

Verken jezelf, herken gevoel

Einddocumentatie afstudeerproject HBO creatieve therapie beeldend

Marieke van Nieuwenhuizen
1561192
Einddocumentatie Praktijkproject
Neel de Haan
Huub Notermans
Mei 2013

Colofon

Titel: Verken jezelf, herken gevoel

Ondertitel: Einddocumentatie
afstudeerproject HBO creatieve therapie beeldend

Auteur: Marieke van Nieuwenhuizen
Beautifulmindstherapy@gmail.com

Opdrachtgever: Hogeschool Utrecht
HBO Creatieve therapie
De nieuwe poort 21
3812 PA Amersfoort
Telefoon 088 481 82 83



Praktijklocatie: 's Heeren Loo Kwadrant Emaus
Groene Allee 46
3853 JW ERMELO
Telefoon 0341 56 75 11



Afstudeerconsulent: Gemmy Willemars

Afstudeerbeoordelaar: Neel de Haan
Huub Notermans

Plaats: Kootwijkerbroek

datum: 23 mei 2013

Inhoud

Inleiding.....	4
leeswijzer	4
Plan van aanpak	5
1. Het product	5
1.1 onderwerp.....	5
1.2 Productomschrijving.....	6
1.3 Resultaatbeschrijving.....	7
2. De relevantie van de module.....	8
2.1 segmenten.....	8
2.2 relevantie vanuit beroepsmatig en maatschappelijk perspectief.....	8
3. Doelgroep, adresgroep, evaluatiegroep.....	9
3.1 doelgroep.....	9
3.2 adresgroep.....	9
3.3 evaluatiegroep.....	9
3.4 veld van belanghebbenden.....	9
3.5 presentatie	9
4. planmatigheid van de uitvoering.....	10
4.1 concreet uit te voeren acties of inspanningen.....	10
4.2 inschatting tijd en studie uren.....	11
4.3 doelen waar beoordeling betrekking op kan hebben.....	12
4.4 uitvoerbare evaluatieprocedure.....	12
4.5 einddocument module	13
Vooronderzoek	14
1. Vergelijkbare producten	14
2. Literatuur	14
3. behoefte praktijk	15
Procesbeschrijving.....	16
1. Proces voor aanvang van de module.....	16
2. Proces fase 1.....	19
3. Proces fase 2.....	21
4. Proces fase 3.....	22
5. Proces evaluatie uitvoering module	23
6. Proces evaluatie vaktherapeuten	24
7. Samenvatting proces	25
Evaluatie	26
1. Evaluatiegroep.....	26
2. Evaluatieprocedure.....	27
3. Resultaat evaluatie	27
4. eigen evaluatie	27
Aanbevelingen.....	28
Literatuurlijst.....	29
Bijlagen.....	31

Inleiding

In opdracht van het afstuderen als HBO creatief therapeut beeldend heb ik een praktijkproject vormgegeven. Dit praktijkproject bestaat uit het ontwikkelen en uitvoeren van een module voor licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. De module beoogt een eerste aanzet te zijn tot bevordering van gevoelsherkenning, door middel van het verkennen van de vier basis emoties in beeldende therapie voor licht verstandelijke beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. In dit einddocument beschrijf ik hoe ik te werk ben gegaan in het ontwikkelen en uitvoeren van de module. Het einddocument bestaat concreet uit; een samenvatting, een plan van aanpak, het vooronderzoek, mijn procesbeschrijving, evaluaties van de module en aanbevelingen. De inhoudsopgave geeft een globale indicatie waar informatie te vinden is. Hieronder, in de leeswijzer, kunt u vinden welke titels voor u van belang zijn om te lezen als u interesse naar bepaalde onderwerpen uitgaat. De leeswijzer verwijst voor enkele onderwerpen naar de module, welke als apart document word bijgeleverd.

leeswijzer

Het einddocument bestaat uit zes titels waarop u zich kunt oriënteren; Samenvatting, Plan van aanpak, Vooronderzoek, Procesbeschrijving, Evaluatie en Aanbevelingen.

Voor degenen die wel geïnteresseerd zijn in de module, maar geen kans zien om dit einddocument volledig te bestuderen raad ik aan om de samenvatting aan het begin van het document door te lezen. Deze samenvatting geeft vooral weer hoe het vooronderzoek, proces en evaluaties zijn verlopen en geeft daarnaast kort en bondig de aanbevelingen weer.

Voor degenen die vooral geïnteresseerd zijn in de totstandkoming van de module raad ik aan om het plan van aanpak en vooronderzoek door te lezen. Hierin wordt duidelijk welke modules er al bestaan en welke behoefte er was om tot de module te komen. Daarbij is het raadzaam om de samenvatting te lezen om het geheel van dit document te begrijpen.

Als u geïnteresseerd bent in de ontwikkeling van de module dan is het raadzaam om vooral het plan van aanpak en de procesbeschrijving te lezen. Het plan van aanpak geeft de start weer en de procesbeschrijving bespreekt de ontwikkeling en gemaakte keuzen.

Bent u enkel geïnteresseerd in de resultaten van de module dan raad ik aan om vooral de evaluatie en aanbevelingen door te lezen. Deze geven aan welke resultaten de module heeft behaald en hoe er verder gewerkt gaat worden aan de module.

Als u interesse uitgaat naar de inhoud van de module; zoals de theoretische onderbouwing, werkwijze, interventies, methodische handleiding of werkvormen dan kunt u de module 'Verken jezelf, herken gevoel' doorlezen. Deze word los aangeleverd.

Plan van aanpak

1. Het product

1.1 onderwerp

Hechtingsproblematiek is in de afgelopen jaren een veelbesproken onderwerp geworden. Verdult (2007) heeft het over de hernieuwde interesse voor hechtingsproblematiek en dat dit met name komt doordat hulpverleners in de praktijk steeds meer te maken krijgen met emotionele problematiek waarbij de aanname is dat de hechting eraan ten grondslag ligt. Veel deskundigen hebben onderzoeken gedaan en theorieën opgesteld rondom deze problematiek. Tot nu toe is enkel de reactieve hechtingsstoornis erkend en opgenomen als een psychiatrische stoornis in de DSM-IV.¹ Er zijn echter nog meer verschijningsvormen van hechtingsproblematiek zoals de verbroken hechting en verstoorde hechting. Ontwikkelingspsychologen zoals Cassidy (1999) hebben het over hechtingsstijlen; veilige hechting, angstig-vermijdende hechting, angstig-ambivalente hechting en gedesorganiseerde hechting.²

Het afgelopen jaar heb ook ik mij veel bezig gehouden met hechtingsproblematiek binnen 's Heeren Loo Kwadrant (Emaus), waar ik werkzaam ben als stagiaire. Bij 's Heeren Loo Kwadrant werk ik met licht verstandelijk beperkte jongeren met gedragsstoornissen, en veel problematiek ligt ten grondslag aan een onveilige hechtingsstijl. Hechtingsproblematiek erkennen en de behandeling daarop afstemmen is hierom van groot belang. 's Heeren Loo legt steeds meer nadruk op hechtingsproblematiek in de behandeling en hoe we de behandeling zo aan kunnen passen dat deze aansluit bij de problematiek en in een adequate behandeling resulteert.

Ijzendoorn (2004) benoemd dat inadequate emotieregulatie een veel voorkomend thema is bij hechtingsproblematiek. Dat dit thema zoveel voorkomt bij mensen met hechtingsproblematiek kwam ik zelf ook tegen binnen mijn stage. Enkele van mijn cliënten zijn gediagnosticeerd met hechtingsproblematiek en er werd bij deze jongeren al snel duidelijk dat zij problemen ondervonden met het (h)erkennen en reguleren van hun eigen emoties en gevoel. Hierdoor ontstonden er problemen met de leefgroep en/of begeleiders. Binnen therapie ondervond ik hoe lastig het is om deze jongeren adequaat te begeleiden rondom het thema emoties en daarom heb ik een onderzoek opgesteld. "Ik voel niet, maar zit vol met gevoel." Een onderzoek naar wat beeldende werkvormen nodig hebben als er gewerkt wordt met licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek bij het thema emoties. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat deze doelgroep specifieke punten nodig heeft binnen therapie om een succesvol resultaat te behalen, daarnaast heb ik de aanbeveling gedaan om een module te ontwikkelen voor deze doelgroep om een heel gericht aanbod te faciliteren vanuit de beeldende vaktherapie.

Om aan te sluiten bij de ontwikkelingen die zich voordoen binnen 's Heeren Loo en om mijn onderzoek een vervolg te geven ben ik een module gaan ontwikkelen voor licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. De module zal betrekking hebben op het ver- en herkennen van gevoelens, met een toespitsing naar de vier basis emoties. Omdat dit een zeer kwetsbare doelgroep is, die snel overvraagt word houd ik de inhoud van de module zo klein mogelijk. De module helpt de cliënt om gevoelens beter bij zichzelf te herkennen door middel van het verkennen van beeldende materialen, die bewustwording van de eigen zintuiglijke beleving en lichamelijke gewaarwording stimuleren.

1 H. Grietens, artikel.

2 H. Grietens, artikel.

1.2 Productomschrijving

Deze module is een eerste aanzet tot bevordering van gevoelsherkenning in beeldende therapie voor licht verstandelijke beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. De module is individueel, omdat deze doelgroep moeite heeft met selectieve aandacht³ waardoor er in een groep teveel afleiding en ook overvraging kan ontstaan. Ook de algemene concentratie is slechter bij deze doelgroep en er is vaak sprake van een gebrek aan sociale vaardigheden⁴ wat wederom niet bevorderend zou zijn binnen een groepsproces. In totaal beslaat de module 12 sessies van 60 minuten, waaraan vooraf een intake plaatsvindt en achteraf nog een evaluatie plaatsvindt. Na de evaluatie kan eventueel nog een persoonlijke afsluiting met de cliënt plaatsvinden. De module bevat een volledige omschrijving van passende interventies, werkwijze en attitude van de therapeut, allen om de module zo effectief mogelijk te laten verlopen. De onderbouwing van de module is gebaseerd op praktijkervaring, mijn onderzoek, literatuur en evaluaties van andere vaktherapeuten wat de module een stevig fundament geeft.

De intake

Om de module voldoende draagkracht te geven vindt er voor elke cliënt een intake plaats. In deze intake is het van belang dat de cliënt, samen met zijn of haar mentor, uitleg krijgt over wat de module inhoudt en waarom hij/zij de module gaat volgen. De mentor is bij de intake betrokken omdat er een goede werkrelatie moet ontstaan tussen de therapeut, cliënt en mentor om een therapeutische transfer mogelijk te maken. Daarbij dient de intake als eerste kennismaking tussen cliënt en therapeut, waar mentor ook aanwezig is als steun (en vertrouwenspersoon) voor de cliënt en als extra informatie bron voor de therapeut. Tijdens de intake wordt een scoreformulier ingevuld samen met de cliënt om de huidige kennis te toetsen. Aan het eind van de module wordt dit scoreformulier weer gehanteerd om de vooruitgang van de cliënt te meten.

Sessies

De module bestaat uit 12 sessies die verdeeld zijn over drie fases. Elke fase bestaat uit 4 sessies. De fases zijn als volgt:

- *Fase 1: Verkenningsfase*
Deze eerste fase is bedoeld om een werkrelatie op te bouwen tussen de cliënt en de therapeut en als een eerste kennismaking met verschillende beeldende materialen.
- *Fase 2: Vier basis emoties*
De tweede fase heeft als doel om kennis rondom de vier basis emoties te verwerven/vergroten om zo het uiteindelijke herkennen te kunnen bevorderen.
- *Fase 3: herkenningsfase*
De laatste fase is bedoeld om de herkenning op gang te brengen.

Evaluatie

Aan het eind van de module vindt een evaluatie plaats samen met de cliënt. De cliënt vult hierbij opnieuw het scoreformulier in om te kijken of de cliënt vooruitgang heeft gemaakt. Daarnaast wordt het werkboek afgerond en schrijven cliënt en therapeut beide iets in het werkboek. Bijvoorbeeld hoe de therapieën zijn verlopen en wat de therapeut de cliënt nog mee wil geven. Deze evaluatie wordt uitgewerkt en doorgestuurd naar mentor en orthopedagoog. Met hen wordt apart nog een afspraak gemaakt om de evaluatie van de cliënt te bespreken met het systeem.

3 Bijman, E. & Lamberix, I. Blz. 13-18.

4 Ham, H. van der

Werkboek

Om de kans op een volledige transfer te vergroten word er een werkboek gehanteerd binnen de module. Licht verstandelijk beperkte jongeren kunnen geleerde vaardigheden/kennis niet goed generaliseren⁵, waardoor ze het lastig kunnen vinden om het geleerde in therapie naar buiten te plaatsen. Het werkboek biedt hierin een houvast. Elke sessie wordt er behandelde informatie opgeschreven om in het werkboek te plakken, daarnaast worden er foto's gemaakt van de werkstukken van de cliënt. Als de module ten einde komt neemt de cliënt het werkboek met zich mee, waardoor deze samen met mentor bekeken kan worden en er een vervolg kan worden gemaakt in de behandeling.

Afsluiting

De therapeut en cliënt nemen op een voor hen gepaste wijze afscheid. Denk hierbij bijvoorbeeld aan samen een kopje koffie drinken of een ijsje eten.

1.3 Resultaatbeschrijving

Concreet luidt de doelstelling van de module als volgt: 'De cliënt is aan het eind van de module in staat om gevoelens beter bij zichzelf te herkennen, door middel van het verkennen van beeldende materialen die bewustwording van de eigen zintuiglijke beleving en lichamelijke gewaarwording stimuleren.' Om te kijken of de module het gewenste resultaat behaald vind er een 'meting' plaats. Deze 'meting' bestaat uit een scorelijst die bij aanvang en afsluiting van de module wordt afgenomen.

