwerp en de opvattingen die zowel in de praktijk als in de data naar voren kwamen, zijn kritisch bekeken. De methodische keuzes zijn geheel onafhankelijk en passend gemaakt naar de hoofdvraag. Aanbevelingen zijn beschreven richting KenVaK, maar desondanks is dit wel onpartijdig geschreven door kritisch te kijken naar alle data en zorgvuldig een conclusie te formuleren. Ondanks dat het onderzoek autonoom is uitgevoerd, is door contact met de opdrachtgever (via Skype) en consulent het gedrag tijdens het uitvoeren van het onderzoek aanspreekbaar geweest. Er is altijd in overweging genomen in hoeverre gehandeld werd naar de verkregen feedback.

5. Keuzes en gedrag verantwoorden
Alle keuzes zijn bewust gemaakt en goed doordacht. Ze zijn inzichtelijk gemaakt in het hoofdstuk onderzoeksmethode en de bijlagen en regelmatig overlegd met externen. De relevantie van het onderwerp kwam al naar voren omdat KenVaK de vraag voorlegde aan de HU. Daarnaast laat het Zorginstituut duidelijk horen dat meer onderzoek nodig is. Psychofysiologische metingen lijken hier een bijdrage aan te kunnen leveren. Deze verantwoording is duidelijk in de inleiding en onderzoekskwestie te lezen.

Bijlage 2. Flyer vragenlijst

Creative Minds

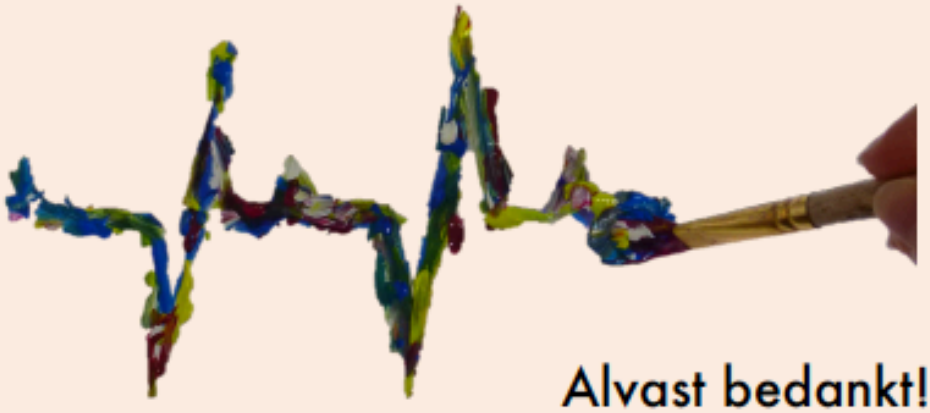
Op zoek naar de 'mind' in het lichaam bij Beeldende Therapie

Creative Minds is een project van KenVaK, waarbij verkend wordt welke onderzoeksvragen relevant zijn en hoe psychofysiologisch meten ingezet kan worden binnen vaktherapie. Psychofysiologische metingen zijn metingen aan het lichaam, die met psychische processen in verband gebracht kunnen worden. Gedacht kan worden aan hartslag, zweetproductie en hersengolven. Wat vinden beeldend therapeuten daarvan?

Uw mening is belangrijk!

ga naar: www.thesistools.com/enqueteCM

en vul de enquête in



Alvast bedankt!

Lisa Luchtenberg
Beeldend Therapeut i.o.
lisa.luchtenberg@student.hu.nl

Bijlage 3. Oproep vragenlijst NVBT

NVBT

Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie

Oproep

8-11-2016

Beste reader,

Creative Minds is een project van KenVak, waarbij verkend wordt welke onderzoeksvragen relevant zijn en hoe psychofysiologisch meten ingezet kan worden binnen vaktherapie. Psychofysiologische metingen zijn metingen aan het lichaam, die met psychische processen in verband gebracht kunnen worden. Gedacht kan worden aan hartslag, zweetproductie en hersengolven. Wat vind jij daarvan als beeldend therapeut?

Geef je mening! Onderzoek is zó belangrijk voor ons vak, dus help mee!

Ga naar: www.thesistools.com/enqueteCM

(Invullen vóór 15 november)

Voor vragen kun je terecht bij Lisa Luchtenberg: lisa.luchtenberg@student.hu.nl

Groet van het bestuur,
Truus, Henk, Terenja, Suzanne, Ilse, Vivian, Esther en Patricia

Je ontvangt deze mailing omdat je lid bent van de NVBT.

Bijlage 4. Oproep vragenlijst via social media

Mail:

Beste …,

In opdracht van KenVaK doe ik een afstudeeronderzoek naar hoe beeldend therapeuten aankijken tegen onderzoek naar beeldende therapie met verschillende metingen. Hiermee bedoel ik metingen als de hartslag, zweetproductie en hersengolven. Op deze wijze wil ik kijken wat er nodig is om het onderzoeksveld beter aan te laten sluiten bij de praktijk. Ik ben benieuwd naar uw mening! U heeft geen specifieke voorkennis nodig. Zou u bereid zijn om de enquête in te vullen? Dit kan via: www.thesistools.com/enqueteCM. Alvast bedankt voor uw hulp!

Vriendelijke groet,
Lisa Luchtenberg

Beeldend therapeut i.o.

N.B.: De mail verschilde per benaderde, aangezien de ene benaderde de onderzoeker persoonlijk kent en de andere niet.

LinkedIn:

Hartslag, zweetproductie en hersengolven in Beeldende Therapie!

Wat kunnen metingen als de hartslag, zweetproductie en hersengolven betekenen voor beeldende therapie? Wat vindt u hiervan? In opdracht van KenVaK doe ik een afstudeeronderzoek naar hoe beeldend therapeuten aankijken tegen deze metingen. Bent u beeldend therapeut? Dan ben ik benieuwd naar uw mening! U heeft geen specifieke voorkennis nodig. Vul de enquête in via www.thesistools.com/enqueteCM of mail naar lisa.luchtenberg@student.hu.nl. Bedankt!

Facebook:

Hartslag, zweetproductie en hersengolven in Beeldende Therapie!

Wat kunnen metingen als de hartslag, zweetproductie en hersengolven betekenen voor beeldende therapie? Wat vindt u hiervan en wat zouden de mogelijkheden kunnen zijn? In opdracht van KenVaK doe ik een afstudeeronderzoek naar hoe beeldend therapeuten aankijken tegen deze metingen. Hiermee wil ik kijken wat er nodig is om het onderzoeksveld beter aan te laten sluiten bij de praktijk. Bent u beeldend therapeut? Dan ben ik benieuwd naar uw mening! U heeft geen specifieke voorkennis nodig. Vul de enquête in via www.thesistools.com/enqueteCM of mail naar lisa.luchtenberg@student.hu.nl. Bedankt!

Bijlage 5. Digitale vragenlijst

Hartslag, zweetproductie en hersengolven in Beeldende Therapie!

Bewijs dat beeldende therapie werkt, is hard nodig om het vakgebied te laten bestaan. Een nieuwe manier om bewijs voor de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies te verkrijgen, is psychofysiologisch meten. Psychofysiologische metingen zijn metingen aan het lichaam, die met psychische processen in verband gebracht kunnen worden. Hierbij valt te denken aan het meten van de hartslag, zweetproductie of hersengolven.

Het project Creative Minds van KenVaK is aan het verkennen welke onderzoeksvragen relevant zijn en hoe psychofysiologisch meten ingezet kan worden binnen vaktherapie. In opdracht van KenVaK doe ik, als beeldend therapeut i.o. aan de Hogeschool Utrecht, een afstudeeronderzoek naar hoe beeldend therapeuten aankijken tegen (1) het verkrijgen van kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies door middel van psychofysiologische metingen en (2) het gebruiken van psychofysiologische metingen in de praktijk. Dit heeft als doel om te kijken wat er nodig is om dit onderzoeksveld beter aan te laten sluiten bij de praktijk.

Deze enquête is specifiek gericht op beeldend therapeuten en kan tot 15 november 2016 ingevuld worden. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 20 minuten en bestaat uit 24 inhoudelijke vragen. Daarna worden nog een paar algemene vragen gesteld. Alle gegevens worden vertrouwelijk en volledig anoniem verwerkt.

Hartelijk dank dat u de enquête wilt invullen. U helpt daarmee niet alleen mij, maar ook uw vakgebied!

Lisa Luchtenberg
Beeldend therapeut i.o.
lisa.luchtenberg@student.hu.nl

Start

www.thesistools.com

Psychofysiologische metingen zijn dus metingen aan het lichaam, waarbij gekeken wordt naar psychische processen. Hieronder vallen onder andere hartslag en hartslagvariabiliteit (gemeten met ECG), zweetproductie (huidgeleiding), hersengolven (gemeten met EEG) en metingen rondom de ademhaling. Als iemand bijvoorbeeld bang is, stijgt zijn hartslag en begint hij meer te zweten. Iemand hoeft dit niet bewust door te hebben. Er wordt door Creative Minds van KenVaK nu bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar hoe werkvormen en materialen, zoals klei en potlood, invloed hebben op psychofysiologische processen.

1.

In hoeverre bent u bekend met psychofysiologische metingen, zoals hierboven beschreven?

- ○ Ik heb nog nooit iets gelezen of gehoord over psychofysiologisch meten.
- ○ Ik heb weleens wat gelezen (literatuur, boeken, internet) of gehoord over psychofysiologische metingen, maar weet niet echt wat het is.
- ○ Ik ben weleens wat gaan lezen (literatuur, boeken, internet) over psychofysiologische metingen en/of heb er met mensen over gepraat.
- ○ Ik heb mij verdiept in psychofysiologische metingen, door zelf op zoek te gaan naar informatie hierover.
- ○ Anders, namelijk: [ ]

2.

Zou u meer te weten willen komen over wat psychofysiologische metingen kunnen betekenen voor beeldende therapie? Licht uw antwoord toe.

- ○ Nee, omdat.. [ ]
- ○ Ja, omdat... [ ]
- ○ Maakt niet uit, omdat... [ ]

3.

Zou u meer te weten willen komen over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies, verkregen met psychofysiologische metingen? Licht uw antwoord toe.

- ○ Nee, omdat... [ ]
- ○ Ja, omdat... [ ]
- ○ Maakt niet uit, omdat... [ ]

4.

Op welke wijze zou u hier (vraag 2 en 3) het liefst meer over te weten willen komen?

- ○ Schriftelijk, bijvoorbeeld door het lezen van boeken of artikelen.
- ○ Luisterend, bijvoorbeeld door een lezing.
- ○ Actief, bijvoorbeeld door een discussie, bijscholing of workshop.
- ○ Ik zou er niets over te weten willen komen.
- ○ Anders, namelijk: [ ]

5.

Wat zou u hierin willen horen, lezen of te weten willen komen?

[ ]

Volgende

6.

Onderstaande punten gaan over artikelen rondom beeldende therapie en psychofysiologische metingen. Geef aan in hoeverre u deze artikelen zou willen lezen.

	Absoluut niet lezen	Niet lezen	Waarschijnlijk niet lezen	Waarschijnlijk wel lezen	Lezen	Absoluut lezen
Een artikel dat gaat over beeldende therapie en EEG (hersengolven).	○	○	○	○	○	○
Een artikel dat gaat over beeldende therapie en ECG (hartslag en hartslagvariabiliteit).	○	○	○	○	○	○
Een artikel dat gaat over beeldende therapie en huidgeleiding (zweetproductie).	○	○	○	○	○	○
Een artikel dat gaat over beeldende therapie en psychofysiologisch meten in het algemeen.	○	○	○	○	○	○

7.

Licht uw antwoorden op vraag 6 eventueel toe:

[ ]

8.

In hoeverre zou het voor u een drempel zijn als het artikel Engelstalig is? Bij een lage drempel (1) maakt het u niets uit en zou u het net zo snel lezen als een Nederlandstalig artikel. Bij een hoge drempel (6) zorgt de taal ervoor dat u het artikel niet zou lezen.

Lage drempel ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Hoge drempel

Volgende

9.

Om psychofysiologische metingen te verrichten, wordt er gebruik gemaakt van apparaten die cijfermatige informatie geven van lichamelijke staten. Dit is een kwantitatieve manier van gegevens verzamelen. In kwalitatief onderzoek gaat het over talige aspecten, respondenten worden bijvoorbeeld bevraagd naar ervaringen. Vaak wordt er een combinatie toegepast van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In hoeverre spreken deze vormen van onderzoek u aan en hoe belangrijk vindt u deze voor beeldende therapie?

	Spreekt helemaal niet aan				Spreekt heel erg aan	Heel erg onbelangrijk				Heel erg belangrijk
Kwalitatief onderzoek	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Kwantitatief onderzoek	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Volgende

10.

Het is mogelijk dat een bepaalde interventie een voorspelbare fysiologische reactie kan oproepen bij een doelgroep. Dit levert (mogelijk) kennis op over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen.

	Absoluut niet aanpassen	Niet aanpassen	Waarschijnlijk niet aanpassen	Waarschijnlijk wel aanpassen	Aanpassen	Absoluut aanpassen
In hoeverre zou u uw materiaalaanbod op die bevindingen willen aanpassen?	○	○	○	○	○	○
In hoeverre zou u uw werkvormen op die bevindingen willen aanpassen? Hiermee wordt in dit verband vooral de opdracht bedoeld.	○	○	○	○	○	○
In hoeverre zou u uw non-verbale mediuminterventies op die bevindingen willen aanpassen? Bijvoorbeeld zelf iets maken om cliënt te activeren, beeldend werk client spiegelen, etc.	○	○	○	○	○	○

11.

Rondom onderzoek naar beeldende therapie met psychofysiologische metingen zouden verschillende thema's kunnen leven in de beroepsgroep. Hoe beoordeelt u onderstaande aspecten?

	Negatief				Positief	Geen mening over
Wetenschappelijke manier van onderzoek.	○	○	○	○	○	☐
Abstracte materie.	○	○	○	○	○	☐
Kijken naar processen die niet in woorden zijn uit te drukken.	○	○	○	○	○	☐
Staat in de kinderschoenen.	○	○	○	○	○	☐
Langdurig onderzoek voor kennisvermeerdering.	○	○	○	○	○	☐

12.

Welke andere aspecten ziet u mogelijk nog meer?

13.

Welke beeldend therapeutische aspecten vindt u het meest interessant om onderzocht te hebben met psychofysiologische metingen? Zet ze op volgorde van interessant (1) naar minder interessant (4).

Het materiaalaanbod (bv. klei, potlood, verf, steen, etc.).

De materiaalhantering (bv. gooien, krassen, schetsen, etc.).

De opdracht bij het materiaal.

Non-verbale mediuminterventie van de therapeut (bv. spiegelen).

Anders, namelijk:

14.

Kunt u aangeven wat u hierover het liefst te weten zou willen komen?

15.

Wat zou u nodig hebben om kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutisch interventies verworven uit psychofysiologisch onderzoek toe te passen in de behandeling van uw cliënten? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Meer informatie over hoe psychofysiologische metingen werken.
- Meer informatie over wetenschappelijk en kwantitatief onderzoek.
- Meer informatie over de mogelijkheden die het kan hebben voor de beroepspraktijk.
- Anders, namelijk:

16.

Zouden psychofysiologische metingen volgens u een bijdrage kunnen leveren aan het vakgebied beeldende therapie? Zo ja, op welke wijze?

Volgende

Wearables zijn draagbare apparaatjes, bijvoorbeeld in de vorm van een polsbandje, die allerlei psychofysiologische metingen kunnen doen, zoals het meten van de hartslag(variabiliteit), zweetproductie en beweging. In de geestelijke gezondheidszorg kunnen wearables ingezet worden, zowel preventief als tijdens de behandeling.

17.

Welke toekomstmogelijkheden ziet u voor het gebruik van wearables binnen de beeldende therapie? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Ik zie er geen mogelijkheden in.
- ☐ Inzicht in het individuele klachtenpatroon van een cliënt (diagnostiek).
- ☐ Inzicht in de fysiologische reacties van de cliënt tijdens de therapiesessie.
- ☐ Inzicht in de kwaliteit en het effect van behandelingen.
- ☐ Anders, namelijk: [ ]

18.

Welke toekomstmogelijkheden ziet u eventueel nog meer voor het gebruik van wearables binnen de beeldende therapie?

[ ]

19.

Zou u gebruik willen maken van wearables binnen de beeldend therapeutische behandeling van een cliënt?

Absoluut niet ○ ○ ○ ○ ○ ○ Absoluut wel

20.

Licht uw antwoord op vraag 19 eventueel toe:

[ ]

Volgende

21.

Welk soort kennis over beeldende therapie verkregen met psychofysiologische metingen zou u het meest van belang vinden? Zet op volgorde van belangrijk (1) naar minder belangrijk (3).

- Praktijkgerichte kennis. [ ]
- Wetenschappelijke kennis. [ ]
- Kennis over het toepassen van psychofysiologische metingen (bv. met wearables) in de praktijk. [ ]
- Anders, namelijk: [ ]

22.

Wat vindt u het meest van belang om te bereiken met onderzoek naar beeldende therapie aan de hand van psychofysiologische metingen? Zet op volgorde van belangrijk (1) naar minder belangrijk (3).

- Effectiever inzetten van interventies. [ ]
- Onderbouwing en verantwoording naar buiten toe (verwijzers, zorgverzekeraars, etc.). [ ]
- Interventies beter afstemmen binnen de behandeling (met wearables). [ ]
- Anders, namelijk: [ ]

23.

Waar bent u zelf nieuwsgierig naar in het gebruik van psychofysiologische metingen en beeldend therapie? Licht uw antwoord toe.

[ ]

Volgende

Er zijn naast psychofysiologische metingen met EEG (hersengolven) ook andere manieren om naar het brein te kijken. Bij dit zogenoemde beeldvormende onderzoek ((f)MRI, PET, CT, ect.) worden er een soort afbeeldingen van de hersenen gemaakt. Zo kunnen er bijvoorbeeld kleine taakjes gegeven worden aan iemand in een MRI scanner, waarbij gekeken wordt welke hersendelen door dat taakje geactiveerd worden.

24.

Welke van onderstaande vormen vindt u het meest interessant voor beeldende therapie? Zet op volgorde van interessant (1) naar minder interessant (4).

- EEG (hersengolven) [ ]
- ECG (hartslag en hartslagvariabiliteit) [ ]
- Huidgeleiding (zweetproductie) [ ]
- Beeldvormend onderzoek, zoals (f)MRI of PET [ ]

Volgende

Dank u wel voor uw antwoorden. Hieronder volgen nog een paar algemene vragen.

25.

Wat is uw geslacht?

- ○ Man
- ○ Vrouw

26.

Wat is uw leeftijd?

[ ]

27.

Hoeveel jaar werkervaring heeft u als beeldend therapeut? (Meer dan acht uur per week werkzaam, stages niet meegerekend.)

- ○ Minder dan 1 jaar
- ○ 1-3 jaar
- ○ 3-10 jaar
- ○ 10-30 jaar
- ○ Meer dan 30 jaar
- ○ Ik ben student, in jaar: [ ]

28.

In welke setting bent u werkzaam? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ In de psychiatrie
- ☐ In de kinderpsychiatrie
- ☐ In de revalidatie
- ☐ In een asielzoekerscentrum
- ☐ In het (speciaal) onderwijs
- ☐ Ik heb een eigen praktijk
- ☐ Anders, namelijk: [ ]

29.

U heeft het einde van de enquête bereikt.
Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen op deze enquête of wilt u nog iets kwijt?

[ ]

Verstuur enquête

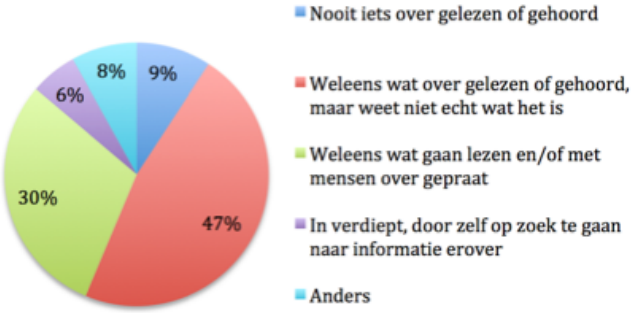
Heel erg bedankt voor uw tijd!
Lisa Luchtenberg
Beeldend therapeut i.o.

Bij vragen of opmerkingen mag u mij altijd mailen: lisa.luchtenberg@student.hu.nl

Bijlage 6. Data vragenlijsten

Hieronder zijn de ruwe data gecodeerd en gegroepeerd. Het nummer achter de punt correspondeert met de vraag uit de vragenlijst (zie bijlage 5). De resultaten van gesloten vragen met antwoordcategorieën zijn in cirkeldiagrammen of staafdiagrammen verwerkt. Voor de netheid zijn type- en spellingsfouten uit de data verwijderd. Wanneer er puntjes voor of achter de data staan, betekent dit dat het antwoord met verschillende coderingen te maken had en dat de zin in tweeën gesplitst is. De volledig ruwe data zijn hier niet in opgenomen, omdat dit teveel ruimte inneemt en daarmee onoverzichtelijk wordt om in dit onderzoeksdocument te plaatsen. De ruwe data kunnen opgevraagd worden via: lisa.luchtenberg@icloud.com.

6.1. Bekendheid psychofysiologische metingen

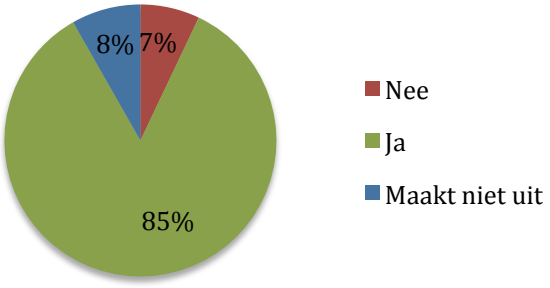


N=87
Nooit iets over gelezen of gehoord: 8
Weleens wat over gelezen of gehoord: 41
Weleens wat gaan lezen en/of met mensen over gepraat: 26
In verdiept, door zelf op zoek te gaan naar informatie erover: 5
Anders, namelijk: 7

Anders, namelijk:	
Codering	**Data**
Biofeedback/neurofeedback	- Ik heb een video of korte film gezien over biofeedbackmeting. - Workshop over neurofeedback.
Zelf ondergaan	- Zelf ondergaan.
Kunstzinnige therapie	- Op mijn opleiding kunstzinnige therapie werd ook gewerkt met fysiologische metingen.
Overig	- Ik ken de wens dat dit zal gebeuren opdat wat BT kan bijdragen kan worden gemeten. - Mijn zus heeft onderzoek gedaan waarbij ze gebruik maakte van angstzweet. - Ik weet dat deze dingen gemeten kunnen worden, maar niet hoe het heet of hoe het werkt en wat het verteld/ wat de data inhoudelijk kan toevoegen.

6.2. Kennis willen opdoen (1)

Of beeldend therapeuten kennis zouden willen opdoen over wat psychofysiologische metingen kunnen betekenen voor beeldende therapie.



N=85 Nee: 6 Ja: 72 Maakt niet uit: 7

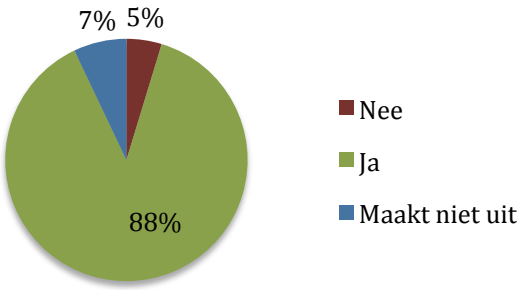
Toelichting of beeldend therapeuten meer te weten zouden willen komen over wat psychofysiologische metingen kunnen betekenen voor beeldende therapie. (De kleuren in de rechter kolom corresponderen met de kleuren in bovenstaande cirkeldiagram.)	
Codering	**Data**
Evidence, onderbouwing, profilering en behoud van het vak	- Ik ervan overtuigd ben dat creatief bezig zijn invloed heeft op bovenstaande. Het zou mooi zijn wanneer dit aangetoond wordt en daarmee meer bewijs levert aan de werking van beeldende therapie. - We onder druk staan, wie weet helpt het? - Onderzoek kan bijdragen om vaktherapie meer evidence based te krijgen. - Het aan kan tonen dat ons vak daadwerkelijk werkt (evidence based). - Evidence in de biologische en neurologische wetenschap voor nieuwe inzichten kunnen zorgen. - Belangrijk i.v.m. profilering van het vak. - Belangrijk in huidige tijd voor onderbouwing van ons vak. - Deze vorm van onderzoek mogelijk evidence voor BT kan opleveren. - Onderbouwing van ons vak gewenst is. - Het zou duidelijke cijfers kunnen opleveren zodat ons vak daardoor onderbouwd kan worden. - En men vraagt om bewijsvoering. - Het interessant is om onderbouwing van mijn vakgebied te hebben. - …alles wat helpt om ons vak te 'bewijzen' wil aangrijpen. - Toekomst van het vak. - Het fijn zou zijn als vaktherapie serieus genomen wordt en als het door metingen duidelijk wordt dat vaktherapie beeldend wel degelijk effect heeft op lichaam en geest is dat een winst. - Het te koppelen kan zijn aan evidence based werken. - Dit mogelijk de werking van BT onderbouwt. - Het ons vak meer bestaansrecht zou kunnen geven. - Het zou kunnen helpen de werking van beeldende therapie wetenschappelijk te onderbouwen. - Op die manier het vak meer wetenschappelijk onderbouwd kan worden. - Omdat het mogelijk kan zijn om met meer evidence t.a.v. wat er in het lichaam gebeurt een werking te onderbouwen. - Aantonen van de werking van beeldende therapie op dit moment voor ons vakgebied van groot belang is. Als dit een mogelijkheid zou zijn, is dat alleen maar mooi. - Objectieve metingen kunnen bijdragen aan de onderbouwing van ons vak. - Er dan misschien evidence based onderzoek kan worden gedaan. - Ik het belang ervan inzie m.b.t. EBP. - Het de positionering van het vak kan verstevigen. - Omdat ik verwacht dat we daarmee een deel van de werking van BT kunnen aantonen. - Dit wetenschappelijk relevante informatie kan geven. - Interessant en belangrijk om effect van beeldend werken aan te tonen. - Het belangrijk is om ook op deze manier te gaan beschrijven wat ons vak kan betekenen. - Het mogelijk ingangen geeft m.b.t. de kracht van het beeldend werken - Meten is weten. Kun je ontspanning meten. Of kun je net als EMDR veranderingen aantonen met je behandeling dan is dat heel belangrijk.
Interessant en nieuwsgierig wat er mogelijk is	- Ik wel nieuwsgierig ben hoe ze dit meten en wat ze eruit zouden kunnen halen voor de BT. - Ik benieuwd ben wat de uitkomsten van de metingen zeggen over de therapie. - Interessant. - Ik heb me vaak afgevraagd wat er zichtbaar wordt tijdens bijvoorbeeld een hersenscan wanneer een cliënt werkt met steen, verf of ander materiaal. - Ik het interessant vind wat er in je hersenen en lichaam gebeurt. - Het interessant kan zijn om waarde/zin/nut van beeldende therapie aan te tonen (misschien).

