

**ERVAREN MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN  
INDIVIDUELE BEELDENE THERAPIE OP AFSTAND VIA  
BEELDBELLEN**

een exploratief kwalitatief onderzoek

Interne promotor: Mevr. Adelheid DE WITTE  
Externe promotor: Prof. dr. Em. Maria Grypdonck

Academiejaar: 2020-2021

Bachelorproef ingediend door  
Els TOBBACK  
tot het bekomen van de graad van Bachelor na  
bachelor in de Creatieve therapie – Beeldende  
therapie



## ABSTRACT

<b>Ervaren mogelijkheden en beperkingen van individuele beeldende therapie op afstand via beeldbellen: een exploratief kwalitatief onderzoek</b>	
Promotiejaar:	2021
Student:	Els Tobback
Externe promotor:	Prof. dr. Em. Maria Grypdonck
Interne promotor:	Mevr. Adelheid De Witte
Trefwoorden:	Beeldende therapie, beeldbellen, COVID-19, semi-gestructureerde interviews, condities, beperkingen
<b>Abstract</b>	
<p><b>PROBLEEMSTELLING:</b> Omwille van de COVID-19 pandemie en de bijhorende infectiebeperkende maatregelen vonden beeldend therapeuten noodgedwongen hun weg naar beeldbellen om therapie verder te zetten of aan te vatten. Deze studie exploreerde de ervaringen van individuele beeldende therapie via beeldbellen.</p> <p><b>ONDERZOEKSMETHODE:</b> Vijf beeldend therapeuten werden bevraagd via semi-gestructureerde interviews over hun ervaringen die verband houden met de werking op de 3 assen van de creatief therapeutische driehoek en het onlinegegeven. Data-analyse gebeurde inductief.</p> <p><b>RESULTATEN:</b> Vanuit de ervaringen kwamen 4 hoofdthema's naar voren: condities, voor wie, beperkingen en effectiviteit. De condities waaronder beeldende therapie kon plaatsvinden waren de aanwezigheid van de therapeut en de veiligheid in de thuisomgeving van de cliënt of diens privacy. Beeldende therapie via beeldbellen was een waardig alternatief wanneer face-to-face therapie niet organiseerbaar was, voor specifieke casussen en voor kinderen ouder dan 5. Sommige therapeuten zagen beeldbeltherapie breder toepasbaar. Beperkingen situeerden zich op vlak van beschikbare beeldende materialen en methodieken, zichtbaarheid op de lichaamstaal en het werkproces, tonen van het werkstuk en bewegingsruimte voor kinderen. De beeldbelsessies werden effectief bevonden door de verschillende therapeuten, al werden deze afgebakend binnen de eigen randvoorwaarden georganiseerd.</p> <p><b>CONCLUSIE:</b> Beeldende therapie via beeldbellen was 'anders' dan face-to-face. Het was zoeken naar een nieuw, veilig kader waarbinnen creatief therapeutisch kon gewerkt worden. Iedere therapeut bepaalde zelf binnen welke voorwaarden ze dit haalbaar vond.</p> <p><b>AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK:</b> Bijkomend diepteonderzoek naar ervaringen met therapeuten en cliënten is aangewezen om aanbevelingen voor de praktijk te formuleren.</p>	

## INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF .....	3
HOOFDSTUK 1: LITERATUURSTUDIE .....	6
1    Professioneel beeldbellen in de zorg: definitie .....	6
2    Creatieve therapie via beeldbellen .....	6
2.1    Onderzoek naar beeldende therapie via beeldbellen bij kankerpatiënten .....	6
2.2    Inbedding van beeldende, dans/bewegings-, en muziektherapie in een livestream rehabilitatieprogramma voor veteranen in landelijke regio's .....	8
2.3    Dramatherapie via beeldbellen .....	10
2.4    Dans/bewegingstherapie via beeldbellen .....	11
3    Kwalitatief onderzoek naar beeldbellen in de mentale gezondheidszorg .....	12
3.1    Kenniss vanuit kwalitatief onderzoek .....	12
3.2    Systematisch overzicht van originele kwalitatieve studies naar beeldbellen binnen verbale psychotherapie .....	12
HOOFDSTUK 2: ONDERZOEKSMETHODE .....	17
1    Onderzoeksdesign .....	17
2    Participanten .....	17
3    Datacollectie .....	18
4    Data-analyse .....	19
5    Ethische aspecten .....	19
HOOFDSTUK 3: RESULTATEN .....	20
1    Gebruik van beeldbellen door de participanten .....	20
2    Ervaringen van de participanten .....	20
3.1    Conditie .....	21
3.1.1    Aanwezigheid .....	21
3.1.2    Veiligheid in de thuisomgeving van de cliënt .....	24
3.2    Voor wie .....	26
3.3    Beperkingen .....	29
3.3.1    Beperkte beeldende materialen en methodieken .....	29
3.3.2    Beperkte zichtbaarheid .....	30
3.3.3    Beperkingen in tonen van het werkstuk .....	32
3.3.4    Beperkte bewegingsruimte .....	32
3.4    Effectiviteit .....	33
HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE EN CONCLUSIE .....	35
1    Discussie .....	35

<b>2</b>	<b>Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek .....</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Conclusie .....</b>	<b>38</b>
	<b>LITERATUURLIJST .....</b>	<b>39</b>
	<b>BIJLAGENLIJST .....</b>	<b>42</b>

## **WOORD VOORAF**

Ondertussen meer dan een jaar geleden werden we plots geconfronteerd met een pandemie die op ieders leven zou intekenen. COVID-19! Wat voor velen eerst een onzeker toekomst was, veranderde gauw in de realiteit van er mee leren omgaan. Op welke manier ook.

Op vlak van communicatie onderging ik een grote ommezwaai naar online lessen binnen de studie en teams vergaderingen op het werk. Dit inspireerde me om te onderzoeken hoe beeldend therapeuten hiermee omgingen en hoe ze hun sessies vanop afstand organiseerden. Ik ging in gesprek met 5 van hen. En we hielden het uiteraard veilig, via beeldbellen. Eerlijk: handig en tijdsbesparend vond ik het wel. Klik en daar zat ik al in 1-op-1 gesprek met iemand die zich misschien kilometers van mij vandaan bevond. Daarnaast werd ik best ook met mijn eigen elektronische onhandigheid geconfronteerd: wist ik veel dat een zwart beeld kon te wijten zijn aan het cameraschermpje dat per ongeluk toegeschoven was (Sorry, BT1!). Of hoe ik telkens een post-it op mijn eigenbeeld op het scherm kleefde om niet door mezelf afgeleid te worden (Sorry dat mijn hoofd maar voor de helft zichtbaar was, BT2. Ik zag het zelf niet...). Nog eerlijker: ik had het beter kunnen doen. Het tijdsbesparend effect verleidde me interviews te plannen tussen de dagelijkse drukte door. Een verplaatsing tot bij de geïnterviewde had me op zijn minst verplicht tijd te nemen en misschien wel me meer mentaal voor te bereiden.

Mogelijkheden en beperkingen... Ik ondervond maar een fractie van wat de beeldend therapeuten me vanuit hun ervaring meegaven. Hartelijk bedankt, allemaal! Prof. Grypdonck, Mieke, ik leerde je kennen via het schermje. Maar de begeleiding had face-to-face niet beter kunnen verlopen. Bedankt om doorheen het hele proces met me mee te wandelen (en naar het einde toe te rennen): we zijn nog in topconditie. Joeri, jij ging initieel mee op pad. Ik liep echter te snel. Haast en spoed... Niettemin bedankt voor de waardevolle gesprekken! Adelheid, bedankt om me tijdens de sprint aan te moedigen: je feedback op mijn last minute doorgestuurde documenten verbeterde beslist mijn tekst.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen en in zowel papieren als digitale versie ter raadpleging beschikbaar wordt gesteld.

Gent, mei 2021

**Els Tobback**

## INLEIDING

Sinds februari 2020 worden infectiebeperkende maatregelen, met inbegrip van social distancing, getroffen om de verspreiding van het nieuwe coronavirus in te dijken. Om de vraag naar therapie op te vangen en de continuïteit van therapie te verzekeren, vinden ook beeldend therapeuten in de geestelijke gezondheidszorg noodgedwongen hun weg naar beeldbellen om vanop afstand therapie verder te zetten of aan te vatten. Beeldende therapie vindt normaliter plaats in een voorziene ruimte met beschikbaarheid van materialen en waar de focus ligt op interactie, doen en ervaren. De beeldend therapeut werkt in de driehoek cliënt – therapeut – mediumactiviteit, ook de creatief therapeutische driehoek genoemd, waarbinnen het medium een specifieke plaats inneemt (Smeijsters, 2014). De 3 assen binnen de driehoek vormen de driezijdige relatie als grondstructuur binnen de beeldende therapie. Op elk van deze assen kan doelgericht en methodisch gewerkt worden (Schweizer, 2009). Tijdens het proces wordt vorm gegeven aan het on-ver-beeld-bare, hetgeen voorafgaandelijk niet representeerbaar of symboliseerbaar was. In het werken en het product dat hierbij gecreëerd wordt, verschijnt de overdracht en heeft de therapeut een centrale rol in het mogelijk maken van een nieuwe of andere sociale band (Van Der Heyden, 2017). Aldus worden zowel de therapeut als de mediumactiviteit aangewend om de problematiek van de cliënt te behandelen, welke een duidelijk verschil toont met de lineaire en verbale relatie bij klassieke psychotherapie.

Met de digitalisering van de maatschappij werd reeds vóór de huidige coronacrisis gebruik gemaakt van online toepassingen binnen het welzijnswerk en de gezondheidszorg waaronder online zelfhulp en –begeleiding alsook beeldbellen als alternatief of als aanvulling op face-to-face contacten binnen blended care. Het wetenschappelijk onderzoek hieromtrent hinkte niet achterop en leidde tot onder meer praktische aanbevelingen en onderbouwde contra-indicaties (De Witte, Bernaerts, Van Assche, Willems, & Van Daele, 2020; Hilty et al., 2013; “Simba”, z.j.). Beeldbellen als potentieel binnen de creatieve therapie in het algemeen en beeldende therapie in het bijzonder is daarentegen relatief nieuw en vormt vanuit de creatief therapeutische driehoeksrelatie een bijkomende uitdaging. Vanuit de beperkt beschikbare internationale literatuur blijkt dat online creatieve therapie vaak als ‘noodmiddel’ ingezet wordt bij moeilijk bereikbare cliënten, veelal woonachtig in landelijke, afgelegen gebieden of met fysieke beperkingen. Vermoedelijk door het ontbreken van deze drijvende factor, kende België vóór de coronapandemie nog geen groot draagvlak voor creatieve therapie vanop afstand. Door de nieuwe drijvende kracht wereldwijd en het hierdoor steeds meer toepassen van beeldende therapie op afstand in het werkveld, is bijkomend onderzoek naar online beeldende therapie uitermate relevant. Dit leidt tot volgende onderzoeksvraag: ‘Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen van beeldende therapie via beeldbellen die worden ervaren?’ Binnen het huidig

exploratief onderzoek zal er gefocust worden op de ervaringen van beeldend therapeuten binnen individuele therapie.

Hoofdstuk 1 geeft een samenvatting van de beschikbare literatuur rond creatieve therapie via beeldbellen. Daarna wordt een systematisch overzicht gegeven van het kwalitatief onderzoek naar beeldbellen binnen de mentale gezondheidstherapie. Hoofdstuk 2 beschrijft de methodologie van het uitgevoerde kwalitatieve onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen van beeldende therapie via beeldbellen zoals die ervaren worden door therapeuten. De resultaten van dit onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 3. De discussie in hoofdstuk 4 biedt een kritische interpretatie van de resultaten, beschrijft de beperkingen van het onderzoek en biedt aanbevelingen voor verder onderzoek.



## HOOFDSTUK 1: LITERATUURSTUDIE

### 1 Professioneel beeldbellen in de zorg: definitie

Online hulpverlening omvat verschillende soorten dienstverlening die in intensiteit variëren en kan gedefinieerd worden als: “Het bieden van informatie, advies of ondersteuning via internet op het gebied van zorg, welzijn of educatie in de vorm van preventie, behandeling of (na)zorg en gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt, het verbeteren van de toegankelijkheid van de hulp en van de toeleiding naar face-to-face (*in-person*) hulp (“E-hulp”, 2007)”. Beeldbellen of videobellen in ambulante hulp en zorg is een vorm van online hulp, die zorg en begeleiding op afstand biedt doordat hulpverlener en cliënt met elkaar communiceren via een beeldscherm (“Beeldbellen opstarten in hulp en zorg in coronacrisis”, 2020).

### 2 Creatieve therapie via beeldbellen

#### 2.1 Onderzoek naar beeldende therapie via beeldbellen bij kankerpatiënten

Binnen beeldende therapie vindt expressie van gedachten en gevoelens plaats door het gebruik van beeldende materialen en methodieken. Het medium helpt de cliënt eveneens zijn expressie te ontdekken vanuit een alsof-spel. Net doen alsof spel werkelijkheid is, heeft tot gevolg dat de ervaring werkelijk gevoeld wordt. Vanuit dit gegeven laat de beeldend therapeut de cliënt ‘in het medium’ experimenteren, opdat de cliënt datgene dat door expressie in het medium tastbaar, zichtbaar en voelbaar wordt, kan integreren als delen van zichzelf. Analoog aan veranderingen in het medium vinden veranderingen in de psychische processen plaats. Het eigenlijke therapeutische proces vindt aldus plaats in het beeldend medium, al kan verbale reflectie of een nabespreking van het proces en het hieruit ontstane product het bewustzijn van wat er in de mediumactiviteit gebeurde versterken (Smeijsters, 2014). Vanuit de exploratie om beeldende therapie te gaan toepassen via beeldbellen, beschrijven Collie en collega’s (2006, 2017) de resultaten van een aantal studies bij kankerpatiënten. Hoewel Collie geen beeldend therapeut is, faciliteert ze als psycholoog groepen die via telezorg beeldende activiteiten of therapie aangeboden krijgen, die betekenisvol en inspirerend kunnen zijn voor creatief therapeuten.

Vanuit het idee steungroepen voor specifieke doelgroepen op te zetten, interviewden Collie et al. (2006) vrouwen met borstkanker (N = 9), beeldend therapeuten (N = 9) en andere deskundigen met

relevante expertise (N = 7) omtrent hun ideeën rond beeldende therapie op afstand. Kwalitatieve analyse van de data leidde tot het formuleren van klinische en technologische richtlijnen. Het bevorderen van de emotionele expressie werd als primaire doelstelling geformuleerd, met name door de vrouwen zelf. Daarnaast waren emotionele ondersteuning (delen van de emoties met groepsleden en/of therapeut), emotionele veiligheid (ondersteunende context, zelfcontrole, structuur en voorspelbaarheid) en ruimte voor individuele verschillen (culturele achtergrond, ervaring met beeldend medium, computervaardigheden) belangrijke peilers binnen beeldende therapie op afstand bij vrouwen met borstkanker. Hoewel de meeste beeldend therapeuten positief stonden ten aanzien van afstandstherapie, werd aanbevolen om vooraf enige achtergrondinformatie over de cliënten te vergaren alsook gesloten groepen te hanteren bij groepstherapie (Collie et al., 2006).

