

Suzanne Haeyen, Susan van Hooren en
Giel Hutschemaekers

Metten is méér dan weten

Proces- en resultaatmeting bij beeldende therapie: de casus persoonlijkheidsstoornissen

We willen meten om te weten... maar is ons weten, zonder te meten, niet voldoende? Zijn onze ervaringen als behandelaar en de ervaringen van cliënten niet genoeg veelzeggend om overtuigend te zijn? Jarenlang was dit zo voor cliënten, onszelf, collega's en managers. Dat was, en is, natuurlijk fijn in het directe werk voor het vertrouwen van alle betrokkenen, maar deze overtuiging is uiteindelijk niet genoeg om te voldoen aan de eisen van Evidence Based Practice.

In dit artikel ...

- ... gaan we in op proces- en resultaatmeting in beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek cluster B/C;
- ... spitsen we de analyse toe op de beeldende therapie vragenlijst voor persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C (BTV-PS B/C);
- ... behandelen we hoe de scores hierop kunnen leiden tot kwaliteitsverhoging van de therapie.

... met vaststellen van de effectiviteit van de behandeling of om het in kaart brengen van de behandelvoortgang. In dit artikel richten we ons op voortgang in beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek cluster B/C. Maar dezelfde overwegingen rondom meten spelen ook voor andere stoornissen en andere vaktherapeutische disciplines.

Er is nog maar weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van beeldende therapie. We hebben nauwelijks een onderzoekstraditie en vinden het uitvoeren van onderzoek lastig binnen onze behandelpraktijk. Dat komt omdat ons vak ervaringsgericht is, zelden geprotocolleerd, en eigenlijk altijd in combinatie met andere therapievormen wordt aangeboden waardoor eigen effect niet of nauwelijks te isoleren valt. De roep om onderzoek is echter groot. Meer dan voorheen moeten kosten en inzet van beeldende therapie verantwoord worden, en misschien zijn we ook wel nieuwsgieriger naar de opbrengsten van ons vak. Ter ondersteuning van die beweging hebben we dit artikel geschreven. Wij willen daarbij allereerst laten zien dat onderzoek vele vormen en varianten kent, en vooral meerdere doelen kan dienen. We zullen daarom allereerst werkzaamheid versus doeltreffendheid onder de loep nemen.

In onderzoek naar de werkzaamheid gaat het om het

vaststellen van effectiviteit (*efficacy*) van een interventie. De vragen: ‘Werkt het?’ en ‘Hoe werkt het?’ staan daarbij centraal. Om te bepalen of beeldende therapie werkt, moeten we eerst een uitspraak doen over wat we met beeldende therapie willen bereiken. Dat bepaalt namelijk de effectmaat. Een geschikt onderzoeksdesign is het gerandomiseerde onderzoek met controlegroep, de zogenoemde *randomized controlled trial* (RCT). Deze vorm van effectmeting is van oudsher de ‘gouden standaard’ om therapieën wetenschappelijk te onderbouwen; deze aanpak biedt de grootste wetenschappelijke zekerheid over de werkzaamheid. De uitwerking van de trial vindt plaats op theoretische gronden (paradigma). Het probleem van RCT’s is dat deze niet makkelijk te realiseren zijn. Een RCT moet plaatsvinden onder sterk gecontroleerde omstandigheden met een zeer homogene groep cliënten, waarbij de interventies eenduidig in een specifieke volgorde moeten worden aangeboden. Dat is allesbehalve de klinische praktijk, waardoor niet altijd duidelijk is wat de resultaten over de praktijk zeggen. Bij onderzoek naar werkzaamheid gaat het ook over de vraag: ‘Hoe werkt het?’ Omdat in de RCT alles constant wordt gehouden behalve de interventie zelf, biedt het ook mogelijkheden tot analyse van onderliggende factoren, zoals de rol van de therapeut, het vakgebied en de cliënt of factoren die de werking van de interventie kunnen verklaren. Daarbij komt ook de vraag op hoe onderscheidend beeldende therapie is ten opzichte van psychotherapie of van medicatie. En dat leidt dan weer tot vragen over de doelen en meetinstrumenten. Maar als we ervan uitgaan dat beeldende therapie specifieke eigen doelen realiseert, dan moeten we daarbij gebruikmaken van onderscheidende instrumenten. Als iets werkt binnen gecontroleerde omstandigheden, willen we kijken of dat ook zo is in de praktijk. Dat noemt men doeltreffendheidsonderzoek (Gezondheidsraad, 2001; Vandereyken & Van Deth, 2009). Centraal staat hierbij de

*Meer dan voorheen moeten
kosten en inzet van beeldende therapie
verantwoord worden, en misschien
zijn we ook wel nieuwsgieriger naar
de opbrengsten van ons vak*

vraag of het effect (gevonden met RCT’s) ook in de praktijk optreedt. Bij doeltreffendheidsonderzoek is een hogere mate van co-morbiditeit toegestaan (het tegelijkertijd voorkomen van verschillende psychische stoornissen). Doeltreffendheidsonderzoek vindt plaats in de praktijk met een grotere verscheidenheid aan patiënten (Gezondheidsraad, 2001), en maakt vaak gebruik van de zogenaamd pragmatische

trial. Dat wil zeggen: je neemt de praktijk in al zijn weerbarstigheid tot uitgangspunt. Een aparte variant van de pragmatische trial is de *add-on*-variant. Daarbij vergelijk je de standaardbehandeling met diezelfde standaardbehandeling plus een extra interventie, bijvoorbeeld beeldende therapie. Dat sluit aan bij de bestaande praktijk. Voordeel is dat we kunnen achterhalen of in die praktijk beeldende therapie toegevoegde waarde heeft. Die opzet start bij de praktijk waar binnen een behandelprogramma vaak meerdere therapieën worden aangeboden. Bijkomend probleem bij die aanpak is het grote aantal deelnemers dat je nodig hebt om die toegevoegde waarde in kaart te brengen (een bescheiden meerwaarde impliceert dat je veel deelnemers nodig hebt om die meerwaarde aan te kunnen tonen). Doeltreffendheidsonderzoek moet niet worden verward met doeltreffendheidsonderzoek, waarbij kosten en werkwijze afgezet worden ten opzichte van de opbrengst van de interventie. Een interventie kan bijvoorbeeld erg duur zijn of omslachtig in de uitvoering. Dit soort onderzoek levert een conclusie met betrekking tot de kosteneffectiviteit of efficiency.

Proces- en resultaatmeting door middel van Routine Outcome Monitoring

Ten onrechte wordt werkzaamheid- en doeltreffendheidsonderzoek op een hoop geveegd met het in kaart brengen van resultaten. Resultaatmeting vindt plaats in de natuurlijke behandelsetting, zonder controlegroep, en dus zonder dat het mogelijk is iets te zeggen over causaal effect en doeltreffendheid. Resultaatmeting zegt vooral iets over veranderingen die hebben plaatsgevonden gedurende de behandeling en door begin- en eindmetingen met elkaar te vergelijken. Het wordt vaak uitgevoerd in combinatie met procesmeting, waarover later meer.