	- Ik benieuwd ben hoe je dat in kan zetten. Hoe in de praktijk te meten. - Het een boeiend proces in de hersenen is wat altijd van invloed is op handelen. - Ik er wel nieuwsgierig naar ben. - Ik benieuwd ben naar de effecten… - Interesse, maar nog niet duidelijk of ik er iets mee kan. - Het belangrijk is met de nieuwste ontwikkelingen mee te gaan, te onderzoeken of er mogelijkheden zijn voor BT. - Ik nieuwsgierig ben en het me interessant lijkt wat de uitkomsten zijn… - Daar op dit moment niet mijn interesse ligt. - Wel interessant, maar mijn prioriteit nu elders.
Effect	- Het goed is effect van therapie/interventies te meten. - Ik denk dat er zeker psychofologische (nouja dat...) veranderingen gemeten kunnen worden voor, tijdens en na de therapie. - Mogelijk kan het iets vertellen over inspanning en ontspanning en over het effect van bepaalde opdrachten op fysiologische processen. - Het een meetbaar effect kan opleveren. - Het effect dan zichtbaar wordt, is mijn verwachting.
Interventies aanpassen	- Ik hier mijn aanbod bij aan kan passen en om te zien welk effect het heeft op het lichaam. - Ik zou proberen het wat meer specifiek in te zetten. Invloed van bepaalde materialen of thema's. - Ik denk dat kennis daarover nuttig kan zijn binnen de beeldende therapie wat betreft inzet van werkvormen, materialen, technieken e.d. - Naast dat het zinvolle informatie is om eventuele effecten gericht in behandeling in te zetten "verkoopt" het ook goed. - Als het helpt in toepassingen te verfijnen dal alleen maar goed is.
In de behandeling, zelf inzetten	- Dit interessant vind om ook in te kunnen gaan zetten. - Dan de functies van appelwaarden van materialen weer terug te koppelen zijn. - Cliënten vaak veraf staan van de signalen die hun lichaam afgeeft en dit een manier kan zijn om deze signalen duidelijk te maken. - Het goed is om ook hierop te kunnen observeren en spanningsreductie te kunnen zien.
Meerwaarde	- Ik benieuwd ben of het een verrijking is tot de reguliere vormen van onderzoek die we nu doen. - Mij niet bekend is wat er gemeten kan worden. - Ik mij eigenlijk niet kan voorstellen dat het iets nuttigs voor ons vak vertelt. - De interpretatie hiervan naar mijn inzien niet objectief is te maken.
Invloed op lichaam	- Zichtbaar gemaakt kan worden dat BT oefening invloed hebben op lichaam en geest. - Tijdens beeldend werken neem ik sommige veranderingen waar; zweten, zuchten, gapen. - Het handelen in materiaal direct effect heeft op fysiologische processen.
Problematiek/doelgroep gerelateerd	- Ik werk met SOLK-problematiek. - Het voor de doelgroep waarmee ik werk (NAH) meer kan vertellen over de werking van het lichaam, specifiek de hersenen, tijdens het beeldend werken, zodat behandeling beter afgestemd kan worden. - Er bij ons in de kliniek ook al onderzoek naar gedaan wordt binnen andere behandelingen. - Het denk ik niet zo geschikt is voor mijn doelgroep ouderen. Verwacht een snelle afwijzing van de cliënten om mee te doen.
Kanttekeningen	- Eventueel, maar het lijkt me erg kostbaar wat betreft de benodigde apparatuur. - … Maar ben zelf wel sceptisch hierover. - Het lijkt me moeilijk uitvoerbaar. - Ik zie de combi nog niet zo erg. - Misschien afhankelijk van het doel.
Algemeen, overig	- Ik weet dat dit extra informatie oplevert. - Dit met de enquête te maken heeft.

	- Dit onderzoek ook al bij muziek gedaan is. - Het is altijd handig om te weten. - Patiënten zich inderdaad niet altijd bewust zijn van hun reacties. - Ik nu niet werkzaam ben als vaktherapeut.

6.3. Kennis willen opdoen (2)

Of beeldend therapeuten kennis willen opdoen over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies, verkregen met psychofysiologische metingen.



N=85 Nee: 4 Ja: 75 Maakt niet uit: 6

Toelichting of beeldend therapeuten meer te weten zouden willen komen over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies, verkregen met psychofysiologische metingen. (De kleuren in de rechter kolom corresponderen met de kleuren in bovenstaande cirkeldiagram.)	
Codering	**Data**
Interessant	- Me dit interessant lijkt. - Ik het interessant vind welke verbanden er getrokken kunnen worden. - Interessant en hopelijk bruikbaar. - Ik daar wel nieuwsgierig naar ben. - Het interessant is voor ons vak. - Als je deze meting zou toepassen bij bv TBM denk ik dat dit interessante data oplevert. Bv verbinding met linker en rechterhersenhelft. - Me dat wel interesseert. - Interessant. - Ik nieuwsgierig ben. - Uit interesse. - Ik nieuwsgierig ben. - Ik wel nieuwsgierig ben. - Altijd interessant. - Er überhaupt iets gemeten kan worden. Ik ben benieuwd of daar iets uit komt. - Nieuw onderwerp, boeiend thema. - Ik er wel nieuwsgierig naar ben. - Lijkt me interessant. - Interesse. - Omdat ik geïnteresseerd ben in onderzoek. - Ook ik wil weten of en hoe het werkt. - Interessant en goed om op andere manier aan te tonen dat beeldend werken effect heeft. - Als het kan toevoegen aan vermoedens van werkzaamheid van interventies is het interessant.
Toepassing in de praktijk, interventies aanpassen	- …en ik dit in de praktijk zou kunnen inzetten. - Als het duidelijk te meten is wat welk materiaal en welke interventie doet kan je die nog doelbewuster inzetten. - Beter beeld te hebben van wat werkt en wat minder aanslaat. - Kan ik dit integreren in mijn behandeling. - Ik dan ook kan kijken in hoeverre ik deze in kan zetten in het werk. - Ik op die manier mijn opdrachten meer specifiek kan inzetten… - Dit direct inzetbaar is binnen CT met deze doelgroep.

	- Het me fijn lijkt hier mee te werken en over te schrijven. - Toe te passen in de praktijk. Ik tref vaak cliënten die sterk in hun hoofd/gedachten zitten en dit laat direct zien wat het effect is. - Als zelfstandig gevestigde, zie ik me niet direct gebruik maken van de resultaten.
Belang onderzoek	- Mogelijk biedt het inzicht. Onderzoek is best belangrijk. - Daar behoefte aan is meten is weten. - Deze vorm van meten mogelijk evidence voor BT kan opleveren. - Onderbouwing van ons vak gewenst is. - Ik nu wel ervaar en zie dat het werkt maar een extra onderbouwing altijd fijn is en goed voor de profilering van ons vak. - a) Er weinig is aangetoond wb de werking van beeldende therapie en b) omdat het een mooie aanvulling is op andersoortig onderzoek naar de werking van beeldende therapie. - Toekomst vh vak. - Dit verder onderzoek mogelijk maakt. - Dit het vak verder kan brengen. - Meetbare informatie is heel hard nodig. - Therapeut en cliënten dan informatie in handen hebben om aan te tonen dat en hoe CT werkt. - Ook mogelijk ingangen geeft tot de kracht van het vak.
Bewijs tegenover anderen	- Zo zijn anderen beter te overtuigen van de werking van ons vak. - …aan collega's meer evidentie kan overhandigen.
Onderbouwing voor zichzelf	- Ik beter kan begrijpen wat er gebeurt en waarom. - Je beter weet wat het medium dan doet. - Ik het van belang acht te begrijpen waarmee wij bezig zijn en deze kennis de beeldend therapeutische interventies kan ondersteunen waardoor meer draagvlak ontstaat. - Dit voor mijn eigen praktijk ook weer informatie kan opleveren.
Vraagtekens bij psychofysiologisch onderzoek	- Het me heel lastig lijkt om te weten wat er gemeten wordt. - Ik me afvraag in hoeverre daar standaard effecten gevonden zullen worden. - Ik er onvoldoende vanaf weet. Hierdoor heb ik de neiging te denken dat de meetapparatuur teveel van invloed kan zijn. - Ik denk dat dan de inhoud van de interventie mist. Het is dan zeg maar voor mijn gevoel andersom; de psychofysiologische veranderingen komen door de interventie, maar de interventie zorgt niet altijd voor dezelfde psychofysiologische veranderingen (denk ik). - Ik kan mij niet voorstellen om een cliënt aan meetapparaten te leggen tijdens de sessie. Ik snap de meerwaarde daar althans niet van. De meerwaarde voor onderzoek naar de metingen in relatie met beeldend werken snap ik wel, die wordt ook wel gedaan.
Effect	- Hierdoor aangetoond is welk effect BT op je lichaam heeft. - Het kan helpen om aan te geven dat er invloed is op de psyche en het fysieke - Ik pas in mijn werk als beeldend therapeut aandachttraining en spierontspanningsoefening toe. Deze training laat cliënten het verschil ervaren tussen spanning en ontspanning. Cliënten leren meer de spanningen te lokaliseren in hun lichaam en leren er beter mee om te gaan. - Er dan beter kan worden onderbouwd wat het BT interventies daadwerkelijk doen met het lichaam. - We de invloeden van B. I. willen kunnen meten. - Om te kijken of er overeenkomsten zijn tussen verschillende mensen. - Hiermee het psychologische en fysiologische effect van beeldende therapie aangetoond kan worden.
Meerwaarde	- Ik ben vooral geïnteresseerd in meetbaar bewijs of een interventie al dan niet succesvol is. Of de methode van psychofysiologische metingen hiervoor geschikt is, kan ik niet beoordelen. - Ik zie en ervaar dat ook zo wel en het is pp anders en dat soms ook nog binnen het therapeutische proces.
Meetinstrument	- Het belangrijk is om te weten waar wij gebruik van kunnen maken. En psychofysiologische metingen lijken mij een helder instrument.

	- Ik het wel een belangrijk ´meetinstrument´ vind. - Waarom geen beeldend diagnostische instrumenten gebruiken?
Geen vertrouwen in uitkomsten	- Ik de uitkomsten niet vertrouw.
Overig	- Ik zeker weet dat zintuigen een belangrijke en soms onderschatte rol in ons leven spelen, dus ook bij sensopatische en mogelijk bij visuele appèls. - Dan kun je beeldend daarvoor inzetten. - Dat is wat ons vak inhoud.
Niet inhoudelijk	- Vreemd geformuleerde vraag. - Ik nu niet werkzaam ben in het vak.

6.4. Wijze waarop beeldend therapeuten kennis zouden willen opdoen

Schriftelijk, bijvoorbeeld door het lezen van boeken of artikelen.	28 (32.94 %)
Luisterend, bijvoorbeeld door een lezing.	18 (21.18 %)
Actief, bijvoorbeeld door een discussie, bijscholing of workshop.	23 (27.06 %)
Ik zou er niets over te weten willen komen.	1 (1.18 %)
Anders, namelijk:	15 (17.65 %)
	n = 85 # 85

Anders, namelijk:	
Codering	**Data**
Meerdere manieren	- De eerste 3 antwoorden; schriftelijk, luisterend en actief. - Schriftelijk en luisterend en daarna mogelijk actief. - Schriftelijk in een artikel en actief middels een workshop (zelf ervaren). - Actief en daarbij toegevoegd zou ik daar zelfs aan mee willen werken. - Alle bovenstaande. - Zowel a, b als c. - Alle deze bovengenoemd zijn welkom. - Zowel schriftelijk, als dmv lezing, als actief. - Zowel luisterend als meer actief via workshop. - Schriftelijk en actief. - Zowel door een lezing als schriftelijk (boeken/artikelen). - Meerdere antwoorden: artikelen, lezingen… - Zowel schriftelijk, luisterend als actief.
Digitaal	- Webinar / ecourse. - …youtubefilm.
Deelname onderzoek	- Deelname aan onderzoek in samenwerking met cliënten en natuurlijk ook schriftelijk via boeken/artikelen maar ook via lezingen.

6.5. Wat beeldend therapeuten willen horen, lezen of te weten komen

Wat beeldend therapeuten willen horen, lezen of te weten komen.	
Codering	**Data**
Algemeen	- Algemene informatie en hoe toe te passen binnen vaktherapie. - Alles. - Ik kan me er eigenlijk niets bij voorstellen, maar ik zou willen weten wat het toevoegt aan ons werk, wat immers gebaseerd is op contact en relatie vorming. De een gaat zweten van klei, de ander niet. - Praktische toepassing en meer info. - Het hele verhaal van a tot z. Van de noodzaak om te onderzoeken tot de resultaten.

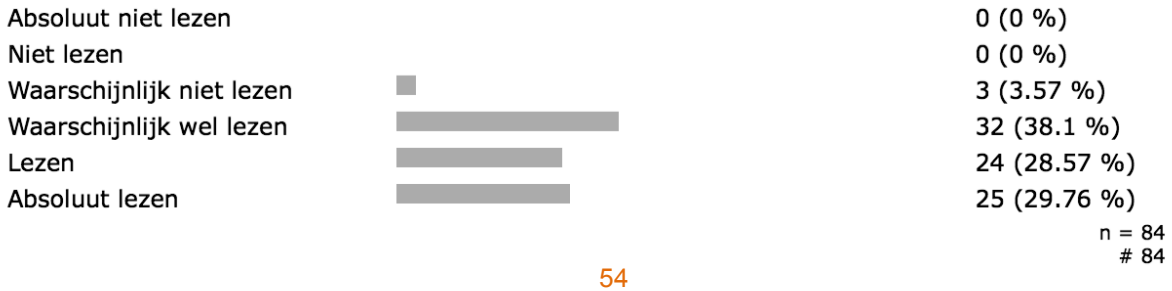
Samenwerking	- Ik zou graag willen horen of er bereidheid is tot samenwerking tussen BTers en wetenschappelijk werkers die metingen kunnen verrichten. - Ik denk dat het goed is om hier een combinatieonderzoek van te maken en in samenspraak met bijvoorbeeld neurowetenschappelijke studenten dit gezamenlijk te onderzoeken. Zo kan je het op een hoger niveau proberen te tillen.
Toepassing evidence based werken	- Hoe je dit instrument kan gebruiken m.n. richting de zorgstandaard en evidence based kunnen werken. - Zinvolle discussie die bijdraagt aan mijn practice based assumptie dat het bovenstaande klopt.
(Uitkomsten) onderzoek PFM	- De uitkomst van het onderzoek… - Opbouw onderzoek, resultaten… - Wat de mogelijkheden voor onderzoek zijn. Of er al degelijk onderzoek gedaan wordt. Of en op welke manier ik hier een bijdrage aan zou kunnen leveren. - Opzet en uitkomst van het onderzoek. - Welke onderzoeken er al zijn gedaan, wat de resultaten/aanbevelingen er zijn, mogelijke koppeling met andere vakgebieden en of we kunnen spreken van een één op één relatie…. - Resultaten positief en negatief. - Inzicht en uitleg over de mogelijkheden binnen onderzoeksgebied. Eerdere onderzoeken en uitkomsten. - Hoe psychofysiologische effecten van beeldende therapie gemeten kunnen worden, wat de uitkomsten zijn van die metingen en wat die resultaten zeggen over de effecten van beeldende therapie. - Wat er gemeten is, binnen welke context, is er gebruik gemaakt van een controle groep? wat zeggen de resultaten van de metingen, welke conclusies kunnen getrokken worden? Het zou natuurlijk mooi zijn als er 'bewijs' komt voor de werkzaamheid/ effect van de therapievorm. - Activiteiten, informatie over proefpersonen. - … ik zou resultaten willen zien van toegepaste beeldend therapeutische interventies. - Het effect van interventies bij een breed publiek. Is er een relatie. - …Wat is al eerder gedaan- De verbinding van muziek en hersenen is al veel meer onderzocht, wat is er al voor beeldend? Hoe worden metingen gedaan? - Ik zou het interessant vinden om het proces van diverse therapieën in statistieken terug te zien. Het zichtbaar maken of deze metingen tijdens het toepassen van werkvormen/gebruik van materiaal, invloed kunnen uitoefenen op het psychologisch proces van de cliënt. Als er gedragsverandering plaatsvindt, vindt er dan ook meer fysieke onrust plaats? En zijn deze metingen aan het eind van het therapie traject meer stabiel? (Mocht het BT-traject succesvol verlopen van de cliënt). - Welke onderzoeken er gedaan zijn, welke middelen er zijn gebruikt, wat de uitkomsten zijn en hoe deze te plaatsen zijn in een neuropsychologisch (en biologisch) kader. - Wat het medium doet met de fysiologie van mensen Welke conclusies daaruit kunnen worden verkregen mbt werkzame elementen bij verschillende problematiek.
Mogelijkheden	- Wat de mogelijkheden zijn. - De uitkomsten en mogelijkheden. - …wat de mogelijkheden zijn.
Werking PFM	- De werking hiervan… - Hoe het werkt en wat het oplevert. - Ik zou willen weten hoe en waarom het werkt… - Wat het precies is, wat er gemeten kan worden en hoe je dat meten kunt. - Hoe kan ik meten, en wat zijn uitslagen van eerdere metingen, welke conclusies kun je daaruit trekken. - Vooral over de werking en de linken. - Hoe het werkt, wat de resultaten zijn… - Hoe het onderzoek werkt, wat er gemeten wordt… - Werking en relevantie voor diverse doelgroepen.

	- Hoe je meet, wat je er mee kunt doen. mijn 1e idee is vooral voor onderzoek om effectiviteit te bewijzen, niet als in dagelijkse praktijk.
Zelf ervaren en leren toepassen in behandeling	- …ik zou het willen ervaren en willen leren toepassen. - Meting zelf uitproberen, koppelen aan oefeningen en onderzoeken wat er gebeurt. Verschillende manieren van inzet uitproberen. - Meer overzicht te krijgen wat goed meetbaar is en zelf ervaren wat te meten is en hoe dit overeenstemt of afwijkt van mijn beleving. - Hoe ik het zelf kan toepassen in mijn praktijk. - Hoe je metingen in kunt zetten om bijvoorbeeld de cliënt te monitoren of resultaten te kunnen zien. - …Hoe kan ik het in mijn praktijksituatie meten… - Op welke manier je deze metingen praktisch zou kunnen toepassen… - … hoe je dit als therapeut zelf kunt meten. - Hoe je het kan toepassen bij cliënten! praktische tips en de interpretatie ervan.
Zelf bijdragen in onderzoek	- …Kan ik bijdragen aan onderzoek.
Vertaalslag BT, wat het kan betekenen voor BT, Praktijkvoorbeeld en, praktijkgericht	- … hoe de vertaalslag naar vaktherapie te maken. - Hoe dit toepasbaar is. Wat precies gemeten wordt en of dit bruikbaar is. Welke onderzoeken er lopen en wat de uitslagen zijn etc. - Hoe direct is het verband te leggen tussen de metingen en de beeldende therapie. Zouden metingen bij kunnen dragen aan bijsturing van de interventies. Hoe voorkom je als therapeut dat de metingen door cliënten ervaren worden als te medisch. - Wat precies wordt gemeten, wat het betekent en hoe kan de vertaalslag naar de praktijk worden gemaakt, voor wie en wanneer. - Hoe is het te gebruiken? Hoe wordt hier mee gewerkt nu. Wat doen we met de gegevens die we hiervan krijgen? - Wat is het effect/ hoe is het meetbaar… - … wat er gemeten wordt, wat dit betekent en wat een creatief therapeut met deze gegevens kan. - Het verband en wat we er als vaktherapeuten mee kunnen. - … bruikbaarheid in de praktijk. - Aantoonbaarheid, effecten. En hoe ikzelf daar vorm aan kan geven / bijdragen. Omdat dit soort onderzoek veelal op hoger niveau wordt uitgevoerd. Universitair. - Specifieke info over hoe dit tijdens de BT van toepassing is. Algemene info is redelijk bekend. - De grondslag, de praktische werking, hoe kan ik het meten, hoe kan ik de uitslag verwerken in de praktijk en hoe kan ik het overbrengen naar collega. - …voorbeelden uit de praktijk. - Vooral een praktische invulling binnen het werk met ondersteuning van relevante theorie. - De toepassing hiervan in de praktijk… - De invloed van B interventies op de psychofysiologische veranderingen en de betekenis daarvan. Zijn deze waarnemingen te vatten in een meetinstrument om het effect van BT te kunnen meten. - Bij welke doelgroep dit kan, onder welke omstandigheden, de resultaten. - Wat houdt het in? Wat kan het ons brengen?...
Effectiviteit (interventie)	- Ik zou willen weten of psychofysiologische metingen een goede indicatie kunnen geven voor de effectiviteit van een interventie. Hoe wordt de vertaalslag gemaakt? Dat de hartslag omhoog gaat wil nog niet zeggen dat een interventie werkt. Het zegt m.i. vooral dat een interventie gevoelens oproept. - De effecten van Beeldende Therapie. - Of je hiermee de effectiviteit kunt bewijzen van beeldende therapie. - Werkvormen en appelwaarde materie die effect hebben op de psychofysiologische processen - zoals ademhaling, hartslag, hoofdpijnklachten, zweetproductie etc. - Welk effect, welke opdracht of materiaal op welke psychofysiologische werking heeft. - Of er interventies zijn die laten zien dat iemand (zichzelf) kan kalmeren door

	beeldende opdrachten. - Welke metingen iets zouden kunnen weergeven over spanning/ontspanning kunnen metingen ook iets zeggen over mate van contact; bijvoorbeeld responsiviteit natuurlijk lijkt het mij ook interessant om te weten wat het werken in het medium zelf doet. - Welke specifieke uitwerking bepaald materiaal of interventies hebben op mensen. Zodat je deze specifieke interventies ook specifiek toe kunt passen. - Of bepaalde beeldende opdrachten bepaalde fysiologische effecten veroorzaken.
Inhoudelijk over aanbod en BT interventies	- De metingen van de inzet van verschillende materialen, en ook boj specifieke opdrachten bij diverse hulpvragen. - Hoe beeldend materiaal, het werken ermee en bepaalde oefeningen invloed hebben op bv hartslag, zweetproductie, ... - Wat een meting betekent, of hierdoor een diagnose gesteld kan worden en hoe je erin je therapieaanbod iets mee zou kunnen doen. - Ik ben benieuwd naar met name effecten van diverse sensopatische ervaringen, bijv. op mate van spanning/ ontspanning (hartslag?). Maar ook verschil tussen verbale interventie zonder en verbale interventie begeleid/ ondersteund mét visuele interventie. Maar ook wat het effect is van niet spreken tijdens beeldend werken, dus wat aandacht/ concentratie doet in relatie tot zintuigelijke betrokkenheid. - Of er een relatie is aan te tonen in het verminderen van fysiologische reacties in het geval van beeldende therapie. Is het bijv. aantoonbaar dat beeldende therapie mensen tot rust kan brengen? En dat is maar 1 aspect.... - Vooral boosheid, angst en schaamte zijn sterke fysiek signalen, die wellicht via beeldend werken zichtbaar en verminderd kunnen worden.
Belastend cliënt	- Hoe dit onderzoek gedaan kan worden op een voor de cliënt zo weinig storend mogelijke manier.
Specifiek hersenen	- Ik ben vooral benieuwd naar het verband tussen hersengolven en het creatief bezig zijn. Welk gebied in de hersenen is actief bij wat voor soort opdracht/ materiaal. Zijn er verschillen in hersengolven bij verschillende ziekte beelden. - Het effect van beeldende therapie op de hersenen. Professor Scherder heeft trouwens hierover ook onderzoek gedaan. - Welke effecten vaktherapie op het fysiologische gestel heeft, maar op hersenactiviteit. Dit meetbaar maken en beschrijven. - Welk deel van de hersenen wordt aangesproken door de beeldende therapie? Welke bewijzen we daarvoor hebben verzameld en hoe. De link tussen het brein, het lichaam en het beeldend werken verhelderen en verdiepen, zodat bijvoorbeeld neurologisch beeldend vormen ontwikkeld kan worden als specialisme binnen ons beroep. - Omdat ik hiervoor maar 1 kon aankruisen is de eerste optie weggevallen. Ik wil er ook over lezen. Hoe is creativiteit zichtbaar en meetbaar in neurologische systemen is er relatie meetbaar tussen beeldend therapeutische ontwikkelprocessen, verandering in problematiek en neurologisch functioneren? - Ik moet de ken aan het onderzoek dat. Ik [naam] is gedaan: meten van hersenactiviteit tijdens het schrijven. Ik zou wel willen weten of het Default Mode Network 'aan' staat tijdens het beeldend werken. - Hoe de werking van de hersenen is wanneer je beeldend bezig bent, wat het effect is en hoe je dit als therapeut zelf kunt meten.

6.6. Lezen artikelen

In hoeverre beeldend therapeuten artikelen met onderstaande onderwerpen zouden willen lezen.
Een artikel dat gaat over beeldende therapie en EEG (hersengolven).



Een artikel dat gaat over beeldende therapie en ECG (hartslag en hartslagvariabiliteit).

Absoluut niet lezen	0 (0 %)
Niet lezen	0 (0 %)
Waarschijnlijk niet lezen	6 (7.14 %)
Waarschijnlijk wel lezen	28 (33.33 %)
Lezen	29 (34.52 %)
Absoluut lezen	21 (25 %)

n = 84
# 84

Een artikel dat gaat over beeldende therapie en huidgeleiding (zweetproductie).

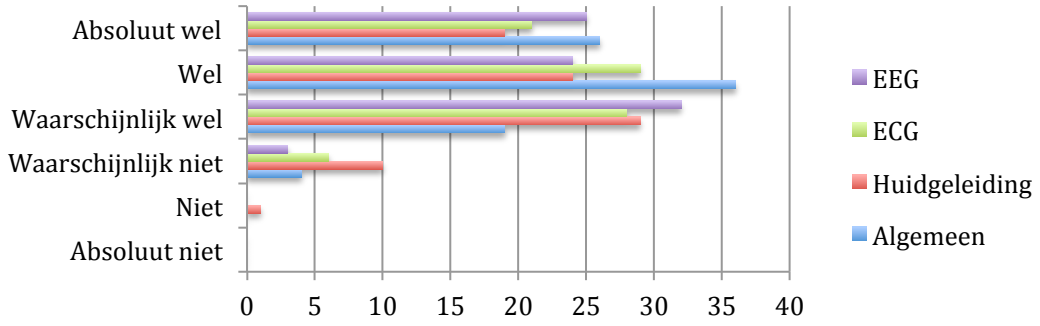
Absoluut niet lezen	0 (0 %)
Niet lezen	1 (1.2 %)
Waarschijnlijk niet lezen	10 (12.05 %)
Waarschijnlijk wel lezen	29 (34.94 %)
Lezen	24 (28.92 %)
Absoluut lezen	19 (22.89 %)

n = 83
# 83

Een artikel dat gaat over beeldende therapie en psychofysiologisch meten in het algemeen.