Daarnaast is het van belang dat de module realistisch en uitvoerbaar is. Persoonlijk zal ik de module binnen dit studiejaar éénmalig uitvoeren om de module zo te kunnen evalueren, aan te kunnen passen en aanbevelingen te geven.

De module zal als een geheel gepresenteerd worden in een boekvorm.

5 Bijman E. & Lamberix, I. Blz. 13-18.

2. De relevantie van de module

2.1 segmenten

De module haalt draagkracht uit de 3 segmenten.

segment 1; het behandelen van de cliënt.

De module is bedoeld om een adequate behandeling te kunnen geven aan de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. Het is volledig gewijd aan de behoeften van deze doelgroep om zo een doelgroep specifieke behandeling tot stand te brengen.

segment 2; het werken in en vanuit een arbeidsomgeving.

De aanzet tot de module is ontstaan vanuit de ontwikkeling in de arbeidsomgeving, welke hechtingsproblematiek heeft aangekaart binnen de instelling en deze problematiek ook wil behandelen.

segment 3; het werken aan professionaliteit en professionalisering.

De module is een toevoeging aan de al bestaande behandelingen binnen de beeldende vaktherapie. Het is een module die niet alleen een zeer specifieke doelgroep behandelt maar ook volledig is afgestemd op deze doelgroep en zijn behoeften.

2.2 relevantie vanuit beroepsmatig en maatschappelijk perspectief

Zoals benoemd in paragraaf 1.1 is hechtingsproblematiek een, in de afgelopen jaren, veel besproken onderwerp. Binnen de zorgsector en maatschappij word er steeds meer aandacht besteed aan deze problematiek en de behandeling ervan. Ook de vaktherapie levert hier een aandeel in door onder andere modulen te ontwikkelen die aansluiten bij deze doelgroep en hun problematiek. Echter word er ook steeds vaker gesproken over kortdurende interventies die effectief en efficiënt moeten zijn. Deze module kan zo'n kortdurende interventie zijn die een aanwinst is op de algehele behandeling van een cliënt. Daarnaast is de module ook een verbreding van het aanbod binnen de beeldende vaktherapie, waardoor de beeldende vaktherapie meer draagkracht krijgt.

3. Doelgroep, adresgroep, evaluatiegroep

3.1 doelgroep

De doelgroep zijn licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek in de leeftijd van 12 tot 20 jaar. Waarbij sprake is onvoldoende bewustzijn van de eigen gevoelens/emoties.

3.2 adresgroep

Belanghebbenden voor deze module zijn beeldend therapeuten die werken met licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. Daarnaast is deze module ook van belang voor 's Heeren Loo Kwadrant, Emaus. De module is ontwikkeld binnen deze instelling en voor hun doelgroep.

3.3 evaluatiegroep

Een gedeelte van de evaluatie zal vanuit mijzelf komen, ik zal de module uitvoeren en daar een evaluatie van geven. De rest van de evaluatiegroep bestaat uit verschillende vaktherapeuten die ervaring hebben met of de doelgroep, of de problematiek of welke beeldende therapie geven. De keuze voor deze groep is om niet alleen het zicht vanuit beeldende therapie te krijgen, maar ook vanuit andere vaktherapieën die kennis hebben van de doelgroep of problematiek. Op deze wijze ontstaat er een goede evaluatie rondom de theorie, methode en werkvormen.

3.4 veld van belanghebbenden

De belanghebbenden van deze module zijn in eerste instantie de cliënten die deelnemen aan de module, maar ook het multidisciplinair team en het systeem van de cliënt behoren tot de belanghebbenden. Daarnaast kan ook de organisatie zelf als belanghebbende gezien worden, zij willen de beste zorg voor hun cliënten die binnen de organisatie past.

3.5 presentatie

De module word op verschillende wijze gepresenteerd. Allereerst word de module ingebonden en gepresenteerd als zodanig aan school en de werkplek op 's Heeren Loo. Daarnaast word de module digitaal gemaakt in PDF en opgestuurd naar de therapeuten die hebben deelgenomen aan de evaluatie van de module en eventueel als papieren versie toegestuurd als hier vraag naar is.

4. planmatigheid van de uitvoering

4.1 concreet uit te voeren acties of inspanningen

Om de module te ontwikkelen zijn er verschillende acties die ondernomen moeten worden om tot een goed resultaat te komen. Deze acties zijn hieronder in chronologische volgorde benoemd.

Vooronderzoek en oriëntatie

Het vooronderzoek wat plaatsvindt voor de module bestaat onder andere uit het onderzoek welke ik vorig jaar heb uitgevoerd: 'ik voel niet, maar zit vol gevoel'. Daarnaast vindt er een verkenning plaats naar al bestaande modules rondom deze doelgroep en problematiek en vind er een kleine enquête plaats die word ingevuld door vaktherapeuten die te maken hebben met beeldende therapie of de doelgroep als behoefte onderzoek.

Module schrijven

Nadat het vooronderzoek en oriëntatie zijn afgerond wordt de module geschreven en adequaat onderbouwd met theorieën en literatuur.

Module laten evalueren door vaktherapeuten

Als de module is geschreven wordt deze naar verschillende vaktherapeuten toe gestuurd die kennis hebben van de doelgroep, de problematiek of beeldende therapie geven. Zij worden gevraagd om de module te evalueren via een evaluatieformulier.

Uitvoeren van de module

Als de module is geschreven zal ik beginnen met het uitvoeren van de module. Ik zal de module minimaal 1 keer uitvoeren om de verschillende fasen van de module te kunnen evalueren en ook om te zien welke resultaten de module behaalt. Het uitvoeren van deze module houdt ook in dat ik na elke fase een kleine evaluatie doe van die fase. Vanuit deze evaluaties zal de module wederom worden aangepast.

Module aanpassen met al het evaluatiemateriaal

Na de evaluatie door vaktherapeuten en de evaluatie na het uitvoeren zal de module opnieuw worden aangepast waarna hij weer uitgevoerd zou kunnen worden. Het opnieuw uitvoeren van de module is niet haalbaar binnen de tijd die er is voor het afstuderen, maar hij kan wel verder ontwikkeld worden buiten het afstuderen om.

Presentatie

Mijn module zal ik op twee wijzen presenteren. Allereerst de module op zichzelf door deze als een net boekwerk te laten inbinden. Om deze aan te bieden aan mijn adresgroep binnen 's Heeren Loo Kwadrant, regio Emaus. Daarnaast wil ik de module digitaal versturen naar alle vaktherapeuten die deel hebben uitgemaakt van het proces rondom de module.

4.2 inschatting tijd en studie uren

Om een duidelijk overzicht te krijgen van mijn werkzaamheden voor het ontwikkelen en uitvoeren van de module heb ik een schematisch plan opgesteld waarin datum, taak en tijd genoteerd staan.

Datum	Taak	Uren
December	Gesprek praktijklocatie	2 uur
Januari	Plan van aanpak	10 uur
Januari	Productomschrijving	2 uur
Januari	Vooronderzoek	10 uur
Januari	Opzet module	20 uur
Februari – mei	Stage binnen 's Heeren Loo	408 uur
Februari – mei	Procesverslag	10 uur
Mei	Evaluatie	Valt binnen de stage uren
Mei	Einddocumentatie	5 uur buiten stage
Mei	Presentatie	Valt binnen stage uren
Mei	Inleveren module en einddocumentatie	

Toelichting taken:

Gesprek praktijklocatie

Binnen dit gesprek worden de eerste afspraken gemaakt rondom het afstudeerproject.

- Hoe ziet de begeleiding eruit; Begeleiding door cognitief gedragstherapeut voor theoretische onderbouwing van de module rondom hechtingsproblematiek en de doelgroep. Begeleiding door psychomotorisch therapeut rondom het opzetten van de module en de uitvoering ervan.
- Hoeveel uren ben ik per week op de werkplek aanwezig; 24 uur
- Wat is globaal de inhoud van de module

Plan van aanpak

Het plan van aanpak wordt geschreven voor aanvang van de stage. In dit plan van aanpak staat hoe ik te werk zal gaan aan het praktijkproject en hoe ik mijn uren ga verantwoorden. Tijdens de stage zullen wellicht nog wijzigingen in het plan van aanpak plaatsvinden.

Productomschrijving

Dit is de eerste globale productomschrijving van de module. Tijdens de stage zal deze wellicht gewijzigd worden.

Vooronderzoek

Het vooronderzoek is gedeeltelijk gebaseerd op het onderzoek welke in het 3de jaar is uitgevoerd. Deze is toegevoegd als bijlage bij dit document. Verder bestaat het vooronderzoek uit een klein behoefte onderzoek, literatuur onderbouwing en een studie naar vergelijkbare producten op de markt.

Opzet module

Voordat de stage aanvangt wordt de module al geschreven. De module is een eerste opzet welke nagekeken wordt door de praktijkbegeleiders voor aanvang van de therapieën. Fase 1 moet voldoen voordat er begonnen kan worden aan de uitvoering, fase 2 en 3 mogen nog in verdere ontwikkeling zijn. Wijzigingen binnen de module vinden binnen de stage uren plaats.

Stage

Binnen de 's Heeren Loo Kwadrant loop ik 24 uur per week stage op maandag, dinsdag en donderdag. In totaal loop ik 17 weken stage binnen de instelling wat inhoudt dat ik 408 uur aanwezig ben. Voor de module zie ik 5 cliënten per week.

Binnen de 24 uur per week voer ik de volgende taken uit:

- face to face contact met cliënten
- voorbereiding therapie
- verwerking van therapie
- contact met multidisciplinair team
- tussentijdse evaluaties verwerken in de module
- contact met praktijkbegeleider
- Therapieruimte onderhouden

Procesverslag

Tijdens de uitvoering van het praktijkproject zal ik een procesverslag bijhouden waarin ik problemen en veranderingen binnen het praktijkproject bijhoud en gemaakte keuzes motiveer. Hierdoor ontstaat er een duidelijk overzicht van het proces van het gehele praktijkproject. Dit verslag houdt ik buiten de stage uren bij.

Evaluatie

De evaluatie zal binnen de stage uren vallen. Na elke fase van een module is een kleine evaluatie en ook aan het eind van de module is er een evaluatie. Daarnaast zijn er vaktherapeuten die de geschreven module evalueren. Deze informatie zal gebruikt worden om de module weer aan te passen en om verdere aanbevelingen te doen.

Einddocumentatie

De einddocumentatie wordt grotendeels binnen de stage uren geschreven, de laatste aanpassingen aan de einddocumentatie vallen buiten de stage uren.

Presentatie

De presentatie is eenvoudig op te zetten. De module wordt gepresenteerd op 's Heeren Loo tijdens een vakgroep vergadering en via de mail aan andere vaktherapeuten.

4.3 doelen waar beoordeling betrekking op kan hebben

- De module is na zorgvuldige evaluatie realistisch en uitvoerbaar
- De module is vernieuwend binnen de beeldende vaktherapie
- Ik heb als beginnend therapeut aan mijn professionalisering gewerkt door het ontwikkelen van de module
- Ik heb als beginnend therapeut een bijdrage geleverd aan vernieuwing binnen de beeldende vaktherapie

4.4 uitvoerbare evaluatieprocedure

De evaluatieprocedure van de module verloopt in meerdere fasen. Allereerst is er de evaluatieprocedure welke ik zelf uitvoer, deze procedure houdt in dat de module wordt uitgevoerd en wordt geëvalueerd na elke fase. Daarnaast wordt de module na het uitvoeren als geheel geëvalueerd. Behalve deze uitvoerende evaluatie wordt de module ook schriftelijk geëvalueerd door vaktherapeuten. Nadat de module is uitgewerkt wordt deze opgestuurd naar verschillende vaktherapeuten welke een evaluatieformulier invullen. Aan de hand van dit formulier worden er aanpassingen gemaakt binnen de module of worden deze evaluaties in de aanbevelingen aangegeven.

4.5 einddocument module

Het eindresultaat van de module zal bestaan uit de theoretische onderbouwing, methodische handleiding en de opdrachten volledig uitgewerkt. De module zal schriftelijk gedrukt worden zodat hij in de kast gezet kan worden om uitgevoerd te worden of verder te ontwikkelen.

Vooronderzoek

1. Vergelijkbare producten

Op dit moment zijn er geen exact vergelijkbare producten bekend. Er zijn ontzettend veel modules ontwikkeld binnen de vaktherapie, maar geen die specifiek gericht is op licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis die aan het verkennen van emoties werken binnen beeldende therapie. Wellicht is het juist omdat deze omschrijving en doelgroep zo specifiek is dat er nog geen bestaande module voor is ontworpen. Er bestaat een module die veel raakvlakken heeft in vergelijking met 'verken jezelf, herken gevoel' en dat is "na regen komt zonneschijn" door Moors en Leenders. Deze module is voor kinderen met een licht verstandelijke beperking die leren omgaan met de vier basis emoties. De module kan gebruikt worden voor beeldende, drama en muziek therapie. Het verschil zit hem met name in de leeftijdscategorie en dat jongeren met hechtingsproblematiek nog een stukje extra kwetsbaarheid hebben vanuit hun verstoorde hechting. Iemand begeleiden met een licht verstandelijke beperking vraagt extra vaardigheden en aandacht van een therapeut, als daar ook nog een hechtingsstoornis komt zal de begeleiding daarop aangepast moeten worden om een effectief te blijven. Een andere module die ook de focus legt op een stukje emotionele ontwikkeling is "beleef het!" (Bosman 2011), deze module is echter enkel gelijk aan 'verken jezelf, herken gevoel' op dat punt. Ook bestaat nog de module 'emoties herkennen en erkennen' die door Nijhuis en van der Sluis in 'onder de loep' word doorgenomen. Ook deze module is niet gelijk aan 'verken jezelf, herken gevoel', wederom is de doelgroep anders en ook draait het hier om (h)erkenning in plaats van verkenning. Verder bestaan er sociale vaardigheidstrainingen die door vele instellingen worden aangeboden aan verschillende doelgroep en ook emotievaardigheidstrainingen die word aangeboden door bijvoorbeeld de organisatie Scelta. De enige andere module die specifiek met deze doelgroep en problematiek werkt is de module binnen de PMT. Deze module werkt via de PMT met het kijken naar gevoelens. Het verschil tussen deze twee modules ligt met name in het medium wat gehanteerd wordt en de opstelling van de fases.

