

Utrecht, mei 2017

Vastklampen & Afhouden

Een praktijkgericht onderzoek naar beeldende therapie bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika



Rosa de Jong 1551019

Creatieve Therapie Beeldend

Hogeschool Utrecht Amersfoort

Afstudeeropdracht

Focus op praktijkgericht onderzoek

Consulent: Gemmy Willemars

1^e beoordelaar: Hans Horstink

2^e beoordelaar: Diane Kelderman

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op beeldende therapie bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen de weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos (NPH) in Latijns-Amerika. Deze doelgroep blijkt een groter risico te lopen op hechtingsproblemen. Binnen de NPH-huizen worden er weinig tot geen diagnoses gesteld bij de kinderen en jongeren waardoor er ook weinig indicatiestellingen zijn. Beeldend therapeuten moeten rekening houden met de aanwezigheid van hechtingsproblematiek, ook als daar geen diagnoses of indicatiestellingen voor zijn. Door het gebrek aan specifieke informatie en handvatten binnen de organisatie, blijkt het voor Nederlandse beeldend therapeuten die in één van de huizen in Latijns-Amerika gaan werken, moeilijk te zijn om therapieën op te zetten of te starten. In dit onderzoek is onderzocht welke richtlijnen belangrijk zijn binnen een beeldend therapeutisch aanbod voor kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. Er is onder andere gekeken naar manieren waarop hechtingsproblematiek te herkennen is; informatie over indicatiestellingen; welke behandeldoelen aansluiten bij de doelgroep; welke interventies kunnen worden ingezet; en met welke cultuurverschillen er rekening gehouden moet worden. Deze informatie is verkregen vanuit zowel de literatuur als vanuit ervaringen uit de praktijk.

Om de hechtingsproblemen bij deze doelgroep (eerder) te kunnen herkennen is er een lijst samengesteld met (gedrags)uitingen van hechtingsproblemen. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de kerngebieden Zelfbeeld, Emotie, Interactie en Cognitie, (Smeijsters 2010) goed aansluiten bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Deze kerngebieden dienen als bruikbare handvatten voor de behandeling van hechtingsproblematiek. Er wordt voornamelijk binnen de kerngebieden Zelfbeeld en Interactie gewerkt in de beeldende therapie binnen de NPH-huizen. Er blijkt meer stabiliteit nodig te zijn in de omgeving van de kinderen en jongeren met hechtingsproblemen, om intensiever aan de problematiek te kunnen werken volgens de re-educatieve werkwijze binnen de kerngebieden Emotie en Cognitie. De supportieve werkwijze sluit het beste aan bij deze doelgroep vanwege het ondersteunende karakter. Doelstellingen die hier bij passen zijn het ontwikkelen van de eigen mogelijkheden, het vergroten van het zelfvertrouwen, het scheppen van ontspanning en veiligheid, het ondersteunen en ontwikkelen van nieuw gedrag en het opbouwen van vertrouwen binnen de therapeutische relatie. Één van de belangrijkste voorwaarden in de behandeling van hechtingsproblemen is dat de therapeut emotioneel beschikbaar is. Zo kan de cliënt binnen de therapie ervaren wat bij gehechtheid hoort.

Beeldende therapie is gebaseerd op Westerse normen en waarden waardoor er voorzichtigheid geboden is in het werken met cliënten met een andere culturele achtergrond. Doordat cultuurverschillen de beeldende therapie kunnen beïnvloeden, is het als beeldend therapeut in NPH belangrijk om zich bewust te zijn van cultuurverschillen en verschillen in normen en waarden. In dit onderzoek wordt gesteld dat de beeldende therapie verschillende therapeutische kwaliteiten heeft, waardoor de therapie bij kinderen/jongeren met hechtingsproblematiek in de NPH-huizen in Latijns-Amerika op meerdere vlakken goed aansluit. Beeldende therapie levert een bijdrage bij het herontwikkelen van het proces van emotionele binding die verstoord is bij cliënten met hechtingsproblematiek, het bevordert de zelfexpressie en eigenwaarde van de cliënt en het draagt bij aan het bevorderen en ontwikkelen van een basaal vertrouwen in de ander. Dit maakt dat beeldende therapie niet weg te denken is uit het behandelstelsel binnen de weeshuizen van NPH. Ook is er verdere ontwikkeling nodig wat betreft het professionaliseren van het behandelstelsel en de herkenning en erkenning van hechtingsproblematiek binnen de organisatie.

Summary

This research focuses on art therapy with children and teenagers with attachment problems within orphanages of Nuestros Pequeños Hermanos (NPH) in Latin America. This target group forms a risk group concerning attachment problems. There is little to no diagnostics within these orphanages, therefore the attachment problems of these children and teenagers are not sufficiently assessed. Art therapists must take into account that there is a plausible presence of attachment problems, even if there is no official diagnosis or assessment. The result of insufficient information and guidelines within the organization shows that it is difficult for Dutch art therapists working in the orphanages within Latin America, to start up the therapy. This thesis researches what knowledge and skills art therapists need to treat children and teenagers with attachment problems in NPH orphanages. This research discusses information about assessments, how attachment disorders can be recognized, what treatment goals fit this target group, what interventions can be used and what cultural differences need to be acknowledged. This information is obtained through literature as well as first hand experiences.

In order to recognize the attachment problems within this target group, a list has been made of the (behavioral) expressions belonging to attachment problems. This research concludes that the main areas; Self image, Emotion, Interaction and Cognition (Smeijsters 2010) fits with the children and teenagers with attachment problems. These main areas are useable guidelines when treating this target group. The primary areas used within art therapy in the NPH orphanages are Self image and Interaction. More stability is needed in the children's and teenager's surrounding to be able to work on their attachment problems more intensively using the re-educative method within the areas Emotion and Cognition. The supportive method fits this target group the best, because of its supportive character. Goals that fit this method are: developing personal possibilities, improving self-confidence, creating possibilities for relaxation and safety, supporting and developing new behavior and building trust within the relationship with the therapist. One of the most important conditions in the treatment of attachment problems is that the therapist must be emotionally available. Through this the client can experience what attachment is.

Art therapy is based on Western norms and values. Because of this there is lots of caution in working with clients with a different cultural background. Cultural differences influence the art therapy. It is therefore very important for an art therapist in NPH to be aware of the cultural differences and differences in norms and values. This research shows that there are different qualities within art therapy, which means art therapy focused on attachment problems in NPH orphanages in Latin America works well on different levels. Art therapy contributes to the re-development of the emotional bonding that is disturbed within children with attachment problems. Art therapy also promotes self-expression and self-esteem and helps the development of basal trust in others. This means that art therapy is a requisite in the therapy system in NPH orphanages. Further development in professionalizing the treatment system and recognizing attachment problems in the organization is needed.

Voorwoord

Therapeut: 'Kun je een titel geven aan het werkstuk?'

Cliënt J: 'Vis is blij'

Therapeut: 'En wat zou je kunnen vertellen over het werkstuk?'

Cliënt J: 'De vis is op zoek naar zijn familie.'

Dit werk en het werk van andere cliënten zijn tentoongesteld op een expositie van beeldende therapie in het weeshuis in Nicaragua van de organisatie Nuestros Pequeños Hermanos (NPH). Voor de expositie mochten de cliënten hun werk een titel en een bijschrift geven. De tegenstrijdigheid in de titel en het verhaal bij dit werkstuk weerspiegelen de tegenstrijdige gevoelens van de maker.



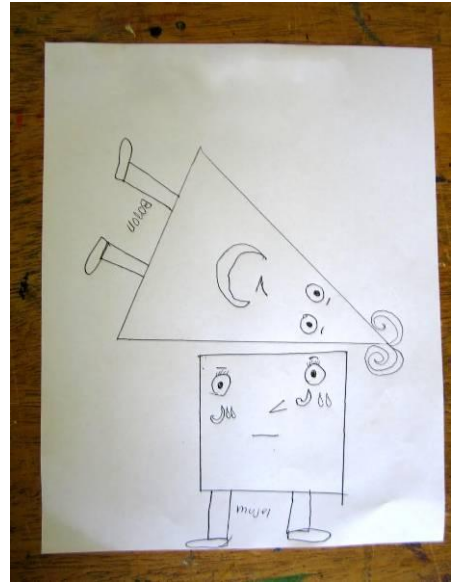
Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

In plaats van een minor ben ik tijdens de vrije profilering in het vierde jaar van de opleiding creatieve therapie naar Nicaragua gegaan voor het doen van een buitenlandse stage als beeldend therapeut. Via WereldOuders, een Nederlandse organisatie die samenwerkt met de Latijns-Amerikaanse organisatie NPH, ben ik terecht gekomen in Nicaragua. NPH heeft in 9 landen verspreid over Latijns Amerika weeshuizen opgezet waar veel kinderen en jongeren een nieuw thuis hebben gevonden. Ik liep stage bij een Nederlandse beeldend therapeut die werkzaam was in het weeshuis in Nicaragua. Ik heb veel geleerd, zowel op professioneel vlak als op persoonlijk vlak, gedurende mijn stageperiode. Zo heb ik ervaring kunnen opdoen met kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen, een doelgroep waar mijn interesse ligt. Het was voor mij erg waardevol dat ik heb kunnen ervaren hoe het is om in een andere cultuur te wonen en te werken. Ik weet nu dat ik kan integreren in een andere cultuur en om kan gaan met de cultuurverschillen die daarbij komen kijken. Ook heb ik geleerd om hierin mijn eigen stijl van werken toe te passen.

Mijn buitenlandse stage is de aanleiding geweest voor de onderwerpkeuze van mijn afstudeeronderzoek. Mijn onderzoek is namelijk gericht op beeldend therapeuten die in weeshuizen van de organisatie NPH in Latijns-Amerika aan het werk gaan en te maken hebben met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen.

Ik kwam, naast de ernstige gedragsproblemen, veel trauma en hechtingsproblematiek tegen bij deze doelgroep. Met name de hechtingsproblematiek bij de kinderen en jongeren binnen het weeshuis wekte mijn interesse, maar zorgde ook voor vraagtekens. Het tegenstrijdige gedrag uitte zich op veel manieren zoals het openstellen naar en knuffelen van vreemden maar tegelijkertijd veel moeite hebben met contacten aangaan in de omgeving, en het moeilijk kunnen herkennen en uiten van emoties. Kinderen en jongeren konden bijvoorbeeld erg snel van een blijde emotie in een boze emotie schieten (deze gevoelens zijn uitgebeeld door een cliënt op de foto op de volgende pagina). Of tegengesteld gedrag vertonen op hetzelfde moment, zoals het op je af komen lopen, zich bedenken en dan weer van je weg lopen. Het gedrag van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen was soms moeilijk te begrijpen of te herkennen. Een valkuil hierbij is om dit gedrag persoonlijk op te vatten.

Tijdens mijn therapiestage binnen het derde jaar van de opleiding creatieve therapie ben ik werkzaam geweest bij De Koppeling in Amsterdam, een gesloten inrichting voor jongeren tussen de twaalf en achttien jaar met ernstige gedragsproblemen. Tijdens de therapieën met deze doelgroep ben ik in aanraking gekomen met hechtingsproblematiek en hoe dit zich kan uiten. Ik heb me tijdens deze stage verder verdiept in deze problematiek en deze kennis heeft mij erg geholpen in het werken met de kinderen en jongeren in het weeshuis in Nicaragua. Door mijn kennis voorafgaande aan mijn stage in Nicaragua, kon ik de hechtingsproblemen herkennen bij de kinderen en jongeren en kon ik hier mijn therapieën op laten aansluiten. Ik vond het confronterend om te zien hoe sterk deze problematiek aanwezig was bij deze doelgroep en hoe weinig werknemers en verzorgers van deze problematiek afwisten.



*Beeldend werk cliënt, 2013,
NPH Nicaragua*

Een voorbeeld hiervan was een nieuwe vrijwilligster die sinds een aantal weken werkzaam was binnen het weeshuis als docent Engels. Zij raakte erg van slag van het ‘aantrekken en afstoten’ gedrag dat veel kinderen lieten zien. Het ene moment vonden ze haar de liefste en leukste vrijwilligster van allemaal en nog geen uur later konden ze haar compleet negeren en vertoonden afstandelijk en soms boos gedrag. Deze vrijwilligster begreep het tegenstrijdige gedrag van de kinderen niet en nam het vaak erg persoonlijk op. Hierdoor verloor ze het plezier in haar werk en wilde bijna haar jaar in Nicaragua vroegtijdig beëindigen. Zelf heb ik ook informatie met betrekking tot de problematiek die bij de doelgroep speelt gemist in het opzetten van mijn therapieën binnen de organisatie. Ik heb met eigen ogen gezien hoe belangrijk het is om goede achtergrondinformatie ter beschikking te hebben bij het werken met deze doelgroep. Dit heeft mij gemotiveerd om een onderzoek te doen naar welke richtlijnen belangrijk zijn binnen een beeldend therapeutisch aanbod voor kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika.

De organisatie WereldOuders rekruteert beeldend therapeuten voor alle weeshuizen van de organisatie NPH. Hierdoor ben ik in contact gekomen met niet alleen werknemers en beeldend therapeuten die werkzaam zijn of waren in het weeshuis in Nicaragua, maar ook met beeldend therapeuten uit bijvoorbeeld Honduras en Guatemala. Door hun ervaringen, kennis en opvattingen te bundelen en met elkaar te vergelijken is dit onderzoek van meerwaarde geworden voor elke beeldend therapeut die naar één van de weeshuizen in Latijns-Amerika vertrekt. Vanuit het principe ‘van beeldend therapeuten, voor beeldend therapeuten’, kennen de geïnterviewden de doelgroep als geen ander en is hun informatie over deze doelgroep zeer bruikbaar voor andere beeldend therapeuten. Ik wil dan ook vooral de beeldend therapeuten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken voor hun geleverde bijdrage aan het verzamelen van bruikbare informatie voor dit onderzoek.

Inhoudsopgave

	Blz.
Samenvatting	2
Summary	3
Voorwoord	4
Inleiding	7
1. Inhoudelijke oriëntatie	9
1.1 Weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika	9
1.2 Doelgroep onderzoek	9
1.3 Hechtingsproblematiek	10
1.4 Hechtingsproblematiek en weeshuizen	11
1.5 Hechtingsproblematiek in de NPH-huizen	11
1.6 Hechtingsproblematiek en beeldende therapie	12
1.7 De organisatie WereldOuders	12
2. Onderzoekskwestie	14
3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling	16
3.1 Hoofdvraag	16
3.2 Deelvragen	16
3.3 Doelstelling	16
4. Onderzoeksmethode	17
4.1 Onderzoeksbenadering	17
4.2 Onderzoekstype	17
4.3 Dataverzamelingstechnieken	18
4.4 Dataverzamelingsmethode en data-analyse	19
4.5 Kwaliteitscriteria	20
5. Resultaten	22
5.1 Deelvraag 1 <u>Indicatie</u>	22
5.2 Deelvraag 2 <u>Kenmerken</u>	24
- <i>Tabel gedragssignalen hechtingsproblematiek binnen NPH</i>	28
5.3 Deelvraag 3 <u>Behandeldoelen</u>	30
- <i>Tabel behandeldoelen NPH binnen kerngebieden vaktherapie</i>	33
5.4 Deelvraag 4 <u>Interventies</u>	34
5.5 Deelvraag 5 <u>Cultuurverschillen</u>	40
6. Conclusie	44
7. Aanbevelingen	47
Bronnenlijst	48
Bijlagen	52
- Interviews	54
- Enquêtes	101
- Deelvragen, nadere onderbouwing	117
- Aanbevelingen, nadere onderbouwing	169
- Kanttekeningen	173
- Overige informatie	174
- HBO gedragscodeverslag	176

Inleiding

Dit afstudeeronderzoek voor de opleiding Creatieve Therapie Beeldend van de Hogeschool Utrecht te Amersfoort is gemaakt ter ondersteuning van beeldend therapeuten die in een van de weeshuizen van de organisatie Nuestros Pequeños Hermanos (hierna verder te noemen: NPH) gaan werken. Dit onderzoek is gemaakt in overleg met de organisatie WereldOuders; een Nederlandse organisatie die samenwerkt met de Latijns-Amerikaanse organisatie NPH. Via WereldOuders krijgen Nederlandse beeldend therapeuten voor minimaal een jaar een contract om in een van de weeshuizen als beeldend therapeut aan het werk te gaan. Het uiteindelijke onderzoek zal dan ook aangeboden worden aan de organisatie WereldOuders zodat zij meer informatie kunnen verschaffen aan de beeldend therapeuten die naar Latijns-Amerika vertrekken. Zoals in het voorwoord uitgebreid beschreven is, is de aanleiding voor dit onderzoek een buitenlandse stage als beeldend therapeut binnen het weeshuis in Nicaragua. Aanleidingen om dit onderzoek uit te voeren waren: het gemis aan informatie over de problematiek bij deze doelgroep; de vele aanwijzingen voor hechtingsproblemen bij de kinderen en jongeren; de gecompliceerdheid van hechtingsproblematiek; het gebrek aan kennis bij werknemers en verzorgers over deze problematiek en de misverstanden die dit gaf tussen de kinderen/jongeren en hun verzorgers of werknemers in het weeshuis.

De titel van dit onderzoek ‘Vastklampen en afhouden’ en de tekening op het voorblad, verwijzen naar het tegenstrijdige gedrag dat vaak is terug gezien bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. De beeldend therapeuten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek herkennen eventuele hechtingsproblematiek vaak aan dit gedrag van aantrekken en afstoten.

Het onderzoek begint met de inhoudelijke oriëntatie. De inhoudelijke oriëntatie is opgezet vanuit literatuur, onderzoeken, artikelen, websites, filmpjes, handleidingen en observatie vanuit de praktijk om zo achtergrondinformatie te verzamelen en de onderwerpen binnen dit onderzoek te verkennen. De belangrijkste onderwerpen aan het begin van dit onderzoek waren de termen hechtingsproblematiek, beeldende therapie en weeshuizen in Latijns-Amerika. In de inhoudelijke oriëntatie wordt informatie gegeven over onder andere de organisaties WereldOuders en NPH, de doelgroep binnen de weeshuizen van NPH, hechtingsproblematiek, hechtingsproblematiek in de NPH-huizen en hechtingsproblematiek in combinatie met beeldende therapie en weeshuizen. Het verkennen van de literatuur en de praktijksituatie mondde uit in de onderzoekskwestie, waarin duidelijk wordt dat aanvullend onderzoek een bijdrage kan leveren aan de praktijksituatie. Hierop volgen de hoofdvraag met de daarbij behorende deelvragen en wordt de doelstelling van dit onderzoek beschreven. Vervolgens wordt in het hoofdstuk Onderzoeksmethode de systematiek beschreven van het uitvoeren van dit onderzoek. Hierin wordt de onderzoeksbenadering, het type onderzoek, welke dataverzamelingstechnieken er gebruikt zijn en volgens welke methode de data gegevens geanalyseerd zijn beschreven. Bij de kwaliteitscriteria worden de bruikbaarheid en ‘trustworthiness’ van het onderzoek verantwoord.

In het hoofdstuk Resultaten worden de deelvragen beantwoord. Om een antwoord te geven op de deelvragen zijn de literatuurgegevens uit de literatuurstudie en de praktijkgegevens uit de interviews met elkaar vergeleken en geïntegreerd. De nadere onderbouwing (verzamelde gegevens uit de interviews en de literatuurstudie) is wegens de nieuwe norm met betrekking tot de omvang van het onderzoek verplaatst naar de bijlagen. Aan de hand van de beantwoorde deelvragen wordt in de conclusie antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek. Uit de conclusie volgen de aanbevelingen voor de praktijk. In de bronnenlijst staat vermeld welke verschillende bronnen gebruikt zijn bij het schrijven van dit onderzoek. Deze

bronnen laten zien waar de informatie uit het onderzoek vandaan komt en waar aanvullende informatie over een onderwerp verkregen kan worden. Als laatste zijn er bijlagen bij het onderzoek gevoegd. In de bijlagen zijn een voorbeeld van de vragenlijst bij de gestructureerde interviews, een transcript van het open interview, de ingevulde interviews en de enquêtes die gebruikt zijn bij dit onderzoek te vinden. Verder bevatten de bijlagen een nadere onderbouwing van de deelvragen en van de aanbevelingen uit het onderzoek. Ook worden er in de bijlagen een aantal kanttekeningen genoemd bij het onderzoek. Onder overige informatie is een lijst van gedragssignalen toegevoegd van Boris en Zeanah (2005) waar in het onderzoek naar verwezen wordt. Als laatste is het HBO gedragscodeverslag toegevoegd bij de bijlagen.

De focus van dit afstudeeronderdeel ligt op het praktijkgericht onderzoek. Naar aanleiding van dit onderzoek is als eindproduct een brochure ontwikkeld waarin de meest bruikbare informatie uit dit onderzoek wordt aangeboden aan de beeldend therapeuten die naar één van de NPH-huizen in Latijns-Amerika vertrekken. Hiermee wordt getracht meer bewustheid te creëren over het onderwerp hechtingsproblematiek bij kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen en richtlijnen te bieden die beeldend therapeuten kunnen gebruiken bij het opstarten van hun werk in de weeshuizen in Latijns-Amerika.

Door een vertraging vanwege persoonlijke omstandigheden bij de onderzoeker is het onderzoek opgezet, uitgevoerd en grotendeels geschreven aan de hand van de oude richtlijnen uit 2014/2015. In overleg met de consulent is er gekozen om het onderzoek af te ronden volgens de nieuwe regels uit de studiehandleiding Praktijkgericht Onderzoek 2016/2017. Het onderzoek is zoveel mogelijk hierop aangepast maar er zullen nog een aantal verschillen waarneembaar zijn. Zo heeft de evaluatiegroep feedback gegeven op het eindproduct (volgens de oude norm) en niet op het praktijkgericht onderzoek waar de focus op ligt (de nieuwe norm). Verder heeft de consulent toestemming gegeven voor het overschrijden van het maximum aantal pagina's. Door de nieuwe regel van een maximum aantal pagina's van 45 was het onderzoeksverslag te groot. Om dit knelpunt op te lossen is ervoor gekozen om een deel van de gebruikte informatie bij het beantwoorden van de deelvragen te verplaatsen naar de bijlagen. Deze bijlagen kunnen van meerwaarde zijn voor geïnteresseerden die extra literatuur en/of praktijkinformatie willen lezen over een bepaald onderwerp uit de deelvragen. Daarnaast bevorderen de bijlagen de transparantie van het onderzoek, doordat de gebruikte literatuur en praktijkinformatie waar het onderzoek op gebaseerd is, kan worden ingezien.



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

1. Inhoudelijke oriëntatie

In de inhoudelijke oriëntatie is voorafgaand aan het onderzoek informatie verzameld over de belangrijkste termen waar het praktijkgericht onderzoek zich op richt: hechtingsproblematiek, beeldende therapie en weeshuizen in Latijns-Amerika. Daarnaast wordt de achtergrond van de doelgroep en de weeshuizen van NPH beschreven om zo een beeld te schetsen van de situatie waar het onderzoek zich op richt.

1.1 Weeshuizen van de organisatie Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika

NPH is een christelijke missie in Latijns-Amerika die streeft naar een permanente familie en huis voor weeskinderen, verlaten kinderen en andere risicogroepen kinderen die leven in omstandigheden van extreme armoede. Het eerste huis werd in 1954 geopend in Mexico, later gevolgd door huizen in Honduras, Haïti, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, de Dominicaanse Republiek, Peru en Bolivia. Tot op heden zijn meer dan 18.200 kinderen verzorgd door NPH. Door de vrijgevigheid van een wereldwijd netwerk van ondersteunende organisaties (waaronder WereldOuders) worden de kinderen voorzien van voedsel, kleding, onderdak, medische zorg en onderwijs. Binnen de NPH-huizen gaan de kinderen en jongeren naar school en ze hebben de mogelijkheid om vervolgens naar de universiteit te gaan buiten de familiehuizen om verder te studeren. In elk geval leert elk kind een praktisch vak, zodat het meer kansen heeft op de arbeidsmarkt en aan de slag kan als lasser, timmerman, schoenmaker of elektricien. Behalve dat kinderen binnen NPH weer kunnen spelen en lachen en echt kind mogen zijn, leren ze om te delen met elkaar, samen te werken en verantwoordelijk te zijn. Zo heeft ieder kind in het huis zijn eigen taken, van afstoffen en dweilen tot koken en werken in de landbouw (www.wereldouders.nl).

1.2 Doelgroep onderzoek

De doelgroep waar het onderzoek zich op richt zijn kinderen en jongeren met hechtingsproblemen die in de weeshuizen van de organisatie NPH in Latijns-Amerika wonen. Om te begrijpen wat voor kinderen en jongeren er in de NPH-huizen wonen en waar eventuele hechtingsproblemen vandaan kunnen komen is het belangrijk een beeld te krijgen van de achtergrond van de kinderen.

De leeftijd van de kinderen en jongeren in de weeshuizen verschilt tussen 0 en 26 jaar. Veel kinderen binnen de NPH-huizen komen uit huishoudens waar de kinderen mishandeld, verwaarloosd of misbruikt werden. Sommige kinderen hebben geen ouders meer doordat de ouders gestorven zijn of de kinderen verlaten hebben. Ook zijn er veel kinderen binnen de NPH-huizen die nog wel een familie hebben maar vanwege extreme armoede niet meer bij hun familie kunnen wonen (Volunteer handbook NPH, 2011). Maatschappelijk werkster Nidia Rodas, werkzaam in het weeshuis in Honduras, geeft aan dat over het algemeen alle kinderen die binnen komen bij NPH in armoedige omstandigheden leefden en te maken hadden met overbevolking. Vaak leven ze met tien tot vijftien mensen samen in een huis. Ook geeft ze aan dat de kinderen leven in onhygiënische omstandigheden en hun gezondheid vaak in slechte staat is. Maatschappelijk werkster Ana Reyes van NPH Nicaragua vertelt dat de wereldwijde term ‘High-Risk Situation’ gebruikt wordt voor deze kinderen. Dit is een algemene term voor kinderen in gewelddadige situaties en situaties waar misbruik voor komt, situaties waarbij de kinderen op straat leven of zelfs situaties waar de kinderen in gevaar zijn door hun eigen families. De meeste kinderen komen uit dergelijke extreme situaties als ze bij NPH binnen komen en kampen daardoor vaak met fysieke, emotionele, psychische, relationele en/of gedragsproblemen. Donna Egge, werkzaam bij Family Services NPH International, vertelt dat de kinderen veel problemen en trauma's (fysieke en emotionele littekens) in hun leven hebben wanneer ze bij NPH binnen komen. Reinhart Koehler,

voorzitter van het bestuur van NPH Internationaal, zegt dat de kinderen vaak niemand vertrouwen als ze nieuw binnen komen, erg schuchter en bang zijn, en er een transitieperiode (overgangperiode) is. Hij vertelt dat de eerste uitdaging altijd is om manieren te vinden om te reageren op hun behoefte om vertrouwen te ontwikkelen (<http://www.wereldouders.nl/inbeeld>).

1.3 Hechtingsproblematiek

'Het begrip hechting uit de theorie van de Engelse psychotherapeut en onderzoeker John Bowlby duidt op de noodzakelijke emotionele binding en afhankelijkheid tussen kind en verzorger(s). Een kind dat is gehecht aan een verzorger voelt zich daar veilig bij en zoekt steun bij die persoon wanneer het kind onder spanning staat' (Hoogsteder, de Vriese, 2004). Kinderen zijn veilig gehecht als de ouders/verzorgers gericht zijn op dat wat het kind nodig heeft en in staat zijn om de signalen van hun kind adequaat op te vangen (Thoomes-Vreugdenhil, 2006). Bij een problematische gehechtheid is de wijze van gehechtheid bij het kind verstoord. Dit kan zich op veel verschillende manieren uiten, van emotioneel teruggetrokken en erg timide gedrag tot allemansvriendgedrag (ongeremd gedrag waarbij enige terughoudendheid ten opzichte van vreemden ontbreekt, met name ten aanzien van fysieke nabijheid en contact met onbekenden) (Boris & Zeanah, 2000). Vooral het allemansvriendgedrag bij vreemden was duidelijk zichtbaar binnen het weeshuis in Nicaragua. Als een vrijwilliger nieuw binnenkomt in het weeshuis komen veel kinderen direct naar de vrijwilliger toe gerend en beginnen ze de vrijwilliger meteen te knuffelen. Er komen regelmatig verschillende groepen bezoekers uit Amerika en Canada in het weeshuis die voor een week meehelpen met projecten en geld inzamelen. Het is bijzonder om te zien hoe de kinderen zich letterlijk vastklampen aan de onbekenden die het weeshuis binnenkomen (Persoonlijke bevindingen/observatie, stage 2012/2013).

De kenmerken van hechtingsproblematiek zijn nog niet voldoende onderzocht om volledige eenduidigheid te krijgen in wat een problematische gehechtheid precies inhoudt (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Er zijn verschillende indelingen gemaakt om de verschillende typen hechtingsproblemen in kaart te brengen. Hieronder worden de belangrijkste indelingen van hechtingsproblematiek onder elkaar gezet:

Onderzoeker(s)	Indeling hechtingsproblematiek
Ainsworth e.a. (1978):	- Veilig gehecht - Onveilig vermijdend gehecht - Onveilig afwerend/ambivalent gehecht - Gedesorganiseerde gehechtheid (Main en Solomon, 1990)
Zeanah & Boris (2000):	- Non- attachment - Secure base-stoornis - Afgebroken gehechtheidsrelatie
Thoomes-Vreugdenhil (1999):	- Hechtingsgestoord - Relationeel gestoord
DSM-IV-TR, classificatie hechtingsstoornis (1999):	- Geremde (inhibited) type - Ontremde (disinhibited) type

Door de achtergrond van de kinderen en jongeren in de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika, is het aannemelijk dat veel kinderen en jongeren binnen de tehuizen in meerdere of mindere mate kampen met hechtingsproblematiek. Veel kinderen en jongeren hebben in het verleden te maken gehad met mishandeling, seksueel misbruik en/of verwaarlozing (Volunteer handbook NPH, 2011). Er is een algemene overeenstemming dat binnen deze drie

categorieën het kind geen kans krijgt om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen. Door het ontbreken van veiligheid ontstaan gehechtheidsproblemen (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

1.4 Hechtingsproblematiek en weeshuizen

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat kinderen in weeshuizen ernstige problemen kennen op cognitief, sociaal en emotioneel gebied. De oorzaken hiervan zijn echter onduidelijk. De vele emotionele problemen en gedragsproblemen kunnen veroorzaakt zijn door een combinatie van ongunstige ervaringen op jonge leeftijd, genetische risicofactoren die hen kwetsbaar maken of door schadelijke groepsopvoeding. Emotionele problemen blijken minder vaak voor te komen bij kinderen die in een tehuis zijn geplaatst vanwege armoede en andere moeilijke leefomstandigheden dan bij kinderen die in een tehuis zijn geplaatst vanwege het uiteenvallen van het gezin (van IJendoorn, 2008). Van IJendoorn en Bakermans-Kranenburg (1996) stellen, naar aanleiding van verschillende studies die gedaan zijn naar gehechtheidsrepresentaties bij adolescenten, dat jongeren in tehuizen drastisch minder vaak in de categorie veilig gehecht vallen. Zij blijken duidelijk meer kans te hebben dan normale jongeren op een problematische gehechtheid. Het is dus niet verrassend dat het aantal jongeren met een veilige gehechtheidsrepresentatie in tehuizen zeer laag is (Schuengel et. al., 2003). Ook is gebleken dat kinderen in een weeshuis veel minder mogelijkheden hebben om specifieke gehechtheidsrelaties te ontwikkelen dan kinderen in gezinnen (Smyke, Dumitrescu en Zeanah, 2002). Het is moeilijker voor kinderen in weeshuizen om een stabiele gehechtheidsrelatie op te bouwen met één of enkele verzorgers binnen het weeshuis omdat zij te maken hebben met veelvuldige wisseling van opvoeders. Het gemis aan stabiele, langdurige relaties met vaste opvoeders is een gemeenschappelijk kenmerk van de institutionele zorg voor kinderen. Doordat er binnen de tehuizen gewerkt wordt in wisselende diensten hebben de kinderen en jongeren regelmatig te maken met scheiding van hun opvoeders, waardoor ze hen als niet beschikbaar en inconsistent kunnen ervaren. Door de huisregels en het grote aantal kinderen en jongeren per opvoeder binnen de tehuizen, worden de continue en wederkerige interacties met stabiele opvoeders die opgroeiende kinderen nodig hebben voor hun ontwikkeling vrijwel onvermijdelijk ontnomen (van IJendoorn, 2008). *‘Zelfs in tehuizen die voor adequate sociale en cognitieve stimulering zorgen, is de ontwikkeling van gehechtheid vaak vertraagd’* (van IJendoorn, 2008). Als een kind of jongere erin geslaagd is een veilige basisrelatie op te bouwen met één of meerdere hulpverleners binnen een instelling of met hulpverleners/verzorgers binnen een tehuis, dan wordt de kans groter dat het opbouwen van veilige basisrelaties in het netwerk van het kind of de jongere slaagt (Schuengel et. al., 2006).

1.5 Hechtingsproblematiek in de NPH-huizen

Mede door het ontbreken van informatie van de achtergrond van deze kinderen, het ontbreken van ouders of andere gehechtheidsfiguren en door een tekort aan professionele hulp binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika, kunnen er soms moeilijk diagnoses gesteld worden. Dekkers & Jansen (2010) geven aan dat het nog niet uit onderzoek bekend is wat precies problematische gehechtheid is, waardoor het moeilijk is om een diagnose te stellen (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Door het gebrek aan diagnoses en onderzoek kan er geen duidelijke uitspraak worden gedaan in hoeverre de kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika daadwerkelijk leiden aan een reactieve hechtingsstoornis of aan een -in meerdere of mindere- vorm van hechtingsproblemen. Dit onderzoek richt zich daarom op kinderen en jongeren met een problematische gehechtheid. Door het onderzoek te richten op hechtingsproblematiek in algemene zin en niet alleen op de reactieve hechtingsstoornis, richt dit onderzoek zich op een bredere groep hulpbehoevende kinderen en jongeren. Ook sluit het onderzoek hierdoor beter aan bij de doelgroep en de behandelsetting van de NPH-huizen in Latijns-Amerika. De achtergrond en de leefsituatie van de kinderen en jongeren

geven namelijk aanleiding genoeg om als therapeut rekening te (moeten) houden met hechtingsproblemen bij deze doelgroep. Ondanks de aanzienlijk grote kans van aanwezigheid van hechtingsproblemen bij kinderen en jongeren in weeshuizen en de kleinere kans dat het kind veilige gehechtheidsrelaties kan opbouwen, door onder andere de wisselende verzorgers, blijft het volgens Fonagy et. al. (1997) mogelijk om nieuwe gehechtheidsrelaties aan te gaan en terug te keren naar een normale ontwikkeling van het kind. Belangrijk voor een kind bij het opbouwen van een veilige relatie is dat de verzorgers in weeshuizen langdurig aanwezig zijn en gericht zijn op het welzijn van het kind, om zo continuïteit en veiligheid te kunnen bieden (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

1.6 Hechtingsproblematiek en beeldende therapie

Beeldende therapie in combinatie met individuele begeleiding blijkt, volgens Riley (2004), in weeshuizen in Botswana een zeer effectieve behandelmethode te zijn die goed aansluit bij kinderen en jongeren in weeshuizen (Thamuku & Daniel, 2011). Bij kinderen en jongeren met disfunctionele denkgewoontes, zoals de ‘ik ben niet goed genoeg’ gedachte die bij hechtingsproblematiek vaak naar voren komt, kan beeldende therapie een bijdrage leveren doordat het product van hun werk zichtbaar wordt en ontstaat in hun handen, waar het niet vluchtig is, maar tastbaar en concreet. Het resultaat van hun werk biedt deze kinderen en jongeren overzicht en structuur (Willemars en Helmich, 2010). Het scheppende karakter van de beeldende therapie kan ik-versterkend werken en door het ontwikkelen van het eigene wordt de veerkracht vergroot (Schweizer et al., 2009). *‘Bovendien vindt het leerproces in de beeldende therapie plaats via een intuïtieve, niet-cognitieve vorm van bewustzijn. Beeldende vormgevingsprocessen bevatten een sterke lichamelijke en emotionele basis en doen door het verbeeldend karakter een appèl op het intuïtief, gevoelsmatig begrijpen’* (Smeijsters, 2008a; 2008b). Het materiaal in beeldende therapie geeft kinderen en jongeren met problemen op sociaal vlak de kans om een dialoog aan te gaan tussen de omgeving en henzelf en werkt daarnaast als indirect communicatiemiddel naar anderen. Het kind of de jongere leert in het contact met materiaal vaardigheden die hij in het contact met mensen ook nodig heeft, zoals aanvoelen wat het materiaal toelaat en niet toelaat, constructieve beslissingen nemen en druk uitoefenen op het materiaal. *‘De vele mogelijkheden van beeldende materialen zorgen er tevens voor dat een jongere leert differentiëren: niet alles is zwart of wit, goed of slecht, boos of blij’* (Willemars en Helmich, 2010).

1.7 De organisatie WereldOuders

WereldOuders is een ondersteunende organisatie van NPH in Nederland en heeft de ambitie NPH te laten voortbestaan en in de gelegenheid te stellen om meer kinderen op te nemen en te helpen. WereldOuders heeft als doel het leven van kinderen in arme landen structureel te verbeteren. Zo zoekt WereldOuders sponsorouders die financieel bijdragen aan de opvoeding, de zorg en de scholing van een kind in een van de familiehuizen. Naast het werven van fondsen ondersteunt WereldOuders ook educatieve en medische projecten zowel binnen als buiten de familiehuizen. Verder zendt WereldOuders professionele vrijwilligers uit naar de landen waar zij actief is. Gedurende ongeveer een jaar oefenen deze vrijwilligers daar hun beroep uit en zijn ze verbonden aan de kinderen in een van de huizen. De functies variëren van vaktherapeut tot logopedist en van groepsleider tot huiscorrespondent (www.wereldouders.nl). De vrijwilligers worden door middel van gesprekken vooraf bij WereldOuders en bij aankomst in de weeshuizen begeleid door de vrijwilligerscoördinator die de nieuwe vrijwilliger wegwijs maakt. Ze krijgen informatie over de geschiedenis van NPH, hun visie, achtergrond informatie van het land, cultureel inzicht, missie en doel van het vrijwilligersprogramma en praktische informatie en regels waar de vrijwilligers zich aan moeten houden (Volunteer Handbook NPH, 2011). Specifieke informatie voor beeldend

therapeuten over de problematieken van de kinderen binnen NPH en hoe hiermee om te gaan bij deze doelgroep is niet aanwezig. Dit vertraagt de opzet van de beeldende therapie binnen de weeshuizen. Door de omvang van de huizen, de zelfstandigheid die gevraagd wordt van de beeldend therapeuten en de beperkte handvatten die geboden worden binnen de organisatie, zou dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren door een aantal richtlijnen/handvatten aan te bieden die aangeven hoe je met hechtingsproblemen bij deze doelgroep om kan gaan. Elk jaar krijgen de nieuwe beeldend therapeuten opnieuw te maken met het ingewikkelde en/of het moeilijk begrijpbare gedrag van de kinderen en jongeren. Informatie die de beeldend therapeuten voorafgaand kunnen lezen en die bijdraagt aan de herkenning en het begrijpen van zulk gedrag, maakt dat de beeldend therapeuten sneller gepaste relaties kunnen aangaan met de kinderen. Bovendien kunnen de therapieën dan beter worden afgestemd op de hulpvraag. Hiermee kan een bijdrage worden geleverd aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen.

Titel: 'Liefde aan God'



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

Toelichting door cliënt:
‘Het hart staat voor het geluk in onze familie’

2. Onderzoekskwestie

Een aantal jaren geleden maakten de maatschappelijk werkers binnen het weeshuis NPH Nicaragua (een weeshuis waar ongeveer 250 kinderen en jongeren wonen) nog een analyse van het kind en zijn/haar situatie voordat zij een deel van de NPH familie werden. Op dit moment, door een verandering in de politieke situatie van het land, beslist het departement van Familiezaken welk kind bij NPH Nicaragua binnenkomt. Ook in de andere landen worden de kinderen die in de NPH-huizen worden opgenomen, geplaatst door de lokale overheid. Als de kinderen bij NPH binnenkomen worden de kinderen nog wel door de arts van de kliniek binnen NPH onderzocht. Op grond daarvan worden de kinderen in een huis geplaatst met kinderen van dezelfde leeftijd, niveau van ontwikkeling en volwassenheid (Volunteer handbook NPH, 2011). Maar een volledig onderzoek naar de achtergrond en (eventuele) verschillende problemen van de kinderen wordt niet meer gedaan. Kinderen en jongeren die veel probleemgedrag vertonen worden door de verzorgers in de huizen doorverwezen naar de psycholoog binnen NPH. De psycholoog maakt vervolgens ook de eventuele doorverwijzingen voor de beeldende therapie. Er wordt dus vooral gekeken en gewerkt met de zichtbare problemen die het kind of de jongere laat zien en er lijkt weinig aandacht te worden besteed aan de achterliggende problematiek, zoals een hechtingsstoornis of hechtingsproblemen.

Tijdens de werkzaamheden van de onderzoeker als stagiaire beeldend therapeut binnen NPH Nicaragua is er, in samenwerking met het multidisciplinair team, ondervonden dat er veel hechtingsproblematiek voorkomt binnen NPH en dat het niet altijd als zodanig wordt herkend en naar gehandeld wordt. Het is niet op feiten te baseren hoeveel kinderen/jongeren er kampen met hechtingsproblematiek doordat er nauwelijks diagnoses worden gesteld. Dat deze problematiek echter wel aanwezig is onder de kinderen en jongeren is gebaseerd op observaties en vermoedens van professionals in het werkveld. Om beter bij deze doelgroep te kunnen aansluiten is het belangrijk om iets van deze problematiek af te weten. Bijvoorbeeld dat deze kinderen en jongeren moeite hebben met zich binden op een normale manier en afscheid nemen. Ook is het belangrijk dat de beeldend therapeuten het gedrag dat voortkomt uit hechtingsproblematiek kunnen herkennen, zoals het snel wisselend gedrag tussen vastklampen aan en afstoten van mensen.

Veel kinderen binnen NPH hebben een achtergrond van verwaarlozing, misbruik en/of mishandeling (<http://www.wereldouders.nl/inbeeld>). Nicolai, psychiater-psychotherapeut, vertelt in het boek 'Niemandskinderen, de gevolgen en verwerking van een onveilige jeugd' van Roodvoets, over de langdurige gevolgen van verwaarlozing, misbruik en mishandeling bij kinderen: *'We weten inmiddels voldoende hoe kindermishandeling en seksueel misbruik leiden tot onomkeerbare veranderingen van het stress-systeem. Dit geeft problemen in de zich ontwikkelende hersenen. Problemen met stressregulatie, geheugen en concentratie, lichamelijke gezondheid en hechting zijn het gevolg'* (Roodvoets, 2006). Hierdoor kan gesteld worden dat kinderen en jongeren uit de weeshuizen van NPH die verwaarloosd, mishandeld en/of misbruikt zijn, mogelijk ook te kampen hebben met hechtingsproblemen. Ook Van IJzerdoorn en Bakermans-Kranenburg (1996) stellen uit bevindingen van verschillende studies die gedaan zijn naar gehechtheidsrepresentaties bij adolescenten dat jongeren in weeshuizen drastisch minder vaak in de groep veilig-autonoom (veilige gehechtheid) vallen (Schuengel, Slot, Bullens, 2003). Thoomes-Vreugdenhil (2012) geeft aan dat uit onderzoek is gebleken dat kinderen in pleeggezinnen meer kans hebben om een gehechtheidsrelatie op te bouwen dan kinderen in tehuizen. *'Als de opvoedingssituatie van een kind niet veilig is, als het kind geen emotioneel beschikbare gehechtheidsfiguur heeft, dan heeft een behandeling*

weinig kans van slagen’ (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). De behandeling van hechtingsproblemen in weeshuizen wordt bemoeilijkt door het gemis aan continuïteit in een omgeving waarin de verzorgers wisselen. Dit verduidelijkt zowel het probleem als de moeilijkheidsgraad van de doelgroep, waardoor het van belang is meer aandacht te besteden aan dit onderwerp.

Beeldend therapeuten die vanuit Nederland naar de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika worden gezonden, krijgen te maken met grote cultuurverschillen, verschil in taal, normen en waarden en leefomstandigheden. De organisatie en de tehuizen zijn groot en er wordt veel zelfstandigheid van ze verwacht. Wanneer er een gebrek is aan specifieke informatie of een goede overdracht van werkzaamheden van de oude op de nieuwe therapeut en er weinig handvatten geboden worden, is het moeilijk de beeldende therapieën op te zetten of te starten. Dit onderzoek richt zich op de vraag welke richtlijnen belangrijk zijn binnen een beeldend therapeutisch aanbod voor kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. Het belang van het onderzoek is om meer (bruikbare) handvatten te creëren die beginnend therapeuten kunnen gebruiken in een dergelijke omgeving.



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling

3.1 Hoofdvraag

Welke richtlijnen zijn belangrijk binnen een beeldend therapeutisch aanbod voor kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek, in de weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

3.2 Deelvragen

1. Wanneer is beeldende therapie geïndiceerd bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?
2. Hoe kenmerkt hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie bij kinderen en jongeren in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?
3. Welke behandeldoelen in de beeldende therapie sluiten aan bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?
4. Welke interventies worden ingezet in de beeldende therapie als het gaat om het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek?
5. Met welke cultuurverschillen moet er rekening gehouden worden binnen de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

3.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het leveren van een bijdrage aan het bestaande beeldende therapie aanbod voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. Door met dit onderzoek informatie te verzamelen over beeldende therapie, hechtingsproblematiek en kinderen en jongeren in weeshuizen in Latijns-Amerika, wil de onderzoeker meer bewustheid creëren over het onderwerp hechtingsproblematiek bij deze doelgroep en meer informatie verkrijgen die beeldend therapeuten kunnen gebruiken bij het opstarten van hun werk in de weeshuizen in Latijns-Amerika.

4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de systematiek beschreven van het uitvoeren van dit onderzoek. Om de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van dit onderzoek te ondersteunen worden de onderzoeksmethoden niet alleen beschreven en verantwoord, maar wordt er ook beschreven hoe deze onderzoeksmethoden toegepast zijn binnen het onderzoek.

4.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek heeft een kwalitatieve benadering. Bij kwalitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van een flexibele onderzoeksopzet die tijdens het onderzoek nog kan wijzigen. Er is gebruik gemaakt van een open verzameling van gegevens, de verzamelde gegevens en analyses zijn nauw met elkaar verbonden. Ook is er ingegaan op de achtergronden van de verzamelde gegevens. *‘Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is het gebruik van verschillende databronnen en de nadruk op het ‘begrijpen’ of doorgronden van individuele mensen, groepen of situaties’* (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Vanwege de subjectieve aard en het open karakter van kwalitatief onderzoek, is er voor deze benadering gekozen. Bij het vergaren van kennis over hechtingsproblematiek en beeldende therapie met de specifieke doelgroep van kinderen en jongeren in weeshuizen van de organisatie NPH in Latijns-Amerika, sluiten kwalitatieve dataverzamelingstechnieken zoals het open interview goed aan. Zo kunnen er zoveel mogelijk subjectieve ervaringen, belevingen en opvattingen over het onderwerp verzameld en geanalyseerd worden.

Er kan bij kwalitatief onderzoek gewerkt worden met een aantal geselecteerde respondenten die open bevraagd worden zodat zij vrij kunnen vertellen over hun ervaringen (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2014). In dit onderzoek zijn de geselecteerde respondenten acht beeldend therapeuten die werkzaam zijn geweest in een van de huizen van NPH in Latijns-Amerika en één psycholoog werkzaam in het weeshuis van NPH in Nicaragua. De subjectieve ervaring van de respondenten staat centraal bij kwalitatief onderzoek. De subjectieve ervaringen van de respondenten zijn binnen dit onderzoek onderzocht en met de ervaringen van de andere respondenten vergeleken. Vervolgens zijn deze subjectieve werkelijkheden geanalyseerd en geïntegreerd met elkaar en aan de hand van literatuur.

4.2 Onderzoekstype

Dit is een inventariserend onderzoek. Bij een inventariserend onderzoek wordt de huidige stand van zaken binnen een situatie in beeld gebracht. De gebruikte databronnen en dataverzamelingstechnieken bepalen de resultaten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van triangulatie. Triangulatie betekent het gebruiken van verschillende databronnen of methoden om zo de validiteit van het onderzoek te vergroten (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2014). In de inhoudelijke oriëntatie is op inventariserende wijze aan de hand van verschillende databronnen gekeken naar welke informatie er al aanwezig is met betrekking tot het onderwerp van het onderzoek. Er is bij de inhoudelijke oriëntatie voornamelijk gebruik gemaakt van literatuur, maar ook van handleidingen, websites, filmpjes en eigen praktijkervaring van de onderzoeker, om zo genoeg achtergrondinformatie te verkrijgen waar het onderzoek zich op verder kan bouwen. Voor het verdere onderzoek is ook gebruik gemaakt van data-triangulatie. Meerdere databronnen zijn binnen dit onderzoek bewust naast elkaar gelegd om overeenkomsten en verschillen tussen de verzamelde informatie naar voren te brengen en te analyseren. De databronnen van dit onderzoek zijn verschillende geïnterviewde respondenten en literatuur zoals artikelen, boeken en onderzoeksrapporten. De aanleiding voor dit onderzoek komt voort uit een gebrek aan informatie in de praktijk. Zoals uit de inhoudelijke oriëntatie en de onderzoekskwestie naar voren is gekomen lijkt er behoefte te zijn aan meer informatie over richtlijnen voor het behandelen van

hechtingsproblematiek bij kinderen en jongeren in NPH-huizen. In dit onderzoek wordt op inventariserende wijze bruikbare informatie vergaard uit wetenschappelijke literatuurbronnen en uit interviews met beeldend therapeuten die al een jaar of langer werkzaam zijn geweest met de doelgroep. Hiermee kan de kennis over deze doelgroep vergroot worden.

4.3 Dataverzamelingstechnieken

Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van drie dataverzamelingstechnieken. Het halfgestructureerde interview, het gestructureerde interview en de gestructureerde vragenlijst (enquête). Het halfgestructureerde interview en het gestructureerde interview zijn vormen van het open interview. Het halfgestructureerde interview en het gestructureerde interview zijn voornamelijk gebruikt binnen dit onderzoek. Bij een open interview worden open en brede vragen gesteld die de geïnterviewde uitnodigen om zijn gedachten, ervaringen, opvattingen en gevoelens te vertellen. Hierdoor wordt een open interview bewust zo open en ongestructureerd mogelijk gehouden. De respondent moet hierbij het idee krijgen dat zijn antwoorden, van welke aard of in welke vorm dan ook, acceptabel en waardevol zijn (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2014).

Door in het halfgestructureerde interview te werken met een topiclijst van onderwerpen die in de loop van het gesprek aan de orde moeten komen heeft de interviewer de mogelijkheid om na te gaan of alles aan bod is gekomen tijdens het gesprek. Hierbij liggen de volgorde van de onderwerpen, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden niet vast. Ondanks dat de interviewer een lijstje met gespreksonderwerpen heeft, is er binnen deze vorm van interviewen veel ruimte voor persoonlijke opvattingen, belevingen en ervaringen van de geïnterviewde. Deze dataverzamelingstechniek sluit goed aan binnen dit onderzoek doordat er veel ervaringen, persoonlijke opvattingen en observaties door de respondent gedeeld kunnen worden, maar de interviewer tegelijk ook een oog heeft voor de rode draad van het gesprek en de onderwerpen die van belang zijn om informatie over te verzamelen.

Behalve het halfgestructureerde interview, is er gebruik gemaakt van gestructureerde interviews. Er is voor deze vorm gekozen omdat deze respondenten niet in de buurt woonden, waardoor een één op één gesprek moeilijk uitvoerbaar was. Een aantal van de respondenten zijn (of waren in de tijd van het afnemen van de interviews) nog werkzaam in een van de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika, wat het afnemen van een interview bemoeilijkte. Daarom is er een gestandaardiseerd open interview (gestructureerd interview) opgesteld waarin een serie van open vragen van te voren zijn verwoord en gerangschikt. Bij een gestandaardiseerd open interview worden de vragen in een vaste volgorde en in dezelfde bewoordingen aan alle ondervraagden voorgelegd. Omdat de vragen binnen het gestandaardiseerde open interview open en breed geformuleerd zijn, is de ondervraagde vrij in het formuleren van de antwoorden en blijft er ruimte over voor het delen van ervaringen, persoonlijke opvattingen en observaties (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2014).

Tenslotte is er in het onderzoek gebruik gemaakt van een enquête (gestructureerde vragenlijst). Bij deze dataverzamelingstechniek zijn de vragen van te voren precies geformuleerd, de volgorde ligt vast en bij de meeste vragen ligt ook al de antwoordrubriek vast. Met deze systematische vorm van ondervragen kunnen er snel gegevens verzameld worden over kennis, opinies, houdingen, gevoelens, motieven en gedragingen bij een grotere groep mensen. De gefaseerde werkwijze uit de Reader Praktijkgericht Onderzoek is gebruikt bij het opstellen van de enquête uit dit onderzoek (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2014). Er is voor deze dataverzamelingstechniek gekozen om extra informatie te vergaren over een

specifieker thema binnen het onderzoek, namelijk de kenmerken van hechtingsproblematiek bij deelvraag 2. Hier was aanleiding voor toen uit de literatuur bleek dat er veel uiteenlopende informatie over het onderwerp verkrijgbaar is. Om meer duidelijkheid te scheppen en de gevonden informatie in de praktijk te toetsen, is er een lijst gemaakt van verschillende kenmerken uit zowel de literatuur als uit de interviews. De enquête was gericht op werknemers die in een van de huizen van NPH in Latijns-Amerika werkzaam zijn geweest, om te kijken of zij deze kenmerken van hechtingsproblematiek zijn tegen gekomen of niet. De enquête is afgenomen tijdens een bijeenkomst van oud-vrijwilligers van de organisatie NPH. Helaas was de opkomst minimaal en hebben ook maar weinig vrijwilligers op een digitale versie gereageerd. Het inzetten van de dataverzamelingstechniek enquête hoort bij een kwantitatieve benadering van het praktijkonderzoek. Dit is echter niet benoemd bij de onderzoeksbenadering doordat de grote van het enquête onderzoek niet groot genoeg was om hier harde conclusies uit te kunnen halen. Wel is het toegevoegd aan dit onderzoek omdat er met de enquête is nagegaan of de kenmerken, samengesteld uit zowel literatuur en praktijk, zijn terug gezien bij andere werknemers binnen de NPH-huizen. De enquête is dus niet gebruikt om informatie te vergaren, maar om verkregen informatie uit het onderzoek in de praktijk te toetsen.

4.4 Dataverzamelingsmethode en data-analyse

Er is voornamelijk gewerkt volgens de richtlijnen van de Grounded theory (gefundeerde theoriebenadering). De Grounded theory is een geschikte methode voor praktijkgericht onderzoek binnen de vaktherapie. Bryman (2008) omschrijft de Grounded theory als een theorie die afgeleid is van data. Deze data zijn systematisch verzameld en worden vervolgens in een zoekproces geanalyseerd. Deze methode gaat hand in hand met de data-analyse of wisselen elkaar af. De data verzameling, analyse en theorie staan in hechte relatie tot elkaar. Deze methode is een strategie die is toegepast in de kwalitatieve data-analyse binnen dit onderzoek. Er wordt hierbij telkens een proces doorlopen van coderen, categoriseren, conceptualiseren en theoretiseren (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2014). Er is voor deze methode van data-analyse gekozen omdat hierbij de subjectieve werkelijkheden van de geïnterviewde beeldend therapeuten vergeleken kunnen worden, geanalyseerd kunnen worden, met elkaar geïntegreerd kunnen worden en in verband gebracht kunnen worden met bestaande (onderzoeks)literatuur.

Het transcript van het halfgestructureerde interview en de gestructureerde interviews zijn eerst gecodeerd door vergelijkbare teksten te markeren. Bij het transcript van het halfgestructureerde interview was dit nodig om de verzamelde gegevens overzichtelijk te kunnen maken. Bij de gestructureerde interviews was dit gemakkelijker. Zeven beeldend therapeuten hebben namelijk hetzelfde gestructureerde interview ingevuld. Door de vastliggende serie aan vragen konden de antwoorden van de verschillende geïnterviewden per vraag met elkaar vergeleken en geanalyseerd worden. Vervolgens werden de vergelijkbare teksten uit het coderen gebundeld en in categorieën ingedeeld. De verzamelde gegevens werden ingedeeld in categorieën zoals indicatie, kenmerken, behandeldoelen, interventies en cultuurverschillen. Tijdens het conceptualiseren werd er gekeken naar verbanden tussen de verzamelde gegevens om tot thema's en begrippen te komen binnen de categorieën. Vervolgens konden deze thema's samengevoegd worden om tot kerncategorieën en subcategorieën te komen. Bij de kerncategorie interventies kwamen bijvoorbeeld subcategorieën naar voren zoals de therapeutische houding, methodisch werken, werkwijze, werkvormen en materialen. Zowel bij het coderen, als bij het categoriseren en conceptualiseren werd gewerkt met verschillende kleuren viltstiften die het maken van indelingen in de verzamelde gegevens, het vinden van verschillen en overeenkomsten en het

komen tot kerncategorieën en subcategorieën, vergemakkelijkten. Hierna werden de kerncategorieën in verband gebracht of vergeleken met bestaande (onderzoeks)literatuur.

4.5 Kwaliteitscriteria

De belangrijkste kwaliteitseis van een praktijkgericht onderzoek met een kwalitatieve benadering is de bruikbaarheid. *'Bruikbaarheid bestaat uit kennis die naar inhoud zowel als vorm op praktisch niveau toepasbaar en bruikbaar is'* (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2016/2017). Aan de volgende voorwaarden om tot het leveren van bruikbare kennis te komen (Mighelbrink, 2007), is binnen dit onderzoek voldaan:

- *Er moet nauwgezet afstemming zijn van de onderzoeksvraagstelling op de wensen die leven in de praktijk bij de beeldend therapeuten binnen de organisatie NPH in Latijns-Amerika.*
- *Het vertrekpunt van een praktijkgericht onderzoek dient gelegen te zijn in de alledaagse praktijk.* Aan deze twee voorwaarden is voldaan doordat de onderzoekskwestie is voortgekomen uit praktijkobservatie van de onderzoeker. De onderzoeksvraagstelling werd ondersteund door verschillende beeldend therapeuten binnen de organisatie waar het onderzoek op gericht is. Hierdoor is het vertrekpunt van dit praktijkgericht onderzoek gelegen in de alledaagse praktijk en is er afstemming op de wensen die heersen in de praktijk.
- *De onderzoeker moet bereid zijn voortdurend te luisteren naar opvattingen en wensen van de mensen in de praktijk.* Door middel van open interviews heeft de onderzoeker geluisterd naar de opvattingen, wensen en ervaringen van de geïnterviewden uit de praktijk.
- *De onderzoeker moet vooral al over domeinkennis beschikken van de onderzochte praktijkproblematiek.* Doordat de onderzoeker een half jaar werkzaam is geweest binnen de praktijksituatie van het onderzoek, beschikt de onderzoeker over de gevraagde domeinkennis. Omdat de onderzoeker zelf werkzaam is geweest met de doelgroep is er sprake van betrokkenheid. Hierdoor konden de respondenten zich openstellen om hun ervaringen te delen en kon de onderzoeker gerichte vragen stellen omdat de onderzoeker zelf ook de situatie in Latijns-Amerika heeft ervaren.
- *De onderzoeker moet zich grondig oriënteren op de te onderzoeken praktijkproblematiek.* Naast de opgedane kennis van de praktijksituatie tijdens een stage, heeft de onderzoeker zich voorafgaand aan het onderzoek grondig georiënteerd op de te onderzoeken praktijkproblematiek door middel van een uitgebreid literatuuronderzoek waarin de praktijksituatie en de problematiek onderzocht en geanalyseerd is.
- *De aangedragen informatie dient hanteerbaar te zijn, ze moet in de onderzochte situatie kunnen worden toegepast. De door de onderzoeker aangedragen informatie moet een hulpmiddel zijn om de onderzochte situatie te begrijpen en om het praktisch handelen te veranderen.* Conclusies uit dit onderzoek zijn gebaseerd op overeenkomstige resultaten uit zowel de praktijk als uit de literatuurstudie. Door de uitgebreide interviews met beeldend therapeuten die veel ervaring hebben met de doelgroep is het mogelijk geweest om de aangedragen informatie binnen het onderwerp dicht bij de praktijksituatie te houden. Zo kon informatie uit de literatuurstudie direct verbonden worden met ervaringen uit de praktijk. Hierdoor is de aangedragen informatie uit het onderzoek hanteerbaar voor beeldend therapeuten die binnen de organisatie NPH in Latijns-Amerika aan het werk gaan. Om meer begrip voor de onderzochte situatie te creëren en het praktisch handelen te veranderen wordt er naar aanleiding van dit onderzoek als hulpmiddel een brochure ontwikkeld waarin de belangrijkste richtlijnen voor een beeldend therapeutisch aanbod bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen de organisatie NPH genoemd worden. Deze brochure dient als hulpmiddel voor beeldend therapeuten bij het opstarten van hun werkzaamheden, maar kan ook gebruikt worden ter ondersteuning tijdens hun werkzaamheden in Latijns-Amerika.

Volgens Smeijsters (2006) ligt de focus van kwalitatief praktijkgericht onderzoek op trustworthiness. *‘Bij een kwalitatief praktijkgericht onderzoek moet de trustworthiness blijken uit de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid van de werkwijze van het onderzoek’* (Reader Praktijkgericht Onderzoek, 2016/2017). Dit moet blijken uit kwaliteitscriteria zoals geloofwaardigheid, afhankelijkheid, overtuigingskracht, overdraagbaarheid en echtheid. Smeijsters (2006) heeft verschillende technieken omschreven om aan deze kwaliteitscriteria te voldoen. Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van:

- ‘Thick description’, de onderzoeker geeft gedetailleerde beschrijvingen van onder andere de situaties en omstandigheden. In de inhoudelijke oriëntatie is een gedetailleerde basis gelegd voor het praktijkgericht onderzoek. Door een uitgebreide literatuurstudie maar vooral ook door de uitgebreide open interviews met de beeldend therapeuten, zijn er veel gedetailleerde beschrijvingen te vinden van onder andere situaties en omstandigheden uit de praktijk. Maar ook gedetailleerde informatie zoals voorbeelden van werkvormen die binnen de beeldende therapie ingezet kunnen worden bij deze doelgroep.
- ‘Repeated analysis’, de reeds uitgevoerde analyse is regelmatig getoetst aan nieuwe verzamelde data en vergeleken met oorspronkelijke data en eerdere analyses. De dataverzameling en data-analyse wisselden elkaar tijdens het uitvoeren van het onderzoek continu af. De trustworthiness van dit onderzoek wordt verhoogd doordat waarnemingen gerepliceerd zijn door waarnemingen uit de praktijk te ondersteunen met gegevens uit de literatuur. Tussentijdse interpretaties van de onderzoeker zijn gedurende het onderzoek getoetst aan de hand van nieuwe praktijk of literatuurgegevens en vergeleken met oorspronkelijke data en eerdere analyses (Boeije, 2012).
- ‘Member checking’, de data-analyse is voorgelegd aan de mensen uit de praktijk. Gedurende het onderzoek is verkregen informatie uit de literatuur en interviewgegevens samengevoegd en opnieuw door een andere groep respondenten uit de praktijksituatie met ervaring met de doelgroep bekeken. Zo is verkregen informatie uit het onderzoek tijdens het onderzoek getoetst in de praktijk.
- ‘Triangulatie’, bij de dataverzameling is gebruik gemaakt van verschillende bronnen, zoals een literatuurstudie en interviews met zowel beeldend therapeuten als andere werknemers binnen de praktijksituatie. Ook is er gebruik gemaakt van verschillende typen van dataverzamelingen, zoals het half gestructureerd interview en het gestructureerd interview en de vragenlijst.