Absoluut niet lezen	0 (0 %)
Niet lezen	0 (0 %)
Waarschijnlijk niet lezen	4 (4.71 %)
Waarschijnlijk wel lezen	19 (22.35 %)
Lezen	36 (42.35 %)
Absoluut lezen	26 (30.59 %)

n = 85
# 85



6.7. Eventuele toelichting op vraag 6

Eventuele toelichting op het wel of niet lezen van artikelen over beeldende therapie en psychofysiologische metingen	
Codering	**Data**
interesse	- Ik vind het erg interessant te weten te komen, welk effect BT heeft. - Ben zeer geïnteresseerd. - Zou interessant kunnen zijn. - Ik ben gewoon heel benieuwd! En het lijkt me goed om ook op deze wijze beter in beeld te krijgen of effecten. Dit voor de positionering van het vak maar ook voor het blijven onderzoeken hoe we het effectiefste kunnen werken. - Hier ben ik zeer in geïnteresseerd. - ik ben nieuwsgierig naar de uitkomsten en hoe ik dit kan gebruiken in de praktijk om meer uit te kunnen leggen welk effect ik kan bereiken met de

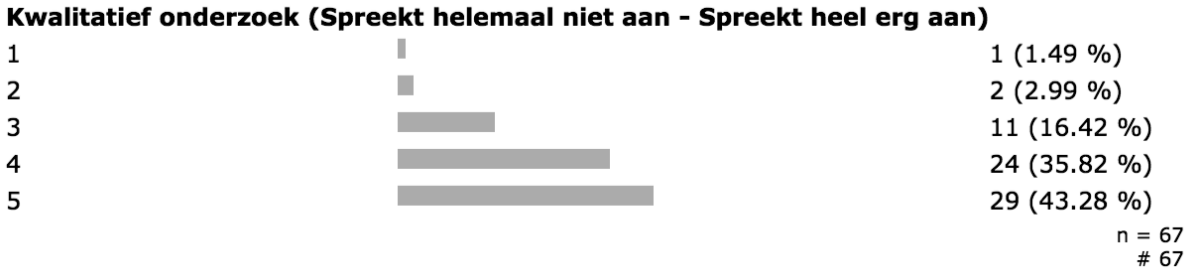
	therapie. - Interesse en doelgroepgebied. - Elke vorm is interessant en zeer belangrijk om via aantoonbare metingen te laten zien wat BT kan doen met de mens. - Altijd nieuwsgierig naar (voor mij) nieuwe ontwikkelingen. Zowel in het kader van inzicht maar ook als het effect kan aantonen. - Omdat ik er nu nauwelijks iets over weet. - De verbinding met vaktherapie vergroot voor mij de wens en de wil iets te gaan lezen. Psychofysiologisch meten is überhaupt een interessant gebied, maar de combinatie maakt dit sterker voor mij.
Algemeen artikelen lezen	- Vergroot mijn kennis. - Ik lees altijd wat er op mijn vakgebied verschijnt. De ene keer zeer aandachtig als het bijdraagt aan ondersteuning en uitbreiding van mijn inzichten en met een schuin oog als het dat niet of amper doet. - Informatie over ontwikkelingen binnen Beeldend lees ik eigenlijk altijd (via tijdschrift).
Eerst algemeen lezen, later specifiek	- Eerst maar algemeen en daarna mogelijk specifiek. - Eerste aantal wellicht te specifiek. - Het is belangrijk. Of ik er aan toe zou komen om dit te lezen vraag ik me af. Daarom, een algemeen artikel met de bevindingen zou prima zijn. - Het meest nieuwsgierig ben ik naar de algemene meting. - Waarschijnlijk betekent hier dat ik hier kennis van wil nemen. Het meer algemeen gestelde artikel zal n.a.w. alle aspecten van de bovenstaande artikelen verbinden.
Praktijkgericht, toepasbaarheid resultaten in praktijk, toegankelijkheid	- Lees het liefst wat voor mij evt. behulpzaam en of toepasbaar is. - Alleen als het duidelijk is dat ik in een eigen (eenmans)praktijk hier ook iets mee kan. - Vooral gekoppeld aan ons vak, is van belang. - Afhankelijk van de kwaliteit van het onderzoek en de toegankelijkheid van de publicatie. - Ik zou veel meer specifieke onderzoeksvragen en vergelijkend onderzoek daarin willen hebben. Bijvoorbeeld psychofysiologisch onderzoek bij bijv. aandachtsoefeningen (in het groot aan een de ezel) via de TBM en bijvoorbeeld bij een openleggende behandelmethode van cliënten met PTSS. - Er is nog te weinig bekend over wat iets doet als je dat kan aantonen dan wil ik dat weten. - Het hangt er van af of het artikel informatie bevat over wat er uit de metingen af te lezen is. niet alleen maar sec dat er veranderingen zijn, want dat vind ik een open deur en dan is het voor mij geen interessant artikel. Ik zou het ook interessant vinden als er interventies zijn die significante veranderingen teweeg brengen die algemeen kunnen worden toegepast (al verwacht ik het niet), omdat het mij zou verbazen. - Het is voor mij een gebied dat ik ken vanuit de CSR methode, maar alleen uit eigenervaring als diagnostisch onderdeel voor cliënten met stressklachten. Ik vind het interessant om meer te weten over de inzetbaarheid binnen bt. - Het hangt ook van de relevantie van de meting af voor de beeldende therapie af of ik ga lezen. Dus wordt naast de meting ook een toepassingsmogelijkheid gegeven. Op dit moment kan ik me niet zoveel voorstellen bijv. wat de meerwaarde is om de zweetproductie te weten, maar wellicht blijkt dat toch relevant voor een bepaald symptoom of symptoombestrijding. - Ik ben nieuwsgierig op welke manier dit toegepast kan worden in een werksituatie. - Door jarenlange praktijkervaring, weet ik dat het beeldend werken effect heeft. Dat is zichtbaar en voelbaar, maar het is zo lastig te meten. Ik zou heel graag willen weten of en hoe het psychofysiologisch zichtbaar/ meetbaar is. - Zoals de vragen nu geformuleerd zijn, zegt het mij niks over de betekenis die metingen kunnen hebben.
Versterken vak	- Meer kennis erover krijgen wat het uitdragen van het vak kan versterken. - Ik vind deze metingen en artikelen van groot belang.
Geen meerwaarde	- ik geloof er niet zo in. In de psychologie zijn zoveel beeldende diagnostische

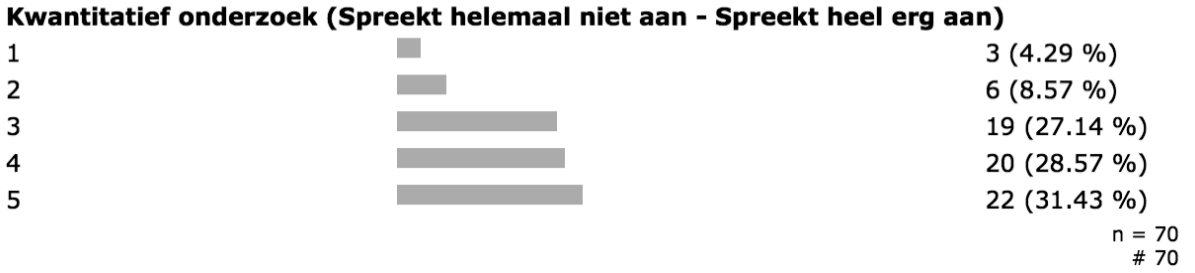
	instrumenten waarvan de waarde aangetoond is. Waarom niet onderzoek doen daar waar onze kracht zit? - Een hartslagmeting lijkt me onnodig omdat bij elke inspanning het hart reageert. Het zegt m.i. niets over de werking van BT, maar meer over het gegeven: in beweging komen. Daarvoor hebben we geen metingen nodig, lijkt me. Datzelfde geldt voor zweetproductie.
Vooral brein interessant/ belangrijk	- Er is veel gaande op het gebied van het brein. Binnen de muziek is daar onderzoek over beschikbaar. Bij beeldend is mij hiervan niets bekend.... - Mijn interesse ligt vooral bij de hersenen. Ik geloof niet zozeer dat er op het gebied van zweet en hartslag effecten te verwachten zijn. - Belangstelling gaat naar werking van de hersenen. - Beeldende therapie en EEG lijken me wel het meest interessant in een grootschalig onderzoek. ECG en huidgeleiding zijn iets vrijer te interpreteren en vragen denk ik om grootschaliger onderzoek om echt serieus iets bij te kunnen dragen. - Ik weet iets, gelezen en programma, over hersengolven en het zien van plaatjes of creatief iets doen en dat dit een positief effect kan hebben hierop.
Overig	- Intuïtief. - Ik zou graag willen weten waar ik de artikelen kan vinden. - Dit zou wel deels een antwoord zijn op mijn eerder genoemde vragen. - Met welke doel wordt beeldende therapie toegepast? Het psychofysiologisch effect varieert afhankelijk van het doel van de interventies. - Vooral de huidgeleiding is wat ik bij kinderen vaak zie, de andere vormen zijn niet zichtbaar.

6.8. Drempelverhogend door taal

In hoeverre het een drempel is voor beeldend therapeuten als het artikel in het Engels geschreven is. Van lage drempel (1) naar hoge drempel (7).

6.9. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek





Kwalitatief onderzoek (Heel erg onbelangrijk - Heel erg belangrijk)

1	2 (2.56 %)
2	2 (2.56 %)
3	13 (16.67 %)
4	28 (35.9 %)
5	33 (42.31 %)

n = 78
# 78

Kwantitatief onderzoek (Heel erg onbelangrijk - Heel erg belangrijk)

1	2 (2.6 %)
2	2 (2.6 %)
3	17 (22.08 %)
4	25 (32.47 %)
5	31 (40.26 %)

n = 77
# 77

6.10. Bereidheid aanpassen interventies

In hoeverre beeldend therapeuten hun aanbod, werkvormen en non-verbale interventies willen aanpassen op basis van kennis over beeldend therapeutische interventies en hun werkingsmechanismen, verkregen met psychofysiologische metingen.

In hoeverre zou u uw materiaalaanbod op die bevindingen willen aanpassen?

Absoluut niet aanpassen	2 (2.47 %)
Niet aanpassen	0 (0 %)
Waarschijnlijk niet aanpassen	5 (6.17 %)
Waarschijnlijk wel aanpassen	41 (50.62 %)
Aanpassen	22 (27.16 %)
Absoluut aanpassen	11 (13.58 %)

n = 81
# 81

In hoeverre zou u uw werkvormen op die bevindingen willen aanpassen? Hiermee wordt in dit verband vooral de opdracht bedoeld.

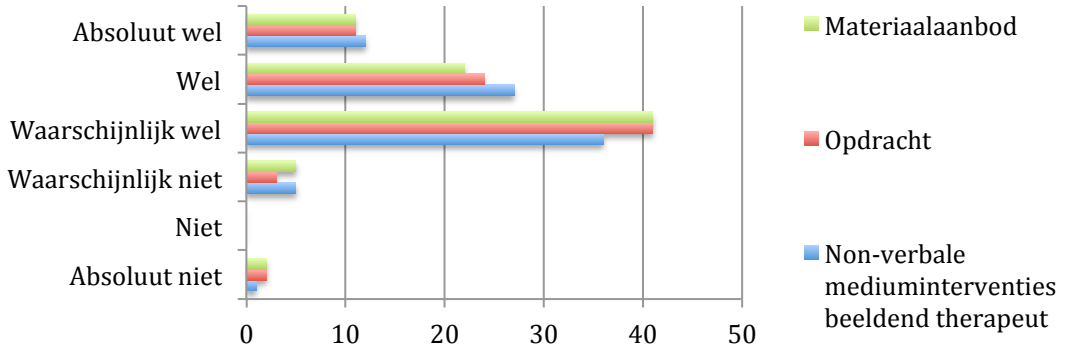
Absoluut niet aanpassen	2 (2.47 %)
Niet aanpassen	0 (0 %)
Waarschijnlijk niet aanpassen	3 (3.7 %)
Waarschijnlijk wel aanpassen	41 (50.62 %)
Aanpassen	24 (29.63 %)
Absoluut aanpassen	11 (13.58 %)

n = 81
# 81

In hoeverre zou u uw non-verbale mediuminterventies op die bevindingen willen aanpassen? Bijvoorbeeld zelf iets maken om cliënt te activeren, beeldend werk client spiegelen, etc.

Absoluut niet aanpassen	1 (1.23 %)
Niet aanpassen	0 (0 %)
Waarschijnlijk niet aanpassen	5 (6.17 %)
Waarschijnlijk wel aanpassen	36 (44.44 %)
Aanpassen	27 (33.33 %)
Absoluut aanpassen	12 (14.81 %)

n = 81
# 81



6.11. Beoordeling aspecten psychofysiologisch onderzoek

Wetenschappelijke manier van onderzoek. (Negatief - Positief)

n = 81
# 83

Kijken naar processen die niet in woorden zijn uit te drukken. (Negatief - Positief)

n = 81
# 82

Abstracte materie. (Negatief - Positief)

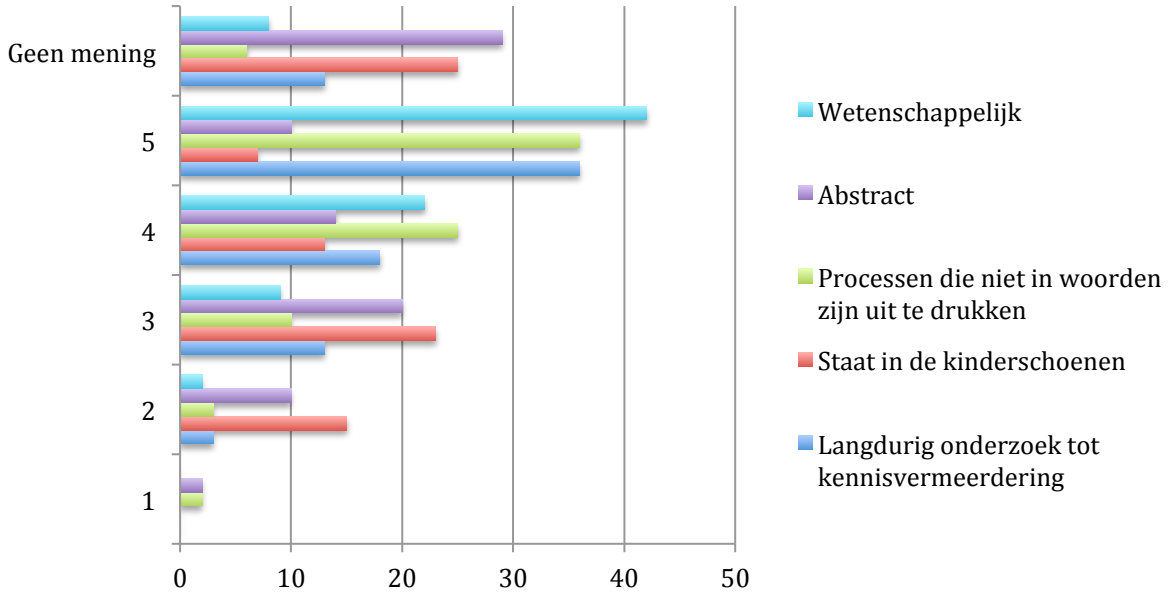
n = 81
# 85

Staat in de kinderschoenen. (Negatief - Positief)

n = 81
# 83

Langdurig onderzoek voor kennisvermeerdering. (Negatief - Positief)

n = 80
# 83



6.12. Andere aspecten die beeldend therapeuten zien

Andere aspecten die beeldend therapeuten zien rondom onderzoek in beeldende therapie met psychofysiologische metingen.	
Codering	**Data**
Begrijpt de vraag (vraag11, aspecten) niet	- Ik weet niet of ik de vraag goed begrijp. - Ik begrijp bovenstaande vraag niet. - Ik begrijp de vraag niet, vandaar ook geen mening. - Ik begrijp vraag 11 niet. - De vraagstelling vind ik niet heel helder. - Verwarring over waar het eigenlijk over gaat, de subjectieve ervaring van de cliënt. - De bedoeling van de bovenstaande vraag is mij niet duidelijk. Bedoel je dat er weerstand kan zijn vanuit de beroepsgroep? In dat geval denk ik dat het wetenschappelijke karakter wat weerstand op kan roepen. - Vraag 11 is onduidelijk. wat wil je nu eigenlijk weten? Verwijzen nr de beroepsgroep maakt het minder persoonlijk, ik heb de vraag toch vanuit mijzelf beantwoord. - Voorgaande vraag roept vragen op door de formulering. Staat in de kinderschoenen kan zowel positief (het wordt voorzichtig en beginnend onderzocht) als negatief (jammer dat er nog niet zoveel/niks is)uitgelegd worden. Het kijken naar processen die niet in woorden uit te drukken zijn: zijn psychofysiologische processen dan niet in woorden uit te drukken? Het ervaringselement in het beeldend werken krijgt ook handen en voeten door te zoeken naar de juiste woorden.
Cijfers	- Harde cijfers naast kwalitatief helpt rationale onderbouwen.

Evidence based	- Evidence based werkwijzen en activiteiten. - als deze methode relevant en evidence based is , en het dus vergoedingen gaat opleveren, zou mij dat motiveren er actief iets mee te gaan doen. als dit niet zo is, zou ik er alleen kennis van nemen en het even afwachten wat de waarde er van is.
Meting heeft invloed op resultaat	- Een meting veranderd het resultaat direct. Ik weet niet hoe ik dat moet doen of organiseren. - Oppassen dat de metingen niet te bepalend worden voor de therapie.
Geeft concretisering	- Voordeel van concrete effectmeting.
Samenwerking, koppelingen andere gebieden, op dezelfde lijn zitten qua onderzoek met psychologen e.d.	- Koppelen aan andere disciplines; Niet alleen psychologie, maar ook neurologie (ons creatieve brein), somatologie (het lijf doet ook mee!!!) en misschien zijn er zo wel meer te bedenken. Hier zijn al veel bewijzen geleverd die wij als vaktherapeuten gebruiken, maar waar we (nog) niet altijd bewust van zijn. - Samenwerking tussen studenten neurowetenschappen en studenten CT kunnen een goede kruisbestuiving opleveren, denk ik. - Ik doe nu exemplarisch handelingsonderzoek. In gezamenlijk gesprek uitvinden wat werkzaamheid is en we die beter kunnen verwoorden. Ik kan mij voorstellen dat naar de gevonden werkzaamheden ook metingen verricht kunnen worden. - Samenwerking met neuropsychiatrie zintuigelijke waarnemingen. - Samen werking, kruisbestuiving met PMT, lichaamsgerichte therapie. - Het levert meer gelijkwaardige gespreksstof op met de psychologen en onderzoekers. - Mogelijkheid om aan te sluiten bij reeds bekend onderzoek mogelijkheid om andere doelgroepen te bereiken, denk met name aan de medische wetenschap en verzekeraars. Meten= weten is hun trant.
Te individueel	- Ik zou de beleving van een cliënt meer vertrouwen dan het resultaat van een psychofysiologische meting. Ik vraag me af of iedereen dezelfde resultaat hoort te krijgen. - Affiniteit met een materiaal of beeldende therapie wel/niet en welk effect heeft dit op de meting? Onderscheid meeting binnen doelgroepen en/of stoornissen dan wel gedragsprobleem.
Zweverig	- Dat het zweverig zou zijn, of in de alternatieve geneeshoek. Absoluut mee oneens, en geeft een negatieve stempel.
Geen aspect	- Ik zou eerst willen weten wat de metingen zeggen over de effectiviteit. - Zelf werk ik met Emerging Body Language. Ik ben wel benieuwd hoe deze methode zich met de metingen verhoud. Wanneer de therapie op video opgenomen wordt kan het vergeleken worden met de RSiME (Rutten-Saris Index Motorische Elementen. Overlappingen hierin zou ik wel kunnen gebruiken, uitdiepen en willen verantwoorden. - Wel onderzoek willen doen maar niet weten hoe te beginnen. - Wetenschappelijk onderzoek daarnaast op andere wijzen. Er bestaat geen middel dat overal goed voor is. - Hoe meer we weten van reacties op het werken met beeldende middelen hoe meer wij in staat zijn bewijs te voeren wat beeldende therapie kan betekenen voor mensen die het nodig hebben. - Verbinding met hersengebieden - hoe reageren de hersenen op beweging, kleur, grove/fijne motoriek etc. - Waardering onderzoek HBO niveau. - Deze vragenlijst is ook een mooi middel om bewustwording te stimuleren. - Ook neurowetenschappelijk onderzoek toepassen. - Onderzoek is niet mijn ding maar is soms wel nodig. - Druk verzekering. - Praktische haalbaarheid aantonen belang van beeldende therapie/ profilering.

6.13. Interesse verschillende beeldend therapeutische aspecten

Ruwe data welke beeldend therapeutische aspecten beeldend therapeuten het meest interessant vinden om onderzocht te hebben met psychofysiologische metingen. Van interessant (1) naar minder interessant (4).				
Materiaal-aanbod	**Materiaal-hantering**	**Opdracht bij het materiaal**	**Non-verbale mediuminterventie van de therapeut**	**Anders, namelijk:**
1	2	4	3	
4	3	2	1	
2	1	4	3	
2	1	4	3	
4	4	3	3	
1	2	3	4	
3	2	5	4	1. Ervaringsgerichte; tijdens mediumgebruik - het proces van het maken.
2	3	1	4	
4	2	3	1	
1	1	2	2	
4	4	4	4	
2	1	4	3	Nabespreking.
3	2	1	4	
4	2	3	1	
4	1	3	2	
4	2	1	3	
1	2	4	3	
				TBM.
2	1	4	3	
2	4	1	3	
2	1	3	4	
1	2	3	4	
4	3	2	1	
1	3	4	2	
4	2	1	3	Geluid van het materiaal.
4	2	3	1	
				Zoals al eerder gezegd met bijvoorbeeld de TBM.
1	2	2	3	bv. verbaal communiceren vs beeldend communiceren, of wat voegt beeldend communiceren toe aan verbaal communiceren.
2	1	1	2	Effect van de oefening.
4	2	4	1	Taal vd therapeut.
2	1	4	3	
				De reactie op materialen en interventies in het proces.
1	1	1	1	
1	1	1	1	
1	1	2	1	
3	1	2	4	De mate van arousal die opgeroepen wordt door verschillende werkvormen/ werkwijzen/methodieken.
4	4	3	2	
2	4	3	1	
2	1	4	3	

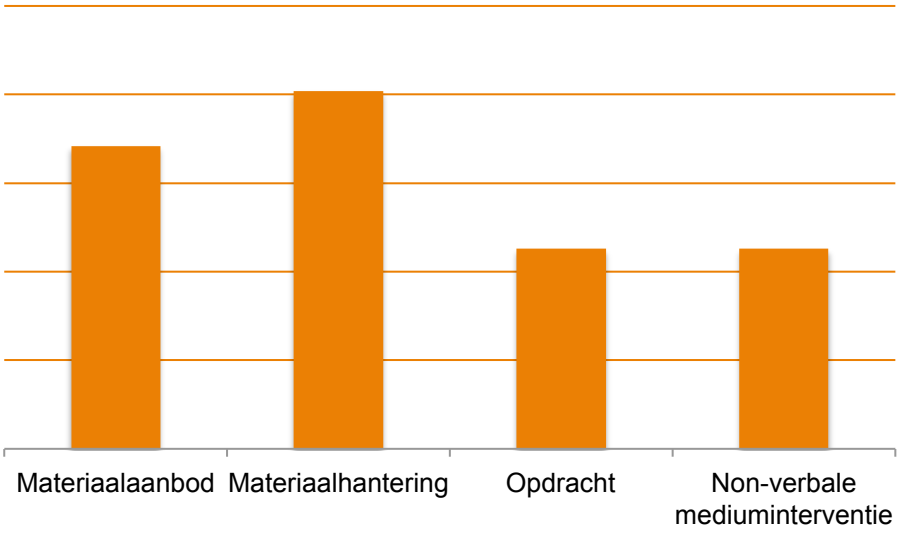
1	2	4	3	
1	3	2	4	
				Het geheel.
2	1	3	4	
3	4	1	2	
4	3	1	2	Beleving bij het beeldend resultaat.
2	1	3	4	
1	1	3	3	
1	1	2	4	
				De betekenis van het vormgevingsproces voor de cliënt.
3	1	2	4	
1	1	1	1	
1	1	1	4	
3	1	2	4	
2	1	3	4	
2	3	4	1	
3	4	4	4	
2	1	3	4	
2	1	3	4	Herhaling/ritme/vormen/kleuren/form aat etc.
4	1	3	2	
1	2	3	4	
1	1	2	3	
2	4	1	3	
1	3	2	4	
2	1	3	4	
4	3	2	1	
4	4	4	4	
1	2	4	3	
1	2	4	3	
2	2	2	2	
1	1	1	2	
2	1	4	3	
4	4	2	2	Vergroten welbevinden; klachtafname; inzicht voor andere behandelaren; eigen inzicht.
2	1	3	4	
1	3	4	2	
2	1	4	3	Ik verwacht dat het samenhangt.
2	1	4	3	
1	3	4	2	
				Geen mening.
3	4	2	1	

De oranje gekleurde resultaten betekenen dat de data niet meegenomen is in de onderstaande berekeningen. In deze antwoorden op de vraag was namelijk niet de gevraagde ranking aangebracht van 4 naar 1, waardoor deze resultaten dus niet de vraag beantwoorden.
De meegenomen data zijn per aspect opgeteld en gedeeld door het aantal respondenten die de vraag op een juiste manier hebben ingevuld. Zie de tabel hieronder, waarin zichtbaar wordt welke berekeningen zijn gedaan om tot zichtbare resultaten te komen.

Berekening data interesse beeldend therapeuten voor verschillende aspecten.				
# respondenten: 52 (=13+22+6+11=22+14+11+5=8+9+17+18=9+7+18+18)				
	Materiaalaanbod	**Materiaalhantering**	**Opdracht**	**Non-verbale mediuminterventie**
#1	13	22	8	9
#2	22	14	9	7

#3	6	11	17	18
#4	11	5	18	18
Opgeteld	1x13+2x22+3x6+ 4x11= 13+44+18 +44= 119	1x22+2x14+3x11+4x 5=22+28+33+20= 103	1x8+2x9+3x17 +4x18=8+18+ 51+72= 149	1x9+2x7+3x18+4x18 =9+14+54+72= 149
Gemiddelde= #/52 respondenten	119/52≈2,29	103/52≈1,98	149/52≈2,87	149/52≈2,87
Ingevuld in diagram	4-2,29=1,71	4-1,98=2,02	4-2,87=1,13	4-2,87=1,13
Overige berekeningen vanuit tekst		(22x100)/52≈ 42% van de respondenten zegt materiaalhantering het meest interessant te vinden onderzocht te hebben met PFM	(8+9)/2= 8,5 (8,5x100)/52≈ 16% van de respondenten zegt opdracht/non-verbale mediuminterventie het meest interessant te vinden onderzocht te hebben met PFM	

NB: Bovenstaande analyse laat zien hoe inzichtelijk is gemaakt waar de meeste interesse ligt bij beeldend therapeuten. Hoe minder 'punten' zijn toegekend, hoe interessanter zij het vonden. Door te kijken naar het gemiddelde aantal punten die zij hebben toegekend kan afgelezen worden wat beeldend therapeuten het meeste interesse in hebben. Dit zou in een diagram betekenen dat de hoogste balk (dus meeste aantal punten) het minste interesse naar is. Omdat dit verwarrend kan zijn in het aflezen, is vier (hoogste aantal) afgetrokken van het gemiddelde. Dit levert omgezet in een staafdiagram op dat de hoogste balk het meest interessant wordt bevonden.



NB: Hoe hoger de staaf, hoe groter de gemiddelde interesse.

Anders, namelijk:	
Codering	**Data**
Samenhang	- Het geheel. - Ik verwacht dat het samenhangt.
Verbaal, nabespreking	- Bv. verbaal communiceren vs beeldend communiceren, of wat voegt beeldend communiceren toe aan verbaal communiceren. - Taal vd therapeut. - Nabespreking.
Resultaat	- Beleving bij het beeldend resultaat. - De betekenis van het vormgevingsproces voor de cliënt.

Heel specifiek	- Herhaling/ritme/vormen/kleuren/formaat etc. - Geluid van het materiaal.
Werkwijze, methodieken, methoden	- De mate van arousal die opgeroepen wordt door verschillende werkvormen/ werkwijzen/methodieken. - TBM. - Zoals al eerder gezegd met bijvoorbeeld de TBM.
Overig, al aanwezig in vorige vraag	- Vergroten welbevinden; klachtafname; inzicht voor andere behandelaren; eigen inzicht. - De reactie op materialen en interventies in het proces. - Geen mening. - Ervaringsgerichte; tijdens mediumgebruik - het proces van het maken. - Effect van de oefening.