Binnen een participatief onderzoeksdesign bestudeerden Collie et al. (2017) de ervaringen van 7 jongvolwassenen met kanker (18-39 jaar) met beeldende therapie op afstand. De jongvolwassenen namen deel aan 1 of 2 online groepsessies die begeleid werden door 2 ervaren therapeuten waarbij het geven van instructies, het beeldend werken en de bespreking hetzij synchroon via live chat hetzij asynchroon, zonder mogelijkheid tot live chat, plaatsvonden. Data-analyse gebeurde op basis van antwoorden op vragen die gesteld werden in de groepschatbox en individuele interviews die plaatsvonden na de sessies. Het ervaren van comfort, verbondenheid en expressie werden essentieel bevonden. Opvallend voelde de doelgroep zich snel comfortabel door de sterke vertrouwdheid met het online medium. Vermoedelijk door deze vertrouwdheid alsook door het delen van hetzelfde ziektebeeld werd een gevoel van verbondenheid tussen de deelnemers snel geïnstalleerd. De spelervaring binnen het beeldend werken overtrof het piekeren en spoorde aan tot expressie. Het feit dat de groepsleden niet live met elkaar konden praten maar enkel ervaringen via chat tot expressie konden brengen, leverde wisselende ervaringen op bij de deelnemers (Collie et al., 2017). Voor sommigen promootte het chatgegeven de verbale expressie doordat bijdragen en reacties van groepsleden 'gewoon konden stromen' zonder te moeten wachten op een pauze in het gesprek. Een deelnemer benoemde verrast te zijn door de (ondersteunende) toon en persoonlijkheid die ze voelde in de chatbesprekingen. Daartegenover voelde het voor een andere deelnemer anders aan om vragen of bemerkingen 'via de handen' te laten verlopen en gaf ze de voorkeur aan het gebruik van 'de stem'. Voor haar was de twijfel te groot om via de chat bedenkingen te formuleren (Collie et al., 2017). Een gevoel van comfort, verbondenheid en expressie werd maar mogelijk geacht wanneer een veilig online groepsklimaat gecreëerd werd, waarin de taak van de begeleidende therapeuten lag. Naast het faciliteren van een veilige virtuele omgeving, droegen de therapeuten door hun ondersteunende toon en houding ook bij tot het creëren van een ondersteunend groepsklimaat. Een derde taak van de therapeut werd gezien in het aanmoedigen tot dialoog rond ieders beeldend werk. Het delen, gezien

en gehoord worden via het beeldend werk werd als intiëmer ervaren dan het maken van het werkstuk op zich (Collie et al., 2017).

## ***2.2 Inbedding van beeldende, dans/bewegings-, en muziektherapie in een livestream rehabilitatieprogramma voor veteranen in landelijke regio's***

Levy et al. (2018) evalueerden beeldende en dans/bewegingstherapie via beeldbellen bij veteranen vanuit een georganiseerd klinisch programma in de Verenigde Staten drie jaar na opstart. Dit programma ontstond vanuit een noodzaak, doordat veteranen vaak omwille van afstand (landelijke/afgelegen gebieden) of fysieke beperkingen en verwondingen niet op de plaats van therapie kunnen geraken. Het programma bestaat uit een face-to-face initiatiesessie met de cliënt na doorverwijzing door een klinische zorgverstreker voor een specifieke creatieve therapievorm. Tijdens deze sessie wordt een algemene introductie gegeven met betrekking tot creatieve therapie en de plaats binnen het globaal multidisciplinair programma. De technologische vaardigheden worden afgetoetst en zo nodig bijgebeend om een vlotte live en realtime therapie mogelijk te maken. De creatief therapeut toetst mogelijke tegenindicatoren af en samen met de cliënt worden behandeldoelen opgesteld. In geval van beeldende therapie, krijgt de cliënt na afloop van deze initiële sessie een kit mee met beeldende materialen<sup>1</sup> en de uitrusting voor beeldbellen vanuit de thuisomgeving. Na 8 tot 10 wekelijkse sessies op afstand, volgt een face-to-face re-evaluatiemoment waarbij onder andere de vooropgestelde doelstellingen besproken worden en een semi-gestructureerd interview plaatsvindt om de ervaringen van de cliënt in beeld te brengen.

Drie jaar na opstart van online beeldende en dans/bewegingstherapie werd ook muziektherapie toegevoegd aan het creatief therapeutisch programma op afstand (Vaudreuil et al., 2020). Dit vindt plaats volgens hetzelfde principe van doorverwijzing en een face-to-face initiatiesessie, waarna therapie live via beeldbellen wordt verdergezet.

De auteurs hebben de ervaring dat cliënten een meer actieve rol opnemen in hun eigen behandelingsproces en dat ze vaak worden aangemoedigd een eigen creatieve plek te creëren in hun eigen omgeving waaraan ook buiten de sessies om aan de slag gegaan wordt (Levy et al., 2018; Vaudreuil et al., 2020). Een mogelijk nadeel zien de auteurs in het ontbreken van de directe fysieke

---

<sup>1</sup> De kit bestaat uit twee- en driedimensioneel materiaal, waaronder wateroplosbare kleurpotloden, pastels, houtskool, tekenpotloden en pennen, mixed media papier, calqueerpapier, acrylverf, verfborstels, klei, mod podge, gipsgaas, schaar en lat.

aanwezigheid, al beschrijven ze evenzeer het positief effect op vertrouwen doordat cliënten een directe inblik in de eigen leefomgeving toestaan. Spooner et al. (2019) beschreef een casus waarbij die directe inblik als behulpzaam ervaren werd voor het (creatief) therapeutisch proces. De cliënt had het verlangen samen met de therapeut haar levensverhaal te genereren toen ze ter voorbereiding van een verhuizing in aanraking kwam met fysieke spullen, notities en herinneringen aan gebeurtenissen die haar confronteerden met gaten in het weten. De therapeut stelde zich op als schrijver-getuige die het verhaal via het gedeelde scherm neerschreef om orde te creëren op basis van de inzichten en de kennis van de cliënt. Het rechtstreeks en samen onderzoeken van de aanwezige objecten in de thuisomgeving via life-review en reminiscentie leidden bij de cliënt tot het identificeren van hiaten in het weten.

De auteurs formuleerden ook een aantal algemene aandachtspunten en aanbevelingen met betrekking tot indicatie of exclusie voor online creatieve therapie, de thuisomgeving en technologische aspecten. Specifiek voor het beeldend medium worden een aantal aandachtspunten benadrukt met betrekking tot het beperkt zicht via de camera en de kwaliteit van het werkstuk (Levy et al., 2018; Spooner et al., 2019; Vaudreuil et al., 2020, Tabel 1).

Tabel 1. Aandachtspunten en aanbevelingen bij de implementatie van beeldende therapie via beeldbellen bij veteranen (Levy et al., 2018; Spooner et al., 2019; Vaudreuil et al., 2020)

	<b>Aandachtspunten en aanbevelingen</b>	<b>Tegenindicaties</b>
<b>Cliënt-gerelateerde voorwaarden</b>	Geïnformeerde toestemming van cliënt, voldoende technologische competenties, contactgegevens familie in geval van nood	Ernstige/acute mentale problematiek (vb. acute psychose), aangewezen op hulp bij creatieve handelingen
<b>Thuisomgeving:</b> <b>1) privacy</b> <b>2) eigen omgeving</b>	1) Cliënt's verantwoordelijkheid om privacy te garanderen 2) Comfortabele omgeving? Door inblik overwegen om thuisomgeving en/of familiesysteem te betrekken	1) Onmogelijkheid tot privacy, eventueel gebruik van afgesproken 'codewoord' of verplaatsen van sessie
<b>Technologische aspecten</b>	Goede internetconnectie, back-up plan voorzien met name in landelijke gebieden	
<b>Camera</b>	Ondanks beperkingen (gezichtexpressies versus werkproces) zichtbaarheid maximaliseren: affect observeren	
<b>Werkstuk</b>	Foto als mogelijk alternatief voor tonen van werkstuk voor camera, toenemend belang van digitale kunst	Alert zijn voor verhaal van cliënt over werkstuk: bewust zaken verzwijgen

### 2.3 Dramatherapie via beeldbellen

Binnen dramatherapie gaat de cliënt ervaringen opdoen door het in scène zetten van situaties en door de daadwerkelijke belichaming van een rol om aldus psychische en psychosociale processen te beïnvloeden. Het belang van *embodiment*, de belichaming, het fysieke aspect wordt ook benadrukt door de 7 dramatherapeuten die geïnterviewd werden door Atsmon en Pendzik (2020) in hun onderzoek naar het gebruik van digitale bronnen in dramatherapie. Bij dramatherapie via beeldbellen ontbreekt het authentiek fysiek contact in eenzelfde ruimte, wat door alle therapeuten ervaren werd alsof men niet volledig aanwezig was. Er was een afstandelijkheid, een voelbare ruimte tussen therapeut en cliënt. Een rollenspel bijvoorbeeld werd bemoeilijkt door deze afstand en dramatherapie via beeldbellen vereiste een aanpassing van de aanwendbare technieken (Atsmon & Pendzik, 2020). Deze aanpassing was ook noodzakelijk voor het (samen) betreden van de *dramatic reality*. Deze term van Pendzik beschrijft de plek waar de verbeelding zich laat zien, waar een 'doen-alsof' van de werkelijkheid plaatsvindt (Pendzik, 2006). Vanuit psychoanalytisch perspectief is het een ruimte tussen de innerlijke wereld en de buitenwereld, een transitionele ruimte (Winnicott, 1971). Het is in deze dramatische realiteit dat de creatie (de rollen, de scènes,...) tijdens het spel plaatsvindt. Hier schuilt volgens Atsmon en Pendzik (2020) de kracht van dramatherapie ten aanzien van verbale psychotherapie. Smeijsters (2014) benoemt het als de essentie van creatieve therapie die zich afspeelt *in* het medium. De 7 dramatherapeuten ervoeren dat de gecreëerde fysieke afstand bij beeldbellen het gedeelde spel (*shared play*) bemoeilijkte en ze moesten vooral gestructureerde, geleide technieken aanwenden om samen de dramatische realiteit te betreden. Deze noodzakelijke aanpassing werd als beperking ervaren (Atsmon & Pendzik, 2020).

Kingwill (2020) plaatst een duidelijke kanttekening bij het pleidooi van Atsmon en Pendzik (2020) voor het samen aanwezig zijn van de dramatherapeut en de cliënt in eenzelfde fysieke ruimte. Hoewel ze als dramatherapeut reeds voorheen gebruik maakte van online therapie, namen haar ervaringen noodzakelijkerwijs toe ten gevolge van de COVID-19 pandemie. Ze waarschuwt dat dramatherapie via beeldbellen geen replicatie is van face-to-face therapie maar dat online een nieuwe dramatherapeutische modaliteit ontstaat. In tegenstelling tot Atsmon en Pendzik (2020) is Kingwill (2020) ervan overtuigd dat het wel mogelijk is om samen met de cliënt in een *embodied way* in proces te gaan door middel van rollenspel, spiegeling en improvisatie, zolang veiligheid gecreëerd is binnen de therapeutische relatie en in het online medium. Indien deze veiligheid (nog) niet gegarandeerd is, pleit ze voor een focus op de eigen, persoonlijke exploratie door de cliënt.

Kingwill (2020) benoemt de kwaliteit van de internetconnectie als de grootste beperking binnen online therapie. Toch relateert ze dat het wegvallen van woorden of zinnen en de angst van de therapeut om iets te 'verliezen' eerder een kwetsbaarheid van de therapeut blootgeeft dan dat de relatie met de cliënt onder druk komt te staan. Ze benoemt het als een onoverkomelijk obstakel dat door zowel de therapeut als de cliënt moet overbrugd worden en zeker benoemd moet worden. Hoewel niet alle cliënten hier even gemakkelijk mee kunnen omgaan, zegt ze dat het bij anderen evenwel kan leiden tot een toenemende frustratietolerantie en een verderzetting van het therapeutisch werk (Kingwill, 2020). Kingwill (2020) relateert ook de beperkte zichtbaarheid met betrekking tot de cliënt in zijn geheel en tot non-verbale signalen. Ze benadrukt dat de ervaring van de cliënt in het proces de behoefte van de therapeut om alles te 'zien' en te 'horen' overstijgt.

#### ***2.4 Dans/bewegingstherapie via beeldbellen***

Zoals ook bij dramatherapie reeds werd benadrukt, onderschrijft de lichamelijke beleving een niet te miskennen rol in de psychische processen van de cliënt bij dans- en bewegingstherapie. Doordat bij deze therapievorm het lichaam van de therapeut misschien nog meer expliciet wordt ingezet dan bij sommige andere vormen van creatieve therapie, moet bij beeldbellen een nieuwe manier, een nieuwe therapeutische modaliteit (Kingwill, 2020) gevonden worden om hiermee om te gaan.

Engelhard en Furlager (2020) onderzochten manieren waarbij de digitale ruimte bij beeldbellen kan gevormd worden tot een veilige ruimte van spel en transitie door de aanwezigheid van de therapeut en het inzetten van diens lichaam. Via casussen beschrijven de auteurs hoe bewustwording van het lichaam en spiegeling centrale manieren vormen om verbondenheid te creëren bij afstandstherapie. Zo getuigde een zevenjarig jongetje tijdens zijn eerste online sessie van een behoefte aan zelfontdekking binnen de relatie met de therapeut. De jongen speelde initieel met de camera door deze te richten op verschillende delen van het gezicht. Een verbondenheid ontstond doordat de therapeut de gezichtsdelens benoemde en spiegelde met de eigen camera. Door spiegeling en betekenisgeving van sensorische ervaringen en de inzet van het eigen lichaam door de therapeut, breidde de communicatie zich uit tot het delen van gezichtsuitdrukkingen en emoties (Engelhard & Furlager, 2020).

### **3 Kwalitatief onderzoek naar beeldbellen in de mentale gezondheidszorg**

#### ***3.1 Kennis vanuit kwalitatief onderzoek***

Om de acceptatie en de introductie van nieuwe dienstverleningsmodellen te bevorderen, is het aangewezen dat potentiële gebruikers en doelgroepen van in het begin betrokken worden (Grol, 1997). Hierbij kan gebruik gemaakt worden van kwalitatieve onderzoeksmethoden waarbij betrokkenen open bevraagd worden zodat zij vrij kunnen vertellen en van waaruit inzichten en kennis kunnen ontstaan (Verhaeghe, Beeckman, Van Hecke, David, & Vandecasteele, 2016).