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

5. Resultaten

De resultaten bestaan uit het beantwoorden van de deelvragen vanuit zowel de literatuur als vanuit de praktijk. Om een antwoord te geven op de deelvragen zijn de literatuurgegevens uit de literatuurstudie en de praktijkgegevens uit de interviews met elkaar vergeleken en geïntegreerd. De nadere onderbouwing (verzamelde gegevens uit de interviews en de literatuurstudie) van de deelvragen en de gedetailleerde bronvermelding zijn te vinden in de bijlagen van dit onderzoek.

5.1 Deelvraag 1

Wanneer is beeldende therapie geïndiceerd bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?

In de literatuur wordt duidelijk dat de problematiek die gepaard gaat met hechtingsproblemen indicaties zijn voor de beeldende therapie. Er zijn geen specifieke contra-indicaties voor het behandelen van hechtingsproblematiek middels beeldende therapie (Schweizer, 2009). Indicaties voor het behandelen van jongeren met hechtingsproblematiek kunnen zijn: extreem relationeel gedrag, geschiedenis van ernstige conflicten met ouders of ouderfiguren, verlies of separatie van ouders en/of een voorgeschiedenis met tehuisplaatsing. De reden hiervoor is dat deze ervaringen kunnen leiden tot ernstige onveilige gehechtheidstrategieën (Schuengel, Venmans, van IJendoorn, Zegers, 2006). Hechtingsproblemen komen vaak voort uit traumatische ervaringen uit de vroege kinderjaren in relatie met de opvoeder, bijvoorbeeld door mishandeling, seksueel misbruik of verwaarlozing (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Deze indicaties komen overeen met vele situaties van kinderen en jongeren in de weeshuizen van NPH. Hieruit kan geconcludeerd worden dat deze doelgroep per definitie in aanmerking komt voor een indicatie voor het behandelen van hechtingsproblematiek. Daarnaast kunnen de problemen waarmee zij individueel te kampen hebben ook mogelijk een indicatie zijn voor het behandelen van hechtingsproblematiek. Pittam (2008) stelt dat kinderen en jongeren die kampen met trauma, verlies, verwaarlozing of misbruik, schade ervaren in het vermogen om bevredigende relaties op te bouwen. Veel kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen kampen met dezelfde problemen en hebben schade opgelopen in hun ontwikkeling en hun vermogen om bevredigende relaties aan te gaan. In neurofysiologisch onderzoek is aangetoond dat emotionele binding een essentieel onderdeel is van de ontwikkeling van de hersenen (Liebmann, Pittam, 2008). Volgens Pittam (2008) kan beeldende therapie een bijdrage leveren bij het herontwikkelen van dit proces van emotionele binding.

Een indicatiestelling komt rechtstreeks voort uit de gestelde diagnose (Schweizer, 2009). Hierdoor hadden de geïnterviewde beeldend therapeuten die werkzaam zijn geweest in de weeshuizen van NPH, moeite met het beantwoorden van deze vraag (Interview F. Müller e.a.). Zij gaven namelijk aan dat er geen diagnoses gesteld worden en er daardoor dus ook geen ‘echte’ indicaties worden gesteld (Interview A. Klages e.a.). De psychologe in het weeshuis in Nicaragua geeft aan hoe zij kinderen diagnosticeert door middel van verschillende meetinstrumenten (Interview A. Maristel Avilés). Dit komt echter niet overeen met de bevindingen van de beeldend therapeuten in de praktijk. Door gebrek aan mankracht, tijd en informatie over de achtergrond en verzorgers van de kinderen, is het moeilijk om diagnoses te stellen binnen de NPH-huizen. Ook kunnen er vraagtekens gezet worden in hoeverre er überhaupt een duidelijke diagnose gesteld kan worden. De kinderen en jongeren worden door de lokale overheid binnen de NPH-huizen geplaatst en vaak is er bij veel kinderen weinig achtergrondinformatie beschikbaar. In de literatuur wordt duidelijk dat bij het

stellen van de diagnose problematische gehechtheid allereerst een onderzoek gedaan wordt naar de geschiedenis van het kind en er wordt een observatie gedaan van de verzorgers en de interactie tussen de verzorgers en het kind (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Dit is in veel gevallen niet te realiseren binnen de weeshuizen door de verstoorde relatie tussen de ouders en het kind, en/of doordat sommige kinderen uit gevaarlijke thuissituaties gehaald zijn waarbij contact niet meer mogelijk is of vanwege het overlijden van de ouders/verzorgers. Ook komen de kinderen binnen NPH vaak van de straat, hebben geen vaste woonplek en zijn er geen (contact)gegevens van de ouders/verzorgers bekend. Met de verzorgers binnen de weeshuizen is deze observatie ook lastig omdat de verzorgers binnen de huizen vaak wisselen en zij hierdoor geen vaste hechtingspersoon voor het kind kunnen zijn. Ook uit de literatuur blijkt dat het stellen van een diagnose voor hechtingsproblematiek niet eenvoudig is (Dekkers & Jansen, 2010). Omdat de gedragssignalen bij hechtingsproblemen overeen kunnen komen met gedragssignalen uit het autistisch spectrum, moet autisme eerst uitgesloten worden (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Dit betekent echter niet dat er zonder diagnose geen behandeling mogelijk is gericht op hechtingsverwante problemen. Uit de literatuur blijkt dat ook wanneer de diagnose problematische gehechtheid niet gesteld kan worden, maar er wel kenmerken zijn die in die richting wijzen, professionele hulp aan te raden is (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

De beeldend therapeuten geven aan dat de kinderen meestal doorverwezen worden naar de beeldende therapie binnen de NPH-huizen doordat zij opvallend gedrag vertonen en vaak als problematisch ervaren worden in huis en/of op school (Interview T. Vink e.a.). Meerdere therapeuten noemden dat zij in de praktijk ervoeren dat kinderen doorverwezen werden naar de beeldende therapie wanneer zij zich ‘anders dan anderen’ gedroegen. Dit ‘vreemde gedrag’ van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen kwam vaak naar voren in combinatie met een zwakke concentratie en moeizame sociale contacten met leeftijdsgenootjes (Interview D. Arts). Dit opvallende gedrag, zoals concentratieproblemen, agressiviteit, moeite met het uiten van emoties, introvert of extrovert gedrag of contactproblemen (Interview A. Klages), staan beschreven in de algemene indicatiestelling voor de beeldende therapie (Schweizer, 2009). Ook komt dit overeen met de gedragskenmerken die voor kunnen komen bij hechtingsproblemen. Het ontwikkelde zelfbeeld van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen is vaak negatief (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Beeldende therapie biedt de ruimte om het eigene verder te ontwikkelen waardoor de veerkracht van het kind/de jongere wordt vergroot (Smeijsters e.a., 2012). Ook heeft beeldende therapie een scheppend karakter en is constructief van aard doordat er een beeldend product ontstaat, wat ik-versterkend kan werken (Budde, 2008). Hierdoor kan gesteld worden dat beeldende therapie goed aansluit bij het behandelen van hechtingsproblemen en hierin een bijdrage kan leveren.



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

5.2 Deelvraag 2

Hoe kenmerkt hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie bij kinderen en jongeren in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

In de literatuur zijn er met betrekking tot het onderwerp hechtingsproblematiek, veel verschillende indelingen gemaakt. De gedragswaarnemingen per indeling komen gedeeltelijk overeen maar verschillen ook van elkaar. De kenmerken van hechtingsproblematiek zijn nog niet voldoende onderzocht om hier volledige eenduidigheid in te krijgen (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

Boris & Zeanah (2000) hebben wetenschappelijk onderzoek verricht en hun indeling wordt dan ook algemeen geaccepteerd:

Non-attachment houdt in dat het kind geen gehechtheidsrelatie heeft en geen onderscheid maakt tussen verschillende volwassenen. Dit kan zich uiten in teruggetrokken gedrag, waarbij het troost zoeken, affectie tonen en vertrouwen in hulp beperkt is. Maar ook kan het zich uiten in ongedifferentieerd sociaal gedrag, allemansvriendgedrag.

Bij de *secure base-stoornis* heeft het kind een ernstig verstoorde relatie met een speciale verzorger. Dit kan zich uiten in self-endangerment gedrag (zichzelf in gevaar brengen) en gedrag dat gekenmerkt wordt door aanklappen en geremdheid; de veilige basis van het kind is onvoldoende en de exploratiebehoefte is geremd. Ook kan het zich uiten in een grote mate van alertheid en meegaandheid in het gedrag van het kind en rolomkering in de relatie: de volwassene is er niet voor het kind maar het kind is er voor het welzijn van de volwassene. Bij het laatste type van Zeanah & Boris, *een afgebroken gehechtheidsrelatie*, reageert het kind op het verlies van een gehechtheidspersoon met een verstoorde reactie. Dit kan gedrag van protest, wanhoop en afstandelijkheid geven wat opeenvolgend op te merken valt.

De indeling van Ainsworth (et. al., 1978) wordt in de praktijk ook veel gebruikt. Ainsworth (et. al., 1978) heeft de volgende drie typen gehechtheidsgedrag uiteengezet:

- *Veilig gehecht*: minimaal onveilig gehechtheidsgedrag na een korte scheiding van de verzorger. Kinderen zijn veilig gehecht als de ouders/verzorgers gericht zijn op dat wat het kind nodig heeft en in staat zijn om de signalen van hun kind adequaat op te vangen (Thoomes-Vreugdenhil, 2006);
- *Onveilig vermijgend gehecht*: het kind vermijdt actief de opvoeder na een korte scheiding;
- *Onveilig afwerend/ambivalent gehecht*: het kind vertoont ambivalent gedrag door zich vast te klampen aan de opvoeder na een korte scheiding maar is niet te troosten, het afwerende overheerst. Main & Solomon (1990) voegen nog een vierde type gehechtheidsgedrag toe aan de indeling van Ainsworth (1978):
- *Gedesorganiseerd gehecht*: tegenstrijdig gedrag, nadrukkelijk nabijheid zoeken, direct gevolgd door vermijdingsgedrag of verstarren of gelijktijdig contact zoeken en vermijden.

Bij de gedesorganiseerde gehechtheidswijze gaat het om een reactieve hechtingsstoornis (DSM-IV, 1999), wat zich kan uiten in twee verschillende typen hechtingsstoornissen: het geremde en ontremde type. Bij het *geremde type* gaat het om kinderen die niet goed reageren in sociale situaties, hierbij wordt gedrag als overdreven waakzaam, afwijzende reactie op sociaal contact, teruggetrokken, lusteloos, apathisch, onzeker, huult niet en spelen zonder plezier gesignaleerd. Bij het *ontremde type* gaat het om kinderen die zich niet kunnen hechten aan een bepaald persoon maar zich vast kunnen klampen aan ieder persoon. Dit uit zich in het zoeken van veel contact, het zijn van een allemansvriend, het niet in staat zijn om relaties in stand te houden, grensoverschrijdend gedrag, snel gefrustreerd raken, zich niet laten troosten, het kind leert weinig uit ervaringen, is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid en is druk,

impulsief en ongeconcentreerd. In het volgende praktijkvoorbeeld van een 9-jarig meisje beschreven door een beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Nicaragua, is het ontremde type duidelijk terug gezien: *‘Haar gedrag was opvallend en leek zowel met traumatische ervaringen (seksueel misbruik) als onveilige hechting samen te hangen: dit meisje was grenzeloos, zowel in haar gedrag als in haar contact met anderen. Zij klom vaak bovenop je, was echt ‘all over’ en deed je ook fysiek pijn tijdens het knuffelen. Tegelijkertijd kwam ze ook heel zelfstandig over voor haar leeftijd en kon ze je ook weer afstoten. Het leek een voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten’* (Interview, A. van den Ouwelant).

De gedragswaarnemingen bij het geremde type lijken op gedragswaarnemingen binnen het autistisch spectrum en de gedragswaarnemingen van het ontremde type komen sterk overeen met gedragswaarnemingen bij ADHD. Deze stoornissen moeten dus eerst worden uitgesloten voordat een kind getest wordt op een hechtingsstoornis of hechtingsproblemen (<http://wjl-leren.nl/hechtingsstoornissen-hechting.php>).

De gedragsverschijnselen bij de indeling hechtingsgestoord/relatieel gestoord van Thoomes-Vreugdenhil (1999) worden niet door onderzoek ondersteund maar zijn op grond van observaties uit de praktijk onderbouwd. De term *hechtingsgestoord* verwijst naar een vermijdende gehechtheid, het kind heeft geen gelegenheid gehad zich te hechten en maakt geen onderscheid tussen verschillende volwassenen. De gedragswaarnemingen bij hechtingsgestoorde cliënten zijn geringe sociale vaardigheden, allemansvriendgedrag, dominerend en eisend gedrag, agressief gedrag, uitingen van angst, boosheid, wantrouwen en vlindergedrag/vluchtig speelgedrag. Bij een *relatieel gestoorde gehechtheid* is de gehechtheid afgebroken omdat de hechtingsfiguren geen continuïteit hebben kunnen bieden. Doordat het kind wel gehechtheid gekend heeft, laat het een ambivalente gehechtheidswijze zien. Het kind wijst door teleurstelling gehechtheid af, terwijl hij/zij er tegelijkertijd naar verlangt. Dit geeft tegenstrijdige gedragswaarnemingen zoals aanklampgedrag en passief en teruggetrokken gedrag. Verdere gedragswaarnemingen bij een relatieel gestoorde gehechtheid zijn geringe sociale vaardigheden, uitingen van angst, boosheid, wantrouwen, lusteloosheid met betrekking tot activiteiten en uitingen van verlatenheid en teleurstelling.

De verschillende indelingen komen op veel vlakken met elkaar overeen, zo wordt de indeling hechtingsgestoord van Thoomes-Vreugdenhil (1999) vergeleken met de indeling non-attachment van Zeanah & Boris (2000). De term onveilig vermijdend gehecht zijn van Ainsworth (1978) en het ontremde type uit de DSM IV (1999) sluiten hier gedeeltelijk bij aan. Relatieel gestoord (Thoomes-Vreugdenhil, 1999) blijkt overeen te komen met de secure base stoornis en de afgebroken gehechtheidsrelatie (Zeanah & Boris, 2000) en heeft ook raakvlakken met de onveilig afwerend/ambivalente gehechtheidsvorm (Ainsworth, 1978) en het geremde type uit de DSM IV (1999). Toch blijkt het moeilijk alle verschillende indelingen met elkaar te vergelijken of samen te voegen tot één indeling (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

Veel gedragswaarnemingen worden in de praktijk ook wel aangeduid als gedragsproblemen. Probleemgedrag blijkt een kenmerk te kunnen zijn bij verschillende vormen van hechtingsproblematiek (Schuengel et. al., 2006). Uit de literatuur blijkt dat kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek ook ondersteuning nodig hebben bij het omgaan met hun gedragsproblemen. Niet elke cliënt met gedragsproblemen heeft ook hechtingsproblemen maar het blijkt wel van belang te zijn om bij veel probleemgedrag te kijken naar de gehechtheidsrelatie van de cliënt. Kinderen en jongeren met een geschiedenis van consistente afwijzing door gehechtheidsfiguren kunnen een deactiverende gehechtheidsstrategie ontwikkelen. Dit kan zich uiten in externaliserend probleemgedrag zoals ‘acting out’,

weglopen, onverklaarbare woede en frustratie. De neiging bestaat bij deze kinderen en jongeren om zich ongrijpbaar op te stellen, de indruk te wekken geen volwassenen nodig te hebben, eventuele problemen te bagatelliseren en het vermijden van gesprekken van persoonlijke aard (Schuengel et. al., 2006). Kinderen en jongeren met een geschiedenis van inconsistente aandacht van gehechtheidsfiguren kunnen een hyperactiverende gehechtheidsstrategie ontwikkelen. Als er geen bevredigende respons is op de hoop op aandacht, nabijheid en troost die deze kinderen en jongeren hebben, kunnen zij onder andere emotionele labiliteit, verwarring, boosheid en preoccupatie met zichzelf ervaren. Het verwarde, labiele, zielige, boze en gepreoccupeerde gedrag van de kinderen en jongeren ten opzichte van groepsleiding en therapeuten, kan de werkrelatie erg onder spanning zetten. De frustratie bij deze kinderen en jongeren kan zich uiten in probleemgedrag en weglopen (Schuengel et. al., 2006). Een voorbeeld van hoe gedragsproblemen zich kunnen uiten bij kinderen en jongeren in de NPH-huizen is heel erg boos worden, geen weet hebben van hoe ze hun boosheid moeten uiten, met dingen gooien, van het blij in een keer naar het boos schieten, of zich juist heel stil en teruggetrokken opstellen (Interview T. Vink). Ook worden liegen, stelen, agressie tegen zichzelf en/of leraren en verzorgers, en slechte prestaties op school als (gedrags)problemen genoemd die eventueel voortkomen uit hechtingsproblematiek (Interview S. Breuer).

Zeanah & Boris (2005) hebben een lijst van verstoorde gedragssignalen bij hechtingsproblematiek opgesteld, om de mate van hechtingsproblemen te kunnen waarnemen. Deze lijst staat los van alle bovengenoemde indelingen waardoor de nadruk niet meer ligt op het onderverdelen binnen een bepaalde vorm van hechtingsproblematiek, maar er gekeken wordt naar waar de cliënt binnen de hechtingsproblematiek de meeste problemen ervaart. Vervolgens kan de behandeling hier op gericht worden. Zo wordt de behandeling meer gericht op de behoefte van de cliënt en minder op het behandelen van een bepaalde vorm waar de cliënt onder zou kunnen vallen. De lijst is gericht op de reactie van de cliënt in het contact met zijn verzorger, dit maakt de lijst minder toepasbaar voor de doelgroep binnen NPH in Latijns-Amerika. Echter, ondanks dat sommige thema's zoals de reactie van het kind bij hereniging van de verzorger, minder goed aansluiten, zijn er ook thema's in de lijst die goed te toetsen zijn binnen NPH. Beeldend therapeuten binnen NPH zouden deze lijst kunnen gebruiken als checklist bij vermoedens van hechtingsproblematiek en voor de opzet van een behandelplan.

Het allemansvriendgedrag en het teruggetrokken gedrag komen in alle indelingen terug en worden ook ondersteund door wetenschappelijk onderzoek van Zeanah & Boris (2000). Verder komen in alle indelingen het aanklampgedrag en het tegenstrijdige gedrag bij hechtingsproblematiek naar voren. Alle geïnterviewde beeldend therapeuten benoemen dit tegenstrijdige gedrag binnen hechtingsproblematiek ook en omschrijven dit vaak als een voortdurend proces van aantrekken en afstoten (Interview L. Appelo e. a.). Het kenmerk gebrek aan affectie binnen hechtingsproblematiek is sterk terug gezien in de praktijk (Interview A. Maristel Avilés). Uit de interviews met de beeldend therapeuten binnen NPH wordt duidelijk dat er grote verschillen zijn in het contact maken met de therapeut. Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen kunnen extreem wisselen tussen het in en uit contact gaan met de ander (Interview T. Vink). *'Wat heel vaak gebeurt is dat de kinderen soms heel lief en super enthousiast zijn om je te zien en doen alsof je de leukste vrijwilliger van allemaal bent en dan een dag later of een uur later doen ze alsof je niet meer bestaat en willen ze niet meer met je praten. Dus een extreme wisseling van in het contact en uit het contact gaan'* (Interview F. Müller). Sommige kinderen of jongeren stellen zich heel snel open, anderen houden het contact met de therapeut af, lijken een diepliggend gevoel van wantrouwen te

hebben en duurt het heel lang voordat er vertrouwen ontstaat (Interview S. Breuer e. a.). Veel kinderen zijn op zoek naar lichamelijk contact, anderen vinden het eng om aangeraakt te worden. *‘Terwijl sommigen helemaal geen oogcontact durfden te maken, pakten anderen meteen mijn hand, gingen op schoot zitten, vroegen constant om aandacht, vroegen om bekrachtiging en ondersteuning tijdens het uitvoeren van een opdracht, hoewel ze die helemaal niet nodig hadden’* (Interview A. Klages). Het direct volledig openstellen en het zoeken van fysieke nabijheid kan duiden op een ontremde vorm van hechtingsproblematiek. Het afhouden van het contact met de therapeut kan duiden op een geremde vorm van hechtingsproblematiek. Een ander voorbeeld uit de praktijk is het aan kunnen gaan van vluchtige contacten maar moeite hebben met meer intensieve contacten. Een meisje kon goed overweg met alle bezoekers die voor een week het weeshuis bezochten, terwijl ze met de meiden uit haar huis en met de verzorgers of vrijwilligers geen band op kon bouwen (Interview M. Haijink).

Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen zijn volgens de beeldend therapeuten binnen NPH vaak grenzeloos, zowel in gedrag als in contact. Voorbeelden die hierbij het meest naar voren kwamen waren gedragswaarnemingen als sociaal onaangepast gedrag, extreem aanhankelijk gedrag zowel bij bekenden als bij onbekenden, claimend gedrag en agressief gedrag, zowel verbaal als fysiek (Interview D. Arts e.a.). Ook binnen de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in NPH worden grenzen vaak overschreden en dan met name binnen samenwerkingsopdrachten. Wat de ander had gemaakt wordt bijvoorbeeld doorgekrast (Interview M. Haijink). Grensoverschrijdend gedrag komt in de literatuur terug als kenmerk bij het ontremde type binnen hechtingsproblemen. Een ander kenmerk van het ontremde type is dat het kind egocentrisch is en er weinig wederkerigheid is (<http://wij-leren.nl/hechtingsstoornissen-hechting.php>). Een samenwerkingsopdracht kan daarom lastig zijn en zulk grensoverschrijdend gedrag oproepen.

Ook is tijdens de therapie bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen gezien dat er een angst is om zelf iets te maken. Als ze iets maken dan is het iets wat makkelijk is, waarvan ze weten dat ze het goed aankunnen (Interview M. Haijink). Het voorbeeld van de angst om zelf iets te maken binnen de therapie kan onderbouwd worden met kenmerken van het ‘Geen Bodem Syndroom’: het kind heeft geen ‘ik’ ontwikkeld, het kind heeft vaak een negatief zelfbeeld en is onzeker (Van Egmond, 1987). Het kan voor de cliënt daarom beangstigend zijn zelf iets te maken omdat hij/zij dan iets van zichzelf moet laten zien en niet weet hoe hij dit moet doen. Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen lijken dan ook weinig eigen identiteit ontwikkeld te hebben (Smeijsters et. al., 2012).

Het thema hechting uit zich in het beeldend werk in tekeningen waarop de kinderen bijvoorbeeld door een straat gescheiden staan van hun ouders, tekeningen waar symbolen los van elkaar staan en geen symbolische verbinding hebben (Interview A. Klages). Wat vaak op dezelfde manier werd teruggezien bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek was het schilderen op een eenzelfde manier: *‘Alle kleuren en vormen stonden los van elkaar. Er was geen verbinding te zien tussen de verschillende geschilderde elementen. Er was geen aansluiting tussen de kleuren en vormen. En in verhouding tot het papier werd er veel wit gelaten. Het blad werd niet volledig gevuld. Dat wat er geschilderd werd stond allemaal los van elkaar. Repeterende vormen. Een ‘saai’ niet gevarieerd beeld’* (Interview D. Arts). Uit de interviews kwam naar voren dat het frustrerend was om te zien dat hechtingsproblemen door professionals in NPH nog niet (altijd) herkend worden en dat er dus ook nog niet altijd naar gehandeld/behandeld wordt (Interview T. Vink e.a.). Een overzicht van gedragswaarnemingen bij hechtingsproblematiek binnen NPH zou een bijdrage kunnen

leveren aan het herkennen van hechtingsproblemen bij de doelgroep. Om de verschillende gedragswaarnemingen uit de praktijk bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH overzichtelijk in te delen, zijn deze in de volgende tabel vrij onderverdeeld binnen de kerngebieden geformuleerd door Smeijsters (2010). Dit kan de beeldend therapeuten helpen bij het signaleren van hechtingsproblematiek.

Gedragswaarnemingen bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH, ondergebracht in de kerngebieden van vaktherapie			
Zelfbeeld	Emotie	Interactie	Cognitie
Het kind heeft gebrek aan zelfvertrouwen en zelfinzicht Het kind heeft een diepliggend gevoel van wantrouwen Het kind heeft een gebrek aan fantasie, de mogelijkheid tot imaginatie Het kind lijkt onwennig met zichzelf, weinig zicht op de eigen identiteit Het kost het kind veel tijd een vertrouwelijke relatie op te bouwen Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan Het kind werkt op een eenduidige manier in het beeldend werken Het kind zet losse beelden neer, er is geen verbinding te zien tussen verschillende elementen in het beeldend werk	Het kind manipuleert en/of wordt boos als de therapeut te dicht bij komt of grenzen stelt Als het kind zich niet goed voelt heeft het meer moeite zich aan te passen, wat zich kan uiten in dominant gedrag, het opeisen van aandacht en het negeren van instructies Het kind kan uitingen van agressie vertonen die zich richten tegen zichzelf (automutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen Het kind heeft moeite met het tonen en ontvangen van affectie Het kind toont teruggetrokken gedrag Het kind wisselt snel tussen emoties Het kind voelt zich lusteloos, verdrietig en heeft weinig ondernemingsdrang Het kind vertoont hyperactief gedrag, is druk, impulsief en ongeconcentreerd Het kind vertoont onnatuurlijk en atypisch gedrag	Het kind vertoont in contact een voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten Het kind is erg wantrouwend en houdt contact af, of stapt juist overmatig enthousiast in het contact en bewaakt hierbij zijn eigen grenzen niet voldoende Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten Het kind vertoont sociaal onaangepast gedrag, dit kan zich in het vastklampen en knuffelen van onbekenden uiten Het kind is claimend in contact en kan de ander tijdens het tonen van affectie fysiek pijn doen Het kind heeft gebrekkige sociale vaardigheden en ervaart moeilijkheden in contact met leeftijdsgenoten Het kind ervaart moeite met het (h)erkennen van eigen grenzen en die van de ander en vertoont grensoverschrijdend gedrag Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig, bijvoorbeeld of het beeldend werk wel mooi wordt	Het kind neemt een slachtofferrol aan en plaatst de mensen om zich heen in een dader- en redderrol Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is Het kind leert weinig uit ervaringen Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats

Vervolg			
Zelfbeeld	Emotie	Interactie	Cognitie
Het kind ervaart angst om zelf iets te maken in de beeldende therapie Het beeldend werk is vaak niet krachtig neergezet en er wordt weinig ruimte ingenomen Het thema eenzaamheid komt naar voren in het beeldend werk	Het kind heeft moeite om bij zijn/haar eigen gevoelswereld te komen Het kind is snel gefrustreerd Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid Het kind kan geen invulling geven aan gevoelens, in verhouding tot het vel papier wordt er veel wit gelaten	Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben Het kind schrikt af van fysieke nabijheid en vindt het eng om aangeraakt te worden, of het kind is juist fysiek afhankelijk Het empathisch vermogen van het kind is onvoldoende ontwikkeld Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht Het kind is apathisch, onzeker en huilt niet Het kind laat zich niet troosten Het kind maakt geen oogcontact Het kind is overdreven waakzaam Het kind speelt mee zonder plezier Symbolen staan vaak los van elkaar in tekeningen en hebben geen verbinding	

5.3 Deelvraag 3

Welke behandeldoelen in de beeldende therapie sluiten aan bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

Naar aanleiding van een praktijkonderzoek hebben Willemars en Helmich (2010) per kerngebied van Smeijsters (2010) een algemeen hoofddoel geformuleerd voor de beeldende therapie. Bij het kerngebied Zelfbeeld wordt het hoofddoel 'Versterken van het zelfbeeld' genoemd. Voor het kerngebied Emotie is dit het hoofddoel 'Beter kunnen omgaan met emoties'. Het hoofddoel 'Verbeteren van de interactie' bij het kerngebied Interactie. En als laatste het kerngebied Cognitie, waarbij het hoofddoel 'Veranderen van disfunctionele cognities' is geformuleerd.

Uit de literatuur is gebleken dat het versterken van het zelfbeeld bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek een passend, realistisch en haalbaar behandeldoel is binnen de beeldende therapie. Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen zijn vaak van zichzelf en anderen vervreemd. Daarom is het belangrijk om als eerste terug te gaan naar hun 'zelf' en hun zelfbeeld te versterken (Smeijsters, 2010). Bij een gebrekkig ontwikkelde identiteit en het gebrek aan zelfvertrouwen, is er in de beeldende therapie vaak een gebrek aan explorerend vermogen, waardoor de kinderen en jongeren moeite hebben met het maken van keuzes en zichzelf te laten zien in het medium. *'Door het actieve karakter van beeldende therapie wordt een jongere uitgedaagd een meer zelfbepalende rol aan te nemen en daarmee te oefenen. Niet overgeleverd zijn aan de omgeving, maar de omgeving zelf in eigen hand kunnen nemen, geeft een positieve impuls aan het zelfbeeld en heeft doorgaans een krachtige uitwerking op de ontwikkeling daarvan'* (Willemars en Helmich, 2010). De mogelijkheden om veranderingen te bereiken door middel van beeldend werken wordt hiermee onderbouwd. *'Het scheppende karakter van de beeldende therapie kan ik-versterkend werken en door het ontwikkelen van het eigene wordt de veerkracht vergroot'* (Schweizer et al., 2009).

Subdoelen bij het kerngebied Zelfbeeld zijn: het verstevigen van zelfrespect en eigenwaarde; het vergroten van zelfvertrouwen; een realistischer zelfbeeld opbouwen en acceptatie van de eigen beperkingen; voor jezelf opkomen, in afstemming op de ander (assertief); en, problemen leren oplossen, copingstrategieën met betrekking tot probleemsituaties uitbreiden (Smeijsters et. al., 2012).

Ook hebben kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek problemen met het herkennen van emoties bij anderen en hebben moeite met het aanpassen van hun gedrag hierop.

Daarnaast kunnen kinderen en jongeren met hechtingsproblemen moeite hebben met het reguleren van hun eigen emoties of deze adequaat tot uiting laten komen. Kenmerken van hechtingsproblemen zoals aanklampgedrag, passief en teruggetrokken gedrag, uitingen van angst, boosheid, wantrouwen of uitingen van verlatenheid en teleurstelling (Thoomes-Vreugdenhil, 2012), hebben te maken met verschillende emoties. Hierdoor kunnen kinderen en jongeren met hechtingsproblemen gebaat zijn bij het werken aan het behandeldoel: beter kunnen omgaan met emoties. Behandeldoelen gericht op het beter kunnen omgaan met emoties sluiten dus goed aan bij deze doelgroep.

Subdoelen bij het kerngebied Emotie zijn: het (h)erkennen van emoties; het gewaarworden van emoties/sensaties; het leren uiten van emoties; het leren differentiëren tussen emoties; het verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen); en, het verwerking van trauma of rouw (Smeijsters et. al., 2012).

Verder is een duidelijk kenmerk van hechtingsproblemen dat kinderen en jongeren moeite hebben met het aangaan van contacten of juist het allemansvriend gedrag vertonen. De behandeling van hechtingsproblemen dient zich daarom ook te richten op het behandeldoel: het verbeteren van de interactie. Bowlby (1988) formuleerde begrippen met betrekking tot de therapeutische relatie en de houding van de therapeut, die veelal zijn overgenomen. Zo geeft Bowlby aan dat de therapeutische relatie als een vertrouwensrelatie kan worden ingezet die voor de cliënt kan werken als een 'secure base'. De houding van de therapeut is gericht op gehechtheid door met empathie en sensitieve reacties op emotionele uitingen van de cliënt te reageren. Door als therapeut te kijken naar wat de cliënt nodig heeft, wordt de cliënt gezien in zijn behoefte aan veiligheid. Hierbij is het uitgangspunt dat gehechtheid in het hele leven een centrale rol speelt. De therapeut is beschikbaar voor de cliënt door zijn warmte, empathie, sensitieve respons en door zich te richten op de cliënt. Zo geeft de therapeut de cliënt een ervaring van gehechtheid (Thoomes-Vreugdenhil, 2006). Doordat de cliënt binnen de therapie gehechtheid leert ervaren wordt er aan zijn hechtingsproblemen gewerkt. Subdoelen bij het kerngebied Interactie zijn: het accepteren van gezagsrelaties; het leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander; het vergroten van empathie; het uitbreiden van sociale vaardigheden; het vergroten van het vertrouwen in een ander; het (h)erkennen van non-verbaal gedrag; het verbeteren van de (non-)verbale communicatie; en, het vergroten van inzicht in de eigen interactiepatronen (Smeijsters et. al., 2012).

Bij het kerngebied Cognitie hebben kinderen en jongeren negatieve cognities met betrekking tot zichzelf, tot het eigen kunnen en de eigen vaardigheden. Dit kan leiden tot internaliserende problematiek. Daarnaast zijn er vaak negatieve cognities met betrekking tot anderen waardoor zij het gedrag van anderen verkeerd waarnemen en niet correct interpreteren. Hierdoor kunnen zij negatieve opvattingen koesteren over anderen en de wereld om hen heen (Smeijsters, 2010). Uit de literatuur is duidelijk geworden dat kinderen en jongeren met onveilige gehechtheidsstrategieën sterk verankerde negatieve verwachtingen ten opzichte van zichzelf en anderen hebben (Schuengel et. al., 2006). Ook kunnen kinderen en jongeren met hechtingsproblemen een gebrek aan empathie hebben waardoor een rem op agressie vervalt. Kinderen en jongeren met onveilige gehechtheidsstrategieën hebben groeibelemerende kerncognities. Dit zijn sterk verankerde negatieve verwachtingen ten opzichte van zichzelf en anderen. Groeibevorderende kerncognities zouden geleidelijk aan in de plaats moeten komen van het negatieve beeld dat ze hebben van zichzelf en anderen ten aanzien van gehechtheid. Het is belangrijk om bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen groeibelemerende kerncognities om te zetten in groeibevorderende kerncognities, zodat het denkpatroon van de cliënt verandert en hij/zij hierdoor nieuw gedrag kan ontwikkelen en zich open kan stellen voor nieuwe (positieve) gehechtheidservaringen. Schuengel (2006) stelt dat beeldende therapie een goede bijdrage kan leveren bij het bereiken van groeibevorderende kerncognities. Subdoelen bij het kerngebied Cognitie zijn: het verbeteren van de waarneming; het leren structureren van gedachten; het (her)kennen van disfunctionele cognities; het omzetten van disfunctionele cognities in functionele cognities; de verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen; en, het verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten (Smeijsters et. al., 2012).

De uiteenzetting van de vier kerngebieden met hun vier hoofddoelen is een aanvullend handvat voor beeldend therapeuten werkzaam met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. Door deze uiteenzetting van kerngebieden kan de therapeut specifiekere behandeldoelen formuleren en heeft hierbij een beter zicht op de ontwikkeling van de cliënt per kerngebied. Door de gecompliceerdheid van hechtingsproblematiek en doordat de gevolgen van een

problematische gehechtheid erg groot kunnen zijn (Thoomes-Vreugdenhil, 2012), zal er bij deze problematiek binnen elk kerngebied gewerkt moeten worden om zo verandering bij de cliënt te kunnen bewerkstelligen. De hoedanigheid zal uiteraard per cliënt verschillen en afhankelijk zijn van hoe ernstig de hechtingsproblemen zijn en welke eventuele andere problematiek er speelt bij de cliënt.

Doordat de kinderen en jongeren binnen NPH voornamelijk worden doorgestuurd naar de beeldende therapie vanwege opvallend gedrag/probleemgedrag, zijn de behandeldoelen vaak gericht op de problemen die aan de oppervlakte zichtbaar zijn (Interview A. Klages e.a.). Het blijkt moeilijk te zijn om in de therapie daadwerkelijk te werken aan het doorwerken van de problematiek door een gebrek aan reflectievermogen en inzicht bij de kinderen en jongeren (Interview T. Vink). Een van de beeldend therapeuten gaf aan dat het feit dat de therapeut individueel tijd en aandacht voor een kind heeft, waardoor het kind nieuwe ervaringen kan opdoen en zich veilig kan voelen, al veel veranderingen teweeg brengt bij de kinderen en jongeren binnen NPH (Interview L. Appelo). Kinderen en jongeren binnen NPH hebben weinig tot geen ervaring met experimenteren (Interview F. Müller e.a.). Toch blijkt dit goed aan te sluiten bij de doelgroep. Door middel van het experimenteren kan er aan veel verschillende doelen gewerkt worden, zoals het kunnen loslaten dat alles mooi en perfect moet worden. Door te experimenteren met verschillende materialen en technieken hebben de kinderen en jongeren geleerd dat het belangrijker is om plezier te ervaren tijdens het beeldend werken, dan hoe het eindresultaat er uit komt te zien (Interview T. Vink e.a.). Uit de interviews met de beeldend therapeuten werden een aantal behandeldoelen als belangrijkste doelen bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen benoemd. Meerdere therapeuten benoemden het vergroten van het zelfvertrouwen (Interview L. Appelo e.a.). Verder werden het verbeteren van het zelfbeeld, gevoelens kunnen uiten op een adequate manier, contact aangaan met de therapeut en het opbouwen van vertrouwen in de therapeutische relatie genoemd (Interview A. Klages e.a.). Deze behandeldoelen komen overeen met de hoofddoelen van de eerste drie kerngebieden van Smeijsters (2010), Zelfbeeld, Emotie en Interactie. Als belangrijkste behandeldoel in het beeldend werken bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen werd door meerdere therapeuten het leren om de verbinding aan te gaan en aansluiting te vinden in het beeldend werken genoemd (Interview D. Arts e.a.).



Beeldend werk cliënt, 2013, NPH Nicaragua

Op de volgende pagina zijn de genoemde doelen van de beeldend therapeuten binnen de NPH-huizen onderverdeeld in de vier kerngebieden van Smeijsters (2010).

Behandeldoelen hechtingsproblematiek binnen NPH, onderverdeeld in de kerngebieden van vaktherapie			
Zelfbeeld	Emotie	Interactie	Cognitie
- Het vergroten van het zelfvertrouwen - Weerbaarheid vergroten - Exploreren van het zelfbeeld (zelfwaardering, zelfacceptatie, zelfactualisatie, zelfvertrouwen en zelfverantwoordelijkheid) - Zoeken naar identiteit en acceptatie - Trots kunnen zijn op zichzelf - Eigen mening kunnen uiten	Gevoelens uiten op een adequate manier	Vertrouwen opbouwen in de therapeutische relatie Verbeteren van sociale vaardigheden Contact maken met de therapeut en niet uit het contact gaan als het moeilijk of onaangenaam wordt De controle los kunnen laten Om hulp durven te vragen	
Beeldende doelen			
Het zoeken en vinden van een eigen stijl in het beeldend werken Leren het beeld steviger neer te zetten Tevredenheid ervaren met het proces en/of resultaat	Los kunnen laten dat alles mooi en perfect moet zijn Durven te experimenteren in het beeldend werken	Het creëren van een samenhangend en stevig werkstuk Leren de verbinding te leggen tussen kleuren, materialen en technieken in het beeldend werken Plezier kunnen beleven in het beeldend werken	

De behandeldoelen uit de literatuur en de behandeldoelen die de beeldend therapeuten inzetten bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH komen sterk met elkaar overeen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de behandeldoelen omschreven door Willemars en Helmich (2010) ook kunnen worden ingezet bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika.

Uit bovenstaande tabel van behandeldoelen binnen NPH valt op te maken dat de beeldend therapeuten zich bij hechtingsproblematiek veelal richten op de kerngebieden Zelfbeeld en Interactie bij de cliënt. Bij het werken aan emotionele problemen zoals het leren uiten en vormgeven van emoties zit vaak de link naar een ander behandeldoel: het verwerken van traumatische ervaringen (Willemars en Helmich, 2010). Omdat de kinderen en jongeren binnen NPH vaak in de situatie verkeren dat zij onvoldoende stabiliteit ervaren binnen hun (woon)omgeving, blijkt het niet altijd verstandig of mogelijk te zijn om deze problematiek door te werken (Interview A. Klages). Dit kan een reden zijn voor het feit dat de beeldend therapeuten de behandeldoelen binnen het kerngebied Emotie klein houden. Behandeldoelen die binnen het kerngebied Cognitie vallen zijn helemaal niet genoemd. Dit zou dezelfde reden kunnen hebben. In het veranderen van disfunctionele cognities wordt vaak de problematiek doorgewerkt. Hiervoor is het eerst noodzakelijk dat de cliënt een vertrouwensband heeft opgebouwd met de therapeut en een steviger zelfbeeld heeft. Uit de literatuur is gebleken dat het veranderen van disfunctionele cognities een belangrijk doel is bij het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen (Schuengel et. al., 2006). Het zou goed zijn om binnen de omgeving van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in de NPH-huizen meer stabiliteit te creëren, zodat de beeldend therapeuten intensiever aan de problematiek kunnen werken en ook (meer) binnen de kerngebieden Cognitie en Emotie aan de slag kunnen met de kinderen en jongeren. Dit zou ten goede komen aan de behandeling van hechtingsproblematiek binnen de NPH-huizen.

5.4 Deelvraag 4

Welke interventies worden ingezet in de beeldende therapie als het gaat om het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek?

Een interventie is het ingrijpen van de therapeut met een beweegreden (Krantz, 2006). Interventies zijn geen vaststaande en eenduidig omschreven handelingen maar hebben verschillende verschijningsvormen. Het uiteindelijke doel van het inzetten van interventies is het opheffen en/of reduceren van een probleem en het tot stand brengen van een verandering (Schweizer, 2009). De beeldend therapeut stemt zijn interventies altijd af op de behandeldoelen, problematiek en de werkwijzen bij de behandeling van een cliënt. Hierbij zoekt de therapeut constant naar een evenwicht tussen begrenzen (structuur geven) en ruimte geven (eigen keuzes maken) (Smeijsters et. al., 2012). Bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek zijn de interventies gericht op het probleemgedrag van het kind en op de ontwikkeling van zijn gehechtheidsmogelijkheden. Het doel achter interventies bij deze doelgroep is het bevorderen van een gehechtheidsrelatie (Thoomes-Vreugdenhil, 2012).

De interventies uit de literatuur en uit de praktijk komen sterk met elkaar overeen. Interventies die goed aansluiten bij de doelgroep volgens de beeldend therapeuten uit de praktijk zijn onder andere de therapie in het hier-en-nu te houden, zodat het voor de cliënten realistisch blijft; het kind continu betrekken bij de therapie zodat hij/zij zijn/haar aandacht en concentratie niet verliest; positief gedrag benoemen; negatief gedrag verklaren; en, het verbaal en non-verbaal spiegelen in de beeldende therapie (Interview M. Haijink e.a.). Vooral het non-verbaal spiegelen blijkt effect te hebben op kinderen en jongeren binnen NPH in Latijns-Amerika (Interview F. Müller). Door bewegingen die de cliënt laat zien non-verbaal te herhalen, worden de kinderen en jongeren zich meer bewust van hun eigen handelen en wordt hun gedrag inzichtelijk voor zowel de cliënt als de therapeut. De exploratiebehoefte is geremd bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen die gedrag vertonen dat gekenmerkt wordt door aanklappen en geremdheid (Thoomes-Vreugdenhil, 2006). Beeldende therapie biedt veel mogelijkheden om de exploratiebehoefte van de cliënt te vergroten. Hierbij worden interventies, zoals het aanbieden van nog onbekende materialen en het experimenteren binnen het beeldend werken, aangeboden. Het experimenteren wordt benoemd en uitgelegd, de therapeut biedt de cliënt de steun en hulp die hij nodig heeft om uitdagingen aan te gaan en de cliënt krijgt genoeg ruimte om te leren experimenteren. Het experimenteren binnen het beeldend werken bleek in de praktijk voor veel kinderen en jongeren namelijk nog onbekend te zijn (Interview F. Müller e.a.). Vaak gaat het de kinderen en jongeren binnen NPH om het maken van een mooi product. Door in stappen te leren experimenteren, leerden de kinderen en jongeren zichzelf te verrassen. Ook leerden ze inzien dat het niet altijd mooi hoeft te worden en dat het hebben van plezier in wat je maakt belangrijker is dan het resultaat (Interview T. Vink). Om het sensopathische vermogen van de cliënt aan te spreken en te experimenteren binnen het beeldend werken kan gedacht worden aan het schilderen met de handen. Hierbij ontstaat er een direct contact en verbinding tussen de persoon en het medium (Interview A. Klages). Een ander voorbeeld uit de praktijk bij het leren experimenteren is het schilderen met de ogen dicht. Hierbij is de cliënt genooddaakt om het idee van een mooi eindresultaat los te laten en te gaan spelen met de beeldende materialen (Interview T. Vink). Het geven van bevestiging binnen de therapie bij de ontwikkeling die de cliënt doormaakt, blijkt erg belangrijk te zijn bij deze doelgroep. Beeldende therapie biedt de mogelijkheid tot dergelijke bevestiging doordat de cliënt in het beeldend werk zijn acties terug kan zien in een tastbaar, voelbaar en zichtbaar resultaat (Willemars & Helmich, 2010).

Werkwijzen zijn categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen (Smeijsters, 2008). Smeijsters (2008) heeft een indeling gemaakt van verschillende werkwijzen binnen de vaktherapie. De ortho(ped)agogische werkwijze (ondersteunen van de ontwikkeling), de supportieve en palliatieve werkwijzen (ondersteunen bij het verwerken van en leren omgaan met problemen) en de re-educatieve en re-constructieve werkwijzen (doorwerken van problemen).

Bij het kerngebied Zelfbeeld worden de werkwijzen re-educatief of supportief ingezet. De re-educatieve werkwijze wordt vooral toegepast bij het werken aan doelen als het opbouwen van een reëel zelfbeeld. Daarbij staat het beleven van het eigen gedrag centraal (Schweizer et al., 2009). Vanwege het ondersteunende karakter van de supportieve werkwijze wordt deze ingezet bij cliënten met onzekerheden over het eigen kunnen. De doelstellingen zijn dan gericht op het ontwikkelen van de eigen mogelijkheden, het vergroten van het zelfvertrouwen en het scheppen van ontspanning en veiligheid (Schweizer et al., 2009). Interventies die worden ingezet door beeldend therapeuten binnen het kerngebied Zelfbeeld zijn: samen met de therapeut opzoek gaan naar wat de cliënt aanspreekt en het bekrachtigen van het eigen gedrag van de cliënt zodat dit kan worden omgezet in een positieve ervaring. Een werkvorm bij dit kerngebied kan het uitwerken van de eigen naam met hout, gips, klei of in graffiti zijn (Willemars & Helmich, 2010).

Bij het kerngebied Emotie wordt over het algemeen de re-educatieve werkwijze ingezet. Hierbij leren cliënten die de eigen emoties nauwelijks (her)kennen hun emoties gewaar te worden en te reguleren. Dit kan door gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten die het probleemgedrag veranderen. Jongeren leren hierdoor emoties van elkaar te onderscheiden en hier passend gedrag aan te koppelen om de emoties te uiten. Cliënten met traumatische ervaringen of cliënten die erg angstig zijn, blijken meer baat te hebben bij de supportieve werkwijze, waarbij de emoties worden geuit en verwerkt zodat de ontspanning toeneemt en de cliënt stabiliseert. Hierdoor reageren zij minder vaak agressief vanuit een onderliggende angst (Willemars en Helmich, 2010). In de behandeling richten beeldend therapeuten zich vaak eerst op de algemene vier basisemoties en hoe deze eruit zien. Uit de literatuur wordt duidelijk dat de cliënt veiligheid kan ervaren, wanneer het werken aan het leren begrenzen van zichzelf en zijn/haar emoties niet gelijk op hun eigen verdriet of angst wordt gericht. *'Door middel van thema's, kleuren, formaat, materiaalkeuze en beeldende technieken worden diverse emoties tijdens het proces en in het product uitgedrukt en ervaren. Het beeldend materiaal nodigt de jongere non-verbaal uit tot het uiten van gevoelens. Belangrijk hierin is dat de jongere zichzelf en de emoties leert begrenzen en niet langer overspoeld wordt door emoties'* (Willemars & Helmich, 2010). Een veelgebruikte werkvorm bij het kerngebied Emotie is om twee kinderen of jongeren een emotie te laten kiezen en ze te vragen deze zo duidelijk mogelijk uit te werken op papier. Als ze beiden halverwege zijn wordt er gewisseld van tekening. Zonder dat de kinderen of jongeren weten welke emotie de ander heeft getekend, proberen zij aan te sluiten bij wat er al is en de tekening af te maken (Willemars & Helmich, 2010).

Een passende werkwijze bij het kerngebied Interactie hangt af van of de cliënt bepaald ontbrekend interactiegedrag niet kent of niet kan toepassen. Als de cliënt ontbrekend interactiegedrag niet kent is de beeldende therapie meer supportief of orthopedagogisch van aard, waarbij de therapie gericht is op het ondersteunen en ontwikkelen van nieuw gedrag. Als de cliënt ontbrekend interactiegedrag wel kent maar niet kan toepassen sluit de re-educatieve werkwijze beter aan, waarbij wordt gekeken naar de psychische conflicten die aan de problemen ten grondslag kunnen liggen. Het eigen gedrag en de beleving daarvan in het hier-en-nu staan dan centraal (Willemars en Helmich, 2010). Interventies bij het kerngebied

Interactie kunnen zijn: het helpen van de cliënt bij een werkstuk, het samenwerken aan een werkstuk of het onderhandelen tijdens het werken. Deze interventies worden ingezet omdat de cliënt in het contact met materiaal vaardigheden leert die hij in het contact met mensen ook nodig heeft. Het beeldend werk blijkt hierin te kunnen werken als een spiegel. De cliënt ziet de directe gevolgen van zijn handelen binnen relatief veilige oefensituaties. Zo kunnen de bestaande interactiepatronen van de cliënt ontdekt worden. Een volgende interventie van de therapeut zou het ontlokken van nieuwe interactiepatronen kunnen zijn, waarmee de cliënt binnen de therapie kan oefenen en deze eigen kan maken. *‘Voor veel jongeren met problemen op het sociale vlak is contact en intimiteit vaak bedreigend: Het maakt hen kwetsbaar en dat willen zij het liefst vermijden. Het materiaal in beeldende therapie geeft hen de kans om een dialoog aan te gaan tussen de omgeving en henzelf, en werkt daarnaast als indirect communicatiemiddel naar anderen’* (Willemars & Helmich, 2010).

Een voorbeeld van een werkvorm binnen het kerngebied Interactie is een samenwerkingsopdracht met klei. De één mag alleen klei weghalen en de ander mag alleen klei toevoegen. Vervolgens kan er van taak gewisseld worden. Een andere gezamenlijke opdracht is het schilderen van een huis. Tijdens deze opdracht kunnen de cliënten oefenen met verschillende interactieposities, bijvoorbeeld met een van de acht interactieposities uit de Roos van Leary (Willemars & Helmich, 2010).

Cliënten met disfunctionele cognities hebben baat bij de re-educatieve werkwijze. De beeldende therapie heeft bij het kerngebied Cognitie een inzichtgevende benadering, waarbij gedrag en gedachten in het hier-en-nu centraal staan en er gekeken wordt naar de onderliggende psychische conflicten. Interventies, zoals het oefenen met het objectief kunnen waarnemen en het herkennen van interpretaties (subjectief), worden binnen dit kerngebied ingezet. *‘Vaak liggen er disfunctionele denkgewoontes ten grondslag aan de keuzes en handelingen van jongeren in de beeldende therapie. Beeldende therapeuten komen bijvoorbeeld regelmatig de volgende opvattingen tegen: ‘ik mag geen fouten maken’, ‘het is niet goed genoeg’ en ‘anderen zijn er op uit om mij te pakken’. Door dergelijke disfunctionele denkgewoontes vinden de jongeren het soms moeilijk om keuzes te maken, want ze verwachten dat ze daar op afgerekend gaan worden. In het beeldend werk worden de negatieve gedachten die een jongere over zichzelf heeft op houdbaarheid getoetst’* (Willemars & Helmich, 2010). Deze disfunctionele denkgewoontes worden vaak snel zichtbaar in de beeldende therapie omdat het kind of de jongere iets van zichzelf laat zien en daarin authentiek is. Als dit zichtbaar wordt kan er vervolgens naar alternatieven gezocht worden. Afbeeldingen, pictogrammen en het letterlijk vasthouden van beeldend materiaal geven de kinderen en jongeren meer grip doordat hun beeldend werk tastbaar en concreet is. Het resultaat van hun werk biedt deze kinderen en jongeren overzicht en structuur. Werkvormen bij het kerngebied Cognitie kunnen zijn: het beeldend werk bespreken aan de hand van een objectieve observatielijst (wat, waar, kleur, vorm, formaat, materiaal, et cetera) en een subjectieve observatielijst (mooi, lelijk, chaotisch, saai, et cetera). Of een opdracht op drie verschillende manieren (bijvoorbeeld met drie verschillende materialen) gaan uitwerken, om zo te leren dat er niet één mogelijkheid is, maar dat er altijd meerdere mogelijkheden zijn (Willemars & Helmich, 2010).

Hieruit wordt duidelijk dat de supportieve werkwijze voornamelijk gebruikt wordt bij de kerngebieden Zelfbeeld en Interactie en de re-educatieve werkwijze bij de kerngebieden Emotie en Cognitie. Uit de interviews met de beeldend therapeuten binnen NPH werd duidelijk dat er voornamelijk volgens de supportieve werkwijze gewerkt wordt binnen de beeldende therapie (Interview T. Vink e.a.). Deze werkwijze sluit goed aan bij de doelgroep omdat het de cliënten ondersteunt, motiveert en stimuleert, de werkwijze blijft in het hier-en-

nu en wordt voor de kinderen en jongeren niet te abstract (Interview A. Klages e.a.). De re-educatieve werkwijze wordt door de beeldende therapeuten binnen NPH nauwelijks ingezet omdat de kinderen en jongeren niet genoeg steun ervaren binnen het milieu waarin zij leven om de problematiek door te werken (Interview A. Klages). Een voorbeeld van een werkvorm binnen het kerngebied Cognitie is om voorafgaand aan de opdracht de cliënt laten vertellen hoe hij/zij denkt dat hij/zij de opdracht gaat uitvoeren en dit naderhand gaan evalueren (Willemars & Helmich, 2010). Dit vraagt om evaluatie en inzichtvaardigheden bij de cliënt en taalvaardigheden bij de therapeut. Ook dit kan bijdragen aan het gebrek aan behandeling binnen het kerngebied Cognitie. Daarnaast is aan de hand van onderzoek bewezen dat interventies gericht op het ‘doorwerken’ van trauma of het bevorderen van regressie niet effectief blijken te zijn binnen de behandeling van hechtingsproblemen en juist schadelijk kunnen zijn (Boris & Zeanah, 2005). Ook hierbij wordt benoemd dat kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek niet genoeg empirische steun hebben voor deze interventies. Bij het werken volgens de re-educatieve werkwijze en binnen de kerngebieden Emotie en Cognitie is dus voorzichtigheid geboden. De beeldend therapeuten werken in de beeldende therapie binnen de NPH-huizen vooral aan behandeldoelen binnen de kerngebieden Zelfbeeld en Interactie.

Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen hebben vaak te maken met een negatief zelfbeeld. Positieve zelfwaardering wordt ontwikkeld bij de cliënt als hij positieve waardering krijgt voor wat hij zegt of doet. Zo wordt het zelfvertrouwen bij de cliënt vergroot en kan een positief zelfbeeld ontstaan (Van der Molen, 2010). In de literatuur wordt bevestigd dat de therapeutische relatie bij deze doelgroep erg belangrijk is. Doordat kinderen en jongeren met hechtingsproblemen vaak moeite hebben met het vertrouwen van anderen is het belangrijk dat de therapeut eerst een vertrouwensband opbouwt met de cliënt. Fonagy (1999) stelt dat de therapeut een situatie moet creëren waarin het begrijpen van de mentale toestand centraal staat en het ‘zelf’ van de cliënt erkend wordt. Deze erkenning moet door de cliënt als echt en betrokken ervaren worden. Door de cliënt te begrijpen en de ruimte te geven zijn emoties en gevoelens te tonen binnen de therapie, leert de cliënt veiligheid te voelen en zichzelf te vinden. Empathie, respect, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie zijn hierbij kenmerken van de houding van de therapeut en geven veiligheid aan de cliënt binnen de therapeutische relatie (Thoomes-Vreugdenhil, 2012). Andere belangrijke interventies die in de interviews hierbij genoemd worden zijn het aanbieden van concrete opdrachten, het benoemen waarom ze deze opdracht gaan doen, en de cliënt zoveel mogelijk erkenning geven in wat hij of zij voelt (Interview M. Haijink). Als de cliënt door deze sensitieve houding van de therapeut, de therapeut als emotioneel beschikbaar ervaart, geeft de therapeut de cliënt een ervaring van gehechtheid. Het doel van de therapeutische relatie bij deze doelgroep is om de cliënt binnen de beeldende therapie te laten ervaren wat bij gehechtheid hoort. Als de cliënt erin slaagt een veilige basisrelatie op te bouwen met de therapeut, is de kans namelijk ook groter dat de cliënt hierin gaat slagen binnen zijn omgeving (Schuengel et. al., 2006). Uit onderzoek is gebleken dat een therapeutische gehechtheidsrelatie ontwikkeld kan worden en dat deze positief effect heeft op de affectregulatie (Schuengel et. al., VU, 2009). Als er een vertrouwensband is ontstaan tussen de therapeut en de cliënt kan de cliënt verbondenheid ervaren en op deze manier met de therapeut werken aan het verbeteren van de banden met zichzelf en anderen. De therapeut creëert een veilige basis (emotionele geruststelling en een gevoel van veiligheid) van waaruit de cliënt kan gaan verkennen (Bowlby, 1973).

De geïnterviewde beeldend therapeuten bevestigen het belang van een vertrouwensrelatie tussen de cliënt en de therapeut (Interview A. Klages e.a.). Opdrachten die te maken hadden met interactie met de therapeut en aansluiten bij de affiniteit van de cliënt stonden hierin

centraal (Interview L. Appelo e.a.). Meerdere beeldend therapeuten benoemen laagdrempelige opdrachten in te zetten, die een succeservaring dienen te bewerkstelligen (Interview F. Müller e.a.). Uit de interviews werd duidelijk dat veel beeldend therapeuten bij deze doelgroep op zoek gingen naar het maken van verbindingen in het beeldend werken om eenheid in het werk te bereiken (Interview A. Klages e.a.). Een voorbeeld van een werkvorm uit de praktijk is het werken met aquarelverf op nat papier. Doordat de aquarelverf zich snel vermengt op het natte papier is er weinig inbreng nodig van de cliënt om de kleuren samen te brengen (Interview D. Arts). Hierdoor is het een laagdrempelige opdracht bij het doel om in het beeldend werken verbindingen aan te gaan. Deze opdracht kan herhaald worden met variaties zoals kleuren laten stromen in golven, rechte lijnen of lussen. Een vervolg opdracht hierbij is dat de cliënt met pastelkrijt stromende bewegingen op papier maakt, bijvoorbeeld een lemniscaatvorm. Vervolgens kijkt de cliënt wat hij in de lijnen ziet en maakt hieruit een herkenbaar beeld. Bijvoorbeeld door een vis, vogel of poppetje te maken aan de hand van een lemniscaatvorm. De cliënt wordt hierdoor uitgedaagd om een vorm te zoeken in de verschillende kleuren en bewegingen op het papier en deze verder te versterken; een kat krijgt bijvoorbeeld snorharen. Dit geeft de cliënt meer vastigheid en de cliënt leert op deze manier het beeld en zichzelf steviger neer te zetten. *‘Door in therapie niet alleen te verbinden en te stromen maar het geheel uiteindelijk vast te zetten in een vorm laat je het kind onbewust ook steeds een klein beetje zoeken naar de vorm in zichzelf’* (Interview D. Arts). Een ander voorbeeld uit de praktijk bij het steviger neer zetten van het beeldend werk van de cliënten was het vergroten van hun werk. Veel kinderen en jongeren binnen NPH werkten namelijk heel klein en gedetailleerd. De therapeut probeerde de kinderen te stimuleren om dit te vergroten en zichzelf zo steviger neer te zetten in hun beeldend werk (Interview T. Vink). Ook het werken binnen thema’s zoals relaties, familie, vrienden, hun eigen ik; ‘waar ben ik goed in?’, ‘wat vind ik leuk?’, lijken goed aan te sluiten bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek (Interview T. Vink e.a.). Dit wordt ook door de literatuur ondersteund (Bermudez/Ter Maat, 2006). Andere thema’s en technieken die bij deze doelgroep in de literatuur naar voren komen zijn collagetechnieken, thema’s over cultuur, open thema’s, werken met klei, tekenen, schilderen, en het maken van maskers. Bij de beeldend therapeuten in NPH lijkt er echter een verschil in mening te zijn of het werken met klei aansluit bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen of niet. Sommigen benoemen hierbij de moeilijkheidsgraad van eigen vormgeving en creativiteit bij deze kinderen (Interview D. Arts) of dat de kinderen een aversie lijken te hebben tegen klei (Interview M. Haijink). Anderen benoemen klei juist wel als een materiaal dat goed aansluit bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek omdat er een directe verbinding/contact tussen de cliënt en het medium ontstaat (Interview A. Klages e.a.). Naar aanleiding van onderzoek stellen Bermudez en Ter Maat (2006) dat de meest gunstige technieken bij Latijns-Amerikaanse cliënten meer neigen naar driedimensionaal werk (zoals het maken van maskers, het werken met klei of naaien en handwerk), dan naar tweedimensionaal werk zoals schilderen of tekenen. De beeldend therapeuten benoemen binnen NPH zowel tweedimensionaal als driedimensionaal te werken (Interview F. Müller e.a.). Soms konden de therapeuten door gebrek aan materiaal alleen tweedimensionaal (zoals met krijt, verf of potloden) met de cliënten werken (Interview T. Vink e.a.).

In de literatuur wordt duidelijk dat Mentalization Based Treatment (MBT) van Bateman en Fonagy (2004) een methode is die goed aansluit binnen de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen (Kaarsemaker-Verfaillie, 2009). Deze methode vindt zijn oorsprong in de gehechtheidstheorie. *‘Mentalisering is het kunnen nadenken over de eigen intenties en de intenties van anderen en het kunnen interpreteren van emoties en gedrag van anderen’* (Smeijsters et. al., 2012). Een mentaliserend vermogen wordt ontwikkeld in de vroege kinderjaren en krijgt vorm binnen een affectieve relatie met de opvoeder/verzorger

(Verheugt-Pleiter/Schmeets/Zevalkink, 2005). Hierdoor hebben kinderen en jongeren met hechtingsproblemen vaak een gebrek aan mentaliserend vermogen. Een gebrek aan mentaliserend vermogen kan tot verwarring leiden ten aanzien van de eigen gevoelens en in communicatie met anderen. Het kan ook problemen geven in de regulatie van emoties (Hamming, 2009). Een eigen identiteit lijkt bij deze kinderen en jongeren te ontbreken (Smeijsters et. al., 2012).

Beeldende middelen blijken in de therapie een meerwaarde te hebben bij het vergroten van het mentaliserend vermogen. *‘Door middel van beelden kan er soms gemakkelijker tot een secundaire affectrepresentatie gekomen worden dan door middel van taal’* (Hamming, 2009). Een voorbeeld uit de praktijk dat aansluit op de MBT methode is het benoemen wat de therapeut denkt te zien wanneer de kinderen en jongeren zelf geen woorden kunnen geven aan dat wat er in hun omgaat. Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen leken zichzelf beter te leren begrijpen door het benoemen van patronen. De therapeut maakt hierdoor samen met de cliënt het gedrag van de cliënt inzichtelijk (Interview M. Haijink).

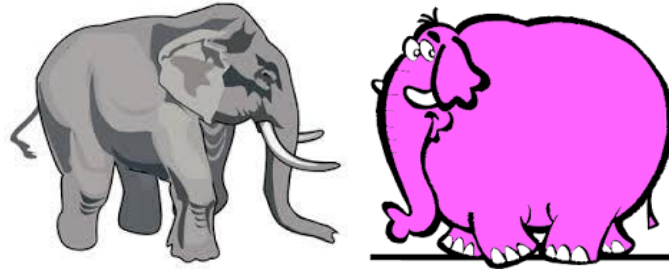
Uit de interviews wordt duidelijk dat het werken volgens een bepaalde methode in de beeldende therapie moeilijk aansluit binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika omdat veel bestaande methodes aansluiten bij creatieve Europese kinderen (Interview M. Haijink e.a.). De meeste geïnterviewden geven aan de therapie aan te laten sluiten bij de cliënt en hierbij geen bepaalde methode binnen de therapieën te hanteren (Interview L. Appelo e.a.). Wel is er gebruik gemaakt van gedragstherapeutische theorieën waarin met cliënten geprobeerd is om verbindingen te maken tussen het denken, het handelen en het voelen. Hierdoor werd het thema hechting en relaties met anderen in een ruimer kader gebracht (Interview A. Klages). De enige methode die is genoemd was de Mentalization Based Treatment methode. Hierbij wordt echter aangegeven dat deze methode moeilijker te implementeren was bij de kinderen en jongeren uit Latijns-Amerika dan verwacht (Interview F. Müller). Veel bestaande Euro-Amerikaanse behandelmethodes lijken minder goed aan te sluiten bij kinderen en jongeren uit de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika.