6.14. Wat over deze aspecten te weten willen komen

Wat beeldend therapeuten over deze aspecten te weten zouden willen komen.	
Codering	**Data**
Effectievere interventies, effectlengte	- Ik willen weten hoe ik als therapeut mijn interventies effectiever kan maken. - Hoe beleving en dus behandeling versnelt kan of verdiept. - Wat heeft t meest effect, mn ook langdurig. - Of toegepaste interventie langdurig aanhouden/ effect hebben. - Draagt het materiaalaanbod gedurende een langere tijd bij aan het duurzaam veranderen van gedrag. Bijv het eigen gevoel beter leren herkennen.
Verband	- Letterlijk: wat zijn de meetbare psychofysiologische effecten en hoe houden die verband met psychisch welbevinden. - Ik zou wel willen weten of er een bepaalde correlatie is tussen materiaal(hantering) en fysiologische aspecten. Of wat bepaalde interventies van de therapeut voor effect hebben in de hersenen van de cliënt. - Relatie tussen vermindering van problemen en de kern van beeldende therapie (sensorische ervaringen). - Verbinding tussen denken, voelen en handelen, De verstoringen die optreden door ziekte / stoornis en effect behandeling om verbinding te herstellen. - Ik zou graag de onderzoeksresultaten te weten komen om te zien of er een overeenkomst is tussen bepaalde bt-aspecten en bijbehorende pf-metingen. Zonder interpretaties, gewoon alleen de resultaten.
Werkingsmechanismen	- Met name de werking van diverse materialen. - Ik geloof sterk in de kracht van bepaalde materialen en interventies, ik zou het heel fijn vinden te zien wat daar werkelijk psychofysiologisch gemeten wordt in het lichaam. - In welke mate is een gevoel van tevredenheid over het werken, het werkstuk of het proces zelf voor en door de cliënt meetbaar te maken, anders dan door dat "hij, zij zegt er zoveel aan gehad kan hebben".
Bevestiging	- Ik zou willen weten of een oefening het gewenste effect heeft (bv. In een traject rondom spanningsregulatie), en dat dit ook inzichtelijk is voor de cliënt. - Bevestiging wat cl. zelf vaak al aangeven. Maar ook wat zij niet kunnen voelen en of verwoorden (door trauma of ontwikkelingsstoornis of psychische ziekte) maar wel gebeurd. - Welk effect het heeft, hopelijk om te staven hetgeen wij als therapeuten al die tijd al met cliënten hebben ervaren.
Werking en algemene effecten PFM	- Werking en hoe in te zetten. - Of er veranderingen zijn, welke veranderingen er gemeten worden en welke invloed deze veranderingen hebben. Wat kun je er feitelijk mee concluderen?

	- Hoe het van invloed is maar ook hoe het bewust ingezet kan worden - Het effect van mijn handelen op de cliënt - Wat er op lichamelijk niveau bij de patiënt gebeurd. - Welk opdracht beïnvloed welk psychofysiologisch effect? - Wat het effect is op de cliënt en of en hoe dat bijdraagt aan verandering van gedrag, gedachten en gevoel. - Ik zou meer te weten willen komen wat het effect is van dit materiaalaanbod, materiaalhantering, opdracht bij het materiaal en de non-verbale mediuminterventie en het resultaat hiervan. - Welke technieken wekken welke lichaamssensaties op. - Voornamelijk welk materiaal wat voor soort effect heeft op het lichaam. - In hoeverre die manipuleerbaar zijn door Vaktherapeutische interventies.
Algemeen interventie-effect	- Materiaal is zeer belangrijk en onderscheidend voor ons beroep. - Wat zijn de meetbare verschillen tijdens het werken in verschillende materialen. Welke conclusies kunnen we daaruit trekken. Welke invloed heeft het werken in verschillende materialen op de te maken bewegingen. en zo verder.... - Het doet me denken aan de appel waarde van de materialen en de werkvormen. Misschien kan dit wetenschappelijk onderbouwd kan worden. - Bv mate van beïnvloeding van de therapeut door non verbale beeldende communicatie en de (fysieke) effecten daarvan op de cliënt bv fysieke reacties op diverse materialen fysieke reacties op diverse methoden. - Onderverdeling in beeldend therapeutisch aspecten (effect op psychofysiologische processen: Materiaal Hantering/energie Symboliek Kleur Plaatsing/interactie. - Zie 1, vooral gericht op ervaringsgerichte/belevingsaspect - proces van hoe tot iets komen. Naast wat welk materiaal oproept, maar dit is heel persoonlijk lijkt me en kan dus erg verschillen.
(Ont)spanning	- Welke interventies stress reductie op leveren, die ook door de cliënt herkend en thuis uitgevoerd kunnen worden. Met wetenschappelijk bewijs hoop ik dat een cliënt dan eerder geneigd is deze interventies te accepteren, waarderen. - Ik zie dat vingerverf en klei in hand verdrietige cliënten tot rust brengt. - Wanneer neemt de spanning af bij de cliënt Bij welke interventie Bij welk en hoe ingezet materiaal. - Effect bij het herhalen van oefeningen. neemt er iets toe of af als er wekelijks iets herhaald wordt. neemt aandacht of ontspanning toe bij bepaalde inzet. - Welke materialen en interventies spanning laten oplopen of juist ontspanning brengen. Welke hersen gebieden geactiveerd worden. Invloed van BT op de ademhaling/hart. - Reguleren van spanning het kunnen beïnvloeden van stress niveau aantonen van verband opdracht/materiaal en verminderen van spanning. - Aan de ene kant zou ik geïnteresseerd zijn in de mate van arousal die opgeroepen wordt, dit is nodig om tot verandering te komen dus moet niet perse negatief geïnterpreteerd te worden. Aan de andere kant in hoeverre materiaal, werkvormen juist rustgevend, ontspannend etc. kunnen werken.
Inhoudelijk (overig)	- Hoe is zichtbaar te maken door onderzoek dat opdracht onderwerp materiaal en beeldend therapeut effect hebben op emotieregulatie. - Bij welke interventie voelt mijn cliënt zich veilig? met welke interventie kan ik mijn cliënt 'raken' en bij welke interventie voelt mijn cliënt zich gesteund? - Wat kan je met je mediuminterventie uitlokken bij de cliënt om hem/ haar te stimuleren in het therapeutische proces. - Veel psychofysiologische aspecten duiden volgens mij (o.a.) op een (te) hoge arousal. Dus ik zou vooral willen weten hoe die zo snel en veilig mogelijk binnen het medium beeldend, naar beneden kan. - Wat materiaalcontact en manier van bewerken van materiaal voor effect

	heeft op psychofysiologische aspecten. (Wanneer jongere veel stress ervaart en sombere gedachten heeft, welk materiaalaanbod en materiaaltechniek/ hantering heeft dan het gunstigste effect en hoe is dat zichtbaar/meetbaar. Etc.) - werking van beeldende communicatie; wat doet het, wat voegt het toe, wat is anders als verbale communicatie. - In hoeverre kan BT bijdragen aan gezondheid, d.w.z. Zich aan kunnen passen en eigen regie kunnen voeren?
Problematiek	- Samenhang materiaal/opdracht/hantering met diverse diagnoses. - Op welke zintuigen verschillende materialen een appel doen en (2) of dit meetbaar is en (3) mogelijk in verband gebracht kan worden met de te behandelen problematiek.
Invloed op therapeut	- De invloed van het materiaal op de stemming en de rol van de vaktherapeut.
Werkingsmechanismen hersenen	- in welke hersengebieden het materiaal werkt. welke verbindingen daarin gelegd worden. Joh, nu begin ik het wel interessant te vinden, met name de EEG denk ik dan. - Wat het effect is van het materiaalaanbod en gebruik op de hersenen en wat invloed dit heeft op het functioneren van de pt. - Welke hersengebieden kunnen wij aanspreken middels beeldend werken? En op welke manier sorteren wij het grootste effect in de verbetering van de situatie van de cliënt?
Advies, niet inhoudelijk	- Ik denk dat materiaalkeuze en materiaalhantering niet los van elkaar te zien zijn. Dus ik zou een soort kiezen, daarin standaarden maken en daarna experimenten met materiaalhanteringen. Dan zijn er wellicht verschillen meetbaar.... - Het is erg breed. Valt het te meten. Eén eruit kiezen, bv materiaalhantering en onderzoeken of de cliënt zich prettiger of onprettiger gaat voelen bij het krassen met olie-krijt. Maar ook daaraan zitten weer zo veel aspecten, zoals onderzoek je dat individueel of in groepsverband, ... - Het liefst wil ik iets te weten willen komen over de metingen van het materiaalaanbod/hantering (zie onderaan onderbouwing) en de opdracht(en) bij het materiaal. Zie vraag 13: Ik begrijp niet waarom het materiaalaanbod en hantering van elkaar zijn losgekoppeld. Deze gaan toch bij voorbaat samen? Hoe kan je anders het psychofysiologische proces gaan meten? Dat zie ik nog niet helemaal voor me. Wanneer je materiaal gebruikt, moet je het materiaal bij voorbaat ook op een bepaalde manier gaan hanteren, toch? Het zou interessant zijn om het verloop van een beeldend therapeutisch traject bij eenzelfde persoon te gaan volgen. Er kan dan worden gekeken naar de fysieke en psychologische veranderingen die bij deze persoon kunnen gaan plaatsvinden. Vervolgens zouden deze resultaten/metingen kunnen worden gekoppeld aan gestelde doelstellingen. Komt er meer onrust naar voren wanneer de cliënt van zijn bijv creatieve hulpeloosheid naar acceptatiefase groeit (ACT)? En vervalt hij in meer rustige psychofysiologische metingen, wanneer alles meer op zijn plek dreigt te vallen? - In alle therapievormen, verbaal of non-verbaal, zijn er verschillende aspecten die invloed hebben op het resultaat van de sessies. Bijvoorbeeld empathische vermogens van de therapeut en bereidheid en motivatie van de cliënt. Een psychofysiologische meting kan geen inzicht geven over alle deze aspecten die doorslaggevend zijn voor het slagen van de behandeling. - Het belangrijkste voor een positief effect van de beeldende therapie is het afstemmen en een vertrouwensrelatie opbouwen met de cliënt zodat die zich durft te laten zien en aan de slag gaat met zijn doelen. Wat zou bovenstaande resultaten hierin kunnen betekenen?
Weet het niet	- Zou ik niet kunnen omschrijven. - Nee, dit kan ik pas zeggen als er meer bekend is over de mogelijkheden.

6.15. Nodig om kennis toe te passen

Wat beeldend therapeuten nodig hebben om kennis over de werkingsmechanismen van beeldend therapeutisch interventies, verworven uit psychofysiologisch onderzoek, toe te passen in de behandeling.

Anders, namelijk:	
Codering	**Data**
Handvaten	- Vooral praktijkvoorbeelden en mogelijkheden. - Wat kunnen psychofysiologische metingen. - Concrete handvaten, zoals producten en modulen. - Meer over de uitslagen, inhoud en details. - Direct toepasbare werkvormen en materiaalhantering. - Beschrijvingen van de relatie tussen sensorische ervaringen en psychofysiologische processen. - De uitkomsten en resultaten vh onderzoek.
Discussie	- Ik ben vooral benieuwd naar de discussie die bij zo\'n onderzoek naar voren komt omdat ik de verwachting heb dat specifieke effecten van de meting en interpretatie discutabel is.
Interactieve workshop	- Interactieve workshops.
Weet het niet	- Weet ik nog niet.

6.16. Bijdrage

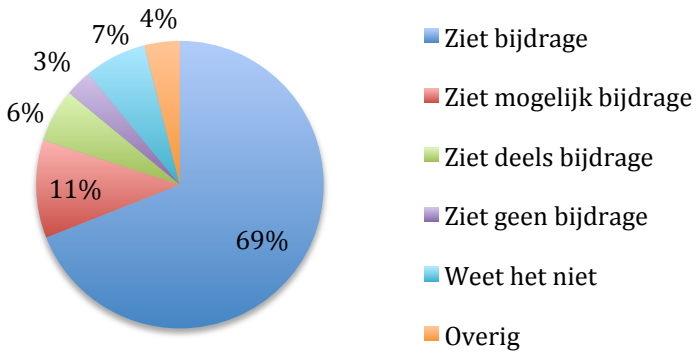
Of psychofysiologische metingen volgens beeldend therapeuten een bijdrage kunnen leveren aan de beeldende therapie. N=71	
Codering	**Data**
Nee (2)	- Nee, alleen maar om te bewijzen dat creatieve therapie moet blijven bestaan! - Nee, het vakgebied blijft hetzelfde, alleen wordt er beoogd een meetbaar resultaat voor anderen af te leveren.
Ja (49)	- Profilering, duidingsmogelijkheden vergroten, gedragsverandering verbeteren. - Ja, psychofysiologische aspecten zijn non-verbaal en vaak onbewust. Non-verbale vaktherapie lijkt me dan juist de ingang. - Ja, het zou de beeldende therapie kunnen ondersteunen. Hierdoor zou wetenschappelijk bewijs kunnen worden geleverd aan de werking van de beeldende therapie. - Ja, meer onderbouwing over de effecten (bijvoorbeeld angstverlagend o.i.d.). - Ja. - Ja. Je kan ermee de meerwaarde/ het verschil van BT ten opzichte van andere therapievormen meten. je kan ermee de werkzaamheid van BT in kaart brengen. Er zou misschien zelfs een interventie"programma" kunnen ontstaan vanuit deze metingen en kennis. - Effect aantonen, evidence based. - Ja in eerste instantie als verkennend onderzoek. Als de resultaten lijden tot aanbevelingen voor vervolg onderzoek zouden er uitgebreider of meer metingen

	gedaan kunnen worden. - Bv door adequaat en slimmer opdrachten aan te bieden waardoor (beeldend) proces nog effectiever wordt. - Zeker! Beeldende therapie is lastig te meten omdat het zo non-verbaal van aard is. Fysiologische reacties op beeldende therapie is tegenwoordig wel goed te meten en dat zou kunnen bijdragen aan het bewijzen dat beeldende therapie effect heeft. - Ja, zie eerder gegeven suggesties. - Ik verwacht van wel, op deze wijze zouden we beeldende therapie wetenschappelijk kunnen benaderen en op deze wijze de werking wel of niet kunnen onderbouwen. - Door psychofysiologische voor en nametingen te doen in behandelingen/sessies o.i.d. kan op die manier aangetoond worden wat werkt. Maar dan dient wel heel goed beschreven te worden wat je aan het meten bent met de psychofysiologische metingen. Want dat kan per doelgroep verschillen hoe men op iets reageert. Iemand met trauma kan anders reageren op een bepaald materiaal dan iemand met agressieregulatie problematiek. - Bij ons in het forensische is empathie een belangrijk onderwerp. Dit kan goed met deze metingen gemeten worden. ik ben nieuwsgierig bij welke opdracht hier goed op gescoord kan worden. - Effectievere behandeling Erkenning van het vak door onderzoek. - Ja, eerder al vermeld. - Ja. - Het kan een bijdrage leveren in motivatie behandeling voor zowel professionals als cliënt. - Ja. - Ja, zoals al eerder gezegd: het is een waardevolle aanvulling op andere soortige effectmetingen zoals: cliënt tevredenheidsonderzoek, toetsing van behandel programma's. - Ja, aan de onderbouwing en verklaring en effectiviteit ervan. En dus uiteindelijk: de financiering. - Ja. Het maakt de ervaring meetbaar en dat is wat de zorgverzekeraar en ook de kritische burger wil. Voor mij is het belangrijker dat er meer vertrouwen in gevoel komt in de samenleving, maar via deze weg lever je bewijs in de taal die de verzekeraar spreekt. - Ja... de reden heb ik al eerder aangegeven.. Cliënten leven vaak sterk in hun hoofd en zijn zich niet bewust van wat voor een effect emoties op hun lichaam hebben. Een cliënt inzicht geven hierin vind ik een belangrijk onderdeel van de beeldende therapie. - Ja, effect op onbewuste processen in iemand. - Ja, door evidence based onderzoek verstevigen we de positie, bij de zorgverzekeraar maar vooral binnen de het werkveld. de overdracht naar collega\'s wordt transparanter en we kunnen dezelfde taal gaan spreken. - Ja, ik denk van wel. Ik let op deze veranderingen welke ik kan waarnemen en zie hierin een verhoogde spanning of juist een mate van ontspanning. - Ja, ik denk vooral aan wat er in de hersenen gebeurt, de functie van het Default Mode Network en op het gebied van horizontale (links recht, d.w.z. Ervaringen vast kunnen houden door er taal aan te verbinden) en verticale integratie (gevoelens en gedachten integreren, empathie). - Ja, welk effect je waarmee bereikt. - Ja ,onderbouwing van de werking van beeldende therapie. - JA, het vak komt sterker en meer evidence based te staan. Ook is het een inhoudelijke verbreding van het vak. - Ja, het zou kunnen bijdragen aan de onderbouwing van de werking van BT. Iets wat op dit moment erg belangrijk is voor ons beroep. We weten dat het werkt, maar het moet steviger onderbouwd worden om niet weg gezet te worden in het alternatieve circuit. Daarnaast zou de opgedane kennis kunnen worden toegepast in het onderwijs en in de beroepspraktijk. De therapie kan aangepast/ge-finetuned worden op de resultaten van het onderzoek. - Ja! Meer bewijsmateriaal om wetenschappelijk onderbouwt te worden - Ja absoluut! Dan kunnen we meetbaar maken wat het effect is, en dat is nodig om

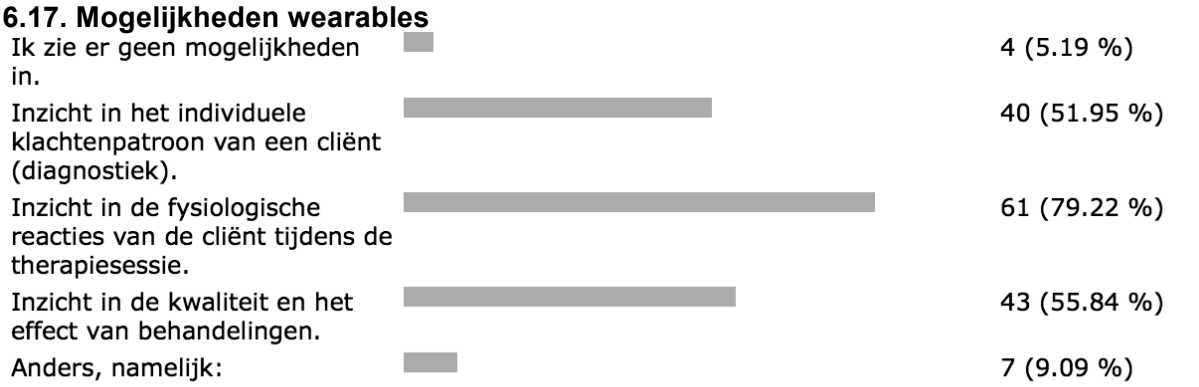
	ons vak nog beter te profileren. - Ja dat denk ik wel. Alle metingen kunnen bijdragen denk ik. - Sterker komen te staan door onderzoek ernaar. - Ja ik zou het meer als bewijsvoering inzetten naar de buitenwereld om vaktherapie beeldend meer op de kaart te zetten. - Ja ik kan mij voorstellen dat het zeker bij spanningsregulatie erg goed is om hierin bewust te kijken hoe je dit kunt ondersteunen vanuit de beeldende therapie. - Jazeker, psychofysiologische metingen geven inzicht in het hoe en wat van de werking van het brein/lichaam. Door deze gegevens te verzamelen vergroten wij de inzetbaarheid door onderbouwing. Met name belangrijk voor grote doelgroepen als NAH, waar beeldende therapie niet veel gebruikt wordt. Neurologisch beeldend vormen is een methode die misschien ontwikkeld kan worden, waardoor ook voor deze doelgroep het beeldend werken buitengewoon interessant wordt en derhalve aanbevolen als standaard onderdeel van de behandeling. - Ja ik neem aan van wel. Ik denk nu ook aan mindfulness en geleide fantasie-oefeningen , waardoor er meer Psychofysiologische rust bij de cliënt kan ontstaan. - Jazeker, dit heb ik bij vorige vragen al onderbouwd. Het geeft BT ook bestaansrecht. Wetenschappelijk onderzoek is momenteel een noodzaak. - Ja, maar ik weet nog niet goed hoe (te weinig kennis). - Ja ik denk dat het materiaalaanbod er echt toe doet als het gaat om te komen tot gedragsverandering maar dat kan ik niet bewijzen. Wanneer dit duidelijker wordt ontstaat er meer eenduidigheid in de behandeling. - Ja, gericht inzetten van interventie bij bepaald symptoom Bijv. stressreductie, toename van gelukshormoon, wat mij betreft toename van hersenverbinding door visueel-sensopatische/ motorische handelingen. Of verschil tussen 2D opdracht mozaïek op iPad en met echt materiaal, dus voelen en inzetten van een schaar en papier bijv. lijmstift, schuiven met papier etc. Of met tegels. (inzet zintuigen). - Absoluut. Het vak zal voor buitenstaanders aantrekkelijker worden omdat het vak zich zal gaan ontwikkelen van kunsttherapie naar wetenschappelijk meetbare therapie. - Het zou zeker een bijdrage kunnen leveren. Met name de effectiviteit van de inzet van diverse materialen vind ik belangrijk. Tevens van belang voor EBP. - Zoals als eerder genoemd kan het bijdragen aan evidence based werken. - Link tussen metingen en diagnostische waarde van beelden. - Om aan te tonen dat onze interventies maken dat onze cliënten processen doorlopen die maken dat hun houding t.o.v. materialen e.d. sterk kunnen veranderen. In feite het gericht meten van effect van de interventies en beleving van materiaal tijdens een nulmeting, halverwege en aan het eind. - Ik denk dat dit mogelijk is, om kwantitatief een beeld te vormen van hoe BT cliënten beïnvloed en aanzet tot gedragsverandering. Wel is van belang dat er oog is voor meerder fasen in een therapeutisch proces; in de bijvoorbeeld de startfase fase zou ik andere meetbare effecten verwachten dan in de afsluitende fase.
Mogelijk (8)	- Mogelijk, maar ik weet er te weinig van om hier een duidelijke uitspraak over te kunnen doen. - Als daarmee gemeten kan worden wat het effect is van interventies, dan kan het een bijdrage leveren aan profilering en professionalisering van ons vak. - Is mogelijk wel hard bewijs. - Wel als onderzoek, niet binnen de praktijk van alle dag. - Wie weet. Zie eerdere antwoorden. - Ik hoop het. Ik hoop ook dat de cliënten er niet extra door belast worden. - Misschien het meten van spanning, eisen die gesteld worden en wat die uitwerken bij personen. - Wel als de vertaalslag naar problematiek en behandeling kan worden gemaakt.
Deels (4)	- Alleen om meer bestaansrecht naar de buitenwereld, (instanties, verzekeringen, andere professionals enz.) te krijgen. - Alleen ter verdediging op een meer wetenschappelijke wijze naar diegenen die menen dat dit de weg is naar erkenning van de BT. - Ik verwacht vooral wetenschappelijke onderbouwing voor ons vakgebied. In veel mindere mate op de behandelpraktijk, we observeren onze cliënte immers al op vele andere manieren en ik verwacht hier geen grote verschillen bij.

	- Ik verwacht dat de werkwijze van beeldend therapeuten niet erg zal veranderen. Wel kun je aan de buitenwereld steviger uitleggen en bewijzen dat wat je doet, ook werkt.
Weet het niet (5)	- Daar zou ik meer van moeten weten, ik kan het nu niet inschatten. - Dat weet ik nog niet. Eerst lezen, horen of zien en dan geloven. - Geen idee. Jullie vragen helpen me niet om enig idee te krijgen. - Dat kan ik op dit moment nog niet inschatten. - Geen mening over, te weinig kennis info om hier iets zinnigs over te kunnen zeggen.
Overig (3)	- Ik ben denk ik in de war tussen psychofysiologisch en hersenonderzoek. Ik verwacht bij het tweede meer effect met beeldende therapie. Dat is denk ik ook wel al enigszins onderzocht onderliggend aan het ETC model. Expressive Therapies Continuüm. - Ik vermoed dat er linken liggen naar duiding van betekenis van metingen daar lijkt het mij sterk van afhankelijk. - Ik heb zeer sterk mijn bedenkingen omdat de reden van hartkloppingen zweten tijdens de beeldende therapie en het specifieke effect op de persoon de interpretatie, naar mijn idee, discutabel is. Het meten van hersengolven kan daar mogelijk meer uitkomst aan geven of naar mijn inzien richting aan geven. Maar vragen worden lang niet altijd naar waarheid beantwoord is mijn ervaring. Ik werk met verstandelijk beperkten waar dit nog meer aan de orde is om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Hierdoor is de selectie van de cliënten extra belangrijk. Dit om een meting samen met vragen, betrouwbare antwoorden te verkrijgen.

Zeker 49 van de 71 respondenten zegt een bijdrage te zien, dit is ((49x100)/71≈) 69%
8 van de 71 respondenten zegt mogelijk een bijdrage te zien, dit is ((8x100)/71≈) 11%
4 van de 71 respondenten zeggen deels een bijdrage te zien, dit is ((4x100)/71≈) 6%
2 van de 71 respondenten zeggen geen bijdrage te zien, dit is ((2x100)/71≈) 3%
5 van de 71 respondenten zeggen het niet te weten, dit is ((5x100)/71≈) 7%
3 van de 71 respondenten hebben een overige opmerking, dit is ((3x100)/71≈) 4%



6.17. Mogelijkheden wearables



De antwoorden die gegeven werden bij de antwoordcategorie 'Anders, namelijk:' zijn samengevoegd en geanalyseerd met de volgende vraag. De informatie kan gevonden worden in 6.18.