Kwalitatief onderzoek focust op belevingen, ervaringen en betekenisgeving van mensen. Ook de bredere context en omgeving waarbinnen mensen handelen is belangrijk om oorzaken of processen in beleving of betekenisgeving te begrijpen en dienen daarom mee verkend te worden (Verhaeghe et al., 2016). Bij een inductieve benadering vormen de verhalen en zaken die mensen aanhalen de basis van het onderzoek en het fundament voor verdere analyse en verwerking. Om dit unieke belevingsperspectief te beluisteren en te verzamelen, worden vaak semi-gestructureerde interviews afgenomen met individuele participanten of focusgroepen op grond van de onderzoeksvraag. De interviewer moet ruimte geven aan de participant voor uitwijding en het in eigen woorden weergeven van de subjectieve ervaringen (Verhaeghe et al., 2016). De interviewer dient zich ten allen tijde te behoeden voor sturing.

Descriptief kwalitatief onderzoek is de voorkeursmethode wanneer een duidelijke beschrijving van fenomenen gewenst is (Sandelowski, 2000). Dit type onderzoek is minst belast met reeds bestaande theoretische en methodologische verplichtingen. Het leunt aan bij de principes van naturalistisch onderzoek, waarbij iets in zijn natuurlijke staat bestudeerd wordt: zoals het is. De data spreken als het ware voor zich waaraan op systematische wijze codes toegekend worden. Met behulp van deze codes wordt een direct beschrijvende samenvatting gecreëerd. Een dergelijke samenvatting is waardevol als eindproduct op zich of als toegangspoort voor verder onderzoek (Sandelowski, 2000).

#### ***3.2 Systematisch overzicht van originele kwalitatieve studies naar beeldbellen binnen verbale psychotherapie***

Er werd een review uitgevoerd van de kwalitatieve studies naar beeldbellen binnen de mentale gezondheidstherapie gepubliceerd van januari 2000 tot december 2020. Gezien de beperkte literatuur

omtrent beeldbellen bij creatieve therapie en een overzicht hiervan reeds onder paragraaf 2 werd behandeld, werd gekozen om aanvullend toe te spitsen op studies met betrekking tot verbale psychotherapie. Binnen creatieve therapie, ook non-verbale therapie genoemd, wordt door Smeijsters (2014) het verbale aspect ondergeschikt verklaard aan 'werken in het medium'. Toch vinden woorden en nabesprekingen ook hun plaats binnen de creatieve therapie sessie.

De criteria voor inclusie van de studies waren: (1) gepubliceerd in het Engels; (2) de bevroegde participanten waren cliënten met een mentale problematiek en/of professioneel therapeuten; (3) verbale therapie via beeldbellen; (4) originele studies die de resultaten tonen van interviews en/of focusgroepen en/of vragenlijst met open vragen. Studies werden geëxcludeerd indien: (1) de bevroegde participanten huisartsen, sociaal werkers, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten of psychiaters waren; (2) therapie plaatsvond via telefonisch consult in plaats van via beeldbellen.

Er werd gezocht via de online database Web of Science, waarbij gebruik gemaakt werd van volgende combinatie van termen: "telecare" or "telemedicine" or "telehealth" or "telepsychology" or "e-health" or "video consultations" or "distance therapy" or "computer therapy" and "mental" or "psychologic" and "qualitative".<sup>2</sup> Deze zoektocht resulteerde in 159 manuscripten die gescreend werden op basis van titel en abstract. Hiervan werden 15 artikels geselecteerd voor verdere beoordeling op basis van de volledige tekst. Acht werden in overeenstemming met de vooropgestelde criteria weerhouden voor inclusie en betroffen onderzoek naar de betekenisgeving, belevingen of ervaringen met verbale psychotherapie via beeldbellen van cliënten (3 artikels) of therapeuten (5 artikels). Tabel 2 toont de studie karakteristieken, demografische gegevens van de participanten en de globale bevindingen van deze 8 studies.

In de studies met cliënten werd psychotherapie via beeldbellen georganiseerd tegen een achtergrond van moeilijke bereikbaarheid. Bleyel et al. (2020) onderzochten hoe cliënten zouden staan ten aanzien van psychotherapie die via beeldbellen geïmplementeerd zou worden in de eerstelijnsgezondheidszorg binnen een context met beperkte toegankelijkheid tot gespecialiseerde psychotherapeutische zorg. Alle participanten stelden het gebrek aan persoonlijk fysiek contact in vraag. Ze vinden het een belemmering dat de therapeut dan geen gewone handelingen kan stellen, zoals het aanbieden van een zakdoek, of de lichaamstaal en gezichtsmimiek van de cliënt onvoldoende kan aflezen.

Ashwick, Turgoose en Murphy (2019) interviewden veteranen over hun ervaringen met psychotherapie via beeldbellen. Therapie in de eigen (thuis)omgeving werd als veilig en meer

---

<sup>2</sup> "Art therapy" werd bewust niet aan de zoektermen toegevoegd omdat men zich dan al gauw begeeft in een overvloed aan publicaties binnen het HIV-domein, waarbij ART staat voor antiretroviral therapy.



ontspannen ervaren, maar de participanten ondervonden het nadeel van na de sessie meteen weer in de dagelijkse realiteit gekatapulteed te worden. Veel participanten vonden de relatie met hun therapeut onpersoonlijker via beeldbellen, met name door het moeilijk kunnen aflezen van de lichaamstaal. De therapie zelf vonden ze gelijkwaardig bij beeldbellen en face-to-face. Participanten vonden de persoonlijke verantwoordelijkheid binnen therapie via beeldbellen niet altijd gemakkelijk: het organiseren van tijd en ruimte waar privacy gegarandeerd is en het eigen engagement nakomen. Simpson, Guerrini en Rochford (2015) onderzochten de ervaringen van cliënten met psychotherapie via beeldbellen ten aanzien van face-to-face therapie. Ook in hun onderzoek ervoeren de participanten een groter gevoel van veilig en controle in hun eigen thuisomgeving, door bijvoorbeeld het zelf kunnen onderbreken van een sessie of kunnen verlaten van de ruimte. De relatie met hun therapeut werd niet zozeer minder persoonlijk bevonden, maar eerder 'vanop afstand'. De relatie met de therapeut en diens kwaliteiten overstegen het gegeven van afstandstherapie. Daardoor ervoeren alle participanten de therapie via beeldbellen als waardevol en effectief.

In alle 3 de onderzoeken werden gelijkaardige technische thema's besproken, gerelateerd aan de online technologie: de eigen ervaring en vaardigheid met het online medium, de kwaliteit van de verbinding en de grotere flexibiliteit in het plannen van online sessies.

In analogie met Bleyel et al. (2020), bevroegen Hoffman et al. (2020) therapeuten naar hun standpunt indien psychotherapie via beeldbellen geïmplementeerd zou worden tegen een achtergrond van lange wachtlijsten en tekort aan specialisten binnen de mentale gezondheidszorg. Zij twijfelden allen of een vertrouwensrelatie en voldoende betrokkenheid kunnen opgebouwd worden via videoconsultatie wegens een gebrek aan persoonlijke interacties en non-verbale signalen.

Howland et al. (2020) interviewden psychologen en psychiaters na deelname aan een vergelijkende effectiviteitsstudie waarbij cliënten hetzij face-to-face behandeld werden door een zorgmanager en via videobellen door een psychiater of via videobellen door zowel psycholoog en psychiater in de behandelruimte van een federaal gezondheidscentrum. Over het algemeen was er een grote motivatie om mentale gezondheidszorg uit te breiden en toegankelijker te maken voor moeilijk bereikbare cliënten via telewerking. Moeilijkheden situeerden zich op het vlak van praktische en administratieve workflow tussen gezondheidsverstrekkers.

Interian, King, Hill, Robinson en Damschroder (2018) richtten zich in hun onderzoek naar psychotherapie via beeldbellen van veteranen op een gemengde groep mentale gezondheidswerkers (waarvan 73% psychiaters, sociale werkers en verpleegkundigen). Hun grootste bezorgdheid was dat behandeling plaatsvindt in de eigen thuisomgeving bij een doelgroep die veelal lijdt onder angst en depressie. Een belangrijk behandeldoel bij deze problematiek is het verlaten van het huis en het eigen vermijdingsgedrag terugdringen. Sommige participanten zagen vermijding als een contra-indicatie

voor beeldbellen in de thuisomgeving, terwijl anderen daar juist een kans zagen om mensen met vermijdingsgedrag te bereiken. Ook Simms, Gibson en O'Donnell (2011) beschreven deze tegenstrijdige visies rond het al dan niet aangewezen zijn om veteranen met angst en vermijdingsgedrag therapie via beeldbellen te geven. Bij angst en vermijding gepaard gaand met een laag vertrouwen in het algemeen en ten aanzien van de technologie in het bijzonder, kan blootstelling via beeldbellen juist aangewezen zijn, aldus sommige participanten. Bijvoorbeeld bij cliënten die angstig zijn omdat mogelijks een extra persoon aanwezig is in de ruimte van de therapeut of omdat het gesprek mogelijks wordt opgenomen, kan hen vertrouwen aangeleerd worden door met de camera de volledige ruimte te tonen of door hen uit te leggen hoe gesprekopnames via online tools gebeuren.

Het open vragenlijstonderzoek van Feijt et al. (2020) richtte zich op de ervaringen van psychotherapie via beeldbellen bij therapeuten na de opstart ervan wegens COVID-19 maatregelen. Op operationeel vlak werd de nadruk sterk gelegd op technologische uitdagingen, vermoedelijk door de plotse transitie naar online behandeling. De eigen vaardigheden verbeterden bij meer oefening en ervaring. Op vlak van therapeutische interactie en opbouw van relatie werd de non-verbale communicatie als grootste gemis ervaren.

Samengevat zagen zowel de cliënten als de therapeuten psychotherapie via beeldbellen mogelijk wanneer face-to-face therapie moeilijk haalbaar was, omdat dit de toegang tot de zorg vergrootte. Bezorgdheden of beperkingen werden door beide groepen vooral gezien in het missen van de lichaamstaal en de gezichtsmimiek en het effect hiervan op de cliënt-therapeutrelatie.

Tabel 2: Overzicht van originele kwalitatieve studies naar verbale psychotherapie via beeldbellen vanuit het perspectief van cliënten en therapeuten

Auteur, jaar	Land, setting	(Behandelende) doelgroep	Participanten, N	Vrouw, N (%)	Leeftijd, M ± SD (range)	Uitkomstvariabelen m.b.t. beeldbellen	Bevindingen	Kwalitatief onderzoek
<b>Perspectief van cliënten</b>								
Bleyel et al., 2020	Duitsland, eerstelijns en derdelijns	Angst- en/of stemmingsproblematiek	13	8 (62)	48.7 ± 17.0 (range 21-77)	Voordelen; Belemmeringen; Voorwaarden.	Verhoogde toegankelijkheid, verankering in vertrouwde eerstelijnsomgeving; Gebrek aan face-to-face contact, technische uitdaging; Betrouwbare therapeutische relatie, idem als bij face-to-face consultaties.	Semigestructureerde interviews
Ashwick et al., 2019	Verenigd Koninkrijk, eerstelijns	Veteranen met diagnose PTSS	16	1 (6)	41.4 ± 9.2 (range 27-58)	Acceptatie	Acceptatie hangt samen met effect van de eigen (thuis)omgeving, belang van een goede therapeutische relatie, technische en praktische aspecten, persoonlijke verantwoordelijkheid, mentale verandering ervaren	Semigestructureerde interviews
Simpson, 2015	Australië, landelijk multidisciplinair mentaal gezondheidsteam	Depressieve en/of angststoornissen (N = 6), alcoholmisbruik (N = 1)	6	3 (50)	NB	Acceptatie;  Comfort; Effectiviteit van therapie; Praktische factoren.	Initiële angst en bezorgdheid omwille van geen voorafgaandelijke ervaring met webcam, snel afnemend; Groter gevoel van veiligheid en controle t.a.v. face-to-face; Helpend, kwaliteiten van therapeut en therapeutische relatie overstijgen technologie; Aangewezen alternatief op lange reistijd en -kost.	Semigestructureerde interviews
<b>Perspectief van therapeuten</b>								
Feijt et al., 2020	Nederland	Psychische problematiek	51	42 (82)	38.0 (range 25-60)	Voordelen; Moelijkheden; Voorwaarden.	Gemak, flexibiliteit en efficiëntie, openheid cliënt, directe inijk in thuisomgeving; Technologische problemen, gebrek ondersteuning, gebrek non-verbale communicatie, minder verbinding met cliënt, (on)geschiktheid afhankelijk van cliënt; Stabiele technologie, extra technologische tools, helpdesk.	Vragenlijst met open vragen
Hoffmann et al. 2020	Duitsland, steden (55%) en landelijke regio's (45%)	Psychische problematiek	11	9 (82)	52.3 ± 12.8	Algemene acceptatie;  Belemmeringen; Voorwaarden	Voor bepaalde doelgroepen om toegang tot zorg te verhogen (landelijke gebieden, beperkte mobiliteit, mensen die anders onbehandeld blijven), betere samenwerking met huisarts; Grote bezorgdheid omtrent vertrouwensrelatie; Goede organisatie (betrouwbare planning, duur van sessies, vergoedingsvoorwaarden).	Semigestructureerde focusgroepen
Howland et al., 2020	VS, eerstelijnsklinieken georganiseerd in collaboratief online zorgmodel, landelijke regio's	Psychische problematiek, vnl. depressieve stoornissen	14 (4 of 29% ψ)	7 (50)	NB	Algemene tevredenheid; Sterktes; Belemmeringen.	Algemeen grote tevredenheid door uitbreiding van toegang tot de zorg; Goede samenwerking, veelal samen met mantelzorgers; Moelijke communicatie met initiële doorverwijzende zorgverlener, inadequate registratie in elektronische patiëntendossiers.	Focusgroepen met semigestructureerde interviews
Intieria et al., 2018	VS, multidisciplinaire settings	Veteranen	33 (9 of 27% ψ)	NB	NB	Voorwaarden; Tegenindicaties.	Ondersteuning vanuit organisatie, technologische ondersteuning; Cliënten met vermijdingsgedrag? (wisselende visies).	Semigestructureerde interviews
Simms et al., 2011	Canada, landelijke, afgelegen regio's	Veteranen	25 (8 of 32% ψ)	16 (64)	NB	Eigenschappen van cliënten: 1) voorwaarden; 2) tegenindicaties; 3) mogelijk meer baat bij online therapie t.o.v. face-to-face.	1) Emotionele stabiliteit en/of goede coping vaardigheden, openheid (vertrouwdheid, vertrouwen); 2) Cognitieve beperking (vb. dementie), psychotische kenmerken, concentratie-moeilijkheden (vb. bij depressie); verminderd visueel/auditief/fysiek vermogen; 3) Wantrouwigheid (wisselende visies)	Semigestructureerde interviews

NB, niet beschikbaar; PTSS, post-traumatische stressstoornis; ψ, psychotherapeut

## HOOFDSTUK 2: ONDERZOEKSMETHODE

### 1 Onderzoeksdesign

Er werd gekozen voor een descriptief kwalitatief onderzoeksdesign (Sandelowski, 2000).