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

5.5 Deelvraag 5

Met welke cultuurverschillen moet er rekening gehouden worden binnen de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?



(Google afbeeldingen)

'Art therapy has been perceived as particularly helpful with diverse populations due to the belief that art transcends barriers of cross-cultural communication, such as differences in language, values, and notions of normality. Art therapy may be more adapted to different cultural values than verbal therapy because images share more universal meaning than words (Lofgren, 1981)' (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.165).

In de literatuur wordt duidelijk dat er verschillende meningen bestaan over de inzetbaarheid van beeldende therapie binnen alle culturen. Sommigen stellen dat beeldende therapie minder cultuurgebonden is doordat de beeldende therapie niet wordt gehinderd door taalkundige uitdrukkingen (Arrington & Yorgin, 2001). Anderen stellen dat beeldende therapie toch cultureel en historisch gekaderd blijft (Hocoy, 2002). Aan de hand van onderzoek is vastgesteld dat er aanzienlijke beperkingen zijn bij het inzetten van beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten (Bermudez & Ter Maat, 2006). Hierbij worden onder andere taal- en cultuurbarrières en het onvermogen om verbaal te communiceren met de cliënt over de therapeutische doelen en de richtlijnen van de opdracht genoemd. Het beroep beeldende therapie is een product van de Euro-Amerikaanse samenleving, waardoor beeldende therapie gebaseerd is op Euro-Amerikaanse culturele veronderstellingen, waarden en structuren (Hocoy, 2003). Bermudez en Ter Maat (2006) benoemen dat beeldende therapie bepaalde tijd en middelen vereist, zoals beeldende materialen, die moeilijk te betalen zijn voor cliënten uit minderheidsgroepen. Ook geven ze aan dat sommige beeldende therapie methoden te ambivalent en ongestructureerd zijn voor culturele contexten waar een voorkeur heerst voor een meer verbale, directieve en gezaghebbende stijl van therapie geven. Volgens Sue & Sue (1990) kunnen beeldende therapie methoden gericht op ambivalente en ongestructureerde behandelingen, bij cliënten uit minderheidsgroepen tot angst en verwarring leiden. Crossculturele studies hebben aangetoond dat sociale constructen specifiek gericht op Westerse culturen, niet per se aansluiten bij cliënten uit andere culturen (Hocoy, 2002). Binnen verschillende culturen worden ervaringen op een unieke manier gecategoriseerd (Bermudez/Ter Maat, 2006). Interpretatie is altijd cultuurgebonden en wordt bepaald door de culturele context van de persoon (Greenfield, 1997). Daarom is er altijd een discrepantie tussen de assumpties van de therapeut en wat onderwerpen, gedragingen en situaties betekenen voor de cliënt. Dit ondersteunt eveneens de opvatting dat er niet van uit kan worden gegaan dat de voordelen van beeldende therapie universeel zijn. De toepassing van beeldende therapie moet worden afgestemd op specifieke etnische groepen en op individuen binnen deze groepen (Bermudez & Ter Maat, 2006/ Hocoy, 1999a).

Als Europese therapeut is het van cruciaal belang om stil te staan bij de verschillen in leefwijze en culturele waarden en normen (Hocoy, 1999a). Zo zijn voor de Latijns-Amerikaanse cultuur waarden gericht op gezin en familie erg belangrijk, terwijl in de Westerse cultuur juist een vrij individualistische denkwijze bestaat. In Latijns-Amerika hebben het huwelijk en ouderschap een hoge prioriteit waar in de Westerse cultuur professionele ontwikkeling belangrijk wordt gevonden. Andere verschillen met de Westerse cultuur zijn respect voor autoriteit en ouders, machismo, cultureel fatalisme en de oriëntatie is gericht op de gemeenschap en niet op het individu (Casas & Pytluk, 1995; Sue & Sue, 1999). Deze cultuurverschillen zijn door meerdere onderzoekers waargenomen en blijken het proces van beeldende therapie te kunnen beïnvloeden (Lomoe-Smith, 1979). Lomoe-Smith (1979) observeerde Puerto Ricaanse immigranten in de Verenigde Staten in een communautair centrum voor geestelijke gezondheid en nam waar dat cliënten vijandigheid onderdrukten door het respect voor gezagsdragers, dat ze een gebrek aan persoonlijk initiatief hadden en dat de individuele prestatie een lage waarde had. Zo kan de waarde van respect voor autoriteit de ijverigheid van de cliënt bevorderen, maar deze waarde kan ook de spontaniteit en creativiteit bij de cliënt remmen (Lomoe-Smith, 1979). Het besef en de erkenning van deze culturele verschillen door de therapeut zijn uitermate belangrijk om de beeldende therapie invoelbaar, relevant en effectief te maken (Hocoy, 2002). Door de cultuurverschillen te leren (her)kennen en in acht te nemen kan er betere communicatie tussen de therapeut en de cliënt ontstaan, wat de kans op een therapeutische relatie tussen de therapeut en de cliënt vergroot (Van Oudenhoven, 2012). Ook uit de interviews met de beeldend therapeuten komt naar voren dat het nodig is om rekening te houden met andere uitingsvormen, andere normen en waarden en andere gedragspatronen bij de kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen (Interview A. van den Ouwelant e.a.). Nieuwsgierigheid van de therapeut is hierbij een waardevolle eigenschap. Nieuwsgierig zijn, zonder teveel ideeën of aannames vooraf, waardoor je open staat om te leren van de cliënt en nieuwe informatie kunt toelaten (Roy, 1999). Therapeuten moeten een bewustzijn creëren van hun eigen culturele lens, en van hun persoonlijk onbehagen omtrent, bijvoorbeeld, uiterlijk of geur van een cliënt. Daarnaast dienen ze zich bewust te worden van de veronderstellingen en waarden waarop de theorie en de techniek van beeldende therapie gebaseerd zijn. Het kan nodig zijn om als therapeut eerst aan persoonlijke problemen te werken als het gaat om het aanpakken van bewuste en onbewuste houdingen en vooroordelen jegens diversiteit en verschil. Deze bewustwording bij de beeldend therapeut is de eerste stap in het bewaken tegen de (subtiele) oplegging van de waarden en methoden uit de dominante Westerse cultuur (Hocoy, 2002).

Wat binnen de beeldende therapie voornamelijk lijkt aan te sluiten binnen verschillende culturen (uitzonderingen in acht genomen) is het gebruik van thema's voor het verkennen van cultuurverschillen en het onderzoeken wat belangrijk is voor de cliënt. Ook thema's gericht op het teweeg brengen van inter-persoonlijke veranderingen en het omgaan met verlies blijken goed aan te sluiten. Uit onderzoek is gebleken dat beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten een middel is tot het bevorderen van het vergroten van de zelfexpressie, cliënten verbinden met hun eigen cultuur, verminderen van sociaal isolement, verhogen van het gevoel van eigenwaarde, het bevorderen van vertrouwen en begrip in de therapeutische relatie en de ontwikkeling van de culturele identiteit (Bermudez & Ter Maat, 2006). Met name de bevordering van vertrouwen en begrip binnen de therapeutische relatie blijkt een belangrijk punt in de behandeling van hechtingsproblematiek. Volgens verschillende onderzoekers heeft beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten geholpen bij het vergroten van het zelfinzicht en inzicht in persoonlijke problemen (Ciornai, 1983; Moreno & Wadeson, 1986). Beeldende therapie is cognitief, omdat het zowel mondelinge als non-verbale communicatie met jezelf en met anderen mogelijk maakt en vergemakkelijkt. Het

bevat altijd reflectie, waardoor de cliënt wordt bijgestaan in het praten met zichzelf, het oplossen van problemen en bij besluitvorming (Arrington & Yorgin, 2001). Beeldende therapie draagt volgens Kellogg & Volker (1993) bij aan het integreren van ervaringen uit het verleden en de huidige realiteit, het rouwen om verschillende verliezen die de cliënt geleden heeft en het verwerken van trauma. Er kan dus gesteld worden dat beeldende therapie op meerdere gebieden aansluit bij cliënten uit verschillende culturele groepen. Waar vroeger nog de opvatting heerste dat beeldende therapie universeel is, ligt inmiddels de focus meer bij de algemene therapeutische kwaliteiten van het beeldend werken die kunnen worden toegepast bij verschillende bevolkingsgroepen (Hocoy, 2002). *'When words fall short, the power of art therapy is that the participant gives shape to experiences, emotions, fantasies and wishes in images. Because of this, often an emotional experience occurs that is connected with the images. This emotional experience sometimes is necessary to be able to deal with events emotionally as well as mentally. Finally, it is important to learn to find words that match these images'* (Meijer-Degen, 2006, p.17).

Er zijn echter ook beperkingen van beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten geconstateerd. Thema's over dromen en levensdoelen, opdrachten met een open einde en technieken met confronterende of opdringerige richtlijnen lijken niet goed aan te sluiten bij deze doelgroep. Ook kan het beeldend werken als kinderachtig of onbelangrijk gezien worden of is er onwil of terughoudendheid om in therapie te gaan. Verder kunnen taal- en cultuurbarrières groot zijn door onder andere een gebrek aan Spaanse taalbeheersing bij de therapeut. Beeldende opdrachten die meerdere stappen of een uitgebreide uitleg verlangen sluiten dan ook minder goed aan bij deze doelgroep. Uit de literatuur is gebleken dat ondanks de non-verbale kwaliteit van beeldende therapie, die de communicatie tussen cliënten en therapeuten die een andere taal spreken kan bevorderen, er rekening mee moet worden gehouden dat dit niet voldoende is wanneer er verbale interventies in de beeldende therapie vereist zijn (Bermudez & Ter Maat, 2006).

Wat voor een beeldend therapeut in Nederland als laagdrempelige opdracht beschouwd wordt, zoals het maken van een fantasiedier of het creëren van een droomhuis, blijkt voor kinderen en jongeren binnen NPH bijna een onhaalbare opdracht te zijn (Interview T. Vink e.a.). Dit heeft te maken met een verschil in fantasievermogen en het leven in het hier-en-nu. Ze kunnen moeilijk naar de toekomst kijken omdat ze van dag tot dag leven. Hierdoor kan er bijvoorbeeld niet van cliënten gevraagd worden waar ze zichzelf over tien jaar zien staan (Interview T. Vink). Bij kinderen en jongeren in Latijns-Amerika is het belangrijk dat het resultaat mooi en perfect is, dat er niets 'fout' of asymmetrisch is en dat het werkstuk realistisch is. Een olifant kan dus niet paars, roze of met blauwe stippen zijn, maar wordt realistisch afgebeeld (Interview D. Arts). In de Westerse cultuur is het resultaatgericht werken minder van belang en wordt het fantasievermogen meer gestimuleerd. *'Speelsheid wordt vaak juist beter gewaardeerd dan het gekopieerde voorbeeld van de juffrouw. Al zijn het een paar kronkels en krassen, als een driejarig kind het gemaakt heeft vinden we het fantastisch. Het maakt niet uit dat het vormloos is en alleen maar gekras. Wij (Europa, VS) zien dat als een fase en een groeiprocess. In Honduras mochten de allerkleinsten geen tekeningen maken voor hun padrinos (peetouders) want dat was niet mooi genoeg. Het gegeven dat er zo strak in een stramien gewerkt moet worden is moeilijk verenigbaar met de uitgangspunten die wij in Nederland van belang vinden in creatieve en kunstzinnige processen'* (Interview D. Arts).

Kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen hebben weinig tot geen beeldend onderwijs genoten en hebben nauwelijks ervaring met experimenteren, terwijl kinderen in Nederland hiermee opgroeien (Interview T. Vink). Zoals met bijna alles binnen de school leren kinderen en jongeren in Latijns-Amerika vooral kopiëren. De kinderen en jongeren hebben daardoor

binnen de beeldende therapie eerst tijd nodig om te ontdekken hoe het is iets vanuit zichzelf te maken (Interview M. Haijink). Een non-directieve en expressieve context in de beeldende therapie kan voor de cliënt onbekend zijn en in strijd met wat hij/zij gewend is en verwacht (Hocoy, 2002). De geïnterviewde beeldend therapeuten geven aan dat ook de definitie van kunst en creativiteit anders kan zijn (Interview F. Müller e.a.). Het product of het resultaat staat centraal voor het kind, in tegenstelling tot de beeldend therapeuten die meer belang hechten aan het proces in de therapie (Interview D. Arts e.a.). Om een brug te slaan tussen twee culturen bleek het belangrijk te zijn voor deze kinderen en jongeren om ze materialen en activiteiten aan te bieden die een succeservaring bewerkstelligden met betrekking tot het eindproduct zodat de kinderen zich trots konden voelen over hun werk (Interview F. Müller). Het organiseren van kunstprojecten blijkt een methode die zowel persoonlijke processen in gang zet, maar ook aansluit bij de verwachting een mooi resultaat/product te creëren. Door het presenteren van hun beeldend werk, ontwikkelen de kinderen en jongeren een gevoel van kracht en controle, wat ik-versterkend werkt (Molitor & Neumann, 2002).

Verschillende geïnterviewde beeldend therapeuten benoemen als belangrijk cultuurverschil dat tijd een minder belangrijke rol speelt dan in Nederland (Interview L. Appelo e.a.). Hierdoor kunnen plannen snel veranderen en worden (tijds)-afspraken niet nagekomen (Interview T. Vink e.a.). Het is daarom van groot belang om te kunnen accepteren dat het leven in Latijns-Amerika een ander ritme heeft en dat zaken minder snel of strikt geregeld worden dan in Nederland (Interview A. Klages e.a.). Ook in praktische zin is het werken binnen een weeshuis van NPH anders dan binnen een organisatie in Nederland. Een praktijkruimte had bijvoorbeeld geen afgesloten ramen, maar tralies. Hierdoor werd de ruimte veel rumoeriger en meer ‘open’ dan de therapeut in eerste instantie gewild had en gewend was (Interview A. van den Ouwelant). Ook worden door de beeldend therapeuten verschillen opgemerkt in de ontwikkeling en scholing (Interview S. Breuer e.a.). Er moet rekening mee gehouden worden dat het onderwijsniveau lager ligt dan in Nederland en dat sommige kinderen pas onderwijs krijgen bij binnenkomst in het weeshuis doordat de kinderen vroeger op het land werkten of op straat leefden. Het wil dus niet zeggen dat een kind van zeven jaar in Latijns-Amerika dezelfde ontwikkeling heeft doorgemaakt en op hetzelfde cognitieve, sociale en/of emotionele niveau zit als een kind van zeven jaar in Nederland (Interview T. Vink).

In de praktijk is gezien dat bij deze doelgroep het reflectievermogen minder ontwikkeld is (Interview T. Vink) en dat er meer geslotenheid ervaren wordt in het verbaal uiten van problemen (Interview L. Appelo e.a.). Hierdoor zijn er meer stappen voorafgaand nodig binnen het therapieproces, voordat de kernproblematiek kan worden behandeld. Door de beeldend therapeuten in de NPH-huizen wordt het gemis aan goede communicatie binnen het multidisciplinair behandelteam onderschreven (Interview T. Vink e.a.). Veelal werd van de therapeuten verwacht dat ze zelf uitzoeken hoe, waar en wanneer de therapieën uit te voeren. Omdat er geen vaste therapiestructuur bestaat is het volgens verschillende beeldend therapeuten belangrijk om zelfsturend te kunnen werken, je eigen keuzes te maken en hiervoor op te komen (Interview A. Klages e.a.). Ook het profileren van de beeldende therapie is noodzakelijk voor de erkenning van het vak binnen de organisatie NPH (Interview T. Vink e.a.). De definitie van beeldende therapie wordt door medewerkers in de verschillende landen op hun eigen manier uitgelegd. Therapeuten ervoeren dat de beeldende therapie soms als knutselsessie werd gezien (Interview S. Breuer) of juist als ‘straf’ voor de kinderen die negatief gedrag lieten zien (Interview M. Haijink). Het uitleggen en profileren van het vak beeldende therapie binnen de organisatie is daarom erg belangrijk. Hierdoor worden de kinderen vanuit hun eigen omgeving begrepen en gesteund en kunnen ze zich veilig voelen binnen de beeldende therapie.

6. Conclusie

Beeldend therapeuten die een jaar of langer binnen de organisatie Nuestros Pequeños Hermanos (NPH) werkzaam zijn geweest, stellen veel uitingen van hechtingsproblemen te zijn tegengekomen. Veel kinderen en jongeren binnen NPH hebben een achtergrond van verwaarlozing, misbruik en/of mishandeling, die als risicofactoren worden gezien voor het ontwikkelen van hechtingsproblemen. Ook het verblijven in een weeshuis met wisselende verzorgers wordt omschreven als een risicofactor. Kinderen en jongeren die kampen met trauma, verlies, verwaarlozing of misbruik, kunnen schade ervaren in het vermogen om bevredigende relaties aan te gaan. In de praktijk is duidelijk geworden dat de professionals binnen NPH hechtingsproblematiek nog niet genoeg herkennen waardoor deze doelgroep niet de behandeling krijgt die het nodig heeft. Door een gemis aan specifieke informatie en handvatten vanuit de organisatie hebben veel beeldend therapeuten moeite met het opzetten of starten van de therapieën.

Uit deze onderzoekswestie is de volgende hoofdvraag gekomen: Welke richtlijnen zijn belangrijk binnen een beeldend therapeutisch aanbod voor kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika? Hieronder wordt aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek antwoord gegeven op deze vraag.

Binnen de NPH-huizen worden er weinig tot geen diagnoses vastgesteld bij de kinderen en jongeren waardoor er ook weinig indicatiestellingen zijn. Kinderen en jongeren binnen NPH komen door hun voorgeschiedenis van (eventuele) verwaarlozing, misbruik en/of mishandeling, de separatie met de ouders en het leven in een weeshuis, per definitie al in aanmerking voor een indicatie voor het behandelen van hechtingsproblematiek. Beeldende therapie levert een bijdrage bij het herontwikkelen van het proces van emotionele binding dat verstoord is bij cliënten met hechtingsproblematiek. Ook hebben cliënten met hechtingsproblemen vaak een negatief zelfbeeld. Beeldende therapie kan door het scheppende karakter ik-versterkend werken en het biedt de ruimte om het eigene verder te ontwikkelen waardoor de veerkracht van de cliënt vergroot wordt.

Het is nodig dat beeldend therapeuten binnen NPH hechtingsproblemen kunnen herkennen zodat zij een passend therapeutisch aanbod kunnen bieden bij deze problematiek.

Hechtingsproblematiek kan in veel verschillende vormen tot uiting komen.

Gedragsskenmerken van hechtingsproblemen zijn onder andere het allemansvriendgedrag, teruggetrokken gedrag, aanklampgedrag en tegenstrijdig gedrag. Ook uitingen als gebrek aan affectie, grenzeloos in gedrag en contact, sociaal onaangepast gedrag zoals het extreem aanhankelijke gedrag bij vreemden en verbaal en fysiek agressief gedrag zijn gesignaleerd bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH. Sommige cliënten gaan het contact erg snel aan en stellen zich aanhankelijk op, anderen gaan het contact uit de weg en stellen zich wantrouwig op. Ook kunnen de kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH extreem wisselen tussen het in en uit contact gaan met de ander.

Beeldend therapeuten binnen NPH werken volgens de supportieve werkwijze in de beeldende therapie met cliënten met hechtingsproblemen. Deze werkwijze sluit goed aan bij de doelgroep omdat het de cliënten ondersteunt, motiveert en stimuleert. Daarnaast blijft de werkwijze in het hier-en-nu en wordt het voor de kinderen en jongeren niet te abstract. Belangrijke kenmerken van de houding van de therapeut bij het creëren van veiligheid bij de cliënt binnen de therapeutische relatie zijn empathie, respect, grenzen aangeven, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie. Het ontwikkelen van een therapeutische relatie blijkt een positief effect te hebben op de affectregulatie van de cliënt. Het emotioneel beschikbaar zijn als therapeut bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen is dan ook één van de

belangrijkste voorwaarden in de behandeling van hechtingsproblemen. Door de sensitieve houding van de therapeut kan de cliënt de therapeut als emotioneel beschikbaar gaan ervaren. Hiermee geeft de therapeut de cliënt een ervaring van gehechtheid.

De kerngebieden van Smeijsters (2010); Zelfbeeld, Emotie, Interactie en Cognitie, blijken een bruikbaar handvat te zijn voor het behandelen van hechtingsproblematiek.

De kerngebieden kunnen de beeldend therapeuten helpen bij het signaleren van hechtingsproblematiek en het adequaat handelen naar de problematiek van de cliënt. De problemen worden zo specifiek gemaakt en kunnen gericht behandeld worden. Naar voren is gekomen dat de beeldend therapeuten binnen NPH de behandeling bij hechtingsproblemen vooral richten op de kerngebieden Zelfbeeld en Interactie. Behandeldoelen die binnen NPH bij deze kerngebieden worden ingezet zijn het vergroten van het zelfvertrouwen van de cliënt, het verbeteren van het zelfbeeld, contact aangaan met de therapeut, het opbouwen van vertrouwen in de therapeutische relatie en het kunnen uiten van gevoelens op een adequate manier. Een behandeldoel binnen het beeldend werk dat vaak voorkomt is het leren om de verbinding aan te gaan en aansluiting te vinden/eenheid te creëren in het beeldend werken. De behandeldoelen binnen het kerngebied Emotie worden klein gehouden en binnen het kerngebied Cognitie zijn geen behandeldoelen genoemd in de praktijk. Binnen deze kerngebieden wordt voornamelijk volgens de re-educatieve werkwijze gewerkt. Het is niet altijd verstandig of mogelijk bij deze doelgroep om hechtingsproblematiek of traumatische ervaringen door te werken. De kinderen en jongeren binnen NPH blijken een gebrek aan reflectievermogen en zelfinzicht te hebben en ze verkeren vaak in de situatie dat zij onvoldoende stabiliteit en empirische steun ervaren binnen hun (woon)omgeving, wat noodzakelijk blijkt te zijn bij het doorwerken van problemen. Omdat het werken binnen de gebieden Emotie en Cognitie als belangrijk zijn omschreven binnen de behandeling van hechtingsproblemen, zou het ten goede komen aan de behandeling van hechtingsproblematiek binnen de NPH-huizen als er meer stabiliteit gecreëerd wordt voor de kinderen en jongeren. Als er meer stabiliteit binnen de situatie van de cliënt zou zijn, kunnen de beeldend therapeuten intensiever aan de problematiek werken door middel van de re-educatieve werkwijze en ook (meer) binnen de kerngebieden Cognitie en Emotie aan de slag kunnen met de kinderen en jongeren.

Bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek zijn de interventies gericht op het probleemgedrag van het kind en op de ontwikkeling van zijn gehechtheidsmogelijkheden. Kinderen en jongeren met hechtingsproblemen hebben vaak een negatief zelfbeeld en een gebrek aan (zelf)vertrouwen. Hierdoor is het geven van bevestiging binnen de therapie op de ontwikkeling die de cliënt doormaakt een belangrijke interventie. Beeldende therapie biedt de mogelijkheid tot positieve bevestiging doordat de cliënt in het beeldend werk zijn acties terug kan zien in een tastbaar, voelbaar en zichtbaar resultaat. Andere interventies die goed aansluiten bij de doelgroep zijn onder andere de therapie in het hier-en-nu te houden zodat het voor de cliënten realistisch blijft, het kind continu betrekken bij de therapie zodat hij zijn aandacht en concentratie niet verliest, positief gedrag benoemen, negatief gedrag verklaren en het verbaal en non-verbaal spiegelen in de beeldende therapie.

Cultuurverschillen blijken het proces van beeldende therapie te kunnen beïnvloeden. Daarom is het voor beeldend therapeuten naast de vaardigheden van taal, belangrijk om bewust te zijn van culturele verschillen. Een non-directieve en expressieve context in de beeldende therapie kan voor Latijns-Amerikaanse cliënten bijvoorbeeld onbekend zijn en in strijd met wat hij/zij gewend is en verwacht. Om de beeldende therapie invoelbaar, relevant en effectief te maken moet de therapeut ervoor open staan om te leren van de cliënt en nieuwe informatie, ideeën en normen en waarden toe te kunnen laten. Voor de Latijns-Amerikaanse cultuur zijn andere

waarden belangrijk dan voor de Westerse cultuur. Zo is de Latijns-Amerikaanse cultuur georiënteerd op de gemeenschap terwijl de Westerse cultuur meer individualistisch ingesteld is. Ook zijn gezin, familie, het huwelijk en ouderschap erg belangrijk binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur, waar in de Westerse cultuur professionele en individuele ontwikkeling voorop staan. Om de dominante Westerse cultuur met zijn waarden en methoden niet (subtiel) op te leggen, is waakzaamheid vereist en is bewustzijn van de culturele verschillen bij de beeldend therapeut erg belangrijk. Het beroep beeldende therapie is een product van de Euro-Amerikaanse samenleving, waardoor beeldende therapie gebaseerd is op Euro-Amerikaanse culturele veronderstellingen, waarden en structuren. Sociale constructen specifiek gericht op Westerse culturen blijken niet per se aan te sluiten bij cliënten uit andere culturen. Omdat ervaringen op een unieke manier gecategoriseerd worden en interpretatie altijd cultuurgebonden is, kan er niet vanuit worden gegaan dat de voordelen van beeldende therapie universeel zijn. Beeldende therapie moet daarom worden afgestemd op specifieke etnische groepen en op individuen binnen deze groepen.

Een belangrijk cultuurverschil dat beeldend therapeuten binnen NPH opmerkten was het onbekend zijn met abstract werken en de waarde die werd gehecht aan realistisch werken. Wat voor een beeldend therapeut in Nederland als laagdrempelige opdracht beschouwd wordt, zoals het maken van een fantasiedier of het creëren van een droomhuis, blijkt voor kinderen en jongeren binnen NPH bijna een onhaalbare opdracht te zijn. Dit heeft te maken met een verschil in fantasievermogen en het leven in het hier-en-nu. Ook is er een verschil in resultaatgericht en procesgericht werken en het gebruik van een andere definitie van kunst en creativiteit in Latijns-Amerika. Het bewerkstelligen van succeservaringen met betrekking tot het eindproduct, zodat de kinderen zich trots kunnen voelen over hun werk, blijkt belangrijk te zijn in het maken van een verbinding tussen de Westerse en de Latijns-Amerikaanse cultuur. Verder lijkt het inzetten van thema's binnen de beeldende therapie vanuit zowel de literatuur als vanuit de praktijk goed aan te sluiten bij deze doelgroep. Bij gedragsuitingen van hechtingsproblematiek, zoals aanklampgedrag of geremdheid, blijkt de exploratiebehoefte bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen geremd te zijn. Beeldende therapie biedt veel mogelijkheden om de exploratiebehoefte van de cliënt te vergroten. Echter door het gemis aan beeldend onderwijs heeft deze doelgroep extra ondersteuning en begeleiding nodig om bijvoorbeeld te leren experimenteren en abstract te kunnen werken. Met name door het bevorderen van de zelfexpressie en eigenwaarde van de cliënt, maar ook door het bevorderen en ontwikkelen van een basaal vertrouwen in de ander, kan er gesteld worden dat de beeldende therapie verschillende therapeutische kwaliteiten heeft waardoor de therapie bij kinderen/jongeren met hechtingsproblematiek in de NPH-huizen in Latijns-Amerika op meerdere vlakken goed aansluit.

Ondanks de bevinding dat beeldende therapie een non-verbale therapie is waardoor er minder sprake is van hinder door taalkundige uitdrukkingen en verbale expressie, moet er toch rekening mee worden gehouden dat het non-verbale karakter van de beeldende therapie niet voldoende is wanneer er verbale interventies in de therapie vereist zijn. In de samenwerking met de verzorgers en werknemers, maar ook in de beeldende therapie, is een zekere basis van de Spaanse taal een vereiste en mag dit niet worden onderschat. Het profileren van de beeldende therapie is noodzakelijk voor de erkenning van het vak binnen de organisatie NPH. Door het uitleggen en profileren van het vak beeldende therapie binnen de organisatie, kunnen misverstanden bij kinderen en medewerkers verholpen worden. Hierdoor worden kinderen en jongeren beter begrepen en gesteund waardoor ze zich veiliger kunnen voelen binnen de beeldende therapie.

7. Aanbevelingen

Aan de hand van de onderzoeksresultaten worden hieronder een aantal aanbevelingen gedaan die ten goede komen aan de behandeling van hechtingsproblematiek bij kinderen en jongeren binnen NPH-huizen in Latijns-Amerika. Deze aanbevelingen zijn gericht op het stabiliseren van de omgeving van de kinderen en jongeren binnen NPH, veranderingen in de organisatie, vervolgonderzoek en verbeteringen binnen de beeldende therapie die een bijdrage kunnen leveren aan het bestaande beeldende therapie aanbod.

- Voor elk kind/jongere binnen NPH een hechtingsfiguur zoeken waarbij het kind zich op zijn gemak voelt en die emotioneel beschikbaar is voor het kind/de jongere.
- Meer informatie over de problematiek van de doelgroep vergaren zodat beeldend therapeuten bij aankomst in de NPH-huizen hier van op de hoogte zijn.
- Betere voorlichting gegeven door de organisatie WereldOuders voorafgaand aan het vertrek van de beeldend therapeuten naar een van de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika, specifiek gericht op problematiek waar beeldend therapeuten mee te maken kunnen krijgen.
- Strengere eisen stellen aan het beheersen van de Spaanse taal bij beeldend therapeuten die binnen een van de weeshuizen binnen NPH in Latijns-Amerika gaan werken.
- Achtergrondinformatie over de kinderen en jongeren vastleggen en meer diagnosticeren binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika.
- Meer psycho-educatie (over onder andere hechtingsproblematiek bij de doelgroep) voor de verzorgers en werknemers binnen de NPH-huizen.
- Werken aan een stevigere therapiestructuur, onder andere door verbetering van de overdracht en communicatie binnen de behandelteams. Dit kan mede door planmatig overleg van de behandelaren; door een betere documentatie van cliënten te maken; en door bespreking van de voortgang van de behandeling en de probleemgebieden van de cliënten binnen het behandelteam.
- Meer aandacht besteden aan het profileren van vaktherapie binnen de organisatie NPH.
- Onderzoek doen naar hoe de behandelmethode Mentalization Based Treatment (MBT) van Bateman en Fonagy (2004) geïmplementeerd kan worden binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur.
- Onderzoek doen naar hoe meer stabiliteit te verwezenlijken is bij kinderen en jongeren die opgroeien in weeshuizen.
- Meer onderzoek doen naar beeldende therapie en hechtingsproblematiek in weeshuizen en beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten.

* Voor een uitleg van de aanbevelingen met daarbij suggesties voor de realisering van de aanbevelingen, wordt verwezen naar de bijlage van dit onderzoek.

Bronnenlijst

Boeken:

- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J., (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Blz. 7. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Blz. 147/148. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Blz. 124/125. Londen: Routledge.
- Broos, D., Dun van, K., (red.), (1997). *Hou me (niet) vast: Hulpverlening en hechtingsstoornis*. Blz. 19/20. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Hoogsteder, M., de Vriese, S. (red.), (2004). *Hechting & loyaliteit*. Blz. 8. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- IJzendoorn van, M. H., (2008). *Opvoeding over de grens: Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Blz. 146/147. Amsterdam: Uitgeverij Boom academic.
- Krantz, B. (2006). *Interventies van vaktherapeuten*. Nijmegen: opleiding creatieve therapie.
- Liebmann, M., Pittam, S., (2008). *Art Therapy and Anger*. Blz. 87. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Meijer-Degen, F., (2006). *Coping with loss and trauma through art therapy: Training manual for workers in the field of assisting child and adult victims of violence and war when words alone are not enough*. Blz. 17,104. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Molen van der, H. T., Perreijn, S., Hout van den, M. A., (2010). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Blz. 267. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Oudenhoven van, J. P., (2012). *Crossculturele psychologie: De zoektocht naar verschillen en overeenkomsten tussen culturen*. Blz. 119. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Roodvoets, C., (2006). *Niemandskinderen: De gevolgen en verwerking van een onveilige jeugd*. Blz. 9. Haarlem: Uitgeverij J.H. Gottmer.
- Roy, R., Campbell, J., Liebmann, M., Brooks, F., Jones, J., Ward, C., (1999). *Art Therapy, Race and Culture, Culturally Sensitive Therapy, Accents, Approaches and Tools*. Blz. 126/127. Londen: Jessica Kingsley Publishers.

- Schuengel, C., Slot, W., Bullens, R., (2003). *Gehechtheid en kinderbescherming: Juridische relevantie van gedragswetenschappelijke onderzoeksbevindingen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn van, R., Zegers, M., (2006). *Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren: Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (red.), Willemars, G., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J., Dijkema, P., (2012). *Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. Heerlen: KenVak Publishers.
- Smeijsters, H., (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Thoomes-Vreugdenhil, A. (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thoomes-Vreugdenhil, A., (2012) *Hechtingsproblemen bij kinderen: Kinderpsychologie in de praktijk*. Houten: Uitgeverij Lannoo Campus.
- Verheugt-Pleiter, J. E., Schmeets, M. G. J., Zevalkink, J. (red.) (2005). *Mentaliseren in de kindertherapie: Leidraad voor de praktijk*. Blz. 7. Assen: Van Gorcum.

Artikelen:

- Arrington, D., Yorgin, P., (2001). *Art Therapy as a Cross-cultural Means to Assess Psychosocial Health in Homeless and Orphaned Children in Kiev*, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 18:2, Blz. 80-88, DOI: 10.1080/07421656.2001.10129748
- Bermudez, D., ter Maat, M., (2006). *Art Therapy with Hispanic Clients: Results of a Survey Study*, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 23:4, Blz. 165-171, DOI: 10.1080/07421656.2006.10129333
- Hamming, J., (2009). *Gevoelens in beeld. De therapeutische kracht van beelden en beeldend werk bij het stimuleren van het mentaliserend vermogen*. Tijdschrift voor vaktherapie 2009/3, jaargang 5.
- Hocoy, D., (2002). *Cross-cultural Issues in Art Therapy*, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 19:4, Blz. 141-145, DOI: 10.1080/07421656.2002.10129683
- Kaarsemaker-Verfaielle, M., (2009). *Mentalization-Based Treatment. Voor vaktherapeuten ook de nieuwste trend?* Tijdschrift voor vaktherapie 2009/2, jaargang 5.

- Smeijsters, H., (2010). *Praktijkonderzoek naar interventies. Vaktherapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg*. Tijdschrift voor vaktherapie 2010/1, thema *Opgroeien en ontwikkelen*, jaargang 6.
- Smelt, C., (2009). *Afstudeeronderzoek: Ik verbeeld me, mentaliseren in de beeldende therapie*. Blz. 17. Stenden Hogeschool Leeuwarden.
- Willemars G., Helmich, H., (2010). *Praktijkonderzoek naar interventies. Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg*. Tijdschrift voor vaktherapie 2010/2. Jaargang 6.
- Thamuku, M., Daniel, M., (2011). *Exploring responses to transformative group therapy for orphaned children in the context of mass orphaning in Botswana*. Blz. 413-421, DOI: 10.1080/07481187.2012.654594
- Boris, N.W., Zeanah, C.H., (2005). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 1206-1219.

Handleidingen:

- *Volunteer Handbook Nuestros Pequeños Hermanos (NPH)*, (2011). Nicaragua: Nuestros Pequeños Hermanos, ongepubliceerd.
- Willemars, G., Notermans, H., (2014). *Reader Praktijkgericht Onderzoek*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht, ongepubliceerd.
- Willemars, G., (2016/2017). *Reader Praktijkgericht Onderzoek*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht, ongepubliceerd.

Internet:

- www.wereldouders.nl – laatst geraadpleegd op: 13-03-2014
- www.nph.org – laatst geraadpleegd op: 17-03-2014
- <https://www.nph.org/ws/homes/census.php?lang=en> – laatst geraadpleegd op: 21-09-2014
- <http://www.wereldouders.nl/inbeeld> - laatst geraadpleegd op: 11-09-2014
- [http://nl.wikipedia.org/wiki/Overdracht_\(psychologie\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Overdracht_(psychologie)) – laatst geraadpleegd op: 02-05-2015
- <http://www.richtlijnenjeugdzorg.nl/problematische-gehechtheid/definitie/toepassing-jeugdprofessionals/> - laatst geraadpleegd op: 20-01-2016
- http://www.basictrust.com/file_popup.php?id=303031 – laatst geraadpleegd op: 14-06-2016
- <http://wij-leren.nl/hechtingsstoornissen-hechting.php> - laatst geraadpleegd op: 11-05-2015
- <http://www.gedragsproblemen-kinderen.info/wat-is-een-hechtingsstoornis> - laatst geraadpleegd op: 09-05-2015
- [http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Hechtingsproblemen.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Hechtingsproblemen.pdf) – laatst geraadpleegd op: 14-06-2016
- http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/wpcontent/uploads/2015/04/Richtlijn_Problematische_gehechtheid.pdf - laatst geraadpleegd op: 10-05-2015

Interviews:

- Interview Tina Vink, beeldend therapeut (2011/2013) NPH Nicaragua
- Interview Anne van den Ouwelant, beeldend therapeut (2007/2008) NPH Nicaragua
- Interview Liselot Appelo, beeldend therapeut (2008) NPH Nicaragua
- Interview Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut (2013/2014) NPH Nicaragua
- Interview Sabrina Breuer, beeldend therapeut (2009/2010) NPH Guatemala
- Interview Maran Haijink, beeldend therapeut (2013/2014) NPH Guatemala
- Interview Dorie Arts, kunstzinnig therapeut (2008/2012) NPH Honduras
- Interview Franziska Müller, beeldend therapeut (2014/2015) NPH Honduras
- Interview Aura Maristel Avilés, psychologe NPH Nicaragua

Titel: **‘Het oog van de liefde’**



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

Toelichting door cliënt:
‘Het oog van de liefde voor andere personen’

Bijlagen

Inhoudsopgave bijlagen

	Blz.
<u>Interviews:</u>	<u>54</u>
1. Opzet vragenlijst gestructureerd interview	54
2. Transcript interview Tina Vink, beeldend therapeut (2011/2013) NPH Nicaragua	56
3. Interview Anne van den Ouwelant, beeldend therapeut (2007/2008) NPH Nicaragua	66
4. Interview Liselot Appelo, beeldend therapeut (2008) NPH Nicaragua	70
5. Interview Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut (2013/2014) NPH Nicaragua	74
6. Interview Sabrina Breuer, beeldend therapeut (2009/2010) NPH Guatemala	79
7. Interview Maran Haijink, beeldend therapeut (2013/2014) NPH Guatemala	82
8. Interview Dorie Arts, kunstzinnig therapeut (2008/2012) NPH Honduras	86
9. Interview Franziska Müller, beeldend therapeut (2014/2015) NPH Honduras	92
10. Interview Aura Maristel Avilés, psychologe NPH Nicaragua	97
<u>Enquêtes:</u>	<u>101</u>
11. Ingevulde enquêtes	101
<u>Deelvragen, nadere onderbouwing:</u>	<u>117</u>
12. Deelvraag 1 <u>Indicatie</u>	117
12.1 <i>Literatuurstudie</i>	117
12.2 <i>Praktijkonderzoek</i>	119
13. Deelvraag 2 <u>Kenmerken</u>	122
13.1 <i>Literatuurstudie</i>	122
- Het geen-bodem-syndroom	122
- Gedragskenmerken indeling van Zeanah & Boris	123
- Gedragskenmerken indeling van Thoomes-Vreugdenhil	124
- Gedragskenmerken indeling Ainsworth et. al. en gedesorganiseerde gehechtheid van Main & Solomon	125
- Gedragskenmerken bij de reactieve hechtingsstoornis	126

- Gedragswaarnemingen binnen kerngebieden vaktherapie	127
- Gedragsproblemen	129
- Lijst gedragssignalen verstoorde gehechtheid	130
13.2 <i>Praktijkonderzoek</i>	131
- Uitkomsten enquêtes	134
14. Deelvraag 3 <u>Behandeldoelen</u>	137
14.1 <i>Literatuurstudie</i>	137
- Kerngebied Zelfbeeld	138
- Kerngebied Emotie	139
- Kerngebied Interactie	140
- Kerngebied Cognitie	141
14.2 <i>Praktijkonderzoek</i>	143
- Lijst behandeldoelen NPH	144
15. Deelvraag 4 <u>Interventies</u>	146
15.1 <i>Literatuurstudie</i>	146
- Interventies algemeen	146
- Interventies doelgroep	146
- Therapeutische houding	149
- Methode	150
- Werkwijze	151
15.2 <i>Praktijkonderzoek</i>	152
- Therapeutische interventies	152
- Methode/werkwijze	154
- Therapeutische houding	155
- Werkvormen/materialen	156
16. Deelvraag 5 <u>Cultuurverschillen</u>	159
16.1 <i>Literatuurstudie</i>	159
- Beeldende therapie en cultuur	159
- Handvatten bij verschillende culturele achtergronden	160
- Beeldende therapie met Latijns-Amerikaanse cliënten	162
16.2 <i>Praktijkonderzoek</i>	165
<u>Aanbevelingen, nadere onderbouwing:</u>	169
17. Aanbevelingen	169
<u>Kantttekeningen:</u>	173
18. Kanttekeningen	173
<u>Overige informatie:</u>	174
19. Lijst gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag Boris & Zeanah	174
<u>HBO gedragscodeverslag:</u>	176
20. HBO gedragscodeverslag	176

Bijlage 1: Opzet vragenlijst gestructureerd interview

April 2014

Vragenlijst gestructureerd interview – beeldend therapeuten NPH

- *Wanneer en hoelang ben je als beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH?*
- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*
- *Kwam je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH?*
- *Waar herkende je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH en welke (gedrags)problemen kwamen voort uit hechtingsproblematiek?*
- *Hoe uitte hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren in NPH?*
- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Latijns-Amerika vertrok?*
- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Kun je een schatting maken hoeveel cliënten met hechtingsproblemen je in therapie had?*
- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH uit te voeren?*
- *Welke indicatie werd er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke behandeldoelen kwamen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Werkte je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke therapeutische interventies zette je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke therapeutische houding nam je aan bij het werken met deze doelgroep?*
- *Welke materialen sloten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH en kun je werkvormen benoemen die goed bij deze doelgroep aansloten?*

- *Welke resultaten heb je behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Latijns-Amerika vertrok?*
- *Tegen welke cultuurverschillen liep je aan tijdens het werken binnen NPH en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH?*
- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Bijlage 2: Transcript open interview Tina Vink

April 2014

Interview – Tina Vink– beeldend therapeut NPH Nicaragua

Interviewer: Rosa de Jong

Rosa: *‘Goed. Wil je jezelf eerst even voorstellen en iets over jezelf vertellen?’*

Tina: ‘Ja. Nou ik ben Tina Vink. Ik heb anderhalf jaar gewerkt in Nicaragua, ruim anderhalf jaar, als beeldend therapeut. En in Leeuwarden gestudeerd vier jaar beeldende therapie. En ja, zo in contact gekomen met jou.’

Rosa: *‘Ja. Oké, kun je iets vertellen over de start toen je naar Nicaragua ging? Of je bepaalde handvatten hebt meegekregen toen je er heen ging?’*

Tina: ‘Vanuit WereldOuders, het kantoor hier in Nederland, hebben ze me wel voorbereid op wat er komen gaat. Op de eventuele verschillen in de cultuur en wat andere vrijwilligers ook als misschien moeilijk of anders hebben ervaren, waar ze tegenaan zijn gelopen. Qua gerichte voorbereiding als beeldend therapeut en op de therapie heb ik niet heel veel voorlichting gehad. En was het best wel, ook omdat er geen beeldend therapeut op dat moment aanwezig was toen ik daar startte, heb ik heel veel zelf moeten zoeken en onderzoeken en in gesprek gaan, ja. Veel uitzoeken.’

Rosa: *‘Opstarten?’*

Tina: ‘Opstarten, ja!’

Rosa: *‘Oké. Wat voor problematieken zag je veel bij de kinderen en jongeren daar in NPH?’*

Tina: ‘Er werden eigenlijk geen, ik kan niet van heel veel kinderen zeggen dat ik daar van wist wat voor diagnoses ze hadden qua problematiek. Maar wat ik veel terug zag in probleemgedrag, als ik dat zo mag noemen, is het heel aanhankelijk zijn. Met zowel mensen die ze kennen als die ze niet kennen. Omarmen, proberen vast te houden, fysiek contact zoeken en door middel van knuffelen, aanraken, hand vast houden en van de een naar de andere springen, dus twee minuten bij jou en dan vervolgens weer door naar een ander. Ja... Dat is een beetje wat ik heb gezien qua hechtingsproblematiek. Afstoten, je weer weg duwen, dan je weer opzoeken. Ja, alle kinderen zijn verschillend, dus ook een aantal kinderen met gedragsproblematiek die heel erg boos worden, geen weet hebben van hoe dat te uiten, dingen gooien, van het blij in een keer naar het boos schieten, of juist heel stil zijn, teruggetrokken. Er zijn ook heel veel kinderen die alleen op een kamer zitten, de rust op zoeken maar ook geen energie hebben. Dus weinig ondernemen, bijna misschien een beetje depressief. Ik weet het niet, het is een beetje moeilijk uit te leggen omdat het zo veel is.’

Rosa: *‘Kwamen die gedragsproblemen of die uitingen die je omschrijft, komt dat dan ook voort uit hechtingsproblematiek die je eerder noemde?’*

Tina: ‘Ik denk dat het er absoluut mee te maken heeft. Alle kinderen hebben een achtergrond waarin ze of de ouders verloren zijn of nou ja, hetzij misbruikt, of er was fysiek geweld aanwezig in de huiselijke situatie. Ze zitten natuurlijk allemaal in het weeshuis zonder ouders dus ook al hebben sommigen nog wel ouders en hebben ze contact, misschien ook wel goed contact, is er sprake geweest van armoede en zijn ze wel het huis uit gezet dus ze hebben allemaal een gevoel ervaren van niet bij de ouders mogen zijn en ja eigenlijk een soort weggestuurd worden. Dus hechtingsproblematiek is sowieso bij heel veel aanwezig. Maar het ligt er wel aan bij sommige kinderen, bij sommige is dat op jongere leeftijd gebeurd en

hebben ze op jongere leeftijd niet kunnen hechten en sommige zijn misschien op latere leeftijd, in jong volwassenheid, van huis gegaan en dan is de situatie heel anders. Dus het is ook wel een combinatie van factoren.'

Rosa: *'Ja. En zie je ook dan duidelijk verschil in problemen tussen problemen in de hechting op jongere leeftijd en op latere leeftijd?'*

Tina: 'Ja ik vind dat moeilijk te zeggen omdat ik daar nooit echt onderzoek naar heb gedaan. Want als ik het nu echt objectief bekijk, dan zie ik bij de jongere kinderen dat ze wel veel meer aan je vastklampen, aan zowel begeleiding als vrijwilligers, maar dat is natuurlijk ook kenmerkend voor een jonge leeftijd, die dat ook gewoon heel erg nodig hebben en zoeken. Waar pubers juist hun stoere gedrag laten zien en dat minder opzoeken.'

Rosa: *'Ja.'*

Tina: 'Daar zou ik eerder in meer moeten onderzoeken om te zien of dat inderdaad de oorzaak meer ligt bij hechtingsproblematiek of gewoon een stadium van leeftijd is.'

Rosa: *'Ja. Oké. Je gaf net al een beetje aan hoe je het kan herkennen, of hoe het zich uit binnen het weeshuis. En hoe uit het zich in de beeldende therapie, zit daar verschil in?'*

Tina: 'Ja daar zit absoluut verschil in. In hoe de kinderen contact maken met jou. Uhm, daar moet ik even over nadenken hoor.'

Rosa: *'Dat mag.'*

Tina: 'Want het verschil dat ik zag was dat bij een aantal duurde het heel lang voordat ze mij in vertrouwen namen als beeldend therapeut. En waren het hele kleine stappen die je zet. Waar anderen met heel veel plezier en zichzelf heel snel open stelden in de beeldende therapie. Wat in sommige gevallen heel goed was maar in sommige gevallen kenden ze mij nog niet zo heel goed dus in hoeverre is het dan tussen haakjes 'normaal' om jezelf zo open te stellen en bloot te geven. Dus dat zijn we zeker wel tegen gekomen in de therapie en we hebben het ook heel vaak gehad over familie en hun achtergrond en wat het voor ze betekend. Of ik heb ze gevraagd een beeld te maken van hun familie. En dan zie je ook wel heel duidelijk verschillen in of ze iets weten van familie en of ze nog contact hebben en hoe dicht zij bij hun staan. Maar nogmaals, ik durf niet te zeggen of dat alleen te maken heeft met hechtingsproblematiek. Er zijn meerdere factoren en een psycholoog zou dat moeten uitzoeken waar dat weg komt.'

Rosa: *'Ja. En had je veel cliënten met hechtingsproblematiek in de beeldende therapie? Heb je daar een idee van?'*

Tina: 'Nou, dat durf ik zo niet te zeggen.'

Rosa: *'Omdat er eigenlijk geen diagnoses werden gesteld?'*

Tina: 'Ja precies! Omdat ik niet van alle diagnoses wist. Ik ben het wel tegen gekomen en ik heb het wel terug gezien in de therapie, maar bij hoeveel...'

Rosa: *'Maar waarin precies zag je dat terug?'*

Tina: 'Ja het is ook niet alleen binnen de therapieën, het is ook hoe ze zich, de problemen die ze hadden op school of in de huizen of de problemen die ze hadden in contact met andere kinderen. Dat je dat natuurlijk zag, hoorde, meenam, in de therapie en daarmee ook aan het werk ging. Het is dus niet alleen wat ik binnen de therapie zag maar ook hoe het met iemand ging.'

Rosa: *'Ja. Ik heb soms het idee gehad daar dat er alleen gekeken werd naar de zichtbare problemen van de kinderen en niet naar de achterliggende problematiek. Hoe zie jij dat?'*

Tina: ‘Ja. Het is moeilijk dat de kinderen die juist het probleemgedrag laten zien, gedragsproblemen als stenen gooien, boos worden en moeilijk te hanteren zijn voor de begeleiding, dat die in aanmerking komen of extra gesprekken krijgen, extra aandacht, en dat er dan gesproken wordt over zou het niet goed zijn om met die in therapie te werken. Waar juist degene die stil zijn, en zich terug trekken en zich verdrietig voelen, misschien depressief zijn, die vergeten worden omdat je die niet hoort tussen 250 kinderen.’

Rosa: ‘Ja.’

Tina: ‘Dus er wordt, wat jij zei, er wordt soms te oppervlakkig gekeken naar de problemen die zichtbaar zijn. Omdat ze daar al druk genoeg mee zijn. Het wordt vergeten of er is geen tijd om verder te kijken naar de problemen die daadwerkelijk nog meer spelen bij veel kinderen.’

Rosa: ‘Ja...Oké. Had je al kennis van hechtingsproblematiek toen je naar Nicaragua vertrok?’

Tina: ‘Achteraf gezien niet voldoende denk ik. Ik had wel kennis van wat ik geleerd heb in de opleiding. Maar dat is een heel klein stuk wat je eigenlijk behandelt.’

Rosa: ‘Je had er geen ervaring mee binnen stages en dergelijke?’

Tina: ‘Nou niet specifiek nee.’

Rosa: ‘Oké. En je heb wel het idee dat je dit meer nodig zou hebben gehad?’

Tina: ‘Nou ik denk om het te herkennen en misschien meer direct te werken met de jongeren en kinderen, dat het wel absoluut heel erg nodig zou zijn geweest, geholpen zou hebben. Als ik die kennis al zou hebben gehad en niet zo zou moeten onderzoeken gedurende het werk.’

Rosa: ‘Ja duidelijk. Uhm, binnen de beeldende therapie, hoe ging dat met indicatiestelling? Kreeg je van de psycholoog ook soms informatie door als ze doorverwezen werden naar jou over dat er problemen binnen de hechting waren bij een kind of bij de jongere?’

Tina: ‘Nou ja, de communicatie met de psychologe en de maatschappelijk werksters als er of nieuwe kinderen binnen het weeshuis kwamen of kinderen die in een keer de aandacht kregen omdat er moeilijkheden waren binnen woon of schoolsituatie, uhm ik heb er enorm aan moeten werken om in gesprek te gaan van hoe gaan we daaraan werken en op verschillende vlakken, dus waar gaat de psycholoog aan werken, waar ga ik als beeldende therapeut aan werken, misschien een maatschappelijk werkster, misschien de ergotherapeut. Maar de manier van werken en de cultuur is het gewoon heel moeilijk om een stevig team op te zetten en rondom zo’n kind. Dus vaak was het in de wandelgangen zo van Tina kun jij die, uhm, zou jij daarmee aan het werk willen want die kan wel wat extra aandacht gebruiken. En vooral het probleemgedrag wat op dat moment zichtbaar was, om daar iets mee te doen. Maar er werd niet verder gekeken naar wat de diagnose was. Of het was dan vooral dat ik zelf op zoek ging naar het dossier om te zien wat er bekend was over familie en ja achtergrond. Om een beetje een beeld te hebben van hoe iemands leven eruit ziet en heeft gezien.’

Rosa: ‘Ja.’

Tina: ‘Maar qua professionaliteit in de organisatie is er zeker wel wat op aan te merken als het gaat om behandeling.’

Rosa: ‘Ja. Waren er behandeldoelen die je bij verschillende cliënten waar de hechtingsproblemen duidelijk naar voren kwamen die overeenkomstig waren?’

Tina: ‘Uhm.. Ik denk dat een behandeldoel die veel overeenkwam was dat bij heel veel we aan het werk waren om in zelf vertrouwen te groeien en ze stevig te laten staan. Je vertrouwen

op jezelf en...'

Rosa: *'Weerbaarheid?'*

Tina: 'Ja, weerbaarheid. Of misschien het helpen zoeken naar wie ze zijn en dat wie ze zijn dat dat goed is en dat dat mooi is.'

Rosa: *'Ja.'*

Tina: 'Ja.'

Rosa: *'En werkte je vanuit een bepaalde methode met deze kinderen en jongeren?'*

Tina: 'Nee. Ik probeerde bij elk kind of jongere aan te sluiten op wat hij/zij nodig had. Maar ik werkte vooral veel ja motiverend en stimulerend; supportief.'

Rosa: *'Maar dat is meer de werkwijze. Soms wordt er vanuit een methode gewerkt.'*

Tina: 'Nee wij hebben niet binnen een bepaalde methode gehandeld.'

Rosa: *'Oké. Welke therapeutische interventies zette je in bij deze kinderen en jongeren?'*

Tina: 'Uhm, dat is een moeilijk vraag want ik heb het gevoel dat dat heel verschillend is en heel breed.'

Rosa: *'Ja, dat is misschien een iets te brede vraag. Wat voor therapeutische houding nam je aan bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in de beeldende therapie?'*

Tina: 'Nou, wat ik belangrijk vond was om in het begin gewoon laagdrempelige opdrachten te doen omdat de meesten van of tekenen en schilderen, dat nog niet of nauwelijks gedaan hadden en dat we vaak wel twijfelend binnen kwamen. En ze kenden mij ook als vrijwilligster en ik weet niet misschien een speelmaatje zeg maar buiten de therapie. Dus ze moesten ook een soort van wennen aan jou als therapeut en wat kunnen ze dan van jou verwachten want ik heb dan wel ineens een andere rol. Dus ik heb dan in de eerste weken vooral een veilige situatie proberen op te bouwen en ze wat kennis te laten maken met de materialen en dat ze een plek hebben waar ze zich veilig voelen en waar ze zichzelf kunnen zijn en dat dat ook mag. En vervolgens kun je dan van daaruit met verschillende thema's gaan aanraken en aan gaan werken. Als die basis gewoon maar eerst goed is.'

Rosa: *'Ja.'*

Tina: 'En dat is denk ik bij hechtingsproblematiek ontzettend belangrijk.'

Rosa: *'Ja. En was er dan als je dan verder ging werken en echt meer aan de doelen ging werken, ook een houding die bij hun aansloot, wat zeg maar bij hun werkte?'*

Tina: 'En heb je het dan vooral over de kinderen waarbij we die hechtingsproblematiek een beetje terug zagen?'

Rosa: *'Ja.'*

Tina: 'Ja wat ik zei, ja ik vind het moeilijk omdat ik nu niet een aantal in mn hoofd kan hebben waarvan ik denk ja daar hebben we vooral gewerkt aan hechtingsproblematiek omdat het vaak zo'n complexe problematiek is waar je aan werkt. Het is niet alleen hechtingsproblematiek. En ik denk ook omdat we het niet heel erg duidelijk voor ons zelf hadden wat dan de problematiek, zeg maar met name was waaraan je werkte.'

Rosa: *'Meer de oppervlakkige problemen die naar boven kwamen daar werd mee gewerkt?'*

Tina: 'Ja klopt. Je werkte aan waar het op dat moment nodig was. En ik heb ook wel gemerkt dat je, nou ja je probeert doelen te stellen en dat je met degene die met name iets ouder zijn, bespreek je dat met hen of je doet dat samen met hen, je laat ze zelf doelen beschrijven. Maar

ook het reflectievermogen op wat wil je dan veranderen en waar zou je aan willen werken. En het inzicht hebben in dat het misschien kan veranderen of beter kan. Dat is gewoon al een cultuur verschil op zich en dat zijn hele andere stappen die je überhaupt daar al in moet nemen, zeg maar, om ze een beetje naar zichzelf te laten kijken en te laten reflecteren en hoe moet dat dan. Dus dat zijn zoveel stappen vooraf aan het daadwerkelijk werken aan de problematiek.'

Rosa: 'Ja.'

Tina: 'Maar dat is niet helemaal een antwoord op je vraag of niet?'

Rosa: 'Nee. Nou meer dat, je omschreef net heel mooi hoe je, nou wat in eerste instantie belangrijk is in het creëren van een veilige situatie waarin vooral kinderen met hechtingsproblematiek de ruimte en de rust vinden om bij jou te komen. En dat je dan samen aan de doelen gaat werken. Is er dan nog een bepaalde manier van werken, een bepaalde houding die bij hun goed aansluit?'

Tina: 'Uhm.. Ik denk dat we veel gewerkt hebben met bijvoorbeeld thema's. Thema's zoals relatie en familie en vrienden. Maar ook met hun eigen ik; wat vind ik leuk, waar ben ik goed in. Veel waren heel klein en gedetailleerd aan het werk dus probeerden we dat te vergroten en zichzelf wat meer neer te zetten en ook op papier natuurlijk.'

Rosa: 'En waarom denk je dat het werken in thema's goed aansluit bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek?'

Tina: 'Nou ja ook in combinatie met bewust worden, aangezet tot denken, over inderdaad familie en in relatie tot wat er is gebeurd en wat dat met hen heeft gedaan. Wie en wat zijn belangrijk voor hun. En ook het samenleven met zoveel kinderen in een weeshuis waar ze met elkaar op een lip zitten, er ruzie is en waarschijnlijk ook onmacht en ja waar ook dingen gebeuren die ze overkomen, waar ze zelf weinig controle over hebben, is het wel belangrijk om daar denk ik bij stil te blijven staan en henzelf in relatie tot anderen.'

Rosa: 'Ja.'

Tina: 'Omdat het zo makkelijk is voor velen om zich daar van af te sluiten. Om maar te zeggen, ik heb geen vrienden en het bij zichzelf te houden en maar niet meer in contact gaan met anderen of geen relatie eigenlijk meer aangaan met anderen en zich terugtrekken. Maar dat ze dan ook zoveel mislopen. Want relaties kunnen ook heel mooi zijn en goed zijn en daar kunnen ze ook zoveel uithalen.'

Rosa: 'Ja.'

Tina: 'Ja dat is wel heel moeilijk. Ingewikkeld.'

Rosa: 'Ja. Zijn er bepaalde materialen in het beeldend werken met deze kinderen en jongeren die goed aansluiten?'

Tina: 'Ik denk dat dat per kind verschilt eigenlijk. Want sommige kunnen heel veel met verf en andere jongeren kunnen ook wel wat met 3D of met hout. Ja ik denk dat dat wel verschilt.'

Rosa: 'Of zijn er materialen die juist helemaal niet bij deze problematiek aansluiten?'

Tina: 'Nou ja, ik was heel beperkt in materialen dus we maakten heel veel gebruik van verf en tekenen, krijt. Een beetje platte vlak materiaal. Dus ja daar weet ik even geen antwoord op te geven.'

Rosa: 'One. En qua werkvormen? Heb je bepaalde werkvormen die heel passend waren die je met deze kinderen en jongeren deed?'

Tina: ‘Nou wat ik wel heb gedaan is op een heel groot vel, zeg maar zo groot als hun zelf, zichzelf laten omtrekken om een beeld te krijgen van wie ze zelf zijn, zulke dingen. Of een symbool, wat belangrijk is, wat voor hun zelf staat en voor hun krachten. En dat op papier zetten of maken.’

Rosa: *‘En waarom sloot zo’n opdracht goed aan?’*

Tina: ‘Nou ook omdat je ze dan even aanzet tot wie ze zijn en hun krachten te benadrukken. Ik denk dat dat heel belangrijk is want dat zijn kleine dingen die je zo over het hoofd ziet maar die ze wel maken tot wie ze zijn. En dat vind ik altijd wel belangrijk om te benadrukken. En andere werkvormen... Tja het is ook alweer anderhalf jaar geleden alweer he.’

Rosa: *‘Ja dat begrijp ik. En waren daar werkvormen die je met deze kinderen en jongeren hebt gedaan in de beeldende therapie en die vanwege de problematiek totaal niet aansloten of een averechtse werking hadden?’*

Tina: ‘Ik weet niet of dat zo heel veel te maken had met de problematiek maar ik merkte dat abstract werken dat dat vaak heel erg moeilijk was. Ook omdat het heel eng was, ze kende het niet, het is los en ze hebben er geen controle over. En dat is wel iets wat ze graag probeerde te houden. Dus daar ben ik wel achter gekomen dat dat stapsgewijs wel werkte maar niet als je dat ze zomaar vroeg om even iets los te maken of spontaans op papier te zetten. Dan verloren ze zichzelf gewoon in een wit vel waar niks op kwam. En fantasie, maar dat was meer een cultuurverschil. Het werken met fantasie en hoop, dat dat naar mijn idee heel leuk kan zijn en heel speels en misschien laagdrempelig maar dat dat met deze kinderen, die eigenlijk weinig kunnen en mogen fantaseren omdat dat vaak toch tot een teleurstelling leidt, omdat de kans gewoon heel klein is dat het waar gemaakt kan worden. Dat dat niet werkt. Maar dat vond ik in het algemeen, dat vond ik niet alleen met kinderen waarbij we hechtingsproblematiek hebben gezien of kenmerken van.’

Rosa: *‘Ja. Wat voor cultuurverschillen liep je nog meer tegenaan?’*

Tina: ‘Nou ja, wij groeien bij wijze van spreke op met potloden en tekenen en schilderen en dat doe je van kinds af aan en word je dat al in je handen gedrukt en dat hebben ze daar niet. Dus dat betekend dat als ze in therapie komen dat sommigen weinig of nog nooit geschilderd of getekend hebben. Dus qua mogen en moeten experimenteren en kind mogen zijn op papier, maar dan beginnen ze wel onderaan zeg maar. Dat is wel een groot cultuurverschil. En ik vond het grootste nog wel van wat ik net zij, dat ze een fantasiedier op papier zetten of je droomhuis maken, ja ze leven heel erg in het hier-en-nu. Dus in de toekomst kijken en waar sta je over tien jaar, ja dat zien we dan wel weer. Dat is gewoon niet te doen. Daar kunnen ze niks mee.’