6.18. Mogelijkheden wearables (vervolg)

Welke mogelijkheden beeldend therapeuten nog meer zien in het gebruik van wearables in de praktijk.	
Codering	**Data**
Voor cliënt zelf	- Misschien als de cliënt dat zelf wil en er meerwaarde voor is. - Vergroten autonomie van cliënt als deze de informatie van de wearables kan duiden en inzetten voor zichzelf. - Eventueel zelfmetingen door de cliënt. - Spanningsopbouw meten bij cliënten. Mogelijkheid tot zelfinzicht bij cliënten (het voelen aankomen wanneer je last krijgt van angst/ paniekaanval). Misschien hierdoor het voorkomen van agressie (cliënt kan eruit stappen voordat hij agressief wordt). - Ook de cliënt hierin betrekken zodat hij zijn eigen metingen ook kan inschatten en zo een grotere betrokkenheid krijgt. - Een zelf score mogelijkheid met de combinatie van hoe men zich voelt (gedurende een dag/periode) waardoor het inzicht bij de cliënt snel toe neemt over wat deze persoon helpt. Wellicht ook met agenda/wekker functie: let op u heeft deze week nog niet gekleid en/of getekend !!
Buiten sessie	- Inzicht in de fysiologische reacties van de cliënt buiten de therapiesessie - Tijdens transitionele activiteiten thuis. Het toepassen van nieuwe gedachtes en gedrag n.a.v. beeldende therapie in andere situaties. En door andere activiteiten.
Direct op interveniëren (komt overeen met inzicht in de fysiologische reacties van de cliënt tijdens de therapiesessie)	- Er op anticiperen door interventies er op aan te passen. - Verschillende metingen bij aanbieden van interventies, opdrachten en materiaalhantering. - Ik denk dat je het ook kunt gaan inzetten bij het werken aan spanning. Bijvoorbeeld: meten wanneer de spanning hoog is en het effect zien als je iets doet wat de spanning verminderd. Dit kan ook op andere wijze. Dus inzetten als therapeutisch middel.
Vergelijking binnen en buiten therapiesessie	- De vergelijking tussen binnen en buiten de therapie.
Effect na enkele sessie, gedurende de behandeling	- Nameting na de sessies, wat is het effect van één sessie na een half uur bijv. En na een dag. - Om in de loop van de tijd metingen te doen bij cliënten met bijvoorbeeld PTSS om te zien of stressoren verminderen gedurende de behandeling.
Juist verbinding	- Verbinding uitslag meting met processen in beeldend werk - vb. waar in proces verhoging van hartslag. - Mogelijk is er meerwaarde, ik vrees echter dat we opnieuw het vak gaan willen uitvinden en er nieuwe waarheid aan bod komt. Liever zou ik de dialoog zien met al bestaande kennis en hoe deze te verrijken met deze nieuwe technologie dan op nieuwe waarheden uit te zijn en pasklare antwoorden. - Een link tussen fysieke reactie en mentale reactie.
Indirect effect, ten behoeve van onderzoek	- Meer onderbouwing door effectmetingen. - Voor onderzoek met instemming van de cliënt. En lang niet alle cliënten. Bijvoorbeeld moeilijk met schizofrenie of erg angstige cliënten etc.
Weet geen mogelijkheden	- Geen. - Niet. - Blanco. - Geen. - Nu nog moeilijk te zeggen. - Geen idee. - Kan ik niet overzien. Patiënten dragen nu ook wearables, maar die zijn gericht op activiteit/rust. - Sorry, ik kan deze vraag niet beantwoorden als ik niet meer weet over de werking van psychofysiologische metingen. - Dat weet ik niet.
Overig	- Voor en na meting.

	- Als bijdrage aan al bestaande kennis prima, maar niet als vervanging van - Combinatie van vorige 3 punten, afhankelijk van uitkomst/ toepasbaarheid. - Snelheid van bewegen? - Zou mooi zijn!
Kritische noot	- Effect meting; eerst een nulmeting op een aantal vlakken, dan BT, dan een eind meting. Eventueel tussen meting. Probleem is altijd dat BT niet los v andere therapieën wordt aangeboden. Is de gedaalde hartslag na de weken BT dan als gevolg van de BT of omdat er ook andere behandelstappen zijn genomen. - Ik ben hier niet zonder meer voor. Veel cliënten zullen zich niet prettig voelen bij deze manier van observeren. - Het hangt wel af van de activiteit die wordt aangeboden. Hakken in steen is een fysiek zwaar werk en ik weet niet of hier metingen goed weer geven wat er gaande is bij een cliënt. - Misbruik van gegevens. Wie zegt mij dat de gemeten gegevens op de afgesproken manier worden verwerkt?

6.19. Gebruik wearables in praktijk

Of beeldend therapeuten zelf gebruik willen maken van wearables in de behandeling.

Absoluut niet - Absoluut wel

6.20. Eventuele toelichting op vraag 19

Eventuele toelichting of beeldend therapeuten zelf gebruik willen maken van wearables in de behandeling.	
Codering	**Data**
Cliëntafhankelijk, als cliënt dat wil	- Niet bij alle cliënten, afhankelijk van de bereidheid van de cliënt. - Wanneer een cliënt ervoor open staat en het niet onprettig vindt. - Licht aan de cliënt en zijn systeem. - Is erg afhankelijk van doelgroep, omdat niet elke cliënt dit zal verdragen. - Alleen als de cliënt het wil… - Alleen als het in samenspraak met en goedkeuring door cliënten gebeurd. - Mits het geen hinder oplevert voor de cliënt. - Wanneer cliënt er geen last van heeft… - Als dat een duidelijk doel dient, ja, je zit natuurlijk ook met de belastbaarheid en het vertrouwen van de cliënt. Daar hebben wearables naar verwachting ook invloed op. - Het kan houvast en bevestiging geven via het lichaam. Je lichaam heb je altijd bij je, maar het contact ermee is vaak moeilijk te bewerkstelligen. Via deze manier leert en activeert een cliënt/ mens dit. Autonomie versterkend; eigen regie bevorderend. - Is ook afhankelijk van toestemming ouders en zal afhangen van de geschikte populatie. - Indien … de cliënt akkoord gaat. - … en natuurlijk in samenspraak met de cliënt. Niet standaard.
Als er voldoende kennis en de	- Ik wil eerst de werking goed kennen. - Indien ik overtuigd ben van het nut van de metingen…

meerwaarde duidelijk is	- Alleen als het bewezen is dat het werkt en iets toevoegt aan het onderzoek/bewijsvoering. - Het hangt er van af wat er gemeten kan worden. Bij een luidruchtige vermijdende angst groep kan veel gemeten worden, maar of dit ook op de beeldende therapie als zodanig slaat is moeilijk aan te tonen. - Ja mits uit onderzoek is gebleken dat zit zinvol is bij betreffende doelgroep of aannemelijk gemaakt kan worden dat er grote kans is op positief resultaat. - Ik zou eerst overtuigd willen zijn van de meerwaarde. Tot op de dag van vandaag vertrouw ik op mijn eigen kennis en ervaring. - Ja hoor, het geeft weer extra informatie. Al zou ik dan nog niet zo goed weten wat ik met die informatie zou kunnen... Stel dat ik een interventie doe en de zweetproductie gaat omhoog, wat zegt dat dan? - …het van nut is voor de behandeling! - Als bewezen is dat het helpt, dat het niet te duur is, dat de werkgever er middelen voor aantrekt en toestemming voor geeft. - Afhankelijk van toepassingsmogelijkheden / relevantie voor de therapie - Afhankelijk van onderzoek dat er al naar gedaan is. - Als blijkt dat het in een bepaalde behandeling of bij observatie een doel heeft (wat duidelijk verwoord is).
Ten behoeve van onderzoek	- In het kader van onderzoek of diagnostiek. - In het kader van empirisch onderzoek, om bij te dragen aan effectmetingen van beeldende therapie. - Voor onderzoeksdoeleinden en natuurlijk in samenspraak met de cliënt. Niet standaard. - Ik ben zelf heel benieuwd naar hoe de werking van het medium wetenschappelijk onderbouwd kan worden vanuit het lichamelijke deel. Ik wil daar graag een bijdrage aan leveren. - Graag, omdat de revalidatieartsen sinds dit jaar binnen mijn werkveld steeds meer belang gaan hechten aan evidence based onderzoek binnen BT en de doelgroep. Geen bewijs, waarschijnlijk in de toekomst ook dan geen BT meer. - …als het helpt bij de meting voor onderzoek lijkt het mij waardevol.
Diagnostiek	- Wanneer een cl. moeite heeft met lichaamswaarneming/beleving (begin therapie) kan het diagnostisch en inzichtelijk zijn.
Positief	- Als het meer inzicht geeft over het welzijn van de cliënt lijkt het mij een goede aanvulling,… - Waardevolle ondersteuning voor de behandeling, geeft mogelijk direct feedback aan de cliënt. - Het lijkt mij helemaal fantastische als ik per cliënt kan bekijken wat het effect is en dat kan uitmeten (uit laten meten), om zo bij te dragen aan groter onderzoek. - Ik denk dat het een aanvulling is op het beeld wat de cliënt laat zien en tot nieuwe inzichten kan leiden over het behandelaanbod.
Kritische noot	- Ik ben wat sceptisch omdat niet alle apparaten echt nauwkeurig meten. - Meten is niet altijd weten. Neurotiserend, net zo iets als stappen of calorieën tellen. Maar wellicht ben ik ouderwets. - Het aspect van privacy roept nog grote vraagstukken op...
Niet experimenteel	- Niet als experiment
Weet het niet	- Ik weet het niet.
Specifiek hersenen	- …Wanneer er ook hersenactiviteit gemeten word.
N.v.t. in eigen situatie	- Ik denk dat dit in mijn situatie geen meerwaarde genereert. - Binnen eigen praktijk is het inzetten van wearables waarschijnlijk lastig om te verantwoorden. In een klinische setting kan er vanuit meerdere behandelaanbod mee gewerkt worden en verantwoord worden naar de cliënt.

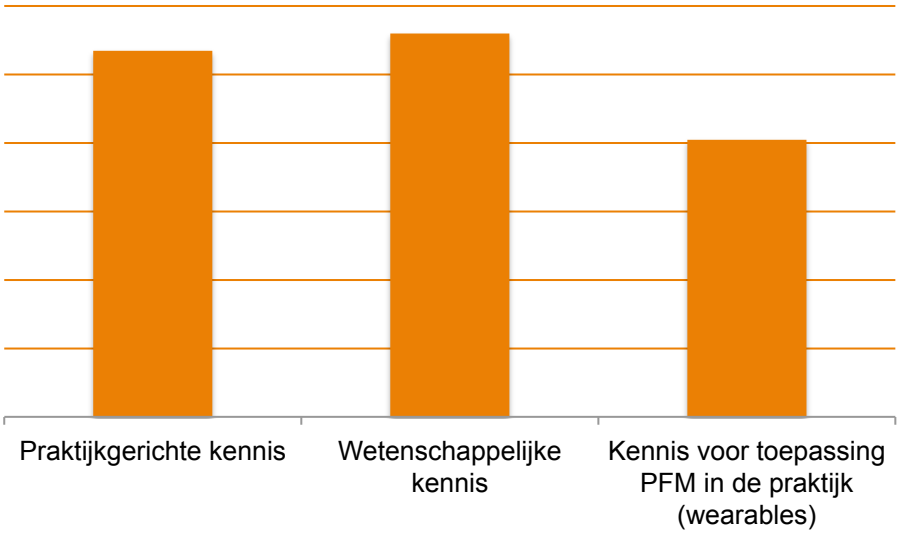
6.21. Welk soort kennis meest van belang

Welk soort kennis over beeldende therapie verkregen met psychofysiologische metingen beeldend therapeuten het meest van belang vinden. Van belangrijk (1) naar minder belangrijk (3).			
Praktijkgerichte kennis.	**Wetenschappelijke kennis.**	**Kennis over het toepassen van psychofysiologische metingen (bv. met wearables) in de praktijk.**	**Anders, namelijk:**
2	1	3	
3	1	2	
2	1	3	
1	2	3	
3	2	1	
2	1	3	
	1		
2	1	3	
1	3	2	
2	1		
1	2	3	
2	3	4	Kennis die bijdraagt aan het evidence based maken van het beroep.
1	3	2	
3	1	2	
3	1	2	
2	1	3	
2	3	1	
3	1	2	
1	3	2	
3	2	1	
3	1	2	
2	3	1	
2	1	3	
1	3	2	
2	1	3	Kennis voor de patiënt.
2	1	3	
3	2	1	
1	2	2	
2	3	1	
2	3	1	
1	3	2	
2	1	1	
1	1	2	
1	2	3	
2	1	3	
3	1	2	
1	3	2	
2	1		
1	2	3	
1	2	2	
2	1	4	3 kennis voor de cliënt.
1	3	2	
2	1	3	
	1	1	
2	1	3	
1	2	3	

2	1	3	
2	2	2	
1	3	2	
2	1	niet	
2	3	1	
2	1	3	
1	3	2	
3	1	2	
			Alleen met vragen erna en hersengolven. Niet alleen een armband.
3	1	2	
1	1	1	
2	3	1	
2	1	3	
2	1	3	
3	1	2	
3	3		
		X	
2	3	1	Eigenlijk allemaal even belangrijk.
1	3	2	
3	1	2	
2	1	2	
1	3	2	
3	3	3	
2	3	1	
3	1	2	
1	3	2	Alle drie.
2	1	3	
1	3	2	
2	1	3	

De oranje gekleurde resultaten betekenen dat de data niet meegenomen is in de onderstaande berekeningen. In deze antwoorden op de vraag was namelijk niet de gevraagde ranking aangebracht van 3 naar 1, waardoor deze resultaten dus niet de vraag beantwoorden.
De meegenomen data zijn per aspect opgeteld en gedeeld door het aantal respondenten die de vraag op een juiste manier hebben ingevuld. Zie de tabel hieronder, waarin zichtbaar wordt welke berekeningen zijn gedaan om tot zichtbare resultaten te komen.

Berekening data belang verschillende soorten kennis			
# respondenten: 57 (=18+25+14=28+8+21=11+24+22)			
	Praktijkgerichte kennis	**Wetenschappelijke kennis**	**Kennis over het toepassen van psychofysiologische metingen (bv. met wearables) in de praktijk.**
#1	18	28	11
#2	25	8	24
#3	14	21	22
Opgeteld	1x18+2x25+3x14 = 18+50+42= 110	1x28+2x8+3x21=28+16+63= 107	1x11+2x24+3x22=11+48+66= 125
Gemiddelde= #/57 respondenten	110/57≈1,93	107/57≈1,88	125/57≈2,19
Ingevuld in diagram: hoe hoger, hoe meer van belang	3-1,93=1,07	3-1,86=1,12	3-2,19=0,81



NB: Hoe hoger de staaf, hoe groter het gemiddelde belang.

6.22. Meest van belang te bereiken met psychofysiologische metingen

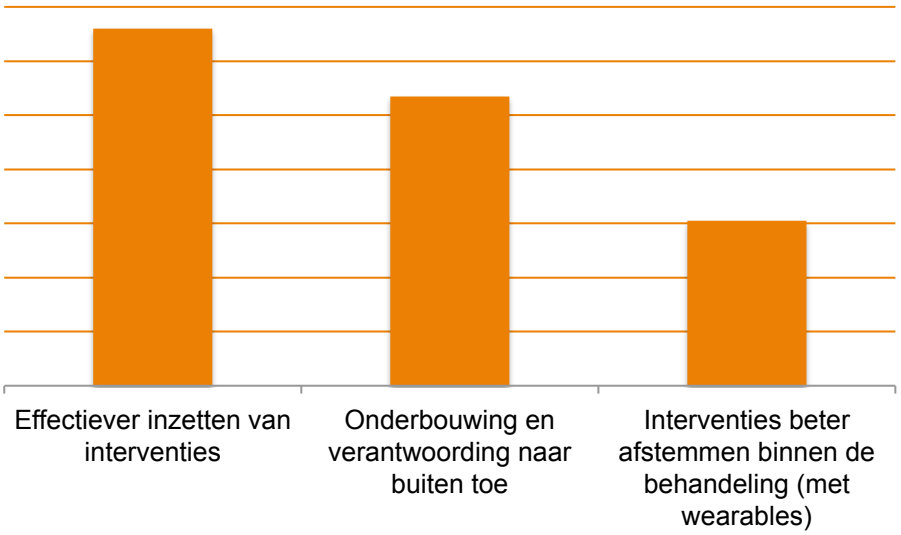
Wat beeldend therapeuten het meest van belang vinden om te bereiken met onderzoek naar beeldende therapie aan de hand van psychofysiologische metingen. Van belangrijk (1) naar minder belangrijk (3).			
Effectiever inzetten van interventies.	**Onderbouwing en verantwoording naar buiten toe (verwijzers, zorgverzekeraars, etc.).**	**Interventies beter afstemmen binnen de behandeling (met wearables).**	**Anders, namelijk:**
1	3	2	
1	3	2	
1	2	3	
1	2	3	
3	2	1	
2	1	3	
	1		
2	1	3	
2	1	3	
	1		
3	0	0	
2	1	4	
1	3	2	
1	2	3	
2	1	3	
2	1	3	
1	3	2	
2	1	3	
1	2		
2	3	1	
2	1	3	
1	3	2	
1	2	3	
2	3	1	
2	3	1	
1	2	3	
3	1		
2	1	1	

1	1	1	
1	2	3	Verbetering van de interventie in belang van de cliënt.
3	1	2	
2	1	3	
1	1	2	
2	1	3	
1	2	3	
2	1	3	
3	1	2	
	1		
1	2	3	
2	1	3	
1	2	3	4 meer houvast voor de cliënt.
1	3	2	
3	3	3	
1	1	3	
2	1	3	
2	1	3	
1	2	3	
1	3	1	
2	3	1	
	1		
2	3	1	
2	1	3	
1	3	2	
2	1	3	
			Weet het niet.
1	2	3	
1	1	1	
2	3	1	
2	1	3	
2	1	3	
3	2	1	
3	3	3	
1	3	2	
3	1	2	
2	1	3	
1	3	2	
2	1	2	
1	3	2	
3	2	2	Zelfmanagement bevorderen in eigen omgeving.
1	3	2	
2	1	3	
2	3	1	Alle drie.
3	1	2	
1	3	2	
1	2	3	

De oranje gekleurde resultaten betekenen dat de data niet meegenomen is in de onderstaande berekeningen. In deze antwoorden op de vraag was namelijk niet de gevraagde ranking aangebracht van 3 naar 1, waardoor deze resultaten dus niet de vraag beantwoorden.

De meegenomen data zijn per aspect opgeteld en gedeeld door het aantal respondenten die de vraag op een juiste manier hebben ingevuld. Zie de tabel hieronder, waarin zichtbaar wordt welke berekeningen zijn gedaan om tot zichtbare resultaten te komen.

Berekening data belang te bereiken met psychofysiologische metingen			
# respondenten: 56 (=24+26+6=23+14+19=9+16+31)			
	Effectiever inzetten van interventies	**Onderbouwing en verantwoording naar buiten toe (verwijzers, zorgverzekeraars, etc.)**	**Interventies beter afstemmen binnen de behandeling (met wearables)**
#1	24	23	9
#2	26	14	16
#3	6	19	31
Opgeteld	1x24+2x26+3x6= 24+52+18= 94	1x23+2x14+3x19=23+28+ 57= 108	1x9+2x16+3x31=9+32+93 = 134
Gemiddelde= #/56 respondenten	94/56≈1,68	108/56≈1,93	134/56≈2,39
Ingevuld in diagram: hoe hoger, hoe meer van belang	3-1,68=1,32	3-1,93=1,07	3-2,39=0,61



NB: Hoe hoger de staaf, hoe groter het gemiddelde belang.

6.23. Waar beeldend therapeuten nieuwsgierig naar zijn

Waar beeldend therapeuten nieuwsgierig naar zijn in het gebruik van psychofysiologische metingen en beeldende therapie.	
Codering	**Data**
Mogelijkheden, werking en toepassingen in de praktijk	- Ik ben wel nieuwsgierig naar wat er gemeten kan worden. - Vooral naar de mogelijkheden en de toepassingen. - Hoe ik de informatie, verkregen uit psychofysiologische metingen, kan inzetten en gebruiken in de therapie. - Het is mooi als je een cliënt een overwinning op zichzelf ziet behalen binnen de therapie. Is dit ook psychofysiologisch te zien, meten en zo ja wat zegt dat dan? En ziet dat er bij verschillende cliënten dan hetzelfde uit of ook anders? en wat zegt dat dan. Nu ja en nog veel meer! - Naar de werking… - Hoe sterk is dit van invloed en in hoeverre kun je dit beïnvloeden - Of hieruit wel zulke duidelijke waarden naar voren komen of dat de metingen meer algemene beelden laten zien.

Meerwaarde	- Wat kan het mij meer laten zien dan ik nu al zie? - Ik merk dat ik niet goed inzie wat het toevoegt. Wil je dan meer of minder hartslag? of zweet? Het is goed wanneer er gewerkt wordt. Gaan therapeuten dan ineens meer op lichaamsinzet i.p.v. beeld kijken? - In welke mate het meten een meerwaarde vormt voor de werking, het effect van de BT op de cliënt…
Meer/nieuw inzicht interventies	- Het anders kijken naar interventies, de nieuwe inzichten. - Wat de resultaten van de metingen zeggen over een interventie. Ook lijkt het me belangrijk dat je meteen inzicht in de metingen verkrijgt, zodat je je interventies zo nodig kunt bijstellen. Ik vraag me af hoe dat werkt. - Wat voor invloed bewegingen (bv krassen op papier) hebben op de pt, het materiaal en de kleuren. - Of er overeenkomsten zijn in behandelingen: bijv. bij gebruik van dezelfde soort materiaal, of dezelfde opdrachten, of dezelfde interventies. Misschien wel onderdeel kan zijn bij cliënten met autisme en/of sterk getraumatiseerd zijn. - Het effect van beeldend materiaal/ opdrachten en werkzame elementen. - Wat het effect is van materiaal, techniek, opdracht, symboliek. eigenlijk van alles wat ik in mijn sessies inzet om processen in gang te zetten. Dat kan zijn van een kind dat werkt met klei en wat het effect daarvan is, tot het werken met een suïcidale jongere waarbij een bepaalde techniek het beste aansluit. etc.
Effecten	- Wat de effecten zijn. - Effecten. - De effecten van de behandeling. - Ik ben benieuwd of iets wat meetbaar is effect kan hebben in de behandeling.
Werkingsmechanismen	- Ik werk veelal met kinderen, soms zet ik een materiaal en interventie in en dan knapt het kind zienderogen op, de ouders leerkrachten helemaal blij, en dan denk ik 'wat heb ik nou eigenlijk gedaan'? Wat is er gebeurd? Vaak zijn het interventies als met klei gooien of met scheerschuim en vingerverf kliederen etc. Ik ben heel nieuwsgierig naar metingen bij specifiek materiaal en bij specifieke opdrachten.
Zintuigen	- Relatie sensorische ervaringen met problematiek.
Emotieregulatie	- Emotieregulatie.
(Ont)spanning	- Stress verminderen, ontspanning. - Observatie; Materiaal effecten; spanningsregulatie. - Beinvloeden beeldende technieken de lichamelijke (stress-) sensaties?
Wearables, PFM in behandeling	- Wordt steeds nieuwsgieriger naar die wearables
Onderzoek en onderbouwing (naar buiten toe)	- Onderbouwing en verantwoording naar verwijzers toe. Deze is hard nodig. - Onderbouwing van het vak en inzet van interventies. - Meten moeten we meer doen zin. - Zelf zie ik veel cliënten aan het einde van een CT sessie, ontspannener en opgeluchter vertrekken dan hoe ze gekomen zijn. Als dit direct meetbaar, aantoonbaar is m.b.v. wearables zou dit ook snel bewijsmateriaal aanleveren voor de effectiviteit van onze vaktherapie en ons daardoor sneller wetenschappelijker bestaansrecht geven. - Wat mij betreft is het alleen maar een zogenaamd antwoord op het rapport en de noodzaak \'ons te bewijzen\' - onze effectiviteit in cijfers uit te drukken.....omdat dat is wat blijkbaar telt. - …In veel latere instantie hoe dit helpt bij de verwijzers en financiële vergoedingen voor de therapie. Voor het voortbestaan van de BT in de Vaktherapeutische beroepen en de GGZ.
Bevestiging	- Of dat wat ik zie en ervaar in het werken met cliënten onderbouwd wordt met de meetresultaten. - Of de metingen hetzelfde laten zien als de cliënt ervaart en naar het gewenste effect van de oefening.
Betrouwbaarheid metingen	- De betrouwbaarheid en validiteit van de metingen.

Cliëntenervaring	- … de ervaring van cliënten zelf.
Hersenen	- Hersenactiviteit. - Zie eerder: hersenactiviteit. - Voornamelijk het effect die diverse beeldende materialen hebben op de hersenen (hersengolven). - Ik ben vooral nieuwsgierig naar het neurologische deel waar beeldende therapie aan bij kan dragen en hoe en of er interventies zijn die meer of minder effect hebben. - Ik zou graag zien dat psychofysiologische metingen leiden naar neurologisch beeldend werken als methode. Ik zou graag meer weten over de link van de fysieke reacties met de hersenen, de plaats waar dit effect heeft en hoe dat beïnvloedt kan worden om de cliënt te ondersteunen in genezings/acceptatie/veranderproces.
Opmerking	- Als de consequentie van onderzoek is dat cliënten een draagbaar meetinstrument aan moeten, is het risico erg groot dat je als therapeut blind gaat varen op de resultaten, dat is niet wenselijk.
Weet het niet	- Nog te weinig zicht op. - Laat ik me er eerst eens iets over lezen. Nu geen idee.
Eerder vermeld	- Al aangehaald. - Zie eerder klei/verf. - Zie één van de eerste vragen. - Zie bovenstaande. - Onderverdeling die ik eerder beschreven heb. - Al in eerder antwoorden aangegeven. - Zie eerdere onderbouwing in vorige vragen. (volgen / meten verloop van beeldend therapeutische sessies/ volledig traject, van x aantal cliënten).

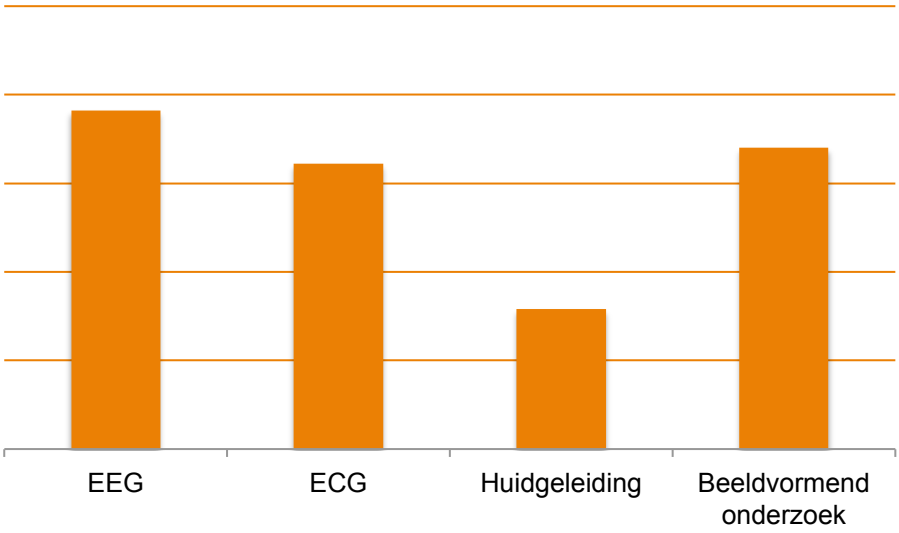
2.24. Het meest interessant voor beeldende therapie

Welke van onderstaande vormen beeldend therapeuten het meest interessant vinden voor beeldende therapie Van interessant (1) naar minder interessant (4).			
EEG (hersengolven)	**ECG (hartslag en hartslagvariabiliteit)**	**Huidgeleiding (zweetproductie)**	**Beeldvormend onderzoek, zoals (f)MRI of PET**
2	4	3	1
2	3	4	1
2	1	3	4
2	3	4	1
4	1	3	2
4	3	2	1
	1	1	
1	4	4	1
3	2	4	1
2	3	4	1
2	1	3	4
2	1	3	2
2	3	4	1
2	3	4	1
1			2
1	3	4	2
1	2	4	3
4	2	1	3
2	3	4	1
4	2	3	1
1	2	3	4
2	3	4	1
2	3	4	1
1	1	1	2

3	1	2	3
1	2	4	3
1	3	4	2
1	2	2	1
1	1	1	1
1	3	4	2
4	1	2	3
2	4	3	1
2	3	4	1
3	1	2	4
3	1	2	4
4	3	2	1
4	2	1	3
1	2	4	3
1	1	1	1
1	1	1	1
1	3	4	2
1	3	4	2
1	2	3	4
2	1	4	3
1	3	4	2
1	3	4	2
3	2	1	4
1	3	4	2
1	2	3	4
2	3	4	1
1	3	4	2
1	3	2	4
1	1	1	1
3	1	2	4
1			2
2	3	4	1
4	2	3	1
			4
2	1	3	4
1	3	4	2
2	3	4	1
3	1	2	4
1	1	1	1
3	4	2	1
3	3	3	4
3	2	1	4
1	2	3	4
2	3	4	1
1	2	3	4
3	2	4	1
1	2	3	4

De oranje gekleurde resultaten betekenen dat de data niet meegenomen is in de onderstaande berekeningen. In deze antwoorden op de vraag was namelijk niet de gevraagde ranking aangebracht van 4 naar 1, waardoor deze resultaten dus niet de vraag beantwoorden.
De meegenomen data zijn per aspect opgeteld en gedeeld door het aantal respondenten die de vraag op een juiste manier hebben ingevuld. Zie de tabel hieronder, waarin zichtbaar wordt welke berekeningen zijn gedaan om tot zichtbare resultaten te komen.