### 2 Participanten

Beeldend therapeuten die beschikken over een diploma beeldende therapie en minimum 1 consultatie individuele beeldende therapie via beeldbellen gegeven hebben, behoorden tot de doelgroep. De therapeuten werden uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek via een oproep binnen de facebookgroep van de Oud-studenten Creatieve therapie Arteveldehogeschool (Bijlage 1), door persoonlijke contactname per mail of via informele netwerken van onderzoekers en medewerkers. De beeldend therapeuten die werden gemaïld, werden in de eerste plaats doelgericht geselecteerd op basis van diploma en online werkwijze die terug te vinden is via [www.vindeentherapeut.be](http://www.vindeentherapeut.be) (opportunistische sampling). Bij uitblijven van een antwoord werd een herinneringsmail gestuurd en/of vond een telefonische contactname plaats. Aan deelnemende kandidaten werd gevraagd of zij op hun beurt potentiële kandidaten konden aanreiken (sneeuwbal sampling).

Negentien beeldend therapeuten en 9 therapeuten met bijkomende expertise in beeldende therapie met vermelding van online werkwijze op [www.vindeentherapeut.be](http://www.vindeentherapeut.be) werden persoonlijk uitgenodigd voor dit onderzoek. Tien (35,7%) therapeuten gaven aan geen sessies via beeldbellen te hebben gegeven. Veertien (50%) reageerden niet na tweemaal contactname via mail en/of telefoon. Eén beeldend therapeut meldde initieel geïnteresseerd te zijn om deel te nemen, maar was vervolgens onbereikbaar. De 3 (10,7%) overige beeldend therapeuten stemden schriftelijk toe om deel te nemen aan het onderzoek en werden geïnccludeerd in de studie. Via het informeel netwerk van de onderzoekers werd een vierde participant geïnccludeerd. Er werden geen kandidaten bereikt via de recruiteringsoproep op facebook, noch via de sneeuwbal methode. Een vijfde interview werd afgenomen met een praktijkdocent beeldende therapie. De participanten hebben een leeftijd variërend tussen 36 en 61 jaar en praktijkervaring als beeldend therapeut tussen 5 maanden en 22 jaar (tabel 3).

Tabel 3. Kenmerken van de deelnemende participanten

Participant	Land, setting	Leeftijd (j)	Geslacht	Werkzaam als BT/docent (j)	# BT sessies via beeldbellen	Doelgroep BT via beeldbellen
<b>Beeldend therapeuten</b>						
1	België, privépraktijk	36	vrouw	10	5	Jongeren, volwassenen
2	België, privépraktijk	61	vrouw	6	133	Kinderen (vanaf 4j), jongeren, volwassenen
3	België, PZ + privépraktijk	44	vrouw	22	1	Jongere
4	Nederland, privépraktijk	50	vrouw	0.4	4	Kinderen (8-12j)
<b>Docent beeldende therapie</b>						
5	België	NB	vrouw	NB	3	Studenten creatieve therapie

BT, beeldend therapeut of beeldende therapie; j, jaar; NB, niet beschikbaar gesteld omwille van anonimiteitsgarantie

### 3 Datacollectie

Om het belevings- en ervaringsperspectief van de participanten te onderzoeken, werden individuele gesprekken (semi-gestructureerde interviews) georganiseerd op basis van een vooraf opgestelde interviewgide (Bijlage 2). De interviews werden afgenomen via beeldbellen (Microsoft Teams) en automatisch geregistreerd via de software met toestemming van de participant. Anonimiteit van de interviews werd gegarandeerd. Vooraf aan de inleidende vraag werd het onderzoek en de doelstelling kort geïntroduceerd, eventuele vragen werden beantwoord en de beschikbare tijd van de participant werd afgetoetst. BT1, BT3 en BT4 gaven aan over beperkte tijd te beschikken, waardoor de duur van het interview vooraf werd vastgelegd. Het interview met BT4 werd kort onderbroken door een telefonische afspraak die BT4 vooraf had aangekondigd. De gemiddelde duur van de interviews was 50 minuten en 22 seconden ( $\pm$  13 minuten en 39 seconden).

Aan de participant werd gevraagd om te schetsen hoe beeldende therapie er voor haar uitziet in coronatijden. Op die manier werd de context rond beeldbellen duidelijk, waaronder hoe de participant ertoe gekomen is en in welke mate ze beeldbellen toepast. Vervolgens werd dan met open vragen, zonder richting gevend, nagegaan hoe ze dit ervaren had. Meer specifiek werden ervaringen bevroegd die verband houden met de werking op de 3 assen van de creatief therapeutische driehoek (cliënt-beeldend medium, cliënt-therapeut, therapeut-beeldend medium) alsook over de online tool binnen

de therapie. Tijdens het gesprek trachtte de interviewer de participant steeds terug naar de eigen ervaringen te leiden, onder meer door het vragen naar specifieke voorbeelden.

#### **4 Data-analyse**

De interviews werden volledig en geanonimiseerd getranscribeerd. Vervolgens werden ze verschillende keren gelezen om inzicht te krijgen in de ervaringen van de therapeuten. Door een inductieve benadering werden open codes toegekend aan relevante fragmenten (“Kwalitatieve data analyse”, z.j.). Fragmenten uit het interview met docent-BT5 die zich specifiek richten op groepstherapie, werden niet opgenomen in de codering, omdat dit buiten het domein van dit onderzoek valt. Vervolgens werd een codeboom opgesteld waarbij codes geclusterd werden om gegevens overzichtelijker te maken en patronen te herkennen. Hierdoor werden 4 categorieën als axiale codes gegenereerd.

#### **5 Ethische aspecten**

De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent (BC-08883, Bijlage 3). Participanten werden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de studie en vóór deelname werd een schriftelijk informatie- en toestemmingsformulier ondertekend door zowel de participant als de student-onderzoeker (Bijlage 4). Na transcriptie van de interviews werden geluidsopnames vernietigd en de verzamelde data werden anoniem gebruikt en geanalyseerd, conform de GDPR privacywetgeving.

## HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

### 1 Gebruik van beeldbellen door de participanten

Participant 1 (BT1) werkt als zelfstandig creatief therapeut, waarbij ze verschillende media inzet. Na de eerste corona-lockdown is zij in maart 2020 opnieuw opgestart met face-to-face therapie waarbij de social distancing in acht werd genomen. Therapie via beeldbellen heeft ze toegepast bij enkele cliënten die reeds bij haar in therapie kwamen. Zij heeft geen nieuwe therapieën opgestart via beeldbellen. Participant 2 (BT2) werkt als zelfstandig beeldend therapeut. Ze is tijdens de tweede coronagolf na de zomer 2020 volledig overgestapt op beeldende therapie via beeldbellen. Op het moment van interviewen deed zij nog steeds uitsluitend online therapieën bij zowel gekende als nieuwe cliënten. Participant 3 (BT3) werkt als beeldend therapeut in een psychiatrisch ziekenhuis en als zelfstandig coach in bijberoep. Binnen het ziekenhuis heeft zij tot op heden face-to-face therapie kunnen toepassen volgens de geldende coronamaatregelen. Als coach werkt ze voor 80 tot 90% via beeldbellen. Ze zegt zich bewust niet naar buiten uit te stralen als beeldend therapeut en geen cliënten te aanvaarden die enkel creatieve therapie wensen. In het interview spreekt zij vanuit haar ervaring met een cliënt die een coachingstraject opstartte, maar waarbij overspoelende emoties hiervoor in de weg stonden. Omdat de cliënt vanuit een eerdere opname gekend was met beeldende therapie en hiervoor zelf vragende partij was, is BT3 hierop ingegaan. Ze heeft een beperkt aantal sessies beeldende therapie met deze cliënt gedaan, waarvan 1 via beeldbellen. Participant 4 (BT4) werkt 5 maanden zelfstandig als beeldend therapeut en zit in haar tweede opleidingsjaar beeldende therapie. Ze spreekt vanuit haar ervaring met 4 sessies beeldende therapie via beeldbellen, die onverwacht wegens covidgerelateerde quarantaine gepland werden. Participant 5 (docent-BT5) begeleidt, omwille van de coronamaatregelen, een groep studenten via beeldbellen. Haar ervaring situeerde zich bij de oefensessies beeldende therapie die de studenten organiseerden en waarbij ze de rol aannamen van hetzij beeldend therapeut hetzij cliënt.

### 2 Ervaringen van de participanten

De ervaringen van de participanten worden besproken onder de volgende 4 hoofdingen: (1) Conditie, (2) Voor wie, (3) Beperkingen, (4) Effectiviteit. Elk van deze domeinen omvat een aantal inhoudelijke subdomeinen. Bij citeren worden de woorden van de participanten letterlijk overgenomen zoals ze uitgesproken werden. Dit is gebruikelijk binnen kwalitatief onderzoek. Hierdoor krijgt de lezer bijvoorbeeld ook zicht op aarzelingen in het spreken (‘allé’, ‘euh’, na elkaar herhalen van woorden).

### 3.1 Condities

Condities omvatten de voorwaarden die voldaan moeten zijn opdat therapie kan plaatsvinden. Het eerste subdomein dat hieronder opgenomen wordt, betreft de aanwezigheid van de therapeut. Haar aanwezigheid zorgt er enerzijds voor dat de therapeut benaderd kan worden door wie er nood aan heeft. Anderzijds wordt door de aanwezigheid van de therapeut een veilig klimaat gecreëerd waarbinnen de cliënt het gevoel heeft dat de therapeut er is om hem te ondersteunen als het nodig zou zijn. Het tweede subdomein heeft betrekking op de veiligheid in de thuisomgeving van de cliënt. Hierbij speelt de aanwezigheid van familieleden een rol in de privacy en mogelijk op het therapeutisch proces.

#### 3.1.1 Aanwezigheid

Alle therapeuten benoemen het belang van hun aanwezigheid om er te zijn voor de cliënt en op die manier een gevoel van nabijheid of veiligheid te scheppen. Door aanwezig te zijn kan de therapeut veiligheid bieden door *containment* van (negatieve) gevoelens die de cliënt ervaart. De cliënt moet het gevoel hebben in veilige handen te zijn, om uiting te kunnen geven aan zijn emoties. Om hun aanwezigheid te laten blijken via beeldbellen, halen de therapeuten verschillende strategieën aan. Een strategie is het letterlijk gaan benoemen van hun aanwezigheid, ook als ze even uit beeld zijn of hun blik even niet op de camera gericht is.

*‘Ja als ik een opdracht zou geven van, dit ga je nu doen. Dan kan je ook dat aankondigen. Dan kan je ook zeggen nou ik ben er hè. Ik ben hier nu aan het werk. Je kunt mij zien, je kunt mij horen. Je kunt op elk moment met mij praten.’ (BT4)*

*‘De therapeut maakte wel duidelijk: ook is het stil, ook zeg ik niets of of zet ik ook de micro af, jullie weten zeker, ik ben er wel. En dat gaf de cliënten wel het gevoel van veiligheid.’ (docent-BT5)*

De aanwezigheid bij beeldbellen via een camera wordt ook door alle therapeuten in verband gebracht met een veiligheid bij het kijken naar de cliënt of het zich bekeken voelen door de cliënt. De therapeuten gaan op zoek om op een comfortabele manier aanwezig te zijn voor de cliënt en zichzelf, zonder indringend over te komen.

*‘En ik vind het zelf ook wel zo wat ambetant om op iemand te zitten kijken. (...) dat ik het zelf ook niet zo tof vind om om te zitten kijken op iemand die... Allé, dat is zo precies veel directer.’ (BT2)*



*'Dus ik heb haar gezegd: kijk, ik ga een boek nemen. (...) Ik zeg het, en om mijn ongemak naar naar haar toe weg te nemen. Dat ik zoiets had van ik ga hier nu niet zitten kijken hè hoe dat jij hier bezig bent. Heb ik het gewoon ook voor mezelf veilig gemaakt en ook voor haarzelf. Allé, dat is gewoon niet leuk dat iemand je zit te bekijken zo. Door dan dat boek te nemen, euh. Dus dan heb ik dat op die manier een beetje doorbroken.'* (BT3)

Alle therapeuten denken of hebben ondervonden dat het individueel laten werken door de cliënt op een veilige manier en met een gevoel van aanwezigheid mogelijk is via beeldbellen. Daarnaast beschouwen sommige therapeuten dat het gezamenlijk uitvoeren van een oefening of beeldende opdracht een strategie is die kan bijdragen tot een directe interactie en het zich veilig aanwezig stellen. Dit kan doordat de cliënt en de therapeut dezelfde oefening gelijktijdig uitvoeren of doordat er een continue wisselwerking is tussen de cliënt en de therapeut tijdens het proces. Door het terugkoppelen en afstemmen tijdens het handelen, kan enerzijds de therapeut kennis en inzicht vergaren over het proces. Anderzijds kan het spontane reacties door de cliënt bevorderen vanuit het zich begeleid voelen. De eventuele overgang naar een (na)bespreking kan van hieruit door de opgebouwde veiligheid op een natuurlijke manier gebeuren. Toch erkennen sommige therapeuten dit niet altijd evenveel toe te passen bij beeldbellen als ze doen bij face-to-face therapie.

*'Want ik heb er mezelf op betrupt dat ik eigenlijk veel minder ademhalingsoefeningen gaf. Ik heb zo wel dat gevoel zo van dat mensen dat zo wat gênant vinden om daar zo wat, ja, om daar zo wat zitten te ademen en te doen. (...) Ja, misschien doe ik wel wat minder mee als het online is. Want ik doe sowieso mee als het live is. Altijd. Maar misschien doe ik wel minder mee als het online is. Dat zou wel kunnen, ja.'* (BT2)

*'Of begeleidend had je een interactie, konden mensen ook heel spontaan zijn: Ho, ik ben nu niet mee, of zo. En daar was het laatste het verbinden. En daardoor dat de therapeut ook zei: ja, als iets niet duidelijk is, zeg maar. Daardoor had je eigenlijk het gevoel in een atelier te zitten. Het was continu een een, de mogelijkheid tot interactie.'* (docent-BT5)

Sommige beeldend therapeuten (BT1, BT4) ervaren een verschil in aanwezigheid, minder nabijheid die ze kunnen bieden aan de cliënt bij therapie via beeldbellen ten opzichte van face-to-face. Ze voelen minder verbondenheid tussen cliënt en therapeut wanneer de interactie via een scherm plaatsvindt ten opzichte van de gezamenlijke aanwezigheid binnen dezelfde fysieke ruimte: ze missen dingen door onder andere een beperkte zichtbaarheid, hebben minder controle. Anderen ervaren hun aanwezigheid en hun contact met de cliënt als gelijkwaardig bij beeldbellen en face-to-face (BT2, BT3).