Rosa: *‘En toen je daar achter kwam in de beeldende therapie, hoe ben je toen op wel passende werkvormen gekomen? Die meer op het realistisch werken gericht zijn?’*

Tina: ‘Nou heel erg in het hier-en-nu houden. Wat er op dat moment gebeurt, wat er op dat moment speelde. En het is ook niet slecht om na te denken over de toekomst. Over wat ze willen, want dat mag ook wel. Dat motiveert ze ook om voor iets te werken. Maar voor dat ze daarin geloven dat ze er inderdaad ook zelf de hand in hebben, dat ze daar zelf wel iets in kunnen doen, dan ben je al zo weer een paar stappen verder. Dus vooral in het hier-en-nu werken. Maar daarin heb ik ook wel, wat je vanuit de opleiding hebt geleerd, dit was mn eerste werk zeg maar na mijn opleiding, dat ik dan dacht van nou mijn opleiding sluit helemaal niet aan bij zulke dingen. Wat ik heb geleerd dat is nu helemaal niet toepasbaar. Dus er is wel heel veel wat je zelf moet ontdekken en eigenlijk fouten maken en dan weer daarvan leren. Anticiperen.’

Rosa: *‘Kun je dat specificeren hoe je het in het hier-en-nu zijn in het beeldend werk naar voren liet komen?’*

Tina: ‘Ik denk vooral te richten op de levensfase waar zij op dat moment in zaten. Dus waar ze zich mee bezig hielden, wie ze zijn, wat ze willen, hoe het gaat op school en experimenteren. Gewoon de lol inzien en een beetje de een op een aandacht geven was soms al belangrijk. Van het moment kunnen genieten en iets moois kunnen maken.’

Rosa: *‘Konden deze kinderen experimenteren?’*

Tina: ‘Ja, maar met handvatten.’

Rosa: *‘En wat voor handvatten moest je ze dan aanbieden?’*

Tina: ‘Om het ook daadwerkelijk te benoemen als experimenteren en we gaan nu gewoon tien kantjes vol maken en probeer maar. Het geeft helemaal niks als het niet mooi wordt. En met kleine stapjes daarmee beginnen. En nieuwe materialen aanbieden wat ze misschien nog niet kenden, met ogen dicht werken, zulke dingen. Soms vonden ze het helemaal niet mooi en soms verrasten ze zichzelf. En dat was altijd wel het mooiste natuurlijk als ze zichzelf konden verrassen. En het ook leuk konden vinden.’

Rosa: *‘Want waarom bood je ze dat dan aan? Wat wilde je daarmee bereiken? Wat voor behandeldoelen sloten daarop aan?’*

Tina: ‘Met het experimenteren?’

Rosa: *‘Ja. Omdat experimenteren gaat natuurlijk best wel snel naar het fantasie en abstract werken, die kant op, dus minder in het realistische blijven.’*

Tina: ‘Ja klopt. Maar juist daarom. Doelen als aan je zelfbeeld werken of dat het allemaal niet mooi hoeft te zijn en dat dat wat je maakt goed is en dat je er ook plezier aan mag beleven. Dat is ook een beetje het in het hier-en-nu werken. Je hoeft niet heel hard te werken aan dat iets mooi, of goed, of perfect is. Want dat is bijna niet haalbaar. Om in stappen dan te experimenteren en jezelf te kunnen verrassen. En het is misschien dat het dan niet mooi wordt maar je hebt er wel lol aan gehad, dat dat belangrijker is dan wat het resultaat is. Een beetje de controle loslaten en kunnen vertrouwen op wat er gebeurt en dat je het wel red en wel oplost, het wel goed komt.’

Rosa: *‘Ja, mooi. Zijn er nog, om even terug te komen op de cultuurverschillen, waren er nog andere cultuurverschillen waar je tegen aanliep?’*

Tina: ‘Nou ja tijd. Praktische dingen als een afspraak maken op welk tijdstip je de therapie had, dat ze dan een half uur later binnen kwamen lopen. Of gewoon helemaal niet kwamen opdagen omdat ze ervan uit gaan dat jij hun wel zoekt. Of je vraagt een docent dat je ze op een bepaald tijdstip ophaalt, want we mochten ze uit de les halen, en dat dan blijkt dat ze in een examen zitten terwijl je had afgesproken dat je ze op dat moment zou komen ophalen. Ja gewoon heel praktisch dus soms gewoon s’ochtends beslissen met wie je wilde werken en dan maar kijken wie er op dat moment tijd had. Ja.’

Rosa: *‘Herkenbaar... En met welke cultuurverschillen moet je als startende beeldend therapeut daar rekening mee houden in de beeldende therapie? Je hebt net al wel een aantal dingen genoemd maar zijn er nog meer dingen?’*

Tina: ‘Nou ja, samenvattend, natuurlijk met de taal moet je gewoon ontzettend rekening mee houden.’

Rosa: *‘Waarom met de taal?’*

Tina: ‘Nou omdat Spaans best wel moeilijk is. Nou ja als je nog geen Spaans kan en je start

daar als beeldend therapeut en je hebt net een cursusje gehad, dan is een conversatie hebben is prima maar in therapie het hebben over, nou misschien meer intensief wat zijn zijn gevoelens of concrete vragen of ergens dieper op in gaan, is gewoon een stuk moeilijker. En het wil niet zeggend dat het niet kan, want dan ga je juist meer het beeldend werken inzetten, dat is juist het mooie van ons vak. Maar het is zeker als therapeut zijnde wel heel erg moeilijk en misschien frustrerend en misschien voor de kinderen ook. Dus dat zijn wel dingen waar je bij stil moet staan.'

Rosa: *'Maar dat is meer een obstakel, dat is niet per se een cultuurverschil.'*

Tina: 'Nee. Nou ja bij een echt cultuurverschil denk ik de levenswijze van hun. Dingen die misschien in Nederland belangrijk zijn, die helemaal niet zo belangrijk zijn in Nicaragua.'

Rosa: *'Kun je daar voorbeelden van geven?'*

Tina: 'Nou ja, bijvoorbeeld wat ik net daarstraks vertelde over waar sta je over tien jaar, dat wij daar hier ontzettend over nadenken en we werken hard voor een baan of iets dergelijks wat nodig is. En hetzelfde met dromen. Je moet je ook afvragen of dat iets is wat je wil vragen van de kinderen daar omdat het gewoon heel vaak niet realistisch is. Niet haalbaar is. Dus dan is het ook wel goed om ze met beide benen op de grond te laten staan en in het hier-en-nu te leven.'

Rosa: *'Ja.'*

Tina: 'Wat soms wel frustrerend is want je gunt het ze zo, zoveel meer. Maar als dat niet haalbaar is kan dat alleen maar uitlopen op weer een teleurstelling.'

Rosa: *'Ja.'*

Tina: 'Ja. En verschillen in ontwikkeling. Want wij ontwikkelen ons hier natuurlijk ontzettend snel en we gaan al van jongs af aan naar school en dergelijke. Dus dat wil niet zeggen dat een kind van zeven daar dezelfde ontwikkeling heeft doorgemaakt als een kind van zeven hier. Absoluut niet.'

Rosa: *'Hoe hou je daar dan rekening mee in de beeldende therapie?'*

Tina: 'Ja, aansluiten bij waar het kind cognitief en emotioneel gezien is. Maar dat is ook bij elk kind anders want er zijn ook kinderen die wel naar school zijn geweest. En er zijn ook kinderen die op straat hebben geleefd en gewerkt hebben en die hebben zich dan op andere vlakken verder ontwikkeld, sociaal gezien, maar cognitief of emotioneel misschien helemaal niet.'

Rosa: *'En had je hier al kennis van voordat je naar Nicaragua ging, over de verschillende cultuurverschillen?'*

Tina: 'Nee. Natuurlijk worden er wel dingen verteld over cultuurverschillen en wat je kan verwachten. Maar ik heb wel het gevoel gehad dat ik het eerste half jaar ontzettend aan het zwemmen ben geweest. Dat het echt een enorme zoektocht is geweest. Het zijn ontzettend veel indrukken die je op moet doen en je hoort en ziet en leert ontzettend veel. Bovendien is er geen stevige professionele therapie omgeving waar je in stapt. Dus je moet zelf keihard aan de bak om te zoeken wat je kan doen, waar je aan bij kan dragen, en beetje roeien met de riemen die je hebt. En dat is ontzettend frustrerend en ik heb het ook heel erg moeilijk gevonden. En terugkijkend denk ik nog steeds, we hadden zoveel meer kunnen doen als die samenwerking met de dokter, psychologe, maatschappelijk werkers, gewoon beter opgezet was. In een team kun je gewoon meer bereiken en kun je meer professioneler handelen.'

Rosa: *'Ja zeker.'*

Tina: ‘Dus soms voelt het alsof je daarin steken hebt laten liggen. Soms denk ik van nou ja je hebt je best gedaan wat je kan doen. Maar het kan nog veel beter.’

Rosa: ‘Ja. Je zegt net dat je het moeilijk vond. Waar liep je tegenaan? Waar had je zoveel moeite mee?’

Tina: ‘Nou ja, voor dat ik daar kwam was er een jaar geen beeldend therapeut geweest dus ik moest me eigen plek weer even veroveren. Op zoek naar letterlijk een plek, een lokaal, een ruimte. En de psychologe is niet iemand die je erbij betreft en die je de informatie geeft die je nodig hebt en je zeg maar de tools geeft om je therapie te gaan starten. Dus dat is zelf ook op zoek gaan en enorm trekken en opzoek gaan naar die informatie.’

Rosa: ‘Ja.’

Tina: ‘En zodra je dan kan starten en in overleg een aantal kinderen hebt, uhm uitgekozen, mag ik dat zo zeggen?, om mee aan de slag te gaan...’

Rosa: ‘Heb je die dan zelf uitgekozen of werden die door Aura, de psychologe, doorverwezen?’

Tina: ‘Ja dat werd in overleg gedaan met de psychotherapeute en de psychologe. En dat waren ook wel kinderen die voorheen met eerdere beeldend therapeuten in therapie zijn geweest. En daar lagen ook nog verslagen van, of waren terug te vinden om de computer. Maar goed, er is wel een gat geweest van een jaar, anderhalf jaar.’

Rosa: ‘Ja. Dus je liep vooral aan tegen het opstarten en het vinden van je plek en je profileren in de organisatie?’

Tina: ‘Ja! En zodra je dat allemaal een beetje gesetteld hebt en gestart, dan liep ik aan tegen dingen die je niet verwachtte en die gebeuren in de therapie. Of tegen onvermogen door inderdaad taal. Dus dat zijn dan nog een paar obstakels die je gedurende de tijd tegen komt en waarmee je moet dealen. En dan heb je wel heel veel aan je collega's, vrijwilligers. Een aantal hebben hetzelfde meegemaakt, een aantal zijn ook therapeut dus daar kun je goed mee in gesprek. Maarja.’

Rosa: ‘En heb je het idee dat je bepaalde handvatten gemist hebt die je hadden kunnen helpen vooraf?’

Tina: ‘Ja ik denk dat het me, als er al een creatief therapeut zou zijn geweest die me rechtstreeks de informatie overdracht zou kunnen hebben gegeven, dat dat me heel veel tijd en energie zou kunnen hebben gescheeld. Als er al enige kennis zou zijn gegeven over inderdaad de misschien diagnoses van kinderen of de problematiek, ja wat voor problematiek je tegenkomt en hoe dat zich uit in het dagelijks leven. Dan is het sneller te herkennen en sneller te behandelen.’

Rosa: ‘Ja. Ik ben nu aan het onderzoeken wat voor handvatten startende beeldend therapeuten nodig hebben daar en dan wil ik een handleiding gaan schrijven met kennis over bijvoorbeeld hechtingsproblematiek, omdat dat dus wel een veel voorkomende problematiek daar is en ook eventuele kennis over cultuurverschillen en een product omschrijving hoe je met deze kinderen omgaat. Denk je dat dat daar aansluit of dat dat een toevoeging kan geven?’

Tina: ‘Ja absoluut. Ik denk dat het heel moeilijk is omdat er natuurlijk heel veel verschillende problematiek is wat je blijft zien en tegenkomt. Maar ik denk dat een goeie basis en kennis over hechtingsproblematiek je al heel veel stappen verder helpt. En ik denk dat ik er gewoon destijds in ben gegaan en deze uitdaging heb aangepakt en het ook allemaal een beetje op me af heb laten komen. Maar daardoor heeft het wel heel veel tijd gekost om alles te zien en te

herkennen en er zelf mee te dealen. En als je dan een soort van een basis hebt waarop je je kan inlezen zodat je weet wat je kan verwachten, ja dan denk ik zeker dat dat me geholpen zou kunnen hebben.'

Rosa: *'En in hoeverre kan het de beeldende therapie verbeteren?'*

Tina: 'Nou misschien niet dat het zo zeer de beeldende therapie verbeterd...'

Rosa: *'Nee misschien is verbeterd niet het goede woord...'*

Tina: 'Ik denk dat het je houding als therapeut verbeterd. Omdat je weet waar je mee te maken hebt.'

Rosa: *'Wat voegt het toe, dat is een betere vraag.'*

Tina: 'Ja. Je bent gewoon beter voorbereid als je kennis hebt van de problematieken waar je cliënten mee dealen. Dus dat is goed voor je houding als therapeut, en hoe je omgaat met je cliënten. En dan is het niet een zoektocht maar weet je sneller gericht te handelen. Ik denk dat je daar heel veel winst kan halen.'

Rosa: *'Ja. En hoe handel je dan?'*

Tina: 'Haha dat mag jij uitzoeken.'

Rosa: *'Klopt. Nou heel erg bedankt voor dit interview!'*

Tina: 'Geen dank! Ik hoop dat je er iets mee kan.'

Rosa: *'Dank jewel.'*

Bijlage 3: Interview Anne van den Ouwelant

April 2014

Interview – Anne van den Ouwelant – beeldend therapeut NPH Nicaragua

- *Wanneer en hoelang ben je als beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Nicaragua?*

Van januari 2007 t/m april 2008.

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Ik heb de “normale” informatie voor toekomstige vrijwilligers meegekregen vanuit WereldOuders Nederland. Het is alweer eventjes geleden, dus ik weet niet meer precies wat daar in stond. Ik denk informatie over het weeshuis, over het land, over het klimaat etc. Ik wist – toen ik naar Nicaragua toe ging - dat er nog geen interdisciplinair (vrijwilligers)team bestond in NPH Nicaragua. Er was ook nog niet eerder een creatief of kunstzinnig therapeut geweest. Dus de weg lag als het ware open en kon door mij en het nieuwe team vrijwilligers (waaronder een fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, psychiatrisch verpleegkundige etc.) worden ingevuld.

- *Kwam je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua?*

Ik denk wel dat ik daar hechtingsproblematiek ben tegen gekomen. Alhoewel ik daar destijds veel meer getraumatiseerde kinderen en jongeren tegenkwam (waar hechtingsproblematiek dan weer een deel van kan uitmaken). Ik was toen nog niet zo bekend of bezig met het fenomeen hechtingsproblematiek en leerde daar ook pas later meer over. Ik kwam (als gevolg van de armoede in Nicaragua en dus ook de armoede binnen gezinnen, alcohol- en drugsmisbruik) veel seksueel misbruik en mishandeling tegen binnen de gezinnen van herkomst van de kinderen en dat leidde tot traumatische ervaringen voor de kinderen, vaak ook weer veroorzaakt door de opvoeders of ouders (hechtingsfiguren). Maar ik ken toch ook verhalen waarin de kinderen wél goede hechting hadden met bijv. één van hun opvoeders (bijv. moeder of een tante of een oma).

- *Waar herkende je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua en welke (gedrags)problemen kwamen voort uit hechtingsproblematiek?*

Ik heb nu een meisje (ongeveer 9 jaar oud destijds) specifiek in gedachten, waarvan ik me haar voorgeschiedenis niet goed herinner. Haar gedrag was wel opvallend en leek zowel met traumatische ervaringen (seksueel misbruik) als onveilige hechting samen te hangen: dit meisje was grenzeloos, zowel in haar gedrag als in haar contact met anderen. Zij klom vaak bovenop je, was echt “all over”, deed je ook fysiek pijn tijdens het knuffelen, en tegelijkertijd kwam ze ook heel zelfstandig voor haar leeftijd over en kon ze je ook weer afstoten. Het leek een voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten.

- *Hoe uitte hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren in NPH Nicaragua?*

Daar durf ik je echt geen antwoord op te geven, omdat ik die casussen gewoon niet meer zo helder voor de geest heb en mijn focus destijds niet op hechtingsproblematiek gericht was... Sorry!

- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Nicaragua vertrok?*

Wel een beetje, maar ik ging halverwege mijn studie kunstzinnige therapie naar Nicaragua. Na terugkomst in Nederland heb ik mijn studie in deeltijd afgemaakt, ben ik me nog meer gaan verdiepen in getraumatiseerde kinderen en jongeren en dus ook in hechtingsproblematiek.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Nicaragua die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Nee.

- *Kun je een schatting maken hoeveel cliënten met hechtingsproblemen je in therapie had?*

Nee, daar durf ik gewoon echt geen eerlijke schatting van te maken nu.

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Nicaragua uit te voeren?*
- *Welke indicatie werd er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke behandeldoelen kwamen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Werkte je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*
- *Welke therapeutische interventies zette je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke therapeutische houding nam je aan bij het werken met deze doelgroep?*
- *Welke materialen sloten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Nicaragua en kun je je nog werkvormen herinneren die goed bij deze doelgroep aansloten?*

- *Welke resultaten heb je behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Nicaragua vertrok?*

De Latijns-Amerikaanse cultuur is rustiger, langzamer en minder gestrest dan de Nederlandse cultuur, maar soms ook minder duidelijk, wat vager, rommeliger, corrupter en minder eenduidig. Dat is uiteraard van invloed op het werken in Latijns-Amerika: dingen gaan minder snel, je hebt meer tijd nodig, de (werk)houding van de locals kan anders zijn dan je gewend bent en soms lijkt het allemaal wat minder doelgericht en/of professioneel dan hier in Nederland. Ik had vóór Nicaragua twee maanden in Spanje gewoond, dus ik had in ieder geval al wat van de Spaanse sfeer geproefd, maar Nicaragua was mijn eerste ontmoeting met Latijns-Amerika.

- *Tegen welke cultuurverschillen liep je aan tijdens het werken binnen NPH Nicaragua en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Nicaragua?*

Die cultuurverschillen heb ik hiervoor benoemd. Ik vond zelf trouwens het samenwonen en –werken met andere Europese culturen soms ook nog best lastig: het verschil tussen Nederland en bijv. Duitsland en Frankrijk kan al heel groot zijn, qua werkethiek, qua inzetten, qua omgangsvormen. Ook praktisch is het werken binnen een weeshuis van NPH anders dan binnen een organisatie in Nederland. Zo had mijn praktijkruimte bijv. geen afgesloten ramen, maar gewoon wat tralies en dat was het. Dat maakte dat de ruimte veel rumoeriger en veel meer “open” was dan ik in eerste instantie gewild had. Daarenboven is het altijd verstandig om rekening te houden met andere uitingvormen, andere normen en waarden, andere gedragspatronen van kinderen en jongeren in andere landen. Latijns-Amerika is vaak toch expressiever, sensueler, meer naar buiten gericht dan bijv. Westerse landen.

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Ja, ik kan me voorstellen dat dit een waardevolle aanvulling is, maar ik zou dan streven naar een informatieve handleiding, die de toekomstig therapeuten voor hun eigen beeldvorming en ter informatie kunnen lezen. Ik denk niet dat het handig is een handleiding te schrijven over hoe een toekomstig beeldend therapeut therapie moet geven binnen NPH, want iedere therapeut is weer een ander mens, werkt op een andere manier, sluit op een andere manier aan bij wat de kinderen nodig hebben, en dat is ook waardevol. Over het algemeen kan wat extra informatie over hechtingsproblematiek waardevol zijn, net als extra informatie over

traumabehandeling of –begeleiding, omdat ze daar mee te maken gaan krijgen, zo lang het de therapeuten ook niet te veel focust en zij door hun focus andere problemen of misschien normaal gedrag of bijv. pubergedrag verkeerd gaan bestempelen.

Bijlage 4: Interview Liselot Appelo

April 2014

Interview – Liselot Appelo – *beeldend therapeut NPH Nicaragua*

- *Wanneer en hoelang ben je als beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Nicaragua?*

Ik ben heel 2008 in NPH Nicaragua geweest, en heb de eerste 3 maanden samengewerkt met Anne van den Ouwelant, waardoor ze me goed heeft voorbereid op het werk en de problematiek van de kinderen in het weeshuis. Verder heeft ze me literatuur aangeboden die ik bestudeerd heb en gelijk in de praktijk kon toepassen.

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Vanuit Wereldouders is er een bijeenkomst geweest in Duitsland voor alle vrijwilligers voor verschillende landen. Ik was echter de enige uit Nederland en de er waren nog 2 anderen die naar Nicaragua gingen. Dus een echte voorbereiding voor het werk in Nicaragua was er niet. De eerste 2 weken in Nicaragua werden de vrijwilligers rondgeleid in de verschillende huizen van NPH en bekend gemaakt met de cultuur /taal/ het land en de gewoonten en natuurlijk ook met de kinderen. Het was een prettige uitgebreide introductie.

- *Kwam je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua?*

Zeker weten. Al heel duidelijk in de eerste dagen gezien in Casa Asis bij de kinderen tot 6 jaar. Ze waren zo knuffelig en schattig en keken zo verdrietig als je weer weg ging, maar ze vertoonden ook al wel gedragsproblemen, hoe klein ze ook waren.

- *Waar herkende je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua en welke (gedrags)problemen kwamen voort uit hechtingsproblematiek?*

Hechtingsproblemen zie je snel aan extreme aanhankelijkheid, ook bij vreemden, of juist een grote mate van aantrekken en afstoten. Was goed zichtbaar tijdens de therapieën. Maar daar zag je ook na een aantal sessies dat kinderen gingen manipuleren en boos worden als je te dichtbij kwam of grenzen ging stellen.

- *Hoe uitte hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren in NPH Nicaragua?*

zie hierboven

- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Nicaragua vertrok?*

Ja in het ZMOK onderwijs kom je ook veel kinderen tegen met ernstige gedragsproblemen die hechtingsproblematiek hebben ontwikkeld.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Nicaragua die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Ja, in het ZMOK onderwijs in Amsterdam heb ik 6 jaar ervaring opgedaan als docent tekenen, met leerlingen van 12 tot 18 jaar. Daar was ik ook mentor en heb ook nauw contact gehad met ouders of pleegouders, en dan begrijp je vaak wel hoe een kind is geworden hoe hij is. Dat was in Nicaragua ook duidelijk als je hun dossier kon inzien en iets meer over hun achtergrond te weten kwam.

- *Kun je een schatting maken hoeveel cliënten met hechtingsproblemen je in therapie had?*

Sorry het is 6 jaar geleden, dat weet ik echt niet meer... Maar wel 50% denk ik van de kinderen die ik in therapie had.

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Nicaragua uit te voeren?*

Randvoorwaarde is dat je weet met wie je gaat werken en een zekere levenservaring hebt. Weet wie je zelf bent en hoe je in het leven staat en ook weten wat je te bieden hebt aan kinderen die minder bedeed zijn. Het vergt veel geduld en empathie en zeker ook professionaliteit, want omdat je met kinderen met problemen werkt zijn ze juist geneigd zich aan je te gaan hechten als je een band begint op te bouwen. Dit is aan de ene kant wenselijk voor de therapie, maar aan de andere kant ook beperkend omdat je therapeut of docent weet dat deze band tijdelijk is en ook zal eindigen.

- *Welke indicatie werd er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke behandeldoelen kwamen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

De bedoeling is een bodem te leggen van zelfvertrouwen en van zekerheid. Die bodem is er niet. Maar het is onwaarschijnlijk dat je als therapeut kunt herstellen en genezen wat er de eerste 3 jaren in een kinderleven ontbraken. Je kunt een kind wel goede ervaringen meegeven, en ontdekkingen over zichzelf en anderen. dat er betrouwbare mensen zijn, dat het fijn is om aandacht te krijgen voor jezelf en ook dat het fijn is om dingen te maken die je van binnen kunnen raken en herstellen. Ik heb gemerkt dat het vaak helemaal niet zoveel uitmaakte wat ik met de kinderen deed. Het feit dat ik 1 op 1 zeker een uur met iemand bezig was, aandacht gaf, en hem iets leerde ervaren wat nieuw was en veilig, heeft al heel veel goed gedaan geloof ik. maar echt meetbaar is dat niet voor mij. Wel merk je of een kind graag komt. En kinderen die niet graag beeldend werken vinden het vaak eng. in Nicaragua wordt geen beeldend onderwijs gegeven, geen handvaardigheid of tekenen, en dat is een erg gemis. Kinderen

ontwikkelen zich niet op creatief gebied, wat juist een enorme uitlaatklep kan zijn voor emoties en onbewuste processen. ook zonder dat dat in een therapie vorm is. daarom heb ik naast therapie ook gewoon schilder- en tekenworkshops gegeven aan groepen. Opvallend was dat er heel veel animo was bij jongens van 10 tot 20 jaar, en bijna niet door de meisjes

- *Werkte je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*

Ja, maar toch is elk kind anders dus zoek je per kind een eigen weg uit, ook met opdrachten.

- *Welke therapeutische interventies zette je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke therapeutische houding nam je aan bij het werken met deze doelgroep?*

Belangrijk is om eerst vertrouwen te krijgen, dus geef je opdrachten waarin bv interactie zit en waar het kind zelf iets mag maken waar hij van houdt en daar gemakkelijk iets over kan zeggen. Dat is de eerste brug, vanuit dat vrije werk kun je als therapeut meestal al heel wat aflezen en ging je verder een traject uitstippelen.

- *Welke materialen sloten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Nicaragua en kun je je nog werkvormen herinneren die goed bij deze doelgroep aansloten?*

Ik werkte veel met pastelkrijt met ze, waarin ze zelf een emotie aan een kleur moesten verbinden en daar een vrij kleurenpalet in mochten maken.

Verder werkte ik ook met houtskool, waarin ze met grote gebaren een lijnenspel neer moesten zetten waaruit ze uiteindelijk zelf een boom gingen vormen. Een boom staat voor je psyche, en ook daaruit kun je veel aflezen van de staat waarin iemand zich bevindt. Je kunt ook aangeven dat de stam en de wortels betekenis hebben en dat iemand bv zijn wortels wel wat dieper in de grond kan tekenen.

- *Welke resultaten heb je behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Moeilijk meetbaar, behalve blijde kinderen die graag terugkwamen.

- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Nicaragua vertrok?*

Veel! Ik had een beetje kennis, wat heb me wel ingelezen en had al voor mijn vertrek veel contact met Anne van den Ouwelant en zij heeft me al heel goed voorbereid op de cultuur, de mensen, de gewoonten, de armoede, het slechte eten en de schoonheid van de cultuur. Het is een rijk land in natuur, en de meeste mensen zijn heel gastvrij en aardig, maar bv de meeste mannen daar zijn echt losers. Vrouwen doen alles, ze werken ze zorgen voor de kinderen en ze koken het eten. Mannen zijn over het algemeen liever lui dan moe en drinken veel teveel

rum. Gelukkig hebben we in het weeshuis ook goede mensen en mannen gezien die liefde voor de kinderen hebben, trouw waren en hun werk goed deden. al kon ik me vreselijk opwinden over het te laat of juist veel te vroeg komen, de boot missen en je probleem zelf maar weer oplossen. Bouwen op mensen is daar moeilijk, want ze leren niet hoe ze betrouwbaar kunnen zijn. Zo ontstaat natuurlijk al snel een hechtingsprobleem. Dit vond ik tevens het moeilijkste in Nicaragua. Het niet kunnen vertrouwen van mensen en systemen. Er waren dingen aan de hand, maar er mag niet over gesproken worden. Heel schijnheilig, want iedereen gaat naar de kerk en doet alsof hij een heilig leven leidt, wat voor hen zelf ook echt zo is denk ik. Wij als Nederlanders denken daar anders over. Een man een man een woord een woord, dat kennen ze daar niet.

- *Tegen welke cultuurverschillen liep je aan tijdens het werken binnen NPH Nicaragua en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Nicaragua?*

zie boven

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Dat lijkt me zeker, want zoals het er nu uit ziet, moet iedereen elk jaar het wiel weer uitvinden. Ik heb het heel prettig gevonden om een periode samen te werken en goed ingewerkt te worden. dat is verder geloof ik niet gebeurd. Dan heb je een goede overdracht, je leert ook langzaam de taal en gebruiken kennen, want ook dat helpt heel erg bij het krijgen van een band met kinderen. Als je de taal niet goed beheerst, kom je zeker niet ver. Dit werd best onderschat denk ik.

Bijlage 5: Interview Anna-Lisa Klages

April 2014

Interview – Anna-Lisa Klages – *beeldend therapeut NPH Nicaragua*

- *Wanneer en hoelang ben je als beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Nicaragua?*

Vanaf januari 2013 – tot en met januari 2014

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Ik werd over de patiënten geïnformeerd door Tina Vink, mijn voorganger bij NPH Nicaragua, en de verslagen die zij en Rosa de Jong, stagiaire, achter hebben gelaten.

- *Kwam je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua?*

Ja.

- *Waar herkende je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua en welke (gedrags)problemen kwamen voort uit hechtingsproblematiek?*

Tijdens het opstarten van de therapieën viel me op, dat sommige kinderen extreem gedrag vertoonden. Terwijl sommigen helemaal geen oogcontact durfden te maken, pakten anderen meteen mijn hand, gingen op schoot zitten, vraagden constant om aandacht, vraagden om bekrachtiging en ondersteuning tijdens het uitvoeren van een opdracht, alhoewel ze die helemaal niet nodig hadden. Vele kinderen zijn erg op zoek naar lichamelijk contact, anderen vinden het eng om geraakt te worden.

- *Hoe uitte hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren in NPH Nicaragua?*

De hechtingsproblematiek uitte zich op verschillende niveaus. Ten eerste door het binnen komen en ‘zijn plaats innemen’. Vele kinderen gingen gedurende de beginfase van de therapie helemaal aan het andere einde van de tafel zitten. Ze praatten weinig en durfden geen oogcontact te maken. Het was erg moeilijk om contact op te nemen met ze. Andere kinderen gingen bijna bij mij op schot zitten (en eentje deed dat ook letterlijk).

Op beeldend niveau uitte zich het thema hechting door tekeningen, waarop kinderen bijvoorbeeld door een straat gescheiden staan van hun ouders, waar symbolen los van elkaar en zonder symbolische verbinding staan. Het thema eenzaamheid werd ook tijdens de therapie door patiënten gerelateerd aan hechting of de moeite om zich te hechten.

Gedurende de middenfase van de therapieën heeft een jonge ineens alles inhoudelijk gerelateerd aan de therapeut. Op een driedimensioneel beeld heeft hij een aantal (stuk of 5 of 6) straten geknutseld en geschilderd. Op de vraag, waar de wegen naartoe leidden, gaf hij ter antwoord: ‘Allemaal verschillende plekken. Na Lisa!’ Toen ik hem herinnerde, dat ik maar één plek was, zei hij: ‘Nou ja, Lisa1, Lisa2, Lisa3, ...’ Nadat hij tijdens de beginfase van de

therapie erg terug getrokken was en nauwelijks een relatie met de therapeut durfde aan te gaan, betrok hij nu alles op de therapeut.

In de afscheidsfase van de therapie vertelde me een meisje, dat zij zich expres niet hecht, omdat zij toch door iedereen gekwetst wordt. Zij vertoonde een aantal symptomen van de reactieve hechtingsstoornis, alhoewel ik denk dat het bijverschijnselen zijn van een persoonlijkheidsstoornis.

- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Nicaragua vertrok?*

Binnen het kader van mijn ct-opleiding op Stenden Hogeschool werd ik bekend gemaakt met hechtingsproblematiek. Verder heb ik jarenlang vrijwilligerswerk met kinderen en jongeren gedaan. Over het algemeen kwam ik tot de conclusie dat mijn kennis door het vrijwilligerswerk belangrijker en nuttiger waren dan wat ik op school had geleerd.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Nicaragua die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Het vrijwilligerswerk met kinderen en jongeren, en mijn jaarstage in die Clinique des Trois Cyprès in Frankrijk (alhoewel ik hier niet met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen heb gewerkt).

- *Kun je een schatting maken hoeveel cliënten met hechtingsproblemen je in therapie had?*

+/- 7

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Nicaragua uit te voeren?*

Vanuit mijn persoonlijke ervaring denk ik, dat bij nph Nicaragua geen randvoorwaarden gegeven zijn om beeldende therapie specifiek gericht op hechtingsproblematiek aan te bieden.

- de kinderen leven bij nph in een inconsistente omgeving en hebben vaak geen vaste contactpersoon (werknemers en vrijwillige medewerkers wisselen vaak). Er bestaat dus geen veiligheid in hun leven.

- hechtingsproblemen zijn moeilijk met het individu te behandelen; er bestaat geen mogelijkheid om een systeem therapie samen met de ouders op te starten (omdat de ouders er niet zijn).

- de therapeut blijft over het algemeen één jaar tot anderhalve jaar. Vooral voor kinderen met hechtingsproblemen lijkt het voor mij van groot belang om een langdurige therapie op te starten.

- En om het dan ook een beetje positief te laten klinken: Ik ben van mening dat nph Nicaragua niet de randvoorwaarden kan scheppen om een speciaal op hechtingsproblematieken georiënteerde (beeldende) therapie uit te voeren. Het leven bij nph biedt hiervoor niet genoeg stevigheid en continuïteit.

- *Welke indicatie werd er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Vaak werden de kinderen voor beeldende therapie geïndiceerd omdat zij opvallend gedrag vertoonden. Zeer introverte of extroverte kinderen, kinderen die agressief gedrag aan den dag

leggen, moeite hebben om hun emoties verbaal te uitten. Er werd geen expliciete indicatie voor kinderen met hechtingsproblematiek gesteld.

- *Welke behandeldoelen kwamen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Contact maken met de therapeut en niet uit de contact gaan als het moeilijk of onaangenaam wordt, vertrouwen opbouwen in de therapeutische relatie en in zichzelf. Verder kwamen er doelen zoals: trots zijn op zichzelf, om hulp durven te vragen en de eigen mening uitten. Beeldende doelen waren het zoeken en vinden van een eigen stijl, durven te experimenteren, samenhangend werken, verbindingen te scheppen tussen elementen in een beeld of tekening/schilderij.

- *Werkte je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*

Ten eerste wil ik een verschil maken tussen kinderen/jongeren met een hechtingsproblematiek en een hechtingsstoornis. Er zijn vele kinderen en jongeren bij nph die hechtingsproblemen hebben. Gedurende de voor de ontwikkeling van een goede hechting belangrijkste jaren van hun leven werd de meerderheid van de pequeños verwaarloosd. Alhoewel dat zo is, zijn er bij nph geen kinderen of jongeren met een gediagnosticeerde reactieve hechtingsstoornis of een hechtingsstoornis met ontremming gediagnosticeerd. Ik vind het erg moeilijk om te bepalen of er een hechtingsstoornis bij de kinderen bestaat of niet. Er zijn zeker bij een aantal symptomen zichtbaar, maar ik denk dat het bij de meeste kinderen buiten de grenzen van een psychopathologie valt.

Ik heb niet volgens een bepaalde methode gewerkt. Tijdens de beeldende therapie werkte ik met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek met de supportieve werkwijze. Ik heb voor deze werkwijze gekozen omdat ik van mening ben, dat de kinderen en jongeren

- niet in een milieu leven wat genoeg steun biedt om voor de reconstructieve werkwijze te kiezen

- de supportieve werkwijze in het hier-en-nu blijft en voor de kinderen niet te abstract werd.

Ik heb gebruik gemaakt van gedragstherapeutische theorieën waarin wij probeerden om verbindingen tussen het denken, het handelen en het voelen te maken. Het thema hechting en relaties met anderen werd er zo in een ruimere kader gebracht.

Vaak maakte ik gebruik van samenwerkingsmethodes; Afwisselend schilderen op hetzelfde papier (de ander bepaalde wat er geschilderd/getekend moest worden), samen een figuur/beeld maken, rollenspel (bijv.: moeder/kind spel, 'thuis' spelen, rolwisseling van therapeut/patiënt), oefeningen met volgen/leiden, meegaan/tegen aan gaan.

- *Welke therapeutische interventies zette je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke therapeutische houding nam je aan bij het werken met deze doelgroep?*

Zoals al eerder aangegeven werkte ik voornamelijk supportief en met ideeën vanuit de gedragstherapie. Ik had een ondersteunende houding en legde vanaf het begin veel waarde aan het gemeenschappelijke werken. Ik gaf zo weinig mogelijke specifieke opdrachten en bleef de andere stimuleren. Voor mij was het van groot belang dat de patiënt het tempo aangaf en dat ik niet uit de contact stapte en tijdens de bijeenkomst altijd emotioneel beschikbaar was.

De therapeut heeft hier zeer actieve rol, want de meeste kinderen vragen niet verbaal om hulp. Door het aanbieden van hulp leren de kinderen, dat hechtingspersonen (door overdracht in dit geval de therapeut) er aanwezig kunnen zijn en steun en hulp bieden.

- *Welke materialen sloten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Nicaragua en kun je werkvormen benoemen die goed bij deze doelgroep aansloten?*

Klei, verf (met handen op papier schilderen), gips – materialen en werkwijzen waar een directe contact/verbinding tussen de persoon en het medium ontstaat.

- *Welke resultaten heb je behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

- Meer non-verbaal contact tussen het kind/de jongere en de therapeut (oogcontact, lichamelijk contact)
- meer/minder (lichamelijke) afstand tussen het kind/de jongere en de therapeut
- meer zelfbewustzijn
- vrijere uitingvorm in het medium (gepersonaliseerd)

- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Nicaragua vertrok?*

Ik had al kennis met cultuurverschillen op gebied van beeldende therapie tussen de Duitse, Nederlands, Franse en Indische cultuur. De Nicaraguaanse cultuur, maar ik denk vooral de nph-cultuur is in grote mate van invloed. De kinderen binnen nph bieden elkaar veel steun en oudere kinderen stellen ‘hechtingspersonen’ voor de kleine kinderen voor. Volgens mij wordt op deze manier bij nph veel opgevangen. Ook buiten nph worden kinderen sneller ‘uit de handen gegeven’ (bijv.: een peuter of kleuter gaat bij een vreemde mens in de bus op schot zitten). Over het algemeen houden mensen in Nicaragua erg van kinderen en ook hier kreeg ik het gevoel dat het collectief als opvanger werkend is.

- *Tegen welke cultuurverschillen liep je aan tijdens het werken binnen NPH Nicaragua en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Nicaragua?*

Er wordt weinig gecommuniceerd binnen het psychopedagogisch-team. Slechte communicatie (of een hiërarchieke communicatie) is volgens mij een cultuurverschil en werd van mij vaak als probleem gezien. Als beeldende therapeut bij nph moet je zelfsturend kunnen werken en leren om je eigen keuzes te maken en hiervoor op te komen. Er bestaat geen vaste therapiestructuur. Dit was voor mij een voor- en nadeel. Aan de ene kant moest ik vaak alle plannen spontaan veranderen omdat er een presentatie was, examen gehouden werden, kinderen/jongeren er niet waren, enz. Aan de andere kant mocht ik zelf de duur van een sessie bepalen en op deze manier kon ik mijn therapieaanbod aanpassen aan de behoefte van de ander op dat moment.

Het is van groot belang om te kunnen accepteren dat het leven in Nicaragua een ander ritme heeft en dat er dingen vaak niet zo spoedig gebeuren zoals in Duitsland of Nederland.

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Ik ben ervan overtuigd dat een (startende) beeldende therapeut bij nph supervisie nodig heeft om stevigheid en ondersteuning te ervaren. Volgens mij zijn er weinig onderzoeken gedaan over hechtingsproblematieken in kinderruizen. De beginnende therapeut heeft dus toegang tot informatie de doelgroep betreffend. Ik ben van mening dat een handleiding voor alle (beeldende) therapeuten een toevoeging kan zijn. Ten eerste dient het ter bewustwording van de therapeut over de doelgroep. Een goede handleiding zou verder bepaalde interventies vereenvoudigen en de therapeut zou meer inzicht krijgen. Een handleiding zou constant moeten worden aangepast en verbeterd om op lange termijn een toevoeging te kunnen zijn.

Bijlage 6: Interview Sabrina Breuer

April 2014

Interview – Sabrina Breuer – beeldend therapeut NPH Guatemala

- *Wanneer en hoelang ben je als beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Guatemala?*

Van januari 2009 tot januari 2010.

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Algemene informatie over het weeshuis en de werkcultuur binnen NPH Guatemala.

- *Kwam je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Guatemala?*

Ja.

- *Waar herkende je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Guatemala en welke (gedrags)problemen kwamen voort uit hechtingsproblematiek?*

Aan diepliggend wantrouwen, aan aantrekken-afstoten gedrag, gebrek aan fantasie of de vaardigheid/mogelijkheid tot imaginatie... Problemen: liegen, stelen, agressie tegen zichzelf en/of leraren of tios, slechte prestaties op school...

- *Hoe uitte hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren in NPH Guatemala?*
- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Guatemala vertrok?*

Alleen in theorie.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Guatemala die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Mijn stages, op een basisschool maar ook binnen de verslavingszorg.

- *Kun je een schatting maken hoeveel cliënten met hechtingsproblemen je in therapie had?*

Je bedoeld in NPH?-90%

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Guatemala uit te voeren?*

Liefde voor de kinderen, een goede taalkennis, veel geduld en empathie, niet te hoge verwachtingen aan jezelf en de kinderen, kennis van hechtingstheorieën.

- *Welke indicatie werd er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Geen.

- *Welke behandeldoelen kwamen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Werkte je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*

Nee.

- *Welke therapeutische interventies zette je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*
- *Welke therapeutische houding nam je aan bij het werken met deze doelgroep?*

Ondersteunend.

- *Welke materialen sloten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Guatemala en kun je je nog werkvormen herinneren die goed bij deze doelgroep aansloten?*

De kinderen elf hadden plezier aan kleurpotloden, verf, klei en hout – in het algemeen moest ik werken met het materiaal dat ik er kon krijgen.

- *Welke resultaten heb je behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

De kinderen konden een positieve ervaring opdoen in een een-op-een situatie met een volwassene en daarin een stukje zelfbeschikking ervaren.

- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Guatemala vertrok?*

Ik had van te voren geen kennis, en het had een grote invloed op mijn werken daar, vooral de manier van communiceren en kritiek uiten is heel anders.

- *Tegen welke cultuurverschillen liep je aan tijdens het werken binnen NPH Guatemala en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Guatemala?*

Dat beeldende therapie door de meeste volwassenen als ‘knutselsessie’ wordt gezien, als een soort beloning voor de kinderen, verder moet je ermee rekening houden dat kritiek er niet onmiddellijk geuit wordt – om een doel te bereiken moet je soms ‘door de bloemetjes praten’

en een aantal ronden leren draaien voordat je je doel bereikt, anders kan je daar als Europese snel als betweterig of arrogant beschouwd worden en niet als een van hun – vooral omdat tegenover van hun ieder Europeaan rijk lijkt, alleen al omdat wij de mogelijkheid en het geld hebben om half de wereld rond te rijden, ook hebben ze in het algemeen een ander/lager milieubewustzijn.

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Dat hangt er denk ik sterk van af, het moet passen bij de visie van het huis, binnen het multidisciplinaire team– zo er een is- en welke doelstelling er vervolgt worden, ook weet ik niet of er in allee huizen hetzelfde materiaal of überhaupt een ruimte voor beeldende therapie ter beschikking staat, in Honduras was dat bijv. Een tijdje niet het geval. Ik denk dat het een toevoeging kan hebben voor diegene die nog geen of weinig ervaring binnen het werkveld hebben en, als het als een soort van ‘mogelijkheden’ gehanteerd kan worden – aan de andere kant kan ik me namelijk ook voorstellen dat onder omstandigheden ook onzekerheid bij de therapeuten kan oproepen als ze de handvatten niet ‘een op een’ kunnen omzetten...

Bijlage 7: Interview Maran Haijink

April 2014

Interview – Maran Haijink – *beeldend therapeut NPH Guatemala*

- *Hoelang werk je al als beeldend therapeut binnen NPH Guatemala?*

Ik ben begonnen in Juli 2013.

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Specifiek over creatieve therapie heb ik nauwelijks handvatten meegekregen. Ik heb één keer een mailtje gekregen van de therapeute voor mij waarin ze vertelden dat ze hier ‘vooral vulkanen zag’. Ik dacht dat ze daarmee bedoelde dat ze veel kinderen met opgekropte woede zag. Eenmaal begonnen vroeg ik me af of ze dit bedoelde, omdat er wel veel van zulke kinderen zijn, maar ze tekenen ook letterlijk vulkanen omdat dat hier de ‘standaard tekening’ is. Ik ben niet ingewerkt, de vorige therapeute was zwanger, had complicaties en is heel onverwachts weg gegaan voordat ik er was.

- *Kom je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Guatemala?*

Ik heb het idee dat veel kinderen hier hechtingsproblematiek hebben, in meer of mindere mate. Alleen hebben ze hier over het algemeen geen diagnoses. Dus daarom gaan mijn antwoorden op de volgende vragen over kinderen die naar mijn idee vermoedelijk hechtingsproblematiek hebben.

- *Waar herken je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Guatemala en welke (gedrags)problemen komen voort uit hechtingsproblematiek?*

Ik denk dat het bij een aantal kinderen overduidelijk is, bij andere kinderen/jongeren heb ik als vrijwilliger de twijfel waar het hechtingsproblematiek is of logische zelfbescherming. Zo heb ik het idee dat sommige meiden in meiden in mijn sección (16/17 jaar) niet een al te sterke band met mij op willen bouwen omdat ik ook weer weg ga, wat me logisch lijkt. Een jaar is precies de tijd dat je een band kan opbouwen met iemand waarbij het lastig is, ook voor mij, dat deze na een jaar weer stopt. Voor ons is dit één keer een jaar, voor hun komt dit moment elk half jaar weer.

Kinderen waarbij het me duidelijker lijkt is bijvoorbeeld een meisje die goed overweg kan met alle bezoekers die hier een weekje zijn, maar met de meiden uit haar sección lukt het haar geen band op te bouwen, ook niet met vrijwilligers en tías.

Ik heb een meisje in mijn therapie die zich wanneer ze zich goed voelt kan aanpassen aan de ander. Wanneer ze zich niet goed voelt, is ze dominant, eist ze de aandacht op, volgt ze

weinig instructies op, luistert ze wel naar wat je zegt maar laat dit in non-verbaal gedrag niet merken.

Verder is er nog een meisje die tegen iedereen agressief is, verbaal en soms fysiek, niet alleen naar volwassenen maar ook de meiden uit haar sección. Hierdoor heeft ze bijna niemand die er voor haar kan zijn, ze stoot alles af.

- *Hoe uit hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren binnen NPH Guatemala?*

Vooraf binnen samenwerkingsactiviteiten heb ik gezien dat er vaak grenzen worden overschreden. Dat wat de ander heeft gemaakt wordt bijvoorbeeld doorgekrast. Maar ook zie ik bij dezelfde personen als hierboven genoemd een angst om zelf iets te maken. En wanneer ze iets maken, is het iets wat makkelijk is, waarvan ze weten dat ze het goed aankunnen.

- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Guatemala vertrok?*

Ik had er wel wat kennis over, maar denk dat het behoorlijk gecompliceerde problematiek is. Juist hier in NPH. Veel handvatten die op internet te vinden zijn, zijn gericht op vaste opvoeders die de kinderen hebben. Hier hebben ze hun tías, maar die wisselen ook regelmatig, ieder jaar volgens mij. Niks is constant.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Guatemala die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Ik heb stage gelopen met kinderen met een beperking, die veel structuur en bevestiging nodig hebben. Mijn kennis van hoe structuur en bevestiging aan te bieden heeft me hier geholpen.

- *Hoeveel cliënten met hechtingsproblemen heb je in de beeldende therapie?*

Ik denk (qua dat ze geen diagnoses hebben) momenteel één met ernstige hechtingsproblematiek en twee met mogelijke hechtingsproblematiek. Daarnaast heb ik het met nog twee geprobeerd, maar deze hadden zo'n weerstand naar de therapie dat het niet lukte.

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Nicaragua uit te voeren?*

De kinderen in Nicaragua ken ik niet, ik weet niet in hoeverre zij verschillen van de kinderen hier. Ik denk hier in Guatemala dat het bij sommige kinderen goed is van tevoren te weten hoe zij eerder op therapie hebben gereageerd, wanneer dit heel moeizaam ging, om de kans van slagen bij een nieuwe therapie te vergroten. Ik denk dat het belangrijk is dat de kinderen zelf gemotiveerd zijn om naar de therapie te gaan, ervoor open staan. Ik denk dat kinderen die heel veel weerstand hebben iemand nodig hebben met meer ervaring, of die tenminste deze doelgroep beter kennen (Doelgroep kinderen NPH).

- *Welke indicatie wordt er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Om het heel zwart/wit te zeggen, zijn kinderen met hechtingsproblematiek over het algemeen problematisch in hun sección en/of op school, dus zijn ze geïndiceerd voor één of meerdere therapieën.

- *Welke behandeldoelen komen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Gevoelens uiten op een adequate manier, sociale vaardigheden.

- *Werk je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*

Ik werk niet volgens een bepaalde bestaande methode. Veel bestaande methodes sluiten aan op creatieve Europese kinderen. En ook omdat het om een vermoeden van hechtingsproblematiek gaat.

- *Welke therapeutische interventies zet je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Ik probeer concrete activiteiten aan te bieden, te benoemen waarom deze activiteit en zoveel mogelijk het kind te erkennen in wat hij/zij voelt. Wanneer ze zelf geen woorden kunnen geven aan dat wat er in me omgaat probeer ik zelf te benoemen wat ik denk te zien. Ik heb nu één meisje in therapie waarvan ik aan hechtingsproblematiek denk. Ik denk dat het benoemen van patronen haar helpt zichzelf te begrijpen. Daarnaast denk ik dat het een proces is, stapje voor stapje, om niet direct zo met alles op tafel te komen dat iemand dichtklapt en zich afsluit. Gedrag inzichtelijk maken, maar niet te veel in één keer. En veel positief gedrag benoemen, negatief gedrag verklaren en een suggestie geven voor hoe het ook kan.

- *Welke therapeutische houding neem je aan bij het werken met deze doelgroep?*

Ik denk dat mijn houding een structurerende houding is.

- *Welke materialen sluiten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Guatemala en kun je werkvormen benoemen die goed bij deze doelgroep aansluiten?*

Ik zie hier veel kinderen die niet tegen ‘vieze’ materialen kunnen. Zoals klei.

- *Welke resultaten heb je (tot nu toe) behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Het meisje in mijn therapie liet in het begin weinig motivatie zien. Riep steeds dat ze niet ging, maar als het moment daar was kwam ze toch. Nu vraagt ze elk moment dat ze me ziet of ze haar therapie heeft op haar moment. Ze luistert naar instructies wat ze in het begin vaak niet deed. Met haar broer en zusje kan ze meer hebben, toont ze minder agressief gedrag, kan

ze er rustig onder blijven wanneer ze kritiek krijgt op haar gedrag of tekening, doet ze ontzettend haar best rekening te houden met de ander.

- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Guatemala vertrok?*

Ik had wel ideeën van de Latijns-Amerikaanse cultuur, van het lastig afspraken kunnen maken. Wat ik hier merk, wat misschien niet zozeer cultuur is maar meer gebrek aan scholing, is dat hoe de tías met de kinderen werken naar mij mening heel negatief is. Slecht gedrag wordt bestraft, maar er bestaat nauwelijks beloning voor goed gedrag. Veel gedrag van de kinderen wordt niet begrepen. Er gaan vooral ‘probleemkinderen’ naar therapie. Kinderen die het moeilijk hebben maar gewenst gedrag vertonen krijgen deze steun niet zomaar. De invloed hiervan is dat therapie is voor kinderen die ‘gek’ zijn. Het lijkt zo meer een straf dan een steun voor sommige kinderen. Ik heb gelezen dat dit eerder extremer was, het is nu aan het veranderen. Ik heb nu kinderen in mijn therapie die ‘stilletjes’ lijden en ontzettend gemotiveerd zijn voor de therapie.

- *Tegen welke cultuurverschillen loop je aan tijdens het werken binnen NPH Guatemala en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Guatemala?*

In het algemeen met kinderen in NPH Guatemala, dat ze een andere creatieve achtergrond hebben. Zoals met bijna alles in de school hier hebben ze vooral leren kopiëren. Hierdoor hebben ze eerst tijd nodig om te ontdekken hoe het is iets vanuit zichzelf te maken. Hier zijn wel uitzonderingen in, een aantal zijn wel ontzettend creatief. Verder dat kinderen hier vaak geen diagnose hebben, dus ook geen hechtingsproblematiek, maar dat dat niet betekent dat ze geen hechtingsproblematiek hebben.

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Ik denk dat dit heel veel zou kunnen helpen, vooral in het begin. Ik vond het in het begin heel lastig om te bedenken wat aansluit bij deze kinderen. Met meer ervaring kost het me nu geen moeite meer, maar ik denk dat iemand makkelijker opstart wanneer er meer richtlijnen en handvatten zijn. Helemaal voor vrijwilligers die hier komen met een psychologische achtergrond i.p.v. creatief therapeutische.

Bijlage 8: Interview Dorie Arts

April 2014

Interview – Dorie Arts – *kunstzinnig therapeut NPH Honduras*

- *Wanneer en hoelang ben je als beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Honduras?*

Juli 2008 t/m september 2012.

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Vooraf wist ik alleen dat ik met getraumatiseerde kinderen en jongeren zou gaan werken en dat de kinderen/jongeren als gevolg van hun verleden problemen hadden op het gebied van zelfbeeld, gedrag, sociaal emotioneel en de concentratie. Op het moment van aankomst op NPH Honduras droeg de vertrekkende creatief therapeut haar werk aan me over en deelde zowel achtergrondinformatie, therapie-info en therapie-ervaring als wel ideeën en tips over hoe zij haar werk als therapeut had ingevuld. Ook kon ik ook eerdere verslagen van de kinderen lezen.

- *Kwam je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Honduras?*

Ja.

- *Waar herkende je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Honduras en welke (gedrags)problemen kwamen voort uit hechtingsproblematiek?*

Ik herkende de hechtingsproblemen aan een combinatie van gedrag en interpretatie van hun kunstzinnige werk. Het gedrag was vaak onnatuurlijk en atypisch. Alle kinderen bij wie ik dacht aan hechtingsproblematiek lieten datzelfde gedrag zien. Zoals bijvoorbeeld het zich letterlijk vastklampen en knuffelen van onbekenden op een manier die door de volwassenen vaak als onprettig of vreemd werd ervaren. Sommige kinderen 'doken' bijna letterlijk op iedere volwassene die in de buurt kwam, ook volslagen onbekenden. Het was een soort onnatuurlijk en aanhankelijk wat veel van deze kinderen lieten zien. Tegelijkertijd konden deze kinderen vaak in sociaal opzicht niet goed uit de voeten. Ze hadden vaak geen aansluiting bij de andere kinderen en leken daar ook geen idee te hebben hoe ze het aan moesten pakken om contact met leeftijdsgenootjes te maken.

- *Hoe uitte hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren in NPH Honduras?*

Op papier in het kunstzinnige werk uitte de hechtingsproblematiek zich bij de verschillende kinderen met hechtingsproblemen op heel vaak op eenzelfde manier. In de voor mij beeldvormende fase, vraag ik de kinderen een abstract beeld te schilderen met waterverf. Heel veel kinderen met gedragsproblemen lieten dan bijvoorbeeld een heel onstuimig beeld zien, een storm aan kleuren en bewegingen en hadden niet genoeg aan een A3 vel. Kinderen met zelfbeeld issues kozen vaak voor het kleinste papier en het dunste penseel en durfden bijna geen ruimte in te nemen op papier. De kinderen met hechtingsproblemen schilderden vaak ook op een eenduidige manier. Namelijk het neerzetten van een repeterend, eenduidig beeld van stipjes of streepjes. Alle kleuren en vormen stonden los van elkaar. Er was geen verbinding te zien tussen de verschillende geschilderde elementen. Er was geen aansluiting tussen de kleuren en vormen. En in verhouding tot het papier werd er veel wit gelaten. Het

blad werd niet volledig gevuld. Dat wat er geschilderd werd stond allemaal los van elkaar. Repeterende vormen. Een 'saai' niet gevarieerd beeld.

In hun gedrag was er veel fysieke nabijheid en sociaal onaangepast gedrag. Ze leken vaak onwennig met zichzelf. Niet wetende wie ze zelf eigenlijk zijn, hierdoor hadden deze kinderen heel vaak problemen om hun eigen plek in te nemen. Op therapie niveau namen zij weinig ruimte in. Er zat vaak geen kracht in de manier waarop zij een kleurpotlood hanteerden. Bij kinderen met gedragsproblemen zie je vaak dat ze door hun papier heen gaan omdat ze de controle over hun kracht verliezen. Bij kinderen met hechtingsproblematiek was het juist vaak een doel om te leren het beeld steviger neer te zetten. Een kleurpotloodtekening was soms nauwelijks te zien. Deze kinderen zetten vaak 'losse beelden neer'. Beelden bestaande uit 'losse flarden'. Niet krachtig neergezet.

- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Honduras vertrok?*

In mijn opleiding Kunstzinnige Therapie aan de Hogeschool Leiden was een relatief klein deel opgenomen over hechtingsproblematiek maar in mijn stage in twee verschillende weeshuizen in Suriname heb ik door ervaring met deze doelgroep heel veel geleerd, en ook in Honduras ben ik blijven leren over deze specifieke doelgroep door met ze te werken, door het werken samen met hen te ervaren.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Honduras die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Mijn stage in twee weeshuizen in Suriname.

- *Kun je een schatting maken hoeveel cliënten met hechtingsproblemen je in therapie had?*

Lastig om een heel precieze schatting te maken. Ik heb door de jaren heen met veel kinderen gewerkt. De communicatie en samenwerking met de psychologen verliep moeizaam. Hoewel ik een aantal jaren in Honduras heb gewerkt wilden zij vaak geen gedetailleerde informatie met mij delen. Ooit is dat zo ontstaan dat de psychologen geen zin hadden om ieder jaar aan een nieuwe therapeut (vrijwilliger) informatie te geven en ook mij is het helaas niet gelukt om daarin verandering te brengen. Ik heb denk ik in totaal door de jaren heen 4 of 5 keer van de psychologen bevestigd gekregen dat een kind hechtingsproblemen had. Ik heb daarnaast wel vaker kinderen begeleid waarvan ikzelf het vermoeden had dat zij aan hechting gerelateerde problemen hadden. Dit op basis van ervaring en herkenning van gedrag en hun kunstzinnige werk. Er was vaak ook sprake van een combinatie van problemen bij een kind. Vaak zaten er naast hechtingsproblemen ook zelfbeeld problemen en concentratieproblemen bij. Van een meisje was het kunstzinnige beeld zo onstabiel en leeg en daardoor zo verontrustend dat ik haar eerste non-figuratieve schildering nog bijna letterlijk voor de geest kan halen.

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Honduras uit te voeren?*

Kinderen met hechtingsproblemen hebben een veilige werkomgeving nodig en moeten vooral niet het gevoel hebben dat je iets van ze verwacht, vooral niet resultaatgericht werken en vooral ook niet figuratief werken. Non-figuratief werk geeft veel meer therapie openingen om de verbinding aan te gaan tussen elementen. Lijnen, vormen, bewegingen en kleuren kunnen sneller de interactie met elkaar aangaan dan vaststaande vormen als huizen, dieren etc. want die hebben al hun eigen vormen. De verbinding, aansluiting en beweging is heel belangrijk voor kinderen/ jongeren met hechtingsproblematiek. Daar nodigt het non-figuratieve werk juist toe uit. Verder heb je heel veel geduld nodig als therapeut. In het werken met kinderen met bijvoorbeeld gedragsproblemen kun je aansturen, onderhandelen, remmen, begrenzen etc.

maar in het werken met kinderen met hechtingsproblemen moet je het kind, volgens mij, juist heel veel ruimte geven, uitnodigen om contact te leren maken met zichzelf. Uitnodigen om te ervaren, om te doen. Kinderen met hechtingsproblemen laten vaak sociaal onaangepast gedrag zien. Het kind mag leren dat hij een eigen persoon is, en mag daarin leren om assertief te zijn. Om Ruimte voor zichzelf te creëren. Om zichzelf neer te zetten. Dat is wat het kind mag leren, om ruimte in te nemen. Dan moet die ruimte wel geboden worden door de therapeut.

- *Welke indicatie werd er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Vaak zat er bij de kinderen met wie ik werkte een vraag van de begeleiders en of docenten achter omdat het kind 'anders dan anderen' functioneerde. Je moet bedenken dat de begeleiders in het weeshuis vaak geen geschoolde achtergrond hebben en vanuit hun jarenlange ervaring met de kinderen in het weeshuis advies en hulp vragen aan 'ons' als therapeuten. Dit 'vreemde gedrag van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen kwam vaak naar voren in combinatie met een zwakke concentratie en moeizame sociale contacten met leeftijdgenootjes.

- *Welke behandeldoelen kwamen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Het overall behandel/ begeleidingsdoel van de kinderen met hechtingsproblematiek was om te leren om de verbinding aan te gaan, om aansluiting te vinden. Dit deden zij binnen de kunstzinnige therapie letterlijk, op papier met verf en krijt. Vaak hadden deze kinderen ook een zwakke concentratie en een verstoorde sociaal emotionele ontwikkeling.

- *Werkte je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*

Een van de belangrijkste doelen was om op papier steeds weer opnieuw, in verschillende vormen de verbinding aan te gaan, om kleuren samen te brengen en deze in vloeiende bewegingen te laten stromen. Om verschillende technieken en materialen samen te brengen tot een stevig en gebalanceerd geheel. Ik gebruikte in eerste instantie vaak nat-in-nat papier. Omdat het papier nat is vermengt de aquarelverf snel. Er is relatief weinig inbreng van het kind nodig om de kleuren samen te brengen doordat de kleuren bijna letterlijk samenvloeiden op het natte papier. Ik herhaalde dit werk vaak, maar dan steeds in een net iets andere vorm om het leuk en gevarieerd te houden voor het kind. Kleuren laten stromen in golven of in rechte lijnen of in lussen etc. Veel herhaling was sowieso iets wat ik vaak inzette bij kinderen met hechtingsproblematiek. Steeds weer opnieuw op allerlei manieren de verbinding aangaan. Als de kinderen de nat-in-nat techniek onder de knie hadden bood ik pastelkrijt aan. Weer kleuren laten mengen en samenkomen in stromende bewegingen, maar pastelkrijt is meer confronterend omdat het de tastzin stimuleert, je doet het direct met je handen. Met pastelkrijt gingen de kinderen de verbinding met hun kunstzinnige opdracht niet meer alleen op papier aan maar ook fysiek met de vingers. Eerst was er nog een penseel tijdens het schilderen die enige afstand creëerde tussen het kunstzinnige werk en het kind, maar zonder penseel en direct met de vingers komt zo'n kunstzinnige opdracht ineens letterlijk dichtbij. Dat voelen de kinderen ook en soms was er ook enige weerstand tot pastelkrijt waar ik ze dan overheen begeleidde. Vaak maakte ik met de kinderen van de 'stromende bewegingen' een herkenbaar beeld. Dan maakten we bijvoorbeeld van een lemniscaat-vorm (soort 8) een vogel, of een vis, of een poppetje, iets voor de kinderen herkenbaar was. Uiteindelijk ontstond er uit de beweging en uit het lijnenspel dan een herkenbare vorm. In deze vastere en herkenbare vorm werden de kinderen uitgedaagd om een vorm te zoeken in al die kleuren en bewegingen. Ik liet ze dan naar hun eigen kunstzinnige werk kijken, wat tot dan nu nog non-figuratief was. Ik vroeg hen dan om een vorm te zoeken. Misschien zagen ze wel een dier of een boom

opdoemen in het kleurenspeel wat ze eerder zelf non-figuratief op papier hadden gezet. Dit om een kind uiteindelijk meer vastigheid te geven. Dus om het kind als het ware zichzelf steviger neer te laten zetten. Door in therapie niet alleen te verbinden en te stromen maar het geheel uiteindelijk vast te zetten in een vorm laat je een kind onbewust ook steeds een klein beetje zoeken naar de vorm in zichzelf. Als de kinderen dan 'iets gevonden hadden' in hun non-figuratieve beeld mochten ze het beeld versterken. Zagen ze bijvoorbeeld een poes dan mochten ze de snorharen erbij tekenen en bijvoorbeeld de staart duidelijker uitwerken zodat ook de buitenwereld het beeld kon gaan herkennen als een poes, een bloem, een olifant etc. Veel kinderen met hechtingsproblematiek lijken uit losse stukjes te bestaan, alsof ze zo uiteen kunnen vallen. Ze missen vastigheid en een basis van waaruit ze kunnen opbloeien. Ik had in Honduras weinig de beschikking over klei, maar heb dit in Suriname wel ingezet bij de kinderen met hechtingsproblematiek die dat aankonden na het nat-in-nat werken en na net werken met pastelskrijt. Je vraagt heel veel van een kind als je hem of haar vraagt om met klei iets te maken. Want het kind moet dan letterlijk van een homp klei zelf vorm aanbrengen. Dat is voor kinderen met hechtingsproblematiek extra moeilijk.