Resultaatmetingen zijn van groot belang voor managers en zorgverzekeraars omdat ze het mogelijk maken om op macroschaal een uitspraak te doen over de relatie tussen inzet en uitkomsten (wat levert het op?). Voor professionals worden resultaatmetingen pas echt interessant als ze een onderdeel vormen van Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM gaat uit van herhaalde metingen, waarbij niet alleen bij aanvang en afronding van de behandeling metingen plaatsvinden, maar ook tussentijds. ROM maakt het mogelijk de voortgang van (individuele) behandelingen in kaart te brengen en kan inzicht verschaffen in de voortgang van de behandeling, de waardering van cliënten en de resultaten. Doordat je tussentijds meet, kun je mogelijk iets zeggen over het moment in het proces waarop veranderingen in het proces richting de te behalen doelen optreden. ROM is een vorm van methodisch werken, die proces en resultaten in kaart brengt en die hypothesevormend kan zijn als aanzet voor het hierboven beschreven werkzaamheid- of doeltreffendheidsonderzoek. In het kader van ROM wordt gesproken

Tabel 1: Overzicht van de vormen van meten en hun functie.

Metten in de vorm van:	Centrale vraag	Opbrengst
Werkzaamheidonderzoek	Werkt het? → wordt beoogd effect bereikt? Wat werkt? → wat zijn werkzame factoren?	Efficacy/causaal effect
Doeltreffendheidonderzoek	Werkt het in de praktijk?	
Doelmatigheidonderzoek	Is het toepasbaar? (kosteneffectiviteit/ werkwijze in relatie tot opbrengst)	Efficiency/toepasbaarheid
Resultaatmeting¹	Wat gebeurt er? → zicht op voortgang Is de interventie mogelijk effectief en zo ja, wat speelt daarin een rol? → hypothesevorming	Uitkomst in context (geen causaal effect)
Procesmeting	Wat vindt de cliënt? → zicht op mening cliënt	Tevredenheid/kwaliteitsoordeel van cliënt

¹ Zowel resultaat- als procesmeting kan onderdeel uitmaken van ROM.

van 'resultaten' in plaats van 'effecten', aang ezien er geen causale uitspraken gedaan kunnen worden. Bij ROM kan immers niet worden uitgesloten dat ook andere factoren dan de behandeling van invloed zijn geweest op het behandelresultaat (Migchelbrink, 2010). Wel kunnen er op basis van ROM hypothesen gevormd worden over werkzame, beïnvloedende en versturende factoren, die vervolgens nader onderzocht kunnen worden (Van Hees, Van der Vlist & Mulder, 2011).

Routine Outcome Monitoring is in beginsel gekoppeld aan outcome, maar omdat metingen herhaald gedurende de behandeling plaatsvinden kun je het ook heel inzetten als procesmeting. Zeker als je ook andere maten toevoegt, kan de ROM belangrijke ervaringen, successen en tekorten in het hulpverleningstraject zichtbaar maken. Een voorbeeld zijn satisfactiematen die in de ROM worden meegenomen. Satisfactie geeft aan in welke mate en waarover de cliënt na afloop tevreden is. Je krijgt zo inzicht in het verloop van de behandeling maar ook in hetgeen de cliënt van de behandeling en het proces vindt.

Een samenvatting van de verschillende vormen van meten is te zien in Tabel 1.

Het tussentijds toepassen van resultaat- en procesmetingen verschaft feedback aan hulpverlener en cliënt en biedt een tool voor reflectie voor de therapeut. Ook kan het bespreken van de metingen met de cliënt de werkrelatie stimuleren, participatie van de cliënt bevorderen en leiden tot bijstelling van de therapie.

Als tool voor reflectie houdt het de therapeut scherp, doordat er op het concrete niveau van de behandeling objectieve informatie beschikbaar komt. Objectief verwijst hier naar metingen die los staan van de perceptie en interpretatie van de hulpverlener. Dat laatste is van uitzonderlijk belang, omdat therapeuten zelf buitengewoon slechte beoordelaars zijn van de voortgang van de behandeling. Therapeuten

schatten hun eigen presteren en de progressie van hun cliënten structureel te hoog in (Davis et al., 2006). Een goede therapeut biedt hoop en vertrouwen. Zijn aandacht is daardoor vooral gericht op wat wel goed gaat in de behandeling. Door hun overoptimistische kijk op de progressie van hun cliënten (Lambert & Shimokawa, 2011), zien therapeuten eventuele negatieve veranderingen over het hoofd. Dat geeft hen een beperkte capaciteit om accurate voorspelling te doen over het uiteindelijke profijt dat cliënten hebben van de therapie, met name bij cliënten die niet vooruitgaan (Lambert, 2005a). ROM is hier de external assessment, die nodig is voor een accurate evaluatie van de voortgang van de behandeling.

Michel (28 jr.) laat geen vooruitgang zien op symptoomgeoriënteerde vragenlijsten die worden afgenomen in het kader van de ROM. De resultaatmetingen zijn niet positief. Op de vragen met betrekking tot tevredenheid (procesmeting) scoort hij laag. Deze uitslagen worden besproken in een terugkoppelingsgesprek. Hij blijkt, zo geeft hij aan, zich maar weinig gezien te voelen door de therapeuten. Hij vindt het heel lastig om te bepalen wanneer hij de zaken die hem bezighouden kan inbrengen. Hij heeft zo het gevoel dat hij met zijn ziel onder zijn arm loopt en de therapie niet goed kan benutten. Doordat dit in het gesprek duidelijk wordt, kan er naar een gezamenlijke oplossing gezocht worden. Michel geeft aan dat hij het wel prettig zou vinden om wekelijks kort en concreet met een sociotherapeut te bespreken wanneer hij problemen in de therapie kan inbrengen en wat hij ermee zou kunnen doen. Door hem te steunen in dit lastige proces van ruimte durven vragen en innemen, voelt hij zich serieus genomen en meer gezien.