Ze ervaren de emoties van de cliënt even goed te kunnen *containen* wanneer ze aanwezig zijn via de camera en de microfoon.

*'(...) ik live, face-to-face echt wel prefereer omdat ik het gevoel heb dat je toch nog meer aanwezig kunt zijn. Zelfs al is dat online inderdaad gegroeid en heb ik het gevoel dat dat wel een waardig alternatief kan zijn voor als het face-to-face niet haalbaar is of niet lukt of niet mag hè. Maar dan nog is face-to-face denk ik echt wel... Ja, je voelt nog meer die die verbondenheid.'* (BT1)

*'Allé, ik heb mensen die zitten te huilen, die radeloos zijn, die euhm. Dus ja, ik voel me wel nabij dan. Ik heb die wel vast hè. Ik ben wel nabij genoeg.'* (BT3)

Sommige therapeuten (BT1, docent-BT5) bespreken dat het bieden van aanwezigheid bij face-to-face therapie, het gevoel van nabijheid of veiligheid scheppen niet beperkt is tot de therapiesessie in strikte zin. Met name voor en na de sessie vinden bij face-to-face therapieën verplaatsingen naar de therapieruimte plaats waar de beeldend therapeut mogelijks direct of indirect nabijheid en veiligheid kan bieden. Deze vorm van aanwezigheid is moeilijker te bieden bij therapie via beeldbellen.

*'Die nabijheid, omdat je dan ook, ja, soms is het dan zo hè, dat het kan uitlopen, of dat je nog even die nabijheid moet geven. Of dat je zelfs aangeeft van oké, blijft hier nog even, in een andere ruimte zitten. Ik ga eerst naar mijn andere afspraak, maar ik kom dan nog een keer bij je kijken, maar als er dan nog iets is, kan je nog aankloppen hè. Dat zijn allemaal dingen dat je niet kunt doen online hè. Of toch heel moeilijk hè.'* (BT1)

*'Als je ook weet, iemand komt naar jouw praktijk. Dit is niet te onderschatten wat alleen het proces doet. Je verlaat je omgeving, je gaat ergens anders naartoe. Je zit in een setting waar je ziet van hier wordt voor veiligheid gezorgd.'* (docent-BT5)

*'(...) als je dan dingen tegenkomt, euh dat bepaalde dingen naar boven komen. En terwijl zit je in de praktijk van de therapeut, dan kan ook de cliënt, denk ik het daar laten. Of het aan de kant zetten. we ronden het af. Alles wat hier is, blijft hier. Hier echt. Je zegt, het blijft hier hè. En dan gaat die persoon weg.'* (docent-BT5)

Alle therapeuten bespreken dat ze, in de periode van de opstart van de nieuwe, online manier van beeldende therapie geven, onzekerheden ervaren. De mate waarin de therapeut vertrouwen heeft in zichzelf, bepaalt mee wat ze vindt te mogen en kunnen doen in de sessie in verband met het *containen*

en ondersteunen van de cliënt wanneer die het moeilijk heeft. Docent-BT5 heeft opgemerkt dat het duidelijk is voor de cliënt wanneer de therapeut zich niet goed voelt en dat dit leidt tot een niet-veilige situatie. Dit kan de cliënt weerhouden tot het benaderen van de therapeut met zijn hulpvraag. De therapeuten zoeken hierin hun weg door de eigen onzekerheden ten aanzien van de cliënt te benoemen (BT1), zich te informeren (BT2) of te experimenteren in een voor hen veilige omgeving, zoals bij een gekende cliënt waarmee reeds een goede vertrouwensband opgebouwd is (BT3). De therapeuten, die reeds meerdere sessies via beeldbellen gaven, ervaren allemaal dat ze zelf groeien en sterken door ervaring.

*'Ik denk een stukje gewoon worden. (...) Natuurlijk doordat ik al meer had kunnen oefenen met verschillende mensen en zo, want de onzekerheid zat er ook bij mij in zeker hè. Voor het online gegeven en hoe ga ik dat aanpakken en zeker dan die creatieve methodieken en hé... Ik vond dat dan ook wel belangrijk, om dat gewoon openlijk te bespreken van het is toch anders dat we elkaar nu zo op dat schermke zien hè.'* (BT1)

*'(...) ik ook in het begin wat euh, wat schrik had om om de beeldende therapie effectief in te zetten, hè. Euh, omdat ik het gevoel had van ik kan er minder bij zijn of ik kan het minder zien. Euh, dus dat ik in het begin zelf meer op gesprekstherapie overging. Wat ik ondertussen nu wel al, euh, wat minder doe hè. (...) Awel, ik denk dat het me enerzijds wel verrast heeft inderdaad dat de beeldende methodieken wel kunnen ingezet worden, hè.'* (BT1)

### 3.1.2 Veiligheid in de thuisomgeving van de cliënt

Naast de waarde van de aanwezigheid van de therapeut, benadrukken BT2, BT4 en docent-BT5 ook sterk de thuisomgeving van de cliënt voor het bieden van veiligheid aan de cliënt: het belang van de privacy. Soms zijn familieleden voor de camera zichtbaar aanwezig, bijvoorbeeld bij jongere kinderen die ondersteuning krijgen bij de online sessie of doordat bijvoorbeeld zusjes of broertjes op de achtergrond spelen. Soms zijn familieleden onzichtbaar aanwezig in dezelfde ruimte als de cliënt. BT2 en BT4 ervaren dat dit via beeldbellen niet altijd gemakkelijk is om in te schatten en te hanteren. Het aanwezig zijn van andere personen in de thuisomgeving kan van invloed zijn op het spreken en handelen van de cliënt. Het is niet altijd duidelijk wat die invloed is en hoe de cliënt de aanwezigheid ervaart. Een verstoring in het therapeutisch proces valt te vrezen, en is niet altijd gemakkelijk te interpreteren.

*'De kindjes durven natuurlijk niet zoveel zeggen als wanneer ik er alleen mee ben. Vandaar dat ik bij sommigen ook afwissel: een keer met mama erbij en een keer zonder mama erbij.'* (BT2)

*'Hij is aan het vertellen. Ik denk verdorie ik heb zo het gevoel dat die weer niet alleen is hè. Zat die vader toch wel op zijn bed zeker, want die wou horen wat dat die jongen over een incident met de mama vertelde en die zat hem ook op te steken wat hij moest zeggen.'* (BT2)

*'Ik kon natuurlijk niet zien of de ouder wel of niet aanwezig was. Dat was voor ieder kind ook verschillend. Dus dat vond ik ook nog wel lastig inschatten. Er was één jongen euhm, die vond het bijvoorbeeld... Want we startten dan met een een ademhalingsoefening. Hij vond het bijvoorbeeld heel moeilijk om dat te doen, omdat blijkbaar achter het scherm waar hij naar keek, daar zat de hele familie.'* (BT4)

Een bijkomende persoon die extra aanwezig is bij de cliënt, wordt door de therapeut soms ook ervaren als een soort pottenkijker of indringer, iemand die ziet wat zij zegt en doet (BT2, BT4). BT2 geeft aan dat ze zich hier initieel oncomfortabel bij voelde. BT4 ervaart het als een bewustzijn dat 'er misschien iemand zit mee te luisteren' of 'je daarin ook beoordeelt'. De eigen onzekerheid hierin lijkt ook vooral van toepassing te zijn bij minder ervaren therapeuten.

*'In het begin was ik daar zo een beetje huiverachtig tegenover. Ja, dat is zo'n beetje onder ons gezegd, een pottenkijker eigenlijk die je erbij hebt. Die ziet wat je doet en wat je zegt. En ja, in het begin voelde ik me daar niet comfortabel bij, maar nu trek ik mij dat niet meer aan en concentreer ik mij op de pluspunten daarvan eigenlijk.'* (BT2)

Als keerzijde van de medaille kan de zichtbare aanwezigheid van familieleden ook een meerwaarde betekenen. BT2 ervaart in beeldende therapie met jonge kinderen dat de helpende hand van een ouder bij creatieve handelingen een groot voordeel oplevert, daar waar zij vanop afstand tekortschiet. Door dit praktisch voordeel betreft ze de ouders bewust meer bij de online sessies, in tegenstelling tot voorheen waar ze in face-to-face sessies uitsluitend met het kind alleen werkte. Hierdoor ontdekt ze dat ze tevens meer inzicht en inzicht krijgt in de onderlinge relatie tussen het jonge cliëntje en de ouder. Door hier op in te spelen, wordt de individuele therapie van het kind binnen een breder perspectief van familietherapie geplaatst. BT2 zegt deze manier van werken beslist ook later, bij de heropstart van face-to-face therapie, te zullen meenemen.

*‘Doordat die mama’s erbij zijn, leer ik ook veel bij over het gezinssysteem. En ik ondervind dan ook hoe dat de mama omgaat met haar kind en soms spijtig genoeg maakt mij dat ook heel erg duidelijk dat de mama eigenlijk meer het probleem is dan het kind. (...) Ik vraag regelmatig een aparte oudersessie waarin dat ik dan heel voorzichtig dingen aanbreng die ik vastgesteld heb binnen het gezinssysteem.’ (BT2)*

Sommige therapeuten halen aan dat de thuisomgeving zelf ook een veilige plek is voor de cliënt om zich uit te drukken (BT1, BT3, docent-BT5). Ook de directe inblik in deze privéplek kan een aangrijppunt bieden om mee te nemen in het therapeutisch proces.

*‘(...) die nu op kot zit en dat we dan online ook een stukje samen bekeken hebben omdat ze zich daar ook niet echt thuis voelde, hè. Van oké, toon mij een keer uw kot en vertel mij een keer hoe dat, hoe dat, hoe dat je het gezellig probeert te maken en wat dat er zou kunnen helpen. (...) Of een volwassene die inderdaad die dan belt. Nog helemaal haren in de war en nog in zijn bed hè. Zodat je inderdaad ook meer kan zien van van ah, het is vandaag terug niet gelukt om om op tijd je bed uit te geraken. Dus dat je dan soms iets meer informatie haalt uit wat dat je ziet ook hè. Euhm, en en ook een stukje kunt meenemen, hè.’ (BT1)*

### **3.2 Voor wie**

Met uitzondering van BT2, hebben de participerende therapeuten beperkte ervaring met beeldende therapie via beeldbellen. Toch worden tijdens de interviews een aantal casussen besproken waarvan ze denken of ervaren hebben dat beeldende therapie via beeldbellen al dan niet lukt. Vooreerst moet de cliënt het zelf zien zitten. Veelal hebben cliënten door de plotse lockdown in maart 2020 initieel afgewacht, aldus BT1 en BT2. BT1 zegt dat een minderheid van de cliënten vervolgens therapie via beeldbellen geprobeerd heeft en dat met name de wat ouderen, die het online gegeven wat minder gewoon zijn dan jongeren, minder bereid waren om het te proberen. Zij heeft quasi gedurende de gehele coronaperiode ook verder face-to-face gewerkt met inachtneming van maatregelen zoals social distancing en het dragen van een mondmasker. Dit in tegenstelling tot BT2 die tot op heden uitsluitend beeldende therapie via beeldbellen geeft en dit voor zowel gekende als nieuwe cliënten.

*‘Maar dan met de tweede golf, (...) moet ik zeggen dat de mensen zelf veranderd zijn van gedacht. Zo eerder, ja dat ze voelden van ja dat is hier niet voor even. Dat is voor lang en ik heb wel hulp nodig en*

*dan hebben de meesten zich bereid verklaard om over te stappen. Dus laten we zeggen dat er twee volwassenen waren en twee kindjes van 12 die het niet zagen zitten. (...) maar dus het gros van mijn cliënten, de meesten zijn erop overgestapt en ik moet zeggen dat zowel voor hen als voor mij veel beter meevalt dan dat wij ooit verwacht hadden.’ (BT2)*

Ook bespreken meerdere therapeuten dat de veiligheid van de thuissituatie een basisvoorwaarde is om therapie via beeldbellen te kunnen laten doorgaan. Bijvoorbeeld wanneer cliënten zich zorgen maken om hun privacy of de problemen veroorzaakt worden binnen het gezinssysteem, wordt dit in vraag gesteld.

*‘Ik denk nu bijvoorbeeld aan een jonge mama die iedere woensdagvoormiddag therapie volgt bij mij, maar haar man die werkt thuis en die heeft daar ook zijn bureau, maar die bureaus grenzen aan elkaar. En dus soms is ze bang dat hij iets zou horen. En dan lossen we dat wel op, bijvoorbeeld dat zij dat typt in de chat of dat zij een foto neemt van haar werk zodanig dat ze niet luidop moet zeggen wat ze erop geschreven heeft bijvoorbeeld hè. Zo lossen we dat dan wel op. Maar voor zo’n mensen die eigenlijk niet 100% gerust zijn thuis, is dat live dan toch wel (zucht)...’ (BT2)*

*‘Als het over problematieken gaat die eigenlijk zich thuis manifesteren, is dat dan zinvol een online sessie te hebben waar die persoon in hun systeem zit en waar je eigenlijk iets iets doet waar die persoon niet de kans had die afstand te hebben hè van het systeem. Maar die zit daar tegelijkertijd in. Nee, euh. Zeker, nee een pad om verder op te volgen hè.’ (docent-BT5)*

Daar waar BT2 en BT3 therapie via beeldbellen een evenwaardig alternatief vinden voor face-to-face, vindt BT1 dat therapie via beeldbellen vooral een alternatief biedt wanneer face-to-face therapie moeilijker te organiseren valt, omwille van de reisafstand, het niet kunnen nakomen van de live afspraak door bijvoorbeeld een gemiste trein of als opvang bij dringende nood. Ook specifieke casussen kunnen volgens haar baat hebben bij therapie via beeldbellen, zoals een gameverslaafde jongere.

*‘Ik heb nu gisteren een adviesgesprek gehad met de ouders van een jongere die game verslaafd is en dat ze vrezen van, die gaan we niet tot hier geraken. En dan heb ik ook wel voorgesteld van oké, zeker met een game verslaving het online gegeven is dan ook veel gemakkelijker voor die jongeren, hè. Is vaak ook minder bedreigend hè. Dat dat misschien ook wel een ingang kan zijn. Om te beginnen online om op die manier wat een vertrouwensband op te bouwen, maar om later dan wel hem uit zijn huis te krijgen natuurlijk en in de praktijk hè.’ (BT1)*

Vanuit haar ruime ervaring met kinderen ondervindt BT2 dat beeldende therapie via beeldbellen met de jongsten rond de 5 jaar niet lukt. Ook meent ze dat meisjes over het algemeen sneller rijp zijn en hierdoor al op vroegere leeftijd in staat zijn tot online therapie.