- *Welke therapeutische interventies zette je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Het was heel belangrijk om het kind/ de jongere erbij te houden. Om hun vluchtigheid handen en voeten te geven. Om continue het kind bij de therapie te blijven betrekken. Om te werken aan aandachtsspanne en concentratie. Er is een zekere mate van concentratie nodig wil het kind/ de jongere zich kunnen verbinden met het werk wat hij aan het maken is. Snel afgeleid zijn draagt niet bij aan innerlijke groei van contact met jezelf. Daarnaast is het erg belangrijk om de verbinding/ de aansluiting tussen materialen, kleuren en bewegingen te stimuleren. Alle pragmatische onderdeeljes in hun kunstzinnige werk steeds maar weer samen laten komen. Steeds weer op zoek naar eenheid in het werk, naar een bepaalde stevigheid. Je kunt je voorstellen dat losse elementen met veel wit ertussen veel minder stevigheid bieden dan een samenhangend geheel. Als therapeut is het belangrijk om in heel kleine en langzame stapjes deze metamorfoses in het beeld aan te gaan. Je kunt niet verwachten dat een kind met hechtingsproblemen heel snel een samenhangend, stromend en krachtig beeld neerzet in zijn schilderijen. Er blijven vaak losse onderdeeljes hoe lang een kind ook al in therapie is. Steeds opnieuw moet er dan aandacht zijn voor die losse stukjes die 'aan elkaar moeten, die samen moeten komen op papier.

- *Welke therapeutische houding nam je aan bij het werken met deze doelgroep?*

Geduld, veel herhaling, ruimte geven. Aansturen en bijsturen als een soort begeleider. Aandacht hebben als een kind het moeilijk heeft of als de opdracht te dichtbij komt. Je moet als therapeut dan heel erg tot in detail naar het kind kunnen kijken. Vaak verteld het kind niet dat hij worstelt met het materiaal of met de opdracht, daar moet je als therapeut achter komen en het kind het zelfvertrouwen geven dat hij de moeilijke opdracht aan kan.

- *Welke materialen sloten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Honduras en kun je je nog werkvormen herinneren die goed bij deze doelgroep aansloten?*

Aquarelverf, zowel nat-in-nat als nat-op-droog en pastelskrijt, zie bovenstaande beschrijvingen.

- *Welke resultaten heb je behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

In de kunstzinnige therapie wordt ervan uitgegaan dat het kunstzinnige beeld wat op papier is ontstaan, een spiegel is van wat er innerlijk bij de cliënt speelt of leeft. Dat is het uitgangspunt

van deze antroposofische therapievorm. Hierdoor kun je als therapeut een analyse doen over het vrije werk van de cliënt. Je kunt het werk als het ware lezen aan de hand van kleuren, vormen, grootte van vormen, dichtheid (veel of weinig watergebruik) bladvulling (vooral bovenin, of vooral in het midden of vooral onderaan gewerkt.) Blad horizontaal of verticaal etc. Dat is allemaal informatie voor de kunstzinnig therapeut. Op papier, in het kunstzinnige werk, zag ik vaak dat kinderen in de verschillende therapeutische sessies stapjes zetten. Ze werkten meestal nog niet bladvullend maar wel met kleine verbindingen die op papier ontstonden. Er ontstonden dan bijvoorbeeld kleine clustertjes van kleuren in plaats van allemaal losse stipjes of streepjes. Kleine groepjes van kleurtjes bij elkaar, tegen elkaar aan geschilderd of soms kleurmengingen. Ik zag ook vaak dat de enorme weerstand die sommige kinderen hadden om met pastelkrijt te werken langzaam verdween en dat ze het vaak uiteindelijk heel leuk vonden om non-figuratief en dus 'vrij' zomaar iets te maken. Het voorstellingsvermogen groeide vaak ook, dan lukte het de kinderen bijvoorbeeld steeds beter om een onderwerp te vinden. Om bijvoorbeeld een koe te zien tussen de non-figuratieve bewegingen en kleuren, of een bloem etc. In het begin vonden de kinderen dat enorm moeilijk maar vaak vonden ze het steeds leuker worden. Daarin zie je ook een stukje groei van het zelfbeeld, een gevoel van trots.

- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Honduras vertrok?*

In het kunstzinnig werken is het proces voor mij als therapeut belangrijker dan het resultaat. In Midden- en Zuid Amerika heb ik ervaren dat het eindproduct als belangrijkste gezien wordt. Als het maar mooi is. En als het maar perfect is. Er mag niets 'fout' of asymmetrisch aan het resultaat zitten want dan is het niet goed. En het moet ook nog eens realistisch zijn. Allemaal dingen die voor ons in Nederland, maar ook in Europa en in de Verenigde Staten helemaal niet van belang zijn. Een olifant mag paars zijn, of roze met blauwe stippen. Speelsheid wordt vaak juist beter gewaardeerd dan het gekopieerde voorbeeld van de juffrouw. Al zijn het een paar kronkels en krassen, als een driejarig kind het gemaakt heeft vinden we het fantastisch. Het maakt niet uit dat het vormeloos is en alleen maar gekras. Wij (europa, VS) zien dat als een fase en een groeiproces. In Honduras mochten de allerkleinsten geen tekeningen maken voor hun padrinos want dat was niet mooi genoeg. Het gegeven dat er zo strak in een stramien gewerkt moet worden is moeilijk verenigbaar met de uitgangspunten die wij in Nederland van belang vinden in creatieve en kunstzinnige processen. Als therapeut geeft non-figuratief werken de meeste ruimte. Dat is de meest pure spiegeling van de ziel. In Honduras (en ook in Suriname maar in iets mindere mate) is het voor kinderen en jongeren heel moeilijk om 'niks' te maken. Alleen maar kleuren en bewegingen is in hun ogen niets. In Nederland kun je kinderen vragen om een schildering met kleuren te maken. Het hoeft niets te zijn, alles is goed. Soms hebben de kinderen dan wat tijd nodig om te schakelen maar het lukt ze altijd. In Honduras hadden kinderen verschillende voorbeelden nodig van non-figuratieve werken omdat ze geen idee hadden. Het stond zo ver van ze af. Het was een compleet andere manier van werken. Toch vroeg ik het non-figuratieve heel bewust van ze in de eerste kennismaking. Als ik de werkdoelen in beeld had koos ik voor de kinderen met gedragsproblemen, concentratieproblemen en soms ook met de kinderen met een laag zelfbeeld voor een figuratief proces. Als middenweg omdat ik wilde dat de kinderen zich trots konden voelen over hun werk. Met figuratief werk konden zij dat. Dus de invloed van de Hondureense cultuur op mijn werk was dat ik in een aantal gevallen dingen met de kinderen ging maken die uiteindelijk wel mooi waren en die ook herkenbaar waren. Het ging mij alsnog om het proces, maar door mijn werkwijze aan te passen aan de doelgroep kon ik voor mijn gevoel de brug slaan tussen twee culturen. Als kunstzinnig therapeut werk je alleen met verf, krijt en klei. Creatief therapeuten gebruiken veel meer verschillende materialen dan 'wij

als kunstzinnig therapeuten'. In Honduras had ik veel verschillende materialen nodig om de kinderen te kunnen boeien. Ik ben bijvoorbeeld gaan figuurzagen met kinderen met gedragsproblemen. Het zaagje is zo dun dat je je krachten moet beheersen want anders breekt het. Dat zijn dingen die ik mezelf heb aangeleerd in Honduras. Ik heb heel veel materialen leren gebruiken in de jaren dat ik in Honduras werkte. Hondurenen zijn resultaatgericht en om vruchtbare therapeutische processen aan te gaan heb ik ervoor gekozen om een middenweg te zoeken tussen hun voorkeur voor mooie resultaten en mijn non-figuratieve werken.

- *Tegen welke cultuurverschillen liep je aan tijdens het werken binnen NPH Honduras en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Honduras?*

Zie bovenstaande. Met de kinderen met hechtingsproblemen heb ik me wel heel bewust gefocust op het non-figuratieve omdat dat juist voor deze doelgroep zo ontzettend belangrijk is in mijn ogen. Zolang ik er voor zorgde dat er genoeg variatie in de opdrachten zat ging dat vaak prima. Het was zeker in mijn beginperiode in Honduras voor mij ontzettend zoeken naar een ingang en een manier om de kinderen en jongeren te werken.

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Het kan denk ik zeker helpen bij een eerste opzet in het werk. Misschien niet alleen gericht op kinderen met hechtingsproblemen maar ook in het algemeen. Er zijn grote culturele verschillen en het hebben van wat achtergrondinformatie over hoe kunst en creativiteit in die culturen gezien worden, is in mijn ogen van onschatbare waarde. Als je dat al weet van de kinderen waar je mee gaat werken kun je daar vanaf het allereerste begin al rekening mee houden. Ik vind het moeilijk om te zeggen of er een verschil is tussen Midden/Zuid-Amerikaanse kinderen met hechtingsproblemen en bijvoorbeeld Nederlandse kinderen met hechtingsproblemen omdat ik eigenlijk nooit met 'echt' Nederlandse kinderen gewerkt heb. Zelfs op mijn Nederlandse stageplaatsen werkte ik met kinderen met andere culturele achtergronden. De manier van werken in Honduras is heel anders dan in Nederland en ik denk zeker dat het prettig is om ideeën en suggesties aangereikt te krijgen van wat (over het algemeen) aansluit bij 'deze' kinderen en wat niet. Om niet steeds weer opnieuw het wiel te moeten uitvinden als therapeut in een NPH weeshuis. Ik denk dat iedere therapeut in het buitenland een eigen zoektocht door zal gaan, ongeacht of er een goede overdracht van therapieën was of niet. Ik heb een goede overdracht gekregen van mijn voorganger, maar toch heb ik zelf als persoon en als therapeut heel erg moeten zoeken naar hoe ik mijn therapie doelen kon vertalen naar de kinderen en jongeren in Honduras. Ik denk dat een persoonlijke zoektocht op zich ook prima is maar een handleiding om therapie te geven aan kinderen en jongeren in Midden-Amerika lijkt me een goed idee omdat er bijvoorbeeld ook positieve en minder positieve ervaringen van andere therapeuten in Midden- en Zuid Amerika in kunnen staan en je zo succesverhalen kunt gebruiken en van de ervaringen van anderen kunt leren. Samen weten meer dan een.

Bijlage 9: Interview Franziska Müller

April 2014

Interview – Franziska Müller – *beeldend therapeut NPH Honduras*

- *Hoelang werk je al als beeldend therapeut binnen NPH Honduras?*

Ik werk in NPH Honduras sinds februari 2014.

- *Welke handvatten/informatie kreeg je mee toen je er heen ging of kreeg je aangereikt toen je daar aankwam?*

Vooraf heb ik een handboek over de Ranch toegestuurd gekregen die ik heb gelezen. Toen ik hier heen kwam heb niet echt informatie aangereikt gekregen over mijn beroep of werkplek omdat op dit moment geen beeldend therapeut hier bezig was. Daarom moest ik alle dingen wel een beetje zelf uitvinden.

- *Kom je hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH Honduras?*

In het geheel kom ik wel best veel kinderen tegen die met een hechtingproblematiek gediagnosticeerd kunnen worden. Het is wel zo dat volgens mij de kinderen hier niet echt gediagnosticeerd worden. Maar binnen de therapie is deze problematiek ook voor de hand liggend. En ik zie het hier ook op heel veel verschillende manieren naar voren komen. De kinderen uiten het door verschillende gedragingen, zoals heel erg en snel gehecht te raken of juist helemaal niet en bijna niet in contact te gaan of dat het bijna richting persoonlijkheid problematieken gaat waar het de ene dag of zelf het ene uur heel dicht bij is en dan in het andere moment weer helemaal niet in het contact is. Het is heel erg wisselend.

- *Waar herken je hechtingsproblemen aan bij de kinderen en jongeren binnen NPH Honduras en welke (gedrags)problemen komen voort uit hechtingsproblematiek?*

Ja deze vraag heb ik meer of minder al in de vraag daarvoor beantwoord.

Het is te observeren dat de hechtingsproblemen zich bij de kinderen op veel verschillende manieren uiten (Op zich zijn alle drie typering van hechting problematieken hier vertegenwoordigt. Sorry maar ik weet de drie typen zelf niet uit mijn hoofd maar die kan je daar wel aan koppelen).

Sommige kinderen zijn heel erg communicatief en open en komen direct naar je toe willen je leren kennen en vertellen meteen hun hele verhaal, dat het bijna al te veel is. En die zich ontzettend snel aan je hechten ofwel je nieuw bent en ze je helemaal nog niet kennen.

Andere kinderen zijn super wantrouwig en praten helemaal of bijna niet met je en het is heel moeilijk om met hun in contact te komen.

Wat ook heel vaak gebeurt dat de kinderen soms heel lief en super enthousiast zijn om je te zien en doen als of je de leukste vrijwilliger van alle bent en dan een dag later of een uur later doen ze als of je niet meer bestaat en willen niet meer met je praten. Dus een extreme wisseling van in het contact en uit het contact gaan.

Maar ik moet er ook bij zeggen dat niet alle kinderen zo zijn, maar dat zijn wel voorbeelden van kinderen waar een hechtingsproblematiek gediagnosticeerd kan worden.

- *Hoe uit hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie met kinderen en jongeren binnen NPH Honduras?*

Op verschillende manieren...het is aan de ene kant heel aanwezig doordat de kinderen zich afhankelijk maken van mij en steeds om waardering vragen en vragen of dat wat ze doen wel mooi is. Dus ze hebben iemand nodig voor de waardering en zetten zichzelf in de afhankelijkheidspositie.

Een ander voorbeeld is dat een aantal kinderen heel erg wantrouwig zijn tegenover mij. Dus dat ze bijna niet in contact gaan met mij. Ze willen nauwelijks praten en laten zich ook nauwelijks helpen, ze willen het liever zelf proberen.

- *Had je al kennis van hechtingsproblematiek voor je naar Honduras vertrok?*

Ja ik heb al eerder met kinderen met hechtingsproblematieken gewerkt.

- *Zijn er ervaringen geweest voorafgaand aan je tijd binnen NPH Honduras die je hebben geholpen bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Doordat ik al eerder met kinderen in een weeshuis heb gewerkt wist ik wel meer of minder wat ik voor een doelgroep te verwachten heb, dat heeft mij wel een stuk geholpen om niet helemaal verrast te zijn.

- *Hoeveel cliënten met hechtingsproblemen heb je in de beeldende therapie?*

Dat is moeilijk te zeggen omdat de kinderen niet officieel gediagnosticeerd zijn. Maar bij de kinderen waar ik duidelijk trekken van een problematiek zie zijn het ca. 18kinderen. Meer dan de helft in ieder geval.

- *Welke randvoorwaarden zijn nodig om beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen NPH Honduras uit te voeren?*

Je moet eigenlijk de Spaanse taal beheersen dat is heel belangrijk. Verder moet je heel veel geduld en openheid tonen voor de interesses van de kinderen. Door het cultuurverschil hebben de kinderen hier vaak heel andere interesse binnen beeldende therapie dan in Duitsland of Nederland en daarin is het wel belangrijk om begrijpelijk te blijven en openheid te tonen.

- *Welke indicatie wordt er gesteld voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Deze vraag kan ik niet echt beantwoorden omdat het systeem hier niet zo uitgewerkt is dat

kinderen echt gediagnosticeerd worden en dan een indicatie krijgen voor een therapie, vooral omdat beeldende therapie hier de enige psychotherapeutische aanbod is.

- *Welke behandeldoelen komen voornamelijk terug in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Zeker voornamelijk het verbeteren van het zelfbeeld: zelfwaardering, zelfacceptatie, zelfactualisatie, zelfvertrouwen, zelfverantwoordelijkheid zijn allemaal heel belangrijke en vaak voorkomende doelen.

- *Werk je volgens een bepaalde methode bij het werken met kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis?*

In het geheel heb ik me op de methode MBT (Mentalization Based Treatment) gespecialiseerd, waarover trouwens mijn afstudeerscriptie ging. En ik probeer deze methode te implementeren maar dat is niet zo heel makkelijk als verwacht omdat de werkwijze met de kinderen hier toch heel anders is dan thuis.

- *Welke therapeutische interventies zet je in bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

De interventies die ik hierbij ter ondersteuning gebruik zijn aan de ene kant vragen naar wat het kind wil doen of aan het doen is. Daarin geef ik ook interventies op technisch gebied als het nodig is. Daarnaast gebruik ik verbaal en met de kinderen hier vooral ook non-verbaal spiegelen als interventie. Hierbij beschrijf ik verbaal de handelingen van het kind of herhaal non-verbaal de beweging die het kind aan het doen is. Met de kinderen hier heeft het non-verbaal spiegelen een kennelijk effect wat de bewustwording van het eigen handelen van het kind betreft.

- *Welke therapeutische houding neem je aan bij het werken met deze doelgroep?*

Vanuit de MBT behandelmethode wordt de therapeutische houding als 'niet-wetend' en 'zoekend' beschreven. Daarmee wordt bedoeld dat de therapeut samen met de cliënt op zoek gaat naar wat er aan de hand is. Dus dat de therapeut het vooraf niet weet en de cliënt verteld hoe het zit, maar dat er samen op zoek gegaan wordt. Dus daarin ben ik wel ondersteunend en helpen door bepaalde materialen aan te reiken die het proces ondersteunen. Maar de verloop van de sessie en van het proces in het geheel wordt niet vooraf bepaalde dat is een flexibel zoekpad.

- *Welke materialen sluiten aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Honduras en kun je werkvormen benoemen die goed bij deze doelgroep aansluiten?*

Wat opvallend is bij de kinderen hier is dat ze minder de behoefte hebben om met materialen te experimenteren en te spelen. Vaak gaat het om het maken van een mooi product. Daarin worden verschillende materialen gebruikt zoals kleurpotloden, acryl verf, wasco, softpastel, veel glitter (ze houden allemaal van glitter) en klei zijn de materialen die ik vooral gebruik.

Ik heb met veel kinderen mandala's gekleurd, omdat het een duidelijk opdracht is met een mooi product als succeservaring. Vaak laat ik de kinderen ook vrij kiezen wat ze graag willen doen, met de kinderen waar ik weet dat ze zelf op een idee komen. Of ik ga met hun met klei werken en leidt dit in door een duimpootje te maken en werk daar dan op verder als ze het leuk vinden. Maar in het geheel zijn het allemaal redelijk eenvoudige (drempelverlagende) activiteiten met een succeservaring.

- *Welke resultaten heb je (tot nu toe) behaald in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?*

Dat vind ik een moeilijke vraag omdat dit in het geheel erg uiteenloopt!

Ik zou het in het geheel zo willen zeggen erg zijn kinderen waar langzaam aan kleine vooruitgangen te zien zijn, maar de spelen zich allemaal op veel verschillende gebieden af. De ene gaat meer in het contact, de andere heeft de succeservaringen dat die stofflapjes kan knippen en een ander durf te zegen wat die wil en wat niet. Maar dat is wel echt heel verschillend.

- *Welke invloed heeft de Latijns-Amerikaanse cultuur op het werken daar en had je al kennis van de verschillende cultuurverschillen voordat je naar Honduras vertrok?*

Ik moet eerlijk zeggen dat de cultuur hier mij best wel gechoqueerd heeft. Doordat ik best wel laat aangenomen werd had ik niet de tijd om in het detail ermee bezig te zijn in hoe verre de cultuur in Latijns-Amerika verschilt. Maar de zichtwijze van het leven en de manier hoe hier geleefd wordt is toch heel anders. En dat merk ik heeft ook een best wel grote invloed op de manier van therapie geven hier.

- *Tegen welke cultuurverschillen loop je aan tijdens het werken binnen NPH Honduras en met welke cultuurverschillen moet je als beeldend therapeut rekening houden in de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH Honduras?*

Het cultuurverschil waar ik het meest tegen aanloop is dat de definitie van kunst en creativiteit hier absoluut totaal anders is! In het begin vond ik dat heel erg moeilijk omdat ik het verschil in zijn geheel niet echt begreep en het niet snapte waarom de dingen die ik doe hier niet werken. Maar de grootste belangstelling in deze cultuur is dat alles heel mooi wordt. Schoonheid en perfectionisme staat helemaal boven aan in alles wat je kan bedenken wat met kunst te maken heeft. En ik ben opgeleidt dat het beeldend proces centraal staat en het product meestal een resultaat is. Maar dat is hier dus niet zo. Het product gaat altijd en overal aan de ervaring en het experiment vooruit en dat vind ik best wel moeilijk want zo werkt beeldende therapie eigenlijk niet. Daarom is het van belang om te kijken hoe het mogelijk is om een tussenweg te vinden.

Binnen de therapie merk ik dan dat is bij bijna alle kinderen belangrijk is om materialen of activiteiten aan te bieden die een succeservaring zijn voor de kinderen wat het product betreft.

- *Denk je dat een handleiding voor startende beeldend therapeuten met informatie over het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen in weeshuizen in Latijns-Amerika en handvatten voor het geven van beeldende therapie aan deze doelgroep, een toevoeging kan zijn aan de kwaliteit van de beeldende therapie binnen de NPH-huizen? En zo ja, wat voor een toevoeging kan dit hebben?*

Naar mijn mening zou dat een heel mooie toevoeging kunnen zijn als het mogelijk is om een algemene handleiding te creëren. Zelf denk ik dat dit wel alleen maar kan als er duidelijke overeenkomsten te vinden zijn in de verschillende landen om dan te kijken hoe je er een geheel van kan maken. Maar als dat mogelijk zou zijn, denk ik zou het een heel mooie toevoeging kunnen zijn voor beginnende BT in de huizen. En ik denk vooral voor BT uit Europa (Nederland, Duitsland en België). Dat de therapeuten vooraf al een beter idee hebben wat ze kunnen verwachten en misschien ook een beetje inspiratie als beginstap ter beschikken hebben, omdat het in de eerste maanden toch best wel moeilijk is.

Bijlage 10: Interview Aura Maristel Avilés

Interview antwoorden Aura Maristel Avilés – Psychologe NPH Nicaragua

Originele versie

11/05/2014

1. *En contacto con los niños y jóvenes en NPH ha observado el trastorno reactivo de vinculación y en qué cantidad?*

Tomando en cuenta los síntomas (desnutrición, hipervigilia, resistencia a la comida evasión, torpeza, apatía, poca energía, tristeza) del trastorno reactivo de vinculación en la infancia se han recibido ciertos casos podría decirse que como un treinta por ciento de la población en general en años anteriores si se recibían mas estos casos, en estos momentos de los casos de una población de 12 menores, sin embargo su explicación radica mas en termino de alteraciones orgánicas, por ejemplo Miguel Zamora cuando llego a la edad de 2 añitos tenía todos los síntomas, mas el tiene comprobado que hay alteración neurológica, al igual que Roberto, Carmen quien ya ha presentado alteraciones de Pica. La gravedad y el curso del trastorno dependen de los factores individuales del niño y de la persona a cargo, psicosocialmente en NPH se les brindan las herramientas por lo que si recuerda del tiempo que estuvo en Nicaragua como muchos niños en 2 semanas se adaptaban al ritmo de la casa, en otros casos tardan más tiempo, por ejemplo hace 5 meses recibimos una menor que hasta hace tres meses se ha acoplado al resto de las menores. En cuanto a los y las jóvenes considero que una de las grandes fortalezas que permite superar el trastorno es hecho de enseñarle que en NPH puede encontrar personas que le brindaran un afecto sincero y que si bien es cierto que el horario de vida en muchos casos es una limitación esto les permite crear estructura y adoptar mecanismo de sobrevivencia. En muchos adolescentes aparecen síntomas similares o se pueden decir asociados por la carencias afectivas sin embargo se puede decir que esta población se mantiene en un treinta por ciento de la población total.

2. *Usted da talleres ó información sobre el trastorno reactivo de vinculación á los empleados que trabajan con los niños y jóvenes en NPH?*

Los talleres están enfocados siempre en pro del desarrollo Bio-psicosocial de los y las niñas, se enfoca en trabajo formativo, y de relación afectiva del educador con el menor.

3. *Cómo se expresan el trastorno reactivo de vinculación en el actitud de los niños y jóvenes y que problemas traie consigo?*

Problemáticas presente en NPH

Como en un 15 porciento rechazo a las reglas, por lo general expresan estar aburridos, y mostrar apatía aunque frecuentemente participa en las actividades si están presentes aquellas personas que son muy significativas para ellas (enamorado o enamoradas)

Vocabulario

Así que con mucha certeza puedo decir que solamente existe dos caso que cumple con las características o criterios del DSM-IV.

4. *Cómo se diagnóstica trastorno reactivo de vinculación y que instrumentos de medición se utilizan?*

1* Se evalúa el nivel de desarrollo para esto tenemos tomar en cuenta la edad cronológica del o la muchacha, parámetros de crecimientos y perímetros craneales, test Bender, Wisc, Figura del rey, Gessell entre otros, escala Bayley de desarrollo infantil

2* Realizar entrevista a las responsable del o la menor para conocer, para conocer las conductas adaptativas

3* Examen neurológico

4* criterios diagnostico del DSM-IV

Se debe tomar en cuenta que los niños en situación es severas de privación pueden presentar alteraciones en la interaccion es sociales, comunicación, comportamiento, pero que estos tienden a mejorar en respuesta a un ambiente adecuado de cuidados.

5. *Los niños que presentan el trastorno reactivo de vinculación, o las problemas que traie consigo, son un motivo suficiente para canalizarlos á la terapia de arte?*

En algunos casos si sin embargo como es de su conocimiento que en algunos casos con buena identificación con los cuidadores se supera el trastorno y se adaptan.

Interview antwoorden Aura Maristel Avilés – Psychologe NPH Nicaragua

Nederlandse vertaling

11/05/2014

1. *Komt u hechtingsproblematiek tegen bij de kinderen en jongeren binnen NPH en kunt u een inschatting maken hoe groot deze doelgroep is?*

De symptomen van hechtingsproblematiek (ondervoeding, hyperactief, weerstand tegen eten, onbeholpenheid, apathie, weinig energie, verdriet) in acht genomen, hebben we deze bij verschillende casussen in de vroege jaren van de kinderen gezien. We zouden kunnen zeggen dat zo'n dertig procent van de gehele groep kinderen/jongeren in voorgaande jaren een dergelijke casus heeft gehad. Op dit moment is er een groep van 12 kinderen, hoewel bij hen de oorzaak toegeschreven kan worden aan lichamelijke verstoringen. Bijvoorbeeld toen Migual Zamora op tweejarige leeftijd binnen kwam had hij alle bovengenoemde symptomen. Daarnaast werden er ook neurologische verstoringen vast gesteld, evenals bij Roberto en Carmen die deze buitengewone gedragingen hebben laten zien. De hoedanigheid en het proces van de stoornis hangt af van de individuele factoren van het kind en zijn verantwoordelijke. Psychosociaal gezien bieden we hen binnen NPH de handvatten aan, zoals jij je zult herinneren van de tijd in Nicaragua, de meeste kinderen passen zich binnen twee weken aan, aan de structuur van het huis. In sommige gevallen kost het ze meer tijd, bijvoorbeeld vijf maanden geleden hebben we een kind opgevangen die pas na twee maanden zich heeft kunnen aanpassen aan de rest van de kinderen. Wanneer we het over de jongeren hebben beschouw ik als een van de grootste krachten, dat zij deze stoornis kunnen overwinnen door ze te laten zien dat je in NPH personen kunt leren kennen aan wie je je kunt binden en je je eerlijk kunt hechten. Het is waar dat een schema/rooster van je leven in de meeste gevallen een beperking is, echter zorgt dit voor structuur en de ontwikkeling van overlevingsmechanismen. Bij veel jongeren zijn vergelijkbare symptomen zichtbaar. Je kunt ook zeggen dat er een vergelijking is door gebrek aan affectie bij deze jongeren. Los daarvan, kunnen we zeggen dat deze groep binnen dertig procent van de gehele populatie binnen NPH valt.

2. *Geeft u ook informatie over hechtingsproblematiek aan het personeel binnen NPH?*

De cursussen zijn altijd gericht op de bio-psychosociale ontwikkeling van de kinderen. De focus komt terug in het vormend werk en in het opbouwen van een affectieve relatie tussen de begeleider en het kind.

3. *Hoe uit hechtingsproblematiek zich bij de kinderen en jongeren binnen NPH en welke (gedrags) problemen komen voort uit hechtingsproblematiek?*

Aanwezige problematiek binnen NPH

Zo'n vijftien proces van de kinderen/jongeren houdt zich niet aan de regels, over het algemeen uitten ze zich verveeld en laten ze apathie zien. Hoewel ze regelmatig meedoen aan de activiteiten, gebeurt dit alleen als de personen (mogelijke geliefden) aanwezig zijn die veel voor hen betekenen.

Vocabulaire

Vandaar dat ik met veel zekerheid kan zeggen dat er alleen twee casussen bestaan die voldoen aan de karakteristieken of de criteria van de DSM-IV.

4. Hoe stelt u de diagnose hechtingsproblematiek en maakt u hierbij gebruik van meetinstrumenten?

1. Het ontwikkelingsniveau wordt geevalueerd, hierbij wordt de chronologische leeftijd van het kind meegenomen, de ontwikkeling van de groei en het brein. Test Bender, Wisc, Figura del Rey (Complexe figuurtest van Rey), Gesell en de schaal van Bayley van de ontwikkeling van het kind.

2. Het realiseren van een gesprek met de verantwoordelijke van het kind om zijn/haar aangepaste gedrag te leren kennen.

3. Neurologisch examen.

4. Diagnostische criteria uit de DSM-IV.

Men moet er rekening mee houden dat de kinderen binnen deze moeilijke situatie van vrijheidsbeperking meer verstoringen in sociale interactie, communicatie en gedrag kunnen laten zien. Maar dit zal verbeteren binnen een beschermende omgeving.

5. Zijn hechtingsproblemen of de problemen die hieruit voort komen een indicatie voor de beeldende therapie?

In sommige gevallen is dit van belang zoals je weet, maar in sommige gevallen, met een goeie band tussen het kind en de verzorgers, komen ze de problematiek te boven zonder therapie en passen zij zich aan.

-Enquêtes-

Bijlage 11: Inge vulde enquêtes

Ex-vrijwilligers bijeenkomst NPH zondag 1 maart 2015
Rosa de Jong, afstudeeronderzoek Creatieve therapie beeldend

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest? Bolivia
- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang? juli 2013 t/m aug. 2014
- Welk beroep heb je daar uitgeoefend? Sponsorship coördinator

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

- | | |
|--|---|
| ☐ Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden. | ☐ Het kind is overdreven waakzaam. |
| ☐ Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten. | ☒ Het kind reageert afwijzend op sociaal contact. |
| ☒ Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen. | ☒ Het kind is teruggetrokken en lusteloos. |
| ☒ Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben. | ☐ Het kind is apathisch, onzeker en huult niet. |
| ☒ Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig. | ☒ Het kind speelt mee zonder plezier. |
| ☐ Het kind zoekt geen oogcontact. | ☐ Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats. |
| ☒ Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht. | ☒ Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet. |
| ☒ Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'. | ☒ De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is. |
| ☒ Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. | ☐ Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan. |
| ☒ Het kind is snel gefrustreerd. | ☒ Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen. |
| ☒ Het kind laat zich niet troosten. | ☐ Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid. |
| ☐ Het kind leert weinig uit ervaringen. | ☒ Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen. |
| ☐ Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid. | |
| ☒ Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd. | |

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

☒ Ja / ☐ Nee

3. Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?

☒ Ja / ☐ Nee

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

Ja / ☒ Nee

Zo ja, waar was dit?

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

☒ Ja / ☐ Nee

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

Bij een aantal kinderen zag je gedrag dat volgens mij wijst op hechtingsproblemen (Ik ben natuurlijk geen specialist). Zo waren een aantal bijv erg claimend eenzijdig of juist afwijzend.

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest?..... Bolivia
- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang?..... van mei 2013 - november 2014
- Welk beroep heb je daar uitgeoefend?..... verpleegkundige

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

- | | |
|--|--|
| ☒ Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden. | ☐ Het kind is overdreven waakzaam. |
| ☐ Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten. | ☒ Het kind reageert afwijzend op sociaal contact. |
| ☐ Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen. | ☒ Het kind is teruggetrokken en lusteloos. <u>sommige</u> |
| ☒ Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben. | ☐ Het kind is apathisch, onzeker en huilt niet. |
| ☒ Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig. | ☐ Het kind speelt mee zonder plezier. |
| ☐ Het kind zoekt geen oogcontact. | ☐ Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats. |
| ☒ Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht. | ☒ Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet. |
| ☐ Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'. | ☐ De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is. |
| ☐ Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. | ☒ Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan. |
| ☒ Het kind is snel gefrustreerd. | ☐ Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen. |
| ☐ Het kind laat zich niet troosten. | ☒ Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid. |
| ☐ Het kind leert weinig uit ervaringen. | ☒ Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen. |
| ☒ Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid. | |
| ☒ Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd. | |

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

☒ Ja / ☐ Nee

3. Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?

☒ Ja / ☐ Nee

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

☒ Ja / ☐ Nee

Zo ja, waar was dit? Accuse kinderjeugdpsychiatrie

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

☒ Ja / ☐ Nee

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

Heb gemerkt dat sommige kinderen juist heel sterk
afgevoelen ondanks hun jeugd maar toch zie je wel
dat ze al snel zichzelf "geven" in open stellen voor
bijvoorbeeld nieuwe contacten. Toch zag ik dit
niet als altijd een uiting v/d hechtingsproblemen
omdat het ook hoort binnen het kader van
familiegevoel/sonen open staan voor nieuwe mensen.
In het algemeen vind ik het de kinderen bijzonder
sterk maar soms moeilijk om bij hun binnenwereld
te komen.

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie
hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest?..... Nicaragua

- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang?..... 2011 - 2013

- Welk beroep heb je daar uitgeoefend?..... Creatief Therapeut

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

- | | |
|---|--|
| ☒ Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden. | ☒ Het kind is overdreven waakzaam. |
| ☒ Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten. | ☐ Het kind reageert afwijzend op sociaal contact. |
| ☒ Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen. | ☒ Het kind is teruggetrokken en lusteloos. |
| ☐ Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben. | ☐ Het kind is apathisch, onzeker en huult niet. |
| ☒ Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig. | ☒ Het kind speelt mee zonder plezier. |
| ☐ Het kind zoekt geen oogcontact. | ☐ Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats. |
| ☒ Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht. | ☒ Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet. |
| ☒ Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'. | ☒ De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is. |
| ☒ Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. | ☐ Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan. |
| ☒ Het kind is snel gefrustreerd. | ☒ Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen. |
| ☐ Het kind laat zich niet troosten. | ☒ Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid. |
| ☐ Het kind leert weinig uit ervaringen. | ☒ Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen. |
| ☒ Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid. | |
| ☒ Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd. | |

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

☒ Ja / ☐ Nee

3. Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?

☒ Ja / ☐ Nee

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

☒ Ja / ☐ Nee

Zo ja, waar was dit?

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

Ja / Nee

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

~~Het~~ De meest zichtbare kenmerk was het vele knuffelen en je vasthouden zonder dat ze je echt kenden, om je vervolgens de dag erna te negeren.

Na dit gezien en ervaren te hebben zag je hoe ieder kind er op zijn eigen manier mee om ging, en hoeveel tijd het kostte om met sommige een vertrouwelijke relatie op te bouwen.

⊗ Frustrerend dat het door professionals in NPH nog niet ^(altijd) wordt herkend en dus ook niet altijd naar vord gehandeld / behandeld.

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest? *Guatemala*
- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang? *sinde 2000 gedurende 14 jaar*
- Welk beroep heb je daar uitgeoefend? *gemiddeld 2 x 2*
10 jaar tia babyhuis
4 jaar tia jongenshuis
aan de wijk
10er jaar
1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

- | | |
|--|---|
| ☒ Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden. | ☒ Het kind is overdreven waakzaam. |
| ☒ Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten. | ☒ Het kind reageert afwijzend op sociaal contact. |
| ☒ Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen. | ☒ Het kind is teruggetrokken en lusteloos. |
| ☒ Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben. | ☒ Het kind is apathisch, onzeker en huult niet. |
| ☒ Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig. | ☒ Het kind speelt mee zonder plezier. |
| ☒ Het kind zoekt geen oogcontact. | ☒ Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats. |
| ☒ Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht. | ☒ Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet. |
| ☒ Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'. | ☒ De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is. |
| ☒ Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. | ☒ Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan. <i>moeilyk te ontdelen</i> |
| ☒ Het kind is snel gefrustreerd. | ☒ Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen. |
| ☒ Het kind laat zich niet troosten. | ☒ Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid. |
| ☒ Het kind leert weinig uit ervaringen. | ☒ Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provoocerend seksueel gedrag en weglopen. |
| ☒ Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid. | |
| ☒ Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd. | |

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

Ja / ~~Nee~~

3. *Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?*

Ja / ~~Nee~~

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

Ja / Nee

Zo ja, waar was dit?.....

Zo ja, verschilden de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

Ja / Nee

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

ac de problemen ben ik wel bij de
 kinderen tegengekomen behalve
 de twee die ik heb doorsgehaald.
 Bij heel veel van de kinderen ben
 ik wel iets tegengekomen.
 En daarom praten lang met alle
 kinderen hechtvingsproblemen.
 Het is een groot verschil of je als baby
 al in het huiskomen of op latere
 leeftijd. Ik hoop dat je er iets aan hebt
 lykt. Het beter in de huizen met de psychologen
 te spreken. Veel succes, groet Yoke Braucart.

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

RosaRdejong@gmail.com

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest? Nicaragua
- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang? juli 2010 - juli 2011
- Welk beroep heb je daar uitgeoefend? Remedial teacher

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

- | | |
|--|---|
| ☒ Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden. | ☒ Het kind is overdreven waakzaam. |
| ☒ Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten. | ☒ Het kind reageert afwijzend op sociaal contact. |
| ☐ Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen. | ☒ Het kind is teruggetrokken en lusteloos. |
| ☒ Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben. | ☒ Het kind is apathisch, onzeker en huilt niet. |
| ☒ Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig. | ☐ Het kind speelt mee zonder plezier. |
| ☐ Het kind zoekt geen oogcontact. | ☐ Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats. |
| ☒ Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht. | ☒ Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet. |
| ☒ Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'. | ☒ De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is. |
| ☒ Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. | ☒ Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan. |
| ☒ Het kind is snel gefrustreerd. | ☒ Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen. |
| ☒ Het kind laat zich niet troosten. | ☒ Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid. |
| ☐ Het kind leert weinig uit ervaringen. | ☒ Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen. |
| ☒ Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid. | |
| ☒ Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd. | |

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

☒ Ja ☐ Nee

3. Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?

☒ Nee, maar destijds was ik niet bekend met het fenomeen.

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

☒ Ja ☐ Nee

Zo ja, waar was dit? Huidig werk VSO de Taalbrug

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

Ja ☒ Nee ☐

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

Wat achteraf gezien opvallend was, was het manipulatief gedrag; slachtofferrol aannemen en mensen in dader- en redderrol plaatsen. Het aanhankelijke gedrag van sommige kinderen bij vreemden was ook opvallend (en zorgwekkend).

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest? NPH Nicaragua.....
- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang? Voor 1 jaar in het jaar 2009-2010.....
- Welk beroep heb je daar uitgeoefend? Beeldend therapeute

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

O Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden.

x Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten.

x Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen.

x Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben.

O Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig.

x Het kind zoekt geen oogcontact.

O Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht.

x Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'.

O Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.

x Het kind is snel gefrustreerd.

O Het kind laat zich niet troosten.

x Het kind leert weinig uit ervaringen.

O Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid.

x Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd.

O Het kind is overdreven waakzaam.

O Het kind reageert afwijzend op sociaal contact.

x Het kind is teruggetrokken en lusteloos.

x Het kind is apathisch, onzeker en huilt niet.

O Het kind speelt mee zonder plezier.

O Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats.

x Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet.

x De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is.

O Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.

O Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen.

O Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid.

x Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen.

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

Ja / Nee

3. Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?

Ja / Nee

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

Ja / Nee

Zo ja, waar was dit ? Eerder in een weeshuis in Mexico en tijdens mijn werk in de jeugdhulpverlening, Horizon Rotterdam.....

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

Ja / Nee

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jou hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

Hechtingsproblematiek was voor mij herkenbaar in het moeite hebben met grenzen, weinig empathisch vermogen, afstandelijk in contact of juist heel erg claimend in contact. Ik zie vooral veel overeenkomsten tussen hechtingsproblematiek binnen NPH en binnen de hulpverlening in Nederland. Wat mij heel erg is opgevallen binnen NPH, is dat de kinderen erg zelfstandig zijn in hun doen en laten. Ze kunnen zich veelal goed zelf vermaken, ze kunnen hun eigen was doen, zichzelf verzorgen, uniform strijken. En daarbij zag ik dat de oudere kinderen de taak op zich nemen om de jongere kinderen allerlei vaardigheden bij te brengen, zoals strijken, afwas doen, etc. Ik verwacht dat hechtingsproblematiek binnen NPH veelvuldig voor komt. Kinderen hebben weinig tot geen contact met hun ouders door verlies, armoede, geweld, etc. Voordat een kind binnen NPH wordt geplaatst, heeft er vaak al veel plaats gevonden in het leven van het kind. Een veilige haven, wat onmisbaar is bij een goede hechting ontbrak daardoor.

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest? Dominicaanse Rep.
- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang? jan 2012 / juli 2013
- Welk beroep heb je daar uitgeoefend? visueel coördinator

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

- | | |
|---|---|
| ☒ Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden. | ☐ Het kind is overdreven waakzaam. |
| ☐ Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten. | ☒ Het kind reageert afwijzend op sociaal contact. |
| ☐ Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen. | ☐ Het kind is teruggetrokken en lusteloos. |
| ☒ Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben. | ☐ Het kind is apathisch, onzeker en huilt niet. |
| ☐ Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig. | ☐ Het kind speelt mee zonder plezier. |
| ☒ Het kind zoekt geen oogcontact. | ☐ Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats. |
| ☐ Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht. | ☐ Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet. |
| ☐ Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'. | ☒ De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is. |
| ☐ Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. | ☐ Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan. |
| ☐ Het kind is snel gefrustreerd. | ☐ Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen. |
| ☒ Het kind laat zich niet troosten. | ☐ Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid. |
| ☐ Het kind leert weinig uit ervaringen. | ☒ Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen. |
| ☐ Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid. | |
| ☒ Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd. | |

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. *Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?*

☒ Ja / ☐ Nee

3. *Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?*

☒ Ja / ☐ Nee

4. *Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?*

Ja / ☒ Nee

Zo ja, waar was dit?.....

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

Ja / ☐ Nee

5. *Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:*

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Enquête ex-vrijwilligers NPH

Onderwerp: Hechtingsproblematiek bij kinderen/jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika.

Ik wil je vragen of je me zou willen helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen. Ik ben namelijk benieuwd naar jouw ervaringen als vrijwilliger voor NPH omtrent hechtingsproblematiek in Latijns-Amerika. Alvast bedankt voor je medewerking.

- In welk NPH huis ben je vrijwilliger geweest? Nicaragua.....

- Wanneer heb je in het NPH huis gewerkt en voor hoelang? 2009-2010, 10 maanden.....

- Welk beroep heb je daar uitgeoefend? Dramatherapeut Stage.....

1. Kruis aan welke van de onderstaande (gedrags)uitingen/kenmerken je bij de kinderen en jongeren binnen het NPH huis bent tegengekomen.

X Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden.

X Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten.

X Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen.

X Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben.

X Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig.

O Het kind zoekt geen oogcontact.

X Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht.

X Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'.

O Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.

X Het kind is snel gefrustreerd.

O Het kind laat zich niet troosten.

O Het kind leert weinig uit ervaringen.

O Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid.

X Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd.

O Het kind is overdreven waakzaam.

X Het kind reageert afwijzend op sociaal contact.

X Het kind is teruggetrokken en lusteloos.

O Het kind is apathisch, onzeker en huult niet.

O Het kind speelt mee zonder plezier.

O Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats.

X Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet.

X De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is.

O Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.

X Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen.

X Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid.

O Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weggelopen.

Deze (gedrags)uitingen zijn kenmerken van hechtingsproblematiek.

2. Ben je bekend met het begrip 'hechtingsproblematiek'?

Ja / Nee

3. Ben je hechtingsproblematiek tegen gekomen in het NPH huis?

Ja / Nee

4. Ben je eerder in je werk/leven kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek tegengekomen?

Ja / Nee

Zo ja, waar was dit? Jeugdzorg Rotterdam.....

Zo ja, verschilde de hechtingsproblemen van die van de kinderen en jongeren in NPH huizen in Latijns-Amerika?

Ja / Nee

5. Zou je hier over je eigen ervaringen met hechtingsproblematiek willen schrijven?:

Wat is volgens jouw hechtingsproblematiek? Waaraan herkende je hechtingsproblemen binnen het NPH huis? En welke eventuele verschillen heb je opgemerkt tussen hechtingsproblemen binnen het NPH huis in Latijns-Amerika en hechtingsproblemen uit eventuele eerdere ervaringen?

Wat ik veel ben tegengekomen bij NPH Nicaragua is het gedrag van aantrekken en afstoten en claimend gedrag. Verschillen zijn misschien dat de kids bij NPH Nicaragua naar elkaar toe erg sociaal leken, er was veel onderling contact, er waren veelvriendschappen. Dit leek in ieder geval zo. Terwijl ik dit bij Nederlandse kinderen met hechtingsproblematiek minder terug zag. Een ander verschil is dat kinderen in Nicaragua wel erg aanhankelijk zijn naar vreemden, ook lichamelijk, knuffelen enzo. Maar dit heeft misschien ook met de cultuur te maken

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!

Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan hoe middels beeldende therapie hechtingsproblematiek te behandelen is in de NPH huizen in Latijns-Amerika.

Bijlage 12: Deelvraag 1

Wanneer is beeldende therapie geïndiceerd bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen?

12.1 Literatuur

‘Een indicatie stellen betekent de vraag beantwoorden of een bepaalde vorm van therapie geschikt is’ (Smeijsters, 2008, p.135). In het Handboek Beeldende Therapie van Schweizer (2009) wordt benoemd dat een indicatiestelling rechtstreeks voortkomt uit de gestelde diagnose. ‘Een volledige indicatiestelling omvat zowel de problematiek, de behandeling die hierbij aansluit, het effect van deze behandeling, de verklaring waarom de behandeling effect heeft (vanuit psychologische theorieën of specifiek beeldendtherapeutische theorieën) en de randvoorwaarden die vervuld moeten zijn, wil de behandeling kunnen slagen (Smeijsters, 2006, 2008)’ (Schweizer, 2009, p. 150).

Bij het stellen van de diagnose problematische gehechtheid is een onderzoek door deskundigen vereist. Allereerst vraagt een dergelijk onderzoek om een onderzoek naar de geschiedenis van het kind en van zijn verzorgers. Vervolgens moeten er testen afgenomen worden die gericht zijn op het constateren van een problematische gehechtheid. Hierbij is de observatie van de interactie tussen verzorgers en kind een belangrijk onderdeel. Juist in de interactie, het contact met het kind, worden door ouders/verzorgers problemen ervaren. Verder moet er gekeken worden of er sprake is van een ontwikkelingsstoornis of een stoornis op het autistisch spectrum. Een aantal verschijnselen bij deze problematiek komen namelijk overeen met verschijnselen die horen bij een problematische gehechtheid. Bij een stoornis binnen het autistischespectrum heeft het kind/de jongere onder andere problemen in het maken van contact met anderen, het zich inleven in anderen en is het fantasiespel vaak nauwelijks ontwikkeld. Deze verschijnselen zijn ook bij een kind of jongere met een problematische gehechtheid te constateren. Hieruit kan geconstateerd worden dat het niet eenvoudig is om een goede diagnose te stellen (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p. 43/44). Dit betekend echter niet dat er zonder diagnose geen behandeling mogelijk is gericht op hechtingsverwante problemen. ‘Kan de diagnose problematische gehechtheid niet gesteld worden maar zijn er wel kenmerken die in die richting wijzen, dan is eveneens professionele hulp aan te raden’ (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p. 82).

In het boek Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren van C. Schuengel, J. Venmans, R. van IJzendoorn en M. Zegers, worden de indicaties voor het behandelen van jongeren met hechtingsproblematiek als volgt beschreven:

- ‘Voorgeschiedenis met verliezen en separaties van ouders, adoptie, pleegzorg, tehuiszorg. Reden: Deze ervaringen kunnen leiden tot ernstige onveilige gehechtheidstrategieën.
- Geschiedenis van ernstige conflicten met ouders en ouderfiguren. Reden: Deze conflicten kunnen zowel oorzaak en gevolg zijn van ernstige onveilige gehechtheidstrategieën.
- Extreem relationeel gedrag (zoals bijvoorbeeld seksuele misdragingen, slachtoffer van seksuele exploitatie zoals door loverboys, weggelopen met anderen). Reden: Dergelijke gedragingen kunnen een uiting zijn van een gestoorde manier van zelfregulatie (Burk & Burkhart, 2003) of duiden op het ernstig disfunctioneren van bestaande gehechtheidsrelaties als veilige haven (bijvoorbeeld als de jongere ernstig gevaar, angst of verdriet niet aan de ouders laat merken)’ (Schuengel, Venmans, van IJzendoorn, Zegers, 2006, p. 91/92)

‘In de afgelopen jaren zijn bepaalde psychodiagnostische stoornissen en functionele problematieken getraceerd waarvoor beeldende therapie geïndiceerd wordt. Dit zijn: aandachtstoornissen, burn-out, relatieproblemen, onzekerheid, spanningsklachten, traumatische ervaringen, eetproblemen, faalangst, negatief zelfbeeld, gedragsproblemen, concentratieproblemen, verliesverwerking, agressiviteit, geen overzicht meer hebben, leeg voelen, emoties moeilijk kunnen verwoorden, contactproblemen of sociale onhandigheid, identiteitsproblemen (wie ben ik, wat kan ik, wat wil ik), seksueel misbruik, chronische pijn, somberheid, moeite met samenwerken, moeilijk grenzen kunnen aangeven, angst’ (Schweizer, 2009, p.154). Een hechtingsstoornis of hechting gerelateerde problemen, volgen uit relatieproblemen tussen het kind en de opvoeder. Hechtingsproblemen komen vaak voort uit traumatische ervaringen uit de vroege kinderjaren in relatie met de opvoeder, bijvoorbeeld door mishandeling, seksueel misbruik of verwaarlozing (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.33). Verliesverwerking sluit ook aan bij het behandelen van hechtingsproblematiek, gezien het verliezen of een separatie van de ouders of verzorgers. Hechtingsproblematiek gaat vaak gepaard met gedragsproblemen en kan zich uiten in acting out gedrag, agressiviteit, emoties moeilijk kunnen verwoorden, moeilijk grenzen kunnen aangeven en herkennen en identiteitsproblemen. Deze problemen zijn indicaties voor beeldende therapie. Thoomes-Vreugdenhil geeft in haar boek ‘Hechtingsproblemen bij kinderen’ aan dat uit onderzoeken over de kindertijd is gebleken dat veilig gehechte kinderen sociaal vaardiger zijn, gemakkelijker contacten maken, meer positieve gevoelens laten zien en minder frustratie en agressie tonen dan onveilig gehechte kinderen. Ook worden veilig gehechte kinderen meer geaccepteerd door leraren en leeftijdsgenoten en zijn beter in het oplossen van conflicten dan onveilig gehechte kinderen. Over veilig gehechte adolescenten schrijft Thoomes-Vreugdenhil dat zij meer positieve gevoelens, minder depressieve klachten, een positievere zelfwaardering, meer zelfstandigheid, betere sociale relaties, meer echte vriendschappen en een betere ontwikkeling naar intieme relaties hebben dan onveilig gehechte adolescenten. Ook geeft zij aan dat een veilige gehechtheid, een positieve zelfwaardering geeft. Dit houdt in dat kinderen positief over zichzelf denken (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.27). ‘Bij onveilige gehechtheid kan de zelfwaardering negatief zijn’ (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.27). Het werken aan een negatief zelfbeeld is een van de belangrijkste behandeldoelen binnen de vaktherapie omdat het zelfbeeld behoort tot een van de vier kerngebieden (Zelfbeeld, Emoties, Interactie en Cognities) die uit de resultaten van het algemene praktijkonderzoek naar vaktherapie komen (Smeijsters, 2010). Beeldende therapie wordt het meest ingezet bij de kerngebieden Zelfbeeld en Emotie (Willemars/Helmich, 2010, p.12). Beeldende therapie geeft kinderen en jongeren de mogelijkheid om vanuit de eigen behoefte aan het werk te gaan, op een positieve manier ruimte in te nemen, trots te zijn en zichzelf te leren kennen. ‘Het scheppende karakter van de beeldende therapie, het ontstaan van een product en iets van jezelf terug zien, kan ik-versterkend werken. Beeldend werken helpt bij het ontdekken van de eigen mogelijkheden (Budde, 2008). Het werken in het beeldend medium is in hoge mate een activiteit waarin het eigene wordt aangesproken (Schweizer, 2009)’ (Smeijsters e.a., 2012, p.82).

Sue Pittam (2008) schrijft in haar boek; ‘Inside-out/Outside-in: Art Therapy with Young Male Offenders in Prison’ over beeldende therapie en agressie. Het volgende stuk is interessant doordat Pittam kijkt naar waar problemen vandaan kunnen komen en niet alleen naar wat iemand heeft misdaan. Ze geeft aan dat agressieve en gewelddadige misdrijven vaak terug te leiden zijn naar problemen in de hechting en dat beeldende therapie hierin iets kan betekenen. Ze vertelt dat kinderen en jongeren die kampen met trauma, verlies, verwaarlozing of misbruik schade ervaren in het vermogen om bevredigende relaties op te bouwen. Veel kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen kampen met dezelfde problemen. Ook wordt er

benoemt dat boosheid en agressiviteit gevolgen kunnen zijn van onvoldoende emotionele zorg tijdens de kindertijd, wat sociaal gedrag remt en de ontwikkeling van empathie ten opzichte van anderen voorkomt. Dit sluit aan op de omschrijving van hechtingsproblemen of een hechtingsstoornis. 'De DSM-IV-TR (het classificatiesysteem voor psychische en gedragsmatige stoornissen; APA, 1999) spreekt van deze diagnose bij duidelijk gestoorde en niet bij de ontwikkeling passende sociale bindingen in de verschillende contexten waarin het kind functioneert' (Schuengel, Venmans, van IJzendoorn, Zegers, 2006, p. 27). 'Art therapy can be used to work on this strong emotion, and can help clients to become more reasonable and responsible young people. This work does not condone the offence, but looks at the reasons behind it. Aggressive and violent crimes are often the result of acting out feelings of anger, which, in turn, often emerge from the trauma of loss, deprivation or any abuse which damages the individual's ability to form satisfactory relationships (Zulueta 1996). Insufficient emotional care during childhood inhibits social behavior and prevents the development of empathy towards others. Recent neurophysiology research explains functions of the brain that were not previously fully understood, and has shown that emotional attachment is an essential part of brain development. Art therapy can help to redevelop this process' (Liebmann, Pittam, 2008, p.87). Uit neurofysiologisch onderzoek is aangetoond dat emotionele binding een essentieel onderdeel is van de ontwikkeling van de hersenen. Pittam stelt dat beeldende therapie kan helpen bij het herontwikkelen van dit proces.

Er zijn een aantal algemene contra-indicaties die bij beeldende therapie mogelijk zijn. Zo kunnen bepaalde cliënten overspoeld worden door visuele, tactiele, auditieve en/of gevoelsprikkels. Dit gaat om cliënten met schizofrenie of een andere vorm van psychose. Een andere contra-indicatie is het niet toekomen aan beleving in het medium door het hebben van te weinig affiniteit met het medium of een te sterke normativiteit heeft. Ook een lichamelijke handicap die het beeldend handelen en expressie te veel belemmert kan een contra-indicatie zijn (Schweizer, 2009, p.155). Er zijn geen specifieke contra-indicaties voor het behandelen van hechtingsproblematiek middels beeldende therapie.

12.2 Praktijk

Uit de interviews met de verschillende beeldend therapeuten die werkzaam zijn (geweest) bij een van de NPH-huizen, bleek dat de vraag wanneer beeldende therapie geïndiceerd is bij kinderen en jongeren moeilijk te beantwoorden is. Franziska Müller, werkzaam sinds februari 2014 in het weeshuis in Honduras geeft aan dat dit moeilijk te beantwoorden is omdat het systeem daar nog niet zo uitgewerkt is dat kinderen gediagnosticeerd worden en vervolgens een indicatie krijgen voor een therapie. Ook omdat beeldende therapie daar het enige psychotherapeutische aanbod is. Dorie Arts, werkzaam geweest tussen 2008 en 2012 in het weeshuis in Honduras, geeft aan dat de vraag voor beeldende therapie meer vanuit de begeleiders of docenten kwam wanneer een kind 'anders dan anderen' functioneerde. Ook geeft zij aan dat dit 'vreemde gedrag' van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen vaak naar voren kwam in combinatie met een zwakke concentratie en moeizame sociale contacten met leeftijdsgenootjes (verstoorde sociaal emotionele ontwikkeling). Sabrina Breuer, werkzaam geweest in 2009/2010 in het weeshuis in Guatemala, gaf een schatting dat ongeveer 90 procent van de kinderen die ze in therapie zag te kampen hadden met hechtingsproblemen maar dat hier geen indicaties voor gesteld werden. Maran Haijink, werkzaam sinds juli 2013 in het weeshuis in Guatemala, geeft net zoals Arts aan dat kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek over het algemeen ook in hun huis en/of op school problemen vertonen waardoor ze geïndiceerd worden voor één of meerdere therapieën. Anna-Lisa Klages, werkzaam geweest in 2013/2014 in het weeshuis in Nicaragua, geeft aan dat er in het weeshuis in Nicaragua geen expliciete indicatie werd gesteld voor kinderen en jongeren

met hechtingsproblemen. Ook zij verteld dat de kinderen vaak werden geïndiceerd voor de beeldende therapie omdat zij opvallend gedrag vertoonden. Met opvallend gedrag worden zeer introverte of extroverte kinderen, kinderen die agressief gedrag vertonen en kinderen die moeite hebben om hun emoties verbaal te uiten, bedoeld. Tina Vink, werkzaam geweest tussen 2011 en 2013 in het weeshuis in Nicaragua, geeft ook aan dat er vooral gekeken werd naar het probleemgedrag wat op dat moment zichtbaar was en dat er niet verder gekeken werd naar wat de diagnose van het kind was. Ze verteld in het interview dat er soms te oppervlakkig gekeken werd naar de problemen die zichtbaar zijn omdat ze daar al druk genoeg mee zijn. ‘Het wordt vergeten of er is geen tijd om verder te kijken naar de problemen die daadwerkelijk nog meer spelen bij veel kinderen’ (Open interview Tina Vink, p.3). Ze geeft aan dat kinderen die probleemgedrag vertonen (zoals stenen gooien, boos worden en/of moeilijk te hanteren zijn voor de begeleiding) in aanmerking komen voor de beeldende therapie en extra aandacht krijgen. Waar juist degene die stil zijn, zich verdrietig en/of depressief voelen en zich terug trekken, vergeten worden omdat je die niet hoort tussen 250 kinderen. Vink verteld dat er in het weeshuis in Nicaragua geen stevige therapie omgeving heerst en dat het vaak lastig was om een stevig team neer te zetten rondom het kind. Vaak miste ze achtergrond informatie over het kind en zijn problematiek en ze werd meestal door de psychologe in de wandelgangen aangesproken met de vraag of ze met een bepaald kind beeldende therapie kon starten omdat het kind probleemgedrag vertoonde en wat extra aandacht kon gebruiken. Het interview met Aura Maristel Avilés, huidige psychologe binnen NPH Nicaragua, komt niet helemaal overeen met wat de beeldend therapeuten aangeven. Aura Maristel Avilés beschrijft in haar interview namelijk hoe ze de diagnose voor hechtingsproblematiek stelt en welke meetinstrumenten ze hiervoor gebruikt;

‘1. Het ontwikkelingsniveau wordt geëvalueerd, hierbij wordt de chronologische leeftijd van het kind meegenomen, de ontwikkeling van de groei en het brein. Test Bender, Wisc, Figura del Rey (Complexe figuurtest van Rey), Gesell en de schaal van Bayley van de ontwikkeling van het kind.

2. Het realiseren van een gesprek met de verantwoordelijke van het kind om zijn/haar aangepaste gedrag te leren kennen.

3. Neurologisch examen.

4. Diagnostische criteria uit de DSM-IV’ (Interview Aura Maristel Avilés, p.2).

Ook geeft ze aan dat er rekening gehouden moet worden met dat de kinderen binnen deze moeilijke situatie van vrijheidsbeperking binnen het weeshuis meer verstoringen in sociale interactie, communicatie en gedrag kunnen laten zien. Maar dat dit zal verbeteren binnen een beschermende omgeving. Bij de vraag of hechtingsproblematiek en/of de problemen die hieruit voort komen een indicatie zijn voor de beeldende therapie, gaf zij aan dat dit in sommige gevallen van belang is. Maar ook zegt ze dat in sommige gevallen, met een goede band tussen het kind en de verzorgers, ze de problematiek te boven komen zonder therapie en zij zich aanpassen. Idealiter is dit de manier hoe zij wil diagnosticeren en wat zij wil doen. Hierbij moet worden opgemerkt, luisterend naar de waarnemingen van de beeldend therapeuten, dat dit in de praktijk anders gaat door gebrek aan mankracht en tijd (Aura Maristel Avilés is de enige psychologe op 250 kinderen en jongeren woonachtig binnen het weeshuis van NPH in Nicaragua). Ook kunnen er vraagtekens gezet worden in hoeverre er überhaupt een duidelijke diagnose gesteld kan worden. De kinderen en jongeren worden door de lokale overheid binnen de NPH-huizen geplaatst en vaak is er bij veel kinderen weinig achtergrond informatie beschikbaar. Zoals in de literatuur te lezen is wordt in een onderzoek bij het stellen van de diagnose problematische gehechtheid allereerst een onderzoek gedaan naar de geschiedenis van het kind en van zijn verzorgers en wordt er een observatie gedaan van de interactie tussen verzorgers en kind. Dit is in veel gevallen niet te realiseren binnen de weeshuizen door de verstoorde relatie tussen de ouders en het kind en/of doordat sommige

kinderen uit gevaarlijke thuissituaties gehaald zijn waarbij contact niet meer mogelijk is of door het overlijden van de ouders/verzorgers. Ook komen de kinderen binnen NPH vaak van de straat, hebben geen vaste woonplek en zijn er geen (contact)gegevens van de ouders/verzorgers bekend. Ook met de verzorgers binnen de weeshuizen is deze observatie lastig omdat de verzorgers binnen de huizen vaak wisselen en zij hierdoor geen vaste hechttingspersoon voor het kind kunnen zijn.

Bijlage 13: Deelvraag 2

Hoe kenmerkt hechtingsproblematiek zich in de beeldende therapie bij kinderen en jongeren in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

13.1 Literatuur

Omdat er veel verschillende informatie te vinden is over hechtingsproblemen, die niet altijd met elkaar overeenkomen, worden in dit hoofdstuk de gedragskenmerken aan de hand van de meest bekende indelingen naast elkaar gelegd. Als eerste worden tien kenmerken van het geen-bodem-syndroom van Van Egmond (1987) gegeven. Vervolgens worden de gedragskenmerken beschreven bij de indelingen van Zeanah & Boris (2000), Thoomes-Vreugdenhil (1999), Ainsworth (1978) en Main & Solomon (1990). Ook de gedragskenmerken bij een reactieve hechtingsstoornis worden gegeven. Vervolgens wordt er gekeken naar de overeenkomsten tussen de gedragskenmerken binnen hechtingsproblematiek en de gedragswaarnemingen per kerngebied binnen vaktherapie van Smeijsters (2010). Als laatste wordt er nog extra stilgestaan bij de algemene term gedragsproblemen, omdat dit als kenmerk voor hechtingsproblemen wordt gegeven, maar ook een gevolg kan zijn van andere psychopathologie.