2. Literatuur

We spreken binnen deze module over de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsproblematiek. Ik zal deze begrippen kort toelichten. Bij een licht verstandelijke beperking is het verstandelijk functioneren duidelijk onder de leeftijdsgrens en zijn er tekortkomingen in de adaptatie. Er is een vertraagde cognitieve ontwikkeling. Hechtingsproblematiek ontstaat door een verstoring van de hechting. Als een kind geboren word gaat het een hechtingsrelatie aan met de moeder, en later ook met anderen (vader, broers/zussen etc.) Als binnen deze hechtingsperiode iets mis gaat, bijvoorbeeld het plotseling wegvallen van de ouder of door affectieve of pedagogische verwaarlozing dan kan er een hechtingsproblematiek ontstaan. Dit leidt met name tot een verstoring in de identiteitsontwikkeling.

Er is binnen de literatuur weinig informatie te vinden over licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis. Er zijn veelal boeken en artikelen geschreven over licht verstandelijk beperkte jongeren en hechtingsproblematiek apart. Wel is er een methodiek ontwikkeld die handvatten biedt aan begeleiders van personen met een hechtingsstoornis en een licht verstandelijke beperking. Dit is de A.R.G.O.S methodiek, Angst Relatie Gewetensontwikkeling Overlevingsgedrag en Stress. Deze methodiek is ontwikkeld door Heijstek & Koelewijn.

De relevantie voor dit product vanuit literatuur is in mijn ogen sterk. Verdult (2007) benoemd dat Fonagy (2002) de affectregulatie duidelijk in verband bracht met een veilige hechting. Mensen die geen veilige hechting hebben gekregen hebben moeite met het (h)erkennen van gevoelens, zowel bij zichzelf als anderen. Hierdoor is sociaal contact vaak moeizaam. Anika Molenaar (2007) schrijft in haar onderzoek dat therapeuten die jongeren met een hechtingsstoornis in therapie krijgen vooral doelen krijgen die te maken hebben met emotieregulatie. Veel mensen met een verstandelijke beperking ontwikkelen emotionele stoornissen, daarbij zien we ook vaak dat er sprake is van affectieve en/of pedagogische

verwaarlozing in hun voorgeschiedenis.⁶ We kunnen daaruit concluderen dat een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis vaak samen gaan.

Vanuit mijn onderzoek 'ik voel niet, maar zit vol met gevoel', (een onderzoek naar wat beeldende werkvormen nodig hebben als er gewerkt wordt met licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis en het thema emoties) heb ik gekeken naar wanneer beeldende therapie ingezet kan worden bij deze doelgroep, welke doelen behaald kunnen worden, welke interventies effectief zijn en welke werkwijze aansluit. Vanuit dit onderzoek is de aanbeveling ontstaan om een module te ontwikkelen voor deze doelgroep rondom dit thema. Deze aanbeveling is met name gedaan omdat deze doelgroep veel doelen rondom dit thema wel kan behalen, mits het proces goed gekaderd wordt. Gezien er nog geen soortgelijke module op de markt is voor beeldende therapie is het een toevoeging aan het vakgebied.

3. behoefte praktijk

Binnen mijn derdejaars stage ontstond er bij mijzelf de behoefte om een module of leidraad te hebben die ondersteunend werkt in het therapie proces met jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis binnen de residentiële instelling. Dit ontstond met name rondom het thema emoties en gevoel. De hulpvraag van een jongere was agressieregulatie, al snel bleek dat gevoelens niet bij zichzelf herkend werden en spanningen opliepen waardoor escalatie plaatsvond middels agressief gedrag. Er was geen module of specifieke aanpak voor beeldende therapie die mij op dat moment kon ondersteunen in de begeleiding van deze jongere. Naast mijn eigen behoefte ervaring heb ik nog een klein behoefte onderzoek gedaan middels een enquête bij zorginstellingen die werken met (licht) verstandelijk beperkten mensen met hechtingsstoornissen. Daaruit kwam voort dat verschillende thema's een rol spelen bij deze doelgroep; – emotieregulatie, – copingsvaardigheden vergroten, – communicatie, – zelfbeeld/zelfinzicht, – grenzen, – veiligheid en vertrouwen. En dat op het moment vooral de ARGOS (angst, relaties, gewetensontwikkeling, overlevingsgedrag en stress) methode wordt gehanteerd en de PMT module voor deze doelgroep. De ARGOS methodiek geeft handvatten aan begeleiders van licht verstandelijk beperkten met een hechtingsstoornis. Er worden geen specifieke beeldende module aangegeven voor deze doelgroep door geraadpleegde professionals. Volgens professionals moet de module voldoen aan de volgende eisen om functioneel te zijn voor de doelgroep; – Haalbare doelen, – Rustige opbouw, – Simpel, – Ervaringsgericht, – Overzichtelijk, – Koppelingen naar de praktijk, – Duidelijke structuur van de module en een goede theoretische onderbouwing. Alle professionals gaven aan dat ze de module graag te zien krijgen als hij ontwikkeld is en dat ze hem ook willen uitproberen. Dit benadrukt voor mij het belang van het ontwikkelen van deze module voor deze doelgroep. Een specifieke beeldende therapie module voor deze doelgroep rondom dit thema is, mijn inziens, een must.

6 Grootenboer, J & Huskens, B.E.B.M. & Teeuwisse, J.M. Blz. 12 – 23.

Procesbeschrijving

1. Proces voor aanvang van de module

In januari ben ik begonnen met het schrijven van de module en het vooronderzoek doen. Het vooronderzoek bestond voor een gedeelte uit het onderzoek die ik in het derde jaar al had gemaakt. Dit onderzoek ging over waar werkvormen aan moeten voldoen als er gewerkt wordt met licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. Vanuit deze ervaring was al gebleken dat er behoefte was aan meer voor deze doelgroep. Omdat ik vorig jaar al een onderzoek had gedaan heb ik besloten om het vooronderzoek kort te houden en het onderzoek toe te voegen aan de bijlage ter ondersteuning. In februari moest ik beginnen met de uitvoering van de module op mijn stage op 's Heeren Loo Kwadrant, regio Emaus. Ik merkte dat ik erg enthousiast was en dat ik vooral wilde dat de module een succes zou worden. Ondanks dat ik nog bezig was met het afronden van mijn minor vond ik tussendoor tijd om mijn module te schrijven. Ik had een informatie boekje gekregen van één van mijn begeleiders op stage en wist zo ongeveer de opzet die een module had. Daarnaast heb ik zoveel mogelijk literatuur gebruikt om de module goed te kunnen onderbouwen. Ik kwam zoveel literatuur tegen die wel relevant zou kunnen zijn dat ik niet meer goed wist wat ik wel en wat niet zou gebruiken in de module. Ik raakte op dat moment het overzicht ook een beetje kwijt. De behandelvisie was één A4 waarin alle literatuur wat rommelig op een hoopje was gegooid. Ik had geen duidelijk voorbeeld voor mijn neus hoe ik een behandelvisie moest schrijven dus ben ik op zoek gegaan naar andere praktijkprojecten. Ik heb twee praktijkprojecten gebruikt als voorbeeld. Het schrijven van de behandelvisie bleef lastig. Ik vond veel informatie belangrijk om erin te verwerken, ondanks dat niet alle literatuur direct toepasselijk was. Uiteindelijk besloot ik om alles erin te laten staan en de feedback van mijn begeleiders af te wachten. Hoe ik de rationale moest schrijven was in eerste instantie een mysterie voor mij. Ondanks de voorbeelden in boeken kwam ik niet tot een duidelijk rationale. Ik heb toen besloten deze nog even open te laten en aan de hand van feedback van mijn begeleiders de rationale vorm te geven.

De Werkwijze en interventies kiezen was eenvoudig. Ik had in mijn derde jaar een onderzoek gedaan naar waar beeldende werkvormen aan moeten voldoen als je werkt met de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren met hechtingsproblematiek. Daardoor had ik al een grote lijst met interventies die goed aansluiten op de doelgroep en ook de werkwijze kwam hier uit voort.

De verloop van de module schrijven ging vlot. Ik had in mijn hoofd al gekozen voor 3 fasen die samen zouden moeten leiden tot het behalen van het doel. Het herkennen van emoties. Ik besloot om fase 1 en 2 'los' te maken en ze in fase 3 bij elkaar te laten komen. Over de eerste opzet was ik tevreden. Het begon met verkennen, dan ging het over naar de emoties duidelijk in beeld krijgen en in de laatste fase zouden ze overgaan naar de herkenning van emoties. Om deze fasen goed tot uiting te laten komen waren de werkvormen belangrijk. Omdat ik al gewerkt had met de doelgroep kon ik de werkvormen daar op laten aansluiten. De werkvormen schrijven had ik zo gedaan, echter had ik wel het vermoeden dat ik teveel in één opdracht probeerde te stoppen. Dit zou kunnen leiden tot overvraging van de doelgroep omdat ik teveel informatie in één sessie stopte.

Al met al was ik erg tevreden over mijn eerste opzet en voor februari leverde ik de module in bij mijn begeleiders.

Op mijn eerste opzet kreeg ik, naar mijn gevoel, behoorlijk wat feedback. Er werd vooral benadrukt dat ik te lang schreef en dat het beter was om kort en krachtig te schrijven. Dat ik meer 'to the point' moest komen met de juiste onderbouwing. Daarnaast waren mijn werkvormen te uitgebreid en zou ik mijn cliënten ermee kunnen overvragen omdat er heel veel elementen in een opdracht zaten. Ik had in de opdracht een voorbespreking, warming-up, opdracht en nabespreking geformuleerd en de opdracht bestond vaak ook nog uit twee onderdelen die samengevoegd werden. Deze feedback kwam voor mij niet als een verrassing. Ik weet van mezelf dat ik snel langdradig schrijf en ik had zelf ook het idee dat mijn werkvormen te uitgebreid waren. Toch kon ik na het eerste gesprek voor mijn gevoel wel huilen, ik had er zo hard aan gewerkt in een hele korte tijd en het was heel frustrerend dat er zo weinig 'goed' bleek te zijn. Eén van mijn begeleiders had dit door en hij gaf aan dat het nu

even vervelend was maar dat ik verder moest kijken, naar het eindproduct. Het was voor mij erg fijn dat hij mij bleef ondersteunen en dat hij zich ook heel bewust was van het feit wat de feedback met mij deed. Hij benoemde ook dat ik niets fout had gedaan, maar dat ik een goede start had gemaakt die ik nu moest gaan verfijnen. De positieve benadering die mijn begeleider gebruikte gaf me weer motivatie om aanpassingen te gaan maken aan de module. Tot zo ver was mijn module voor mij een hele mix van ervaringen. Ik kreeg steeds meer door hoeveel werk er bij kwam kijken en begon daardoor soms te twijfelen of ik het wel af zou krijgen binnen de gestelde tijd. En als ik het af zou krijgen, zou hij dan wel van voldoende kwaliteit zijn. Gelukkig gaf het therapie geven mij een steun in de rug. Therapie geven hoort bij mij, zoals een vis in het water hoort. Het geeft mij een heel prettig en fijn gevoel om op die wijze bezig te zijn met andere mensen.

Het zoeken van cliënten voor de module was ook in deze fase aan de orde. Er was een mail opgesteld die één van mijn begeleiders op stuurde naar verschillende orthopedagogen die cliënten zo konden aanmelden voor de module. We hadden ons maximum gesteld op 8 cliënten, dit bleek achteraf te optimistisch. In eerste instantie had ik drie cliënten die de module zouden gaan draaien. Ik was op dat moment teleurgesteld, omdat ik had verwacht dat ik meer cliënten zou krijgen. Ik wilde ook graag meer dan drie cliënten, zodat ik de efficiëntie en effectiviteit van mijn module echt zou kunnen bewijzen. Op het laatste moment kreeg ik er nog twee cliënten bij. Ik twijfelde eerst of ik ze nog aan zou nemen omdat mijn module in totaal 12 sessies inhield en ik deze ook nog zou moeten evalueren voor de module. Ik zou voor de laatste twee cliënten nog maar twee weken overhouden om hun goed te evalueren voordat ik de module in zou moeten leveren. Na overlegt te hebben met mijn begeleiders op mijn stage en mijn consulente van school ben ik wel gestart met deze cliënten. Ik nam de cliënten aan met het idee dat ik dan twee groepen na elkaar kon draaien en eventuele aanpassingen in de module kon maken terwijl ik de module aan het draaien was.