Berekening data interesse beeldend therapeuten voor verschillende vormen				
# respondenten: 56 (=20+19+9+8=10+17+26+3=4+9+14+29=22+11+7+16)				
	EEG	**ECG**	**Huidgeleiding**	**Beeldvormend onderzoek**
#1	20	10	4	22
#2	19	17	9	11
#3	9	26	14	7
#4	8	3	29	16
Opgeteld	1x20+2x19+3x9+4x8= 20+38+27+32= 117	1x10+2x17+3x26+4x3=10+34+78+12= 134	1x4+2x9+3x14+4x29=4+18+42+116=180	1x22+2x11+3x7+4x16=22+22+21+64 = 129
Gemiddelde= #/56 respondenten	117/56≈2,09	134/56≈2,39	180/56≈3,21	129/56≈2,30
Ingevuld in diagram	4-2,09=1,91	4-2,39=1,61	4-3,21=0,79	4-2,30=1,70



N.B: Hoe hoger de staaf, hoe groter het gemiddelde interesse.

6.25. Geslacht respondenten

6.26. Leeftijd respondenten

Leeftijd respondenten.	
Codering	**Data**
20-29	26, 26, 27, 27, 27, 29,
30-39	30, 30, 30, 32, 32, 32, 32, 32, 33, 34, 34, 34, 34, 35, 35, 36, 37, 38, 38, 38, 38
40-49	40, 41, 41, 42, 42, 43, 43, 43, 44, 44, 46, 47, 47, 47, 48, 49
50-59	50, 50, 51, 52, 52, 52, 52, 52, 53, 53, 53, 53, 54, 54, 55, 55, 55, 55, 56, 56, 56, 58, 59, 59, 59, 59
60-69	60, 60, 61, 61, 61, 64, 64, 68

6.27. Werkervaring respondenten

Werkervaring (Meer dan acht uur per week werkzaam, stages niet meegerekend.)

Minder dan 1 jaar	5 (6.49 %)
1-3 jaar	12 (15.58 %)
3-10 jaar	22 (28.57 %)
10-30 jaar	33 (42.86 %)
Meer dan 30 jaar	5 (6.49 %)
Ik ben student, in jaar:	0 (0 %)

n = 77
# 77

6.28. Werksetting respondenten

In welke setting de respondenten werken

In de psychiatrie	36 (48.65 %)
In de kinderpsychiatrie	9 (12.16 %)
In de revalidatie	4 (5.41 %)
In een asielzoekerscentrum	0 (0 %)
In het (speciaal) onderwijs	7 (9.46 %)
Ik heb een eigen praktijk	30 (40.54 %)
Anders, namelijk:	21 (28.38 %)

n = 74
# 107

Anders, namelijk:	
Codering	**Data**
Forensische psychiatrie	- Forensische jeugd ggz. - Forensische psychiatrie. - Forensische psychiatrie. - Forensische psychiatrie.
Gehandicaptenzorg	- Sglvg ambulante behandeling. - Werk naast eigen praktijk 2 dagen in de week beeldend met creatieve mensen met een verstandelijke beperking. - LVB. - Gehandicaptenzorg.
CT onderwijs	- In het onderwijs. - CT onderwijs. - Docent.
verslaving	- Verslavingszorg. - Verslavingszorg.
Jeugd	- Jeugdzorg. - Kinder GGZ. - Jeugdzorg. - Jeugdpsychiatrie. - Ik werk met kinderen.
Overige gebieden	- Ouderen. - Interculturele psychiatrie. - Herstelondersteuning. - Vrouwenopvang. - Inloophuis voor kankerpatiënten. - (Ambulante/deeltijdbehandeling).
Werkloos e.d.	- Momenteel werkloos. - Ik studeer (verkort), maar was als welzijnswerker bij re-integratie en psychiatrie. - Weinig klanten.

6.29. Opmerkingen

Opmerkingen die respondenten op het eind konden geven.	
Codering	**Data**
Graag verder geïnformeerd worden (over resultaten)	- Interessant! Ik verneem graag de uitslag op. - Succes :) en ik ben benieuwd naar de eindresultaten! - Goed onderwerp en ik ben benieuwt naar je bevindingen. Succes met je scriptie! - Waar worden de resultaten van dit inventariserende onderzoek gepresenteerd? Ik ben erg benieuwd :-) Heel veel succes en plezier ermee! - Hou me op de hoogte. - Ik blijf graag op de hoogte van de voortgang van het onderzoek. succes! - Graag terugkoppeling - waar welke informatie kan vinden en waar mogelijk ik een bijdrage kan leveren aan het onderzoek. - Interessant. Ben benieuwd naar de resultaten. - Ben benieuwd naar vervolg! - Graag had ik direct al bij de uitnodiging bijlages gehad waardoor ik me al wat had kunnen inlezen. Maar ik begrijp dat jullie ook naar de al dan niet aanwezige kennis nieuwsgierig waren. Kunnen jullie mij info toesturen? Succes met het onderzoek! - Mochten deze metingen ook elders kunnen worden toegepast, zou ik het erg interessant vinden om hierover op de hoogte te worden gebracht. Misschien dat er in de toekomst op deze manier onderzoek kan worden gedaan binnen het revalidatie centrum. Behoefte aan evidence based onderzoek is een feit en momenteel een belangrijk gespreksonderwerp van de dag! Succes!
Succeswensen	- Veel succes met het onderzoek. - Succes. - Succes. - Ik ben zelf PhD onderzoeker. Mooie enquête succes! - Succes! - Succes! - Succes.
Kritische noot	- Een erg interessant onderwerp, maar de enquête zelf vond ik niet optimaal. Sommige vraagstellingen te lang. Veel open antwoorden in het begin waar de invuller snel op af kan haken. - Ik heb gemist, en het om die reden een aantal keer ingevuld dat de rol van de cliënt en dus ook de waarde voor de cliënt van alle metingen die hij of zij moet ondergaan of aan verwacht wordt deel te nemen niet in een vraag aan de orde is gekomen. Ik denk dat die medewerking wel een voorwaarde is voor de mogelijkheid van welk soort van fysiek gericht onderzoek dan ook. Het kan heel belastend zijn of juist een positief gebeuren voor de cliënt om aan onderzoek deel te nemen. Ook dat is dan weer van invloed op de te meten uitkomsten. - Erg lange enquête, kan wel wat korter. - Beetje lastig om hier de juiste antwoorden te geven als er nog weinig informatie over is. - Het lastige van dit onderwerp is dat ik de basis kennis mis met wat er mogelijk is. daarom zijn sommige vragen meer op intuïtie beantwoord dan op basis van kennis. - Onderwerp voelt toch vooral als een "ver van mijn bed show".
ideeën	- Een heel mooi afstudeeronderzoek. Ik hoop van harte dat dit een verder vervolg krijgt en binnen de masteropleiding verder wordt opgepakt!! Ik zou graag een bijdrage willen leveren aan het onderzoek. - Met alle nieuwe media denk ik aan een app waarin men zelf via een grafiekje kan bijhouden wanneer je beeldend werkt, met welk materiaal, hoe lang en welk effect dat heeft op je gemoed (vgl. google fit). - Ik denk dat hersenonderzoek veel kan opleveren. dat polsbandje past niet in beeldend werken. - Ik denk dat MRI's nog veel meer informatie kan geven. Bij het UMC Utrecht wordt veel neurowetenschappelijk onderzoek gedaan. Kijken of daar mogelijkheden voor zijn in een combinatie.
Overig	- Metingen op de beschreven wijze, zijn en blijven voor mij altijd een deel van de

	werkelijkheid. De observatie van de therapeut en het verwoorde beleven van de cliënt zijn voor mij veel belangrijker. De metingen zijn m.i. wel relevant voor wetenschappelijk onderzoek. - Erg interessante enquête en het triggert ook een nieuwsgierigheid naar andere observatietechnieken en wetenschappelijk onderzoek binnen de vaktherapie beeldend. Ik hoop dat we nog veel over het onderzoek te horen krijgen en we een concrete vertaalslag naar het werkveld kunnen maken.

NB: namen en mailadressen die in deze vraag waren opgenomen zijn uit privacy redenen verwijderd.

Bijlage 7. Interviewschema

Introductie

- Bedanken.
- Aanspreken met u of je?
- Toestemming vragen opnemen interview.
- Vertrouwelijkheid en anonimiteit benoemen.
- Tijdsduur: ongeveer een half uur.
- Waar het interview over gaat: Onderzoek in beeldende therapie a.d.h.v. psychofysiologische metingen (PFM) en toepassing in de praktijk. Waarom werken BT interventies. Werkingsmechanismen. KenVaK.
- Doel: inzichtelijk krijgen hoe BT hierin staan en wat hun ideeën hierover zijn. En kijken wat er eventueel nodig is om het wetenschapsveld beter te laten aansluiten op de praktijk.
- Navragen of alles duidelijk is, of er nog vragen zijn.

Mogelijke beginvragen
Wat dacht u/ging er in u om toen ik begon over PFM?

Waar denkt u aan bij PFM?

Er bestaat te weinig wetenschappelijk bewijs voor beeldende therapie, vooral wat het materiaal doet. Aannames die we hebben testen.
Er wordt momenteel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar fysiologische reacties op klei en potlood. Wat vindt u van dit soort onderzoek / wat vindt u daarvan?

Topic	Subtopics
Bijdrage PFM aan BT Wat zouden PFM kunnen betekenen voor BT? Wat voor een gevolgen heeft dat voor BT? Ziet u een toegevoegde waarde aan onderzoek (en toepassingen) met PFM?	Wat vindt u van PFM: **- Om evidence te verkrijgen** **- Nieuwe kennis voor praktijk op te doen** **- Als toepassing in de praktijk** **Voor- en nadelen** **Interventies aanpassen** Hoe zou u kennis verkregen uit PFM gebruiken in de BT praktijk?
Interventies onderzoeken Welke interventies zou u onderzocht willen hebben/interessant vinden om te onderzoeken met PFM? Wat zou u interessant vinden om te weten te komen over de werkingsmechanismen van BT interventies a.d.h.v. PFM?	**Materiaalaanbod** **Materiaalhantering** **Mediuminterventies** **(Verbale interventies)** Welke aspecten/punten/vragen komen er in u op als u aan PFM denkt? Als u denkt aan de BT methoden waarmee u werkt, wat zouden PFM daarin kunnen betekenen?
Kennis (Wanneer/in welke omstandigheden) zou u kennis willen opdoen over PFM en beeldende therapie? Waarom wel/niet?	**Hoe kennis opdoen** **Wat erover willen weten**
Mogelijkheden in praktijk Welke mogelijkheden ziet u voor het toepassen van PFM in de BT praktijk	**Wearables** Wat vindt u daarvan? **Voor- en nametingen / tijdens meten**

Vooral ingaan op ‘bijdrage PFM aan BT’ en ‘interventies onderzoeken’.

Wanneer de respondent niets ziet in PFM:
Wat maakt dat u geen interesse hebt in PFM?
Kunt u vertellen over uw houding tegenover PFM?
Na reden waarom er geheel geen interesse is, interview afronden.

Doorvraagmogelijkheden
Kunt u daar wat meer over vertellen / een voorbeeld van geven?
Kunt u dat verduidelijken/toelichten/uitleggen?
Hoe bedoelt u dat?
Kunt u daar wat nader op ingaan?
Wat moet ik me daar bij voorstellen?
Hoezo…?
Waarom denkt u dat?
Wat maakt dat u er zo over denkt?
Wat bedoelt u daar precies mee?
Waar maakte je dat uit op?
Zoals…?

Afronding
- We zijn aan het einde gekomen van het interview. Heeft u nog iets gemist of toe te voegen?
- Bedanken.
- Evt. hoe heeft u het interview ervaren/ wat vond u van het interview?
- Als er vragen of problemen zijn, kunt u altijd contact met mij opnemen (naar mailadres verwijzen).
- Respondent kan samenvatting/onderzoek ontvangen, waarin resultaten verwerkt staan.

Invullen
- Datum interview:
- Uiteindelijke tijdsduur:
- Geslacht geïnterviewde:

Bijlage 8. Transcripties interviews

Elk interview start met het bedanken, toestemming vragen voor opname, aangeven hoe lang het interview ongeveer gaat duren, vragen of de respondent met 'u' of 'je' aangesproken wil worden en er wordt verteld dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden. Vervolgens wordt er een inleiding gegeven, waarin het onderwerp geïntroduceerd en het doel uitgelegd wordt.

De volgende afkortingen worden gebruikt:
I: Interviewer/onderzoeker
R: Desbetreffende respondent
[…] Stilte/denkt na

Bijlage 8.1. Transcriptie interview 1

Datum interview: 27-10-2016
Uiteindelijke tijdsduur: 33 minuten
Geslacht geïnterviewde: vrouw

I: Het gaat over onderzoek in beeldende therapie met psychofysiologische metingen. Dat zijn metingen aan het lichaam, waarbij naar mentale processen gekeken kan worden. Dus bijvoorbeeld hartslagverhoging of zweetproductie die toeneemt, maar ook hersengolven. KenVaK is nu aan het onderzoeken op welke wijze er gebruik gemaakt van kan worden binnen beeldende therapie en binnen heel vaktherapie. Nu is het voor mij, mijn onderzoek, van belang om te kijken hoe beeldend therapeuten daar naar kijken. Want hebben beeldend therapeuten er überhaupt behoefte aan, vinden ze het interessant of juist niet. Daarbij gaat het om de werkingsmechanismen van beeldend therapeutische interventies. Dus waarom werken beeldend therapeutische interventies nou eigenlijk. Op die manier kunnen we aan de hand van deze interviews en mijn onderzoek gaan kijken hoe de praktijk daarin staat: over de resultaten die ze daarmee hopelijk gaan krijgen in de toekomst. Zodat er gekeken kan worden hoe die eventuele lacunes daarbinnen opgevuld kunnen worden.
Is het duidelijk wat het onderwerp is?
R: *Ja.*
I: Heb je verder nog vragen vooraf?
R: *Nee, ik denk ondertussen wel aan iets. Ik zoek dit tussendoor even op. Dat gaat ook over hersenen. Jan Taal heeft daar een artikel over geschreven. Dat is wel leuk.*
I: Over hersengolven?
R: *Nou, nee, hij noemt het anders. Maar ik denk dat het wel aan elkaar linkt.*
I: Dat is interessant. Ik zou daar straks wel wat meer over willen horen.
Er wordt nu gekeken wat voor een fysiologische processen er gaande zijn bij bijvoorbeeld het inzetten van potlood en klei. En het kijken of daar verschillen in zijn. Wat vind jij van dit soort onderzoek?
R: *Ik vind het nog heel abstract… dus ga verder. Ik weet niet precies waar het heen gaat. Hoe je dan… Wat is dan… Wat kun je dan onderzoeken?*
I: Je kan bijvoorbeeld kijken naar de inzet van een materiaal, wat er dan fysiologisch gebeurt. Dus niet alleen kijken naar van: o, als we dit materiaal inzetten met deze werkvormen en deze interventies, neemt de angst van deze cliënt af, door….
R: *Maar is het dan nog fysiologisch of hebben we het dan over het denken?*
I: Dat is het psychologische, daarnaar kun je kijken. Maar fysiologisch gebeurt er ook iets. En daar willen ze hierin naar kijken. Want er zijn in beeldende therapie ook heel veel onbewuste processen en cliënten kunnen heel veel vertellen. Maar kunnen ze ook wetenschappelijk bewijzen dat er fysiologisch iets verandert.
R: *[…] Wil je de laatste zin, de laatste helft nog eens herhalen? Kunnen beeldend therapeuten ook…?*
I: Ik moet zelf even nadenken wat de zin ook al weer was…
Dat er niet alleen verbaal naar onderzoek gekeken kan worden: werkt dit. Maar ook fysiologisch, met metingen. Het is een hele andere manier van onderzoek doen. Dus niet de kwalitatieve manier: het navragen of het observeren. Maar het gebruik maken van hersengolven of hartslag die dan daalt of stijgt. Want als iemand bijvoorbeeld erg angstig is dan stijgt de hartslag en neemt ook de zweetproductie toe.

R: *Maar wat je dan aanbiedt, is ook heel individueel wat iemand zou geruststellen of zou ontspannen of angstig zou maken.*
I: Ja, dat klopt. Dat zou inderdaad een nadeel kunnen zijn, of niet?
R: *Wat? Voor het onderzoek?*
I: Ja, in het onderzoek. Omdat ze eigenlijk, wat ook de aanleiding hiervoor is: beeldende therapie moet beter wetenschappelijk bewezen worden, om nog vergoed te blijven. Dus daarvoor is dit een manier om meer wetenschappelijk onderzoek te krijgen. Maar zoals je al aangaf: je vindt het wel erg abstract?
R: *Ja, je moet eigenlijk de cliënt al in kunnen schatten, of dat is dan een deel van het proces dat je dat aan het onderzoeken bent: van wat heeft deze cliënt nodig om het doel te bereiken. En dat is heel bepalend voor de keuzes van het aanbod, van de activiteiten of de materialen. Je kunt niet zeggen potlood doet de hartslag versnellen, want… Zo werkt dat niet. Het is te individueel.*
I: Dus eigenlijk zeg je: het is niet voldoende te generaliseren over bijvoorbeeld een cliëntenpopulatie, dat het een bepaald effect heeft?
R: *Nou, dan moet je denk ik heel erg naar een kleine doelgroep kijken, een doelgroep die nauw omschreven is. Iemand met dit en dat van een doelgroep. Dan kun je dat denk ik misschien wel verder onderzoeken.*
I: Zou je daar een voorbeeld van kunnen geven, waar je dan aan denkt?
R: *Nou, niet direct. Misschien zou het zelfs wel iedere doelgroep kunnen zijn. Maar als je je op één doelgroep focust, wordt het wellicht eenvoudiger om het op deze manier te gaan onderzoeken.*
I: Wat ze momenteel aan het doen zijn is dat ze naar gezonde mensen kijken, mensen die helemaal geen psychische klachten hebben. Wat vind je daarvan?
R: *[…] Ja, hoe noem je die groep ook alweer…? Ja… […] dat is misschien dan wel een goede keus. Maar dan heb je toch nog te maken met wat over het algemeen als vertrouwd materiaal wordt ervaren en wat minder. De gemiddelde cliënt hier van 30/40 jaar die is vertrouwder met potlood dan met klei. En de een zou denken: oh, dat is leuk, mag ik weer eens met klei, dat kan de hartslag ook verhogen. En de ander denkt: ah, klei, nou dat is lang geleden en dat kan de hartslag ook doen verhogen. Die gaat dan niet langzamer. Ik vind het wel ingewikkeld, lijkt me.*
I: Dat kan ik me voorstellen. Nu is het bijvoorbeeld ook zo dat klei, en ook andere materialen, ook door de ontspanning, de hartslag weer kan verlagen.
R: *Ja, als beeldend therapeut stemmen we af op wat we willen zien of wat we willen bereiken of wat we in beweging willen krijgen. Dan nemen we die hartslag, welke kant die dan ook op gaat, op de koop toe. Dan hoort het erbij. Dan mag het ook zo zijn. Er gebeurt vast wat. Maar het is heel moeilijk om vanaf de buitenkant vast te stellen zonder de individuele cliënt te kennen om in te schatten wat het te weeg zou brengen. Dat is echt wel heel verschillend. Het is te mooi om te denken: klei werkt ontspannend. Dat is niet zo. Sommige mensen worden er echt helemaal iebelig van, sommige mensen vinden het piepen aan de handen, vies en plakkerig. En een ander denkt: yes! Dus dat is heel persoonlijk.*
I: Ja, zeg je dan eigenlijk: het is te subjectief om het op deze, bijna objectieve, manier te onderzoeken?
R: *Ik denk: er gebeurt van alles in het lichaam aan reacties, fysiologische reacties. Maar ze zijn niet voorspelbaar in het algemeen.*
I: Stel er verschijnt een artikel waarin staat dat het aanbieden van een specifieke werkvorm, bepaalde resultaten geeft. Zowel wat een cliënt zelf kan merken, als fysiologisch. Snap je hoe ik het omschrijf?
R: *Ik denk dat, dat is dan één ding toch? Zoals de cliënt het ervaart en wat er fysiologisch gebeurt? Nouja, nee, dat hoeft natuurlijk niet.*
I: Hoe een cliënt het ervaart, kan hetzelfde zijn wat er fysiologisch gebeurt. Maar een cliënt kan ook bijvoorbeeld, als ik zo even iets bedenk, sociaal wenselijke antwoorden geven. Maar lichamelijk daar gebeurt iets, waar een cliënt eigenlijk niet over kan liegen, zeg maar.
R: *Maar hoe wil je dat meten dan? Met een bloeddrukmeter?*
I: Ja, het kan met verschillende meters. Je hebt tegenwoordig kleine meters die je bijvoorbeeld om de pols kan dragen, waarmee allemaal functies gemeten kunnen worden. Maar ook gewoon de hartslagmeter. Zweetproductie kan met kleine klemmetjes op de vingers gemeten worden.
R: *Ja, maar ben je eigenlijk aan het onderzoeken hoe het onderzoekbaar wordt? Wat er nodig is om dit te onderzoeken bij de beeldende therapie?*
I: Nee, daar is KenVaK vooral mee bezig. Ik ben benieuwd naar wat jij en andere beeldend therapeuten er van vinden dat het onderzocht wordt.
R: *Ja, dus mijn antwoorden heb je tot nu toe wel, dat is wel informatie voor je?*
I: Ja, absoluut. Het is een heel onbekend onderwerp. Dus veel mensen vinden het lastig er iets over te zeggen en dat is het ook zeker. Maar daarom ben ik heel benieuwd: hoe valt dit nou.

R: *Nou, weetje, ik observeer het wel. Je kunt de hartslag niet zo zeer zien, maar je kunt iemand in gedrag heel goed rustiger en onrustiger zien worden en een kleur krijgen of juist, denk je van: gaat het nog. En iemands gelaatskleur kan veranderen. Ik ben een verpleegkundige dus ik zie dat ook gewoon, dat is heel handig. Ik zie ook heel gauw of een kind een snotneus heeft, terwijl mijn collega dan zegt: jij ziet ook echt alles. Of een wondje of ja. Ja, dat is niet voorspelbaar. Want iemand kan ook die dag in die stemming zijn, waardoor er iets gebeurt wat op een andere dag niet gebeurt zou zijn. Iemand kan hoofdpijn krijgen. Dat kan aan het aanbod liggen, maar het kan ook zijn dat iemand met hoofdpijn binnen kwam. Dus het is niet allemaal zo heel hard te maken.*
I: In hoeverre zouden bijvoorbeeld dit soort onderzoeken een bijdrage kunnen leveren aan de beeldende therapie?
R: *Ik denk dat wanneer je een specifieke doelgroep kiest en misschien al met een module is gewerkt waardoor werkers er ook op zo'n manier mee vertrouwd zijn gemaakt dat ze een betrouwbare indruk hebben van: zo werkt het in het algemeen. Want dan maak je het steeds smaller en smaller. Dan heb je al een aantal dingen eigenlijk duidelijk. En die modules bestaan. Dat je dat er dan nog eens aan toegevoegd.*
I: Dus de kennis met psychofysiologische metingen nog toevoegen aan de kennis die er al is?
R: *Ja, denk dat je dan wel meer basis hebt. Want anders is het zo'n groot onderzoek. Ik denk een beetje of drijfzand, maar dat is met de meeste onderzoeken zo. Je moet eerst kijken hoe valideren we dat. Wat denk je? Wat vind jij zelf als ik dat zo zeg?*
I: Mijn mening wil ik liever aan het eind geven, want anders kan ik jou beïnvloeden.
R: *Ja, ik was wel nieuwsgierig.*
I: Wat bedoel je precies met drijfzand?
R: *Een onderzoek is gauw te hoog en te breed en te diep. Dan is het heel moeilijk om tot iets concreets te komen. Als je doel is om dit zo te duiden dat degene die dan het resultaat van het onderzoek leest ook niet twijfelt, want dan is het zo gedegen. Ja, daarvoor heb je, denk ik, het eerst zo smal mogelijk te maken.*
I: Want is het dan volgens jou niet smal genoeg als het gaat over wat er gebeurt in verschillende condities met tekenen en in het gebruik van klei?
R: *[…] Nou, wanneer je… […] Ik weet het niet. Dan moet je het misschien heel veel mensen dat aanbieden, minstens honderd ofzo.*
I: Grote aantallen?
R: *Ja, dan krijg je misschien wel realistische gemiddelden.*
I: Want als er dit soort artikelen verschijnen, zou je er zelf in geïnteresseerd zijn dat te lezen?
R: *Dat zou ik wel ja.*
I: Wat is daarvoor je motivatie, om dat te lezen?
R: *Omdat er wel wat gebeurt. Ik zal het wel lezen wat dan het resultaat is van een onderzoek. Ik zou denk ik, net als nu, ook wel kijken van hoe hebben ze dat gedaan. […] En wat is het doel ervan, wat levert het op, waar je echt iets mee kunt. Maar ik ben wel zo iemand, als het bijvoorbeeld in ons vaktijdschrift zou staan, zou ik het niet over zou slaan, ik zou het wel lezen.*
I: Dus als het in het tijdschrift voor vaktherapie staat, zou je het lezen?
R: *Ja.*
I: Als er bijvoorbeeld lezingen en dergelijke over worden gehouden, zou je daar dan ook in geïnteresseerd zijn?
R: *Ja, dat wel.*
I: Stel je voor er komen bepaalde resultaten uit die onderzoeken. In hoeverre zou je daar dan mee aan de slag gaan bij je eigen cliënten in hun behandeling? In hoeverre zou je dan je behandelingswijze laten beïnvloeden?
R: *[…] Misschien kom ik dan ook wel op het punt van weetje eigenlijk… […] Goh, wat lastig zeg. Ik vind het onderdeel van het therapieproces, het mag er gewoon zijn. Als een hartslag omhoog gaat of je ziet iemand ingespannen bezig dan heeft dat ook een functie en dan kan ik daar op aansluiten, door het zo te laten of een interventie te doen. Maar ik weet niet of het van tevoren mijn aanbod zou beïnvloeden, op dat niveau. Niet direct nee.*
I: Stel je voor: in de toekomst zou je ook, dat kan al gedeeltelijk, gebruik kunnen maken van metingen binnen een sessie. Zou je aan het letterlijk kunnen zien van de hartslag of zweetproductie iets extra's hebben?
R: *Nee, denk het niet.*
I: Daar zou je zelf ook nooit gebruik van willen maken binnen de behandeling?
R: *Nou, ik ben niet zo van het nooit of altijd, ofzo. Maar ik vind het eigenkijk ook hele gezonde reacties die bij ons systeem, ons lijf horen. Het is belangrijk dat voelbaar en zichtbaar wordt wat er in het lichaam gebeurt. En die signalen zijn functioneel, die zou ik niet gaan vermijden of uitlokken. Want wij*