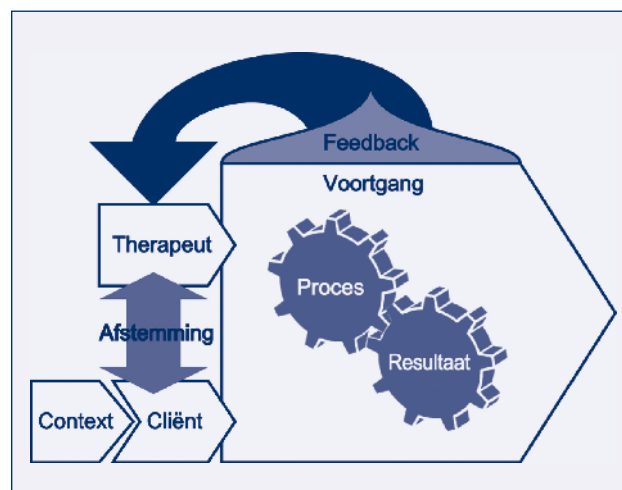
Feedback van cliënten als therapeutische interventie

Onderzoek bevestigt dat systematische feedback een werkzaam ingrediënt binnen de behandeling vormt (Lam-

bert & Shimokawa, 2011). Na vier grote evaluatieonderzoeken over het verzamelen van cliëntfeedback stelt Lambert (2005b) dat de percentuele vooruitgang van cliënten die al dan niet feedback hadden gegeven, respectievelijk 35-56% en 21% bedraagt; een groot verschil (Crits-Christoph et al., 2012). Feedback lijkt de meeste positieve impact te hebben op cliënten waarbij de voortgang van de behandeling stagneert, de zogenaamde not on track (NOT) cases (De Jong, 2012; Lambert et al., 2003; Sapyta, Riemer & Bickman, 2005). En ook dat is logisch: als de behandeling goed gaat, levert de ROM hooguit een bevestiging op van wat de therapeut al lang denkt te weten. Bij stagnatie levert de ROM nieuwe informatie op. Dat schudt de therapeut wakker en biedt hem mogelijkheden de behandeling bij te stellen. Carlier et al. (2010) gaan nog een stap verder en concluderen dat feedback het behandelingseffect versterkt en de communicatie tussen cliënt en therapeut verbetert. De ROM krijgt daardoor zelf de functie van een therapeutische interventie. Feedback uit ROM-gegevens bespreken met de cliënt vergroot ook de betrokkenheid van de cliënt bij de therapie en stimuleert diens zelfwerkzaamheid (Stincens, Smits, Claes & Soenen, 2012). Het bevordert de participatie van de cliënt, versterkt de dialoog, bevordert de werkrelatie en een op de individuele cliënt toegesneden benadering. Een gesprek over feedback is een vorm van mentaliseren over de behandeling en geeft de cliënt meer stem en mogelijk meer sturing ten aanzien van zijn eigen behandelproces. Het sluit inhoudelijk naadloos aan bij het uitgangspunt om de cliënt zoveel mogelijk te stimuleren tot verantwoordelijk, competent volwassen gedrag en/of deze 'gezonde volwassene'-kant van zichzelf meer te leren aanspreken (Arntz & Jacob, 2012; Claassen & Pol, 2015; Linehan, 1996).

Het proces van het meten van voortgang wordt schematisch weergegeven in Figuur 1: het proces wordt als resultaat gescoord door de cliënt, dit levert feedback over het verloop van de therapie aan de therapeut. Aan de hand van deze feedback vindt nadere afstemming plaats over de therapie in het contact tussen therapeut en cliënt, die beiden daardoor 'gevoed' weer verder gaan in de therapie. Ook de context, met daarin andere therapieën, heeft invloed op wat de cliënt bereikt met de therapie.

Een specifieke vorm van Routine Outcome Monitoring maakt gebruik van de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS) (Miller & Duncan, 2004). Deze informatie geeft een globaal beeld per sessie, en draagt bij aan verkorting van de behandeling (Janse, Boezen-Hilberdink, Van Dijk, Verbraak & Hutschemaekers G. (2014). Deze instrumenten gaan niet in op specifieke beeldend therapeutische aspecten. Er wordt nauwelijks nog iets gedaan met proces- en resultaatmeting specifiek gericht op beeldende



Figuur 1: Proces van voortgangmeting en gebruik van feedback (naar VVGG, 2015).

therapie, terwijl de door de cliënt beleefde resultaten van belang zijn voor beeldend therapeuten, zowel bij de verantwoording van de inzet van beeldende therapie als – mogelijk nog belangrijker – bij de keuze voor beeldend therapeutische interventies tijdens de uitgevoerde behandeling.

Proces- en resultaatmeting bij beeldende therapie. De casus persoonlijkheidsstoornissen

Om gericht iets over beeldende therapie te weten te komen is het dus nodig om een vragenlijst te gebruiken die specifieke informatie oplevert over voortgang in beeldende therapie. Bestaande gevalideerde vragenlijsten, gericht op klachten, symptomatologie van persoonlijkheidsproblematiek en copingvaardigheden, zijn tot op zekere hoogte bruikbaar voor beeldende therapie (zeker binnen een RCT), maar blijven toch ook algemeen, zodat het erg lastig is om meer specifieke uitspraken te doen over het proces en resultaat van beeldende therapie. Bestaande, eerder ontwikkelde meetinstrumenten gericht op beeldende therapie, zijn veelal bedoeld voor een weinig afgebakende doelgroep en zijn gericht op beeldend-therapeutische diagnostische doeleinden en niet gericht op het meten van voortgang. Voor proces- en resultaatmeting van beeldende therapie moeten we deze behandelvorm apart onder de loep nemen, waarbij we bij voorkeur kunnen beschikken over een specifiek instrument met klinische relevantie en inhoudelijke validiteit.

Willen we een instrument construeren specifiek voor beeldende therapie, dan betekent dat ten eerste dat we helder moeten krijgen welke behandeldoelen vallen onder beeldende therapie bij deze doelgroep. Pas dan kan het instrument inzicht verschaffen in de specifieke resultaten van ons werk. Vervolgens willen we er vragen aan toevoegen die vooral te maken hebben met de subjectieve evaluatie van de cliënt (satisfactie). Lukt dat, dan is ons instrument zowel geschikt

als effectmaat in een RCT en als specifiek ROM-instrument voor beeldende therapie.

Een specifiek proces- en resultaatmetingsinstrument voor beeldende therapie bij persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C dat we momenteel onderzoeken, is ontwikkeld in de vorm van de Beeldende Therapie Vragenlijst voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, cluster B/C, oftewel de BTV-PS B/C (Haeyen, 2011). De BTV-PS B/C is een multifactorieel monitoring-instrument, dat zowel proces- als resultaatvariabelen systematisch in kaart brengt. Deze variabelen verschaffen op een heldere manier inzicht in belangrijke aspecten van de beeldende therapie. Het gaat om variabelen die zijn gebaseerd op gevonden categorieën in eerder uitgevoerd kwalitatief onderzoek naar beleefde resultaten van beeldende therapie bij persoonlijkheidsstoornissen (Haeyen, Van Hooren & Hutschemaekers, 2015) en werd onderwerp van nader promotieonderzoek (van de eerste auteur van dit artikel). De BTV-PS B/C is gericht op cliënten met een persoonlijkheidsstoornis uit de clusters B en/of C, omdat men deze groep in de behandeling vaak samen tegenkomt. Het doel van de vragenlijst is om uitspraken te kunnen doen over specifieke resultaten van beeldende therapie en over de mate waarin aan belangrijke procesvoorwaarden van beeldende therapie wordt voldaan.