Tien kenmerken van het geen-bodem-syndroom

Van Egmond gebruikt in haar boek 'Bodemloos Bestaan' (1987) voor het eerst de term 'bodemloosheid', wat een metafoor is voor hechtingsproblematiek. Zij beschreef tien kenmerken van het geen-bodem-syndroom (hechtingsstoornis) welke een goed beeld geven van hoe hechtingsproblematiek zich kan uiten:

1. Er is geen 'bodem' in het bestaan (geen affectieve banden in de allereerste levensfase).
2. Er is geen 'lijn' in het leven, daardoor weinig gevoel voor tijd en ruimte, de wereld blijft ongestructureerd. Er ontstaan hierdoor vaak specifieke leerproblemen: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet.
3. De gewetensontwikkeling is niet op gang gekomen.
4. Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.
5. Er is een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. Hierdoor is de problematiek van het gezin voor anderen slecht invoelbaar. De anderen, inclusief hulpverleners, 'zien' niets of weinig.
6. Het kind vertoont 'survivors'-gedrag. Schijnaanpassing. Het probeert zich staande te houden door de wereld om zich heen voortdurend onder controle te houden. Het is geniaal in het observeren, taxeren en manipuleren van de mensen om zich heen. Het besteedt hieraan een groot deel van zijn energie, waardoor bijvoorbeeld leerprestaties en creativiteit achterblijven.
7. De intieme emotionele banden binnen het gezin worden als bedreigend ervaren. Het appèl van de gezinsleden op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms ook een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid.
8. Het vroegste ervaren, misschien reeds voor de geboorte, van 'ontkend', 'niet gewenst', 'afgewezen' en 'weggedaan' te zijn, is onvoorstelbaar vernietigend. De basale pijn zoekt vaak een uitweg in vernietigingsdrang die zich richt tegen zichzelf (auto-mutilatie), maar vaak ook tegen anderen (moeder). Andere bekende uitingen van die agressie zijn fysiek geweld, uitingen van wreedheid jegens dieren, (dwangmatig) vreten, stelen, vernielen, liegen, slapeloosheid, provocerend seksueel gedrag en weglopen. Meestal ziet men een onverzadigbare honger naar aandacht.

9. Bij zijn handelen gaat het kind meestal te werk volgens het lustprincipe, het heeft nauwelijks ‘remmen’ of ‘drempels’.
10. Uitingen van het geen-bodem-syndroom zijn niet of nauwelijks gebonden aan bepaalde landen van herkomst, leeftijd, huidskleur, culturele achtergrond, enz. (Schols-Meents & Tuininga-Bottema, 1984; Smis, 1980; Smis, 1981)’ (Broos, Van Dun, 1997, p.19/ 20).

Gedragsskenmerken bij indeling problematische gehechtheid van Zeanah & Boris (2000)

Zeanah & Boris (2000) hebben na onderzoek de volgende verschijnselen onderscheiden waarbij gedacht kan worden aan een problematische gehechtheid (wijze van gehechtheid is verstoord). Het gedrag is onderverdeeld in de indeling van problematische gehechtheid van Zeanah & Boris (2000).

1. Non-attachment (*geen gehechtheidsrelatie, het kind maakt geen onderscheid tussen volwassenen*) kan voorkomen als:
 - Teruggetrokken gedrag, waarbij het troost zoeken, affectie tonen, vertrouwen op hulp, beperkt is.
 - Ongedifferentieerd sociaal gedrag, allemansvriendgedrag.
2. Secure base-stoornis (*stoornis van de veilige basis, het kind heeft een ernstig verstoorde relatie met een speciale verzorger*) kan voorkomen als:
 - Self-endangerment-gedrag: zichzelf in gevaar brengen.
 - Gedrag dat gekenmerkt wordt door aanklappen en geremdheid: het kind gaat niet op onderzoek uit, maar klampt zich vast aan de verzorger. Zowel bij het geremde gedrag waarbij veel angst te constateren is als het aanklampgedrag, worden geobserveerd in de tegenwoordigheid van de gehechtheidspersoon in een vreemde omgeving of met de gehechtheidspersoon en een vreemde volwassene. De secure base (de veilige basis) is onvoldoende en de exploratiebehoefte van het kind is geremd.
 - Gedrag waarin een grote mate van alertheid en meegaandheid te constateren valt: het kind is gericht op de verzorger om te voorkomen dat deze ontstemd raakt, het kind lijkt bang te zijn voor de gehechtheidspersoon. Dit gedrag wordt door Thoomes-Vreugdenhil ‘antennegedrag’ genoemd. Het kind heeft zijn antennes uitstaan om de signalen van boosheid en ontstemming tijdig te kunnen opvangen.
 - Rolomkering in de relatie: de volwassene is er niet voor het kind, maar het kind is er voor het welzijn van de volwassene. De Ruyter (1999) merkte dit gedrag aan als misbruik maken van een kind. Dit kan zich in verschillende vormen voordoen. Als een kind voor de ouder moet zorgen, als een ouder veiligheid zoekt bij het kind door bijvoorbeeld aan het kind te vragen bij de moeder in bed te slapen als de moeder bang is, of dat een kind moet zijn zoals de ouder het wil, moet reageren zoals de ouder wil en qua beroep moet worden wat de ouder wil.
3. Een afgebroken gehechtheidsrelatie (*het kind reageert op het verlies van een gehechtheidspersoon met een verstoorde reactie*) kan het volgende gedrag geven:
 - Protest
 - Wanhoop
 - Afstandelijkheid

Dit gedrag is opeenvolgend op te merken. Een voorbeeld hiervan is een kind dat zich niet laat troosten terwijl de verzorger ziet hoe wanhopig het kind zich voelt. Vanuit die wanhoop zegt het kind tegen alles ‘nee’, niets is goed (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p38/39).

De verschijnselen bij deze problematiek en deze indeling van Zeanah & Boris (2000) zijn onderzocht voor het jonge kind. Zij geven aan dat het waarschijnlijk is dat deze indeling ook opgaat voor oudere kinderen. Thoomes-Vreugdenhil, klinisch psycholoog en psychotherapeut en ruime ervaring in het behandelen van kinderen met hechtingsproblemen, heeft dit ook geconstateerd in haar eigen praktijk (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.39).

Gedragskenmerken bij de indeling hechtingsgestoord en relationeel gestoord van Thoomes-Vreugdenhil (1999)

Thoomes-Vreugdenhil (1999) heeft binnen gehechtheidsproblematiek het onderscheid gemaakt tussen hechtingsgestoord en relationeel gestoord. ‘De gehechtheidswijze bij hechtingsgestoord is het niet-gehecht zijn (non-attachment, Lieberman & Pawl, 1990), het kind heeft geen gelegenheid gehad zich te hechten, het maakt geen onderscheid tussen volwassenen. Het kind vermijdt gehechtheid, dat is het gedrag wat geconstateerd wordt en waarom de gehechtheidswijze bij deze problematiek vermijgend gehecht genoemd wordt. Bij relationele gestoordheid is er wel sprake van gehecht zijn, maar de gehechtheid is afgebroken, de hechtingsfiguren hebben geen continuïteit kunnen bieden. Het kind is teleurgesteld in de gehechtheid, het weert gehechtheid af maar verlangt er tevens naar; het gedrag laat daarmee een ambivalente gehechtheidswijze zien’ (Thoomes-Vreugdenhil, 2006, p. 80).

In de beeldende therapie uit zich dit ambivalente gedrag in het niet kunnen maken van keuzes, het tegenstrijdig zijn in wat de cliënt wil en op hetzelfde moment twee verschillende, meestal positieve en negatieve waardes hebben.

De indelingen van Zeanah en Boris (2000) en Thoomes-Vreugdenhil (1999) vertonen veel overeenkomsten, ook als er naar de gedragskenmerken/verschijnselen gekeken wordt. Hechtingsgestoord (Thoomes-Vreugdenhil, 1999) heeft dezelfde omschrijving als non-attachment (Zeanah & Boris, 2000) en onder relationeel gestoord (Thoomes-Vreugdenhil, 1999) vallen zowel de secure base-stoornis (Zeanah & Boris, 2000) als de afgebroken gehechtheidsrelatie (Zeanah & Boris, 2000) (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.35).

In onderstaande tabel worden de gedrags-verschijnselen beschreven bij de indeling van Thoomes-Vreugdenhil (1999). Ook wordt het ontstaan van de problematiek, de wijze van gehechtheid die daarbij hoort en de condities die het probleemgedrag in stand houden genoemd. Op deze condities wordt de behandeling van hechtingsproblemen gericht. Deze verschijnselen zijn niet door onderzoek ondersteund, maar geformuleerd door Thoomes-Vreugdenhil op grond van observaties. Het allemansvriendgedrag en het teruggetrokken gedrag is wel geconstateerd in de onderzoeken van Zeanah & Boris (2000). Deze typen van gedrag horen bij problematische gehechtheid. De andere verschijnselen worden in de literatuur over gehechtheid regelmatig genoemd, maar worden vaak verschillend geïnterpreteerd door onderzoekers. Thoomes-Vreugdenhil brengt deze verschijnselen onder in de categorie hechtingsverwante problemen. Dit probleemgedrag wijst op problemen in de hechting, maar is niet voldoende aanwezig om het te classificeren als een stoornis (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.41).

<i><u>Hechtingsgestoord</u></i>	<i><u>Relationeel gestoord</u></i>
Waarneembaar gedrag • Geringe sociale vaardigheden • Allemansvriendgedrag • Dominerend, eisend gedrag	Waarneembaar gedrag • Geringe sociale vaardigheden • Aanklampgedrag • Passief en teruggetrokken gedrag

• Agressief gedrag • Uitingen van angst, boosheid, wantrouwen • Ongedisciplineerde activiteiten, vlindergedrag, vluchtig speelgedrag	• Uitingen van angst, boosheid, wantrouwen • Uitingen van verlatenheid en teleurstelling • Lusteloosheid met betrekking tot activiteiten
Ontstaan van de problematiek Omgevingsfactor: • Wisselende opvoedingssituaties vanaf de geboorte; • Onvoldoende beschikbaar zijn van de ouders, hiermee wordt bijv. (emotionele) verwaarlozing en/of mishandeling bedoelt. Kindfactor: • Wijze van gehechtheid: Vermijdend gehecht	Ontstaan van de problematiek Omgevingsfactor: • Wisselende opvoedingssituaties vanaf de vroege jeugd; • Onvoldoende beschikbaar zijn van de ouders, hiermee wordt bijv. (emotionele) verwaarlozing en/of mishandeling bedoelt. Kindfactor: • Wijze van gehechtheid: Ambivalent gehecht
Conditie die het probleemgedrag in stand houden Omgevingsfactor: • Geen passend opvoedantwoord Kindfactor: • Geringe impulscontrole; • Niet beklijven van ervaringen; • Onverschillige houding; • Inwisselbaar zijn van volwassenen.	Conditie die het probleemgedrag in stand houden Omgevingsfactor: • Geen passend opvoedantwoord Kindfactor: • Nervositeit; • Depressiviteit; • Lage zelfwaardering; • Ambivalentie in nabijheid zoeken en weren.

(Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.42)

Drie typen gehechtheidsgedrag van Ainsworth (et. al., 1978) en gedesorganiseerde gehechtheid van Main & Solomon (1990)

Ainsworth (et.al., 1978) onderscheiden drie typen gehechtheidsgedrag:

- Veilig gehecht (minimaal onveilig gehechtheidsgedrag (vermijden/afweren) na een korte scheiding van de verzorger)

- Vermijdend gehecht (Onveilige hechting; het kind vermijdt actief de opvoeder na een korte scheiding)

- Afwerend of ambivalent gehecht (Onveilige hechting; het kind vertoont ambivalent gedrag door zich vast te klampen aan de opvoeder na een korte scheiding maar is niet te troosten, het afwerende overheerst).

De indeling van Thoomes-Vreugdenhil (1999) linkt hechtingsgestoord aan een vermijdende gehechtheid en relationeel gestoord aan een afwerende/ambivalente gehechtheid. Main & Solomon (1990) hebben na onderzoek nog een type gehechtheidsgedrag hieraan toegevoegd; gedesorganiseerde gehechtheid. Dit houdt in dat het kind tegenstrijdig gedrag vertoont. Het kind heeft ervaren dat de verzorger beangstigend is en soms ook veilig kan zijn. Het kind verstart en heeft angst voor zijn opvoeder. Dit gedrag wijst op desorganisatie en desoriëntatie.

De verzorger is voor het kind zowel bron van troost als bron van angst (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.32, 35). Thoomes-Vreugdenhil benoemt in het boek *Hechtingsproblemen bij kinderen* (2012) ook de gedragskenmerken die horen bij gedesorganiseerde gehechtheid:

- Tegenstrijdig gedrag: nadrukkelijk nabijheid zoeken, direct gevolgd door vermijdingsgedrag of verstarren.
- Tegenstrijdig gedrag gelijktijdig vertonen: contact zoeken én vermijden, bijvoorbeeld met uitgestrekte armen op de verzorger toelopen en vlak ervoor in een cirkelbeweging weglopen.
- Ongerichte bewegingen, misleidende bewegingen, onvolledige bewegingen en verstarde uitdrukking; de verzorger verschijnt in de deuropening, het kind loopt erheen, maar volgt de vreemde die de kamer uitloopt of huult erg als de vreemde de kamer uitloopt.
- Intense uitdrukking van angst of verdriet, gevolgd door bewegingen die eerder weglopen van dan toelopen naar de verzorger inhouden.
- Stereotiepe bewegingen, bewegingen zonder duidelijke functie, asymmetrische bewegingen, afwijkende lichamelijke uitingen zoals aan een oor trekken.
- Verstarring, gestolde gezichtsuitdrukking, langzame bewegingen, in het Engels worden die ‘underwater movements’ genoemd.
- Directe aanwijzingen van vrees voor de verzorger, zoals achter een stoel gaan staan, met opgetrokken schouders staan in het contact met de verzorger, angstige gezichtsuitdrukking.
- Directe aanwijzingen van gedesorganiseerd of gedesoriënteerd gedrag, zoals gedesoriënteerd rondlopen, een verwarde uitdrukking en de hand naar de mond brengen als de verzorger binnenkomt (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, 43).

Alleen bij deze laatste gehechtheidswijze gaat het om een reactieve hechtingsstoornis, zoals deze is omschreven in de DSM-IV-TR. De andere onveilige hechtingen worden niet gezien als een stoornis maar kunnen er voor zorgen dat het kind gedragsproblemen gaat vertonen. Zoals eerder is aangegeven wordt dit onderverdeeld in de categorie hechtingsproblemen. Correkter aangegeven wordt deze groep hechtingsverwante problemen genoemd.

Gedragskenmerken bij de reactieve hechtingsstoornis

Er zijn twee soorten reactieve hechtingsstoornissen, de geremde en de ontremde stoornis. Bij de geremde hechtingstoornis gaat het om kinderen die niet goed reageren in sociale situaties. Een voorbeeld is het zoeken van contact met hun verzorger maar kijken tegelijkertijd de andere kant op. Het gedrag van het kind is vaak agressief en moeilijk te voorspellen. Het ene moment kan het kind heel vriendelijk zijn, het andere moment is het erg boos of verdrietig. Het komt vaak voor dat verwaarlozing en/of mishandeling een van de ontstaansfactoren zijn van een geremde hechtingsstoornis. Dit betekent echter niet dat elk kind dat verwaarloost en/of mishandeld is een geremde hechtingsstoornis heeft.

De kenmerken van het geremde type (‘inhibited’ type) zijn:

- Overdreven waakzaam.
- Reageert afwijzend op sociaal contact.
- Teruggetrokken en lusteloos.
- Apathisch, onzeker en huult niet.
- Het kind speelt mee zonder plezier.

- Lijkt op ASS (Autisme Spectrum Stoornissen). Daarom moet ASS eerst uitgesloten zijn voordat een kind getest wordt op een hechtingsstoornis (<http://wij-leren.nl/hechtingsstoornissen-hechting.php>).

Bij de ontremde hechtingsstoornis gaat het om kinderen die zich niet kunnen hechten aan een bepaald persoon maar zich vast kunnen klampen aan ieder persoon. Het is lastig voor het kind om vrienden en andere sociale contacten te behouden. Deze kinderen worden vaak als allemansvriendjes gezien omdat ze met iedereen spelen en met iedereen overweg kunnen. Meestal hebben kinderen met deze vorm van een hechtingsstoornis geen vaste verzorger gehad of hadden vaak wisselende verzorgers vanaf dat ze heel jong waren. De ontremde hechtingsstoornis komt dan ook veel voor bij pleegzorgkinderen of kinderen die opgegroeid zijn in instituten of tehuizen.

De kenmerken van het ontremde type ('disinhibited' type) zijn:

- Zoekt veel contact, is een allemansvriend.
- Is niet in staat om relaties in stand te houden.
- Grensoverschrijdend gedrag.
- Snel gefrustreerd.
- Laat zich niet troosten.
- Leert weinig uit ervaringen.
- Is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid.
- Druk, impulsief en ongeconcentreerd.
- Lijkt op ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Daarom moet ADHD eerst uitgesloten zijn voordat een kind getest wordt op een hechtingsstoornis (<http://wij-leren.nl/hechtingsstoornissen-hechting.php>).

Gedragswaarnemingen binnen kerngebieden vaktherapie

Uit de resultaten van het algemene praktijkonderzoek naar vaktherapie van Henk Smeijsters (2010) zijn vier kerngebieden voor de vaktherapie vastgesteld; Zelfbeeld, Emotie, Interactie en Cognitie. Vaktherapeuten werken met deze vier kerngebieden omdat deze nauw samenhangen met risicofactoren en protectieve factoren. In het artikel Praktijkonderzoek naar interventies, Vaktherapie in Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) en Gesloten Jeugdzorg (GJ), van Henk Smeijsters, beschrijft Smeijsters per kerngebied de gedragswaarnemingen bij jongeren uit de GJ en JJI, waarover de verschillende vaktherapeuten uit het onderzoek tot een consensus zijn gekomen. Deze gedragswaarnemingen sluiten aan bij de hierboven genoemde kenmerken van hechtingsproblemen. Omdat er in Nederland geen weeshuizen meer zijn maar kinderen op worden gevangen in pleeggezinnen, worden hier de gedragswaarnemingen binnen Justitiële Jeugdinrichting (JJI) en Gesloten Jeugdzorg (GJ) benoemt. De rechter zendt de jongeren als het strafrechtelijk is naar een Justitiële Jeugdinrichting en als het civielrechtelijk is naar de Gesloten Jeugdzorg. Deze doelgroep is weliswaar anders dan kinderen en jongeren uit weeshuizen in Latijns-Amerika, toch zijn er overeenkomsten. Binnen Justitiële Jeugdinrichtingen en de Gesloten Jeugdzorg komt hechtingsproblematiek voor (Schuengel et. al., 2006, p.8-10), en uit de interviews met de beeldend therapeuten werd duidelijk dat hechtingsproblematiek veel gesignaleerd is binnen de NPH-huizen. Een andere overeenkomst is dat de kinderen en jongeren in beide situaties binnen een bepaalde structuur leven met duidelijk opgestelde regels. Beide doelgroepen wonen in groepsverband met leeftijdsgenoten en hebben wisselende verzorgers. Dit bemoeilijkt de behandeling van hechtingsproblemen omdat het kind of de jongere minder continuïteit kan ervaren als er sprake is van wisselende verzorgers. 'Uit onderzoek blijkt dat kinderen in pleeggezinnen meer kans hebben om een gehechtheidsrelatie op te bouwen dan kinderen in tehuizen' (Thoomes-

Vreugdenhil, 2012, p.98). Met dit verschil moet dan ook rekening gehouden worden. Dit betekent echter niet dat een kind in een tehuis zich niet kan hechten aan zijn verzorgers maar het kind is zich wel bewust van de tijdelijkheid van de relaties (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.98). Kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen komen vaak uit extreme situaties als ze bij NPH binnen komen en kampen daardoor vaak met fysieke, emotionele, psychische, relationele en/of gedragsproblemen (Volunteer handbook NPH, p. 14). Jongeren uit de Gesloten Jeugdzorg hebben ernstige opgroei- of opvoedproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren. Boendermaker (1999) constateerde dat bij jeugdigen die zijn opgenomen bij de behandelafdeling van de JJI het vaak gaat om meervoudige problematiek (oppositieel opstandige gedragsstoornis, gedragsstoornis, antisociale persoonlijkheid en ADHD) (Smeijsters, 2010, p. 9/10).

Kerngebied Zelfbeeld: ‘Voor jeugdigen met een zwakke identiteit geldt dat zij vaak niet genoeg weten wie ze zijn, negatieve overtuigingen over zichzelf en/of weinig zelfvertrouwen hebben. Zelfonderschatting en een gebrek aan zelfrespect kunnen leiden tot een gebrekkig inzicht in wat men zelf wel of niet kan beïnvloeden. Deze jongeren ontwikkelen vaak weinig gedragsalternatieven en doordachte oplossingen, vertonen weinig positieve responsiviteit naar anderen, kunnen zich moeilijk aan de omgeving aanpassen, niet goed met problemen omgaan en moeilijk zichzelf tot rust brengen. Onrealistische opvattingen over zichzelf kunnen daarentegen de aanleiding zijn voor een kunstmatig en opgeblazen gevoel van zelfwaarde. Negatieve beoordelingen en feedback worden snel geïnterpreteerd als een bedreiging van het zelfbeeld, wat agressief gedrag tot gevolg kan hebben. De jeugdigen hebben in het algemeen weinig inzicht in het eigen probleemgedrag en een gering probleembesef. Door het gebrek aan zelfinzicht en inzicht in risicovolle omstandigheden geloven zij niet dat zij risico lopen en vinden de behandeling vaak niet noodzakelijk’ (Smeijsters, 2010, p.12).

Kerngebied Emotie: ‘De jeugdigen zijn niet in staat om emoties van een ander te herkennen en hun gedrag daarop aan te passen en/of ze zijn zich niet bewust van hun eigen (oplopende) emoties en/of ze zijn niet in staat deze emoties op passende wijze te uiten en ontladen. Hierdoor kunnen zij overmatige stress ervaren en snel gefrustreerd raken. Er is vaak sprake van matig of ernstig verlies terwijl de jeugdigen over weinig copingvaardigheden beschikken om hiermee om te gaan. Er kan sprake zijn van schommelingen in de stemming, impulsiviteit of riskant gedrag. De jeugdigen doen dingen zonder na te denken, reageren plotseling met intense emoties zonder rekening te houden met de gevolgen. Zij hebben een groot probleem met het zelf reguleren van stemmingen, het onder controle houden van boosheid en (agressieve) impulsen en kunnen uitbarstingen hebben waarbij anderen bedreigd of bang gemaakt worden of letsel ondervinden, of waarbij ernstige beschadiging van eigendom plaatsvindt’ (Smeijsters, 2010, p.12).

Kerngebied Interactie: ‘Bij jeugdigen met problemen in dit kerngebied bestaat vaak een tekort aan sociale vaardigheden en het onvermogen inter-persoonlijke problemen op te lossen. De grenzen van anderen worden veelal slecht erkend en niet bewaakt. Bij de jeugdigen is regelmatig sprake van een gebrek aan empathie en rouw. Zij zijn onaangedaan door pijn of tegenslag van anderen, zijn onverschillig ten opzichte van de gevoelens van anderen en negeren gevoelloos de negatieve effecten van het eigen gedrag op anderen en/of erkennen de onrechtmatigheid van de eigen acties niet. De houding tegenover (gezags)relaties is vaak negatief. Daarom stellen zij zich niet open voor behandeling en begeleiding’ (Smeijsters, 2010, p.12).

Kerngebied Cognitie: ‘Voor jeugdigen met problemen op het gebied van cognities geldt dat zij negatieve cognities hebben met betrekking tot zichzelf, tot het eigen kunnen en de eigen

vaardigheden. Dat kan leiden tot internaliserende problematiek. Daarnaast zijn er vaak negatieve cognities met betrekking tot anderen. De jeugdigen nemen het gedrag van anderen verkeerd waar en interpreteren het niet correct. Daardoor koesteren zij negatieve opvattingen over anderen en de wereld om hen heen en zijn zij geneigd ten onrechte agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen. Er is sprake van onjuist generaliseren en niet toetsen van negatieve opvattingen' (Smeijsters, 2010, p.13).

Dat deze beschrijvingen van de kerngebieden overeenkomen met gedragsuitingen van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek wil niet zeggen dat jongeren in de Gesloten Jeugdzorg of uit Justitiële Jeugdinrichtingen, allemaal hechtingsproblemen hebben. Hetzelfde geldt voor de kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen. Zoals onder het kopje praktisch duidelijk wordt, komen de beschreven gedragswaarnemingen van de kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen de NPH-huizen overeen met de gedragswaarnemingen per kerngebied uit bovenstaand onderzoek bij jongeren binnen de GJ en JJI. Deze overlapping laat zien dat veel gedragingen die bij hechtingsproblemen aanwezig zijn, binnen de Gesloten Jeugdzorg, Justitiële Jeugdinrichtingen en binnen de NPH-huizen zichtbaar zijn. Dit ondersteunt dat binnen de GJ en JJI veel hechtingsproblematiek voorkomt en het ondersteunt ook de bevindingen van de beeldend therapeuten die hechtingsproblematiek en kenmerken hiervan tegen zijn gekomen binnen de NPH-huizen. Hierbij moet worden opgemerkt dat genoemde gedragswaarnemingen algemene gedragswaarnemingen zijn die ten grondslag kunnen liggen aan verschillende vormen van psychopathologie.

Gedragsproblemen

Uit verschillende studies naar gehechtheidsgedrag in Roemeense weeshuizen is gebleken dat onveilige gehechtheid verband houdt met gedragsproblemen en ontwikkelingsachterstanden (van IJendoorn, 2008, p.146). Gedragsproblemen kunnen voortkomen uit hechtingsproblemen. Een problematische gehechtheid gaat vaak samen met probleemgedrag, wat de behandeling lastig kan maken. Beide problemen verdienen namelijk serieuze aandacht. Naast het behandelen van gehechtheidsproblemen moet de cliënt dus ook ondersteuning krijgen bij het omgaan met zijn gedragsproblemen. Andersom geldt dat bij een cliënt met veel probleemgedrag het altijd van belang is om te kijken naar de gehechtheidsrelatie van de cliënt (<http://www.richtlijnenjeugdzorg.nl/problematische-gehechtheid/definitie/toepassing-jeugdprofessionals/>). Kinderen en jongeren met een geschiedenis van consistente afwijzing door gehechtheidsfiguren kunnen een deactiverende gehechtheidsstrategie ontwikkelen. Dit kan zich uiten in externaliserend probleemgedrag zoals acting out, weglopen, onverklaarbare woede en frustratie. De neiging bestaat bij deze kinderen en jongeren om zich ongrijpbaar op te stellen, de indruk te wekken geen volwassenen nodig te hebben, eventuele problemen te bagatelliseren en het vermijden van gesprekken van persoonlijke aard (Schuengel et. al., 2006, p. 39). Kinderen en jongeren met een geschiedenis van inconsistente aandacht van gehechtheidsfiguren kunnen een hyperactiverende gehechtheidsstrategie ontwikkelen. Als er geen bevredigende respons is op de hoop op aandacht, nabijheid en troost die deze kinderen en jongeren hebben, kunnen zij onder andere emotionele labiliteit, verwarring, boosheid en preoccupatie met zichzelf ervaren. Het verwarde, labiele, zielige, boze en gepreoccupeerde gedrag van de kinderen en jongeren ten opzichte van groepsleiding en therapeuten kan de werkrelatie erg onder spanning zetten. De frustratie bij deze kinderen en jongeren kan zich uiten in probleemgedrag en weglopen (Schuengel et. al., 2006, p. 38, 40). Probleemgedrag kan dus een kenmerk zijn van verschillende vormen van hechtingsproblematiek, dit betekend echter niet dat elk kind met gedragsproblemen ook hechtingsproblemen heeft.

Lijst gedragssignalen verstoorde gehechtheid

Zeanah & Boris hebben in 2005 een lijst samengesteld waarmee een verstoorde gehechtheid vastgesteld kan worden. Deze lijst staat los van indelingen in de problematische gehechtheid en toetst het gehechtheidsgedrag van de cliënt op alle indelingen. Hierdoor wordt er niet meer specifiek gekeken onder welke vorm van hechtingsproblematiek de cliënt valt, maar kan de behandeling van hechtingsproblemen afgestemd worden op de cliënt. De lijst wordt gebruikt bij het diagnosticeren van een problematische gehechtheid bij een cliënt, maar kan ook gebruikt worden als check om (de mate van) hechtingsproblemen vast te stellen. Zeanah & Boris (2005) beschrijven de normale en verstoorde reactie op affectie, zoeken van troost, vertrouwen in de ander, samenwerking, explorerend gedrag, controlerend gedrag, reactie bij hereniging/terugkeer en bij de reactie tegenover vreemden (http://www.basictrust.com/file_popup.php?id=303031). Hieronder zijn de verstoorde gedragssignalen in een tabel gezet. De lijst van Zeanah & Boris (2005) met instructie is in de bijlage van dit onderzoek te vinden onder overige informatie.

Verstoorde gedragssignalen bij hechtingsproblematiek			
Affectie	Zoeken van troost	Vertrouwen in de ander; zoekt hulp	Samenwerking
Gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passende, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen.	Zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte of zoekt troost op een vreemde of ambivalente manier bij een specifieke volwassen verzorger (bijvoorbeeld: toenemende stress wanneer het kind geen troost zoekt).	Buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is, niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een hechtingsfiguur.	Voortdurend niet ingaan of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid ten opzichte van instructies van de verzorger ('dwangmatige gehoorzaamheid').
Explorerend gedrag	Controlerend gedrag	Reactie bij hereniging/terugkeer	Reactie tegenover vreemden
Controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin	Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag van het kind ten opzichte van de verzorger, buitengewoon bezig	Lukt niet om na scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont het kind actieve negerende/vermijdende gedragingen, intense	Onmiddellijk aangaan van het contact zonder terughoudendheid in het begin, veel lichamelijk contact zonder op de

om de verzorger te verlaten om te gaan exploreren.	of bestraffend controleren van de verzorger.	boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeggebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of elke aanwijzing van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.	verzorger te letten, wil om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.
--	--	---	---

13.2 Praktijk

Anne van den Ouwelant, beeldend therapeut (2007/2008) in NPH Nicaragua, geeft in haar interview een voorbeeld van hoe hechtingsproblematiek zich kan uiten en waar je het aan kan herkennen;

‘Ik heb nu een meisje (ongeveer 9 jaar oud destijds) specifiek in gedachten, waarvan ik me haar voorgeschiedenis niet goed herinner. Haar gedrag was wel opvallend en leek zowel met traumatische ervaringen (seksueel misbruik) als onveilige hechting samen te hangen: dit meisje was grenzeloos, zowel in haar gedrag als in haar contact met anderen. Zij klom vaak bovenop je, was echt “all over”, deed je ook fysiek pijn tijdens het knuffelen, en tegelijkertijd kwam ze ook heel zelfstandig voor haar leeftijd over en kon ze je ook weer afstoten. Het leek een voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten.’

Liselot Appelo, beeldend therapeut (2008) in NPH Nicaragua, geeft ongeveer hetzelfde aan en verteld dat je hechtingsproblemen snel ziet aan extreme aanhankelijkheid, ook bij vreemden, of juist een grote mate van aantrekken en afstoten. Dit zag ze goed terug tijdens de therapieën. Ook geeft ze aan dat kinderen na een aantal sessies gingen manipuleren en boos werden als ze als therapeut te dicht bij kwam of grenzen ging stellen.

Ook Tina Vink, beeldend therapeut (2011/2013) in NPH Nicaragua, noemt als eerste de kenmerken aanhankelijkheid en het aantrekken en afstoten dat deze kinderen laten zien. Ze vertelde dat ze het erg aanhankelijk zijn veel terug zag in het probleemgedrag bij de kinderen. Dit aanhankelijke uitte zich zowel bij mensen die de kinderen kenden als bij de mensen die ze niet kenden. Als voorbeelden noemt ze; ‘Omarmen, proberen vast te houden, fysiek contact zoeken en door middel van knuffelen, aanraken, hand vast houden en van de een naar de ander springen, dus twee minuten bij jou en dan vervolgens weer door naar een ander. Afstoten, je weer weg duwen, dan je weer opzoeken’ (Interview Tina Vink, p.1). Verder vertelt ze dat veel kinderen ook met gedragsproblematiek kampen, wat volgens haar verband kan houden met hechtingsproblemen. Gedragsproblemen uiten zich bijvoorbeeld bij deze kinderen in het heel erg boos worden, geen weet hebben van hoe dat te uiten, dingen gooien, van het blij in een keer naar het boos schieten, of juist heel stil zijn, teruggetrokken. Ze verteld dat er ook veel kinderen zijn die alleen op hun bed zitten, de rust op zoeken en geen energie hebben. ‘Dus weinig ondernemen, misschien zich een beetje depressief voelen’ (Interview Tina Vink, p. 1). Ze geeft aan dat alle kinderen binnen NPH een achtergrond hebben waarin ze de ouders verloren hebben of dat er misbruik of fysiek geweld aanwezig was in de huiselijke situatie. Alle kinderen zitten in het weeshuis zonder ouders, dus ook al hebben sommige kinderen nog contact, soms zelfs goed contact, met hun ouders is er sprake geweest van armoede en zijn ze uit huis gezet. Ze hebben dus allemaal een gevoel gehad van niet bij de ouders mogen zijn en eigenlijk een soort weggestuurd te zijn. Vink zegt dat hierdoor gesteld kan worden dat er bij veel kinderen hechtingsproblemen aanwezig is.

In de therapie sprak Vink met haar cliënten over hun familie en hun achtergrond en wat het voor ze betekend. In de beelden die de cliënten van hun familie maakten zag je duidelijk verschillen in of ze iets van hun familie afweten, of ze nog contact hebben met hun familie en hoe dicht ze bij hun staan. Vink noemt hierbij dat ze niet durft te zeggen of dit hechtingsproblemen aantoont en geeft aan dat er meerdere factoren meespelen. Een psycholoog zou moeten uitzoeken waar deze factoren weggkomen.

Verder vertelde Vink over de grote verschillen in het contact maken met de therapeut in de therapie bij kinderen met hechtingsproblemen. Bij sommige kinderen duurde het heel lang voordat ze de therapeut in vertrouwen namen en werden er alleen kleine stappen gezet binnen de therapie. Anderen kwamen juist met heel veel plezier de therapie binnen en stelden zichzelf heel snel open binnen de therapie. Vink gaf aan dat dit in sommige gevallen heel goed was maar dat in andere gevallen ze wel vraagtekens stelde bij dit gedrag omdat de kinderen haar nog niet goed kenden, in hoeverre is het dan 'normaal' om jezelf zo open te stellen en bloot te geven.

Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut (2013/2014) in NPH Nicaragua, vertelt ook over deze verschillen in contact maken binnen de therapie. Ze geeft aan dat sommige kinderen bij het opstarten van de therapieën extreem gedrag vertoonden. 'Terwijl sommigen helemaal geen oogcontact durfden te maken, pakten anderen meteen mijn hand, gingen op schoot zitten, vroegen constant om aandacht, vroegen om bekrachtiging en ondersteuning tijdens het uitvoeren van een opdracht, hoewel ze die helemaal niet nodig hadden. Veel kinderen zijn erg op zoek naar lichamelijk contact, anderen vinden het eng om aangeraakt te worden' (Interview Anna-Lisa Klages, p.1). Deze tegenstrijdigheid komt ook terug in de voorbeelden van andere beeldend therapeuten. Verder verteld ze dat op beeldend vlak het thema hechting zich uitte in tekeningen waarop de kinderen bijvoorbeeld door een straat gescheiden staan van hun ouders, tekeningen waar symbolen los van elkaar staan en geen symbolische verbinding hebben. Het thema eenzaamheid werd ook tijdens de therapie door de kinderen en jongeren gerelateerd aan hechting of de moeite om zich te hechten. Ook geeft ze aan dat de hechtingsproblemen zich in de therapie op verschillende niveaus uitte. In de beginfase van de therapie zag je vaak de tegenstrijdige uitingen van 'zijn plaats in nemen' terug. Veel kinderen gingen vaak aan het einde van de tafel zitten, praatten weinig en durfden geen oogcontact te maken. Het was dus erg moeilijk om met deze kinderen in contact te gaan. Andere kinderen gingen bijna (en soms letterlijk) bij de therapeut op schoot zitten. Over de middenfase van de therapie geeft Klages een voorbeeld van een jongen die in de beginfase erg terug getrokken was en nauwelijks een relatie aan ging met de therapeut, terwijl hij in de middenfase al zijn werk inhoudelijk ging relateren aan de therapeut. Op de vraag waar de wegen naartoe leiden in een drie dimensionaal beeld met veel verschillende straten, gaf de cliënt aan dat ze naar de therapeut leiden. Toen de therapeut aangaf dat zij maar één plek tegelijk kon zijn, gaf de jongen aan dat de wegen naar Lisa 1, Lisa 2, Lisa 3,... etc. leiden. In de middenfase lijkt de cliënt dus een verandering door te maken waarin hij de therapeut lijkt te accepteren maar hierin door lijkt te schieten door alles op de therapeut te betrekken. Over de eindfase geeft Klages aan dat er soms meer inzicht is ontstaan bij de cliënt en dat het beter mogelijk is hierover in gesprek te gaan. Als voorbeeld geeft ze dat een meisje haar vertelde dat ze zich expres niet hecht omdat zij toch door iedereen gekwetst wordt.

Aura Maristel Avilés, huidige psychologe in het weeshuis in Nicaragua, geeft aan dat de volgende symptomen van hechtingsproblematiek; ondervoeding, hyperactief gedrag, weerstand tegen eten, onbeholpenheid, apathie, weinig energie en verdriet bij zo'n dertig procent van de kinderen en jongeren binnen NPH Nicaragua in de vroege jaren van de kinderen terug te zien is. Ook geeft zij aan dat veel jongeren een gebrek aan affectie hebben,

wat een kenmerk is voor hechtingsproblemen. Ze geeft aan dat zo'n 15 procent van de kinderen en jongeren zich niet aan de regels houden en zich over het algemeen verveeld uitten en weinig apathie laten zien.

Sabrina Breuer, beeldend therapeut (2009/2010) in NPH Guatemala, geeft aan dat zij hechtingsproblematiek herkende aan diepliggend wantrouwen en het aantrekken-afstoten gedrag bij de kinderen en jongeren. Ook herkende ze het aan een gebrek aan fantasie of de vaardigheid/mogelijkheid tot imaginatie. Breuer geeft aan dat liegen, stelen, agressie tegen zichzelf en/of leraren en verzorgers en slechte prestaties op school (gedrags)problemen waren die eventueel voortkwamen uit hechtingsproblematiek.

Maran Haijink, beeldend therapeut (2013) in NPH Guatemala, gaf aan dat ze bij een aantal kinderen overduidelijk hechtingsproblematiek kon herkennen, bij anderen kinderen vroeg ze zich af waar het hechtingsproblematiek is of logische zelfbescherming. In het huis waar zij vrijwilliger was merkte ze dat sommige meiden niet een al te sterke band met haar op wilden bouwen omdat ze na een jaar vrijwilliger te zijn geweest ook weer weg gaat. Het is voor veel van de kinderen en jongeren lastig, met name als ze ouder zijn en hier meer bewust van zijn, om een band aan te gaan met de zekerheid ook weer afscheid te moeten nemen binnen een relatief korte tijd van een jaar.

Een voorbeeld van een kind waarbij ze wel duidelijk hechtingsproblemen herkende is een meisje die goed overweg kon met alle bezoekers die voor een week het weeshuis bezochten terwijl ze met de meiden uit haar huis en met de verzorgers of vrijwilligers, geen band op kon bouwen. Een ander voorbeeld was een meisje die binnen de beeldende therapie als ze zich goed voelde zich kon aanpassen aan de ander maar als ze zich niet goed voelde dominant was, de aandacht op eiste en weinig instructies opvolgde. Ze luisterde dan wel naar wat de therapeut zei maar liet dit in non-verbaal gedrag niet merken. Ook gaf ze een voorbeeld van een meisje die tegen iedereen agressief gedrag vertoonde, zowel verbaal als fysiek. Dit uitte ze niet alleen naar volwassenen maar ook tegen de andere meiden uit haar huis. Doordat ze alles afstoot heeft ze bijna niemand die er voor haar kan zijn.

Haijink geeft aan dat ze hechtingsproblemen binnen de beeldende therapie vooral herkende bij samenwerkingsactiviteiten, waarbij de cliënten vaak grenzen overschreden. Wat de ander had gemaakt wordt bijvoorbeeld doorgekrast. Verder zag ze tijdens de therapie bij kinderen met hechtingsproblemen dat er een angst is om zelf iets te maken. Als ze iets maken is het iets wat makkelijk is, waarvan ze weten dat ze het goed aankunnen.

Dorie Arts, kunstzinnig therapeut (2008-2012) in NPH Honduras, herkende de hechtingsproblemen aan een combinatie van gedrag en interpretatie van hun beeldend werk. Ze geeft aan dat het gedrag vaak onnatuurlijk en atypisch was. Ook Arts noemt hierbij als eerste het letterlijk vastklampen en knuffelen van onbekenden. Ze verteld dat dit op een manier gebeurt die vaak door de volwassenen als onprettig of vreemd werd ervaren.

‘Sommige kinderen ‘doken’ bijna letterlijk op iedere volwassene die in de buurt kwam, ook volslagen onbekenden’ (Interview Dorie Arts, p.1). Ze geeft aan dat veel kinderen dit onnatuurlijk en aanhankelijk gedrag lieten zien. Tegelijkertijd konden deze kinderen volgens Arts vaak in sociaal opzicht niet goed uit de voeten. Vaak hadden deze kinderen geen aansluiting bij de andere kinderen en leken ook geen idee te hebben hoe ze contact moesten maken met hun leeftijdsgenootjes.

In het beeldend werken zag Arts de hechtingsproblemen bij verschillende kinderen vaak op dezelfde manier terug. ‘De kinderen met hechtingsproblemen schilderden vaak op een eenduidige manier. Namelijk het neerzetten van een repeterend, eenduidig beeld van stipjes of streepjes. Alle kleuren en vormen stonden los van elkaar. Er was geen verbinding te zien tussen de verschillende geschilderde elementen. Er was geen aansluiting tussen de kleuren en

vormen. En in verhouding tot het papier werd er veel wit gelaten. Het blad werd niet volledig gevuld. Dat wat er geschilderd werd stond allemaal los van elkaar. Repeterende vormen. Een 'saai' niet gevarieerd beeld' (Interview Dorie Arts p.1). In hun gedrag tijdens de therapie was er veel fysieke nabijheid en sociaal onaangepast gedrag. Ze leken vaak onwennig met zichzelf, niet wetende wie ze zelf eigenlijk zijn. Hierdoor hadden deze kinderen vaak problemen om hun eigen plek in te nemen. Arts geeft aan dat zij op therapie-niveau weinig ruimte in namen. Er zat weinig kracht in de manier waarop zij een kleurpotlood hanteerden en een kleurpotloodtekening was soms nauwelijks zichtbaar. Deze kinderen zetten vaak 'losse beelden neer', beelden bestaande uit 'losse flarden' en het beeld is vaak niet krachtig neergezet.

Franziska Müller, beeldend therapeut (2014) in NPH Honduras, ziet op veel verschillende manieren de hechtingsproblemen bij de kinderen naar voren komen. De kinderen uiteten het door verschillende gedragingen die erg wisselend kunnen zijn. Gedragingen zoals het heel snel en erg gehecht raken of juist helemaal niet en bijna niet in contact durven/willen gaan. Of dat het kind de ene dag of het ene uur heel dicht bij is en dan een volgend moment weer helemaal niet in contact is. Müller geeft aan dat alle drie de vormen van een onveilige hechting, onveilig vermijdend gehecht, onveilig afwerend gehecht en gedesorganiseerd gehecht, binnen NPH Honduras vertegenwoordigd zijn. Sommige kinderen zijn heel communicatief en open, komen direct naar je toe, willen je leren kennen en vertellen meteen hun hele verhaal op een manier dat het bijna al te veel is. Deze kinderen hechten zich ontzettend snel aan je ook al ben je nieuw en ze je helemaal nog niet kennen. Andere kinderen zijn juist erg wantrouwig en praten bijna of helemaal niet met je. Met deze kinderen is het erg moeilijk om in contact te komen. Het volgende voorbeeld van Müller is een mooi voorbeeld van hoe kinderen met hechtingsproblemen extreem kunnen wisselen in het in en uit contact gaan met een ander. 'Wat ook heel vaak gebeurt is dat de kinderen soms heel lief en super enthousiast zijn om je te zien en doen alsof je de leukste vrijwilliger van allemaal bent en dan een dag later of een uur later doen ze alsof je niet meer bestaat en willen ze niet meer met je praten. Dus een extreme wisseling van in het contact en uit het contact gaan' (Interview Franziska Müller, p.1). Wel geeft Müller hierbij aan dat niet alle kinderen zo zijn, maar dat dit voorbeelden zijn van kinderen waarbij hechtingsproblematiek gediagnosticeerd kan worden. In de beeldende therapie ziet Müller de hechtingsproblemen terug op verschillende manieren. Aan de ene kant is het erg aanwezig doordat de kinderen zich afhankelijk maken van haar en steeds om waardering vragen en willen weten of wat ze maken wel mooi is. Ze hebben dus iemand nodig die ze waardering geeft en zetten zichzelf in de afhankelijkheidspositie. Aan de andere kant zijn er een aantal kinderen die erg wantrouwig zijn tegenover de therapeut, nauwelijks willen praten en bijna niet in contact gaan met haar. Tijdens de therapie laten ze zich ook nauwelijks helpen en willen het liever zelf proberen.

Uitkomsten enquêtes

Er is een enquête afgenomen onder ex-vrijwilligers die in een weeshuis van NPH hebben gewerkt. Er zijn enquêtes binnen gekomen van ex-vrijwilligers uit Guatemala, Nicaragua, Bolivia en de Dominicaanse Republiek. De beroepen die ze daar uitvoerden verschilden van beeldend of drama therapeute, verzorger binnen een van de huizen, sponsorschap coördinator of vrijwilligers coördinator, verpleegkundige of remedial teacher.

De volgende kenmerken van hechtingsproblematiek komen zowel uit de literatuur als uit de bevindingen van de geïnterviewde therapeuten uit de praktijk. In de enquête werd de afnemers gevraagd om aan te kruisen welke van de (gedrags) uitingen/kenmerken ze bij de kinderen en jongeren binnen het NPH-huis zijn tegengekomen. In de tabel is af te lezen welke kenmerken de afnemers het meeste zijn tegengekomen in hun tijd binnen een van de NPH-huizen.

Aantal keer aangekruist	Percentage uit aantal afnemers (8 personen)	Kenmerken hechtingsproblematiek
8	100 %	Het kind is druk, impulsief en ongeconcentreerd.
7	87,5 %	Het kind is extreem aanhankelijk, ook bij vreemden.
7	87,5 %	Het kind oogt erg zelfstandig, wijst hulp af en lijkt niemand nodig te hebben.
7	87,5 %	Het kind is snel gefrustreerd.
7	87,5 %	Het kind is teruggetrokken en lusteloos.
7	87,5 %	Het kind heeft problemen op school met leren: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof bekijft niet.
7	87,5 %	De gewetensontwikkeling is niet goed ontwikkeld, daardoor weet het kind niet goed wat goed en fout is.
7	87,5 %	Het kind kan uitingen van agressie vertonen dat zich richt tegen zichzelf (automutilatie) maar vaak ook tegen anderen. o.a. fysiek geweld, stelen, vernielen, liegen, provocerend seksueel gedrag en weglopen.
6	75 %	Het kind stelt zich afhankelijk op en heeft veel waardering nodig.
6	75 %	Het kind zoekt veel contact, is een allemansvriend en heeft een onverzadigbare honger naar aandacht.
6	75 %	Het kind vertoont grensoverschrijdend gedrag, het heeft nauwelijks 'remmen' of 'drempels'.
6	75 %	Het kind reageert afwijzend op sociaal contact.
5	62,5 %	Voortdurend proces van aantrekken (tot over ieders grenzen) en afstoten.
5	62,5 %	Claimend contact en fysiek pijn doen tijdens het knuffelen.
5	62,5 %	Het kind probeert voortdurend controle te houden o.a. door te observeren, taxeren en het manipuleren van de mensen om zich heen.
4	50 %	Het kind is niet in staat om relaties in stand te houden en heeft een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.
4	50 %	Het kind laat zich niet troosten.
4	50 %	Het kind is egocentrisch, er is weinig wederkerigheid.
4	50 %	Het appèl op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms een gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid.
3	37,5 %	Het kind zoekt geen oogcontact.
3	37,5 %	Het kind is overdreven waakzaam.
3	37,5 %	Het kind is apathisch, onzeker en huilt niet.
3	37,5 %	Het kind speelt mee zonder plezier.
2	25 %	Het kind leert weinig uit ervaringen.
2	25 %	Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.
1	12,5 %	Het kind ervaart geen structuur in zijn leven en heeft weinig gevoel voor tijd en plaats.

Alle kenmerken van hechtingsproblematiek die de geïnterviewden in hun interviews noemen en de kenmerken die worden genoemd in de literatuur zijn door de groep ex-vrijwilligers in meerdere of mindere mate terug gezien bij de kinderen.

Verder vulden alle acht afnemers 'Ja' in bij de vraag of ze bekend waren met hechtingsproblematiek en bij de vraag of ze deze problematiek tegen zijn gekomen binnen de NPH-huizen. Bij de open vraag waaraan ze hechtingsproblematiek herkende binnen het NPH-huis werd door meerderen het claimende gedrag en het aantrekken en afstoten gedrag bij de kinderen en jongeren als opvallend genoemd. Sommigen noemden alleen dit claimende gedrag, anderen noemden dit in combinatie met afwijzend gedrag of afstandelijk in contact. 'Het meest zichtbare kenmerk was het vele knuffelen en je vasthouden zonder dat ze je echt kenden, om je vervolgens de dag erna te negeren'. Ook het aanhankelijke gedrag bij vreemden werd opvallend en zorgwekkend genoemd. Een ander gaf aan dat de kinderen zichzelf snel 'geven' in het openstellen voor bijvoorbeeld nieuwe contacten maar dat zij dit niet altijd zag als een uiting van hechtingsproblemen omdat dit ook hoort binnen het kader van familiegevoel en samen open staan voor nieuwe mensen. Ook werd er benoemd dat bij heel veel van de kinderen er iets van de kenmerken uit de enquête terug te zien zijn, maar dat dit niet betekend dat ze allemaal een hechtingsstoornis hebben. Hierbij werd ook benoemd dat het een groot verschil is of de kinderen als baby al binnen komen in het huis of op latere leeftijd. Verder werd beschreven dat hechtingsproblematiek herkenbaar was in het moeite hebben met grenzen, weinig empathisch vermogen en het manipulatief gedrag, het aannemen van een slachtoffer rol en de mensen om zich heen in een dader- en redderrol plaatsen. De moeite om bij hun binnenwereld te komen en dat het bij sommige kinderen veel tijd kostte om een vertrouwelijke relatie op te bouwen. Verder werd er benoemd dat het frustrerend was om te zien dat hechtingsproblemen door professionals in NPH nog niet (altijd) wordt herkend en dus ook niet altijd naar wordt gehandeld/behandeld.

De groep afnemers van de enquête is te klein om uit deze resultaten harde conclusies te kunnen trekken. Wel kunnen de uitkomsten van de enquête gebruikt worden als een soort controle dat de kenmerken uit de literatuur en uit de interviews ook door anderen gezien zijn bij de kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen.

Bijlage 14: Deelvraag 3

Welke behandeldoelen in de beeldende therapie sluiten aan bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

14.1 Literatuur

Behandeldoelen kunnen onderverdeeld worden in korte termijn- en lange termijn doelen, of in hoofd- en subdoelen. In de beeldende therapie zijn korte termijn doelen vaak meer concrete uitwerkingen en zijn meestal gericht op bepaalde beleavings- en gedragsaspecten die in het medium zichtbaar zijn. Een voorbeeld hiervan is ‘meer ruimte innemen’ of ‘zichzelf stevig neerzetten’. Bij lange termijn doelen ligt de nadruk meer op het algehele functioneren van de cliënt. Zoals het behandeldoel ‘verbeteren van het zelfbeeld’, ‘leren samenwerken’ of ‘verwerken van bepaalde problematiek’. Vaak zijn het de algemene behandeldoelen die aansluiten bij de diagnostiek (Schweizer, 2009, p.156). Veel van de kenmerken van hechtingsproblemen, beschreven in het vorige hoofdstuk, sluiten aan bij de volgende behandeldoelen, geformuleerd door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

De Federatie Vaktherapeutische Beroepen stelt behandeldoelen op de volgende gebieden:

- Emotionele problemen: het verwerken van traumatische ervaringen of het leren uiten en vormgeven van emoties.
- Gedragsmatige problemen: het leren structuur aanbrengen, leren chaotisch gedrag tegen te gaan, verminderen van probleemgedrag, leren beter om te gaan met frustraties, leren om controle te verminderen, concentratie leren verhogen, doorzettingsvermogen vergroten.
- Conflictverwerking: leren omgaan met tegenstellingen, conflicten leren vormgeven en verwerken.
- Egoversterking: ontdekken en uitbreiden van mogelijkheden en onmogelijkheden, vergroten van zelfvertrouwen en zelfbeeld, leren accepteren van grenzen en beperkingen, ontwikkelen van eigenheid en identiteit.
- Sociaal functioneren: leren samenwerken, leren kijken en luisteren naar anderen, bevorderen van assertiviteit, leren grenzen stellen, rekening leren houden met anderen (Schweizer, 2009, p. 157).

De beeldend therapeuten Bermudez en Ter Maat (2006) hebben in de Verenigde Staten een enquête onderzoek verricht naar beeldende therapie bij (o.a.) kinderen en jongeren met een Latijns-Amerikaanse afkomst. Hieruit is naar voren gekomen dat de meest voorkomende therapeutische behoeften bij Latijns-Amerikaanse kinderen en jongeren, kwesties van acculturatie, problemen met het hebben van een minderheidsstatus en de ontwikkeling van een culturele identiteit zijn (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 168). Deze onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op Latijns-Amerikaanse cliënten binnen de Verenigde Staten. Dit maakt deze behoeften aannemelijker door de voorafgaande emigratie. Toch is het niet uitgesloten dat dit ook therapeutische behoeften kunnen zijn binnen de weeshuizen van NPH doordat er ook kinderen en jongeren van culturele minderheden in de weeshuizen verblijven. Een voorbeeld hiervan zijn de Miskitos in Nicaragua die oorspronkelijk uit het gebied aan de Atlantische kust komen. Zowel in Nicaragua als binnen het weeshuis van NPH Nicaragua vormen zij een etnische minderheidsgroep. Verder worden familiezaken, traumatische gebeurtenissen en misbruik, socialisatie (banden met leeftijdsgenootjes, steun en sociaal isolement), lage eigenwaarde, zelfexpressie en communicatie, taalbarrières, psychische problemen en verdriet en verlies genoemd als therapeutische behoeften binnen de beeldende therapie. Enkel een paar beeldend therapeuten gaven in het onderzoek aan geen therapeutische behoeften in het

bijzonder tegen te komen bij Latijns-Amerikaanse cliënten (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.168).

‘Gehechtheid heeft een grote draagwijdte, er is bijna geen terrein in het leven waarop gehechtheid geen invloed heeft’ (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.26). Kinderen en jongeren met een onveilige hechting kunnen hierdoor op vele vlakken problemen ervaren. Doordat de gevolgen van een problematische gehechtheid erg groot kunnen zijn (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p. 44) moet de behandeling van hechtingsproblemen hierdoor op meerdere kerngebieden gericht worden om verandering bij het kind/de jongere te kunnen bewerkstelligen.

Zoals in het vorige hoofdstuk al beschreven is noemt Smeijsters (2010) vier kerngebieden in het algemeen praktijkonderzoek naar vaktherapie in justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg. Dit zijn het kerngebied Zelfbeeld, het kerngebied Emotie, het kerngebied Interactie en het kerngebied Cognitie. De problemen binnen deze kerngebieden raken in meerdere en mindere mate de veelzijdige problematiek die voor kan komen bij een problematische gehechtheid. Aangezien het beschreven gedrag binnen deze kerngebieden overeen komen met de kenmerken van hechtingsproblematiek, er veel hechtingsproblemen en trauma voorkomt binnen de gesloten jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen (Schuengel et. al., 2006, p.8-10), en doordat zowel uit de literatuur als uit de interviews blijkt dat deze problematiek ook gezien wordt bij kinderen en jongeren in weeshuizen in Latijns-Amerika, kan de literatuur over de doelgroep jongeren in justitiële inrichtingen en binnen de gesloten jeugdzorg in Nederland door de vergelijkbare problematiek en de institutionele setting, gebruikt worden om meer informatie te verzamelen.

Gemmy Willemars en Marjan Helmich hebben in een praktijkonderzoek naar interventies binnen de beeldende therapie in justitiële jeugdinrichtingen en gesloten jeugdzorg, bij de kerngebieden van Smeijsters per kerngebied een algemeen hoofddoel geformuleerd.

Kerngebied Zelfbeeld, hoofddoel: Versterken van het zelfbeeld.

Kerngebied Emotie, hoofddoel: Beter kunnen omgaan met emoties.

Kerngebied Interactie, hoofddoel: Verbeteren van de interactie.

Kerngebied Cognitie, hoofddoel: Veranderen van denkfouten (disfunctionele cognities). (Willemars en Helmich, 2010, p.12)

Ook zijn er per kerngebied een aantal subdoelen geformuleerd. Er wordt hierbij echter aangegeven dat het niet zo is dat elke cliënt op alle subdoelen van een kerngebied behandeld wordt. Voor elke cliënt worden 1 tot 3 subdoelen geformuleerd waarop behandeld wordt (Smeijsters et. al., 2012, p.87). Wel geven de subdoelen inzicht in de verscheidene kanten van de hoofddoelen en hoe deze uiteengezet kunnen worden.

Kerngebied Zelfbeeld

Hoofddoel: Versterken van het zelfbeeld

Subdoelen:

- Versterken van zelfrespect en eigenwaarde
- Vergroten van zelfvertrouwen
- Realistischer zelfbeeld opbouwen en acceptatie van beperkingen
- Voor jezelf opkomen, in afstemming op de ander (assertief)
- Problemen leren oplossen, copingstrategieën met betrekking tot probleemsituaties uitbreiden (Smeijsters et. al., 2012, p.95)

‘Voor jeugdigen met een zwakke identiteit geldt dat zij vaak niet genoeg weten wie ze zijn, negatieve overtuigingen over zichzelf en/of weinig zelfvertrouwen hebben.

Zelfonderschatting en een gebrek aan zelfrespect kunnen leiden tot een gebrekkig inzicht in wat men zelf wel of niet kan beïnvloeden. Deze jongeren ontwikkelen vaak weinig gedragsalternatieven en doordachte oplossingen, vertonen weinig positieve responsiviteit naar anderen, kunnen zich moeilijk aan de omgeving aanpassen, niet goed met problemen omgaan en moeilijk zichzelf tot rust brengen (Smeijsters, 2010, p.12).’ In het behandelen van hechtingsproblemen is zelfbeeld een van de thema’s waaraan gewerkt wordt in de beeldende therapie. Het is belangrijk bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen om terug te gaan naar hun ‘zelf’ en hun zelfbeeld te versterken omdat zij vaak van zichzelf en anderen vervreemd zijn. Bij een gebrekkig ontwikkelde identiteit en het gebrek aan zelfvertrouwen is er in de beeldende therapie vaak een gebrek aan explorerend vermogen, waardoor de kinderen en jongeren moeite hebben met het maken van keuzes en zichzelf te laten zien in het medium. ‘Door het actieve karakter van beeldende therapie wordt een jongere uitgedaagd een meer zelfbepalende rol aan te nemen en daarmee te oefenen. Niet overgeleverd zijn aan de omgeving, maar de omgeving zelf in eigen hand kunnen nemen, geeft een positieve impuls aan het zelfbeeld en heeft doorgaans een krachtige uitwerking op de ontwikkeling daarvan (Willemars en Helmich, 2010, p.12).’ De mogelijkheden om veranderingen te bereiken door middel van beeldend werken wordt hiermee onderbouwd. Het versterken van het zelfbeeld, ook bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen, is dus een passend, realistisch en haalbaar behandeldoel binnen de beeldende therapie. In een onderzoek van Schuengel (et. al. 2006) wordt beeldende therapie als onderdeel van behandeling genoemd voor het behandelen van jongeren met een hyperactiverende gehechtheidsstrategie (een vorm van een onveilige gehechtheidsstrategie). Beeldende therapie draagt volgens Schuengel (et. al. 2006) bij aan de behandeling van de thema’s integratie van positief en negatief, zelfbeeld en identiteit (Schuengel et.al., 2006, p.126). ‘In het werken met beeldende materialen groeit een bewustzijn van de jongere over wat hij allemaal kan. Zo helpt beeldend werken bij het ontdekken van de eigen mogelijkheden. De beeldende therapie geeft de jongeren ook de mogelijkheid om vanuit de eigen behoefte aan het werk te gaan, op een positieve manier ruimte in te nemen, trots te zijn en zichzelf te leren kennen. Het scheppende karakter van de beeldende therapie kan ik-versterkend werken en door het ontwikkelen van het eigene wordt de veerkracht vergroot (Schweizer et al., 2009)’ (Willemars en Helmich, 2010, p.12).

Kerngebied Emotie

Hoofddoel: Beter kunnen omgaan met emoties

Subdoelen:

- (H)erkennen van emoties
 - Gewaarworden van emoties/sensaties
 - Leren uiten van emoties
 - Leren differentiëren tussen emoties
 - Verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)
 - Verwerking van trauma of rouw
- (Smeijsters et. al., 2012, p.98)

Het hoofddoel ‘beter kunnen omgaan met emoties’ bij het kerngebied Emotie, sluit goed aan bij het behandelen van hechtingsproblemen. Veel kinderen en jongeren met dergelijke problematiek hebben namelijk problemen met het herkennen van emoties bij anderen, en hierop hun gedrag aan te passen, en/of kunnen zelf hun emoties moeilijk reguleren of adequaat tot uiting laten komen (Smeijsters, 2010, p.12). Kenmerken van hechtingsproblemen zoals aanklampgedrag, passief en teruggetrokken gedrag, uitingen van angst, boosheid,

wantrouwen of uitingen van verlatenheid en teleurstelling (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.42), hebben te maken met verschillende emoties. Hierdoor kunnen kinderen en jongeren met hechtingsproblemen gebaat zijn bij het werken aan het beter kunnen omgaan met emoties. Pittam (2008) heeft een onderzoek gedaan naar beeldende therapie en agressie en waar boosheid en agressieproblemen vandaan kunnen komen. Vaak komen agressieproblemen voort uit trauma door het verlies van een dierbare, mishandeling of verwaarlozing of elke andere vorm van misbruik die schade toebrengt aan het vermogen van het individu om goede relaties aan te gaan en te behouden. Ook geeft Pittam aan dat onvoldoende emotionele zorg in de kindertijd sociaal gedrag remt en de ontwikkeling van empathie jegens anderen voorkomt. Hechtingsproblemen komen voort uit dezelfde achtergrond aan problematiek. Het handelen uit boosheid dat voort kan komen uit problemen in de ontwikkeling kan als gevolg hebben dat kinderen en jongeren niet in staat zijn om bevredigende relaties aan te gaan. Ook dit is een kenmerk van hechtingsproblematiek. Uit neurofysiologisch onderzoek is aangetoond dat emotionele binding een essentieel onderdeel is voor de ontwikkeling van de hersenen. Pittam stelt dat beeldende therapie een goede behandelvorm is voor kinderen en jongeren met (o.a.) hechtingsproblemen, doordat de beeldende therapie kan helpen bij het herontwikkelen van dit proces van emotionele binding (Liebmann, Pittam, 2008, p.87).