zijn mensen in beweging aan het brengen op sociaal-emotioneel vlak en die processen, die fysiologische processen, chemische processen in het lijf horen daarbij. En ja, dat is zo. En gelukkig maar.
I: Ja. Zou het je ook extra informatie geven? Als je dat bij zou kunnen houden?
R: *Nou, misschien is het wel zo dat ik me er bewust van ben. Door mijn achtergrond, dat helpt misschien wel mee. Dat ik het niet zo zeer als iets heel nieuws zou… dat het voor mij niet zo heel veel toevoegt. Dat klinkt niet zo heel gezellig natuurlijk.*
I: Nee, maar dat mag je vinden.
R: *Het is heel wezenlijk hè, we zijn een totaliteit. Ik ben eerst de verpleegkundige geworden en later de therapeut. Ik zie het ook niet alleen als sociaal en emotioneel. Maar als lichamelijk, sociaal, emotionele eenheid. Zo ben ik opgeleid, om te beginnen. En dat blijft zo. Ik zie, ik observeer. Ik kan niet in dat lichaam kijken, maar ik kan wel kijken wat er aan de buitenkant gebeurt.*
I: Als ik je goed begrijp, zou je er niet iets extra's aan hebben als je lichamelijke processen zou kunnen inzien?
R: *[…] Nee, tenzij iemand zo'n hoge bloeddruk heeft, dat je denkt ik ga het ondertussen meten, want die mag niet hoger dan dit, dan stoppen we met die activiteit, want dan is het te veel gevraagd. Net als dat we nu afstemmen dat iemand niet in een psychose beland. Hier gaan we dan even wat anders doen, een interventie plegen. Dat zou kunnen.*
I: Oké, dat is duidelijk. Wat voor een interventies of materiaalcondities zou je zelf interessant vinden als die onderzocht werden?
R: *Bijvoorbeeld met klei gooien. Ik weet niet hoe geschikt dat voor iedereen is.*
I: Wat zou je daar over willen weten?
R: *[…] Wanneer je een interventie zou plegen, misschien…? Op basis van de fysiologische processen. Ik denk dat daarin wel… Je kunt iemand aanmoedigen, van: kom op! Maar wanneer zeg je: ga maar door tot je zelf wilt stoppen of wij stoppen. Dat is eigenlijk een beetje grijzig, hè. Of vind je het gek dat ik hiermee kom?*
I: Nee, zeker niet. Ik snap wat je zegt.
R: *En kinderen kunnen daarin ook van: Laat maar zien hoe boos je bent. Maar goed, uiteindelijk klop je wel van alles op. Dan doen we daarna een ontspanningsoefening. Maar misschien is het wel interessant om daar meer zicht op te krijgen. Wat gebeurt er dan eigenlijk. Is het wel verantwoord?*
I: Dus op basis van materiaalhantering en de interventies die daarbinnen onderzocht zouden kunnen worden met deze fysiologische metingen, dan zou je dat wel interessant vinden?
R: *Nou, het is ook dat je het me vraagt naar een voorbeeld, dan denk ik daar aan. Je moedigt dan heel erg aan en je bent er ook om dat te begrenzen, wanneer dat nodig lijkt. Dat vind ik wel een voorbeeld, dat ik denk van: hoe doen we dat allemaal als professionals. Hoe verschillend gaan we daarmee om, dan zou ik dat wel wat breder willen trekken. Dat we daar allemaal goed gewaar van zijn. Dit is wel wat er gebeurt als we het aanbieden. Hoe verschillend gaan we daar dan mee om. Het is een lastige materie, of niet dan.*
I: Het is erg pittige stof en het staat in de kinderschoenen. Vandaar dat het ook nog aftasten is wat er mogelijk is. Dat is ook nog niet bekend.
R: *Het is makkelijk om te zeggen: als je iemand wil laten zweten, wat kun je dan aanbieden. Wat kan beeldende therapie doen met iemand die we willen laten zweten? Hè, dan zet je stevige materialen in.*
I: Voor lichamelijk activiteit? Ja, als je het omdraait is het inderdaad makkelijker te onderzoeken. Je maakt ook gebruik van mentaliseren. Bij het mentaliseren gaat het bijvoorbeeld over arousal. En arousal is ook wat je meet bij hartslag en zweetproductie. Zou het daar een bijdrage in kunnen hebben?
R: *Daar zit je wel heel dicht bij dat proces. Wat de cliënt daar vooral van merkt is dat het de stemming en de emoties beïnvloed en het gedrag. Niet zozeer de fysiologische processen. Die gaan er wel aan vooraf, die zetten dat in gang, eigenlijk. Of... Kip of het ei…*
I: Ja. Als afsluiting. Als we het er zo over hebben gehad. Hoe sta je dan tegenover dit onderzoek?
R: *Ik denk dat het wel bewuster maakt, voor onze collega's en ook voor mijzelf. Op dit moment ben ik er ook extra mee aan het verbinden. Ik denk dat het voor onze vakgroep wel wat bewuster maakt. Er gaat wel wat verandering in dat lichaam, wanneer je iemand iets laat doen.*
I: Dus vooral bewustwording bij beeldend therapeuten?
R: *Ja, misschien is dat wel functioneel. Dat weet ik niet, maar daar kom je dan achter.*
I: Hoe bedoel je dat?
R: *Als je aan het onderzoeken bent, zal je daar ook meer zicht op krijgen. Hoe bewust is de ene therapeut van die fysieke processen en hoe bewust de ander. Dat daar wel verschillen in zitten.*
I: Ja, dat zou kunnen.
Dat waren mijn vragen. Dankjewel. Heb je er verder nog iets aan toe te voegen?

R: *Nou, ik denk wel meer van het brein. Zoals die Scherder, die ken je vast wel. En Jan Taal. Die is ook van de verbeeldings-toolkit. Die heeft een artikel in ons vakblad gehad en die heb ik laatst gelezen. Het is de site img.kankerinbeeld.nl. Dit gaat dan over mensen met kanker.*
I: Dat artikel deed je wel hieraan denken?
R: *Ja, omdat het met de hersenen, de… spiegelcellen gaat het dan over.*
I: Spiegelneuronen?
R: *Spiegelneuronen, ja. Dan komt er ook iets op gang, hè. Zo had ik me dat nog niet gerealiseerd. Ik heb ook twaalf jaar met mensen met NAH gewerkt, niet aangeboren hersenletsel. Dan leer je ook heel veel over de hersenenfuncties en waar de uitval zit of de beschadiging en wat dat voor een effect heeft op emoties en gedrag. Maar zo had ik dit nog niet… Ik had wel een keer van Scherder een lezing gehad en dat de frontaalkwab gevoeld wordt en dan vooral tijdens de jeugd tot de adolescentie, geloof ik. Door creativiteit, sport, muziek en creatief bezig zijn, dat dat hele belangrijke elementen zijn in de opvoeding ook, in het opgroeien. Maar ook bij genezing of behandeling en herstel. (Leest voor:) 'Spiegelneuronen zijn hersencellen die geactiveerd worden door wat we waarnemen en door wat we ons verbeelden en dat heeft dan ook een gunstige werking op het herstel. Er ontstaan nieuwe neurale patronen'. Dat vind ik dan toch wel bijzonder.*
I: Dat soort hersenonderzoek vind je wel interessant?
R: *Ja, nouja, dat doet me hier wel aan denken. Dat associeer ik hier wel mee. Ook in het lichaam plaatsvindt.*
I: Het heeft raakvlakken ja. En bijvoorbeeld EEG, daarmee meet je de hersengolven en ook een beetje de hersenfuncties. Dat is ook een psychofysiologische meting. Daarbij past dat onderzoek ook wel. Meer beeldvormend onderzoek is dat artikel, als fMRI.
R: *Daarom is het ook makkelijker, denk ik, te duiden in de zin van zinvol, informatie.*
I: Wat bedoel je met informatie?
R: *Nou dit vind ik wèl een input als het gaat om… bewuster zijn van wat bied ik aan als beeldend therapeut. Welke beelden kunnen nu heel waardevol zijn. Dan is de insteek, dat zijn de beelden en de insteek is niet hartslag, of elders in het lijf.*
I: Wat bedoel je met beelden?
R: *Bijvoorbeeld, iemand met kanker heeft gedachtes over bijvoorbeeld dat er een beest in zijn of haar lijf tekeer gaat en van alles stuk maakt daar. Door uit te nodigen dat in beeld te brengen er dan naar kunt kijken, er over kunt praten en het ook kunt veranderen en er meer grip op krijgt. Dat staat dichter bij mijn vak en aanbod, dan bezig zijn met wanneer gaat de hartslag omhoog en wanneer…*
I: Dat is ook niet zozeer het doel: wanneer gaat de hartslag omhoog en wanneer niet. In onderzoek gaat het meer over: kunnen we bewijzen krijgen waarom dit soort beeldend therapeutische interventies werken op deze wijze.
R: *[…] Ik vind het denk ik nog wel een beetje lastig, zoals je merkt.*
I: Begrijpelijk, het ook heel abstract. Het gaat vooral over als er bepaalde resultaten naar voren komen. Net zoals het artikel dat je nu voor je hebt: er zijn bepaalde resultaten die voortkomen uit hersenonderzoek. En dit zijn dan resultaten die voortkomen uit psychofysiologisch onderzoek. Die resultaten zeggen dan iets over waarom bijvoorbeeld een beeldend therapeutische interventie wel of niet werkt. Wat daar de onderliggende werkingsmechanismen zijn. Dus het is niet zo zeer ga je kijken in de beeldende therapie verhoogt de hartslag of niet. Maar meer: uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dit en dit, dus het inzetten van zo'n interventie zou nuttig kunnen zijn bij deze doelgroep, om die en die reden. Dus dan komt het meer op het vlak wat je hiervoor ook voorlas. Dat het extra informatie kan geven over het vak. Maar ze moeten nog echt gaan bekijken: hoe dan.
R: *Ja, ik denk dat de doelgroep dan wel heel erg belangrijk is die daarvoor gekozen wordt. Want over het algemeen kun je er donder op zeggen dat een potlood tekening minder fysieke inspanning vraagt dan een speksteen bewerken. Dat hoef je eigenlijk niet te onderzoeken.*
I: Dat is de lichamelijke activiteit inderdaad. Maar het gaat ook over als iets angst oproept, dan geeft dat ook een verhoging ervan. Dan ben je meer de psychische kant aan het onderzoeken. En daar ligt vooral de nadruk op.
R: *Ja…ja. Ik wens je nog heel veel succes.*
I: Dankjewel.

Bijlage 8.2. Transcriptie interview 2

Datum interview: 01-11-2016
Uiteindelijke tijdsduur: 28 minuten
Geslacht geïnterviewde: man

I: Het interview gaat over onderzoek in beeldende therapie met psychofysiologische metingen. Daarbij kun je denken aan hartslag, die omhoog of naar beneden gaat; zweet dat toe- of afneemt en hersengolven. Aan die lichamelijke metingen kunnen psychische processen mee in verband gebracht worden. Dus bijvoorbeeld als iemand angstig is, dan gaat ook de hartslag omhoog. En als iemand geconcentreerder bezig is of alerter is, dan geeft dat ook andere hersengolven weer dan wanneer iemand heel erg ontspannen is. Het doel van dit interview en van mijn onderzoek is om inzichtelijk te maken hoe beeldend therapeuten daar naar kijken, wat ze daar van vinden, van dit soort onderzoek. Want het is een hele nieuwe methode om onderzoek te verrichten. Is dat helder?
R: *Ja dat is mij dan wel helder. Dus je kijkt eigenlijk wat wij, nouja je zegt het al, wat wij als therapeuten van zo'n onderzoek vinden?*
I: Ja, van die wijze van onderzoek.
R: *Van die wijze van onderzoek.*
I: Ja. Heb je verder nog vragen vooraf?
R: *Nee, volgens mij ben je dan duidelijk in het feit waar het over gaat.*
I: Momenteel wordt er veel gevraagd om onderzoek om beeldende therapie meer bewezen te krijgen. Dit is dus een manier om dit te doen. Want er zijn heel veel aannames, van bijvoorbeeld wat materialen kunnen doen, wat voor een appèl ze kunnen doen. Maar wetenschappelijk is dat niet echt onderzocht en dat willen ze nu meer gaan doen. Nu is KenVaK bezig, ik doe het in opdracht van KenVaK, om te kijken wat potlood en klei, verschillende condities daarbinnen, dus met verschillende opdrachten, wat dat fysiologisch doet, wat voor een fysiologische reactie dat geeft en wat dat kan zeggen over het psychische proces. Wat vind jij van dat soort onderzoek?
R: *Wat vind ik van dat soort onderzoek? Ik vind niet gek dat dat gebeurt. Ik bedoel, er bestaan natuurlijk al meerdere manieren om dit soort dingen of om processen bij mensen te meten. Ik denk zelf als je kijkt naar zo'n leugendetector, dan gaat het over dezelfde dingen, volgens mij. Dan heb je het natuurlijk over iets anders, maar je meet wel golven of je meet wel functies. Dus ik kan begrijpen dat dit soort onderzoeken zouden werken. Ik kan het niet in de praktijk zien hoe je dat überhaupt zou doen, maar dat is iets anders. Maar ik kan me voorstellen dat daarbij effecten te meten zijn.*
I: In hoeverre zou je daar een bijdrage in kunnen zien voor de beeldende therapie?
R: *[…] Hoe bedoel je die vraag? In hoeverre dat een meerwaarde zou kunnen hebben voor de beeldende therapie?*
I: Ja, dus het onderzoeken met psychofysiologische metingen, wat dat voor een bijdrage zou kunnen hebben voor het vak.
R: *Daar zou ik wel mijn vragen bij hebben, omdat ik denk: gelijk dat je zegt er zijn helemaal niet zoveel onderzoeken op het gebied van beeldend en de effecten. Je zou het dus kunnen gebruiken of zeker wel dat effect kunnen meten. Aan de andere kant denk ik van: ja: wij allemaal weten dat er ter degen wel effecten zijn van de manier waarop je werkt. Anders zouden wij als vakgroep allang niet meer bestaan. En dat het dus effecten heeft. Dus daarover denk ik wel zo van ja… de precieze meerwaarde zou ik mijn vragen wel bij hebben. Dan denk ik van ja: wat is de meerwaarde van dit onderzoek boven het feit dat je toch wel weet dat je vak effecten heeft en dat dat bijdraagt tot beter worden, in de ruimste zin van het woord, of dat het effecten heeft op je goed voelen of belevingen in het hier en nu waarbij je je beter of meer gehoord voelt.*
I: Heb je het dan over de cliënten?
R: *Ja, als cliënt. Dan denk ik van ja, we weten dat dat effect heeft. Wat zou de meerwaarde van het effect van zo'n onderzoek kunnen zijn of moeten zijn?*
I: Dus in de praktijk zelf zie je eigenlijk niet een meerwaarde van deze wijze van onderzoek?
R: *Dan zou ik mij afvragen wat deze wijze van onderzoek daaraan bij kan dragen. Kan je je dan niet beter richten op bepaalde andere manieren van onderzoeken van het effect van je therapie.*
I: Waar zou je dan aan denken?
R: *Er bestaan al mogelijkheden. Er bestaan bijvoorbeeld nulmetingen bij het programma 'Op zoek naar zin', dat is een combinatie van gesprek- en van beeldende therapie. Die nulmetingen worden gedaan door psychologen. Dus een nulmeting aan het begin en metingen aan het eind. Ik denk dat je dan ook een deel meet… Tuurlijk meet je dan de effecten van een gesprek in combinatie met de beeldende therapie vorm. Maar ook daarin zijn dus duidelijke effecten te meten en kan je iets*

onderzoeken. Die manieren spreken mij eerder aan dan waar we het hier over hebben. Terwijl ik wel iets kan bedenken bij het feit dat je het doet. Maar ik kan nog niet meteen de meerwaarde zien.
I: Dus eigenlijk zeg je: ik heb liever onderzoek die op een psychologische basis, dus meer met het meten aan de hand van bijvoorbeeld vragenlijsten en dergelijke...
R: *Je kan niet altijd de vragenlijsten of dat soort dingen natuurlijk vertrouwen. Of in die zin, kijk naar een doelgroep dementerenden die ik ook heb: dat is leuk een vragenlijst, maar dat gaat dus niet werken. Voor de cliënt zelf niet om hem in te vullen. Voor een naaste om het in te vullen, denk ik niet. Want je weet nooit precies wat die dementerende voelt of weet. En voor mij helemaal niet, want ik kan wel iets meten, maar daar zit ook nog mijn eigen stukje interpretatie bij. Dus daarin een vragenlijst… dat zal niet altijd bij elke groep werken. Dan zou jij meteen kunnen inbrengen: ja nou kijk, hier, hier is waarom we dit doen. Maar ik denk dat het dat het soms ook voor zichzelf spreekt wat je doet.*
I: Daarmee zeg je: we zien het in de praktijk, dus het is niet zozeer heel hard nodig?
R: *Ja, ja.*
I: Als je bijvoorbeeld kijkt naar het Zorginstituut Nederland, die willen dat rond 2018/2020 beter wetenschappelijk is bewezen dat het allemaal werkt. Door alleen te kijken naar de praktijk: het werkt, is voor hun niet voldoende.
R: *Nee, dus ik snap ook wel dat je een psychologisch onderzoek doet of dat je dit misschien wel zou doen. Maar het zou voor mij niet de eerste manier zijn om het te doen. Dan roept het ook wel een beetje vragen op, zo van ja: hoe zou je dat überhaupt willen doen? Hoe ga je dat meten? Moet iemand met electroden op zijn hoofd beeldende therapie gaan doen, bewijze van spreken, hè. Is maar eventjes zo de fantasie die ik dan heb. En wat zou daar dan überhaupt… heeft dat ook weer allerlei invloeden op hoe je dan bezig bent en op een proces dat je gaande wil hebben. Ik vind het heel goed dat er meer onderzoek gedaan zou worden. Maar, ja.*
I: Stel je voor er verschijnen artikelen of er komt een lezing over deze manier van onderzoek en wat je zou kunnen doen met de resultaten in de praktijk. Zou je daar dan in geïnteresseerd zijn om te lezen of naar toe gaan zijn?
R: *Daar zou ik sneller in geïnteresseerd zijn om lezen of naar toe gaan. Dan zou ik er meer van begrijpen misschien of meer zien.*
I: Dus eigenlijk ligt je behoefte daarin om meer te begrijpen wat je ermee zou kunnen doen in de praktijk, met de resultaten van dat soort onderzoek?
R: *Ja.*
I: Als we het er zo over hebben, wat denk je dat het voor een gevolgen zou kunnen hebben voor de beeldende therapie als dit soort onderzoek meer gedaan zou worden?
R: *[…] Voor de ontwikkeling van de beeldende therapie in het algemeen, bedoel je dan, als dit soort onderzoeken gedaan zouden worden. Ja, dat is wel ook één van de vragen: Wat draagt het bij, in hoeverre draagt het voor mij bij, het effect ja. Elk onderzoek kan natuurlijk een effect hebben op het vak. Welke manier van onderzoek je ook doet, natuurlijk om te kijken welke verbeteringen, welke technieken of methoden we nog meer kunnen aanpassen of toepassen. Daar kan ik me wel iets bij indenken.*
I: Stel er komt in de toekomst uit voort dat een bepaalde materiaalinzet met een bepaalde werkvorm iets anders doet dan dat wij eerder dachten. Zou dat dan invloed hebben binnen de behandeling van je cliënten?
R: *Dat zou misschien kunnen, maar het ligt ook wel aan de manier waarop je werkt. Als ik als therapeut veel meer met een doelgroep dementerenden veel meer in het hier en nu werk, gaat het me niet altijd om het feit dat het effect anders kan zijn of andere dingen oproept in de hersenen. Dan gaat het erover wat gebeurt hier met die cliënt nu diegene voor me zit en wij samen bezig zijn. En kan en zie ik ook als therapeut wat ik moet doen om een bepaald effect op te roepen. En dan weet ik niet of ik dan in mijn achterhoofd zou hebben, nou eigenlijk roept het heel iets anders op. Want ik denk dat ik op dat moment in het hier en nu bezig ben met die cliënt om mijn doel te bereiken. Dus in hoeverre ik dat mee zou nemen en bijvoorbeeld een materiaal niet meer zou toepassen, omdat het effect van kliederen met verf totaal iets anders oproept… dat weet ik nog niet. Daar ben ik misschien wel erg sceptische over dan, nu op dit moment in ieder geval hè.*
I: Wat maakt dat je er sceptisch over bent?
R: *[…] Omdat ik deels ook vertrouw op mijn vakkennis en mijn ervaring.*
I: Ja, heel begrijpelijk, logisch.
R: *Dat maakt denk ik toch dat ik er sceptisch over ben. Het klinkt bijna alsof je door het onderzoek misschien iets onderuit zou halen…*
I: Dat weten we niet.
R: *Dat weten we niet. Waarvan ik denk, dan kom ik eigenlijk weer terug op mijn misschien wel sceptisch, vooringenomen mening of idee, omdat ik er weinig van weet, dat dingen in de praktijk zich*

ook gewoon bewijzen en laten zien. Wat zou je dan voor meer effect hebben door dit onderzoek. Het zou misschien meer bevestigen van wat we doen, dan dat het iets op losse schroeven zou zetten. Daar zou ik eerder aan denken. Dan bekrachtigt het eigenlijk alleen maar wat ik doe. Dat is natuurlijk mooi, dan zou je kunnen zeggen: deze manier van onderzoeken draagt bij of bevestigd wat we doen. En dan denk ik aan de andere kant: ja, maar hebben we dat dan nodig als we de praktijk al bevestigd wat we doen.
I: Ja, dus dan zit je weer op het puntje draagt het echt wat bij.
R: *Een soort cirkeltje ja.*
I: Je ziet, dat noemde je net ook, als het bevestigd waar je mee bezig bent en wat we altijd al dachten, dan geeft het wel een extra stukje bevestiging van: het klopt. Zou daar dan een meerwaarde in kunnen zitten?
R: *Daar zou dan de meerwaarde in kunnen zitten.*
I: Ze zijn nu bezig met die onderzoeken. Wat zou je, ik weet niet of je daar een idee over hebt, zelf interessant vinden om daarin onderzocht te hebben?
R: *[…] Oe, dat vind ik een lastige vraag. […] Dat weet ik eigenlijk niet. Kijk, ik noemde net een voorbeeld bij dementerende, waarin je met zo'n vragenlijst niet ver komt. Het zou dus, als we toch ideeën aan het uitwisselen zijn, daarin misschien wel iets kunnen bijdragen in het feit of het echt zo werkt, of wat daar gebeurt.*
I: Zou je daar een voorbeeld van kunnen noemen?
R: *Een deel van de dingen die ik doe en waar ik wel effecten op zie, zijn deels ook aannames en ervaringen. Maar hoe daadwerkelijk die dementerende denkt of wat daar gebeurt in het hoofd, dat weet ik niet en kan de dementerende me ook niet teruggeven. Vaak zijn de dingen die we doen vaak leuk of zie ik een vorm ontspanning en is dat het effect van mijn therapie of een stukje versterken van eigenwaarden. Ja, ik ben ook een beetje zoekend, hoor, hardop aan het denken. Dat is dan wat er gebeurt en wat ik waarneem en waarvan ik denk: hier heeft het effect. Maar wat er allemaal precies gebeurt en of ik helemaal op het goede punt zit, dat weet ik niet altijd.*
Een voorbeeld… […] Een voorbeeld vind ik lastig te noemen. Ik zit net met een mevrouw... Ik zet een tekenbeweging in. Die mevrouw pakt niet de schaalbeweging, maar pakt een beweging die ik de vorige keer ook zag, dat is kleine krulletjes draaien. Daarvan probeer ik die beweging voort te zetten en te stimuleren. Daar zie ik dat ze die oppakt en dat ze in de interactie met mij steeds meer eigen initiatieven pakt, wat juist nodig zou zijn, wat van belang is. Dat eigen initiatief pakken zal ze ook deels doen omdat de beweging haar bevalt en daarin verder wil gaan. Terwijl, ik probeer veel meer de regie bij haar te leggen. Maar het is een combinatie van het feit dat zij lekker in die beweging zit en dat wil voortzetten en het feit dat ze daardoor ook wel regie naar zie toetrekt. Daarin zie ik dat dat gebeurt en weet ik dat dat gebeurt. Maar wat gebeurt er eigenlijk met haarzelf? Zij zal onbewust waarschijnlijk iets heel anders doen. Of zij zou het niet eens beseffen, omdat zij zich alleen maar prettig voelt op dat moment bij die ene beweging. En niet meer dan dat.
I: Dus dan zit je in het onbewuste stukje?
R: *Dan zit ik in het onbewuste stukje.*
I: Het onbewuste zou wel iets kunnen zien waar je met psychofysiologische metingen naar kijkt.
R: *Omdat je dan meer naar de hersenenactiviteit in bepaalde gedeelten kijkt?*
I: Bijvoorbeeld, of de hartslag stijgt of daalt. Het zweten.
R: *Maarja wat zegt mij een hartslag als die stijgt, omdat zij zich aangenaam voelt in die krullende tekenbeweging?*
I: Niet als je het zo groot neemt. Want dan kan het ook fysieke activiteit zijn, want als je fysiek bezig bent stijgt je hartslag natuurlijk ook. Maar waar je dan gaan kan denken, het wordt gedaan op onderzoeksniveau. Daarbij worden hele kleine stukjes van wat zich voor kan doen binnen een beeldende therapie sessie er uitgepakt. Dus er worden verschillende potloodcondities gebruikt. Bij de een krijg je een voorgestructureerde opdracht, bij de ander krijg je er geen opdracht erbij, of werk je juist heel erg met abstracte vormen. Als je dan de kennis die op andere vlakken bekend is, over bijvoorbeeld hersengolven er bij pakt, dan zou je daar weer interpretaties op kunnen geven wat dat betekent. Maar zo'n groot proces als wat je net noemt, daarin is dat nog niet mogelijk. Het staat nog in de kinderschoenen. Maar zoiets als wat er dan onbewust bij haar gebeurt, daar zou je wel benieuwd naar zijn?
R: *Daar zou ik wel benieuwd naar zijn.*
I: En dan vooral wat je dan met die resultaten…
R: *Welk effect heeft dus dat wat ik doe bij haar? Meer dan dat wat we menen te zien en er heus wel gebeurt. Er worden echt stapjes in gezet. Ik ben wel benieuwd wat er dan in het hoofd voor het effect heeft. Of hoe dat werkt.*

I: Je noemt nu het meeste het hoofd en de hersenen. Vind je dat ook een interessanter stukje dan bijvoorbeeld de hartslag of de zweetproductie?
R: *Waarschijnlijk kan, maar daar weet ik te weinig van, onze hersenen of onze hersenactiviteit daar meer over vertellen, dat is een kwestie van onderzoek, dan die hartslag of zweetproductie. Ik heb een meneer op het dagcentrum die al zweet als ik in de beeldende therapie ruimte ben. Welk soort effect gaat dat zweten überhaupt bij hem, hé... lichamelijk vraagt het al veel, daarom zweet hij. Welk effect kan je dan zien of meten, die hartslag die gaat sneller als ze die krullen gaat doen. Dat kan ik je ook vertellen. Als ik ga hartlopen dan gaat mijn hartslag ook omhoog.*
I: Klopt, dat zijn de lichamelijk effecten van fysieke activiteit. Emoties kunnen ook invloed hebben op je fysieke processen. Dat hoeft dan niets te maken te hebben met of je minder of meer actief bent. Binnen het onderzoek proberen ze eruit te halen dat de fysieke activiteit geen invloed heeft. Door bijvoorbeeld eerst te testen met een zakdoekje te frummelen, dan heb je een beetje dezelfde activiteit als je aan het tekenen bent.
R: *Tuurlijk, als ik ga huilen omdat er iets naar boven komt, zal mijn hartslag ook anders reageren of mijn zweetklieren. Dat is dus al een effect wat je weet. Dan ben ik benieuwd hoe je dat eruit haalt als ik met iemand met tekenbewegingen bezig ga die zich enorm moet inspannen om lekker zijn boosheid eruit te krijgen in de schuine tekenbewegingen en daar komt meteen ook nog een emotie van woede heel erg naar boven en iemand begint te schreeuwen of te huilen. Dat is dan een combinatie van factoren die invloed heeft op die hartslag of die hersenactiviteit.*
I: Dat is het lastige inderdaad, om alles eruit te filteren, omdat er altijd iets gebeurt. Daarom pakken ze er ook hele kleine condities. Maakt ook dat dit onderzoek heel langzaam gaat, omdat ze er maar kleine dingetjes eruit kunnen pakken. Ze zijn er pas mee begonnen dit te onderzoeken, dus er is ook niet zoveel over bekend.
R: *Ik snap dat je dat onderzoekt. Mijn vraag is dan: waarom wil je dat als wij toch al effecten weten of zien, waarom zou je het op die manier willen doen? Het geinige is dat ik me bijna door het gesprek met jou afvraag: wij moeten altijd alles in onderzoek onderbouwen en bewijzen, terwijl dat wat we doen zichzelf al bewijst.*
I: Hoe bedoel je dat?
R: *Het moet tegenwoordig zo veel mogelijk onderbouwd worden met allemaal onderzoeken. Want dan krijgen we financiën, dan is het gelovenswaardig, dan is het dit. Terwijl dat wat wij eigenlijk doen in onze therapie, zegt al een heleboel. Daar lopen we dan bijna aan voorbij.*
I: Je bedoeld wat er echt gebeurt, dat je dat bijna aan de kant schuift…?
R: *Omdat je allerlei dingen moeten onderbouwen, terwijl het effect zichtbaar aanwezig is. Maar goed dat is een andere vorm van gesprek. Daarom denk ik van ja, als je zoveel moeite moet doen. Terwijl het natuurlijk heel interessant kan zijn voor een onderzoeker om dit te doen. Waarom zou je het dan doen? Bijna die vraag. Terwijl ik aan de andere kant in het gesprek soms al antwoorden op mijn eigen vragen geef. Of dingen bedenk. Dat roept het wel een beetje bij mij op.*
I: Kan ik me voorstellen. Dat is misschien ook wel het grote verschil hoeveel de wetenschap en de praktijk van elkaar af staan.
R: *Ja, precies.*
I: Wat zou je daarin prettig vinden wat daarmee gedaan kan worden? Denk dan bijvoorbeeld aan artikelen die daarover verschijnen of een lezing of een workshop die daarover gegeven kan worden, zodat er duidelijker wordt wat er mee gedaan kan worden in de praktijk.
R: *Ik denk dat dat wel heel belangrijk is. Dan haal je een stukje van mijn vraagtekens en misschien ook wel scepsis af. Persoonlijk denk ik, ja, dat is leuk, dan krijgen we daar weer een wetenschappelijk artikel over. Die ga ik echt niet lezen en volgen. Dan wil ik een workshop, een praktische lezing, zoiets.*
I: Dat is duidelijk.
R: *Want anders komen we weer in de wetenschappelijke artikelen.*
I: Dat vind je niet prettig?
R: *Nee, dat vind ik niet prettig. Vind ik persoonlijk niet lekker of fijn om te lezen om me in te verdiepen. En neig je weer naar dat wetenschappelijke, terwijl de praktijk al zoveel zegt. Dus over dit onderwerp zou ik sneller een praktische workshop of lezing zien of volgen.*
I: Oké. Dat waren mijn vragen.
R: *Oké, heb ik óveral al antwoord op gegeven?*
I: Ja, het is een vrij open interview, dus dan kijk ik ook waar het naar toe gaat.
R: *Als je er daar van alles uit moet filteren…*
I: Ja, dat is nog wel een uitdaging, maar dat lukt wel.
R: *Zeker een uitdaging. Ik zal niet de enige zijn die dit soort vraagtekens heeft.*
I: Ja, klopt. Heb je er nog iets aan toe te voegen?