De BTV-PS B/C bestaat uit 55 items, grotendeels in de vorm van stellingen, zowel positief als negatief gesteld, die gescoord worden op een 5-punts Likert schaal, variërend van 'volledig mee eens' tot 'volledig mee oneens' (Haeyen, 2011). De items zijn ondergebracht in negen schalen (zie Tabel 2).

Ten slotte kan de cliënt nog aanvinken welke doelgebieden werden bewerkt in de beeldende therapie met een ja/nee antwoordoptie. Voorbeelden hiervan zijn: duidelijker zelfbeeld, uiten van gevoelens en omgaan met eigen beperking. Het invullen van de hele vragenlijst duurt ongeveer tien minuten. De cliënt kan de vragenlijst na een tot drie sessies invullen, vervolgens elke drie maanden en bij het eind van de behandeling. Deze vragenlijst sluit met alle items nauw aan op specifieke ervaringsgerichte aspecten van de beeldend-therapeutische interventie. Door de score te bekijken

per moment en door verschillende meetmomenten bij één cliënt te vergelijken, ontstaat een beeld van de resultaten van de aangeboden beeldende therapie zoals die door de cliënt wordt ervaren (Haeyen, 2011).

Om na te gaan of de BTV-PS B/C bruikbaar is als meetinstrument is onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten van deze vragenlijst. Schalen die resultaten willen meten moeten betrouwbaar en valide zijn en daarnaast gevoelig zijn voor verandering in de tijd. Verder onderzoek met behulp van de BTV-PS B/C betreft een RCT waarbij een beeldende therapie-interventie van tien wekelijkse sessies wordt vergeleken met de wachtlijstconditie bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek cluster B/C. Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van werkzaamheid, van effectiviteit. Ook wordt met de BTV-PS B/C een heel aantal cliënten van dezelfde doelgroep gevolgd over langere tijd die beeldende therapie heeft als onderdeel van een breder behandelprogramma, poliklinisch naast andere therapie(ën) zoals gesprekstherapie of als onderdeel van een ruimer pakket binnen een deeltijd- of klinisch behandelprogramma. Het doel van dit onderzoek betreft het vaststellen van normgegevens en zicht krijgen op resultaten van beeldende therapie bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Klinische betekenis van de BTV-PS B/C scores

De scores op de BTV-PS B/C leveren kwantitatieve gegevens op over hoe de cliënt de therapie ervaart, die vervolgens kunnen worden teruggekoppeld door de beeldend therapeut naar de cliënt. Scores kunnen betekenen dat voortzetting van de therapie logisch is (de cliënt is *on track*), dat bijstelling nodig is of in het uiterste geval dat de therapie weinig zin heeft en dus beter gestopt kan worden. De eerste en de laatste optie zijn redelijk eenduidig. Meer positieve of meer negatieve scores geven een beeld van hoe het wel of niet loopt. Maar hoe kan op basis van het verloop van de score de therapie worden bijgesteld? Dat ligt ingewikkelder. Er zijn steeds een aantal mogelijkheden, die in de volgende paragrafen beschreven worden, afhankelijk van hoe de score(s) geïnterpreteerd worden.

Betekenis van de scores op de resultaatschalen

1. Gewaarwording

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'Door het voelen van materialen ervaar ik echt wat er op dat moment in mij gebeurt.' Een lage score betekent dat de cliënt op dit punt in zijn behandelproces geen verband voelt tussen voelen en handelen in het beeldend werken als zijnde van betekenis voor hemzelf. Dit betreft zintuiglijke, kinesthetische en emotionele gewaarwordingen aan de hand van het werken met beeldende middelen, voor- en afkeuren over wat hem ligt en wat niet en wat hij daarin ervaart. De aanpassing die de beeldend therapeut kan doen om een meer

Tabel 2: De negen schalen van de BTV-PS B/C.

BTV-PS B/C	
Zes resultaatschalen:	1. gewaarwording 2. persoonlijke integratie 3. emotieregulatie 4. gedragsverandering 5. sociaal functioneren 6. inzicht/begrip
Drie processchalen:	1. condities 2. kenmerken van beeldende therapie 3. baat bij beeldende therapie

positief resultaat te stimuleren is oefeningen aanbieden die gericht zijn op gewaarworden van zintuiglijke ervaringen, het werken vanuit beweging en aandacht voor lichamelijke en emotionele signalen.

Een hoge score betekent dat de cliënt duidelijk verband voelt tussen voelen en handelen in beeldend werken gekoppeld naar zichzelf. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Ik ben me gewaar van de zintuiglijke, fysieke en emotionele ervaring'.

2. Persoonlijke Integratie

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'In de beeldende therapie kan ik mijn gevoelens verbeelden'. Een lage score betekent dat de cliënt op dit punt in zijn proces zijn eigen beeldend werk niet ziet of niet wil zien als beelden van zichzelf, waar hijzelf gesymboliseerd te zien is. De cliënt kan zijn eigen beeldend werk niet accepteren en zijn persoonlijke thema's niet (h)erkennen. Aanpassingen die de beeldend therapeut kan doen om een meer positief resultaat te stimuleren is karakteristieken van de vormgeving van de cliënt benadrukken, zodat deze gaat zien wat zijn eigen stijl/handschrift is in zijn beeldend werk, en stimuleren dat cliënten in de groep elkaar feedback geven op het eigene van het werk van de cliënt, verschillen tussen elkaars beeldende uitwerkingen (laten) benoemen, en het laten vormgeven aan 'zelfbeelden' en persoonlijke thema's door middel van directe, semidirecte en indirecte werkvormen.

Een hoge score betekent dat de cliënt in staat is zijn eigen beeldend werk te zien als beelden van zichzelf, waar hijzelf gesymboliseerd te zien is. De cliënt kan zijn eigen beeldend werk accepteren als horend bij hem en zijn persoonlijke thema's (h)erkennen. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Dit ben ik en dit houdt mij bezig'.

Lieke (53 jr.) scoort opvallend laag op de schaal Persoonlijke Integratie en speciaal op item 24: 'Ik kan mijn eigen beeldend werk niet accepteren'. Dit was klinisch niet goed in beeld. Cliënte laat wel onzekerheid zien over eigen beeldend werk maar dit antwoord is wel een belangrijk signaal dat zelfacceptatie in het geding is. Lieke heeft een dermate negatief zelfbeeld dat maakt dat zij haar eigen product sterk veroordeelt, zelfs verafschuwt en zichzelf niet accepteert. De therapeut is door deze opvallende score gealarmeerd en om hierin een positieve verandering te bewerkstelligen, besteedt zij veel actieve aandacht aan het verkennen en (h)erkennen van kwaliteiten van Lieke door deze te benutten, te benoemen en specifieke beeldende oefeningen te geven om hieraan te werken. Ook zet de therapeut bewust bekrachtigende validerende (medium)interventies in door foto's te maken van het beeldend werk, deze af te drukken en mee te geven, en door een passe-partout te maken voor een schilderij.