Kerngebied Interactie

Hoofddoel: Verbeteren van de interactie

Subdoelen:

- Accepteren van gezagsrelaties
- Leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander
- Empathie vergroten
- Uitbreiden sociale vaardigheden
- Vergroten van het vertrouwen in een ander
- (H)erkennen van non-verbaal gedrag
- Verbeteren van de (non-)verbale communicatie
- Het inzicht in de eigen interactiepatronen vergroten

(Smeijsters et. al., 2012, p.101)

Ook het hoofddoel ‘verbeteren van de interactie’ bij het kerngebied Interactie is belangrijk bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Verschillende kenmerken van hechtingsproblemen, zoals het moeite hebben met contacten aangaan of juist het allemansvriend gedrag, geven dit aan. Bowlby (1988) formuleerde begrippen met betrekking tot de therapeutische relatie en de houding van de therapeut die veelal zijn overgenomen. Zo geeft Bowlby aan dat de therapeutische relatie als een vertrouwensrelatie kan worden ingezet die voor de cliënt kan werken als een ‘secure base’. Hieruit kan vastgesteld worden dat behandeldoelen gericht op een verbeterde interactie goed aansluiten bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. De houding van de therapeut is gericht op gehechtheid door met empathie en sensitieve reacties op emotionele uitingen van de cliënt te reageren. Door als therapeut te kijken naar wat de cliënt nodig heeft wordt de cliënt gezien in zijn behoefte aan veiligheid. Hierbij is het uitgangspunt dat gehechtheid in het hele leven een centrale rol speelt. De therapeut is beschikbaar voor de cliënt door zijn warmte, empathie, sensitieve respons en door zich te richten op de cliënt. Zo geeft de therapeut de cliënt een ervaring van gehechtheid (Thoomes-Vreugdenhil, 2006, p.106). Doordat de cliënt binnen de therapie gehechtheid leert ervaren wordt er aan zijn hechtingsproblemen gewerkt.

Kerngebied Cognitie

Hoofddoel: Veranderen van disfunctionele cognities

Subdoelen:

- Verbeteren van de waarneming
- Leren structureren van gedachten
- Disfunctionele cognities (h)erkennen
- Disfunctionele cognities omzetten in functionele cognities
- Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen
- Verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten (Smeijsters et. al., 2012, p.104)

Bij het kerngebied Cognitie hebben kinderen en jongeren negatieve cognities met betrekking tot zichzelf, tot het eigen kunnen en de eigen vaardigheden. Dit kan leiden tot internaliserende problematiek. Daarnaast zijn er vaak negatieve cognities met betrekking tot anderen waardoor zij het gedrag van anderen verkeerd waarnemen en niet correct interpreteren. Hierdoor kunnen zij negatieve opvattingen koesteren over anderen en de wereld om hen heen (Smeijsters, 2010, p.13). Ook kinderen en jongeren met onveilige gehechtheidsstrategieën hebben sterk verankerde negatieve verwachtingen ten opzichte van zichzelf en anderen (Schuengel et. al., 2006, p. 103). Het hoofddoel bij dit kerngebied, ‘verandering van denkfouten (disfunctionele cognities)’, sluit hierdoor aan bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Kinderen en jongeren met een onveilige hechting hebben vaak een verkeerd denkpatroon ontwikkeld en kunnen een verward beeld hebben van zijn of haar gehechtheidservaringen. De gehechtheidsrepresentatie (mentale representatie van gehechtheid) is de wijze waarop een persoon zijn gehechtheidservaringen heeft verwerkt en de wijze waarop de persoon herinneringen op kan roepen aan die ervaringen (Schuengel et. al., 2006, p. 26).

Gehechtheidsstrategieën

Gehechtheidsstrategieën zijn de bewuste en onbewuste manieren waarop kinderen en volwassenen hun gehechtheidsgedrag kiezen in bestaande en nieuwe gehechtheidsrelaties (Schuengel et. al., 2006, p. 26/27). Als kinderen ouder worden, passen ze de strategieën die ze leren in gehechtheidsrelatie om niet gekwetst te worden of zich te onttrekken aan pijnlijke situaties, ook toe op hun mentale wereld. Dat kleurt hun interpretatie van wat ze meemaken en meegemaakt hebben, en stuurt hun gedrag in sociale relaties (Schuengel et. al., 2006, p.28). Zo is een van de kenmerken van hechtingsproblemen dat het kind/de jongere weinig uit ervaringen leert en de ervaringen niet beklijven, wat volgens Thoomes-Vreugdenhil een van de condities is die het probleemgedrag van het kind in stand houden (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p. 42). Een ander kenmerk van hechtingsproblematiek is dat het kind een gebrek aan empathie (inleving in anderen) heeft waardoor een rem op agressie vervalst. Dit is een uiting van een deactiverende gehechtheidsstrategie (Schuengel et. al., 2006, p.100).

De deactiverende gehechtheidsstrategie

Kinderen en jongeren met een deactiverende (gereserveerde) gehechtheidsrepresentatie hebben vaak een geschiedenis van consistente afwijzing door gehechtheidsfiguren. Zij vrezen bij voorbaat afwijzing en teleurstelling en zullen kiezen voor een deactiverende strategie. Dit kan zich uiten door contact te vermijden (hierbij is weglopen de meest extreme uitingsvorm) of door de aandacht af te leiden van het gebrek aan toegang tot gehechtheidsfiguren. Als stress en frustratie zich ophopen brengt de jongere dit in verband met andere factoren. Het kind of de jongere stelt zich op als onafhankelijk, onaantastbaar en zelfstandig.

De hyperactiverende gehechtheidsstrategie

Kinderen en jongeren met een hyperactiverende (gepreoccupeerde) gehechtheidsrepresentatie hebben vaak een geschiedenis van inconsistente aandacht van gehechtheidsfiguren. Vaak waren de ouders wel (extreem) betrokken bij hun kind maar niet zodanig dat het kind of de jongere betrouwbaar op de ouders kon rekenen. Dit kan komen door bijvoorbeeld rolomkering, psychiatrische problematiek of verslaving bij ouders. Bij deze kinderen en jongeren (in tegenstelling tot kinderen en jongeren met een deactiverende gehechtheidsrepresentatie) schuilt er hierdoor onder hun verwarring hoop op aandacht, nabijheid en troost. Kinderen en jongeren die verwachten dat (potentiële) gehechtheidsfiguren uiteindelijk wel zullen reageren, zullen kiezen voor een hyperactiverende strategie. Deze strategie zal zich, zolang er geen bevredigende respons komt van de gehechtheidsfiguren, uiten in toenemend aandringen op relationele aanspraken, toegenomen waakzaamheid ten aanzien van de aandacht van (potentiële) gehechtheidsfiguren, en emotionele labiliteit, verwarring, boosheid en preoccupatie met zichzelf (Kobak, 1993). Het kind of de jongere is geneigd zich te presenteren als afhankelijk, zielig en hulpeloos (Schuengel et. al., 2006, p. 38/39). Om hechtingsproblematiek te behandelen is het hierdoor dus ook nodig om binnen het kerngebied Cognitie aan het werk te gaan om groeibelemerende kerncognities om te zetten in groeibevorderende kerncognities, zodat het denkpatroon van de cliënt veranderd en hierdoor nieuw gedrag aan kan leren en zich open kan stellen voor nieuwe (positieve) gehechtheidservaringen.

Groeibelemerende en groeibevorderende kerncognities

Kinderen en jongeren met onveilige gehechtheidsstrategieën, zoals hierboven beschreven, hebben groeibelemerende kerncognities. Dit zijn sterk verankerde negatieve verwachtingen ten opzichte van zichzelf en anderen. Deze kerncognities belemmeren groei doordat negatieve verwachtingen van zichzelf en anderen en de mentale strategieën die het kind of de jongere heeft ontwikkeld om van die verwachtingen minder last te hebben, hem ervan weerhouden zich open op te stellen voor opvang, adviezen en steun van sensitieve opvoeders. Hierdoor blijven deactiverende of hyperactiverende gehechtheidsstrategieën bestaan.

Groeibevorderende kerncognities zouden geleidelijk aan in de plaats moeten komen van het negatieve beeld dat ze hebben van zichzelf en anderen ten aanzien van gehechtheid. Bij een deactiverende gehechtheidsstrategie zijn dit cognities waarbij het kind de aandacht en zorg van beschermende volwassenen waardig is ('de moeite waard zijn'). Deze kerncognities bevorderen groei doordat het kind eerder geneigd zal zijn opvoeders op te zoeken en te gebruiken als bronnen van troost, geruststelling, steun en advies, en als een veilige basis om nieuw gedrag en een nieuwe kijk op andermans gedrag uit te proberen. Zodra bij het kind door expliciete en impliciete boodschappen in het gedrag van de opvoeders de boodschap beter overkomt dat het kind 'de moeite waard is', kan het negatieve beeld van zichzelf en anderen afnemen en wordt de noodzaak voor deactiverende gehechtheidsstrategieën minder groot (Schuengel et. al., 2006, p.103).

Bij kinderen en jongeren met een hyperactiverende gehechtheidsstrategie zijn de groeibevorderende kerncognities integratie van positieve en negatieve representaties van zelf en anderen, en een autonome identiteit. Dergelijke cognities beschrijven al voor een groot deel het einddoel van de behandeling van deze vorm van hechtingsproblematiek. Hierdoor beschrijft Schuengel (et. al. 2006) kerncognities die een opstap kunnen zijn naar dit einddoel. Een eerste opstap naar integratie van positieve en negatieve representaties en belevingen van personen (met name gehechtheidsfiguren) is het verwerven van de kerncognitie 'tolerantie voor tegenstrijdigheid'. Hiermee wordt bedoeld dat kinderen zich ervan bewust worden dat ieder mens positieve en negatieve eigenschappen heeft, en dat ze deze tegenstrijdigheid leren ervaren en verdragen. Een eerste opstap naar de opbouw van een autonome identiteit wordt

gevormd door de kerncognitie 'relationele self-efficacy'. Hiermee wordt bedoeld dat het kind weet dat hij of zij beschikt over de competenties die nodig zijn om problemen of situaties binnen (gehechtheids-)situaties zelf op te lossen, en dat hij of zij verwacht daarin te slagen. Self-efficacy wordt bevorderd door succeservaringen, positieve (rol)modellen, en steunende aanmoedigingen (Schuengel et. al., 2006, p. 118). Schuengel (et. al., 2006) geeft in zijn onderzoek aan dat bij het bereiken van deze kerncognities beeldende therapie een goede bijdrage kan leveren (Schuengel et. al., 2006, p. 126).

14.2 Praktijk

Liselot Appelo, beeldend therapeut NPH Nicaragua (2008), geeft aan dat het behandeldoel dat voornamelijk terug kwam in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen is het leggen van een bodem van zelfvertrouwen en van zekerheid. Ze vertelt dat deze bodem er niet is bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Ook geeft ze aan dat het onwaarschijnlijk is dat je als therapeut kunt herstellen en genezen wat er de eerste drie jaren in een kinderleven ontbraken. 'Je kunt een kind wel goede ervaringen meegeven, en ontdekkingen over zichzelf en anderen. Dat er betrouwbare mensen zijn, dat het fijn is om aandacht te krijgen voor jezelf en ook dat het fijn is om dingen te maken die je van binnen kunnen raken en herstellen (Interview Liselot Appelo, p.2)'. Ze vertelde te merken dat het vaak helemaal niet zoveel uitmaakte wat ze deed met de kinderen. Het feit dat ze één op één een uur met iemand bezig was, hun aandacht gaf en hun iets leerde ervaren wat nieuw was en veilig, heeft volgens haar al heel veel goed gedaan bij de kinderen en jongeren.

Tina Vink, beeldend therapeut NPH Nicaragua (2011-2013), vertelt dat het behandeldoel, het groeien in zelfvertrouwen en de kinderen en jongeren stevig te laten staan, het meeste overeenkwam bij de kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Hierbij noemt ze ook het kunnen vertrouwen op jezelf, het vergroten van de weerbaarheid, het helpen zoeken naar wie ze zijn en het bewust maken van dat ze goed zijn zoals ze zijn.

Zoals bij deelvraag 1 al beschreven is worden de kinderen en jongeren voornamelijk door opvallend (probleem)gedrag en/of problemen binnen het huis of op school, door de psychologe doorverwezen naar de beeldende therapie. Vink geeft aan dat de behandeldoelen dus vaak gericht zijn op deze 'oppervlakkige' problemen. 'Je werkte aan waar het op dat moment nodig was (Interview Tina Vink, p.4)'. De doelen probeerde ze met de kinderen samen te bespreken en op te stellen, vooral als de kinderen iets ouder waren. Maar Vink merkte dat het moeilijk was om de kinderen zelf de doelen te laten beschrijven. Ze vertelt dat er zoveel stappen vooraf gaan aan het daadwerkelijk werken aan de problematiek door bijvoorbeeld het verschil in reflectievermogen en het hebben van inzicht. De kinderen en jongeren in Nicaragua hebben volgens haar minder reflectievermogen op wat het kind zou willen veranderen en waar ze aan zouden willen werken. Ook lijken ze minder inzicht te hebben in dat het misschien kan veranderen of beter kan. Dit reflectievermogen en inzicht moet dus binnen de therapie aangesproken worden en ze te leren naar zichzelf te kunnen kijken en hierop te kunnen reflecteren. Verder benoemt Vink doelen als aan het zelfbeeld werken, het kunnen loslaten dat alles mooi en perfect moet zijn, kunnen ervaren dat wat je maakt goed is, dat je plezier mag beleven aan wat je maakt, dat je de controle los kunt laten en kunt vertrouwen op wat er gebeurt. Deze doelen hangen samen met het doel 'leren experimenteren'. Ook hiermee hebben kinderen weinig ervaring in Nicaragua, dit cultuurverschil wordt verder beschreven bij deelvraag vijf. Zoals hierboven beschreven staat kan er aan veel verschillende doelen gewerkt worden bij het experimenteren met nieuwe materialen/technieken en werkwijzen met de kinderen, juist omdat zij weinig tot geen ervaring hebben met experimenteren. Doelen als kunnen loslaten dat alles mooi en perfect moet zijn en kunnen ervaren dat dat wat je maakt goed is en hier plezier aan kan beleven, kan

bereikt worden door uit het gebruikelijke realistisch werken te stappen en iets nieuws aangereikt te krijgen. Vink geeft aan dat zij heeft ervaren dat door met de kinderen te experimenteren (met handvatten van de therapeut, zoals het duidelijk uitleggen en benoemen) zij leerden dat het belangrijker was om plezier te ervaren tijdens het beeldend werken dan hoe het eindresultaat er uit kwam te zien.

Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut NPH Nicaragua (2013/2014), benoemt de volgende behandeldoelen die voornamelijk terug kwamen in het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen; Contact maken met de therapeut en niet uit het contact gaan als het moeilijk of onaangenaam wordt, vertrouwen opbouwen in de therapeutische relatie en in zichzelf. Verder benoemt ze de doelen trots zijn op zichzelf, om hulp durven vragen en het uitten van hun eigen mening. Klages benoemt ook een aantal beeldende doelen die aansloten bij de kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH. Namelijk het zoeken en vinden van een eigen stijl, durven te experimenteren, samenhangend werken, verbindingen te scheppen tussen de elementen in een beeld of tekening/schilderij. Op pagina 32 is een voorbeeld te zien van beeldend werk waarbij de losse elementen duidelijk naar voren komen, maar waar er ook gewerkt is aan het scheppen van eenheid in het beeldend werk.

Maran Haijink, beeldend therapeut in NPH Guatemala sinds 2013, benoemt als belangrijkste behandeldoelen bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen; Gevoelens kunnen uiten op een adequate manier en het aan leren van sociale vaardigheden.

Dorie Arts, kunstzinnig therapeut NPH Honduras (2008-2012) geeft aan dat het algemene behandel/begeleidingsdoel van de kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek was om te leren om de verbinding aan te gaan, om aansluiting te vinden. Arts verteld dat de kinderen en jongeren dit letterlijk deden binnen de kunstzinnige therapie op papier met verf en krijt. De verbinding aangaan deden ze door kleuren, materialen en verschillende technieken samen te brengen tot een stevig en gebalanceerd geheel. Het doel om te leren het beeld steviger neer te zetten was bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek vaak een beeldend doel.

Franziska Müller, beeldend therapeut in NPH Honduras sinds 2014, benoemt als belangrijkste behandelgoal bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen het verbeteren van het zelfbeeld. Belangrijke en vaak voorkomende doelen die hier bij horen zijn; Zelfwaardering, zelfacceptatie, zelfactualisatie, zelfvertrouwen, zelfverantwoordelijkheid.

Hieronder wordt een lijst gegeven van alle genoemde behandeldoelen bij hechtingsproblemen door de beeldend therapeuten binnen NPH.

Behandeldoelen beeldende therapie → hechtingsproblemen binnen NPH:

- Het vergroten van zelfvertrouwen;
- Weerbaarheid vergroten;
- Exploreren van het zelfbeeld (zelfwaardering, zelfacceptatie, zelfactualisatie, zelfvertrouwen en zelfverantwoordelijkheid);
- Zoeken naar identiteit en acceptatie;
- Trots kunnen zijn op zichzelf;
- Gevoelens uiten op een adequate manier;
- De controle los kunnen laten;
- Contact maken met de therapeut en niet uit het contact gaan als het moeilijk of onaangenaam wordt;
- Vertrouwen opbouwen in de therapeutische relatie;
- Om hulp durven te vragen;
- Eigen mening kunnen uitten;
- Verbeteren van sociale vaardigheden.

Beeldende doelen:

- Het zoeken en vinden van een eigen stijl in het beeldend werken;
- Tevredenheid ervaren met het proces en/of resultaat;
- Leren het beeld steviger neer te zetten in het beeldend werken;
- Los kunnen laten dat alles mooi en perfect moet zijn;
- Durven te experimenteren in het beeldend werken;
- Het creëren van een samenhangend en stevig werkstuk;
- Leren de verbinding te leggen tussen kleuren, materialen en technieken in het beeldend werken;
- Plezier kunnen beleven in het beeldend werken.

Bijlage 15: Deelvraag 4

Welke interventies worden ingezet in de beeldende therapie als het gaat om het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek?

15.1 Literatuur

Interventies algemeen

‘Interventies vormen de essentie van het handelen’ (Schweizer, 2009, p.190). De beeldend therapeut kan de cliënt allerlei materialen en technieken aanbieden op veel verschillende manieren en op talloze momenten. Dit kan voorspelbare, maar ook onvoorspelbare resultaten opleveren. Hierdoor is een interventie geen vaststaande en eenduidig omschreven handeling maar heeft veel verschijningsvormen. Krantz (2006) geeft als definitie dat een interventie een ingrijpen met een beweegreden is. Het doel van interventies is het bewerkstelligen van een langzame of snelle verandering. Het uiteindelijke doel van een interventie is het opheffen en/of reduceren van een probleem en het tot stand brengen van een verandering. Doordat interventies altijd in verband staan met een doel zijn doelen richtinggevend voor de interventies (Schweizer, 2009, p.190). ‘Wanneer zich in de loop van de uitvoering van een werkvorm een voorspelbaar of onvoorspelbaar moment voordoet waarop de therapeute wil of moet handelen, besluit zij tot een bepaalde interventie. Welke interventie dit zal zijn, zal afhangen van haar overwegingen’ (Krantz, 2006, 4.3).

De therapeut stemt zijn interventies af op de behandeldoelen, problematiek en de werkwijzen bij de behandeling van een cliënt. Bij het afstemmen van interventies op de cliënt en zijn behandeling wordt constant gezocht naar een evenwicht tussen begrenzen (structuur geven) en ruimte geven (eigen keuzes maken). De beeldend therapeut maakt gebruik van de ondersteuning en kracht van beeldend materiaal. Hierbij kunnen pictogrammen, keuzelijsten, een vaste grote collectie plaatjes en foto's structuur bieden om aan het werk te gaan (Smeijsters et. al., 2012, p.89).

Interventies doelgroep

Voor kinderen en jongeren met een problematische gehechtheid zijn interventies nodig die gericht zijn op het probleemgedrag van het kind en gericht op de ontwikkeling van zijn gehechtheidsmogelijkheden. Het doel achter de interventies is het bevorderen van een gehechtheidsrelatie. Een interventie en methode met het oog op gehechtheid richt zich op een sensitieve houding door opvoeders/verzorgers ten opzichte van het probleemgedrag en op het bevorderen van nabijheidszoekend gedrag van het kind (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p. 98). Bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen kan gedrag voorkomen dat gekenmerkt wordt door aanklappen en geremdheid, waarbij het kind niet op onderzoek uit gaat maar zich vast klampt aan de verzorger (Secure-basestoornis, Zeanah & Boris, 2000). Bij deze kinderen is de secure-base onvoldoende en is de exploratiebehoefte van het kind geremd (Thoomes-Vreugdenhil, 2006, p.82). Beeldende therapie biedt veel mogelijkheden om de exploratiebehoefte van het kind te vergroten. Door als therapeut interventies in te zetten als het aanbieden van nog onbekende materialen en hierbij de cliënt de steun en hulp te bieden die hij nodig heeft om de uitdaging aan te gaan, maar ook de ruimte te krijgen om te gaan experimenteren binnen het beeldend werken, kan de exploratiebehoefte van de cliënt vergroot worden.

In het artikel ‘Praktijkonderzoek naar interventies, Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg’ van Gemmy Willemars en Marjan Helmich is onderzocht welke interventies nodig zijn in de beeldende therapie bij jongeren in justitiële

jeugdinstellingen en de gesloten jeugdzorg. Hieronder worden de interventies beschreven die betrekking hebben op hechtingsproblematiek. De interventies worden beschreven per kerngebied (Zelfbeeld, Emotie, Interactie, Cognitie), zoals die al in eerdere hoofdstukken naar voren zijn gekomen.

‘Binnen therapie met deze jeugdigen is bevestiging van dat wat zij leren en van de ontwikkeling die zij doormaken erg belangrijk. Omdat de jeugdigen in het beeldend werk hun acties kunnen terugzien in een tastbaar, voelbaar en zichtbaar resultaat, biedt beeldende therapie de mogelijkheid tot dergelijke bevestiging’ (Willemars & Helmich, 2010, p.11).

Om het zelfbeeld van het kind/de jongere te versterken en het explorerend vermogen in de beeldende therapie te vergroten zijn hieronder interventies genoemd waar de beeldende therapeuten uit dit onderzoek een consensus over bereikten. ‘In de beeldende therapieën binnen de JJI gaan beeldend therapeuten samen met jongeren op zoek naar wat hen aanspreekt, gebruik makend van de uitstraling, de appèlwaarde van materialen en ruimte gevend voor de ‘vitality affects’ (Smeijsters, 2008a; Stern, 2000; Rutten-Saris, 1997) die eigen zijn aan de persoon en in het medium tot uiting kunnen komen. Bij het kiezen van een beeldende opdracht laten de beeldend therapeuten zich ook leiden door de impulsen of signalen die vanuit de jongere naar voren komen. Dit kunnen kleine dingen zijn, zoals dat een jongere even aan het materiaal voelt, ernaar kijkt of eraan ruikt. De therapeut stemt af in het ‘present moment’ (Smeijsters, 2008a; Stern, 2004) en bekrachtigt het eigen gedrag, waardoor dit omgezet kan worden in een positieve ervaring’ (Willemars & Helmich, 2010, p.12). Een werkvorm bij dit kerngebied kan het uitwerken van de eigen naam met hout, gips, klei of in graffiti zijn (Willemars & Helmich, 2010, p.13).



Beeldend werk cliënt, 2012, NPH Nicaragua

Bij het kerngebied Emotie beginnen beeldend therapeuten vaak met het concreet maken van welke emoties er zijn en hoe deze eruit zien. Omdat dit gericht is op de algemene vier basisemoties, is het niet gericht op hun eigen angst of verdriet en dit geeft de jongere veiligheid. ‘Door middel van thema’s, kleuren, formaat, materiaalkeuze en beeldende technieken worden diverse emoties tijdens het proces en in het product uitgedrukt en ervaren. Het beeldend materiaal nodigt de jongere non-verbaal uit tot het uiten van gevoelens. Belangrijk hierin is dat de jongere zichzelf en de emoties leert begrenzen en niet langer overspoeld wordt door emoties’ (Willemars & Helmich, 2010, p.13). Een veelgebruikte werkvorm bij het kerngebied Emotie is twee kinderen of jongeren een emotie laten kiezen en zo duidelijk mogelijk deze emotie laten uitwerken op papier. Als ze beiden halverwege zijn wordt er gewisseld van tekening. Zonder dat de kinderen of jongeren weten welke emotie de ander heeft getekend, proberen zij aan te sluiten bij wat er al is en de tekening af te maken (Willemars & Helmich, 2010, p.13).

Bij het kerngebied Interactie kunnen interventies in de beeldende therapie onder andere het helpen van de cliënt zijn bij een werkstuk, het samenwerken aan een werkstuk of het onderhandelen tijdens het werken zijn. ‘Voor veel jongeren met problemen op het sociale vlak is contact en intimiteit vaak bedreigend: het maakt hen kwetsbaar en dat willen zij het liefst vermijden. Het materiaal in beeldende therapie geeft hen de kans om een dialoog aan te gaan

tussen de omgeving en henzelf, en werkt daarnaast als indirect communicatiemiddel naar anderen. De jongere leert in het contact met materiaal vaardigheden die hij in het contact met mensen ook nodig heeft, zoals aanvoelen wat het materiaal toelaat en niet toelaat, constructieve beslissingen nemen en druk uitoefenen op het materiaal. Beeldend werk kan tevens werken als een spiegel: de jongere ziet de directe gevolgen van zijn handelen binnen relatief veilige oefensituaties. Hierin kunnen de bestaande interactiepatronen ontdekt worden. Ook kan de beeldend therapeut nieuwe patronen op een speelse wijze ontlokken en kunnen deze vervolgens worden getraind en geoefend via opdrachten. ' (Willemars & Helmich, 2010, p.14). Een voorbeeld van een werkvorm binnen het kerngebied Interactie is een samenwerkingsopdracht met klei. De een mag alleen klei weghalen en de ander mag alleen klei erbij doen. Vervolgens kan er van taak gewisseld worden. Een andere gezamenlijke opdracht is het schilderen van een huis. Tijdens deze opdracht kunnen de cliënten oefenen met verschillende interactieposities, bijvoorbeeld met een van de acht interactieposities uit de Roos van Leary (Willemars & Helmich, 2010, p.14).

Bij het kerngebied Cognitie wordt in de beeldende therapie vaak geoefend met het waarnemen op een objectieve manier en het herkennen van interpretaties (subjectief). 'Vaak liggen er disfunctionele denkgewoontes ten grondslag aan de keuzes en handelingen van jongeren in de beeldende therapie. Beeldende therapeuten komen bijvoorbeeld regelmatig de volgende opvattingen tegen: 'ik mag geen fouten maken', 'het is niet goed genoeg' en 'anderen zijn er op uit om mij te pakken'. Door dergelijke disfunctionele denkgewoontes vinden de jongeren het soms moeilijk om keuzes te maken, want ze verwachten dat ze daar op afgerekend gaan worden. In het beeldend werk worden de negatieve gedachten die een jongere over zichzelf heeft op houdbaarheid getoetst' (Willemars & Helmich, 2010, p.14). Deze disfunctionele denkgewoontes worden vaak snel zichtbaar in de beeldende therapie omdat het kind of de jongere iets van zichzelf laat zien en daarin authentiek is. Als dit zichtbaar wordt kan er vervolgens naar alternatieven gezocht worden. Het beeldend materiaal geeft jongeren meer grip door pictogrammen, afbeeldingen en het letterlijk vasthouden van materiaal. Werkvormen bij het kerngebied Cognitie kunnen zijn, het voorafgaand aan een opdracht de jongere laten vertellen hoe hij denkt dat hij de opdracht gaat uitvoeren en dit naderhand evalueren. Het beeldend werk bespreken aan de hand van een objectieve observatielijst (wat, waar, kleur, vorm, formaat, materiaal, et cetera) en een subjectieve observatielijst (mooi, lelijk, chaotisch, saai, et cetera). Of een opdracht op drie verschillende manieren (bijvoorbeeld met drie verschillende materialen) gaan uitwerken om zo te leren dat er niet één mogelijkheid is, maar dat er altijd meerdere zijn (Willemars & Helmich, 2010, p.15).

Uit een onderzoek van Bermudez en Ter Maat (2006) naar beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten in de Verenigde Staten werden thema's over jezelf en collage technieken bij kinderen en jongeren het meest genoemd door de deelnemende beeldend therapeuten. Andere thema's en technieken die goed aansluiten bij deze doelgroep waren thema's over cultuur, open thema's, werken met klei, tekenen, het maken van maskers en schilderen. De thema's en technieken die maar door enkele beeldend therapeuten binnen het onderzoek genoemd werden waren; verleden-heden-toekomst opdrachten, veilige plek opdrachten, opdrachten gericht op spiritualiteit en opdrachten gericht op de verwerking van het verlies van vrienden of familieleden. In het onderzoek schrijven Bermudez en Ter Maat dat de meest gunstige technieken voor zowel kinderen en jongeren als volwassenen meer neigen naar driedimensionaal werk zoals het maken van maskers, het werken met klei, naaien en handwerk, dan naar tweedimensionaal werk zoals schilderen of tekenen (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 169).

Boris & Zeanah (2005) stellen dat interventies die hechting willen bewerkstelligen door dwang, het 'doorwerken' van trauma of het bevorderen van regressie niet effectief zijn bij de behandeling van hechtingsproblemen. Voor deze interventies ontbreekt namelijk empirische steun waardoor het zelfs ten sterkste afgeraden wordt doordat dit ernstig letsel kan opleveren bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen ([http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Hechtingsproblemen.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Hechtingsproblemen.pdf)).

Therapeutische houding

'Als iemand positieve waardering van anderen ondervindt voor wat hij zegt of doet, zal zich daardoor ook positieve zelfwaardering ontwikkelen. Er ontstaat zo een positief zelfbeeld waaruit de persoon de zekerheid put om met vertrouwen zijn eigen weg te gaan' (Van der Molen, 2010, p. 267).

De therapeutische houding van de therapeut is binnen de therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen erg belangrijk. Het opbouwen van een therapeutische relatie en een vertrouwensband tussen de therapeut en de cliënt is essentieel voor het behalen van resultaten binnen de behandeling. Bij deze problematiek is het doel van de therapeutische relatie om de cliënt binnen de sessies steeds te laten ervaren wat bij gehechtheid hoort. 'De therapeut is door haar warmte, door haar empathie, door haar sensitieve respons en door haar gericht zijn op de cliënt, beschikbaar en geeft de cliënt daarmee een ervaring van gehechtheid' (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p.108). Fonagy (1999) stelt dat de therapeut een situatie moet creëren waarin het begrijpen van de mentale toestand centraal staat en het zelf van de cliënt erkend wordt. Deze erkenning moet door de cliënt als echt en betrokken ervaren worden. Door de cliënt te begrijpen en de ruimte te geven zijn emoties en gevoelens te tonen binnen de therapie, leert de cliënt veiligheid te voelen en zichzelf te vinden. Empathie, respect, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie zijn hierbij kenmerken van de houding van de therapeut en geven veiligheid aan de cliënt binnen de therapeutische relatie (Thoomes-Vreugdenhil, 2012, p. 108/109). Als het kind of de jongere erin geslaagd is een veilige basisrelatie op te bouwen met de therapeut, is de kans groter dat het opbouwen van veilige basisrelaties in het netwerk van het kind/de jongere slaagt (Schuengel et. al., 2006, p. 105).

Nederlands onderzoek (Schuengel et. al., VU, 2009) heeft aangetoond dat een therapeutische gehechtheidsrelatie ontwikkeld kan worden en dat deze positief effect heeft op de affectregulatie. 'In a controlled multiple case design study, the development of a therapeutic relationship and its role in affect regulation was studied in six children with visual deprivation. In the first phase, children had sessions with an experimental therapist stimulating therapeutic attachment, alternating with a control therapist providing positive personal attention only. In the second phase, both therapists applied behavior therapy. Clients sought more proximity to the experimental compared to the control therapist. Psychophysiological arousal (respiratory sinus arrhythmia, RSA, and pre-ejection period, PEP) was lower when the experimental therapist applied behavior modification than when the control therapist did. Despite prolonged social deprivation, the attachment behavioral system appeared responsive to stimulation. The effects on affect regulation may explain the synergy between psychotherapy based on interpersonal and behavior modification approaches' (Schuengel et. al., VU, 2009).

'Emotionele beschikbaarheid en containment zullen aanwezig moeten zijn in de houding van de therapeut voor het ontwikkelen van een therapeutische gehechtheidsrelatie (Smelt, 2009, p.17).' Volgens Bowlby (1973) betekent een veilige gehechtheid niet alleen dat er een veilige haven is (emotionele geruststelling en een gevoel van veiligheid) maar ook dat er een veilige basis is voor verkenning. Het is volgens Bowlby de taak van de therapeut om de cliënt een veilige basis te bieden van waaruit hij kan onderzoeken wat de nare en de pijnlijke kanten van zijn leven, in het heden en verleden, zoal zijn, dingen waarover de cliënt in de meeste

gevallen maar moeilijk, of zelfs helemaal niet kan nadenken en die hij niet onder ogen kan zien zonder de aanwezigheid van een vertrouwde begeleider die hem steunt, bemoediging en sympathie biedt, en soms ook advies kan geven. Declerck (2004) schrijft dat jongeren die verbondenheid ervaren hier groeikracht, zelfvertrouwen en levenszin(geving) uitputten. Ervaringen van verbondenheid voeden hun inlevingsvermogen en laten hen van binnenuit groeien naar een respectvolle houding. Zowel de band met zichzelf (welbevinden), de band met anderen, als de band met school en samenleving (betrokkenheid en participatie) wint hierdoor aan inhoud en kwaliteit (Smeijsters et. al., 2012, p.85). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de therapeutische relatie binnen de therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen erg belangrijk is. Als er een vertrouwensband is ontstaan tussen de therapeut en de cliënt kan de cliënt verbondenheid ervaren en op deze manier met de therapeut werken aan het verbeteren van de banden met zichzelf en anderen.

Methode

Een methode die goed aansluit in de beeldende therapie bij hechtingsproblemen is Mentalization-Based Treatment (Mentalisering bevorderende therapie, MBT), van Bateman en Fonagy (2004) (Kaarsemaker-Verfalle, 2009, p. 25-27). Deze methode vindt zijn oorsprong in de gehechtheidstheorie. 'Mentalisering is het kunnen nadenken over de eigen intenties en de intenties van anderen en het kunnen interpreteren van emoties en gedrag van anderen. Men gaat ervan uit dat van jongs af aan innerlijke werkmodellen ontstaan die de interactie met de hechtingspersoon representeren. De hechtingspersoon helpt het kind door een goede affectieve spiegeling (het affect uitbeelden) bij het mentaal representeren en daardoor reguleren van de emoties.' (Smeijsters et. al., 2012, p.71). Het vermogen te kunnen mentaliseren ontstaat tijdens de vroege ontwikkeling van het kind. Dit vermogen krijgt vorm in een affectieve relatie met de verzorger (hechtingspersoon) (Verheugt-Pleiter, Schmeets en Zevalkink, 2005, p. 7). Bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen is er vaak een gebrek aan mentaliserend vermogen. 'Er ontstaan problemen wanneer gevoelens onjuist of niet effectief primair gepresenteerd worden door de verzorger. Het kind kan gevoelens dan gaan ervaren als iets dat niet van hemzelf is, omdat er geen mogelijkheid is om ze in een passend kader te plaatsen. Dit leidt tot verwarring ten aanzien van de eigen gevoelens maar ook tot verwarring in de communicatie met anderen. Het kan ook gebeuren dat er geen secundaire representatie van bepaalde gevoelens tot stand komt, waardoor deze als overweldigend ervaren worden. Beide uitingvormen leiden tot problemen in de regulatie van emoties en later vaak tot impulsieve en zelfdestructieve acties' (Hamming, 2009, p. 10). Als een goede affectieve spiegeling ontbreekt blijven primitieve vormen van 'niet-representeren' bestaan. Hierbij kan het kind zijn innerlijke wereld volledig met de buitenwereld identificeren (equivalentiëmodus). Het kind beschikt niet over ik-grenzen en voelt zich zeer bedreigd. Alles wat zich buiten afspeelt staat gelijk aan jezelf, hierdoor lijkt een eigen identiteit bij deze kinderen of jongeren te ontbreken. Een ander geval is dat innerlijke toestanden niet als echt aanvoelen en het kind/ de jongere teveel moet doen alsof (de doen alsof-modus). Het kind voelt zich leeg, speelt altijd een rol en er lijkt geen innerlijk te zijn (Smeijsters et. al., 2012, p.71).

Het werken met beeldende middelen in de therapie biedt een meerwaarde bij het vergroten van het mentaliserend vermogen. 'Door middel van beelden kan er soms gemakkelijker tot een secundaire affectrepresentatie gekomen worden dan door middel van taal' (Hamming, 2009, p. 16). Binnen de beeldende therapie ontstaan tussen de therapeut en de cliënt, en in het geval van groepstherapieën tussen cliënten onderling, in het medium nieuwe affectgeladen relaties. Werken in het medium betekent een voortdurend uiten van emoties in het 'hier-en-nu' waarop de therapeut en (eventuele) medecliënten reageren. Door een nieuwe affectieve spiegeling door de beeldend therapeut en de (eventuele) medecliënten worden vastgeroeste

affectieve werkmodellen losgeweekt en kunnen geleidelijk nieuwe werkmodellen in de cliënt verankeren. In het beeldend werken leert het kind/de jongere enerzijds grenzen ontdekken en de equivalentiemodus los te laten en anderzijds zichzelf te laten zien en horen waardoor de alsof-modus doorbroken wordt. De cliënt wordt in het medium op een veilige manier uitgedaagd al spelend zichzelf te zijn en zich niet in een buitenkant, noch in een ander te verliezen (Smeijsters et. al., 2012, p.72). MBT is een nieuwe focus die handvatten biedt waar beeldend therapeuten zich op kunnen richten (Kaarsemaker-Verfaille, 2009, p. 23). Er kan gesteld worden dat het vergroten van het mentaliserend vermogen door middel van beeldende therapie een bijdrage levert aan de behandeling van hechtingsproblematiek.

Werkwijze

Smeijsters (2008) omschrijft werkwijzen als categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen. Smeijsters (2008) heeft een indeling gemaakt van verschillende werkwijzen binnen de vaktherapie. De ortho(ped)agogische werkwijze (ondersteunen van de ontwikkeling), de supportieve en palliatieve werkwijzen (ondersteunen bij het verwerken van en leren omgaan met problemen) en de re-educatieve en re-constructieve werkwijzen (doorwerken van problemen). Werkwijzen zijn te beschouwen als typen binnen het vaktherapeutische aanbod die tegemoetkomen aan verschillende behandelvragen. De werkwijzen zijn dus niet gekoppeld aan specifieke werkvelden (Smeijsters, 2008, p. 55). Om toch een beeld te krijgen hoe de werkwijzen worden ingezet in de praktijk en bij een doelgroep met hechtingsproblemen, wordt hieronder uit het ‘Praktijkonderzoek naar Interventies, Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg’ per kerngebied de passende werkwijzen beschreven.

Bij het kerngebied Zelfbeeld worden de werkwijzen re-educatief of supportief ingezet. De re-educatieve werkwijze wordt vooral toegepast bij jongeren bij wie doelen als het opbouwen van een reëel zelfbeeld op de voorgrond staan. Daarbij staat het beleven van het eigen gedrag centraal (Schweizer et al., 2009). Bij jongeren met onzekerheden over het eigen kunnen, wordt de supportieve werkwijze ingezet, vanwege het ondersteunende karakter van deze werkwijze. De doelstellingen zijn dan gericht op het ontwikkelen van de eigen mogelijkheden, het vergroten van het zelfvertrouwen en het scheppen van ontspanning en veiligheid (Schweizer et al., 2009) (Willemars en Helmich, 2010, p.12/13).

Bij het kerngebied Emotie wordt de re-educatieve werkwijze ingezet. Jongeren die de eigen emoties nauwelijks (her)kennen leren de eigen emoties gewaar te worden en te reguleren. Dit kan door gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten die het probleemgedrag veranderen. Jongeren leren hierdoor emoties van elkaar te onderscheiden en hier passend gedrag aan te koppelen om de emoties te uiten. Jongeren met traumatische ervaringen of jongeren die erg angstig zijn, hebben baat bij de supportieve werkwijze. Daarbij worden emoties geuit en verwerkt, zodat de ontspanning toeneemt en jongeren stabiliseren. Hierdoor reageren zij minder vaak agressief vanuit een onderliggende angst (Willemars en Helmich, 2010, p.13). Bij het kiezen van een passende werkwijze binnen het kerngebied Interactie wordt er eerst gekeken of de jongere bepaald ontbrekend interactiegedrag niet kent of niet kan. Wanneer er sprake is van niet kennen, is de beeldende therapie meer supportief of orthopedagogisch van aard. Hierbij is de werkwijze gericht op het ondersteunen van nieuw gedrag en de ontwikkeling van nieuw gedrag. Als jongeren het ontbrekende interactiegedrag wel kennen, maar vanwege verschillende problemen niet kunnen toepassen, zijn zij meer geholpen bij een re-educatieve benadering. Daarin wordt gekeken naar de psychische conflicten die aan de problemen ten grondslag kunnen liggen. Het eigen gedrag en de beleving daarvan in het hier-en-nu staan dan centraal. Via trainingsgerichte activiteiten krijgt de jongere de kans binnen veilige kaders in de beeldende therapie het gedrag ook daadwerkelijk te oefenen (Willemars

en Helmich, 2010, p.14).

Bij het kerngebied Cognitie wordt vaak de re-educatieve werkwijze toegepast, aangezien jongeren met disfunctionele cognities baat hebben bij een inzichtgevende benadering. Gedrag en gedachten in het hier-en-nu staan centraal, waarbij gelijk gekeken wordt naar onderliggende psychische conflicten (Willemars en Helmich, 2010, p.15).

15.2 Praktijk

In de interviews met de beeldend therapeuten uit de verschillende NPH-huizen is gevraagd naar welke therapeutische interventies ze in hebben gezet bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Ook antwoorden op vragen over methodiek, werkwijzen, therapeutische houding, materialen en werkvormen worden in deze deelvraag verwerkt.

Therapeutische interventies

Liselot Appelo, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2008), verteld dat het belangrijk is om eerst vertrouwen te krijgen. Ze gaf hiervoor opdrachten waarin interactie zat, waarbij het kind zelf iets mocht maken waar hij van houdt en daarover gemakkelijk iets kan zeggen. Ze verteld dat vanuit dat vrije werk je als therapeut al veel kan aflezen en van daaruit een traject kunt gaan uitstippelen.

Tina Vink, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2011-2013), zegt ook dat het opbouwen van een veilige situatie het belangrijkste is in de eerste weken. Omdat veel kinderen en jongeren twijfelend bij de therapie binnen komen omdat zij niet of nauwelijks ervaring hebben met beeldend werken was het volgens Vink belangrijk om aan het begin laagdrempelige opdrachten aan te bieden en ze kennis te laten maken met nieuwe materialen. De kinderen en jongeren laten ervaren dat ze een plek hebben waar ze zich veilig kunnen voelen en waar ze zichzelf kunnen zijn. Vink geeft aan dat het creëren van deze veilige basis ontzettend belangrijk is bij het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek. Als er eenmaal een veilige basis is kunnen vervolgens verschillende thema's aangeraakt worden waarmee de therapeut en de cliënt aan het werk kunnen. Ze werkte met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek aan thema's zoals relaties, familie, vrienden, hun eigen ik; waar ben ik goed in, wat vind ik leuk. Veel kinderen en jongeren in Nicaragua werkten heel klein en gedetailleerd, Vink probeerde de kinderen te stimuleren om dit te vergroten en zichzelf steviger neer te zetten in hun beeldend werk. Ze verteld dat het werken met thema's goed aansloot doordat de kinderen op deze manier aangezet werden tot nadenken over bijvoorbeeld familie en een beeld kunnen vormen over wat dit betekent (heeft) en wat zij als persoon hiervan denken/voelen/vinden. Stil staan bij wie en wat zijzelf belangrijk vinden. Ook door het samenleven met veel kinderen in een weeshuis waar ze op elkaars lip zitten, er ruzies zijn en er waarschijnlijk ook gevoelens van onmacht bij komen kijken, is de gemakkelijkste optie voor velen om zich af te sluiten, contact af te houden en geen relaties meer aan te gaan met anderen. Door in de therapie stil te staan bij hoe de cliënt in contact staat met anderen kan de cliënt hierin stapjes zetten. Want zoals Vink het benoemt; Relaties kunnen ook heel mooi en goed zijn en daar kunnen ze ook veel positiefs uithalen. Verder benoemt Vink dat het abstract werken vaak erg moeilijk was met de kinderen en jongeren binnen NPH omdat het voor hen onbekend was, het een losse manier van werken is en ze er geen controle over hebben. Vink omschrijft dat de kinderen zichzelf gewoon verloren in een wit vel papier waar niks op kwam. Ze geeft aan dat dit niet per se met de problematiek te maken had, maar mogelijk meer met cultuurverschillen te maken kan hebben (hier wordt verder op in gegaan bij deelvraag vijf). Vink kwam er achter dat het belangrijk was om de therapie en de kinderen in het hier-en-nu te houden.

Door als therapeut je vooral te richten op de huidige levensfase van het kind blijft het voor hen realistisch. Hierbij kun je denken aan onderwerpen gericht op bezigheden (hobby's/sport) van de kinderen, wie ze zijn, wat ze willen en hoe het op school gaat. Daarnaast geeft Vink

aan dat te leren experimenteren ook valt onder in het hier-en-nu blijven. Door te experimenteren leerden de kinderen dat niet aan alles een mooi eind resultaat hangt, dat er ook zonder deze druk van perfectie beeldend gewerkt kan worden en dat je hierbij ook plezier kunt en mag beleven. Omdat het experimenteren voor veel erg onbekend was hebben deze kinderen en jongeren hierbij handvatten nodig. Interventies zoals het daadwerkelijk benoemen van experimenteren; probeer maar tien kantjes vol te maken en het benoemen dat iets helemaal niet mooi hoeft te worden (of zelfs zo lelijk mogelijk proberen te maken). Het aanbieden van nieuwe materialen die ze nog niet kenden of bijvoorbeeld het werken met de ogen dicht. Door in stappen te leren experimenteren leerden de kinderen en jongeren zichzelf te verrassen. Ook leerden ze inzien dat het niet altijd mooi hoeft te worden en dat het hebben van plezier in wat je maakt belangrijker is dan het resultaat.

Maran Haijink, beeldend therapeut in NPH Guatemala sinds 2013, verteld bij het inzetten van interventies bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek vooral concrete activiteiten aan te bieden, te benoemen waarom ze deze activiteit gaan doen, en tijdens de sessie zoveel mogelijk het kind te erkennen in wat hij of zij voelt. Ze verteld dat wanneer de kinderen en jongeren zelf geen woorden kunnen geven aan dat wat er in hun omgaat zij probeert te benoemen wat ze denkt te zien. Hierbij geeft ze een voorbeeld van een meisje in haar therapie waarbij ze aan hechtingsproblematiek denkt en die volgens de therapeut zichzelf beter lijkt te leren begrijpen door het benoemen van patronen. Hiermee maakt ze samen met de cliënt het gedrag van de cliënt inzichtelijk. Ze geeft aan dat het een proces is en het belangrijk is om dit stapje voor stapje te doen zodat de cliënt niet dichtklapt en zich afsluit. Verder benoemt ze de interventie positief gedrag benoemen en negatief gedrag verklaren en een suggestie geven voor hoe het ook kan.

Franziska Müller, beeldend therapeut in NPH Honduras sinds 2014, vraagt naar wat de cliënt wil doen of aan het doen is. Hierbij geeft ze ook interventies op technisch gebied als dit nodig is. Daarnaast gebruikt ze verbaal en non-verbaal spiegelen als interventie in haar therapieën. Hierbij beschrijft ze verbaal de handelingen van het kind of herhaald non-verbaal de beweging die het kind aan het doen is. Müller verteld dat vooral het non-verbaal spiegelen een effect heeft op de kinderen en jongeren binnen NPH Honduras. De kinderen en jongeren worden door het non-verbaal spiegelen meer bewust van hun eigen handelen.

Dorie Arts, kunstzinnig therapeut in NPH Honduras (2008-2012), benoemt als interventie het erbij houden van het kind/ de jongere. Het kind continue bij de therapie te blijven betrekken zodat hij zijn aandacht en concentratie niet verliest. Zo werkt Arts ook aan de aandacht spanne en concentratie van het kind. Arts geeft aan het kind in kleine en langzame stapjes te begeleiden tijdens het beeldend werken om een samenhangend, stromend en krachtig beeld neer te zetten in zijn of haar schilderijen. Als interventie heeft zij bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen aandacht voor de losse stukjes in het schilderij van de cliënt. Deze losse stukjes kan de cliënt vervolgens proberen te verbinden en samen te laten komen om er een eenheid van te maken. In het beeldend werk van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen zijn vaak losse onderdelen aanwezig omdat zij moeite hebben met verbindingen aangaan/maken. Arts stimuleert de verbinding/ de aansluiting tussen materialen, kleuren en bewegingen.

Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2013-2014), maakte vaak gebruik van samenwerkingsmethodes. Het maken van een figuur of beeld samen met de cliënt of het afwisselend schilderen met de cliënt op hetzelfde papier waarbij de cliënt bepaalde wat er geschilderd/getekend moest worden. Ook maakte ze gebruik van rollenspellen zoals het moeder/kind spel, 'thuis' spelen of een rolwisseling van therapeut en cliënt. Verder deed ze ook oefeningen met volgen en leiden en meegaan/tegen gaan.

Hieronder staan de genoemde interventies van de geïnterviewde beeldend therapeuten onder elkaar.

Interventie lijst binnen NPH:

- Concrete activiteiten aanbieden;
- Benoemen doel van de activiteit;
- Erkenning van de gevoelens van de cliënt;
- Gedrag inzichtelijk maken, benoemen wat er in het kind mogelijk omgaat als deze het zelf niet kan benoemen;
- Positief gedrag bekrachtigen;
- Negatief gedrag verklaren, suggestie geven voor hoe het ook kan;
- Vragen naar wat het kind wil doen of aan het doen is;
- Interventies op technisch gebied, als het nodig is het kind helpen door bijvoorbeeld een nieuwe techniek aan te leren in het beeldend werken;
- Verbaal en non-verbaal spiegelen, verbaal de handelingen beschrijven van het kind of non-verbaal de beweging die het kind aan het doen is herhalen;
- Het kind continue bij de therapie betrekken;
- Het stimuleren van de verbinding/ de aansluiting tussen materialen, kleuren en bewegingen en het zoeken naar eenheid in het beeldend werk van de cliënt;
- Aanbieden van interactieve opdrachten die aansluiten bij de affiniteit van de cliënt;
- Aanbieden van laagdrempelige opdrachten aan het begin van de therapie;
- Opbouwen van een veilige situatie waarbij de cliënt een plek heeft waar hij zich veilig voelt en zichzelf kan zijn;
- De cliënt kennis laten maken met nieuwe materialen;
- De cliënt uit zijn gebruikelijke werkwijze halen en nieuwe werkwijzen laten uitproberen, een kind dat altijd heel klein en gedetailleerd werkt groter laten werken en zichzelf steviger neer te laten zetten in zijn beeldend werk;
- Werken vanuit thema's in de therapie zoals relatie/familie/vrienden/eigen ik, 'wat vind ik leuk?', 'waar ben ik goed in?';
- Extra handvatten aanbieden bij experimenteren of abstract werken;
- De cliënt in het hier-en-nu houden;
- Samenwerkingsmethodes; therapeut en cliënt werken op hetzelfde papier/beeld, cliënt bepaalt wat er gemaakt wordt;
- Rollenspel, bv.: moeder/kind, 'thuis' spelen, rolwisseling van therapeut/cliënt;
- Oefeningen met volgen/leiden, meegaan/ tegen gaan.

Methode/werkwijze

Liselot Appelo, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2008), geeft aan dat ze per kind een eigen weg uit zocht qua methode en opdrachten omdat elk kind anders is. Tina Vink, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2011-2013), vertelt hetzelfde. Ze werkte niet vanuit een bepaalde methode maar probeerde bij elk kind of jongere aan te sluiten op wat hij/zij nodig had. Ook Sabrina Breuer, beeldend therapeut in NPH Guatemala (2009/2010), Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2013-2014), en Maran Haijink, beeldend therapeut in NPH Guatemala sinds 2013, gaven aan niet volgens een bepaalde methode te werken binnen NPH met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Haijink benoemt hierbij dat veel bestaande methodes aansluiten op creatieve Europese kinderen. Daarnaast benoemt ze dat het bij de kinderen en jongeren binnen NPH gaat om een vermoeden van hechtingsproblematiek omdat er geen diagnoses worden gesteld. Alleen Franziska Müller, beeldend therapeut in NPH Honduras sinds 2014, benoemt een methode. Namelijk de MBT methode (Mentalization Based Treatment) waarop ze zich heeft gespecialiseerd. Maar ook zei

gaf aan dat het implementeren van deze methode moeilijker ging dan verwacht omdat de werkwijze met de kinderen binnen NPH in Latijns-Amerika toch anders gaat dan thuis in Nederland.

Tina Vink, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2011-2013), werkte tijdens de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen vooral veel volgens de supportieve werkwijze, motiverend en stimulerend. Ook Anna-Lisa Klages verteld met deze doelgroep met de supportieve werkwijze te hebben gewerkt. Ze heeft voor deze werkwijze gekozen omdat ze van mening is dat de kinderen en jongeren binnen NPH niet in een milieu leven wat genoeg steun biedt om voor de reconstructieve werkwijze te kiezen. Daarnaast blijft de supportieve werkwijze in het hier-en-nu en werd het voor de kinderen en jongeren niet te abstract. Verder maakte Klages gebruik van gedragstherapeutische theorieën waarin ze met haar cliënten probeerde om verbindingen te maken tussen het denken, het handelen en het voelen. Hierdoor werd het thema hechting en relaties met anderen in een ruimer kader gebracht.

Therapeutische houding

Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2013-2014), werkte voornamelijk supportief en met ideeën vanuit de gedragstherapie. Ze had een ondersteunende houding en hechtte vanaf het begin af aan veel waarde aan samenwerken. Ze gaf zo weinig mogelijk specifieke opdrachten en bleef de cliënt stimuleren. Ook hechtte ze veel waarde aan dat de cliënt het tempo aangaf binnen de therapie, dat ze niet uit het contact stapte en dat ze tijdens de sessie altijd emotioneel beschikbaar was voor de cliënt. Klages geeft aan dat een therapeut binnen NPH in Latijns-Amerika een erg actieve rol heeft omdat de meeste kinderen er niet verbaal om hulp vragen. Door het aanbieden van hulp leren de kinderen dat hechtingspersonen, door overdracht in dit geval op de therapeut, aanwezig kunnen zijn en steun en hulp bieden (Overdracht is het verschijnsel dat mensen gevoelens, wensen en ervaringen uit het verleden projecteren op een ander persoon, vaak hun therapeut, ([http://nl.wikipedia.org/wiki/Overdracht_\(psychologie\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Overdracht_(psychologie)))).

Dorie Arts, kunstzinnig therapeut in NPH Honduras (2008-2012), benoemt geduld, veel herhaling en het geven van ruimte als belangrijke punten bij de therapeutische houding van de therapeut in therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Verder benoemt ze het aansturen en bijsturen als een begeleider en het aandacht hebben als een kind het moeilijk heeft of als de opdracht te dicht bij komt. Arts verteld dat je als therapeut op die momenten heel erg tot in detail naar het kind moet kunnen kijken omdat het kind dit vaak zelf niet verteld. Hier moet je als therapeut dus achter komen en het kind het zelfvertrouwen geven dat hij de moeilijke opdracht aan kan.

Vanuit de Mentalization Based Treatment behandelmethode had Franziska Müller, beeldend therapeut in NPH Honduras sinds 2014, een ‘niet-wetende’ en ‘zoekende’ therapeutische houding. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut samen met de cliënt op zoek gaat naar wat er aan de hand is. De therapeut is ondersteunend en helpt door bepaalde materialen aan te reiken die het proces ondersteunen. Maar het verloop van de sessie en van het algemene proces binnen de therapie wordt niet vooraf bepaald. Het is volgens Müller een flexibel zoekpad.

Sabrina Breuer, beeldend therapeut in NPH Guatemala (2009/2010), geeft aan een ondersteunende houding aan te nemen in de therapie bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Maran Haijink, beeldend therapeut in NPH Guatemala sinds 2013, geeft aan een structurerende houding aan te nemen bij deze doelgroep.

Hieronder zijn de interventies gericht op de houding van de therapeut onder elkaar gezet:

- Vertrouwensband opbouwen tussen therapeut en cliënt;
- Ondersteunende houding;
- Cliënt stimuleren;
- Cliënt geeft het tempo aan in de therapie;
- Therapeut stapt niet uit het contact en is tijdens de sessie altijd emotioneel beschikbaar;
- Actieve rol/houding 'rolmodel' → aanwezig zijn en steun en hulp bieden;
- Geduld hebben;
- Veel herhaling;
- Ruimte geven;
- Aansturen en bijsturen van de cliënt;
- Aandacht hebben als een kind het moeilijk heeft of als de opdracht te dichtbij komt;
- Het kind het zelfvertrouwen geven dat hij de moeilijke opdracht aan kan;
- Structurerende houding;
- 'Niet wetende' en 'zoekende' houding, therapeut en cliënt gaan samen op zoek naar wat er aan de hand is;
- Therapeut ondersteunt en helpt de cliënt in zijn zoektocht/proces; bijv. door materialen aan te reiken die het proces ondersteunen;
- Flexibel zijn, het verloop van de sessie en het proces wordt vooraf niet bepaald;
- Aansluiten bij waar het kind cognitief en emotioneel gezien is.

Materialen/werkvormen

Liselot Appelo, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2008), verteld veel met pastelkrijt te hebben gewerkt met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Een voorbeeld van een opdracht met pastelkrijt is het verbinden van een emotie aan een kleur en daar een vrij kleurenpalet mee maken. Verder werkte ze ook met houtskool, hierbij maakten de cliënten met grote gebaren een lijnenspel waarin ze uiteindelijk zelf een boom gingen vormen. Ze verteld hierbij dat de boom voor de psyche van de cliënt staat waaruit je veel kunt aflezen van de staat waarin iemand zich bevindt. Als therapeut kun je een verbale interventie hierbij geven en uitleggen dat de stam en de wortels betekenis hebben en dat iemand bijvoorbeeld zijn wortels wat dieper in de grond kan tekenen.

Tina Vink, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2011-2013), geeft aan dat het per kind verschilde welk materiaal goed bij hen aansloot, sommigen konden veel met verf, andere jongeren konden ook wel wat met hout. Ze was beperkt in de materialen dus maakte ze vooral gebruik van twee dimensionaal materiaal; verf, potloden, krijt. Een opdracht die volgens Vink passend was bij deze doelgroep was het werken op een groot vel, zo groot als het kind of de jongere zelf, waarop ze zichzelf konden laten omtrekken. Vervolgens konden ze hun omtrek beeldend invullen om zo een beeld te krijgen van wie ze zelf zijn. Een andere goed aansluitende opdracht bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen is het maken van een symbool dat voor hun zelf staat, voor wat belangrijk voor ze is en voor hun krachten. Hiermee zet je de cliënt aan tot het nadenken over wie hij is en benadruk je zijn krachten.

Sabrina Breuer, beeldend therapeut in NPH Guatemala (2009/2010), verteld te hebben moeten werken met de materialen die ze er kon krijgen.

De materialen klei, verf en gips sluiten volgens Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2013-2014), aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Een voorbeeld voor een opdracht met verf is het schilderen met de handen op het papier. Klages benoemt deze materialen en werkwijzen bij deze doelgroep omdat er een direct contact/verbinding tussen de persoon en het medium ontstaat.

Dorie Arts, kunstzinnig therapeut in NPH Honduras (2008-2012), begon vaak met een aquarelverf opdracht op nat papier. Doordat de aquarelverf zich snel vermengt op het natte papier is er weinig inbreng nodig van het kind om de kleuren samen te brengen. Hierdoor is het een laagdrempelige begin opdracht bij het werken aan het doel om in het beeldend werken verbindingen aan te gaan, kleuren samen te brengen en deze in vloeiende bewegingen te laten stromen. Deze opdracht herhaalde ze vaak met variaties zoals kleuren laten stromen in golven, rechte lijnen of lussen. Arts ervoer dat opdrachten veel herhalen en steeds weer opnieuw op allerlei manieren de verbinding aan te gaan, dit goed werkte bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek. Een vervolgoopdracht was het werken met pastelkrijt. De opdracht was hetzelfde, opnieuw kleuren laten mengen en samen laten komen in stromende bewegingen, maar doordat je pastelkrijt met je handen gebruikt waardoor het de tastzin stimuleert en er geen penseel tussen zit zoals bij de aquareloppdracht, is het voor de cliënten meer confronterend. Van de ‘stromende bewegingen’ vroeg ze de cliënten een herkenbaar beeld te maken. Van een lemniscaat-vorm (een soort 8) werd dan bijvoorbeeld een vis, vogel of poppetje gemaakt. Arts daagde de kinderen dus uit om een vorm te zoeken in de verschillende kleuren en bewegingen op het papier en deze verder te versterken; een kat krijgt bijvoorbeeld snorharen. Dit deed ze om een kind uiteindelijk meer vastigheid te geven en zijn beeld en zichzelf steviger neer te zetten. ‘Door in therapie niet alleen te verbinden en te stromen maar het geheel uiteindelijk vast te zetten in een vorm laat je het kind onbewust ook steeds een klein beetje zoeken naar de vorm in zichzelf (Interview Dorie Arts, p3).’ Arts benoemt dat veel kinderen met hechtingsproblemen uit losse stukjes lijken te bestaan, alsof ze zo uiteen kunnen vallen. Ze missen vastigheid en een basis waaruit ze kunnen opbloeien. Hierdoor sluiten deze opdrachten goed aan bij het behandelen van kinderen en jongeren met hechtingsproblemen.

Maran Haijink, beeldend therapeut in NPH Guatemala sinds 2013, geeft aan dat zij veel kinderen ziet die niet tegen ‘vieze’ materialen kunnen, zoals klei. Deze materialen sluiten volgens haar dus minder goed aan bij het werken met kinderen en jongeren met hechtingsproblemen binnen NPH omdat zij een aversie tegen deze materialen lijken te hebben. Ook Dorie Arts benoemt dat het materiaal klei erg moeilijk is voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen. Zij benoemt niet de aversie maar de moeilijkheidsgraad van eigen vormgeving en creativiteit bij het werken met klei. Ze verteld in een eerdere werkervaring met hechtingsproblematiek in Suriname wel met klei te hebben gewerkt (dit was in Honduras weinig ter beschikking). Hier ervoer ze dat het werken met klei voor kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek extra moeilijk is omdat zij dan letterlijk in een homp klei zelf vorm moeten aanbrengen.

Franziska Müller, beeldend therapeut in NPH Honduras sinds 2014, vind het opvallend dat de kinderen en jongeren binnen NPH in Latijns-Amerika minder de behoefte hebben om met de materialen te experimenteren en te spelen. Vaak gaat het de kinderen en jongeren binnen NPH om het maken van een mooi product. De materialen die ze vooral gebruikt zijn kleurpotloden, acryl verf, wasco, soft pastel, klei en veel glitter. Met de kinderen waarvan ze weet dat ze zelf op een idee kunnen komen, laat ze de kinderen vaak vrij kiezen wat ze graag willen doen. In het algemeen geeft Müller redelijk laagdrempelige activiteiten die een succeservaring bewerkstelligen. Zo heeft ze vaak met kinderen mandala’s gekleurd omdat dit een duidelijke opdracht is met een mooi eind product als succeservaring.

Onderstaand lijstje van materialen zijn de materialen die genoemd zijn door de verschillende geïnterviewde beeldend therapeuten binnen de NPH-huizen. Omdat de geïnterviewde beeldend therapeuten in verschillende huizen hebben gewerkt en er in uiteenlopende jaren aanwezig waren, is het belangrijk hierbij te benoemen dat het niet vanzelfsprekend is dat alle

onderstaande materialen in de huizen aanwezig zijn. Een aantal therapeuten gaven aan dat ze moesten werken met de materialen die aanwezig waren of die ze konden vinden in het desbetreffende land. Dit kan dus per land en jaar verschillen.

- Pastelkrijt
- Wasco krijt
- Kleurpotloden
- Houtskool
- (Acryl) Verf
- Aquarelverf
- Hout
- Klei
- Gips
- Glitter

Bijlage 16: Deelvraag 5

Met welke cultuurverschillen moet er rekening gehouden worden binnen de beeldende therapie met kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek in weeshuizen van Nuestros Pequeños Hermanos in Latijns-Amerika?