De eerste keer dat ik mijn cliënten zag was tijdens de intake, die verliepen behoorlijk moeizaam. Ik had voor de intake de cliënten samen met hun mentor uitgenodigd. Dit deed ik zodat de mentor ook meteen wist wat de module precies in ging houden en zodat de cliënt een vertrouwenspersoon bij zich had. Daarnaast was het goed om mentor erbij te hebben als de cliënt de vragenlijst in ging vullen. Ik wist namelijk niet of deze te moeilijk zou zijn voor de cliënten en een mentor heeft zicht op de cliënt en de kennis over bepaalde onderwerpen van de cliënt. De eerste cliënt die voor een intake kwam was zonder mentor gekomen. Zijn mentor bleek niet aanwezig te zijn in verband met vakantie maar er was ook geen vervangende groepsleiding met de cliënt meegekomen. Ik heb samen met de cliënt de intake gedaan en ondanks dat mentor er niet was verliep de intake prima. De cliënt vulde de vragenlijst, voor zover ik kon inschatten, heel reëel in en ging ook goed aan de slag met het werkboek versieren. Na de intake heb ik contact opgenomen met de mentor van de cliënt om een afspraak te maken zodat we konden kijken hoe de vragenlijst in was gevuld door de cliënt. Deze afspraak kwam gelukkig wel goed van de grond, waardoor ik de vragenlijst en de intake nog door kon nemen met de mentor van de cliënt. Deze vond dat de vragenlijst reëel was ingevuld. Bij de andere cliënten ondervond ik geen of andere problemen. Een cliënt kwam samen met haar mentor, het was een leuke intake met veel interactie en ik kon duidelijk merken dat de aanwezigheid van de mentor haar veel veiligheid bood. Hierdoor kon ik ook eenvoudiger met haar in contact komen en betrok mentor mij bij ervaringen van de cliënt. Een andere cliënt kwam weer helemaal alleen en daar was het ook lastig bij om nog een afspraak te kunnen maken met de mentor, dit lukte pas nadat ik al 3 sessies met de cliënt had doorlopen. Dit frustreerde mij zeer. Voornamelijk omdat ik de informatie nodig had van mentor om de cliënt goed in te kunnen schatten met betrekking tot haar kennis over de vier basisemoties. Het uiteindelijke gesprek met de mentor was daarbij ook erg kort en niet veelzeggend. Bij mijn andere twee cliënten was een heel betrokken mentor, zij hadden ook beide dezelfde mentor. Deze mentor nam de tijd om mee te komen naar de intake en maakte een prettige samenwerking mogelijk. Hij was betrokken bij zijn cliënten en liet dit ook merken door veel deel te nemen in het gesprek en de cliënt te motiveren veel over zichzelf te vertellen. Ik heb na de intake naar de mentor benoemd hoe fijn het was dat hij aanwezig was bij de intake en dat hij zo betrokken was. Ik merkte tijdens de intake weer dat de aanwezigheid van de mentor een hele waardevolle toevoeging is aan de intake. Het geeft veel meer ruimte om de cliënt te observeren als de mentor aanwezig is, daarnaast heeft de mentor al een lijntje met

de cliënt waardoor deze eenvoudig een lijntje kon doorzetten naar de therapeut toe. Al met al vond ik de fase voor aanvang van mijn module heel zwaar. Ik kreeg voor mijn gevoel veel tegenslag wat mijn optimisme soms de kop in drukte. Daarbij was ik soms heel onzeker of ik het wel goed aanpakte en of ik niet meer op mijn strepen moest gaan staan als een mentor niet meekwam bij een intake gesprek. Vooral gezien ik merkte hoeveel toegevoegde waarde het had als de mentor wel aanwezig was bij het intake gesprek. Het was voor mijzelf heel interessant om te zien en vooral te voelen wat zulk soort tegenslagen met mij doen. Ik merkte bij mezelf dat ik na een tijdje echt boos kon worden op een mentor omdat er geen communicatie was. Ik probeerde dan via de mail en telefoon contact te leggen en kreeg veelal te horen dat een mentor op dit moment niet werkt, maar hij mailt of belt je terug. Waarop ik vervolgens nooit terug werd gemaild of gebeld. Dat sommige contacten zo slecht verliepen was voor mij erg frustrerend, vooral omdat het invloed had op de uitwerking van de module. Het is duidelijk dat de intake een belangrijke waarde heeft om de cliënt te leren kennen. En het is duidelijk dat de deelname van de mentor aan de intake nodig is om de cliënt te ondersteunen en de intake in te zetten als een succesvolle start van de module.

2. Proces fase 1

In de eerste fase van de module ben ik met 3 cliënten gestart. Deze had ik allemaal ontvangen voor een intake gesprek en in de eerste sessie ben ik een opdracht gaan doen met vingerverf. De eerste cliënt die ik zag vond het geen fijne opdracht, hij gaf aan niet van creatieve dingen te houden en wilde graag schone handen houden. Hij gaf aan het heel vies te vinden als de verf onder zijn nagels kwam. Hij verfde met één vinger en vond de opdracht erg lang duren, waarop ik benoemde dat het bij mij sneller ging omdat ik met mijn hele hand verfde. Hij leek het te spannend te vinden en kon niet zo goed met zijn hele hand verven, hij bleef het met zijn vinger doen. Ik probeerde er een spelletje van te maken door te zeggen: 'zullen we eens kijken of we het hele blad helemaal gekleurd kunnen krijgen?' Hij gaf eraan toe en begon zijn blad in te kleuren, ik werkte expres langzamer zodat hij steeds iets op mij voorlag. Toen hij halverwege was hield hij op, hij wilde graag zijn handen wassen. Dit heb ik toen meteen toegestaan en de opdracht ook met hem afgerond. De opdracht had wel impact gehad op de cliënt, maar het voelde alsof ik een overvraging had gedaan. De spanning was wellicht te groot geweest waardoor onveiligheid tot stand kwam en de cliënt probeerde weer regie te krijgen door zijn handen te gaan wassen. Om terug te gaan naar de veiligheid heb ik dit toen ook toegestaan en ben ik verder met hem in gesprek gegaan. Ik benoemde dat het misschien heel spannend voor hem was en dat het voor hem ook vervelend kon zijn geweest omdat hij graag schoon wilde blijven. Zelf zei hij dat hij gewoon niet van creatieve dingen houdt en dat hij liever wilde praten over dingen. Ik legde hem toen nogmaals uit wat we in de module doen en dat we deze opdrachten doen om beter te gaan leren voelen. Hij wilde de volgende keer dan toch wel weer zoiets proberen. Ik bedacht me na deze eerste therapie dat ik de opdracht wellicht te moeilijk had gemaakt, maar wilde ook graag zien of het bij mijn andere twee cliënten dezelfde uitwerking zou hebben als bij de eerste. Dit bleek namelijk totaal niet het geval te wezen. De tweede cliënt die bij mij kwam vond de opdracht erg leuk en smeerde haar hele handen onder de verf. Ze deed mij na, reageerde op mij en zocht ook non-verbaal veel interactie met mij (door bijvoorbeeld onze handen tegen elkaar te wrijven om zo de verf te mengen). Voor haar leek deze opdracht totaal geen overvraging te zijn. Ze kon benoemen wat ze fijn en niet fijn vond aan het materiaal en wat ze voelde met haar vingers. De derde cliënt leek meer op de eerste cliënt en benoemde ook dat ze graag schoon wilde blijven en dat ze vies werd van haar vingers in de verf stoppen. Ze ging wel eenvoudiger met meerdere vingers schilderen dan cliënt één deed. In de eerste opdracht viel mij dus al op dat de opdracht wellicht te veel vroeg van sommige cliënten en dat het beter zou zijn om deze toch nog laagdrempeliger te maken. Om deze beslissingen definitief te maken besloot ik om eerst heel fase 1, bestaande uit vier opdrachten, te draaien en dan een kleine tussen evaluatie te houden waaruit ik wat aanbevelingen voor mezelf kon formuleren en die toe kon passen in de module. Ik had van mijn begeleiders, zoals gezegd in paragraaf 1, al feedback gehad over mijn opdrachten en de mate van uitgebreidheid. Dit had ik aangepast, maar toch twijfelde ik of ik ze niet verder in zou moeten korten.

De tweede werkvorm bestond uit een opdracht met klei. Deze verliep bij alle drie de cliënten goed. Ze vonden het materiaal leuk om mee te werken en ze vonden het prettig dat ze er minder vies van werden. De klei werkvorm had veel te maken met differentiëren. Het verschil voelen tussen de klei soorten en daarbij ook kijken wat de cliënten zelf fijn vonden. Dit konden de cliënten goed benoemen en daarbij was het voor mij erg interessant om te zien wat ze van de klei maakten terwijl ze bezig waren. De andere werkvormen bestonden uit een opdracht met vilt en een opdracht met krijt. De werkvorm met vilt bleek al snel ongeschikt te zijn bij alle drie de cliënten. De techniek die bij het vilten hoort werd moeizaam opgepakt door de cliënten waardoor het vilten niet goed verliep en de cliënten geen 'mooie' resultaten boekten wat hen ontmoedigde in de therapie. Ze waren in de werkvorm zo druk bezig met het 'goed' vilten dat ze niet meer bezig waren met het voelen. De werkvorm met krijt verliep wederom verschillend. Sommige cliënten vonden het leuk om met verschillende soorten krijt te werken en eraan te voelen, ruiken en ermee te tekenen. De andere kon er niet mee uit de voeten omdat het zich teveel leende voor realistisch werken waardoor faalangst de overhand kreeg en er niets op het papier kwam. De werkvormen in de eerste fase hadden mij heel vanzelfsprekend geleken, maar in de uitvoering kwam ik tot de ontdekking dat sommige materialen niet geschikt waren om te gebruiken binnen deze module. Het feit dat ik met twee cliënten later begon gaf mij de mogelijkheid om andere materialen uit te proberen binnen de

eerste fase die meer succes opleverden. Zo heb ik het vilten vervangen door gips gieten en spelen met gipsverband. Het effect van deze werkvorm was leuk om te zien. Het had een totaal ander effect als het vilten. De cliënten gingen vooral bij het gips gieten heel goed voelen. Wat is het verschil tussen gips als het droog is en als het nat is? En welke vind ik lekker voelen. Ook het gips gieten in mallen gaf een succeservaring, omdat deze er altijd mooi uitkwamen. De werkvorm met krijt heb ik vervangen voor een werkvorm met ecoline en water. Ook deze werkvorm gaf betere resultaten. Omdat het zich niet leende om er realistisch mee te werken en er ook veel water bij kwam kijken, waar lekker mee gespeeld kon worden, kwamen er leuke en mooie resultaten uit de opdracht naar voren. Ik heb geëxperimenteerd met warm en koud water, waardoor het voelen ook met ecoline meer op de voorgrond kwam te staan. Het echte voelen vond ik wel moeilijk om te integreren met ecoline, waarbij ik later tot de conclusie kwam dat het ook leuk was geweest om verschillende soorten papier uit te proberen met het werken met ecoline. Papier met structureren bijvoorbeeld, waardoor het voelen van materiaal weer meer op de voorgrond komt te staan. De eerste fase van de module leende zich heel goed als observatie fase. Ik leerde de cliënten kennen en merkte ook dat er ruimte ontstond voor een werkrelatie door middel van het naast elkaar werken wat ik binnen deze hele fase heb gehanteerd. Ik heb heel bewust gekozen voor naast elkaar werken, omdat er in de eerste fase nog een werkrelatie opgebouwd moest worden. Het was mooi om te zien dat naast elkaar werken soms overging in het samenwerken. Zoals bij het eerder genoemde voorbeeld met de verf. Waarbij de cliënt en ik onze handen over elkaar wreven om de verf met elkaar te mengen. De belangrijkste ontdekking die ik heb gedaan in de eerste fase is vooral het belang van het juiste materiaal hanteren binnen therapie. Het materiaal kan de cliënt met zich meekrijgen of juist tegen gaan werken en door die materialen te kiezen die de cliënt meekrijgt ontstaat er ruimte voor groei binnen therapie. Aan de hand van de evaluatie van fase één heb ik verschillende opdrachten aangepast in materiaal en ook ingekort, zodat deze niet teveel informatie in één keer bevatten die de cliënten niet zouden kunnen verwerken.

3. Proces fase 2

Fase 2 was een heel andere fase als fase één. Hier draaide het eigenlijk niet meer om het voelen, maar vooral om kennis over de vier basis emoties. In deze fase wilde ik met behulp van vragen de cliënt meer kennis geven over de verschillende basisemoties. Vragen die gesteld werden waren onder andere: 'Wat zie je aan mensen die blij/boos/bedroefd/bang zijn?' en 'Wat zie jij bij jezelf als jij blij/boos/bedroefd/bang bent?' Elke sessie was er een andere emotie aan de beurt. De volgorde van de emoties heb ik heel bewust ingezet. Te beginnen met blij omdat dit een laagdrempelige emotie is. Daarna boos omdat veel cliënten deze emotie wel herkennen bij zichzelf en als laatste verdriet en bang. Verdriet en bang zijn emoties die vaak wat zwaarder wegen en worden daarom als laatst behandeld. Met het zwaarder wegen doel ik op het feit dat deze doelgroep een onveilige hechting heeft gehad waaruit veel angst en verdriet ontstaat. Naast de opdracht met de vragen was er een werkvorm. Deze bestond uit het schilderen van een masker die de emotie uitdrukte die in de sessie werd behandeld.

De eerste sessie uit fase 2 deed ik met een cliënt die goed kon praten over zichzelf en kon aangeven wat hij bij zichzelf kon zien als hij blij was. Op het white-board schreef ik dan mee wat je kon zien aan mensen die blij zijn en wat de cliënt bij zichzelf kon zien als hij blij was. Het eerste stuk van de opdracht verliep heel goed. Het masker maken ging echter totaal niet, omdat deze cliënt faalangst had en geen enkele penseelstreek op het masker wilde zetten. De volgende cliënten ervoeren juist veel moeite met het eerste deel van de opdracht, ze konden zich niet voorstellen hoe iemand eruit ziet of doet als hij blij is. En hoe dat bij henzelf was dat konden ze al helemaal niet zeggen. Het masker schilderen ging bij hen wel na de uitleg van de emotie, maar ze kregen het masker nooit in één sessie af.