*'(...) vooral de de jonge kindjes. Ik heb er zo een paar, een stuk of 3 die nogal durven blokkeren. Die dus ja, ineens niet meer willen, niet meer willen luisteren of niet willen doen wat er gevraagd wordt. Of niks willen zeggen of gewoon weer weglopen van het scherm. En als dat bij mij gebeurt als ze op het één of ander blokkeren. Allé, ik ik haal gewoon iets anders naar boven en ik switch helemaal en dat lost zichzelf op. Maar ik heb ondervonden dat dat als dat voor scherm gebeurt, dat dat eigenlijk niet te doen. Omdat ik zo vast zit aan die beperking van dat materiaal en aan dat gebrek van dat persoonlijk contact. Dat lukt dus echt niet.'* (BT2)

*'Denk ik zo van meisjes zijn over het algemeen meer schoolrijp, vind ik, dan jongens. Zo met schoolrijp bedoel ik. Bij mij zitten ze niet op school hè, maar bedoel ik dat ze zo vlotter opdrachten kunnen uitvoeren en langer kunnen stilzitten en geconcentreerder zijn. En de jongens niet. Die die kunnen niet op die stoel blijven zitten, die luisteren niet goed naar wat je zegt. Die hebben dat dan maar half gehoord. Die zijn niet zo vaardig bij het uitvoeren van die knutselopdrachten. Allé, dat is ja, dat is echt een heel groot verschil.'* (BT2)

BT2 ervaart dat beeldende therapie bij kinderen via beeldbellen mogelijk is vanaf het eerste-tweede-derde leerjaar, afhankelijk van de 'rijpheid' van het individuele kind. Anders dan bij face-to-face moet het kind in staat zijn om opdrachten zelfstandig te kunnen uitvoeren, langer te kunnen stilzitten en geconcentreerder kunnen zijn. Indien het kind voor praktische handelingen moet bijgestaan worden door een ouder, is het sterk aangewezen om ook sessiemomenten zonder familielid te voorzien om het kind de kans te geven vrijuit te spreken en te handelen. Sowieso is het gewenst om beeldende opdrachten eenvoudig te houden met duidelijke instructies. Sessies kunnen ook korter gehouden worden of beëindigd worden wanneer de concentratie van het kind verslapt of het cliëntje merkbaar moe wordt (BT4).

*'Ik had het op voorhand bedacht van ik, het zal wel korter moeten want... Nou ja, de ervaring leert zelf van van dat videobellen best wel intensief is. Dus ik dacht, nou voor kinderen natuurlijk helemaal. (...) Ik had wel gezegd dat we het wat korter zouden doen dan anders. Maar niet gezegd precies hoe lang of... Nee, dat heb ik niet gedaan. Meer van, we gaan wel wat korter doen als je je merkt dat je moe wordt of weet je wel, dan stoppen we. Ja, een beetje op die manier.'* (BT4)

### **3.3 Beperkingen**

Er zijn beperkingen bij beeldende therapie via beeldbellen die bij face-to-face sessies niet of minder van toepassing zijn. In een beeldend atelier zijn er globaal meer beeldende materialen beschikbaar dan in de thuisomgeving bij een cliënt. Als gevolg van de blik via de camera bij beeldbellen, is er minder zichtbaarheid op het werkproces, de lichaamstaal, het werkstuk, de ruimere omgeving...

#### *3.3.1 Beperkte beeldende materialen en methodieken*

Alle therapeuten benadrukken dat bij online therapie de beschikbaarheid van beeldende materialen afhangt van waarover cliënten zelf beschikken. In tegenstelling tot in het therapieatelier, hebben cliënten veelal een beperkt gamma aan materialen. De therapeuten vinden dat men niet kan verwachten dat cliënten extra materialen aankopen.

*'(...) want hoe doe je dat hè, met mensen die geen materiaal thuis liggen hebben, hè. Je gaat dat niet gaan... Opsturen ga je niet gaan doen. Want de mensen allé ja. Allé, ze krijgen extra kosten daardoor.'*  
(BT3)

Beperkte beschikbaarheid van materialen brengt met zich mee dat bepaalde methodieken niet mogelijk zijn waarvoor de cliënt het materiaal niet heeft. BT3 deed een sessie beeldende therapie – de enige die ze deed - bij een cliënt waarvan ze vooraf wist dat ze over een ruime waaier aan materialen beschikt en stelt zichzelf de vraag of ze überhaupt beeldende therapie zou toepassen met cliënten waarbij dit niet het geval is. Ze zegt expliciet enkel cliënten te willen aantrekken die komen voor een verbale coaching en zich niet te profileren als beeldend therapeut voor cliënten met psychische moeilijkheden. De andere therapeuten nemen het op als hun verantwoordelijkheid om de beeldende therapie hieraan aan te passen.

*'Bij de kinderen schakel ik meer visueel materiaal in. Euhm want met met tekenfilmpjes werken of zo, dat had ik nog nooit niet gedaan.'* (BT2)

*'Ja, dan ga ik ervan uit dat iedereen wel papier en stiften heeft. Dus dan heb ik het daarmee gedaan.'*  
(BT4)



Vanuit deze aanpassingen ondervinden de meeste therapeuten dat ze bij therapie via beeldbellen veelal tijdens de voorbereiding bepalen met welk materiaal er zal gewerkt worden en delen ze dit voorafgaandelijk aan de sessie mee aan de cliënt. BT2 en docent-BT5 hebben ervaren dat opdrachten bij beeldbellen best eenvoudig gehouden worden en dat het geven van duidelijke instructies cruciaal is.

*'(...) maar ik heb daar wel uit geleerd dat ik dus ja, mijn opdrachten heel duidelijk moet omschrijven, zodanig dat ze heel goed weten wat dat er bedoeld wordt. Want als dat live is, dan toon je dat, maar voor het scherm heb ik niet altijd zo de reflex van dat direct hè, voor de camera te gaan tonen.'* (BT2)

*'Hou het simpel. ... Mensen vertelden dan ook dat ze eigenlijk zo met die technische vragen bezig waren dat ze daardoor uit het gevoel stapten hè. Of uit het proces.'* (docent-BT5)

### 3.3.2 Beperkte zichtbaarheid

De aanpassingen in methodieken en het geven van precieze instructies bij opdrachten wordt ook in verband gebracht met de beperkte zichtbaarheid, als gevolg van de camera die niet het geheel, niet alles in beeld kan brengen. BT4 benoemt dat men via beeldbellen 'afgesneden' is waarbij ze met haar handen een rechthoek vormt rond het hoofd. Veelal is de camera gericht op het gezicht, waarbij, met uitzondering van BT2, alle therapeuten vinden of ervaren dat het een gemis is om het werkproces niet te zien. Dit gemis uit zich bij deze therapeuten als het niet kunnen benoemen van of inspelen op het proces, het onvoldoende aanwezig kunnen zijn tijdens het proces of de veiligheid niet kunnen garanderen. Sommige therapeuten vinden gemakkelijker antwoorden op deze moeilijkheid dan anderen. Docent-BT5 bijvoorbeeld raadt aan de cliënt voorafgaandelijk aan de sessie goed te brieven over benodigde materiaal en tijdens de sessie het proces heel nauw te begeleiden door zelf voor te doen, de eigen camera op het gehele lichaam te richten, stappen telkens te benoemen en constant terug te koppelen.

*'Ja, het grootste ding vind ik, allé vond ik van het niet bezig zien van haar. Ja. Van hoe pakt ze dat aan. Aan wat begint ze nu eerst, hè. Begint ze nu eerst aan dat of begint ze toch eerst aan die kern? Wat kleuren? Zijn dat laag op laag dat ze gebruikte en dan uitgeveegd heeft?'* (BT3)

*'Het tot stand komen van iets. En euh, waar dat je op dat moment een twijfel ziet, van zou ik dat nu wel doen of niet? En allé ja, ik zeg het, dat heb ik gemist. Ik zag dat inderdaad aan haar gezicht, maar ik kon dat niet linken met wat het was hè.'* (BT3)

*'Ik heb misschien ook niet zicht op alles wat gedaan wordt als iemand bezig is met materiaal. Ik zie eigenlijk niet goed wat wat die doet en hoe kan ik dan voor een veiligheid zorgen? Hoe kan ik dingen containen als ik eigenlijk niet goed kan zien wat er precies gebeurt?'* (docent-BT5)

De mogelijkheid tot het voorafgaandelijk aan de sessie geven van een opdracht wordt door drie therapeuten (BT1, BT3 en BT4) gesuggereerd. Omwille van het missen van het proces is er een ongelijkheid in mening over het al dan niet toepassen van deze methodiek, mede afhankelijk van wie de cliënt is.

*'Ik zou wel een opdracht kunnen geven en dat ze mij dan misschien per sms of er een foto van neemt en met whatsapp of zo doorstuurt, maar dan zie ik het proces niet en dus dat vind ik niet echt haalbaar.'* (BT1)

*'Dan dan had ik gezegd tegen haar van kijk, laat mij je opdracht op voorhand geven. Ja, omdat allé, dat ik ook wel vind van allé, dat is iemand met kennis. Ik denk niet dat je dat tegen iedereen moet gaan zeggen. (...) Dat is ook iemand met tijd. Die zit thuis hè ook. Allé, ik zou dat ook niet vragen aan iemand die fulltime werkt met drie kinderen bij wijze van spreken.'* (BT3)

Naast het niet zien van het werkproces ervaren BT1 en BT2 ook het onvoldoende kunnen zien van de gehele lichaamstaal en van de gezichtsmimiek, bijvoorbeeld wanneer iemand met gebogen hoofd aan het werk is. Beiden ervaren dat ze minder kunnen aflezen of afleiden van de lichaamstaal, wat voor hen een reden is om niet of minder lichaamsgericht te werken in tegenstelling tot bij face-to-face sessies. BT1 benoemt bijkomend dat mensen via het beeldbellen hun lichaamstaal ook bewust meer kunnen verbergen en daardoor gemakkelijker vluchtmechanismen gebruiken.

*'Omdat dat gewoon zo een belangrijke is in deze job, vind ik, is lichaamstaal, maar ook gezichtsmimiek. En dat is iets dat ik mis in online of een stuk mis, hè. (...) De lichaamsgerichte oefeningen doe ik sowieso en drama-oefeningen doe ik sowieso niet online, omdat ik te weinig veiligheid kan inschatten bij de cliënt.'* (BT1)

*‘Stel nu dat jij zenuwachtig bent en dat je met je benen zit te wippen, dat kan ik niet zien, hè. (...) Zo’n dingen. (...) Ja, op dit moment kan ik dat echt niet zien, terwijl dat het allemaal dingen zijn waar ik anders wel op let. (...) het lichaam, allé van de cliënt waar ik anders veel meer mee werk. Ja, ik doe dat nog wel een beetje, maar toch veel minder dan vroeger zo.’ (BT2)*

### 3.3.3 Beperkingen in tonen van het werkstuk

Het beeldend werkstuk kan getoond worden via een foto of rechtstreeks via de camera. BT3 ervaaarde dat een foto een andere beleving was dan wanneer ze het werkstuk in het echt zag. BT4 ondervond in haar werk met kinderen dat zij hun werkstuk moeilijk voor de camera kunnen houden om te komen tot een duidelijk beeld. Het gevolg hiervan is dat de therapeut het werkstuk niet volledig of voldoende lang kan observeren en moeilijker specifieke vragen kan stellen.

*‘Allé, dat ik niet door had bij wijze van spreken dat dat euh... dat zij bijvoorbeeld daar zelfs een stukje oliepastel in gebruikt had, hè. Terwijl moest dat inderdaad wel live zijn. Ja, dan zie je dat één gebeuren en twee je kunt het gewoon veel beter zien. ... Euhm, en dan ging er wel door mijn hoofd van ja, hmmm, ja. Dat is toch niet 100% die foto.’ (BT3)*

*‘Ik zag alleen nog maar een stukje van de tekening. (...) Maar je ziet niet het hele blad. (...) Heel snel, want kinderen kunnen dat natuurlijk ook niet. Dat wordt zo even hup hup, zo door dat beeld heen getrokken.’ (BT4)*

### 3.3.4 Beperkte bewegingsruimte

Bij face-to-face sessies krijgen kinderen in het bijzonder veelal de kans om te bewegen in de therapieruimte. Deze bewegingsruimte wordt beperkt bij beeldbellen doordat kinderen ‘heel netjes en keurig op het stoeltje zitten met hun spulletjes’, aldus BT4. Ook BT2 haalt deze beperking aan in haar werk met kinderen, die er opnieuw voor zorgen dat ze genoodzaakt is om haar methodieken aan te passen.

*‘Bij mij kunnen ze bewegen door de ruimte. Ik heb een groot atelier. Ja, daar is van alle materiaal. Daar is een tentje waar dat ze een keer kunnen gaan in zitten. Daar zijn poefkes, kuskes. Ja. (...) Ik ik werk ook heel veel met beweging normalerwijze.’ (BT2)*

### 3.4 Effectiviteit

De mate waarin de therapeuten hun beeldende sessies via beeldbellen ‘geslaagd’ vinden, moet gezien worden binnen het eigen kader waarbinnen ze hun online sessies organiseerden. Voor BT2 zijn haar therapieën via beeldbellen evenwaardig aan face-to-face sessies. Zij gelooft meer in online beeldende therapie dan de andere participanten. Binnen dit evenwaardig alternatief benadrukt BT2 haar gevoel van dezelfde aanwezigheid bieden, het gelijkwaardig garanderen van veiligheid en haar opgebouwde ervaring en groei.

*‘Ik vind het wel een groot pluspunt dat de therapie ondertussen kan verder gaan en dat ze bij veel cliënten, allé echt wel kwalitatief is. Het is niet zo dat ze, hoe moet ik het zeggen, een afkooksel is van wat ze anders krijgen. Zeker niet, hè. (...) Ik heb ook nieuwe. Verschillende eigenlijk en zelfs met kindjes ook. (...) Verschil? Nee, eigenlijk niet. (...) Dat gaat eigenlijk bijna even goed als daarvoor. Ik moet alleen soms wat harder zoeken van wat kan ik nu doen dat zinvol is vanop afstand, hè. Daar heb ik meer mijn bezigheid mee, maar als ik dan gevonden heb... Allé, wat dat ik wil doen met hen, mag ik niet zeggen dat dat een minder resultaat geeft, of dat die sessies minder goed verlopen voor de cliënt dan anders.’ (BT2)*

BT1 en BT4 hadden enkel online sessies met gekende cliënten. Dat was een bewuste keuze. Het kennen van de cliënt laat hen toe in te schatten of het veilig genoeg zal zijn. Voor beiden voelde het tijdelijk overschakelen op beeldbellen eerder aan als een noodoplossing omwille van coronabeperkingen. Beiden geven de voorkeur aan face-to-face therapie, maar hebben al doende ondervonden dat de gegeven sessies beter meevielen dan verwacht. Zij gaan bewust op zoek naar strategieën om cliënten veiligheid te bieden en zoeken manieren om beeldend aan de slag te gaan binnen de gegeven beperkingen. BT1 erkent openlijk het ‘anders’ zijn en bevinden van de online sessies en het samen moeten zoeken naar een aangepaste en werkbare therapievorm. Dit biedt mogelijks ook voor de cliënt een opening om onzekerheden aan te kaarten en beïnvloedt mogelijk de verbondenheid en ervaren effectiviteit op een positieve manier. Voor beide therapeuten was het een verderzetting van wat reeds bestond, de bestaande cliënt-therapeutrelatie veilig stellen en zich beschikbaar stellen voor de cliënt met het oog op weer face-to-face te kunnen verdergaan zodra mogelijk.