3. Emotieregulatie

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'Als ik boos, bang, verdrietig of juist blij ben, dan ervaar ik dat in hoe ik bezig ben in het beeldend werken'. Een lage score betekent dat de cliënt ervaart dat hij zijn emoties en impulsen niet tot uitdrukking kan brengen via het beeldend werk, om tot ontlasting en verbeelding te komen op dit punt in zijn behandelproces. Het beeldend werken is geen 'voertuig' voor hem, hij kan er niks in kwijt. De aanpassing die de beeldend therapeut kan doen om een meer positief resultaat te stimuleren is het aanbieden van oefeningen die te maken hebben met op verschillende manier gebruiken van materialen en met verschillende bewegingen (hard/zacht, snel/langzaam et cetera) om zo verschillende gevoelens en impulsen te kunnen volgen en uitdrukken. Oefenen met loslaten en weer kunnen stoppen is belangrijk in het gaan toelaten en durven beleven van emoties of in het durven gebruiken van impulsen in het beeldend werken.

Een hoge score betekent dat de cliënt ervaart dat hij zijn emoties en impulsen goed tot uitdrukking kan brengen via het beeldend werk om zo tot ontlasting en verbeelding te komen. Het beeldend werken is een uitlaatklep voor hem, hij kan er veel in kwijt. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Ik kan me expressief uiten en ontladen'.

4. Gedragsverandering

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'In het beeldend werk ben ik bezig om iets op een andere manier aan te pakken (bijvoorbeeld proberen vrijer te werken of minder negatief te oordelen over eigen werk)'. Een lage score betekent dat de cliënt op dit punt in zijn proces geen oog heeft voor het eigen gedrag in en tijdens het beeldend werken. Hij oefent niet met ander gedrag en weet de ervaring van de therapie niet in te zetten in het gedrag buiten de therapie. De aanpassing die de beeldend therapeut kan doen om een meer positief resultaat te stimuleren is observaties van het gedrag van cliënt laten benoemen door groepsleden of door dit zelf te doen. De therapeut kan het (beeldend) gedrag met de cliënt bespreken en onderzoeken aan de hand van het beeldend proces, het beeldend product en zijn gedrag in de therapie. Vervolgens kan de therapeut gedragsexperimenten en samenwerkingsoefeningen aanbieden.

Een hoge score betekent dat de cliënt het eigen gedrag ziet en onderzoekt in en tijdens het beeldend werken. Hij oefent met ander, alternatief gedrag en geeft aan deze ervaring ook buiten de therapie in te kunnen zetten. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Ik zie mijn eigen gedrag en kan dit veranderen'.

5. Sociaal functioneren

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'Samenwerkingsoefeningen ervaar ik vaak als leerzaam'. Een lage

score betekent dat de cliënt op dit punt in zijn proces niet over de vaardigheden beschikt om meerwaarde en/of steun van de groep te ervaren of te aanvaarden. De cliënt maakt niet makkelijker contact door deelname aan de beeldende therapiegroep en/of oefent niet met leren samenwerken. De aanpassing die de beeldend therapeut kan doen om een meer positief resultaat te stimuleren is werkvormen aanbieden die sociaal gedrag uitdagen en interventies inzetten die interactie tussen de groepsleden bevorderen. Werkvormen kunnen worden uitgevoerd in tweetallen of in de hele groep, waarbij het zowel gaat om leren samenwerken (het vinden van een balans tussen eigen individuele belangen en die van anderen of van de groep als geheel, positie bepalen, zichtbaar zijn, helpen en geholpen worden et cetera) als om aangaan van conflicten. Onderlinge interactie kan worden bevorderd door het explicieter vragen om op elkaar te reageren, verbaal en non-verbaal in het beeldend werk, door het laten uitspreken van herkenning, steun en verschil van mening, door in de nabespreking feedback te geven op elkaars (beeldend) gedrag en elkaars beeldend werk. Een hoge score betekent dat de cliënt meerwaarde en steun van de groep ervaart, hij leert om makkelijker contact te maken en oefent met ander sociaal gedrag. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Ik leer door middel van de groep en ik oefen ander sociaal gedrag'.

6. Inzicht en begrip

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'Door het woorden geven aan werkstukken kom ik tot een beter begrip van mijzelf'. Een relatief lage score betekent dat de cliënt door de ervaringen in beeldende therapie op dit moment in de tijd niet tot meer inzicht en begrip komt ten opzichte van zichzelf en anderen. De cliënt denkt er niet verder over na en gebruikt de nabespreking van beeldend werk niet om tot cognitieve kadering te komen. De aanpassing die de beeldend therapeut kan doen is actief aandacht besteden aan het komen tot meer begrip van het eigen handelen en voelen, het inzicht krijgen door gedachtevorming te stimuleren waarbij het gaat om de intra- en interpersoonlijke dynamiek en problematiek.

Een hoge score betekent dat de cliënt door de ervaringen in beeldende therapie tot inzicht en begrip komt ten opzichte van zichzelf en anderen. De cliënt denkt er verder over na en gebruikt de nabespreking van beeldend werk om tot cognitieve kadering en overstijgende gedachtevorming te komen. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Dit weet en begrijp ik van mezelf'.

Frits (man, 36 jr.) scoort positief op de vragen met betrekking tot 'Emotieregulatie' maar relatief veel minder positief op 'Inzicht en begrip'. In een gesprek geeft Frits aan dat hij merkt dat hij zich kan uitdrukken in het beeldend wer-

ken, in die zin dat hij er veel aan beleeft en zich soms even uitleeft. In de nabespreking weet hij er niet veel meer over te zeggen. Hij ervaart, zo blijkt, wel uitdrukkingsmogelijkheden maar hij denkt er verder niet over na in het licht van zijn behandeldoelen. Hij komt daardoor relatief minder tot cognitieve verwerking. De beeldend therapeut probeert de overstijgende gedachtevorming van Frits meer uit te dagen door veel aandacht te besteden aan stilstaan bij en verwoorden van het handelen, het beschrijven van zijn beel-

ROM kan belangrijke ervaringen, successen en tekorten in het hulpverleningstraject zichtbaar maken

dend werk en de betekenis hiervan. Zo wordt hij uitgedaagd meer cognitieve kaders en verbanden te gaan leggen.

Betekenis van de scores op de processchalen

1. Conditie

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'Ik voel me serieus genomen in de beeldende therapie'. Een relatief lage score betekent dat de cliënt de therapeut ervaart als oordelend en zich niet serieus genomen voelt. De cliënt voelt zowel te weinig vrijheid als te weinig houvast om tot betekenisvolle vormgeving te kunnen komen in beeldende therapie. De aanpassing die de beeldend therapeut kan doen om een meer positief resultaat te stimuleren is meer persoonlijke aandacht tonen in zijn therapeutische houding, meer structuur bieden om houvast en veiligheid te geven, afstemmen in de begeleiding waar meer vrijheid gewenst is, ruimte bieden voor eigen inbreng en vraaggericht te werken. Een hoge score betekent dat de cliënt de therapeut ervaart als oordeelvrij en dat de cliënt zich serieus genomen voelt. De cliënt voelt optimale vrijheid en tevens voldoende houvast om tot vormgeving te kunnen komen in beeldende therapie. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Ik voel ruimte en aandacht voor wie ik ben; ik ben in goede handen'.