De tweede sessie heb ik gelijk plaatjes ingezet om cliënte te ondersteunen in de vragen die gesteld werden. Ik had verschillende plaatjes van de vier basisemoties en vroeg hen dan de emotie van de sessie uit te kiezen. Zo kon ik gelijk zien of zij de emotie bij anderen kunnen herkennen. Alle cliënten reageerden goed op deze manier van werken. Het ging hun dankzij de plaatjes beter af om te zeggen wat je kunt zien bij andere mensen. Echter lukte het de meeste nog niet om dan te vertellen hoe dit bij henzelf eruit zag. Ik heb geprobeerd om met een spiegel te werken, maar ook dit had geen gunstig effect. De cliënten konden de emotie niet goed uitbeelden in de spiegel, ze vonden dit gek of wisten echt niet hoe ze dat dan moesten doen. De werkvorm van het masker heb ik aangepast op het maken van één masker in de vier sessies lang. Over het eerste deel van de opdracht was ik redelijk tevreden. De plaatjes hielpen de cliënten goed om de vragen te beantwoorden, alleen het vragen naar de herkenning bij zichzelf was een brug te ver. Ook de beeldende werkvorm was niet passend. Ik wist op het moment enkel nog niet wat ik zou willen veranderen aan die beeldende werkvorm en heb toen gewacht op evaluaties van therapeuten om te kijken wat deze van de gekozen opdrachten vonden.

Wat binnen fase 2 het meeste opviel was dat ik aan het overvragen was. En dat terwijl ik in deze module juist overvraging wilde voorkomen. De opdrachten maakte ik te lang en te moeilijk, waardoor ik teveel van de cliënt vroeg. Ze werden er meer onzeker als zeker van en dat was averechts van wat ik wilde bereiken. Het was net alsof ik een stap in het proces aan het overslaan was. Ik ging van exploreren in fase 1 naar plotseling herkenning in fase 2. Deze stap was uiteraard niet mogelijk, maar in mijn enthousiasme had ik tijdens het schrijven van de module het idee dat ze dit wel zouden kunnen. Het werd gelukkig al meteen duidelijk in de tweede fase dat dit teveel gevraagd was, waardoor ik tijdens de fase sturing kon geven aan de werkvormen en er iets meer uit heb kunnen halen. Uiteindelijk besloot ik om de beeldende werkvorm meer aan te laten sluiten op de emoties door een eenvoudige materiaal te kiezen waarin ze nog wel bezig konden zijn met de emotie. De werkvorm bestond uit het tekenen van de emotie met krijt en het daarna tekenen van een situatie of object waar ze die emotie bij voelen. Bijvoorbeeld: De emotie is boos, iets waar de cliënt boos van word is als zijn mentor niet met hem wil voetballen. Eerst tekenen ze boos en daarna een voetbal. De eerste opdracht met de plaatjes heb ik hetzelfde gehouden, omdat ik deze goed vond werken. De plaatjes gaven de cliënten echt een houvast om de vragen te kunnen beantwoorden en het gaf mij een goed inzicht in hun uiterlijke herkenning van de emoties.

4. Proces fase 3

De laatste fase uit de module was voor mij het moeilijkst. Toen ik de module had geschreven was ik nog niet zeker van de werkvormen in deze laatste fase. Ik wist niet goed hoe ik de herkenning wilde bereiken in de module. In de laatste fase ben ik doorgegaan op de lichamelijke gewaarwording en de zintuiglijke beleving. Ik deed dit in eerste instantie door met nieuwe materialen aan de gang te gaan en ook door materialen met elkaar te combineren. Met één cliënt ben ik weer gaan vingerverven, en zij genoot hier zoveel van dat ik haar op die weg nam om zo dichterbij haar gevoel te komen. Ik vroeg in de opdracht aan haar om alles wat ze voelde hardop te benoemen, ik deed hetzelfde. Zij vond het gek om tijdens de opdrachten hardop te benoemen wat zij voelde. In het begin luisterde ze vooral naar wat ik benoemde, en langzamerhand kon zij af en toe aangeven wat ze voelde. Ze kon aangeven dat de verf koud was en dat ze dit niet zo heel fijn vond. Ook gaf ze aan dat ze het smeren lekker vond, omdat het glad onder haar vingers voelde. Bij een andere cliënt heb ik het over een andere boeg gegooid omdat hij totaal niet met beeldend werken om kon gaan vanwege zijn faalangst. Met hem ben ik met water en wat andere materialen gaan werken. Hij kreeg van mij elke keer een potje water en daar mocht hij lijm, ecoline, acryl verf of glitter in doen. Daarna mocht hij in het potje voelen en zeggen of hij een nee- of ja-gevoel kreeg. Een nee-gevoel is wanneer er iets gebeurd, of je iets voelt van binnen wat niet fijn voelt. Een ja-gevoel is wanneer er iets gebeurd, of je iets voelt van binnen wat wel fijn voelt. De cliënt hoefde niet uit te leggen waar hij iets voelde en wat hij precies voelde, het ging alleen om het basaal aangeven of iets fijn of niet fijn voelde. Dit bleek wel heel goed te werken bij deze cliënt. Hij kon meteen aangeven of het een ja- of nee-gevoel was en hij kon de tweede keer ook aangeven wat hij niet fijn voelde. Hij vond de lijm prettig voelen, omdat het glad en snotterig was. De glitters vond hij niet fijn voelen omdat deze hard en korrelig op zijn huid voelden. Deze opdracht heb ik ook bij een andere cliënt geprobeerd. Ook zij kon goed aangeven of ze een ja- of nee-gevoel kreeg en ook wat ze dan voelde. Ook bij de andere cliënten was dit een leuke succesvolle werkvorm. Ondanks dat deze werkvormen wel nut hadden omtrent het voelen, zorgden ze niet voor de herkenning. Gezien dit het doel is van de module was het belangrijk om de werkvormen zo in te zetten dat dit doel behaald kon worden. Om herkenning te bereiken besloot ik om opnieuw de materialen uit de werkvorm in fase 1 te gebruiken. Deze materialen waren namelijk al eens gevoelt, maar in de eerste fase was het nog niet belangrijk wat ze voelden. In de eerste fase was het belangrijk dat ze voelde, en dat ze konden aangeven of het goed of slecht voelde. In de laatste fase ging het om de herkenning van wat goed of slecht voelde. Een eerste stap in het leren herkennen van hun gevoel. Deze fase heb ik na afronding van de module opnieuw opgesteld waardoor ik hem niet meer uit heb kunnen proberen met cliënten. Of hij in de huidige vorm goed aansluit zal dus nog bewezen moeten worden.

5. Proces evaluatie uitvoering module

De gehele uitvoering van de module is voor mij vaak chaotisch verlopen. Het begon al bij de intake gesprekken, waarbij niet alle mentoren aanwezig waren. Daarnaast bleken veel opdrachten tijdens de module niet effectief te werken en kreeg ik veel feedback van mijn begeleiders op de geschreven stukken. Ook kwamen veel cliënten vaak niet opdagen voor therapie, waardoor de tijd die er voor de uitvoering van de module was in het nauw kwam. Ik vond het vervelend om elke keer naar dezelfde groepen te moeten bellen dat ik cliënten in therapie had verwacht en dat ze er nog niet waren. Of dat groepen de afspraak niet in de agenda hadden gezet terwijl ik ze vaak eerder die week nog aan de telefoon had gehad. Uiteindelijk heb ik de module voor sommige cliënten ook in moeten korten en kon hij nooit meer effectief worden omdat er geen ritme meer in de therapie zat. Een cliënt kwam soms 2 keer achter elkaar niet en dan was er iets gebeurd waardoor er in therapie ook maar moeizaam genoeg basisveiligheid ontstond voor de cliënt om in therapie verder te werken. Uiteindelijk heb ik met drie cliënten de hele module kunnen doorlopen en met de andere twee heb ik halverwege fase 2 moeten afronden. Het meest vervelende wat mij in de module is overkomen is dat 1 cliënt nauwelijks is geweest en nu de therapie is afgerond brengt zijn groepsleider hem op de dinsdag stipt op tijd naar therapie, terwijl hij dus geen therapie meer heeft. Al met al heeft de module echt meer tijd gekost dan ik had verwacht. Vooral de fases evalueren en de module aanpassen heeft veel tijd en werk gekost. Na elke fase hield ik een korte evaluatie. Dit om te bekijken of de werkvormen functioneel waren en of de werkwijze en methodieken aansloten en resultaten leverden. Na elke evaluatie keek ik terug naar de fase en heb ik weer stukken aangepast in de module. In fase 1 had dit vooral betrekking op de werkvormen veranderen. In fase 2 heb ik de opdracht aangepast met plaatjes en de werkvorm wat meer aansluitend gemaakt. In fase 3 heb ik eigenlijk alles omgegooid en is het nu een koppeling geworden tussen fase 1 en 2 die kan leiden tot het bevorderen van de herkenning. Ook evaluaties van therapeuten kwamen af en toe binnen druppelen, welke ik ook heb verwerkt in de fases in de module. Het verwerken van de evaluaties was soms vermoeiend, en soms waren het hele kleine aanpassingen. De evaluaties van de vaktherapeuten zijn allen toegevoegd als bijlage, al het commentaar in de evaluaties is verwerkt in de module of staat tussen de aanbevelingen genoteerd. De meest prominente aanvulling aan de module dankzij een evaluatie is de onderbouwing van de module met de EBL. Verder waren het vooral kleine aanpassingen in zinnen, verwoording en een extra interventie. De volgorde van de verschillende fases werd ook veel benoemd. De meeste therapeuten gaven aan dat ik fase 2 en 1 moest omdraaien met elkaar, maar de therapeute die zelf vanuit de EBL werkt gaf aan juist fase 1 heel goed te vinden als eerste start. Persoonlijk heb ik fase 1 als heel prettig ervaren en heb ik er veel uit kunnen halen. Het commentaar van sommige therapeuten was dat je met exploreren van beeldend materiaal geen werkrelatie op kunt bouwen met een cliënt. Hier ben ik het niet mee eens, omdat ik juist heb ervaren hoe makkelijk het was om door middel van het exploreren met beeldende materialen een werkrelatie op te bouwen. De interactie die plaatsvond tijdens het werken met de beeldende materialen was mooi en goed. Met deze rede heb ik de fases ook niet omgewisseld. Uiteraard zou het goed zijn om de fases een keer om te draaien en de module dan uit te proberen, om te kijken welke resultaten dat bereikt. Dit word verder uitgewerkt in de aanbevelingen.

Het doornemen en verwerken van alle evaluaties, ook die van mijn praktijkbegeleiders, was zwaar werk en het werd steeds vermoeiender om alles bij te houden. Het bijhouden van de module zelf, de werkboeken van de cliënten, de documentatie over de cliënten en het contact met mentoren en orthopedagogen. Ik ben blij dat ik de module nu heb af kunnen ronden met al mijn cliënten, en dat ik sommige cliënten ook heb kunnen overdragen naar andere therapeuten om met hen verder te werken aan hun hulpvraag. De module zal nog vaker gedraaid moeten worden om de gewenste effectiviteit te behalen, maar de eerste opzet is mijn inziens geslaagd. Dit met name door de evaluaties van de andere therapeuten.