*‘Maar ik had niet het gevoel dat als we elkaar dan face-to-face zagen, dat we opnieuw moesten beginnen van voor de online, hè. Dat niet. Dus het online gegeven heeft als ik het continuüm verderzet en heeft ook, heeft er ook voor gezorgd dat de bestaande relatie bleef bestaan, hè.’ (BT1)*

*'(...) dat heeft zich vooral afgespeeld op het niveau van dat je er voor ze bent op het moment dat je hebt afgesproken. Wat er gebeurt, ik ben er. Ik ben aanwezig voor jou. (...) Vooral aanwezig zijn. Daar plezier in hebben. En ik heb achteraf ook teruggekregen van de kinderen dat ze dat dat ook wel op die manier hebben ervaren.'* (BT4)

BT3 heeft ervoor gekozen op vraag van de betreffende cliënt beeldende therapie via beeldbellen te aanvaarden, omdat ze wist dat alle randvoorwaarden goed zaten. De sessie was voor haar ook geslaagd en ze zou er een vervolg aan gebreid hebben bij deze specifieke cliënt, maar zij had intussen geen beeldende therapie meer nodig. Tegelijk geeft BT3 aan niet uitsluitend beeldende therapie tout court te doen binnen haar bijberoep als coach en al zeker niet van beeldbellen gebruik te maken als ze de zekerheid niet heeft dat de randvoorwaarden goed zitten.

*'Ik denk, alle voorwaarden zaten goed. In de zin van iemand die het kent, iemand die er voor open staat, iemand die het online wil proberen iemand die materiaal thuis heeft. Dus in die zin had ik iets van ja, weet je, iemand waar ik mij ook wel veilig bij voelde. Allé, ik denk dat dat ook een belangrijke is. In de zin van goh, moest dat nu mislukt zijn bij wijze van spreken. Allé, dat dat ook wel kon.'* (BT3)

## HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE EN CONCLUSIE

### 1 Discussie

In deze studie werd onderzocht hoe therapeuten individuele beeldende therapie via beeldbellen ervaren, zoals die noodzakelijkerwijs werd toegepast als een gevolg van de COVID-19 pandemie en de bijhorende infectiebeperkende maatregelen. Vanuit de interviews met 4 beeldend therapeuten en 1 praktijkdocent beeldende therapie kwamen 4 hoofdthema's naar voren, die onderling met elkaar verbonden zijn: condities, voor wie, beperkingen en effectiviteit.

Vanuit de verandering dat therapie plaatsvond vanop afstand met (beperkt) zicht via de camera, moesten therapeuten noodgedwongen op zoek naar condities, naar een nieuw, veilig kader om een therapeutisch proces mogelijk te maken. De veiligheid van de thuisomgeving van de cliënt werd hierbij essentieel bevonden. De eigen plek kan vertrouwd en veilig aanvoelen voor een cliënt, maar ook de privacy moet gerespecteerd zijn. De therapeuten voelden dat ze het garanderen van deze veiligheid globaal niet in eigen handen hadden, maar dat ze vooral aangewezen waren op de organisatie en de mogelijkheden hierin van de cliënt. Levy et al. (2018) benoemden in hun creatief therapeutisch werk via beeldbellen dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor het garanderen van de privacy. De therapeuten die in het huidig onderzoek geïnterviewd werden, voelden zich daar op zijn minst medeverantwoordelijk voor. Ze ervaren dat het niet altijd gemakkelijk is om via beeldbellen in te schatten hoe veilig een cliënt daar zit. Maar ze konden de cliënt wel wijzen op het belang van de privacy en hen aanmoedigen om een plekje in de eigen (thuis)omgeving te zoeken waar ze alleen konden zijn. De aanwezigheid van de therapeut om een gevoel van nabijheid te scheppen, van in veilige handen te zijn, werd evenzeer als essentiële conditie benadrukt in het huidig onderzoek. Bij face-to-face therapie, waar cliënt en therapeut samen fysiek aanwezig zijn in de therapieruimte, kan de therapeut via haar beweging in de ruimte en haar blik een afgewogen aanwezigheid zoeken om verbondenheid te creëren en zich beschikbaar te stellen wanneer een cliënt dreigt vast te lopen in het (beeldend) handelen of dreigt te overspoelen (De Valck, 2017). Bij beeldbellen moest deze aanwezigheid door de lichamelijke afwezigheid 'anders' ingevuld worden. Het benoemen van hun aanwezigheid, het letterlijk afstand nemen van de camera, de blik niet continu op de camera richten en de gezamenlijke participatie aan een (creatieve) activiteit waren strategieën die de therapeuten toepasten om nabijheid te bieden zonder hierbij indringend over de komen.

Bij het zoeken naar een veilig kader voor beeldende therapie via beeldbellen, voelden alle therapeuten zich initieel onzeker. Dit kan mogelijks toegeschreven worden aan een onzekerheid ten aanzien van

het online medium, aan een gebrek van vertrouwen in zichzelf of een confrontatie met het niet-weten. BT1 koos ervoor om haar onzekerheid ten aanzien van het online medium openlijk te benoemen, waardoor ze mogelijks voor de cliënt een veilig gevoel van openheid en verbondenheid creëerde. Schweizer (2009) benoemt dat het lef vraagt om samen in het niet-weten te gaan zitten, maar dat het soms juist heel therapeutisch kan werken. Door beperkingen die toegeschreven worden aan onder andere minder beschikbare beeldende materialen en een verminderde zichtbaarheid van de lichaamstaal en het werkproces, moesten therapeuten het effectief inzetten van (andere) beeldend therapeutische methoden durven toepassen. Ze moesten op zoek naar welke methodieken via beeldbellen inzetbaar waren om een creatief therapeutisch proces in het medium te bereiken. Met andere woorden, de cliënt moest veilig aan de slag kunnen gaan in het beeldend medium, vanuit een alsof-spel, maar waarbij gevoelens ervaren werden zoals in de werkelijkheid buiten de therapiesessie. (Smeijsters, 2014). Binnen de beeldende therapie wordt dit de esthetische illusie genoemd, naar analogie met de *dramatic reality* van Pendzik (2006). Elke individuele therapeut bakende voor zichzelf een eigen veilig kader af waarbinnen 'geëxperimenteerd' werd. Hoewel BT1 opmerkte dat ze initieel geneigd was om meer verbaal te werken, gaf ze evenals de andere therapeuten aan verrast te zijn dat beeldende methodieken wél werkten en dat verbondenheid vanop afstand wél gewaarborgd was. De gevoerde online sessies werden daardoor als effectief ervaren.

Het verschil tussen de therapeuten situeerde zich in het gevoel al dan niet dezelfde veiligheid te kunnen garanderen als bij face-to-face therapie. Daar waar BT2 en BT3 hun aanwezigheid en mogelijkheid tot *containment* identiek ervoeren, maakten BT1 en in zekere mate BT4 zich zorgen dat ze door het missen van de nonverbale communicatie, van de zichtbaarheid van de ruimere omgeving en van het werkproces via beeldbellen, de dingen moeilijker zouden kunnen *containen*. Dit verschil werd ook weerspiegeld in hun houding ten aanzien van therapie via beeldbellen. BT2 besprak dat ze haar methodieken door het afstandsgegeven heeft moeten aanpassen, maar dat ze voldoende ervaring heeft opgebouwd om evenwaardige sessies en een identiek contact met de cliënt te kunnen garanderen. Daarin had ze dezelfde visie van Kingwill (2020) die vanuit haar expertise in online dramatherapie sprak over het ontstaan van een nieuwe creatief therapeutische modaliteit. BT2 bleef ook met de versoepelingen van de COVID-19 maatregelen vasthouden aan beeldende therapieën via beeldbellen. BT1 en BT4 gaven de voorkeur aan face-to-face beeldende therapiesessies, maar waren bereid tot het geven van online therapie wanneer face-to-face contact niet mogelijk was of bij specifieke casussen die initieel gemakkelijker online bereikbaar waren.

Opvallend rapporteerden de fulltime beeldend therapeuten (BT1 en BT2) een verschil in hoeveel cliënten al dan niet bereid waren om te starten of over te stappen op therapie via beeldbellen. De

technologische vaardigheden van een cliënt, diens ervaring en vertrouwen hierin bleken volgens de therapeuten een bepalende factor in de acceptatie van therapie via beeldbellen, zoals ook cliënten zelf aangeven in de literatuur (Ashwick et al., 2019; Bleyel et al., 2020; Simpson et al., 2015). Dit verklaart echter niet volledig waarom BT1 minder cliënten had die online therapie wilden overwegen ten aanzien van BT2. Zonder hierover zekerheid te hebben, spelen vermoedelijk ook andere factoren een rol. BT1 gaf zelf de voorkeur aan face-to-face therapie, waardoor zij deze optie opnieuw aanbood aan cliënten zodra het mocht, conform de COVID-19 maatregelen. BT2 gaf nog enkel online therapie, waardoor nieuwe cliënten die dat niet zagen zitten zich vermoedelijk niet tot haar gericht hebben. Voor de cliënten die reeds in behandeling waren bij haar was het slechts een keuze tussen online therapie of geen therapie. Vanuit de ervaringen van cliënten in de literatuur is het denkbaar dat ook sommigen de cliënt-therapeut interactie en relatie via beeldbellen in vraag stelden doordat het mogelijk onpersoonlijker of 'vanop afstand' aanvoelt of ze moeilijker de lichaamstaal en gezichtsmimiek kunnen aflezen (Ashwick et al., 2019; Bleyel et al., 2020; Simpson et al., 2015). Ook specifiek met betrekking tot het beeldend werken, kon bij cliënten met weinig ervaring in het medium of met deze therapievorm een vooringenomen angst heersen om hiermee thuis voor de camera aan de slag te gaan (Levy et al., 2018). Verder onderzoek is echter nodig om meer inzichten te krijgen in de beweegredenen of weerstanden van cliënten om beeldende therapie via beeldbellen te accepteren.

## **2 Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

De huidige studie kende een exploratief karakter gezien de beperkte inclusie van participanten. Ook hadden de meesten slechts beperkte ervaring met beeldbellen binnen beeldende therapie. Omwille van de heersende coronamaatregelen moesten de interviews via beeldbellen plaatsvinden, waardoor de afstemming op de geïnterviewde iets moeilijker was. De beeldregistraties via de online software zorgden er echter wel voor dat lichaamstaal en gelaatsuitdrukkingen veel beter konden gebruik worden bij de analyse.

Het is aan te bevelen om dit onderzoek uit te breiden met verdiepende gesprekken met beeldend therapeuten op basis van evoluerende inzichten. Dit onderzoek werd afgebakend tot individuele therapie, mede door de individuele werkwijze van de meerderheid van de participanten. Processen eigen aan groepstherapie werden daarom niet meegenomen in dit onderzoek en dienen verder onderzocht te worden. Ook de ervaringen van cliënten werden niet opgenomen in de huidige studie.



Gezien het verkennend karakter van deze studie, wordt ervoor gekozen nog geen aanbevelingen voor de praktijk te formuleren omdat ze te weinig in de empirie zouden gegrond zijn.

### **3 Conclusie**

Deze studie beschrijft hoe beeldend therapeuten individuele beeldende therapie via beeldbellen ervaren. Hieruit blijkt dat therapeuten actief op zoek gaan naar nieuwe manieren om zich aanwezig te stellen in de mate dat de therapeut vanop afstand veiligheid kan bieden en de cliënt zich veilig voelt om creatief therapeutisch aan de slag te gaan. Ook de veiligheid van de thuisomgeving en de privacy zijn condities die invloed hebben op het therapeutisch proces. Toch heeft de therapeut dit minder in eigen handen en is het niet altijd gemakkelijk te interpreteren hoe de aanwezigheid van een extra persoon – veelal een familielid - dit proces beïnvloedt. Alle therapeuten zijn het er over eens dat beeldende therapie via beeldbellen een goed alternatief kan zijn wanneer face-to-face contact niet mogelijk is. Voor sommige therapeuten is therapie via beeldbellen een nieuwe beeldende therapeutische modaliteit evenwaardig aan face-to-face therapie. Andere therapeuten echter vinden dat ze door de beperkingen, te wijten aan therapie via beeldbellen, evenwaardige sessies niet in alle omstandigheden kunnen garanderen. Zij benoemen hierbij vooral het beperkte zicht via de camera op de lichaamstaal en het missen van het werkproces.

## LITERATUURLIJST

- Ashwick, R., Turgoose, D., & Murphy, D. (2019). Exploring the acceptability of delivering Cognitive Processing Therapy (CPT) to UK veterans with PTSD over Skype: a qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1-11.
- Atsmon, A., & Pendzik, S. (2020). The clinical use of digital resources in drama therapy: an exploratory study of well-established practitioners. *Drama Therapy Review*, *6*(1), 7-26.
- Beeldbellen opstarten in hulp en zorg in coronacrisis* [website]. (2020). Geraadpleegd op 15 november 2020 via <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/beeldbellen-in-coronacrisis/>
- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H. C., & Haun, M. (2020). Patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: qualitative preimplementation study of anticipated benefits and barriers. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(4), 1-13.
- Collie, K., Bottorff, J., Long, B. C., & Conati, C. (2006). Distance art groups for women with breast cancer: guidelines and recommendations. *Supportive Care in Cancer*, *14*(8), 849-858.
- Collie, K., Hankinson, S. P., Norton, M., Dunlop, C., Mooney, M., Miller G., & Giese-Davis, J. (2017). Online art therapy groups for young adults with cancer. *Arts & Health*, *9*(1), 1-13.
- De Valck, A. (2017). Het kader in beeld. Beschouwingen over een psychoanalytisch kader voor beeldende therapie. In J. Demuyne & A. Geldhof (Red.), *Creatieve therapie* (p. 113-120). Leuven: Acco.
- De Witte, N., Bernaerts, S., Van Assche, E., Willems, S., & Van Daele, T. (2020). *FAQ on online consultations*. Geraadpleegd op 1 september 2020 via <http://ehealth.efpa.eu/covid-19/faq-on-online-consultations/>
- E-hulp. Kenniscentrum online hulpverlening*. [website]. (2007). Geraadpleegd op 15 november 2020 via <https://tegek.be/kenniscentrum/online-hulpverlening>
- Engelhard, E. S., & Furlager, A. Y. (2020). Remaining held: dance/movement therapy with children during lockdown. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, doi: 10.1080/17432979.2020.1850525.
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Biebooms, J., Westerinck, J., & Ijsselsteijn, W. (2020). Mental health care goes online: practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, doi: 10.1089/cyber.2020.0370.
- Grol, R. (1997). Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, *315*(7105), 418-421.