16.1 Literatuur

Beeldende therapie en cultuur

‘Art therapy has been perceived as particularly helpful with diverse populations due to the belief that art transcends barriers of cross-cultural communication, such as differences in language, values, and notions of normality. Art therapy may be more adapted to different cultural values than verbal therapy because images share more universal meaning than words (Lofgren, 1981)’ (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.165). Westrich (1994) stelt dat kunst veelzijdig is door haar universele elementen, terwijl de verbale taal verschillen tussen de cliënt en de therapeut kunnen benadrukken. Tekeningen van kinderen, lang gebruikt als een projectieve maatstok voor persoonlijke eigenschappen, behoeften en angsten, zijn ook een venster in de gevoelswereld van een kind (Council, 1993). Arrington & Yorgin (2001) stellen dat kunst niet cultureel gebonden is en niet afhankelijk is van het begrijpen van complexe instructies (Arrington & Yorgin, 2001, p. 82). Johnson (2001) stelt dat hoewel sommigen (zoals Kalish-Weiss, 1989 of Arrington & Yorgin, 2001) beeldende therapie als minder cultuurgebonden zien dan andere therapievormen doordat beeldende therapie minder wordt gehinderd door taalkundige uitdrukkingen, beeldende therapie toch cultureel en historisch gekaderd blijft (Hocoy, 2002, p. 141). Het beroep beeldende therapie is een product van de Euro-Amerikaanse samenleving waardoor beeldende therapie gebaseerd is op Euro-Amerikaanse culturele veronderstellingen, waarden en structuren (Hocoy, 2003).

Ondanks deze positieve geluiden over beeldende therapie binnen verschillende culturen, zijn er ook tegenhangers. Zo stelt Hocoy (2003) dat men er niet vanuit kan gaan dat beeldende therapie universeel is omdat binnen verschillende culturen ervaringen op een unieke manier gecategoriseerd worden (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.165). Crossculturele studies hebben aangetoond dat sociale constructen specifiek gericht op Westerse culturen, niet per se aansluiten bij cliënten uit andere culturen (Hocoy, 2002, p.141). Een besef en erkenning van deze culturele grondslagen van de beeldende therapie is van cruciaal belang om de beeldende therapie invoelbaar, relevant en effectief te maken voor cliënten met andere culturele achtergronden (Hocoy, 2002, p. 141).

Enkele problematische aspecten van beeldende therapie met cliënten met diverse culturele achtergronden volgens Bermudez en Ter Maat (2006) zijn dat de therapie een bepaalde tijd en middelen vereist, zoals beeldende materialen, die moeilijk te betalen zijn voor cliënten uit minderheidsgroepen. Ook geven ze in hun artikel aan dat sommige beeldende therapie methoden te ambivalent en ongestructureerd zijn voor culturele contexten waar een voorkeur heerst voor een meer verbale, directieve en gezaghebbende stijl van therapie geven. Sue & Sue (1990) geven aan dat beeldende therapie methoden gericht op ambivalente en ongestructureerde behandelingen, bij cliënten uit minderheidsgroepen tot angst en verwarring kan leiden. De context van non-directieve, expressieve beeldende therapie kan nieuw zijn en in strijd met de verwachtingen van de cliënt (Hocoy, 2002, p.142). Ook stelt Hocoy dat het proces van therapie, wat opgevat is als een stijl van communicatie, anders en vervreemdend kan zijn voor mensen uit bepaalde culturen. Sommige cliënten kunnen het gevoel hebben dat men intieme onderwerpen en/of problemen alleen bespreekt met iemand die dicht bij hun staat

(o.a., Laval, Gomez, & Ruiz, 1983). Of waarmee ze op zijn minst samen een maaltijd hebben genuttigd. De therapeutische relatie met de beeldend therapeut kan voor deze cliënten te oppervlakkig zijn om diepgaande onderwerpen mee te bespreken of problemen mee te delen (Hocoy, 2002, p.142).

Het is belangrijk te beseffen dat interpretatie altijd cultuur gebonden is en dus wordt bepaald door de culturele context (Greenfield, 1997). Daarom is er altijd een discrepantie tussen de therapeut zijn assumpties en wat onderwerpen, gedragingen en situaties betekenen voor de cliënt. Een juiste gemengde-culturele interpretatie van het beeldend werk van een cliënt wordt gedaan als de betekenis structuren overeenkomen met de culturele achtergrond van de cliënt. Betekenissen en constructies die beschouwd worden als archetypisch of universeel binnen de Westerse cultuur kunnen waarschijnlijk alleen specifiek zijn voor deze cultuur. Net zoals met taal zijn symbolische betekenissen voortdurend in beweging en variëren tussen culturele subgroepen. Daardoor is het vereist om als beeldend therapeut een slimme etnograaf te kunnen zijn om zo de huidige en lokale betekenis systemen te bepalen, in plaats van te vertrouwen op traditionele formules. Uiteraard geldt dit ook voor cliënten uit een dominante cultuur. Het is echter gecompliceerder met cliënten van verschillende culturele achtergronden (Hocoy, 2002, p.143).

Handvatten voor beeldend therapeuten bij behandeling van cliënten met verschillende culturele achtergronden

‘Similarities between people from different cultures are often bigger than their differences.’

Er zijn vaak genoeg overeenkomsten tussen mensen, zoals de behoefte van veiligheid, die groter zijn dan de verschillen. Toch zijn er ook veel verschillen tussen culturen. Het is belangrijk om sensitiviteit te ontwikkelen voor de verschillen tussen culturen om misverstanden of onbegrip te voorkomen of iemand onbedoeld te beledigen (Meijer-Degen, 2006, p.104). Door de cultuurverschillen te leren (her)kennen en in acht te nemen kan er betere communicatie tussen de therapeut en de cliënt ontstaan, wat de kans op een therapeutische relatie tussen de therapeut en de cliënt vergroot. Hiervoor moet er een goede vertrouwensbasis zijn. Om dit te bereiken bij cliënten met een andere culturele achtergrond is het belangrijk om het beroepsgeheim van de therapeut te benadrukken. In sommige culturen is de angst voor roddels namelijk groot en is men bang gezichtsverlies te lijden of de familie-eer te schaden. Van Oudenhoven (2012) benoemt hierbij dat de hulpverleners wel eens de enigen kunnen zijn tegen wie de cliënten vrij kunnen spreken (Van Oudenhoven, 2012, p.119).

Roy (1999) noemt als een van de belangrijkste handvatten voor het uitvoeren van een cultureel gevoelige therapie, nieuwsgierigheid. Een therapeut moet volgens Roy leeg genoeg zijn (zonder teveel ideeën of aannames vooraf) om te kunnen leren van de cliënt en nieuwe informatie toe te laten om zo een verschil te kunnen maken. ‘...curiosity is a fundamental cornerstone to the practice of a culturally sensitive therapy’ (Roy, 1999, p. 126/127).

Hocoy (2002) beschrijft verschillende dingen die beeldend therapeuten kunnen doen om de kans op een etnische en effectieve behandeling bij cliënten met een niet Euro-Amerikaanse culturele achtergrond, te vergroten. Zo zouden beeldend therapeuten profiteren van een streng en eerlijk zelfonderzoek naar hun culturele competentie. Daarbij gaat het om het creëren van een bewustzijn van iemands eigen culturele lens, evenals het bewust worden van de veronderstellingen en waarden waarop de theorie en de techniek van beeldende therapie gebaseerd is. Ook gaat het om bewustwording van persoonlijk onbehagen omtrent uiterlijk, geur, (non-verbaal) gedrag, fysieke nabijheid, wereldbeelden, accenten en het spreken van beperkt Engels bij cliënten uit andere culturen. Het kan nodig zijn om aan persoonlijke problemen te werken als het gaat om het aanpakken van bewuste en onbewuste houdingen en vooroordelen jegens diversiteit en verschil. Dergelijke bewustwording is de eerste stap in het bewaken tegen de oplegging, al dan niet subtiel, van de waarden en methoden uit de

dominante Westerse cultuur. En in het ontwikkelen van gevoeligheid en inlevingsvermogen wat essentieel is om sociaal verantwoord te kunnen werken.

Verdere stappen zijn onder andere voortdurende professionele ontwikkeling van de multiculturele competentie door middel van lezen, workshops en door overleg met leden van de gemeenschap waarbinnen de therapeut werkt. Een brede kennis van de cultuur, spreekvaardigheid van de taal die de cliënt spreekt, en inzicht in de historische relatie van de cultuur waar de cliënt vandaan komt met betrekking tot de dominante cultuur, zijn kritische factoren bij de totstandbrenging van een goede verstandhouding en het opbouwen van vertrouwen (Hocoy, 1999a). Een goed inzicht in de gemeenschap waarin de cliënt woont, haar middelen (bv. religieuze organisaties), en de botsende problemen (bv. inter-persoonlijk geweld, sociale problemen, enz.) is van cruciaal belang voor effectieve interventie (Douglas, 1993), (Hocoy, 2002, p.144).

Ook Bermudez en Ter Maat (2006) geven aan dat beeldend therapeuten die werkzaam zijn met Latijns-Amerikaanse cliënten een ethische verantwoordelijkheid hebben om zich te informeren over de therapeutische problemen die veel voorkomen bij deze bevolkingsgroep. Zoals de effecten van trauma of acculturatie (met acculturatie wordt het overnemen van elementen van een vreemde cultuur bedoeld.) Ook geven zij aan dat het belangrijk is de perspectieven van de cliënt met betrekking tot de werking van een behandeling met beeldende therapie te onderzoeken en er achter te komen welke technieken geschikt zijn voor deze en andere etnische groepen (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 170). Hocoy (1999a) stelt dat het belangrijk is om geen stereotiepe generalisaties te maken, maar de kennis van de verschillen van de groep te gebruiken om de situatie van de cliënt te verhelderen en tegelijkertijd open te blijven staan voor individuele variaties binnen de groep. Een idiografische aanpak die zich richt op het perspectief en de persoonlijke ervaringen van de cliënt kan effectief zijn bij het eren van de identiteit van de cliënt en zijn culturele wereldbeeld (Palmer, 2000), (Hocoy, 2002, p.144).

Volgens Hocoy is het verstandig dat beeldend therapeuten werkzaam met cliënten met verschillende culturele achtergronden zich bewust zijn van de volgende stappen;

- a) De geschiktheid voor beeldende therapie te beoordelen, met betrekking tot de wijze van acculturatie van de cliënt.
- b) Introduceren van het doel en de aard van beeldende therapie en de rol van de beeldend therapeut.
- c) Vaststellen dat elke opdracht, adequaat aangestuurd door de therapeut, aansluit bij de cognitieve stijl en culturele achtergrond van de cliënt.
- d) Gebruik maken van reeds bestaande middelen voor verandering vanuit de cultuur van herkomst van de cliënt.
- e) Voortdurend beoordelen welke rol deze bestaande middelen spelen en welke rol de beeldende therapie inneemt voor deze cliënt.
- f) Ervoor waken dat je met beeldende therapie niet de cultuur of één denkwijze op iemand forceert.
- g) Sta open voor de mogelijkheid dat beeldende therapie niet de enige of beste interventie is voor de cliënt (Hocoy, 2002, p. 144).

Doris Arrington, een psychologe en beeldend therapeut uit de Verenigde Staten was onderdeel van een medisch team dat in het jaar 2000 weeshuizen in Kiev, Oekraïne, heeft bezocht. Om de psychische problemen bij de kinderen te onderzoeken en psychische hulp te verlenen bleek beeldende therapie het juiste medium te zijn. 'Art, regardless of the age or ethnicity of its creators, is and always has been humanity's first model for sharing experiences and communicating value and meaning (Moon, 1991)', (Arrington & Yorgin, 2001, p.86-87).

Arrington geeft aan dat professionals in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam met kinderen waarbij de cyclus van liefde en hechting (Arrington, 2001, p.52) tragisch verbroken is, een taal of middel nodig hadden om beginnende contacten met deze cliënten op te kunnen bouwen (Allan, 1988, p. 32-33). Arrington zegt dat kunst en/of spel, therapeutisch ingezet, dit middel kan zijn om deze kinderen te helpen (Arrington, 2001, p. 86). Tijdens de medische missie naar Kiev kwamen de volgende voordelen van beeldende therapie naar voren:

- Beeldende therapie is spiritueel. Het weerspiegelt het wereldbeeld van de cliënt met betrekking tot vertrouwen en angst of wanhoop en hoop.
- Beeldende therapie is gericht op gedrag. Beeldende therapie verstrekt observaties van non-verbale handelingen en kinesthetische ervaringen. Het is concreet en het beeldend werk is beschikbaar voor zowel directe vertoning als voor latere bespreking, met de kunstenaar, de verzorgers, of in presentaties en artikelen.
- Beeldende therapie is cognitief, omdat het zowel mondelinge als non-verbale communicatie met jezelf en met anderen mogelijk maakt en vergemakkelijkt. Het bevat altijd reflectie, waardoor de cliënt wordt bijgestaan in het praten met zichzelf, het oplossen van problemen en bij besluitvorming.
- Beeldende therapie bevordert de emotionele groei omdat het cliënten en hun leraren/verzorgers helpt om het verschil te weten tussen het adequaat uiten van gevoelens en het ongepast handelen bij en uiten van gevoelens. Beeldende therapie heeft het medische team wat naar Kiev is geweest geholpen om de innerlijke gedachten en gevoelens van kinderen in Kiev te begrijpen en te behandelen (Arrington & Yorgin, 2001, p. 87).

Beeldende therapie met Latijns-Amerikaanse cliënten

Er bestaan veel cultuurverschillen tussen de mainstream Euro-Amerikaanse ‘Westerse cultuur’ en de Latijns-Amerikaanse cultuur. Veel van de Latijns-Amerikaanse waarden botsen met die van het Westerse individualisme, loopbaanoriëntatie en het concurrentievermogen. De Latijns-Amerikaanse waarden zijn kenmerkend gericht op het belang van de gezinssituatie en andere familieleden, de prioriteit van het huwelijk en het ouderschap wat belangrijker is dan de professionele ontwikkeling, respect voor autoriteit en ouders, onderwerping van vrouwen aan mannen (machismo), cultureel fatalisme (een neiging om het leven te nemen zoals het komt, met een berustende manier van denken), en de oriëntatie is gericht op de gemeenschap en niet op het individu (Casas & Pytluk, 1995; Sue & Sue, 1999) (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.166).

Latijns-Amerikaanse cliënten lijken een voorkeur te hebben voor informele alternatieven in plaats van therapie, zoals kunstprojecten binnen de gemeenschap waar ze wonen en het gebruik van traditionele Latijns-Amerikaanse ambachten (Oatman, 2000). Ook lijken ze een voorkeur te hebben voor een gestructureerde aanpak binnen de therapie in plaats van een aanpak zonder duidelijke richtlijnen. De neutraliteit van de therapeut kan worden opgevat als bedreigend, autoritair en wordt niet gezien als een ‘echt persoon’ (Lomoe-Smith, 1979), (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.166).

Lomoe-Smith (1979) observeerde Puerto Ricaanse immigranten in de Verenigde Staten in een communautair centrum voor geestelijke gezondheid en nam waar dat cliënten vijandigheid onderdrukten door het respect voor gezagsdragers, een gebrek aan persoonlijk initiatief hadden en dat de individuele prestatie een lage waarde had. Deze waarnemingen komen overeen met de hierboven genoemde cultuurverschillen binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur beschreven door Casas & Pytluk (1995) en Sue & Sue (1999). Ook observeerde Lomoe-Smith (1979) woede bij cliënten wat leidde tot schuld en angst gevoelens tijdens het beeldend werken. Volgens Lomoe-Smith (1979) kunnen een aantal kenmerken van de Puerto Ricaanse cultuur het proces van beeldende therapie beïnvloeden. Hoewel de waarde van het

hebben van respect voor autoriteit de ijverigheid van de cliënt bevorderd, kan het ook de spontaniteit en creativiteit van de cliënt remmen. De nadruk op familiezaken kan eigen initiatief en zelfexpressie onderdrukken, maar zorgt ook voor een ondersteunende sfeer. Het fatalistisch denken neemt de verantwoordelijkheid voor verbetering bij het individu weg. Machismo (mannelijk chauvinisme) schrijft voor dat kunst een vrouwelijke aangelegenheid is. Hierdoor kunnen mannen weerstand bieden aan het beeldend werken, vooral bij een vrouwelijke therapeut, doordat ze van mening zijn dat vrouwen geen posities van gezag mogen innemen. Ook kan het moeilijk zijn om eerlijke communicatie te ontwikkelen met Puerto Ricaanse cliënten als gevolg van extreme inschikkelijkheid (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.166). Veel van bovenstaande voorbeelden komen ook terug in de omschrijving van culturele normen en waarden binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur. Bovenstaande voorbeelden met beeldende therapie binnen de Puerto Ricaanse cultuur geven een duidelijk beeld van hoe culturele normen en waarden het proces van beeldende therapie kunnen beïnvloeden en eventuele obstakels kunnen vormen. Ook wordt het in deze voorbeelden duidelijk hoe belangrijk het is kennis te hebben van deze verschillen om zo de beeldende therapie technieken en methoden aan te passen met interventies die aansluiten bij de cliënt en zijn culturele achtergrond.

De gerapporteerde voordelen van beeldende therapie met Latijns-Amerikaanse cliënten zijn gebaseerd op klinische observaties. Zo heeft beeldende therapie volgens verschillende onderzoekers geholpen om bij Latijns-Amerikaanse cliënten het zelfinzicht en inzicht in persoonlijke problemen te vergroten (Ciornai, 1983; Moreno & Wadeson, 1986). Volgens Mauro (1998) heeft beeldende therapie ook bijgedragen aan het formuleren van de culturele identiteit. Kellogg & Volker (1993) benoemen het integreren van ervaringen uit het verleden en de huidige realiteit, het rouwen om verschillende verliezen die de cliënt geleden heeft en het verwerken van trauma. Booker & Eastman (2004) benoemen hierbij ook huiselijk geweld (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 166).

In de Verenigde Staten gebruikten Molitor en Neumann (2002) kunstprojecten ter empowerment van kinderen binnen arme Latijns-Amerikaanse gemeenschappen. Zij waren van mening dat de kinderen door middel van het vinden van hun eigenheid binnen het beeldend werken een stem kregen en door het beheersen van de beeldende materialen een gevoel van kracht en controle ontwikkelden. 'As children found their own creative voice and mastered the art materials, they gained a sense of power and control' (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.167). Door samenwerking binnen de groep bouwden ze een band op met andere leeftijdsgenoten, leerden ze beter communiceren, problemen op te lossen en werden hun onderhandelingsvaardigheden vergroot. Daarnaast vergrootte het vertonen van hun beeldend werk hun zelfvertrouwen en werd er een dialoog geïnitieerd tussen de kinderen en de gemeenschap wat de kinderen een stem gaf. Ook Booker & Eastman (2004) beschreven positieve gevolgen van beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten. Een groep vrouwen van Latijns-Amerikaanse afkomst die in het verleden mishandeld zijn konden aan de hand van beeldende therapie uit hun slachtofferschap stappen. Het beeldend werk wat zij creëerden was inspirerend en gaf hoop aan andere mishandelde vrouwen binnen de gemeenschap.

De beeldend therapeuten Bermudez en ter Maat (2006) hebben een enquête onderzoek gedaan naar het inzetten van beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten in de Verenigde Staten. Deelnemers aan het enquête onderzoek hebben beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten als zeer behulpzaam beoordeeld (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 165). De volgende voordelen van beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een Latijns-Amerikaanse achtergrond zijn naar voren gekomen; het vergroten van de zelf-expressie, hulp

bij taal barrières, cliënten verbinden met hun eigen cultuur, verminderen van sociaal isolement, verhogen van het gevoel van eigenwaarde, het bevorderen van vertrouwen en begrip in de therapeutische relatie, en de ontwikkeling van de culturele identiteit (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 168). Met name de bevordering van vertrouwen en begrip binnen de therapeutische relatie is een belangrijk punt in de behandeling van hechtingsproblematiek. Uit de resultaten van het onderzoek van Bermudez en Ter Maat (2006) komt naar voren dat dit door middel van beeldende therapie bevorderd kan worden. De beperkingen van beeldende therapie met kinderen en jongeren met een Latijns-Amerikaanse achtergrond die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen zijn; onwil of terughoudendheid om beeldend te werken doordat het als kinderachtig of onbelangrijk gezien wordt en vaardigheid vereist, taal- en cultuurbarrières, onwil of terughoudendheid om therapie te doen door prestatieangst en faalangst, gebrek aan Spaanse taalbeheersing bij de therapeut en gebrek aan Engelse taalbeheersing bij de cliënt. Ook gaven een aantal beeldend therapeuten die aan dit onderzoek meewerkten aan dat er geen beperkingen waren ten opzichte van beeldende therapie met deze doelgroep.

Uit het onderzoek van Bermudez en Ter Maat kwam naar voren dat de minst gunstige thema's en technieken bij deze doelgroep thema's over dromen en levensdoelen, opdrachten met een open einde, technieken met confronterende of opdringerige richtlijnen en technieken die berusten op woorden, zoals schrijfopdrachten, zijn (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 169). Deelnemers aan het onderzoek gaven aan een voorkeur te hebben voor het gebruik van thema's voor het verkennen van cultuurverschillen, het voorbijgaan van de tijd, veranderingen van zichzelf en het omgaan met verlies. Echter, richtlijnen binnen de beeldende therapie waarbij meerdere stappen vereist zijn, of opdrachten die een beroep doen op de verbale taal, werden niet als gunstig ervaren bij deze doelgroep. 'These findings confirm that although artistic expression is common to all cultures, it may have unique characteristics according to ethnicity and language (Cattaneo, 1994)', (Bermudez/Ter Maat, 2006, p.169).

In tegenstelling tot de overtuiging dat beeldende therapie universele eigenschappen heeft en kan worden aangepast aan alle culturen, is uit dit onderzoek gebleken dat er een aantal aanzienlijke beperkingen zijn bij het gebruik van beeldende therapie met Latijns-Amerikaanse cliënten. Zo noemen zij taal- en cultuurbarrières en het onvermogen om verbaal te communiceren met de cliënt over de therapeutische doelen en de richtlijnen van de opdracht. Deze resultaten zijn gebaseerd op beeldend therapeuten in de Verenigde Staten die werkzaam zijn met Latijns-Amerikaanse cliënten. Toch gelden deze therapeutische beperkingen net zo goed voor de beeldend therapeuten werkzaam binnen de NPH-huizen aangezien de beeldend therapeuten veelal uit Europa komen en in meerdere of mindere mate de Spaanse taal beheersen. 'When words fall short, the power of art therapy is that the participant gives shape to experiences, emotions, fantasies and wishes in images. Because of this, often an emotional experience occurs that is connected with the images. This emotional experience sometimes is necessary to be able to deal with events emotionally as well as mentally. Finally, it is important to learn to find words that match these images' (Meijer-Degen, 2006, p.17). De kracht van het beeldend werken laat de cliënt zonder verwoording aan zijn problemen werken.

De non-verbale kwaliteit van beeldende therapie kan de communicatie tussen cliënten en therapeuten die een andere taal spreken bevorderen. Maar het zou kunnen dat dit niet voldoende is als de therapeutische richtlijnen en verwerking verbale taal vereisen. Bovendien kunnen cliënten, net zoals met verbale therapieën, resistent zijn tegen beeldend werken en therapie vanwege prestatieangst en faalangst (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 169).

16.2 Praktijk

Anne van den Ouwelant, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2007/2008), geeft aan dat de Latijns-Amerikaanse cultuur rustiger, langzamer en minder gestrest is dan de Nederlandse cultuur. Maar ook noemt ze dat het minder duidelijk, vager, rommeliger en corrupter in Latijns-Amerika is. Dit heeft volgens van den Ouwelant een invloed op het werken in Latijns-Amerika. Ze noemt hierbij dat dingen minder snel gaan, je meer tijd nodig hebt, dat de (werk) houding van de lokale bevolking anders kan zijn dan je gewend bent en dat het werken minder doelgericht en/of professioneel lijkt dan in Nederland. Ook in praktische zin is het werken binnen een weeshuis van NPH anders dan binnen een organisatie in Nederland. Zo benoemt zij dat haar praktijkruimte geen afgesloten ramen had, maar tralies. Hierdoor werd de ruimte veel rumoeriger en meer 'open' dan ze in eerste instantie gewild had en gewend was. Bij het werken met kinderen en jongeren in andere landen is het altijd nodig om rekening te houden met andere uitgangsvormen, andere normen en waarden en andere gedragspatronen. Zo benoemt Van den Ouwelant dat de Latijns-Amerikaanse cultuur vaak expressiever, sensueler en meer naar buiten gericht is dan bijvoorbeeld in Westerse landen.

Liselot Appelo, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2008), geeft aan dat tijd een minder belangrijke rol speelt dan in Nederland. Mensen komen vaak te laat of juist veel te vroeg. Ze verteld dat het moeilijk is om op de mensen daar te bouwen omdat ze niet leren betrouwbaar te zijn. Hieruit kan volgens Appelo al snel een hechtingsprobleem ontstaan. Het moeilijkste obstakel voor haar tijdens het werken in Nicaragua was het niet kunnen vertrouwen van mensen en systemen. Daarnaast noemt ze de geslotenheid van de mensen om over problemen te praten. 'Er waren dingen aan de hand, maar er mag niet over gesproken worden' (Interview Liselot Appelo, p.4). Ook benoemt ze hierbij dat de Nicaraguanen de norm 'een man een man, een woord een woord' niet kennen, terwijl dit volgens haar in Nederland een belangrijke norm is.

Tina Vink, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2011-2013), benoemt dat er bij de cliënten minder reflectievermogen ontwikkeld is. De kinderen en jongeren hebben weinig tot geen zelfinzicht en inzicht in hun situatie en hoe ze deze zouden kunnen veranderen. Vink geeft aan dat door dit cultuurverschil er veel meer stappen vooraf nodig zijn voordat er aan de problematiek gewerkt kan worden. Zo benoemt ze het leren de cliënt naar zichzelf te laten kijken en ze een beetje te leren om te reflecteren op zichzelf en hun eigen handelen. Verder benoemt Vink een verschil in fantasievermogen. Het werken met fantasie en dromen, dat volgens Vink laagdrempelig, speels en leuk kan zijn, bleek bij deze kinderen en jongeren niet aan te sluiten. Kinderen en jongeren binnen NPH kunnen en mogen weinig fantaseren omdat dat vaak tot teleurstellingen leidt. Ze hebben een kleine kans dat hun dromen werkelijkheid kunnen worden. Het maken van een droomhuis of een fantasiedier op papier zetten was met deze kinderen en jongeren erg moeilijk. Kinderen en jongeren binnen NPH leven erg in het hier-en-nu en kunnen moeilijk naar de toekomst kijken. Je kunt dus niet van ze vragen waar ze zichzelf over tien jaar zien staan. Ze leven van dag tot dag en daar moet je volgens Vink op anticiperen.

Een ander cultuurverschil die Vink noemt is het verschil in beeldend onderwijs. In Nederland krijgen kinderen van jongs af aan beeldend onderwijs, dit is in Nicaragua niet zo. Sommige cliënten hebben weinig of zelfs nog nooit eerder beeldend gewerkt als ze in therapie komen. Hierdoor hebben kinderen in Nicaragua ook weinig tot geen ervaring met mogen en moeten experimenteren. Stiften of kleurpotloden zijn voor jonge kinderen schaars waardoor ze zich nog niet leren uiten op papier, in tegenstelling tot kinderen in de Westerse cultuur waar ze thuis en op school ruimschoots de beschikking hebben tot deze materialen en er veel wordt getekend en gekleurd.

Verder noemt ook Vink het verschil in omgang met tijd en afspraken. Ze verteld dat het moeilijk was om afspraken te maken. Cliënten kwamen vaak een half uur later naar de therapie dan de afgesproken tijd of kwamen helemaal niet opdagen omdat ze ervan uitgingen dat jij ze kwam zoeken. Plannen kunnen snel veranderen en afspraken worden vaak niet nagekomen. Dit had niet alleen betrekking op de kinderen en jongeren, ook bij werknemers binnen NPH was dit verschil duidelijk merkbaar. Als voorbeeld verteld Vink dat op een afgesproken tijd met een docent om een kind tijdens schooltijd op te halen voor de therapie, dit vaak toch anders bleek te lopen doordat er op dat tijdstip ineens een examen was of er iets anders tussendoor kwam.

Daarnaast benoemt Vink dat er verschillen zijn in ontwikkeling waar binnen de therapie rekening mee gehouden moet worden. In Nederland ontwikkelen we ons ontzettend snel en kinderen gaan al van jongs af aan naar school. In Nicaragua is dit niet altijd zo, sommige kinderen krijgen pas onderwijs bij binnenkomst in het weeshuis doordat de kinderen vroeger op het land werkten of op straat leefden. Het wil dus niet zeggen dat een kind van zeven jaar in Nicaragua dezelfde ontwikkeling heeft doorgemaakt en op hetzelfde cognitieve, sociale en/of emotionele niveau zit als een kind van zeven jaar hier in Nederland.

Als laatste punt benoemt Vink dat er geen stevige professionele therapie omgeving is waar je als therapeut instapt. Er was al een jaar geen beeldend therapeut werkzaam geweest binnen NPH Nicaragua waardoor therapieën niet werden overgedragen en vaak al geruime tijd stil lagen. Vink verteld dat ze in de eerste maanden veel tijd kwijt was aan het veroveren van haar eigen plek. Dit houdt in het vinden van een ruimte voor de therapieën, het profileren binnen de organisatie als beeldend therapeut, het zoeken naar informatie zoals diagnoses en de problematiek van de kinderen en jongeren om de therapieën op te starten. Ze geeft aan dat de psychologe haar weinig betrok binnen haar werk en haar niet de tools gaf die nodig waren om de therapieën op te starten. Vink verteld dat ze het als frustrerend heeft ervaren dat de samenwerking tussen de dokter, de psychologe, de maatschappelijk werksters en de beeldend therapeut niet goed opgezet was. In een team valt er volgens Vink meer te bereiken en kan er professioneler gehandeld worden dan wanneer ieder individueel zijn weg gaat. Dit miste ze tijdens het werken als beeldend therapeut binnen NPH.

Anna-Lisa Klages, beeldend therapeut in NPH Nicaragua (2013-2014), benoemt dat ook de NPH-cultuur een groot verschil is waar rekening mee gehouden moet worden. Zo noemt ze dat de kinderen binnen NPH elkaar steun bieden en dat oudere kinderen binnen het weeshuis ‘hechtingspersonen’ zijn voor de jongere kinderen. Klages geeft aan dat volgens haar hiermee veel wordt opgevangen binnen de weeshuizen. Ook geeft ze aan dat buiten NPH kinderen sneller ‘uit handen worden gegeven’. Een voorbeeld hiervan is het gemakkelijk plaatsen van peuters of kleuters bij vreemden op schoot in overvolle bussen. Klages geeft aan dat zij het idee heeft dat mensen in Nicaragua over het algemeen veel van kinderen houden, wat een collectief gevoel van verantwoordelijkheid geeft en dus bevorderlijk is voor de zorg van kinderen. Verder geeft Klages aan dat er weinig communicatie was binnen het multidisciplinair behandelteam en dat zij de slechte communicatie (of hiërarchische communicatie) als een cultuurverschil ervaarde. Ook Klages geeft aan dat er geen vaste therapie structuur bestaat binnen NPH. Als beeldend therapeut binnen NPH is het dan ook noodzakelijk om zelfsturend te kunnen werken en te leren om je eigen keuzes te maken en hiervoor op te komen. Het nadeel van het ontbreken van een vaste therapiestructuur is volgens Klages dat zij vaak spontaan alle plannen moest veranderen omdat er een presentatie was, een examen gehouden werd of kinderen/jongeren er niet waren. Het voordeel van het ontbreken van een vaste therapiestructuur was dat zij zelf de duur van de sessie kon bepalen en zo het therapie aanbod kon aanpassen aan de behoefte van de cliënt op dat moment. Als laatste

noemt Klages dat het van groot belang is om te kunnen accepteren dat het leven in Nicaragua een ander ritme heeft en dat dingen vaak niet zo snel gebeuren als in Nederland.

Dorie Arts, kunstzinnig therapeut in NPH Honduras (2008-2012), benoemt dat zij heeft ervaren dat in Midden- en Zuid-Amerika het eindproduct binnen het beeldend werken als belangrijkste wordt gezien. Voor haar als therapeut is het proces juist belangrijker dan het resultaat. Het gaat er in Midden- en Zuid-Amerika om dat het resultaat mooi en perfect is, dat er niets ‘fout’ of asymmetrisch aan het resultaat zit en dat het werkstuk realistisch is. Volgens Arts zijn dit allemaal dingen die in Nederland, Europa en de Verenigde Staten helemaal niet van belang zijn. Als voorbeeld noemt zij dat een olifant paars mag zijn, of roze met blauwe stippen. In het volgende stukje geciteerd uit het interview maakt Arts dit cultuurverschil verder duidelijk;

‘Speelsheid wordt vaak juist beter gewaardeerd dan het gekopieerde voorbeeld van de juffrouw. Al zijn het een paar kronkels en krassen, als een driejarig kind het gemaakt heeft vinden we het fantastisch. Het maakt niet uit dat het vormloos is en alleen maar gekras. Wij (Europa, VS) zien dat als een fase en een groeiproces. In Honduras mochten de allerkleinsten geen tekeningen maken voor hun padrinos want dat was niet mooi genoeg. Het gegeven dat er zo strak in een stramien gewerkt moet worden is moeilijk verenigbaar met de uitgangspunten die wij in Nederland van belang vinden in creatieve en kunstzinnige processen’ (Interview Dorie Arts, p. 5).

Met ‘padrinos’ worden de peetouders bedoeld die de kinderen vaak via bijvoorbeeld organisaties als WereldOuders financieel ondersteunen en waar de kinderen briefcontact mee onderhouden. Arts geeft aan dat het als therapeut de meeste ruimte biedt om non-figuratief te werken. Voor de kinderen en jongeren in Honduras was het erg moeilijk om ‘niks’ te maken. Als kunstzinnig therapeut werkte Arts voornamelijk non-figuratief, met veel kleuren en bewegingen. Alleen maar kleuren en bewegingen tekenen of schilderen was in hun ogen niets en deze manier van werken stond erg ver van hun af. Toch koos Arts bewust voor deze manier van werken. Ze geeft aan dat het non-figuratieve werken juist ontzettend belangrijk is bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen doordat er met die werkwijze verbindingen gemaakt konden worden tussen de vaak losse elementen in een werkstuk van een kind/jongere met hechtingsproblemen. Door genoeg variatie in de opdrachten te verwerken sloot dit bij de kinderen en jongeren aan. Soms koos ze wel voor een figuratief proces, zoals bij kinderen met gedragsproblemen, concentratieproblemen of kinderen met een laag zelfbeeld. Door een middenweg te kiezen konden de kinderen zich trots voelen over hun werk. De invloed van de Hondureense cultuur op haar werk was dus dat zij in een aantal gevallen dingen met de kinderen ging maken die uiteindelijk wel mooi en herkenbaar waren. Het ging haar alsnog om het proces, maar door haar werkwijze aan te passen aan de doelgroep kon zij een brug slaan tussen de twee culturen.

Franziska Müller, beeldend therapeut in NPH Honduras sinds 2014, geeft aan redelijk geschrokken te zijn van de cultuur waarin ze terecht kwam. Ze geeft aan dat de werkwijze met de kinderen heel anders is dan ze in Europa gewend was en dat de zienswijze op het leven en de manier waarop er daar geleefd wordt erg anders is. Dit heeft volgens haar een grote invloed op de manier van therapie geven. Zo geeft ook Müller aan dat het cultuurverschil waar zij het meeste tegen aanloopt is dat de definitie van kunst en creativiteit totaal anders is. Schoonheid en perfectionisme staan helemaal bovenaan als het om kunst en creativiteit gaat. Müller zegt in haar opleiding geleerd te hebben dat het beeldend proces centraal staat en het product meestal een resultaat is. Terwijl in Honduras het product altijd en overal aan de ervaring en het experiment voorbij gaat. Ze vertelt dit erg lastig te vinden omdat beeldende therapie zo eigenlijk niet werkt. Vooral in het begin snapte ze hierdoor ook niet waarom dingen die ze

deed niet werkte bij deze kinderen en jongeren. Hierdoor is het volgens Müller belangrijk om te kijken hoe het mogelijk is hier een tussenweg in te vinden. Zo heeft ze binnen de therapie gemerkt dat voor bijna alle kinderen het belangrijk is om materialen en activiteiten aan te bieden die een succeservaring bewerkstelligen wat betreft het eindproduct.

Sabrina Breuer, beeldend therapeut in NPH Guatemala (2009/2010), benoemt als grootste cultuurverschillen waar zij tegenaan liep, de manier van communiceren en het uiten van kritiek. Ze verteld dat er rekening gehouden moet worden met dat kritiek er niet onmiddellijk geuit wordt. Om een doel te bereiken moet je soms zoals Breuer het omschrijft; ‘door de bloemetjes heen praten’ en een aantal rondjes draaien voordat je je doel bereikt. Anders kun je volgens haar als Europese snel als betweterig of arrogant beschouwd worden en niet als een van hun. Verder benoemt Breuer dat ze in het algemeen een ander/lager milieubewustzijn hebben. Een ander cultuurverschil waar Breuer tegenaan liep was dat de meeste volwassenen binnen het weeshuis beeldende therapie als een ‘knutsel-sessie’ zagen, als een soort beloning voor de kinderen.

Maran Haijink, beeldend therapeut in NPH Guatemala sinds 2013, benoemt als eerste een aantal algemene cultuurverschillen die zij heeft opgemerkt. Zo noemt ook Haijink dat het maken van afspraken binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur lastiger is. Verder merkt zij dat de manier van werken door de verzorgers naar haar mening heel negatief is. Dit heeft naar haar idee te maken met een gebrek aan scholing. Ze verteld dat slecht gedrag bestraft wordt maar er nauwelijks beloning bestaat voor goed gedrag. Ook geeft ze aan dat veel gedrag van de kinderen niet begrepen wordt door de verzorgers en werknemers. Zo gaan er vooral ‘probleemkinderen’ naar de therapie terwijl kinderen die het moeilijk hebben maar wel gewenst gedrag vertonen, deze steun niet zomaar krijgen. De invloed hiervan is volgens Haijink dat het idee bestaat dat de beeldende therapie voor kinderen is die ‘gek’ zijn en dat het zo meer een straf lijkt voor de kinderen dan dat het als een steun wordt gezien. Dit was volgens haar eerder extremer, inmiddels heeft ze ook kinderen in therapie die ‘stilletjes’ lijden en ontzettend gemotiveerd zijn voor de therapie.

Bij cultuurverschillen meer op het gebied van creativiteit benoemt Haijink dat de kinderen binnen NPH Guatemala een andere creatieve achtergrond hebben. Zoals met bijna alles binnen de school leren de kinderen vooral kopiëren. De kinderen en jongeren hebben daardoor binnen de beeldende therapie eerst tijd nodig om te ontdekken hoe het is iets vanuit zichzelf te maken. Haijink geeft aan dat hierin wel uitzonderingen zijn, een aantal zijn wel ontzettend creatief. Verder benoemt ze het verschil dat de kinderen vaak geen diagnoses hebben, dus ook geen diagnose van hechtingsproblematiek. Dit betekent echter niet dat de kinderen en jongeren geen hechtingsproblemen hebben.

Bijlage 17: Aanbevelingen

De gegeven aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek worden in deze bijlage verder omschreven. Ook worden er suggesties gedaan hoe de gedane aanbevelingen gerealiseerd kunnen worden in de praktijk.

- **Voor elk kind/jongere binnen NPH een hechtingsfiguur zoeken waarbij het kind/de jongere zich op zijn gemak voelt en die emotioneel beschikbaar is voor het kind/de jongere.**

Elk kind en elke jongere heeft een hechtingsfiguur nodig in zijn leven. Dit kan een familielid zijn waar nog goed contact mee bestaat, een van de verzorgers binnen het weeshuis of een van de volwassen weeskinderen binnen het weeshuis zijn. Dit is erg belangrijk voor kinderen en jongeren met hechtingsproblemen om gezonde gehechtheidsrelaties te kunnen ontwikkelen. De psycholoog en/of de maatschappelijk werkers binnen NPH moeten op de hoogte zijn van de hechtingsfiguur van de cliënt en hem/haar betrekken bij de behandeling door onder andere de hechtingsfiguur op de hoogte te houden van de voortgang van de behandeling. Ook zouden de psycholoog en/of de maatschappelijk werkers moeten zorgen voor voldoende contact tussen de cliënt en de hechtingsfiguur. Regelmatige ontmoetingen tussen de cliënt en de hechtingsfiguur zouden geregeld moeten worden, ook wanneer de hechtingsfiguur op afstand woont en/of financieel moeite heeft om op bezoek te komen. Dit draagt bij aan de beeldende therapie doordat de cliënt op deze manier meer steun ervaart in zijn omgeving waardoor zijn omgeving stabiel wordt en er intensiever behandeld kan worden. Ook wordt de behandeling effectiever doordat het geleerde voortgezet kan worden buiten de therapie.

- **Meer informatie over de problematiek van de doelgroep vergaren zodat beeldend therapeuten bij aankomst in de NPH-huizen hier van op de hoogte zijn.**

De aanleiding van dit onderzoek was een gemis aan specifieke informatie en handvatten met betrekking tot de problematiek bij de doelgroep. Dit onderzoek heeft zich op hechtingsproblematiek gericht. Maar dit zou bij veel meer problematieken, zoals trauma, bruikbare informatie opleveren voor de beeldend therapeuten binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika. Deze informatie zou gebundeld kunnen worden in een map en binnen elk weeshuis aanwezig moeten zijn.

- **Betere voorlichting gegeven door de organisatie WereldOuders voorafgaand aan het vertrek van de beeldend therapeuten naar een van de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika, specifiek gericht op problematiek waar beeldend therapeuten mee te maken kunnen krijgen.**

Dit zou verwezenlijkt kunnen worden door het geven van een trainingsdag of trainingsdagen, waarin beeldend therapeuten worden voorbereid op het werk in een van de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. Hierbij zouden beeldend therapeuten die al werkzaam zijn geweest in een van de huizen of deskundigen op het gebied van onder andere hechtingsproblematiek uitgenodigd kunnen worden. Hiermee worden de beeldend therapeuten beter voorbereid op hun werk voor NPH

in Latijns-Amerika en zullen zij minder obstakels ervaren in het opzetten en starten van hun therapieën.

- **Strengere eisen stellen aan het beheersen van de Spaanse taal bij beeldend therapeuten die binnen een van de weeshuizen binnen NPH in Latijns-Amerika gaan werken.**

Het is nu al een vereiste voor beeldend therapeuten om voorafgaand aan hun werkzaamheden in de weeshuizen van NPH een Spaanse cursus te volgen om in het bezit te zijn van een basis voor het spreken van de Spaanse taal. Desondanks blijken de therapeuten in het begin van hun werkzaamheden moeilijkheden en obstakels te ervaren omtrent het onvermogen om duidelijk te kunnen communiceren met de cliënt. Ook is duidelijk geworden uit dit onderzoek dat het non-verbale karakter van beeldende therapie niet voldoende blijkt te zijn wanneer er verbale interventies in de beeldende therapie vereist zijn. Beeldend therapeuten zouden in ieder geval voor 50 % de Spaanse taal moeten beheersen om zo de kwaliteit van de therapie te kunnen waarborgen. De organisatie WereldOuders zou bij het aannemen van beeldend therapeuten een test kunnen afnemen om het niveau van hun Spaanse taalbeheersing na te gaan. In de praktijk blijkt het echter vaak voor te komen dat beeldend therapeuten bij vertrek nog onvoldoende Spaanse taalbeheersing hebben maar bij aankomst in Latijns-Amerika eerst in een gastgezin gaan wonen en Spaanse lessen volgen. Hierbij zou kunnen worden nagegaan wat de minimale tijd is (bijvoorbeeld 5 weken) die nodig is om de Spaanse taal voldoende te beheersen.

- **Achtergrondinformatie over de kinderen en jongeren vastleggen en meer diagnosticeren binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika.**

Uit dit onderzoek is gebleken dat er weinig diagnoses gesteld worden bij de kinderen en jongeren, waardoor er ook weinig indicaties worden gesteld voor onder andere de beeldende therapie. Ook is uit dit onderzoek gebleken dat de kinderen en jongeren binnen de weeshuizen van NPH een risicogroep zijn met betrekking tot hechtingsproblematiek en trauma. Door een gemis aan achtergrondinformatie wordt er vooral gekeken naar de zichtbare problemen die het kind of de jongere laat zien, waardoor er weinig aandacht lijkt te worden besteed aan de achterliggende problematiek, zoals eventuele hechtingsproblemen. Door een observatieperiode wanneer de kinderen en jongeren binnen komen in de NPH-huizen en een betere screening, kan de problematiek bij deze doelgroep inzichtelijk gemaakt worden en kunnen problemen eerder en effectiever behandeld worden. Om dit te realiseren zou er gekeken moeten worden of er voldoende psychologische begeleiding aanwezig is binnen de weeshuizen van NPH. Als de psycholoog en de maatschappelijk werkers binnen de huizen deze extra werkzaamheden niet aankunnen gezien het aantal kinderen per weeshuis, zou hier een extra vrijwilligersfunctie voor kunnen komen. Net zoals er beeldend therapeuten vanuit Nederland met een jaarcontract binnen de weeshuizen aan het werk gaan, zouden er ook psychologen of maatschappelijk werkers vanuit Nederland op vrijwilligersbasis met een jaarcontract binnen de weeshuizen in NPH in Latijns-Amerika aan het werk kunnen gaan.

- **Meer psycho-educatie (over onder andere hechtingsproblematiek bij de doelgroep) voor de verzorgers en werknemers binnen de NPH-huizen.**

Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat professionals binnen NPH nog niet

genoeg van hechtingsproblematiek afweten en de hechtingsproblemen bij de kinderen en jongeren nog niet genoeg worden herkend. Hierdoor krijgt deze doelgroep niet de benadering en behandeling die het nodig heeft. Door het geven van meer psycho-educatie aan verzorgers en werknemers in de vorm van lezingen of workshops zal het gedrag van kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek beter begrepen worden en kan hier beter en sneller op worden ingespeeld. Als het gedrag van de kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek beter begrepen wordt, kunnen zij meer steun en begrip ontvangen van de verzorgers en werknemers binnen NPH. Dit draagt bij aan het creëren van stabiliteit binnen de omgeving van de kinderen en jongeren, wat ten goede komt aan de behandeling van hechtingsproblematiek binnen de beeldende therapie.

- **Werken aan een stevigere therapiestructuur door verbetering van de overdracht en communicatie binnen de behandelteams. Mede door planmatig overleg van de behandelaren, door een betere documentatie van cliënten te maken en door bespreking van de voortgang van de behandeling en van de probleemgebieden van de cliënten binnen het behandelteam.**

Zodoende wordt gewerkt aan een stevigere therapiestructuur binnen de organisatie. Zo wordt de samenwerking in multidisciplinaire behandelteams binnen de huizen verbeterd, wat indirect meewerkt aan een betere behandeling van de kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen.

- **Meer aandacht besteden aan het profileren van vaktherapie binnen de organisatie NPH.**

Dit is noodzakelijk voor de erkenning van het vak binnen de organisatie en zo kunnen misverstanden bij kinderen en medewerkers verholpen worden. Het blijkt dat beeldende therapie vaak als knutselsessie of juist als straf gezien wordt door medewerkers, welke een verkeerd beeld geven aan het kind. Als de kinderen en jongeren meer steun en begrip krijgen binnen hun omgeving zullen zij zich veiliger kunnen voelen binnen de beeldende therapie, wat de behandeling van hechtingsproblematiek zal bevorderen. Het profileren van beeldende therapie binnen de organisatie NPH kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Bijvoorbeeld door het houden van een informatieve bijeenkomst, het houden van een workshop voor de verzorgers en medewerkers binnen NPH, het uitschrijven van wat beeldende therapie inhoudt en dit meegeven aan de cliënten en hun verzorgers of het houden van een expositie binnen het weeshuis waar alle kinderen, jongeren, verzorgers, medewerkers (bijvoorbeeld docenten) en directeurs het beeldend werk van cliënten kunnen bezichtigen. Ook is het belangrijk dat de beeldend therapeuten korte lijnen houden met de directe verzorgers van de cliënten en hen op de hoogte stellen van het proces van de cliënt binnen de beeldende therapie en eventuele doelen waar de cliënt aan werkt.

- **Onderzoek doen naar hoe de behandelmethode Mentalization Based Treatment (MBT) van Bateman en Fonagy (2004) geïmplementeerd kan worden binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur.**

Deze methode blijkt effectief te zijn bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen omdat zij vaak een gebrek aan mentaliserend vermogen hebben. Het vergroten van het mentaliserend vermogen door middel van beeldende therapie blijkt een bijdrage te leveren aan de behandeling van

hechtingsproblematiek. Echter is in dit onderzoek naar voren gekomen dat deze methode moeilijk lijkt aan te sluiten binnen de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika. Om te kunnen profiteren van wat deze behandelmethode te bieden heeft aan kinderen en jongeren met hechtingsproblemen, zou er onderzocht moeten worden hoe deze behandelmethode kan worden ingezet bij kinderen en jongeren met hechtingsproblemen met een Latijns-Amerikaanse achtergrond, woonachtig in weeshuizen. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan het bestaande behandelaanbod van beeldende therapie bij kinderen en jongeren met hechtingsproblematiek binnen de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika.

De laatste twee aanbevelingen zijn meer gericht op de lange termijn. Ondanks dat deze aanbevelingen minder concreet zijn, zijn ze gedurende het onderzoek als belangrijke knelpunten ervaren. Hierdoor wil de onderzoeker deze aanbevelingen toch benoemen.

- **Onderzoek doen naar hoe meer stabiliteit te verwezenlijken is bij kinderen en jongeren die opgroeien in weeshuizen.**

Een van de mogelijkheden om deze stabiliteit te verwezenlijken zou het veranderen van de samenstelling in de huizen kunnen zijn. Er zou onderzocht kunnen worden of broertjes en zusjes bij elkaar in huis geplaatst kunnen worden om zo de families dichter bij elkaar te houden. Door de huidige samenstellingen op leeftijd en geslacht los te laten en de huizen meer op een gezinssamenstelling te laten lijken, met broertjes en zusjes van verschillende leeftijden, kan voor meer stabiliteit bij de kinderen en jongeren gezorgd worden. Verzorgers zouden aan een groep kinderen/jongeren verbonden kunnen worden, in plaats van dat de kinderen blijven doorschuiven op leeftijd naar nieuwe huizen met nieuwe kinderen en verzorgers. Een sensitief responsieve verzorging en psychologische investering in een kind is essentieel voor het opbouwen van gezonde gehechtheidsrelaties. De kans hierop blijkt veel groter te zijn binnen een gezin dan binnen een instelling. Daarom is het van groot belang om binnen de weeshuizen zo veel mogelijk de gezinsvorm na te bootsen en continuïteit te bieden in de verzorging en omgeving van de kinderen en jongeren. Dit is gezien de grootte van de organisatie en het lang gebruikte systeem van het doorwisselen in huizen en het apart houden van jongens en meisjes, moeilijk te implementeren. Het is echter aan te bevelen om onderzoek te doen naar de haalbaarheid hiervan, in welke vorm en welke voor- en nadelen hiermee samen gaan.

- **Meer onderzoek doen naar beeldende therapie en hechtingsproblematiek in weeshuizen en beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten.**

Tijdens het doen van dit onderzoek bleek vanuit de literatuur dat er een gemis is aan wetenschappelijk onderzoek op deze gebieden. Literatuur over het gebruik van beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten blijkt schaars te zijn en ook binnen het onderwerp hechtingsproblematiek benoemen onderzoekers dat er meer wetenschappelijk onderzoek nodig is. Dit zou een bijdrage leveren aan het vergaren van meer kennis die beeldend therapeuten die binnen de weeshuizen van NPH werkzaam zijn kunnen gebruiken in de praktijk. Ook zou het bijdragen aan het verder bewust maken van hechtingsproblematiek bij deze doelgroep.

Bijlage 18: Kanttekeningen

Voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek worden hier een aantal kanttekeningen genoemd die in acht moeten worden genomen bij het gebruik van de resultaten en aanbevelingen.

- De groep vanuit de praktijk is relatief klein geweest om harde uitspraken te kunnen doen. Door de ervaringen en opvattingen van de acht geïnterviewde beeldend therapeuten die werkzaam zijn of waren in een van de weeshuizen naast elkaar te leggen en te vergelijken, is er informatie verzameld die kennis en vaardigheden bevatten die interessant zijn voor andere beeldend therapeuten binnen dit werkveld. Doordat alle geïnterviewden met dezelfde doelgroep en binnen dezelfde setting werkzaam zijn (geweest) was hun informatie goed te vergelijken en konden hier conclusies uit getrokken worden. Ondanks de relatief kleine groep geïnterviewden hebben de interviews veel bruikbare praktijk informatie opgeleverd.
- In eerste instantie was het onderzoek gericht op het weeshuis in Nicaragua waar de onderzoeker zelf werkzaam is geweest. De organisatie WereldOuders stuurt echter niet alleen beeldend therapeuten naar het weeshuis in Nicaragua en had meer baat bij een onderzoek die algemener gericht is, dus op alle weeshuizen binnen de organisatie NPH. Dit maakt het onderzoek een stuk minder gekaderd en minder specifiek. Doordat er niet in alle weeshuizen van NPH beeldend therapeuten werkzaam zijn geweest en het niet haalbaar was om per land apart te onderzoeken hoe de situatie en de omstandigheden precies waren voor eventuele toekomstige beeldend therapeuten, heeft het onderzoek zich vooral gebaseerd op de kennis uit de interviews. De geïnterviewden hebben gewerkt binnen de weeshuizen in Nicaragua, Honduras en Guatemala. Verder is er tijdens het afnemen van de enquête gesproken met werknemers uit verschillende weeshuizen zoals Bolivia of de Dominicaanse Republiek. Omdat NPH dezelfde richtlijnen en regels hanteert binnen elk weeshuis, de leefsituatie van de kinderen en jongeren per weeshuis erg met elkaar overeenkomt en de genoemde cultuurverschillen binnen de Latijns-Amerikaanse cultuur met elkaar overeen kwamen, wordt er generaliserend gesproken over ‘de weeshuizen van NPH in Latijns-Amerika’, ook wanneer dit alleen gebaseerd is op de ervaringen en meningen van de acht geïnterviewde beeldend therapeuten en de literatuurgegevens.
- De literatuur over het gebruik van beeldende therapie bij Latijns-Amerikaanse cliënten blijkt schaars en verspreid te zijn waardoor de effectiviteit van beeldende therapie bij cliënten met een andere culturele achtergrond dan de Euro-Amerikaanse cultuur nog niet volledig onderzocht is (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 166). In de beschikbare literatuur wordt gebruik gemaakt van gevalstudies met kleine groepen om de observaties van de auteurs te beschrijven. Beeldende therapie met Latijns-Amerikaanse cliënten is nog niet systematisch onderzocht aan de hand van grotere gevalstudies. De literatuur weerspiegelt het geïsoleerde werk van beeldend therapeuten werkzaam in verschillende instellingen en het ontbreken van gecoördineerde inspanning om deze populatie te bestuderen (Bermudez/Ter Maat, 2006, p. 167). De resultaten van kleine gevalstudies kunnen niet worden gegeneraliseerd voor alle beeldend therapeuten die werkzaam zijn met cliënten van Latijns-Amerikaanse afkomst. Wel wordt hiermee de kennis vergroot en de invloed van cultuurverschillen op het proces van beeldende therapie aannemelijk gemaakt door de overeenkomende resultaten van de onderzoeken.

Bijlage 19: Lijst gedragssignalen Boris & Zeanah (2005)

Lijst gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen (Boris & Zeanah, 2005)

Instructie

Geef bij elk thema in onderstaande tabel op een 5-puntsschaal aan in hoeverre het kind normaal of verstoord gedrag vertoont:

- 1 nagenoeg altijd normaal;
- 2 meestal normaal;
- 3 soms normaal en soms verstoord;
- 4 meestal verstoord;
- 5 nagenoeg altijd verstoord.

Gedragssignalen verstoord gehechtheidsgedrag		
	<i>Normaal</i>	<i>Verstoord</i>
Affectie	Toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties.	Gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passende, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen.
Zoeken van troost	Zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger, die daartoe speciaal wordt uitgekozen.	Zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte of zoekt troost op een vreemde of ambivalente manier bij een specifieke volwassen verzorger (bijvoorbeeld: toenemende stress wanneer het kind geen troost zoekt).
Vertrouwen in de ander; zoekt hulp	Is bereid/heeft de mogelijkheid om hulp te zoeken bij specifieke verzorgers als een probleem te moeilijk is om alleen op te lossen.	Buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is, niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een hechtingsfiguur.
Samenwerking	Stelt zich over het algemeen coöperatief op naar de verzorger.	Voortdurend niet ingaan of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid ten opzichte van instructies van de verzorger

		(‘dwangmatige gehoorzaamheid’).
Explorerend gedrag	Gebruikt hechtingsfiguur als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving wordt geëxploreerd.	Controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin om de verzorger te verlaten om te gaan exploreren.
Controlerend gedrag	Weinig signalen van controlerend gedrag ten opzichte van de verzorger.	Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag van het kind ten opzichte van de verzorger, buitengewoon bazig of bestraffend controleren van de verzorger.
Reactie bij hereniging/terugkeer	Zoekt troost bij de hechtingsfiguur bij angst of wanneer het kind niet angstig is, maakt hij op een positieve manier opnieuw contact door middel van non-verbale of verbale communicatie van positieve affecties, of beschrijft wat er gebeurde tijdens de scheiding.	Lukt niet om na scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont het kind actieve negerende/vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeggebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of elke aanwijzing van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.
Reactie tegenover vreemden	In eerste instantie terughoudendheid in sociaal contact met vreemden, dit is duidelijker in een onbekende omgeving.	Onmiddellijk aangaan van het contact zonder terughoudendheid in het begin, veel lichamelijk contact zonder op de verzorger te letten, wil om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.

Bijlage 20: HBO gedragscodeverslag

Voor het doen van ethisch verantwoord onderzoek worden de richtlijnen van de gedragscode voor praktijkgericht onderzoek in HBO onderwijs (www.vereniginghogescholen.nl/onderzoek) gehanteerd. De onderstaande aspecten uit de gedragscode worden door de onderzoeker beschreven op toepassingsniveau.

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.

De onderzoekskwestie is voortgekomen uit praktijkobservatie van de onderzoeker. Hierdoor richt het onderzoek zich op een relevant thema en probleem uit de beroepspraktijk. De onderzoeksvraagstelling werd ondersteund door verschillende beeldend therapeuten binnen de organisatie op wie onderzoek is gericht. Hierdoor is het vertrekpunt van dit onderzoek gelegen in de alledaagse praktijk en is er afstemming op de wensen die er zijn vanuit de praktijk. Met het onderzoek is getracht een bijdrage te leveren aan het bestaande beeldende therapie aanbod en wordt de kennis vergroot met betrekking tot het onderwerp hechtingsproblematiek bij kinderen en jongeren binnen de NPH-huizen in Latijns-Amerika. Door het leveren van een bijdrage aan de kennisontwikkeling wordt er meer bekendheid gecreëerd over hechtingsproblematiek bij deze doelgroep. Door het ontwikkelen van een brochure die de belangrijkste richtlijnen uit dit onderzoek bevat en mee kan worden gegeven aan beeldend therapeuten die voor de organisatie NPH naar Latijns-Amerika vertrekken, worden de resultaten uit dit onderzoek toegankelijk gemaakt en wordt de kenniscirculatie naar de praktijk gestimuleerd.

2. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn respectvol.

De onderzoeker heeft rekening gehouden met de rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en collega-onderzoekers. Zo is er goed geluisterd naar de meningen, ervaringen en opvattingen van verschillende werknemers binnen de organisatie. Namen van cliënten zijn wegens privacy redenen niet genoemd binnen het onderzoek. Binnen de uitgebreide literatuurstudie zijn de meningen, opvattingen en ervaringen van collega-onderzoekers omschreven die het praktijkgericht onderzoek veelal ondersteunden maar soms ook tegenspraken. Er zijn duidelijke bronverwijzingen gemaakt binnen het onderzoek naar betrokkenen en collega-onderzoekers. De regelgeving en protocollen die in het vakgebied gelden voor het doen van onderzoek zijn nageleefd. Hiervoor is voornamelijk gebruik gemaakt van de studiehandleiding en reader Praktijkgericht Onderzoek van de opleiding Creatieve Therapie aan de Hogeschool Utrecht in Amersfoort.

3. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn zorgvuldig.

De beschikbare onderzoeksmethoden zijn door de onderzoeker in overweging genomen om tot een passende onderzoeksmethode bij dit praktijkgericht onderzoek te komen. De onderzoeksmethode is zorgvuldig omschreven binnen het onderzoek. In de literatuurstudie zijn meerdere wetenschapsopvattingen besproken. Er is in het onderzoek duidelijk en zorgvuldig gebruik gemaakt van reeds beschikbare kennis uit de praktijk en wetenschap. De rapportages in het onderzoek zijn juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar. De verzamelde data binnen het onderzoek is zorgvuldig bewaard en beschikbaar als naslagwerk.

4. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn integer.

De onderzoeker heeft kritisch gekeken naar in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities. Deze zijn, aan de hand van de verzamelde informatie uit de interviews,

gerapporteerd. De onderzoeker is autonoom geweest in het analyseren van de onderzoeksgegevens en onpartijdig in het rapporteren ervan. Door de eigen ervaringen van de onderzoeker in de praktijk was dit een belangrijk aandachtspunt binnen het gedane onderzoek. Door de eigen ervaringen van de onderzoeker zou de onderzoeker eigen meningen kunnen hebben gevormd, wat kan meewegen in het vormen van interpretaties. De onderzoeker was zich hiervan extra bewust en heeft zoveel mogelijk eigen interpretaties naast zich neer gelegd en uitsluitend conclusies getrokken uit de verzamelde gegevens uit de interviews en de literatuurstudie. De onderzoeker is dan ook eerlijk in de gebruikte bronnen in het onderzoek en heeft deze duidelijk vermeld. Verder stond de onderzoeker open voor feedback van betrokkenen tijdens het uitvoeren en afronden van het onderzoek.

5. Onderzoekers aan het HBO onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag.

De relevantie van het gekozen onderwerp en de gehanteerde methoden en beperkingen ervan zijn binnen het onderzoek verantwoord. Ook zijn er kanttekeningen toegevoegd bij het onderzoek die een aantal punten belichten waar rekening mee gehouden moet worden bij het gebruiken van de resultaten uit het onderzoek. Het onderzoek is zorgvuldig en uitgebreid uitgevoerd. De getrokken conclusies uit het onderzoek zijn gebaseerd op overeenkomstige resultaten uit zowel de praktijk als uit de literatuurstudie. De onderbouwing van de conclusies en de gehanteerde bronnen zijn terug te vinden in de bijlagen van het onderzoek, waardoor alle informatie beschikbaar is voor de lezer. Dit maakt het onderzoek transparant en volledig. Ook is er in de bijlagen een onderbouwing te vinden van de aanbevelingen van dit onderzoek. Door het ontwikkelen van een brochure waarin de belangrijkste richtlijnen uit dit onderzoek worden omschreven, wordt er een stap gezet in het implementeren van de resultaten uit het onderzoek in de praktijk. Beeldend therapeuten kunnen de brochure meenemen en gebruiken tijdens hun werkzaamheden in Latijns-Amerika, en dit onderzoek gebruiken voor verdere informatie. De brochure en het praktijkgericht onderzoek zullen beschikbaar zijn voor de beeldend therapeuten via de organisatie WereldOuders. Via deze organisatie worden de beeldend therapeuten aangenomen om in een van de weeshuizen in Latijns-Amerika aan het werk te gaan. De verkregen informatie uit dit onderzoek kan op deze manier de kennis van de beeldend therapeuten vergroten en een bijdrage leveren aan hun werkzaamheden in de praktijk. De verantwoording van de gemaakte keuzes bij het ontwikkelen van de brochure zijn door de onderzoeker omschreven in het eindproductverslag.