R: *Ik vind het interessant wat je onderzoekt en ik denk zeker wat ik net al zei: als je een leugendetector hebt, onderzoek je ook dit soort aspecten. Dus ik denk zeker dat je effecten kan meten. Dus ja, interessant vind ik het zeker wel. En meer bij te voegen. Ik denk dat bij dit soort dingen inderdaad met groepen als dementerenden of bij mensen waarbij het lastig is om op een andere manier te meten of te onderzoeken. Daar zou het zeker iets in kunnen beteken.*
I: Mooi. Dankjewel.

Bijlage 8.3. Transcriptie interview 3

Datum interview: 09-11-2016
Uiteindelijke tijdsduur: 28 minuten
Geslacht geïnterviewde: vrouw

I: Zoals in de mail al kort was aangegeven gaat het interview over onderzoek in beeldende therapie aan de hand van psychofysiologische metingen. Psychofysiologische metingen zijn metingen aan het lichaam, waar psychische processen mee in verband gebracht kunnen worden. Daarbij kun je denken aan een hartslag die omhoog of omlaag gaat, zweetproductie die toe- of afneemt en ook hersengolven die kunnen veranderen. Daar zitten veranderingen in als je lichamelijk actief bent, maar hier gaat het over de psychische kant. Bijvoorbeeld als iemand angstig wordt, veranderen die fysiologische processen ook. De hartslag gaat bijvoorbeeld omhoog. En als je geconcentreerd of cognitief bezig bent, geeft dat ook andere hersengolven weer dan wanneer je ontspannen iets aan het doen bent. Op die wijze is KenVaK nu aan het kijken wat de mogelijkheden daarin zijn voor onderzoek. En dan vooral onderzoek naar vaktherapeutische interventies en de werkingsmechanismen daarvan. Dus de onderliggende werkingsmechanismen waarom bepaalde vaktherapeutische interventies werken. Het doel van mijn onderzoek en dit interview is om inzichtelijk te krijgen hoe beeldend therapeuten aankijken tegen psychofysiologische metingen om onderzoek te verrichten. En op die manier hoop ik het in kaart te brengen en vervolgens te kijken hoe die onderzoekskant eventueel beter aangesloten kan worden bij de praktijk. Is dat zo een beetje helder?
R: *Het is dus echt een vooronderzoek, of het sowieso mogelijk is?*
I: Daar is KenVaK mee bezig. Die is de mogelijkheden aan het verkennen. Ik ben aan het kijken hoe beeldend therapeuten hierin staan en daarnaar kijken. Het raakt aan elkaar. Ik ben niet inhoudelijk aan het onderzoeken.
R: *Dus echt een vooronderzoek of het sowieso in beeldende therapie een item is om te onderzoeken.*
I: Ja. Ze zijn daar wel al mee begonnen. Nu lopen er een paar onderzoeken met verschillende klei- en potloodcondities. Bij verschillende opdrachten wordt gekeken wat er dan fysiologisch gebeurt Bijvoorbeeld gemeten met een EEG in de hersengolven gebeurt.
R: *Dan hebben mensen een EEG op als ze dat doen?*
I: Ja, maar dat wordt alleen nog gedaan onder gezonde proefpersonen. Er worden korte opdrachten gegeven, waarbij ze dan kijken wat er fysiologisch gebeurt. Het is onderzoek dat in de kinderschoenen staat, maar ze zijn er al wel mee begonnen.
Heb je verder nog vragen vooraf?
R: *Ja, nou, ik vraag me af: Onderzoek vind ik prima. Maar wat wil je ermee bereiken binnen beeldende therapie. Wat is het uitgangspunt van: we gaan het eerst onderzoeken, we gaan het dan toepassen die metingen en een doel heb je dan. Wat is het doel?*
I: Het doel is om meer wetenschappelijk onderzoek te doen naar wat materialen doen en wat beeldend therapeutische interventies doen. Want we hebben aannames wat materialen doen en dat wordt allemaal in de praktijk gezien. Maar wetenschappelijk onderzoek is er nauwelijks naar gedaan. En dit is een wijze om meer wetenschappelijk inzicht te krijgen in of het wel klopt wat we denken en wat we zien.
R: *Ja, precies en dan moet je opgegeven moment gewoon een doelgroep hebben waar je dat onderzoek mee gaat doen. Zo willen jullie het dan gaan doen neem ik aan.*
I: Daar heb ik zelf niet veel inzicht op hoe ze dat willen gaan doen.
R: *Nee, oké, goed, het is voor mij duidelijk. Je bent vooral in de verkenningsfase bezig.*
I: Ja, ze zijn nu bezig met gezonde personen en verschillende condities van beeldende materialen daarin.
R: *Ja, ik snap het. Want ik snapte het nog niet. En zeker met die enquête dat ik: huh, weet je wel.*
I: Wat kwam er in je op toen je die enquête zag?
R: *Nou ik heb hem even doorgescrold. Maar goed, ik heb het vluchtig gedaan. Maar ik heb er wel ideeën over.*
I: Ik ben heel benieuwd. Wat vind je van dit soort onderzoek?
R: *Ik vind het heel erg belangrijk dat het gedaan wordt. Het eerste wat dus bij me opkwam, is dat heel vaak mensen zweten bij mij. Of dat mensen weggaan na een uur en dat ik denk jeetje, wat ruikt het hier. Of dat mensen rood worden. Dus ik zie ook wel dingen. Dus ik kan me wel voorstellen dat er mensen zijn die denken dat moeten we eens onderzoeken wat dat allemaal teweeg brengt.*
I: Wat zou je voor een bijdrage hierin zien? Dus als bijdrage wat dit onderzoek zou kunnen hebben in het verkennen waarom cliënten bijvoorbeeld zo veel zweten in je sessies of rood worden.

R: *Nouja, omdat het dus angsten oproept en het is ook heel erg belangrijk dat mensen in therapie hun angsten onder ogen durven te zien. Dus ik vind het ook helemaal niet negatief. Want het wil zeggen dat als je gaat zweten er dus heel veel loskomt. En vaak mensen die in therapie komen die zitten vast, die zijn vastgelopen, die weten het niet meer, die zijn somber. Dat soort dingen of als ze een rode hals krijgen of als ze moeilijke dingen zeggen, sowieso om iets te zeggen. Dus ja, ik denk dat er heel veel gebeurt met mensen, inderdaad fysiologisch, dat denk ik wel. En dat het ook met de psyche te maken heeft, je wil toch een verandering. En dat dat dus ook op die manier te merken is.*
I: Dus zelf zeg je dat het te merken is binnen sessies dat er fysiologische veranderingen zijn?
R: *Ja, zeker.*
I: Zou extra informatie uit psychofysiologisch onderzoek daar een bijdrage aan kunnen geven?
R: *Als dat onderzocht is? Ja, dat vind ik zeker interessant. Het is gewoon heel erg belangrijk om uit verschillende hoeken onderzoek te doen. Het fysiologische is belangrijk of mensen inderdaad hun angsten aangaan of waar ze mee zitten in hun problemen of trauma. En wat materialen doen, daar ben ik een voorstander van. Want, wat zaterdag ook duidelijk is geworden, we moeten ons heel erg neerzetten. En ik heb ook het gevoel, ik ben natuurlijk al wat ouder, dat ik zelf nu ook aan het oogsten ben. Ik zou zelf heel graag onderzoek willen doen. Maar dat is het punt, ik ben niet zo handig met de computer, enzovoort. Dus ik zit er wel in mijn achterhoofd aan te denken om bijvoorbeeld een student onderzoek te laten doen of mij te laten helpen met onderzoek doen. Maar niet zo zeer hierover, maar in het algemeen. In het algemeen ben ik ook voor onderzoek, dan heb je bewijzen.*
I: Ja, dus als ik het zo hoor, vind je dat het grootste voordeel van psychofysiologisch onderzoek in beeldende therapie is dat het bewijzen geeft en dat die bewijzen bijvoorbeeld kunnen helpen bij het behoud van het beroep?
R: *Ja, dat gaat mij natuurlijk zeer aan het hart! Omdat ik natuurlijk, ik ben 65, ik hoop tot een jaar of 70 nog iets te doen. Ik zou het vreselijk vinden als het hier niet meer door gaat. Ik heb hier wel een plekje. Het profileren is niet mijn sterkste kant. Sowieso van heel veel beeldend therapeuten niet. Ik heb daar zelf ook vijfentwintig jaar aan meegedaan. Ik heb me natuurlijk wel geprofileerd in een team. Dat zou veel meer moeten.*
I: In grotere mate?
R: *Ja, ja. Dat je dat ook op school, ik denk dat jullie dat op school ook meer mee krijgen. Jezelf neerzetten en ga maar staan en vertel maar wat een krijtje of een stuk klei doet.*
I: Zouden onderzoeken rondom psychofysiologische metingen kunnen helpen in het verantwoorden en profileren naar collega's en je omgeving toe?
R: *Ja. Zeker als het bewijsbaar wordt gemaakt, dan kun je dat er wel in meenemen. Dat is net als met de DDS die is ook wetenschappelijk onderzocht in Amerika. Dat vind ik een heel prettig gegeven. Ik vind het sowieso een hele goede test en heb ook die opleiding gedaan. Maar dat maakt het concreet. Dat is hetzelfde als ik heb de supervisie opleiding heb gedaan. Als iets concreet is, dan is het wel die supervisie opleiding. Ik vond het zalig. Jeetje, wat heb ik dat gemist! En ook gewoon het materiaal, hoe de organisatie is. Dacht ik echt van nou, dat is eigenlijk veel prettiger om daarin te zitten dan... Niet dat ik de vaktherapie afval, maar het is soms zo'n brei. Ik vind het wel goed dat we een beetje op de hielen gezeten worden. En dat geldt voor mezelf ook. De sturing is ook van de opleidingen en van de FVB. En als je wat meer op je huid gezeten wordt, dat is alleen maar goed. Dat is in zoveel beroepen het geval.*
I: Wat ik je net hoorde zeggen: Mis je dan de concretisering in vaktherapie?
R: *Ja, ja zeker!*
I: En onderzoek zou dat voor jou idee meer kunnen brengen?
R: *Ja, zeker dat vind ik een heel belangrijk punt!. En daarom heb ik ook ja gezegd op het interview, ook wel omdat ik je ken, maar anders vind ik dat ook wel leuk. Ja, ik heb namelijk de supervisoren opleiding, daar moet je ook tijd voor hebben. Afgelopen juni heb ik die afgerond. Dus dat stopt nu. Nu heb ik weer ruimte om meer met de vaktherapie te gaan doen.*
I: Ja, inderdaad. Als je kijkt naar psychofysiologische metingen en wat dat zou kunnen betekenen voor de beeldende therapie. Wat voor iets zou je dan interessant vinden om onderzocht te hebben? Waar ben je nieuwsgierig naar?
R: *[…] Je zou, wat je al zegt, concreet moeten maken: wat doet de tekenbeweging. Bijvoorbeeld, misschien is dat wel interessant, die tekenbewegingsmethode pas ik als het even kan toe. Nu is hier het angstniveau een beetje hoog, dus dan is het moeilijker mensen goed op de grond te krijgen en in die beweging te gaan, maar ik pas het wel toe. Maar in mijn eigen praktijk doe ik het meer en heb ik echt heel veel resultaat. En het is niet alleen die tekenbewegingsmethode, maar wat voor een inzicht, wat mensen gaan voelen. Dus daarbinnen, omdat het in de stilte is, kan ik me voorstellen dat die fysiologische dingen eerder naar voren komen. Want je begint na een ontspanningsoefening. Ik doe het hier ook wel een op de stoel met iemand, ik doe dat heel veel. Dus het is wel iets wat me ligt.*

Want in feite als je gaat mediteren of een ontspanningsoefening gaat doen, dan probeer je iemand ook bewust te maken van de hartslag, hoe zit ik hierbij, waar zitten de spanningen.
I: Dus eigenlijk ben je dan benieuwd naar wat zo'n tekenbeweging fysiologisch kan doen?
R: *Ja, dat is wel interessant! Het mooiste is om er bij te staan, dat je ruimte inneemt. Ik ben zelf heel enthousiast over die tekenbewegingsmethode. Maar ik heb hem nou wat meer toegepast, omdat ik meer tijd geef aan mijn praktijk. Ik werk samen met iemand die diabetesverpleegkundige is. Zij zegt: ik heb mensen zolang, dan praten ze over van alles, dan denk ik die hebben dan een probleem, een psycholoog, geen goede ervaringen. Nu heeft ze met mij wel goede ervaringen en stuurt ze hen naar mij door. Hoeft niet eens zo lang te zijn. Ik doe de DDS test. Tekenbewegingsmethode doe ik vaak. Niet meteen, maar eerst heb ik bepaalde observatie die stemt het ook altijd af op iemand. Wat er nodig is.*
I: Stel je voor er komt uit psychofysiologisch onderzoek bepaalde resultaten voort. Zou je daar dan iets mee willen doen in de behandeling van je cliënt?
R: *Ja, zeker!*
I: Wat maakt dat je daar wat mee zou willen doen?
R: *Als bewezen is dat mensen hun angsten, ik neem aan dat ze dat gaan testen, dat je dan allemaal stickers krijgt, voordat je een oefening doet. Zo stel ik me dat voor. Dat doe ik ook al door de bewustwording van kijken naar. Maar ik heb het er verder niet over van was je hartslag nou erger daarna; daar heb ik het niet over. Dus het is goed dat een ander dat onderzoekt, omdat ik dat niet zo relevant vind. Het is meer van oordeelvrij kijken, zo sta ik er dan in. Het heeft ook met mindfulness te maken, de tekenbewegingsmethode.*
I: Dus je zou wel, als er iets naar voren komt, dat meenemen in de behandeling van je cliënten?
R: *Ja, zeker wel, ik vind het alleen maar goed.*
I: Zou je dat met al het soort onderzoek doen of specifiek bij dit soort?
R: *[…] Nouja, toen ik het las, kwam van het zweten direct in me op. Dus ik had een kapstok van dat heb ik in al die jaren wel vaak gemerkt. Dat ik denk van ik doe de deur een tijdje open want de volgende cliënt bezwijkt anders bijna.*
I: Zou je daar dan iets anders in willen? Dat resultaten daar van invloed op kunnen zijn?
R: *Op zo'n cliënt bedoel je?*
I: Ja.
R: *Ja, nee. […] Of ik daar dan iets met de cliënt in zou doen? Het is altijd heel kwetsbaar om te benoemen: goh je ruikt wel heel erg. Ik kan natuurlijk wel zeggen of spiegelen: goh je wordt rood, voel je dat zelf ook…*
I: Ja, ik bedoelde niet zo zeer het spiegelen of letterlijk zeggen tegen een cliënt, maar bijvoorbeeld dat je denkt van: o, mogelijk zweet degene zoveel uit angst en uit onderzoek is gekomen dat deze materialen daarin kunnen helpen.
R: *Ja, tuurlijk! Tuurlijk, als je je angsten in een stuk klei kan stoppen. Zeker, als dat bewijsbaar is, zeker. Dat is alleen maar goed. Ik werk ook wel met boosheid. Daar heb ik ook wel zo mijn methodes.*
I: Wat voor een voordelen zou je kunnen zien in psychofysiologisch onderzoek?
R: *Dat je bevestigd wordt vanuit die kant. Bijvoorbeeld als blijkt dat iemand rustig wordt door zijn angsten in klei te brengen en daardoor de hartslag beter wordt. Ja, als dat bewezen is, is dat voor mij natuurlijk wel een stimulans om dat te gebruikten. Ja, je hebt altijd wel vooral als je langer met een cliënt omgaat dat je denkt: wat zullen we nou eens doen. Je bent altijd een beetje aan het zoeken. Het kan het altijd versterken door bijvoorbeeld in dit geval meer met klei te werken.*
I: Wat voor een vragen of punten schieten je te binnen als je denkt aan deze wijze van onderzoek doen?
R: *[…] Nouja, de doelgroep is natuurlijk moeilijk, om angstige mensen te testen. Dat zou het meeste opleveren. Ik denk dat het gemiddeld, bij mensen als jij en ik, ook al werkt. Als ik in een stuk klei ga graaien, wordt ik ook rustiger. Toevallig gister moest ik klei maken voor een sessie; dan denk ik: hè lekker. Ik denk dat het niet per se met cliënten hoeft. Dat je het met gewone mensen ook kunt doen.*
I: Dat dat al voldoende kan zeggen?
R: *Ja, dat denk ik wel. Want ik zit te denken, deze doelgroep, ja die ga je niet nog eens... Natuurlijk doen ze ook wel lichamelijke dingen hier, want die psychiater zit hier niet voor niets. Die stuurt ze ook wel naar het ziekenhuis als hij lichamelijk dingen niet vertrouwd. Ja, we hebben er allemaal wel baat bij. Dat denk ik hoor. De doelgroep is natuurlijk wel wat moeilijker, denk ik, om dat te testen, omdat je dan allerlei dingetjes op hebt. Kijk, als je met klei werkt en je stelt bepaalde vragen of je hebt een enquête of stelt vragen naar aanleiding van een opdracht, dan kun je dat wel bewijzen als je dat tien keer doet met iemand. Dan kun je de verschillen wel naast elkaar leggen. Snap je, qua onderzoek, maar dan hoef je geen apparaatje te gebruiken. Dat lijkt me wat belastend.*
I: Belastend voor de cliënt?

R: *Voor de cliënt. Dat lijkt me, omdat toch meestal om onzekere, angstige mensen, burn-out in de psychiatrie gaat.*
I: Dus dan zou je voorkeur eerder uitgaan naar vragenlijsten?
R: *[…]*
I: Of niet?
R: *Nou, daar zou ik wel aan mee willen werken. Dat zou ik nog wel doen. Ik ben er niet zo van, maar als ik mee zou kunnen werken, dat wil ik dat ook wel. Dat is eigenlijk wat ik zeg, dat ik nu ook wat ruimte heb om onderzoek te doen. En ook door de druk natuurlijk van ZiN, het Zorginstituut Nederland, we moeten ons gewoon bewijzen. Daar wil ik best wel wat voor doen.*
I: Ja, en dan zeg je: dat zou ik vooral willen doen in de vorm van het voorleggen van vragenlijsten? Aan het begin en eind van de behandeling van cliënten.
R: *Ja.*
I: En zou je er dan ook voor open staan als dat met metingen is?
R: *Ja, je hebt die ROM-metingen natuurlijk, die heb je hier ook.*
I: *Wat zijn ROM-metingen?*
R: *Dat is onderzoek om te kijken of er na drie maanden een verandering is.*
I: Hoe wordt dat onderzocht?
R: *Op de computer, met een programma.*
I: Als je dan kijkt naar metingen als hersengolven, hartslag en het zweten. Zou je dat zelf in willen zetten?
R: *Nou, dat lijkt mij niet, nee.*
I: Wat maakt dat je dat niet zou willen doen?
R: *Ik denk dat je wel op papier kunt doen. Maar om dat dan met apparaatjes te doen. Dat is echt klinisch natuurlijk.*
I: Dus naar jou idee zou je dezelfde informatie kunnen verkrijgen met psychofysiologische metingen als vragenlijsten? En daarom zou je liever vragenlijsten invullen, omdat het minder belastend is voor de cliënt?
R: *Ja, ik denk dat ik cliënten wel zo ver kan krijgen om een vragenlijst in te vullen. Of samen in te vullen, dat kan ook.*
I: Ja. Stel er verschijnen artikelen over onderzoek dat is gedaan aan de hand van psychofysiologische metingen. Zou je die artikelen lezen?
R: *Dat ligt eraan hoe ze geschreven zijn. Daar zit nogal een verschil in, in het vakblad.*
I: Zou je dat willen toelichten?
R: *Ik hou altijd van een lijn, maar als het allerlei onderzoeken… en ingewikkeld is. Zoals PMT'ers blinken daar wel in uit. Dan vind ik het allemaal zo technisch worden. En als het over beeldend gaat, ben ik altijd wel geïnteresseerd. Maar als het te ingewikkeld is… Maar dat valt over het algemeen wel mee. Een paar jaar geleden hadden ze allemaal van die ingewikkelde onderzoeken gehad in het vaktijdschrift, dacht ik van: nou, wat moet ik er allemaal mee. Maar als er praktijkvoorbeelden, de opzet, opdrachten bij staan en hoe ze het aangepakt hebben, dat vind ik wel interessant.*
I: Dus als het een praktijkgericht artikel is, waarbij voorbeelden en casussen uit de praktijk staan, zou dat je wel interesseren. En dan vooral het eigen medium, beeldend?
R: *Ja, nouja, wat ik van zaterdag overgehouden heb, we moeten gezamenlijk een beleid hebben. Dat je zegt van en beeldend en muziek en PMT. Er is ook genoeg overlap. We moeten met een gezamenlijkheid komen, dan wordt je sterker.*
I: En als er, net als zaterdag, een congres komt over psychofysiologische metingen. Zou je daar naar toe gaan?
R: *Dat weet ik niet. Ik heb een bezet leven. Ik ben oma, ik heb kinderen.*
I: Dus de overweging om wel of niet te gaan ligt aan de tijd die je hebt?
R: *Ja, de tijd die ik heb en voor mij is Zwolle bereikbaar. Toen ik supervisie gaf, vloog ik overal door het land heen. Dat kan ik gewoon niet meer opbrengen. Dat is geweest.*
I: Dus ook de reistijd?
R: *Ja, dat is voor mij wel belangrijk. Als het in Amsterdam of Alkmaar is, dan haak ik al af. Dat is me al gauw te veel. Of dan moet het echt iets zijn wat mij boeit. Maar ik ben altijd wel blij als er ook via de mail allerlei verslagen zijn van die dag. Dus stel ik ben er niet bij en ik vind het wel interessant, dat ik het wel terug kan lezen op de site.*
I: En zou je dat met dit onderwerp doen?
R: *Nu we ervoer praten, vind ik het ook wel interessant. Omdat ik zelf ook wel een beetje geneigd ben om misschien in 2017 te beginnen met het doen van onderzoek.*
I: Had je dat ook al voordat ik je benaderd had voor een interview? Als je dan een aankondiging met dit onderwerp voor een lezing voorbij zag komen, had je dat dan interessant gevonden?

R: *Ik had het zeker wel ingevuld.*
I: Ik bedoel eigenlijk een lezing, niet een enquête.
R: *Een lezing, nouja, weer de afstand. Dat is op dit moment voor mij… Kinderen wonen niet in de buurt, ik moet heel veel reizen. Dan ga je balansen, is het goed voor mij. Als ik de helft van de tijd niet thuis ben in de week, dat voelt voor mij niet goed. Mijn zwaartepunt gaat wel weer naar de vaktherapie. Ik ben nu supervisor en ik heb veel aan die opleiding gehad. Als iemand eens supervisie wil, vind ik het prima.*
I: Maar liever zou je binnen de vaktherapie iets doen?
R: *Ja. We gaan nu de intervisie doen in Zwolle. Daar zit ik ook over te denken om daar supervisie te geven. Dat is wat meer structureren. Beeldend therapeuten zijn geneigd alleen maar de gezelligheid toe te passen. Willen we echt professioneel worden, dan moeten we het wat degelijker gaan aanpakken. Vind ik.*
I: En dat is bijvoorbeeld onderzoek?
R: *Ja, daar ben ik wel heel erg voor, zeker.*
I: Goed, dat waren mijn vragen. Heb je er nog iets aan toe te voegen? Iets dat je er nog over kwijt wil?
R: *Nee, ik geloof dat ik genoeg gezegd heb.*
I: Oké, heel erg bedankt.