6. Proces evaluatie vaktherapeuten

De module laten evalueren door verschillende vaktherapeuten heb ik als erg moeizaam ervaren. Ik ben al vroeg begonnen met het contact zoeken met verschillende vaktherapeuten, met het verzoek om mijn module te evalueren. In eerste instantie kreeg ik veel reacties en waren er genoeg therapeuten die de tijd wilde nemen om de module voor mij te evalueren. Echter bleek al snel dat de deadlines die ik had gesteld niet werden nageleefd door de meeste therapeuten. Dat sommige zelfs vergeten waren dat ze beloofd hadden om de module te evalueren en dat sommige dan ook afhaakten omdat ze geen tijd of zin meer hadden om het nog binnen een gestelde tijd te doen. Het was voor mij erg vervelend om elke keer herinneringsmails te sturen naar de therapeuten die niets van zich lieten horen, daarbij voelde ik erg veel druk omdat er minimaal acht evaluaties moeten zijn voor het praktijkproject door relevante therapeuten. Halverwege mei had ik pas drie evaluaties geretourneerd gekregen. Toen heb ik besloten om Gemmy te mailen met het probleem en of het heel erg is als er minder evaluaties zijn als dit met een gegronde rede was. Gemmy gaf bij mij aan dat ik minimaal vijf evaluaties moest hebben met een goede onderbouwing waarom ik er geen acht had. Het bleek een bekend probleem te zijn waar meerdere studenten last van hadden. Het meest vervelende aan de hele situatie was dat ik afhankelijk was van deze therapeuten die ik niet ken. Ik had geen controle over de situatie en dat maakte het lastig. Ik vind het fijn om de controle te hebben als het op zaken aankomt zoals toetsen die op tijd ingeleverd moeten worden. Het feit dat ik zou kunnen zakken, omdat anderen zich niet aan hun afspraak houden frustreerde mij. Ik heb therapeuten gevraagd deel te nemen, ik heb ze herinneringsmails gestuurd en de deadline benadrukt en ook het belang van de evaluaties. Met moeite heb ik in totaal 7 evaluaties terug gekregen, waarvan één evaluatie slechts uit twee zinnen bestaat. Deze therapeute had op het, in mijn ogen, laatste moment pas gekeken naar de vragenlijst en besloot toen dat deze te lang was om in te vullen en heeft daarom maar in twee zinnen wat feedback gegeven. Ik was op dat moment best boos, omdat ik niet begreep waarom ze niet gewoon eerder naar de vragenlijst had gekeken. Als ze aan het begin had aangegeven dat het waarschijnlijk te lang was dan was ik nog door gegaan met zoeken naar andere therapeuten. Dat had ik sowieso moeten doen, om er zeker van te zijn dat ik er uiteindelijk acht evaluaties zou krijgen. Ik heb via linkedin een bericht geplaatst over mijn module en dat ik daar evaluaties voor nodig had, ik kreeg toen genoeg reacties om acht evaluaties uit te halen en te gebruiken voor mijn module. Ik had op dat moment niet voorzien dat er zoveel therapeuten niets meer van zich zouden laten horen of dat ze de vragenlijst te lang zouden vinden. Het is een goede les om mee te nemen voor mezelf, dat ik beter meer mensen om advies of evaluaties kan vragen zodat ik er altijd een gewichtig aantal overhoud. Daarbij zou het wellicht slim zijn om twee evaluatieformulieren mee te sturen, een korte en lange versie. Zodat de therapeuten zelf de keus hebben om een korte of lange evaluatie te geven, maar dat ze geen 'excuus' hebben om de evaluatie niet in te vullen. De eerste evaluaties heb ik kunnen verwerken in de module, voor zover ik die toepasselijk vond. Daarbij heb ik ook mooie aanbevelingen kunnen schrijven vanuit de eerste paar evaluaties. De laatste twee kwamen zo laat dat ik hier niets meer mee kon in de module zelf, wel heb ik deze nog gebruikt in het schrijven van de aanbevelingen. Wat op viel is dat de evaluaties ver uiteen lagen. Veel therapeuten vonden mijne eerste fase te confronterend, die gaven aan juist met fase 2 te beginnen. Laagdrempelig over emoties praten. Een andere therapeut, die werkt vanuit de EBL, vond de indeling juist goed. In fase twee miste ze wel het beeldende stuk een beetje en vond ze het wat trainingsgericht, maar de eerste fase vond ze heel erg goed aansluiten. En ook het samenbrengen van fase 1 en 2 vond ze goed bedacht. Het was heel prettig om met haar in gesprek te gaan over de EBL welke voor de juiste onderbouwing kon zorgen binnen mijn module. Zelf had ik niet zo stil gestaan bij de EBL, totdat ik deze therapeute erover sprak. Deze therapeute gaf mij wat websites om naar te kijken, een onderzoek om te lezen en gaf aan op welke bladzijdes in het handboek beeldende therapie moest kijken. Dit heb ik ook verwerkt in de module. Andere aanpassingen waren vooral kleine aanpassing, zoals hoe ik bepaalde stukken verwoord. Alle evaluaties van de therapeuten zijn te vinden in de bijlage. De opmerkingen zijn of verwerkt in de module, of staan onder de aanbevelingen genoteerd om nog verder me aan de slag te gaan.

7. Samenvatting proces

Terugkijkend op het gehele proces heb ik het schrijven en uitvoeren van een module flink onderschat. Er kwam veel meer bij kijken dan ik in eerste instantie had gedacht. Ik kwam tot de ontdekking dat het succes van de module niet alleen afhangt van de werkvormen die gegeven worden en mijn houding als therapeut, maar dat het ook ligt aan de basisveiligheid die de cliënt ervaart binnen zijn systeem en in hoeverre het systeem meewerkt in het proces. Daarnaast bleek al snel dat de 12 sessies wel aansluiten op de huidige markt, maar minder aansluiten op de doelgroep. Je kunt binnen een module niet goed afwijken van de geplande sessie, omdat het dan moeilijk is om binnen die korte tijd weer op het goede spoor te komen. Toch moet er soms wel afgeweken worden omdat er iets is gebeurd in het leven van de cliënt waardoor de cliënt geen 'ruimte' heeft om in therapie aan de slag te gaan met het vast staande thema. Daarbij waren sommige sessies te uitgebreid, of inadequaat ingevuld waardoor er geen groei ontstond bij de cliënt. Aan het eind van dit proces was ik in eerste instantie meer teleurgesteld in mezelf als trots. Ik had gedacht dat ik een module zou schrijven die effectief en efficiënt bleek te zijn. Een module die ik op de plank kon zetten en trots op kon zijn. Nu heb ik een module geschreven waar nog veel aanbevelingen bijgeschreven zijn en welke meermaals is aangepast rondom elk aspect van de module. Ik kan niet anders zeggen dan dat ik het erg vermoeiend vond. Toch zie ik ook in dat het me veel heeft opgeleverd. Dit was mijn eerste poging tot het schrijven van een module en ik ben mij nu bewust van de hoeveelheid werk die hierin gaat zitten en wat er allemaal bij komt kijken. Daarbij heb ik gemerkt dat veel therapeuten mij hebben aangemoedigd om verder te gaan met deze module, ondanks dat er nog veel aan gedaan moet worden, want het sluit wel aan op de markt. De module is niet perfect, en er zijn nog voldoende aanbevelingen die de nodige aandacht vereisen. Toch is de module een toevoeging aan het vakgebied en hoop ik dat ik hem verder aan kan passen en wederom kan uitvoeren zodat er een goed onderbouwde, efficiënte en bovenal effectieve module ontstaat.

Evaluatie

1. Evaluatiegroep

De evaluatiegroep van vaktherapeuten bestaat uit:

Naam:	Rede van evaluatie:
1. Marielle Swinkels	vaktherapeut beeldend
2. Beatrix Verhofstad	vaktherapeut beeldend
3. Gaby van Dongen	vaktherapeut beeldend, lvg en problematiek
4. Marion Huijbregts	vaktherapeut beeldend, lvg
5. Annelies te Riele	lvg en problematiek
6. Anniek Thoomes-Vreugdenhil	problematiek
7. Marloes Wentink	vaktherapeut beeldend, lvg
8. Marcel Bors	vaktherapeut beeldend, lvg
9. Anjet van der Wijk	vaktherapeut beeldend, lvg en problematiek
10. Petra Wilmsen	vaktherapeut beeldend, vg
11. Karin de Kaste	vaktherapeut beeldend

De evaluaties van de vaktherapeuten zijn te vinden in de bijlage: Evaluatieformulieren vaktherapeuten. De volgende therapeuten hebben hun evaluatie geretourneerd naar mij:

1. Marion Huijbregts
2. Karin de Kaste
3. Petra Wilmsen
4. Gaby van Dongen
5. Beatrix Verhofstad
6. Marloes Wentink
7. Anjet van der Wijk
8. Anniek Thoomes-Vreugdenhil

De overige therapeuten hebben de evaluaties niet geretourneerd.

Persoonlijk zal ik de module ook evalueren door deze eenmalig uit te voeren, te evalueren en aanpassingen en aanbevelingen te doen.

2. Evaluatieprocedure

De evaluatieprocedure verloopt op twee verschillende wijzen;

1. De evaluatieprocedure door de vaktherapeuten

De module wordt geschreven, daarbij wordt een evaluatieformulier opgesteld. De module en het evaluatieformulier worden opgestuurd via de mail naar de verschillende vaktherapeuten. De evaluaties die terug komen worden gebruikt om aanpassingen te maken in de module of aanbevelingen te doen.

2. De evaluatieprocedure door mij persoonlijk;

Als de module is geschreven wordt hij uitgevoerd. De module bestaat uit 3 fasen waarbij na elke fase een kleine evaluatie plaatsvindt. Als de module als geheel is afgerond wordt er ook een evaluatie gehouden en vinden er verdere aanpassingen plaats of aanbevelingen.

3. Resultaat evaluatie

De verschillende evaluaties hebben tot uiteenlopende aanpassingen geleid binnen de module. Er zijn zowel kleine, als grote veranderingen aangebracht. De kleine veranderingen hebben vooral betrekking gehad op het taalgebruik in de module, aanpassingen in de werkvormen en toevoegingen aan interventies. Ook brachten de verschillende evaluaties vragen met zich mee. Vragen zoals: 'Voor welke subgroepen is deze module nog meer mogelijk?', 'Zouden de fases in een andere volgorde moeten staan?' en 'Is fase 2 nog wel beeldend genoeg?'. Deze vragen zijn zeer waardevol, sommige heb ik al kunnen beantwoorden en andere vragen hebben geleid tot mooie aanbevelingen die de verdere ontwikkeling van deze module tot stand brengen.

4. eigen evaluatie

Mijn concrete evaluatieformulieren zijn te vinden in de bijlage. Uit de verschillende evaluaties die ik tijdens het uitvoeren van de module heb geschreven zijn aanpassingen binnen de module voortgekomen. Binnen fase 1 waren dit aanpassingen in de werkvormen, in fase 2 de opdracht met plaatjes en de beeldende werkvorm passend maken en in fase 3 een duidelijk koppeling tussen fase 1 en 2 bewerkstelligen. Hoe ik tot deze veranderingen ben gekomen staat beschreven in mijn procesbeschrijving.

Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen komen voort uit evaluaties van verschillende vaktherapeuten die ervaring hebben met de doelgroep, problematiek, beeldende therapie of een combinatie hiervan.

- **Wisseling van fases**

Fase 1 heeft betrekking op het werken met beeldende materialen, fase 2 heeft betrekking op het verwerven van kennis rondom de vier basisemoties. Uit de evaluaties is gebleken dat het omdraaien van deze fases wellicht ondersteunend kan zijn voor het proces. De aanbeveling is dan ook om de module nogmaals te draaien, maar dan in de eerste fase de emoties te behandelen en pas in fase 2 beeldend aan de slag te gaan.

- **Supportief of directief werken**

In de werkwijze is geen duidelijk statement gemaakt over supportief of directief werken. Uit de evaluaties is gebleken dat directief werken bij deze doelgroep vaak beter aansluit. Vanuit mijn eigen ervaring weet ik dat ook supportief werken goed kan aansluiten op de doelgroep, mits je als therapeut de regie blijft houden. Om een duidelijk beeld te krijgen welke werkwijze beter aan zou sluiten is het aanbevolen om de module nogmaals te draaien en te werken vanuit deze twee verschillende werkwijzen. Eenmaal directief en eenmaal supportief. De resultaten die hieruit komen zullen uitsluitsel geven vanuit welke werkwijze het beste gewerkt kan worden.

- **Stabiel systeem**

Binnen de module staat in de indicaties en contra-indicaties niets over de kwaliteit waaraan het systeem moet voldoen. Binnen de module is gebleken dat een stabiel systeem een pre is, maar persoonlijk zou ik geen cliënten uitsluiten op basis van hun systeem. Toch is het goed om dit aspect nogmaals goed onder de loop te nemen en te kijken of er binnen de indicatie toch niet iets mee moet gebeuren.

- **Interventies**

Specifieke interventies die vanuit de evaluaties nog benoemd zijn om eventueel toe te voegen aan de module zijn; – uitdagen, de cliënt verleiden om een stapje verder te gaan en – uitleggen, aangeven welke functie een activiteit heeft.

- **Materialen**

Vanuit de evaluaties kwam naar voren dat er vooral gebruik wordt gemaakt van natte materialen, wellicht zou het goed zijn om hier wat meer droge materialen aan toe te voegen zodat er een wijder aanbod voor het bewust voelen ontstaat.

- **Aanvullende literatuur**

Vanuit de evaluaties werd de aanbeveling gedaan om in de behandelvisie nog gebruik te maken van 'gehechtheid en trauma' van Bakermans-Kranenburg, M.J. & Ijzendoorn, van M.H. (2010) en 'beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties' van Juffer, M. (2010).

- **Terugkoppeling**

Uit de evaluaties kwam naar voren dat het terugkoppelen naar de mentor van de cliënt na elke fase van de cliënt niet wenselijk is. Dit zou de vertrouwensband van de therapeut en de cliënt in de weg staan. Persoonlijk ben ik het hier niet mee eens, omdat de informatie die ik met de mentor deel altijd word doorgenomen met de cliënt. Dit staat echter niet zo geformuleerd in de module. De aanbeveling is dan ook om dit in de module anders te verwoorden en aan te vullen.

- **Emoties voelen**

Vanuit de evaluaties werd de nadruk gevraagd op het voelen. Er werd aanbevolen om vanuit fase 2 niet met plaatjes te werken maar de cliënt door middel van het voelen van materiaal vermeden emoties weer te laten voelen. Persoonlijk vind ik dit te veel gevraagd binnen 12 sessies met deze doelgroep en problematiek. Om te zien of dit een gewenst effect zou bereiken is aanbevolen om de module nogmaals uit te voeren en deze aanpassing in fase 2 door te voeren.

- **Mentaliseren**

Het toevoegen van mentaliseren in de module is wenselijk. Dit zou toegevoegd kunnen worden binnen elke fase spelenderwijs worden toegevoegd door te spreken over emoties van jezelf en de ander.

Literatuurlijst

PDF bestanden

Verdult, R. 3 januari 2013

<http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/HECHTING%20EN%20HECHTINGSSTOORNISSEN.pdf>

Boeken

Baeten, N. (2007), Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie. Amsterdam: Spinhex & Industrie

Bakermans-Kranenburg, M. & Ijzendoorn, van R. (2010), Gehechtheid en trauma. Diagnostiek en behandeling voor de professional. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers

Bowlby, J. (1983), Verbondenheid. Deventer: Van Loghum Slaterus

Budde, E. (1989), Creatieve therapie in praktijk. opdrachten en werkwijzen voor beeldende creatieve therapie. Deventer: Van Loghum Slaterus B.V.

Cassidi, J. en Shaver, P. (1999), Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications. London: Guildford press.