- Hilty, D.M., Ferrer, D.C., Parish, M.B., Johnston, B., Callahan, E.J., & Yellowlees, P.M. (2013). The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemedicine Journal and e-Health*, 19(6), 444-454.
- Hoffmann, M., Wensing, M., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J., Hartmann, M., Friederich, H. C., & Haun, M. (2020). Perspectives of psychotherapists and psychiatrists on mental health care integration within primary care via video consultations: qualitative preimplementation study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 1-11.
- Howland, M., Tennant, M, Bowen, D. J., Bauer, A. M., Fortney, J. C., Pyne, J. M., & Cerimele, J. M. (2020). Psychiatrist and psychologist experiences with telehealth and remote collaborative care in primary care: a qualitative study. *Journal of Rural Health*, doi: 10.1111/jrh.12523.
- Interian, A., King, A. R., Hill, L. M., Robinson, C. H., & Damschroder, L. J. (2018). Evaluating the implementation of home-based videoconferencing for providing mental health services *Psychiatric Services*, 69(1), 69-75.
- Kingwill, P. (2020). Online drama therapy: lessons from a cattle farm. *Drama Therapy Review*, 6(1), 39-44.
- Kwalitatieve data analyse* [Website]. (z.j.) Geraadpleegd op 1 september 2020 via [www.arteveldehogeschool.be/okoenpjk/bachelorproefdataanalyse/kwalitatieve-data-analyse/](http://www.arteveldehogeschool.be/okoenpjk/bachelorproefdataanalyse/kwalitatieve-data-analyse/)
- Levy, C. E., Spooner, H., Lee, J. B., Sonke, J., Myers, K., & Snow, E. (2018). Telehealth-based creative arts therapy: transforming mental health and rehabilitation care for rural veterans. *Arts in Psychotherapy*, 57, 20-26.
- Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 6(4), 271-280.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Simba* [Website]. (z.j.). Geraadpleegd op 1 september 2020 via <https://elearning-onlinehulp.be/simba>
- Simms, D. C., Gibson, K., & O'Donnell, S. (2011) To use or not to use: clinicians' perceptions of telemental health. *Canadian Psychology-Psychologie Canadienne*, 52(1), 41-51.
- Simpson, S., Guerrini, L., & Rochford, S. (2015) Telepsychology in a University Psychology Clinic Setting: A Pilot Project. *Australian Psychologist*, 50(4), 285-291.
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

- Spooner, H., Lee, J. B., Langston, D. G., Sonke, J., Myers, K. J., & Levy, C. E. (2019). Using distance technology to deliver the creative arts therapies to veterans: Case studies in art, dance/movement and music therapy. *Arts in Psychotherapy*, *62*, 12-18.
- Van Der Heyden, J. (2017). Psychoanalyse als kader voor de creatieve therapie. Creatieve therapie? In J. Demuynck & A. Geldhof (Red.), *Creatieve therapie* (pp. 51-62). Leuven: Acco.
- Vaudreuil, R., Langston, D. G., Magee, W. L., Betts, D. Kass, S., & Levy, C. (2020). Implementing music therapy through telehealth: considerations for military populations. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, doi: 10.1080/17483107.2020.1775312.
- Verhaeghe, S., Beeckman, D., Van Hecke, A., David, L., & Vandecasteele, T. (2016). *Qualitative methods: Electronic self-study tool*. Onderwijsinnovatieproject Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent. Geraadpleegd op 1 september 2020 via [https://zephyr.ugent.be/main/course\\_home/course\\_home.php?cidReq=QUEST](https://zephyr.ugent.be/main/course_home/course_home.php?cidReq=QUEST)
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Londen & New York: Routledge.

**Afbeelding omslag (bewerkt):**

- Gumpp, J. (1646). *Self portrait* [schilderij]. Geraadpleegd op 18 mei 2021 via [https://ameliagauci.wordpress.com/2014/02/05/seminar-4/138\\_29271\\_1-001/](https://ameliagauci.wordpress.com/2014/02/05/seminar-4/138_29271_1-001/)
- Onbekende fotograaf. (z.j.). [foto]. Geraadpleegd op 18 mei 2021 via <https://www.psychanalyse.be/nl/psychoanalytische-praktijkvormen/de-settings/psychosomatische-benadering/>

## **BIJLAGENLIJST**

Bijlage 1: Recruiteringsoproep therapeuten

Bijlage 2: Interviewguide therapeuten

Bijlage 3: Goedkeuring van het Ethisch Comité

Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier voor de therapeut

## **Bijlage 1: Recrueringsoproep therapeuten**

### **Beeldend therapeuten gezocht voor een onderzoek naar de ervaringen van beeldende therapie via beeldbellen**

#### **Wat wordt onderzocht?**

Door het coronavirus was direct contact tussen cliënten en therapeuten vaak niet mogelijk. Therapeuten maakten daarom gebruik van middelen zoals beeldbellen. We willen graag weten hoe beeldend therapeuten en cliënten dat ervaren hebben. Zo kunnen we helpen onderzoeken hoe en voor wie een dergelijke therapie op afstand het best ingezet kan worden.

Heb je een diploma beeldende therapie en heb je minimum 1 sessie online gegeven? Dan gaan we graag met jou in gesprek over je eigen ervaringen met beeldende therapie op afstand via beeldbellen (verwachte duur 45-60 minuten). Het gesprek zal plaatsvinden via beeldbellen en kadert binnen een bachelorproef.

#### **Aanmelden**

Geïnteresseerden kunnen mailen naar

[els.tobback@student.artveldehs.be](mailto:els.tobback@student.artveldehs.be)

De verzameling en verwerking van uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld, conform de GDPR-wetgeving.

## **Bijlage 2: Interviewgide therapeuten**

### **Interviewgide therapeuten:**

De interviewgide zoals hieronder opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen, het aantal vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld of gewijzigd worden. Vooraf aan de inleidende vraag zal de onderzoeker een korte introductie geven over het onderwerp en het doel van het onderzoek.

#### ***Inleidende vraag***

- Ik wil graag weten hoe u het geven van therapie via beeldbellen ervaren hebt. Maar eerst wil ik vragen hoe een sessie beeldende therapie via beeldbellen er bij u uit ziet? (Verder doorvragen over: de voorbereiding, de sessie zelf, het eventuele werk erna)

#### ***Algemene interviewvragen***

- Hoe was het om therapie via beeldbellen te geven?
- Waar bent u tegenaan gelopen?
- Waarin heeft het u verrast?
- Zijn er zaken die u nu anders doet dan in het begin?
- Wat zou u kunnen helpen?
- Wat zou u graag aan de situatie veranderen, moest u kunnen?

#### ***Thema-specifieke vragen***

##### *As cliënt – beeldend medium*

- Binnen de therapieruimte is er een groot aanbod aan beeldende materialen. Hoe gaat u hiermee om wanneer de cliënt op afstand therapie volgt?
- In de therapieruimte heeft men direct zicht op de cliënt als persoon en op zijn/haar beeldend werken. Hoe was dat via beeldbellen?
- Zijn er beeldende opdrachten waarvan u ervaren heeft dat ze niet of net wel mogelijk zijn via beeldbellen? (Verder doorvragen over werken met/werken in het medium)
- In de therapieruimte kan de cliënt ervoor kiezen om zijn/haar beeldend werk rechtstreeks aan u te tonen? Hoe was dat vanop afstand?

### *As cliënt – therapeut*

- Bij face-to-face therapie begeeft de therapeut zich in dezelfde ruimte als de cliënt. Men voelt als het ware elkaars aanwezigheid. Hoe ervaarde u dit via beeldbellen? (Verder doorvragen over: stem, blik)
- Heeft u bepaalde zaken opgemerkt in de relatie met de cliënt op afstand? (Verder doorvragen over: interactie, overdracht/tegenoverdracht, interventies)
- In beeldende therapie ligt de nadruk op de ervaring, het doen. Het biedt een andere manier om te communiceren en om contact te maken. Beeldende therapie wordt ook wel non-verbale therapie genoemd, al speelt praten ook een rol natuurlijk. Hoe ervaart u de rol van verbale communicatie via beeldbellen?

### *As therapeut – beeldend medium*

- Bij beeldende therapie kan de therapeut het beeldend medium zelf inzetten om vb. een werkwijze of techniek te tonen of om vb. in interactie te gaan met de cliënt. Hoe was dat via beeldbellen?

### *Online therapie / beeldbellen*

- Hoe heeft u de technische en praktische aspecten van het beeldbellen ervaren?

### **Besluitende vraag**

- We hebben samen een bepaald pad gevolgd. Zijn er nog bepaalde zaken die misschien minder aan bod gekomen zijn of waarover u nog iets wil vertellen?

### **Achtergrondgegevens**

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Doelgroep / klachten
- Werksetting
- Hoe lang werkt u reeds als beeldend therapeut?
- Wanneer bent u opgestart met BT via beeldbellen?
- Hoeveel sessies BT heeft u gegeven via beeldbellen?



### Bijlage 3: Goedkeuring van het Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Maria Grypdonck  
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39  
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	<a href="mailto:Ethisch.comite@uzgent.be">Ethisch.comite@uzgent.be</a>	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-08883	NVT	09/12/2020	1/2

**Betreft :** Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Ervaren mogelijkheden en beperkingen van beeldende therapie op afstand via beeldbellen: een kwalitatief - Scriptie Els Tobback"

**B.U.N.:** B670202000972

- \* Adviesaanvraagformulier dd 27/10/2020 Ontvangen dd 5/11/2020
- \* Begeleidende brief dd 27/10/2020
- \* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd 27/10/2020 voor de therapeut, voor de cliënt
- \* Rekruteringsmateriaal Versie 1 dd 27/10/2020
- \* Protocol: Interviewgide therapeut, interviewgide Cliënt

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Maria Grypdonck

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD, ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 07/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 07/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE. A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 07/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 07/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 15/12/2020. THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/12/2020.**

- ° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- ° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- ° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- ° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- ° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- ° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- ° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'*

ALGEMENE DIRECTIE  
Commissie voor Medische Ethiek

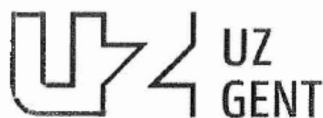
VOORZITTER:  
Prof. dr. P. Deron

SECRETARIS  
Prof. dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER  
Muriel Fouquet  
T +32(09) 332 33 38  
Sara De Smet  
T +32(09) 332 88 55  
Sabine Van de Moortele  
T +32(09) 332 88 54

SECRETARIAAT  
Sebastian Callewaert  
T +32(09) 332 41 81  
Marianne De Meyer  
T +32(09) 332 05 06  
Charlotte De Wolf  
T +32(09) 332 22 86  
Sandra De Paep  
T +32(09) 332 20 80  
Ann Haenabalske  
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75  
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent  
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent  
[www.uzgent.be](http://www.uzgent.be)

rules.

- \* The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
- \* In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
- \* The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
- \* None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.
- \* All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron  
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU  
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

**Ledenlijst 2019-2023:**

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)

Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:

- Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
- Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
- Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
- Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
- Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
- Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
- Prof.dr. D. DE BACQUER (UG – statisticus, ♂)
- Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
- Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
- Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
- Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
- Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
- Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
- Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
- Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
- Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
- Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
- Prof.dr. R. PIERS (UZG – geriater, ♀)
- Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
- Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
- Prof. dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♂)
- Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
- Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
- Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
- Dr. J. VAN ELSSEN (huisarts, ♂)
- Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
- Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
- Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

## Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier voor de therapeut



### Informatiebrief voor de deelnemende persoon

#### 1 Titel van de studie

Ervaren mogelijkheden en beperkingen van beeldende therapie op afstand via beeldbellen: een kwalitatief onderzoek

#### 2 Doel van de studie

Door het coronavirus was direct contact tussen cliënten en therapeuten vaak niet mogelijk. Therapeuten maakten daarom gebruik van middelen zoals beeldbellen. Ook u hebt daarvan gebruik gemaakt. We willen graag weten hoe beeldend therapeuten en cliënten dat ervaren hebben. Zo kunnen we helpen onderzoeken hoe en voor wie een dergelijke therapie op afstand het best ingezet kan worden. Omwille van uw ervaring hiermee, nodigen we u uit om deel te nemen aan dit onderzoek.

#### 3 Beschrijving van de studie

We willen graag met u (via beeldbellen) een gesprek hebben over uw ervaringen met beeldende therapie op afstand via beeldbellen. We willen polsen naar mogelijkheden en beperkingen die u ervaren heeft en hoe u hiermee omging. We verwachten dat het gesprek ongeveer 45 tot 60 min zal duren. Als u het korter wil houden, kan u dat gerust aangeven. We gaan er dan zeker op in.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de UGent. Deze studie zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

#### 4 Wat wordt verwacht van de deelnemende persoon?

Er wordt verwacht dat u zo eerlijk mogelijk antwoordt op de vragen. Bovendien heeft u de kans om vragen te weigeren indien u niet wenst te antwoorden. Het interview wordt opgenomen met een audio-recorder of via de beeldbeltool in overeenstemming met de GDPR privacywetgeving. De verzamelde gegevens worden anoniem gebruikt en verwerkt en de opname wordt vernietigd.

#### 5 Toestemming en weigering

De deelname aan het interview vindt plaats op vrijwillige basis.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

#### 6 Voordelen:

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen direct voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor beeldende therapie via beeldbellen en aldus de behandeling van cliënten binnen de geestelijke gezondheidszorg.

#### 7 Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

#### 8 Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.



Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoon). Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de onderzoeker, Els Tobback. Het onderzoeksteam zal toegang krijgen tot mijn persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Michael Meysman, [dpo@arteveldehs.be](mailto:dpo@arteveldehs.be).

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

## 9 Verzekering

Er wordt niet verwacht dat deelname aan dit onderzoek enige schade voor u zal meebrengen.

Bij elke klinische studie, en dus ook bij deze, voorziet de opdrachtgever in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862

## 10 Contactpersoon:

Als U aanvullende informatie wenst over de studie, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met onderstaande onderzoekers.

Indien u niet tevreden bent over de student-interviewer of opmerkingen hebt omtrent het gevoerde gesprek kan u contact opnemen met de begeleider van de student (hoofdonderzoeker).

student-onderzoeker Els Tobback, [els.tobback@student.arteveldehs.be](mailto:els.tobback@student.arteveldehs.be), 0477.55.27.57  
hoofdonderzoeker em. Prof. dr. Maria Grypdonck, [maria.grypdonck@ugent.be](mailto:maria.grypdonck@ugent.be)



<b>TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS</b>
---

**Aankruisen door de deelnemer indien akkoord**

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 2 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

**\* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het Informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