2. Kenmerken van beeldende therapie

Een voorbeeld van een item uit deze schaal is: 'In gesprekstherapie kan ik me beter op mezelf concentreren dan in beeldende therapie'. Een lage score betekent dat beeldende therapie op dit punt in de tijd door de cliënt als lastig wordt ervaren. De cliënt geeft aan door beeldende therapie niet extra met gevoelens in contact te komen vergeleken met gesprekstherapie. De cliënt kan zich in beeldende therapie moeilijk op zichzelf concentreren en deze situatie voelt onveilig, meer ongecontroleerd voor de cliënt dan gesprekstherapie. De cliënt voelt zich meer

thuis bij woorden dan bij beelden. De aanpassing van die de beeldende therapeut kan doen om een meer positief resultaat te stimuleren is: proberen de beeldende therapie-sessies veiliger te maken, bijvoorbeeld door de mate van concentratie te verhogen door daarop gerichte werkvormen in te zetten en door af te spreken tijdens het werken niet te praten. Afhankelijk van de cliënt en zijn behoefte kan meer materiaal- of meer themagericht gewerkt gaan worden. Door meer materiaalgericht te werken kan er meer focus komen op actief ervaren en gevoelsmatig betrokken raken. Als dit te spannend is, is het inzetten van meer cognitief

Therapeuten schatten hun eigen presteren en de progressie van hun cliënten structureel te hoog in

gerichte werkvormen een optie. Hierin kan meer controle gevoeld worden en kan de cliënt vaak makkelijker betekenis toekennen aan de beeldende vormgeving.

Een hoge score op deze schaal betekent dat beeldende therapie door de cliënt als een prettige ingang of manier wordt ervaren. De cliënt komt door beeldende therapie sterker tot het ervaren en herkennen van emoties vergeleken met gesprekstherapie. De cliënt kan zich beter op zichzelf concentreren en beeldende therapie voelt veiliger voor de cliënt dan gesprekstherapie. De cliënt voelt zich meer thuis bij beelden dan bij woorden. De kern van wat deze schaal beschrijft is: 'Beeldende therapie is een goede, veilige en directe therapeutische ingang voor mij'.

3. Baat bij beeldende therapie

De hoofdvraag van wat deze schaal is: 'Heeft u baat gehad bij beeldende therapie?' De subvragen splitsen dit uit naar verbeteringen op de gebieden van dagelijks, emotioneel en sociaal functioneren. Het kan zo zijn dat de schaal score 'Baat bij beeldende therapie' op de BTV-PS B/C bevestigt wat de therapeut klinisch observeert. Dat betekent dat therapeut en cliënt overeenstemming hebben over 'hoe het loopt'. Het kan dus ook betekenen dat cliënt en therapeut het eens zijn over dat het niet goed loopt. Dat vraagt dan om nadere bespreking van de scores om tot bijstelling van de therapie te komen en de vraag te stellen of de therapie wel geïndiceerd is. Het kan ook zo zijn dat er een groot verschil zit tussen de observaties van de therapeut en de score van de cliënt.

Als de score op de schaal 'Baat bij beeldende therapie' negatief is, en de klinische observatie van de therapeut is positief, dan zou de therapeut zich moeten afvragen wat zou er kunnen spelen. Krijgt de cliënt te weinig houvast, wordt dit onvoldoende gezien of wordt er te weinig voldaan

aan de condities voor beeldende therapie om ervan te kunnen profiteren? De therapeut kan deze discrepantie tussen score en klinische indruk bespreekbaar maken met de cliënt waarbij de cliënt expliciet uitgenodigd wordt om aan te geven wat er aan de hand is en waaraan hij behoefte heeft om de therapie voor zichzelf beter te kunnen benutten. Het kan ook zo zijn dat de cliënt meer ruimte voelt om zich negatief kritisch te uiten bij het beantwoorden van de vragenlijst tijdens de therapie. Aanpassing van de beeldend therapeut kan zijn dat deze meer ruimte maakt voor het uiten van de mening(en) van de cliënt tijdens de therapie of door de cliënt meer sturing of verantwoordelijkheid voor het eigen proces te geven. Weer een andere mogelijkheid is dat er sprake is van cognitieve vervorming waarbij ervaringen (te) negatief geduid worden. Dan gebeurt dit mogelijk ook op andere levensterreinen. Krijgt de ervaring wel de kans om tot verandering te leiden in het patroon van voelen, doen en denken? De aanpassing die de therapeut hierop kan maken is bijvoorbeeld het bewust maken van de negatief gekleurde bril die iemand heeft en het stimuleren van realiteitstoetsing of het aandacht geven aan het stilstaan bij en vasthouden van positieve ervaringen.

Als de score op de schaal 'Baat bij beeldende therapie' positief is, en de klinische observatie van de therapeut is meer negatief, dan roept dit net zo goed vragen op. Is beeldende therapie een goede ingang voor de cliënt omdat deze hier positief tegenover staat, meer dan deze eventueel al in zijn gedrag tijdens de therapie laat zien? Dan zou deze ingang, zeker in het licht van een breed multidisciplinaire aanbod van therapieën mogelijk juist perspectief kunnen bieden. Aanpassing qua interventies is niet nodig of het moet gericht zijn op het meer uitbuiten van deze positieve ingang, het valideren van de (nog weinig zichtbare) positieve ervaringen. Een andere mogelijkheid is dat het betekent dat de cliënt met deze score vooral zijn goede wil toont. Misschien poogt de cliënt door een (te) positief beeld te schetsen een mogelijk conflict (met de therapeut of in zichzelf) te vermijden. De aanpassing kan zijn dat de therapeut de cliënt actief uitnodigt tot een kritische houding en daar open, welwillend tegenover staat. Ten slotte kan er ook sprake zijn van een cognitieve vervorming waarbij ervaringen (te) positief geduid worden. Aanpassing die de therapeut hierop kan maken is bijvoorbeeld het bewust maken van de zogenaamde 'roze bril' die iemand heeft en het stimuleren voor realiteitstoetsing.

Conclusie

Het meten van voortgang, in de vorm van proces- en resultaatmeting, in beeldende therapie is belangrijk en de BTV-PS B/C stelt een objectieve maat beschikbaar voor meerdere doeleinden. Deze doeleinden zijn: hypothesevervorming voor onderzoeksdoeleinden, het primaire proces, het

vaststellen van de therapeutische meerwaarde voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, de professionele reflectie van de therapeut, de therapeutische relatie en het komen tot gerichte interventies.