Coholic, D. (2010), Arts activities for children and young people in need. Helping children to develop mindfulness, spiritual awareness and self-esteem. London en Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Damasio, A.R. (2001), Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen. Amsterdam: Wereldbibliotheek

Depondt, L. e.a. (1992), Ik voel me zo... ervaringsgericht werken met verhalen en prentenboeken rond gevoelens bij jonge kinderen. Leuven: Centrum voor ervaringsgericht onderwijs.

Ecarte (2009), Arts in Arts therapies: A european perspective. Devon: University of Plymouth Press

Ehrenzweig, A. (1975), The psycho-analysis of artistic vision and hearing : an introduction to a theory of unconscious perception. London: Sheldon Press

Ellis, A. & Harper, R.A. (1991), Gevoel en verstand. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Fonagy e.a. (2002), Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press

Frijda, N.H. (1988), De emoties. een overzicht van onderzoek en theorie. Amsterdam: Bert Bakker

Gendlin, E. (1981), Focussen. Gevoel en je lijf. Haarlem: de Toorts

Ham, van der H. (2002), Voor jou zeker...?! over gehechtheid en basisvertrouwen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Ijzendoorn, van H.M. (2008), Opvoeding over de grens. gehechtheid, trauma en veerkracht. Boom Academic. <http://study.boomdoc.nl/docs/599030/opvoeding-over-de-grens--eerste-druk>

IJzendoorn, van M.H. e.a. (1982), Opvoeden in geborgenheid. Een kritische analyse van

Bowlby's attachmenttheorie. Deventer: Van Loghum Slaterus B.V.

Kaplan, F.F. (2000), Art, Science and Art Therapy. Repainting the picture. London: Jessica Kingsley Publishers

Linder-Middendorp, C.J.M. e.a. (1994), Gehecht aan goede relaties. De betekenis van gehechtheid en goede relaties voor verstandelijk gehandicapten mensen. Assen: Van Gorcum & Comp B.V.

Lohmamm, R. (2011), Hoe krijg ik die boosheid onder controle? Een hulpboek voor jongeren. Amsterdam: SWP

Meel van, J.M. (1989), De emotie verbeeld. Expressie in dans, toneel, beeld en verhaal. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.

Salm, M. (2007). Ik ruik, ik zie, ik voel, ik hoor. Module van sensopatische beeldende werkvormen voor de opnamegroep van patiënten met anorexia nervosa van Rintveld, centrum Eetstoornissen in Zeist.

Schuengel, C. e.a. (2006), Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek. Amsterdam: SWP

Schweizer, C. (2009), Handboek beeldende therapie, uit de verf. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2008), Handboek creatieve therapie. Bussem: Uitgeverij Coutinho.

Spock, B. (1967), Het gehandicapte kind. Amsterdam: Contact

Verhofstadt-Denève, L. e.a. (2003), Handboek ontwikkelingspsychologie. Grondslag en theorieën. Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Wallin, D.J. (2010), Gehechtheid in psychotherapie. Amsterdam: Nieuwezijds

Wallin, D.J. (2007), Attachment in Psychotherapy. New York: The Guilford Press

Websites

Soviale vaardigheids training

<http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=131328&recordnr=203&lijstpagina=131315&setembed=>

http://www2.bsl.nl/hboswitch/files/handboek_beeldende_therapie/producttypering-schema-en-toelichting.pdf

M. Meerum-Terwogt en H.J. Schulze (red)

Kijk op emoties

2003, 1e druk

Bijlagen

1. Vooronderzoek – 3dejaars onderzoek
2. Vooronderzoek enquêtes
3. Evaluatieformulieren vaktherapeuten
4. Evaluatieformulieren uitvoering module



Ik voel niet, maar zit vol met gevoel.

Een onderzoek naar beeldende werkvormen bij het thema emoties voor
licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis

Marieke van
1561192
Methodische articulatie

Nieuwenhuizen

Gemmy Willemars
22-06-2012

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
1. Problematisering.....	4
2. Doelstelling.....	4

3. Hoofdvraag.....	5
4. Deelvragen.....	5
5. Verantwoording werkwijze aan de hand van kwalitatieve onderzoekstechnieken.....	6
6. Voorbereiding resultaten.....	7
6.1 Wat is de definitie van beeldende therapie in dit onderzoek?.....	7
6.2 Wat zijn in dit onderzoek kenmerken van een licht verstandelijke beperking?.....	7
6.3 Wat zijn in dit onderzoek gedragskenmerken van een hechtingsstoornis?.....	7
6.4 Wat zijn werkwijzen in beeldende therapie?.....	8
6.5 Wat zijn interventies in beeldende therapie?.....	8
6.6 Wat zijn werkvormen in beeldende therapie?	9
7. Resultaten.....	9
7.2 Wanneer kan beeldende therapie ingezet worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis?.....	9
7.3 Welke doelen kunnen in beeldende therapie behaald worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties? ..	14
7.4 Welke interventies kunnen in beeldende therapie worden ingezet bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties?...21	
7.5 Welke werkwijze kan ingezet worden in beeldende therapie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties?...26	
8. Conclusie.....	31
Aanbevelingen.....	33
Literatuurlijst.....	34

Inleiding

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen regio Kwadrant Emaus, onderdeel van de 's Heeren Loo zorggroep. Kwadrant Emaus is gelegen in de plaats Ermelo. Het is een groot terrein waar licht verstandelijk beperkte jongeren met gedragsstoornissen wonen, naar school gaan, stage kunnen lopen en vrije tijdsbestedingen hebben. Daarnaast zijn er ook therapie mogelijkheden op het terrein. De jongeren op Emaus wonen in leefgroepen. Deze groepen bestaan uit ongeveer acht jongeren per groep. Een jongere heeft binnen Emaus een systeem om zich heen. Zo heeft elke jongere een mentor (dit is een groepsleider) die binnen de leefgroep het proces van de jongere bewaakt. Daarnaast is er op school een docent die het proces binnen school bewaakt. Ook therapeuten nemen deel aan het bewaken van het proces, indien de cliënt therapie volgt. Daarnaast is er nog een orthopedagoog die de complete behandeling binnen Emaus van de jongere overziet. Dit systeem komt, in ieder geval, eens per zes maanden bijeen om de voortgang van de cliënt te bespreken en een lijn te stellen voor het vervolgaanbod.

Dit onderzoek is ontstaan door therapieën die ik uitvoer met licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis. Eén cliënt in het bijzonder wekte mijn interesse voor deze specifieke doelgroep.

Hij heeft grote moeite met zijn emoties (h)erkennen en dit leidt uiteindelijk tot agressie. Zijn agressie bleek wel contextafhankelijk te zijn. Als zijn leefgroep hem genoeg ondersteund komt het niet meer tot agressie. Echter is het belangrijk dat deze cliënt zelf zijn 'emmer niet over laat lopen'. Ik ben met hem therapie gestart en merkte al snel dat het beeldend medium voor hem een goed middel is om bij emoties en gevoelens te komen. Het doel wat ik heb gesteld voor deze jongere is dat hij zijn gevoelens leert verkennen, herkennen en dat hij ze ook leert benoemen. Ik ben aan de slag gegaan met deze cliënt, maar toen kwamen voor mij de vragen. Hoe bied ik een hechtingsgestoorde jongen de juiste vorm van therapie aan? Welke interventies hebben de meeste en beste resultaten en welke werkwijzen zijn effectief? Al deze vragen hebben ervoor gezorgd dat dit onderzoek tot stand is gekomen en in dit onderzoek heb ik gezocht naar antwoorden. Antwoorden voor mijn doelgroep, maar ook antwoorden voor mezelf. Want hoe kan ik, als therapeut, het beste therapie geven aan deze doelgroep. Een doelgroep waar ik hart voor heb en die ik op de best mogelijke manier wil begeleiden. Daarnaast is dit onderzoek een verbreding van mijn kennis op het gebied van werkvormen, werkwijzen en interventies.

1. Problematisering

Zoals in de inleiding beschreven is werk ik binnen de regio Kwadrant Emaus, onderdeel van de 's Heeren Loo zorggroep. Deze regio werkt specifiek met licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren met gedragsstoornissen. In mijn therapie kwam ik in aanraking met een cliënt die LVB is met een hechtingsstoornis. Deze cliënt kreeg in eerste instantie therapie van een Cognitief gedragstherapeut (CGT). De CGT merkte dat het moeilijk was voor deze cliënt om op verbaal vlak zijn doelen te bereiken. De CGT heeft toen een uitstap gemaakt naar het werken met beeldende materialen, om te zien of dit medium aansloot bij de cliënt. Daarbij heeft hij mij gevraagd mee te kijken. Al snel bleek dat de cliënt meer gebaat is bij het werken met een medium, en het beeldend medium ervaart als plezierig. Sindsdien is de cliënt bij mij in beeldende therapie aan de slag gegaan.

Zijn hulpvraag was in eerste instantie agressieregulatie. Echter merkte ik dat binnen therapie nooit sprake was van deze agressie. In overleg met de mentor van de cliënt en de orthopedagoog kwamen we erachter dat zijn agressie contextafhankelijk is. Er wordt een dusdanig mate van veiligheid gecreëerd voor hem dat agressie niet meer tot uiting komt. Uit zowel de therapie observaties als de gesprekken met de mentor en orthopedagoog bleek dat deze cliënt zijn gevoelens niet goed kan herkennen en benoemen. Dit zorgt ervoor dat zijn 'emmer' volloopt zonder dat hij dit doorheeft, als deze te vol zit resulteert dit in agressie. Op het moment zorgt de leefgroep ervoor dat de emmer van deze cliënt niet overloopt. Echter is het van belang voor deze cliënt dat hij dit zelf leert doen. Maar hoe leer je een LVB jongere met een hechtingsstoornis zijn gevoelens herkennen en benoemen?

2. Doelstelling

De resultaten van dit onderzoek wil ik gebruiken om verschillende doelen te behalen. Allereerst is het een verbreding van mijn kennis op het gebied van hechtingsstoornis bij licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren. Daarnaast wil ik dit onderzoek als basis voor een praktijkproject binnen Kwadrant Emaus gebruiken. Dit praktijkproject zal plaatsvinden in het 4^{de} jaar van mijn studie en heeft betrekking op de doelgroep licht verstandelijk beperkte (LVB) jongeren met een hechtingsstoornis. Ook zijn de resultaten van dit onderzoek functioneel voor Kwadrant Emaus en de therapieën die zij geven aan LVB jongeren met een hechtingsstoornis. Dit onderzoek en haar resultaten dienen dus zowel een persoonlijk als professioneel doel.

3. Hoofdvraag

Welke werkvormen kan een beeldend therapeut aanbieden bij het thema emoties aan licht verstandelijk beperkte jongeren in de leeftijd 12 tot 18 jaar met een hechtingsstoornis?

'Waar moeten werkvormen in beeldende therapie aan voldoen bij het thema emoties als er word gewerkt met licht verstandelijk beperkte jongeren in de leeftijd 12 tot 18 jaar met een hechtingsstoornis?'

4. Deelvragen

1. Wanneer kan beeldende therapie ingezet worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis?
2. Welke doelen kunnen in binnen beeldende therapie behaald worden binnen het thema emoties bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis
3. Welke interventies kan een therapeut inzetten bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis in beeldende therapie rond het thema emoties?
4. Welke werkwijzen kan een therapeut inzetten bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis in beeldende therapie rond het thema emoties?

5. Verantwoording werkwijze aan de hand van kwalitatieve onderzoekstechnieken

Binnen dit onderzoek word de Naturalistic Constructivist Inquiry gehanteerd. Deze onderzoekstechniek bestaat uit:⁷

- Member checking;

De dataverzameling vindt plaats in samenwerking met mijn cliënten. Deze cliënten waren allen in de leeftijd 12 tot 18 jaar, zijn licht verstandelijk beperkt en hebben de diagnose hechtingsproblematiek.

- Peer briefing;

Tijdens het onderzoek heb ik de resultaten van het onderzoek en mijn bevindingen gedeeld met medestudenten in een 'peergroup'. Vanuit deze groep heb ik nieuwe kennis, maar ook bevestigde kennis ingezet in het voltooien van het onderzoek.

- Repeated analysis;

Vanuit de praktijk, literatuur en vanuit de 'peergroup' kwam er nieuwe informatie naar voren. Deze nieuwe informatie heb ik vergeleken met informatie en kennis die al aanwezig was voor het onderzoek. De informatie heb ik, indien vernieuwend en behulpzaam voor het onderzoek, aangepast.

- Triangulatie;

Binnen dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van drie verschillende bronnen; Literatuur onderzoek, peer briefing en participerende observatie (dit zijn bevindingen die ik zelf in de praktijk heb opgedaan). Deze drie bronnen heb ik met elkaar vergeleken om zo tot heldere en standvastige conclusies te komen.

7 H. Smeijsters blz. 52-57.

6. Voorbereiding resultaten

Om al deze deelvragen goed te kunnen beantwoorden zal ik verschillende begrippen eerst toelichten.

6.1 Wat is de definitie van beeldende therapie in dit onderzoek?

De definitie van beeldende therapie volgens het Handboek beeldende therapie, en ik citeer: "Beeldende therapie is een vorm van behandeling waarbij de ervaring van mensen ten behoeve van ontwikkelingsprocessen centraal staat. De beeldend therapeut hanteert het proces van beeldend vormen (tekenen, schilderen, beeldhouwen, en andere beeldende vormen) en de zichtbare en tastbare beeldende producten die hieruit voortkomen, als middel binnen de therapeutische relatie. In een behandelsetting wordt beeldende therapie in combinatie met andere behandel- en begeleidingsvormen gericht op een specifiek behandeldoel aangeboden met als doel op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied een wenselijke verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te bewerkstelligen."