Het meten van voortgang op zich kan ook een inhoudelijke meerwaarde hebben specifiek voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Eigen aan de problematiek is immers veelal het zich laten meevoeren in (wisselende) emoties, stemmingen of impulsen (American Psychiatric Association, 2013), maar door het vragen en gebruiken van feedback wordt bij de cliënt de meer volwassen, sterke kant uitgedaagd. Autonomie van de cliënt is ook een centraal gegeven waarbij het belangrijk is dat de cliënt zijn mening bepaalt, leert binnen de gegeven grenzen en mogelijkheden zelf richting aan zijn of haar leven te geven en de eigen draagkracht te vergroten (Haeyen, 2007). Het bespreken van de feedback kan tevens een positieve uitwerking hebben op het *reframen* van het vaak zeer negatieve zelfbeeld dat veel cliënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben en op het inzicht in hun eigen problematiek (Finn & Tonsager, 1997). Door feedback te vragen en terug te koppelen wordt juist daar een appèl op gedaan.

Ook de beeldend therapeut die werkt met deze doelgroep heeft baat bij objectieve gegevens over de therapie omdat therapeuten zoals gezegd te optimistisch zijn en niet zo goed blijken in het inschatten van de progressie van hun eigen cliënten, met name als deze niet goed vooruitgaan. Beeldend therapeuten vormen hier geen uitzondering op. Daarbij kenmerkt beeldende therapie zich door ervaringen in het beeldend werken (Schweizer et al., 2009), waar niet altijd (meteen) woorden aan kunnen worden gegeven. Dat betekent dat het risico op misinterpretaties van hoe het er met de cliënt voor staat en wat deze nodig heeft, mogelijk meer dan bij andere, meer verbale of cognitieve therapievormen op de loer ligt. Het werken met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek doet een appèl op het vermogen van de beeldend therapeut om met enige afstand te kijken naar wat zich afspeelt in de therapeutische driehoek in de interactie tussen cliënt, medium en therapeut. Een monitingsysteem kan daarbij helpen.

De BTV-PS B/C biedt dus veel mogelijkheden, maar er zijn ook kritische kanttekeningen te maken. Op macroniveau kan er naast gebruik ook misbruik gemaakt worden van resultaten uit de ROM met de BTV-PS B/C door beleidsmakers. Het is goed om daar alert op te zijn zodat dat voorkomen wordt. Wanneer we naar de vragenlijst zelf kijken is er wetenschappelijk gezien een normering nodig om te bepalen of er sprake is van een hoge of een lage score op de BTV-PS B/C. Deze normscore is echter (nog) niet bepaald. Dit vraagt om meer onderzoek, ook bij homogene groepen. Wel kan er door een beeldend therapeut worden gekeken naar de verandering binnen een individu en in de

loop van de tijd. De interpretatie van resultaten kan lastig zijn. Het is aan te bevelen om de meetresultaten te bespreken met de cliënt, zodat de beeldende therapie waar nodig kan worden bijgesteld. Alleen dan zal het meten, als extra informatiebron, ook bijdragen aan verbetering van de beeldend-therapeutische werkrelatie en aan een verbetering van het beeldend-therapeutische proces. Dit raakt echter aan een ander kritisch punt: de tijdsinvestering die terugkoppeling vraagt. De implementatie van de BTV-PS B/C zal op dit punt mogelijk weerstand bij sommigen oproepen. Desondanks kan deze investering bijdragen aan de kwaliteit van de therapeutische relatie en dus aan het therapieresultaat. Weerstand bij de implementatie van feedback in de zorgpraktijk is er mogelijk ook op het gebied van meer therapeutfactoren zoals de persoonlijke eigenschappen van de therapeut (De Jong, 2012). De mate van openstaan voor feedback van de therapeut is belangrijk en blijft ook afhankelijk van karakter en sekse (De Jong). Omgaan met feedback van de cliënt is mogelijk lastig als deze niet conform je verwachting is en soms minder positief is dan je hoopt. Echter, het perspectief van de cliënt is uitgangspunt in de zorg en het is een misvatting om te veronderstellen dat wij dit perspectief voldoende kennen, zo verwoordt Beenackers (2011). Weerstand kan herkend worden in het feit dat mensen de neiging hebben om negatieve resultaten naast zich neer te leggen en ze aan de omstandigheden te wijten. Negatieve uitkomsten sporen therapeut en cliënt echter het beste aan tot gedragsverandering (Buwalda, Nugter, Swinkels & Mulder, 2011). Wanneer feedback goed ontvangen wordt, draagt het bij aan de therapeutische relatie, hetgeen één van de beste voorspellers is voor een succesvolle behandeling. Omdat het bespreken van feedback met de cliënt de meeste positieve impact heeft op cliënten die niet goed vooruitgaan in therapie, is het belangrijk om juist in gesprek te gaan met cliënten die mogelijk niet (goed) profiteren van beeldende therapie. Zo draagt deze manier van meten op verschillende manieren bij aan verantwoording en bijsturing van beeldende therapie om meer aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt. Dan wordt meten méér dan weten!

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- Arntz, A. & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Beenackers, M., (2011). *Perspectief cliënt ontbreekt*. (Boekrecensie over Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten. V.J.A. Buwalda, M.A. Nugter, J.A. Swinkens, C.L. Mulder (red.)). Verkregen van http://routine-outcomemonitoring.nl/wp-content/uploads/2013/04/Recensie_Praktijkboek_ROM_in_de_ggz.pdf. Geraadpleegd op 09-06-2015.
- Buwalda, V., Nugter, M., Swinkels, J. & Mulder, C. (red.) (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz: een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Carlier, I., Meuldijk, D., Vliet, I. van, Fenema, E. van, Wee, N. van der, Zitman, F. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 121-127.
- Claassen, A. & Pol, S. (Red.) (2015). *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Crits-Christoph, P., Ring-Kurtz, S., Hamilton, J., Lambert, M., Gallop, R., McClure, B. . . & Rotrosen, R. (2011). A preliminary study of the effects of individual patient-level feedback in outpatient substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 301-309.
- Davis, D., Mazmanian, P., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K., & Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence. A systematic review. *JAMA*, 296(9), 1094-1102.
- Jong, K. de (2012). *A chance for change: Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. Leiden: Leiden University.
- Finn, S., & Tonsager, M. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: complementary paradigms. *American Psychological Association*, 9(4), 374-385.
- Gezondheidsraad (2001). *Doelmatigheid van langdurige psychotherapie*. Den Haag: auteur.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapie vragenlijst*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Haeyen, S., Hooren, S. van, & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of Personality Disorders, cluster B/C: A qualitative study. *Arts in Psychotherapy*, 45, 1-10. doi:10.1016/j.aip.2015.04.005
- Hees, S. van, Vlist, P. van der, & Mulder, N. (2011). *Van weten naar meten: ROM in de GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Janse, P., Boezen-Hilberdink L., Dijk M. van, Verbraak, M., & Hutschemaekers G. (2014). Measuring feedback from clients: The psychometric properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 30, 86-92.
- Lambert, M. (2005a). Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 141-144.
- Lambert, M. (2005b). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855-869.
- Lambert, M. J. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 413-420.
- Lambert, M. & Barley, D. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness in patient needs* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J., & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165-174.
- Lambert, M., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 48(1), 72-80.
- Lambert, M., Whipple, J., Hawkins, E., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Smart, D. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288-301. doi: 10.1093/clipsy.bpg025
- Linehan, M. (1996). *Borderline Persoonlijkheidsstoornis: Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Michelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Miller, S. & Duncan, B. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: administration and scoring manual*. Chicago (IL): Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, research and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 145-153.
- Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M., & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stinkens, N., Smits, D., Claes, L., & Soenen, S. (2012). Zinvol 'rommen': zoeken naar een evenwicht tussen gebruiksvriendelijkheid en klinische relevantie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 161-165.
- Vandereyken, W. & Deth, R. van (2009). *Psychotherapie: Van theorie tot praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (2015). www.vvgg.be. Geraadpleegd op 26-05-2015.

Over de auteurs

Suzanne Haeyen is geregistreerd beeldend therapeut, MATH/voorzitter leerkring Vaktherapie, Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet en hoofddocent bij de Creatieve Therapie Opleiding van Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Zij participeert in KenVak, geeft les bij de landelijke masteropleiding 'Master of Arts therapies' en leidde het project voor het Landelijk Domeinprofiel bacheloropleidingen Vaktherapeutische beroepen. Zij is bezig met promotieonderzoek bij Radboud Universiteit Nijmegen.
E: s.haeyen@ggnet.nl

*Door het vragen en gebruiken
van feedback wordt bij de cliënt de
meer volwassen, sterke kant uitgedaagd*

Susan van Hooren is lector van het landelijk lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën en teamleider van de landelijke masteropleiding 'Master of Arts therapies'. Daarnaast is zij als universitair docent werkzaam bij de faculteit Psychologie en Onderwijswetenschappen van de Open Universiteit. Dr. Giel Hutschemaekers is als hoogleraar geestelijke gezondheidszorg verbonden aan de Radboud Universiteit te Nijmegen (klinische psychologie). Daarnaast is hij als hoofd Zorgprogramma Indigo Basis GGZ en als hoofd onderzoek verbonden aan Pro Persona.

Samenvatting

In dit artikel gaan we in op proces- en resultaatmeting in beeldende therapie. Daartoe schetsen we eerst een kader voor de verschillende vormen van meten: werkzaamheid en doeltreffendheid onderzoek, proces- en resultaatmeting. De verschillende vormen van meten hebben elk hun eigen betekenis en leiden tot daarbij passende conclusies. Zo vraagt onderzoek naar werkzaamheid een experimentele

Door Albert Berman



aanpak, met het oog op het toetsen van causale relaties. In het monitoren van de dagelijkse behandelpraktijk gaat het vooral over proces- en resultaatmetingen. Die leiden tot inzicht en zinvolle feedback maar bieden ook aanknopingspunten voor hypothesen over wat er precies aan de hand is. We werken proces- en resultaatmeting uit aan de hand van persoonlijkheidsproblematiek cluster B/C in relatie tot beeldende therapie. We spitsen de analyse toe op de totstandkoming en het klinisch gebruik van de beeldende therapie vragenlijst voor persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C (BTV-PS B/C). We gaan daarbij in op de betekenis van scores en hoe deze kunnen leiden tot bijstelling van de therapie. Het terugkoppelingsgesprek met de cliënt over de gemeten uitkomsten draagt bij aan inzicht in de werkzaamheid van de beeldende therapie en aan de therapeutische relatie. Aldus beschouwd is meten méér dan weten, het verhoogt de kwaliteit van de lopende behandeling. ■

Ik kreeg van de redactie een goede tip: meten is weten! Ik was het een beetje vergeten, maar het rijmt, dus het is vast waar.

De tip zette me weer op het juiste spoor,

dus dank daarvoor. Wat is het toch heerlijk als je dingen zeker weet, doordat je ze meet. Ik heb allereerst een klantentevredenheidsonderzoek bedacht. Sinds 6 weken krijgt iedereen na bezoek aan mijn therapie meteen een mailtje thuisgestuurd. Wilt u de online survey invullen en de muziektherapieservice een rating geven? Het kost maar 2 minuutjes en onder de respondenten verloot ik maandelijks 2 restaurantbonnen (zelf bij elkaar gespaard bij de AH, dus het kost me niks). Ik sta nu gemiddeld op een 8,3 en dat lijkt me een aardig cijfer. Ik zou hem graag willen vergelijken met die van andere vaktherapeuten, maar ja, die zijn nog niet zover. Overigens krijg ik ook wel eens een 3 of een 4, dus dat zegt wel iets over de objectiviteit van mijn onderzoek.

Mijn andere onderzoek is nog concreter, de mensen merken er niks van, en het is dus zeer betrouwbaar! Ik tel namelijk hoeveel tissues er worden verbruikt, noteer bij welke liederen mensen gaan huilen, maar ook hoe vaak er gelachen wordt tijdens de therapie. Uit mijn kortlopende onderzoek blijkt dat de afgelopen zes weken 24 mensen hebben gehuild bij 'Mag ik dan bij jou' van Claudia de Breij, en dat daar 142 tissues bij zijn besnotterd. Er is daarnaast 253 keer gelachen door cliënten (in 6 weken hè) en ik ben best trots op dat cijfer. Met name omdat ik geen grappen vertel; hoogstens belicht ik enkele enigszins aangescherpte dieptepunten uit mijn eigen leven, die vinden mensen vaak wel grappig. Dat verhoogt de ontvankelijkheid voor de therapie, las ik al in de survey. Verder is er 36 keer iemand boos geworden, 14 keer omdat het muziek maken frustrerend was (leve de hoge eisen), 12 keer omdat dingen uit het verleden naar boven kwamen (maar dit konden we wel weer 'kanaliseren') en 6 keer omdat de therapie afgelopen was. 4 mensen daarentegen liepen weg omdat ze boos op de therapeut waren, eh, op mij dus, eigenlijk. Ze kwamen ook weer terug gelukkig, maar ze konden even niet tegen de 'opervlakkigheid' van de therapie. Ja, ik denk dat zij die lage ratings hebben gegeven. Alla, je kunt het niet ieder naar de zin maken.

Het effect van de therapie op langere termijn, dat is nog iets wat ik wil meten, maar waar ik nog geen vorm voor heb. Er is in mijn instelling wel een zogenaamde Routine Outcome Measurement (ROM), maar nog niemand is op het idee gekomen om daar het effect van de verschillende (vak)therapieën in mee te nemen. Dus ik dacht eigenlijk aan iets anders: een reünie van oud-'cursisten', zullen we maar zeggen. Binnenkort huur ik de Jaarbeurs af, daar passen ze hopelijk net in. Wie wil helpen met meten?