6.2 Wat zijn in dit onderzoek kenmerken van een licht verstandelijke beperking?

Bij een licht verstandelijke beperking is het verstandelijk functioneren duidelijk onder het gemiddelde van de leeftijdsgroep en er zijn tekortkomingen in de adaptatie. Er is sprake van een vertraagde cognitieve ontwikkeling. Onder andere het metacognitie en kortetermijngeheugen zijn slechter als bij normaal begaafden; dit komt naar voren binnen plannen, organiseren en evalueren. Ook hebben ze moeite met selectieve aandacht en zijn ze slecht in generaliseren van geleerde vaardigheden.⁸ Verder is er een achterstand in de taalontwikkeling, zijn LVB vaak minder fit (lichamelijk) en zijn er beperkte sociale vaardigheden. Vele mensen met een licht verstandelijke beperking ontwikkelen emotionele stoornissen, ontwikkelingsstoornissen en gedragsstoornissen. Niet zelden zijn deze het gevolg van het overvraagd worden door de omgeving. Daarnaast komt in de praktijk veelvuldig affectieve en/of pedagogische verwaarlozing voor in de voorgeschiedenis van cliënten.⁹

6.3 Wat zijn in dit onderzoek gedragskenmerken van een hechtingsstoornis?

Kenmerken in omgang met de omgeving

Kenmerkend voor hechtingsgestoorde mensen is de beperktheid in het aangaan en onderhouden van relaties. Zo kan een kind in het contact te open zijn (bijvoorbeeld bij een vreemde op schoot gaan zitten), er lijken dan geen grenzen te zijn in het contact. Ook is er binnen relaties weinig wederkerigheid, relaties dienen vooral ter bevrediging van de eigen behoeften. Zoals deze mensen in relaties zijn, zo zijn ze ook in de zorg voor hun persoonlijke spullen. Vaak is het krijgen van iets belangrijk en interessant, het zorg dragen ervoor is echter niet of nauwelijks van toepassing. Daarnaast is de zorg voor zichzelf minder als bij normaal gehechte mensen. Het lijkt soms of hechtingsgestoorde mensen 'gevoelloos' zijn of reageren met onbegrip op, voor andere, emotionele situaties. Dit heeft te maken met het gebrek in de situatie en gevoelens van anderen. Hechtingsgestoorde mensen worden ook wel omschreven als 'toeschouwers' van de wereld, omdat zij volgens de buitenwereld niet deelnemen aan het normale leven.

⁸ Bijman, E. & Lamberix, I. Blz. 13-18.

⁹ Grootenboer, J. & Huskens, B.E.B.M. & Teeuwisse, J.M. (et al.) Blz.12-23.

Kenmerken in het gevoelsleven

De emoties van hechtingsgestoorde mensen wordt vaak gezien als 'vlak'. Gevoelens worden vaak afgeweerd door middel van schijnbare gevoelloosheid, cynisme en het ridiculiseren van het eigen gevoel.¹⁰ Ook kan er een zogezegd 'masker' gehanteerd worden. Dit om elke uiting van emotie af te dekken. Stemningswisselingen en een negatief zelfbeeld spelen een grote rol in het gevoelsleven van hechtingsgestoorde mensen.

Kenmerken in het cognitief functioneren

Kenmerken die in het cognitief functioneren een rol spelen hebben te maken met slechte concentratie, slechte motivatie (voor wie doe ik dit?), het verbale vermogen (dit is niet voldoende ontwikkeld), gebrek aan informatie over de wereld om hen heen. Verder is het verleden moeilijk te bespreken en is het naar de toekomst kijken lastig. Voor de toekomst lijkt geen motivatie noch interesse te zijn.

Kenmerken in driften

Hechtingsgestoorde mensen zijn vaak ongeremd in het vervullen van hun behoeftes, zij willen deze per direct vervuld krijgen. Vaak lijken deze behoeftes onverzadigbaar.

Kenmerken in het fysiek

De houding is vaak gebrekkig (geen vitaliteit) en bewegingen lijken te wijzen op een 'onhandige' motoriek.

Kenmerken in de gewetensontwikkeling

hechtingsgestoorde mensen hebben een 'beperkt' geweten. Door de onvoldoende zorg die gekregen is in de baby en kindertijd heeft de hechtingsgestoorde persoon niet geleerd om rekening te houden met een ander. Hierdoor is het geweten 'beperkt'. Ze zijn bezig met het bevredigen van eigen behoeftes.

6.4 Wat zijn werkwijzen in beeldende therapie?

Ik hanteer de definitie van werkwijze gegeven door H. Smeijsters. Een werkwijze zorgt voor een bepaalde behandelrichting. Doelstellingen die samenhangen vormen hierin de basis. Smeijsters heeft ook verschillende werkwijzen benoemd en uitgelegd in het handboek creatieve therapie. Deze werkwijzen komen aan bod in deelvraag 4.

6.5 Wat zijn interventies in beeldende therapie?

Volgens B. Kranz (2006) is een interventie een ingrijpen met een beweegreden. Het doel van een interventie is om een verandering plaats te laten vinden. Je zet een interventie in met het uiteindelijke doel het opheffen of reduceren van het probleem.¹¹ Voorbeelden van een interventie zijn o.a. een compliment geven aan de client, een opdracht stil leggen of de client bewust maken van zijn lichaamstaal.

6.6 Wat zijn werkvormen in beeldende therapie?

Werkvormen zijn opdrachten die ingezet worden om een gesteld doel te behalen. Er zijn receptieve en actieve werkvormen die een therapeut in kan zetten.¹² Tijdens receptieve werkvormen draait het vooral om het 'ontvangen' van informatie, de client is dan niet zelf actief bezig. Bij de actieve werkvormen is de client juist actief bezig met het medium.

7. Resultaten

10 Ham, H. van der Blz. 33-34.

11 Schweizers, C. Blz. 190-191.

12 Smeijsters, H. blz. 55-60.

7.2 Wanneer kan beeldende therapie ingezet worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis?

Literatuur

Problemen waarvoor beeldende therapie geïndiceerd wordt in het algemeen zijn:¹³

- ⤴ problemen met verbaal abstraheren
- ⤴ geen woorden voor ervaringen hebben
- ⤴ moeite hebben met verbaal communiceren
- ⤴ sterk rationaliseren
- ⤴ moeilijk contact maken met eigen belevingswereld
- ⤴ moeite hebben met het ervaren van continuïteit in contact
- ⤴ moeite hebben met het ervaren van het eigen handelen en gedrag
- ⤴ moeite hebben met het ordenen en begrenzen van emoties

Daarnaast zijn er bepaalde psychodiagnostische stoornissen en functionele problematieken gevonden waarvoor beeldende therapie wordt geïndiceerd.¹⁴ Deze zijn: aandachtsstoornissen, 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, seksueel misbruik, chronische pijn, somberheid, moeite met samenwerken, moeilijk grenzen kunnen aangeven en angst.

Voor LVB jongeren is er in de literatuur geschreven wanneer beeldende therapie geïndiceerd is, namelijk als:¹⁵

- ⤴ praten grote moeilijkheden oplevert of taboe is.
- ⤴ praten juist de afweervorm is, het kind vastloopt in rationaliseren of verbaliseren.
- ⤴ het kind aangesproken wordt door actief bezig zijn.
- ⤴ het kind er moeite mee heeft om stil te staan bij zijn eigen belevingswereld.
- ⤴ er sterkte behoefte bestaat aan continuïteit.
- ⤴ het wenselijk is dat een kind kan ordenen en begrenzen via materiaalervaring en vormgevingsprocessen.

Echter is het voor jongeren met een LVB en een hechtingsstoornis geen duidelijke indicatie te vinden voor beeldende creatieve therapie. Toch kunnen we wel een duidelijke indicatie maken voor deze doelgroep. Als we kijken naar de gedragskenmerken van een hechtingsstoornis zoals beschreven in paragraaf 6.3 zien we dat de relatie met de wereld, het gevoelsleven, het cognitief functioneren, de driften, het fysiek en de gewetensontwikkeling centraal staan in de problematiek. We zien deze onderwerpen terugkomen in zowel de algemene indicatie van beeldende therapie als die voor jongeren met een LVB. Met deze literatuur informatie heb ik een indicatie gesteld wanneer beeldende therapie ingezet kan worden bij jongeren met een LVB en een hechtingsstoornis:

- ⤴ als er weinig zorg word gedragen voor zichzelf en eigen spullen (zelfbeeld negatief)
- ⤴ als er problemen zijn in het contact (maken) met anderen en dit contact onderhouden
- ⤴ als gevoelens moeilijk verwoord kunnen worden
- ⤴ als leren ordenen en begrenzen wenselijk is
- ⤴ als er traumatische ervaringen zijn die niet verwoord kunnen worden
- ⤴ als het kind moeite heeft om stil te staan bij zijn eigen belevingswereld
- ⤴ als er affiniteit is voor het medium

Peergroup

Wanneer kan beeldende therapie ingezet worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis? Om hier meer inzicht in te krijgen heb ik met andere professionals gekeken naar opvallende medium gedragingen en ook medium houdingen. Dit wil zeggen; hoe gaat de cliënt met het medium om en wat laat de cliënt van zichzelf zien binnen de therapie zelf. Deze professionals werken echter met kinderen en jongeren met hechtingsstoornis zonder lvb problematiek. Ik spreek in dit stuk vanuit mijn eigen ervaring als het over de jongeren gaat met een hechtingsstoornis en een lvb en zal het verder toelichten in mijn participerende observatie.

Wat opvallend is in therapie bij jongeren met een hechtingsstoornis is dat ze geen identiteit lijken te

13 Smeijsters, H. Blz. 209.

14 FVB en handboek BT

15 Grootenboer, J.& Huskens, B.E.M.B (et al.) Blz. 104-111.

hebben, daardoor ook moeilijk keuzes kunnen maken en slecht kunnen differentiëren. Dat ze geen identiteit lijken te hebben uit zich veel in het niet kunnen kiezen. Als voorbeeld; het kiezen van een kleur. Als er word gevraagd: 'Wat vind jij een mooie kleur?' dan kan er moeilijk gekozen worden welke kleur mooi is, daarnaast word de vraag vaak teruggegeven aan de therapeut. 'Ik weet het niet, wat vind u een mooie kleur?' Maar het niet kunnen kiezen komt ook naar voren met het kiezen van onderwerpen of thema's. Vrije opdrachten zijn daardoor ook minder geschikt om binnen therapie te hanteren. Het starten van een opdracht gaat ook vaak moeizaam door het 'gebrek' aan identiteit. Hier is veel begeleiding en structurering bij nodig.

Het niet lijken te hebben van een identiteit komt ook terug in het maken van werkstukken. Er word vaak begonnen aan een werkstuk met een idee, maar dat idee is erg verwerpelijk. Als voorbeeld hierbij; er word begonnen aan een werkstuk. De afspraak is dat het een vaas word. Aan het einde van de therapie lijkt het meer op een kommetje. De cliënt vind dit niet erg en gaat verder met het idee van een kom. De verwerpelijkheid, ofwel vervangbaarheid is ook typerend voor deze doelgroep. Een cliënt vind het leuk om in therapie te komen, maar als de therapie een keer overgeslagen word vind de cliënt dit ook prima. Als therapeut ben jij een vervangbaar persoon, als je er niet bent word je niet snel gemist. De jongere kan ook met groepsleiding of docent plezier hebben. De cliënt is ego gericht. Dit wil zeggen dat het vaak lijkt alsof de cliënt alleen met zichzelf bezig is en niet met de ander. Deze jongeren gaan dan ook vaak, niet bewust, over andermans grenzen heen en houden geen rekening met de ander. Er is geen wederkerigheid.

Wat nog meer opvallend lijkt is de onverzadigbaarheid bij deze jongeren. Dit in contact, maar ook in het werken met materialen. Vaak worden er enkel kleine werkstukken gemaakt door de cliënten die voor hen geen waarde lijken te hebben. Zo worden werkstukken snel aan een ander als 'cadeau' gegeven, of werkstukken worden niet afgemaakt door de cliënt zelf. De therapeut word dan gevraagd om het werkstuk af te maken.

Vaak ontbreekt elk overzicht in de therapie en is er geen sprake van structurering en ordening bij deze cliënten. Als een therapie niet gestructureerd word aangeboden dan is het vaak chaotisch. De cliënt kan niet aan één werkstuk werken, stopt halverwege om iets anders te gaan doen, weet niet waar te beginnen et cetera.

Het spreken over emoties lijkt ook een lastig stuk voor deze jongeren. Emoties kunnen wel benoemd worden, maar kunnen niet besproken worden indien het te dicht bij henzelf komt. Emoties en daarbij horende situaties uit het verleden kunnen vaak wel benoemd worden.

Als we het bovenste verhaal samenvatten in wanneer kan beeldende therapie nu worden ingezet bij deze doelgroep? Dan komen de volgende punten naar voren:

- Als er sprake is van gebrek aan identiteit (zelfbeeld)
- Het niet kunnen uiten van of omgaan met emoties
- Het leren structureren
- Het leren begrenzen van zichzelf
- De communicatie met anderen (bv. Grenzen leren herkennen)

Participerende observatie

Binnen therapie heb ik vele opvallende zaken gezien met deze doelgroep. Wat ik erg opvallend vond was het wel kunnen verwoorden van emoties in het verleden, maar het niet kunnen verwoorden van emoties in het heden. Via een opdracht; hoe loopt mijn emmer over. Heb ik met een jongere gekeken naar emoties en hoe je emmer overloopt. Dit heb ik gedaan door een 'Ik' emmer te gebruiken. Deze ik emmer word omringt door emoties (glazen potjes). Op elk potje staat een emotie weergegeven. Elk potje word gevuld met water en elke emotie krijgt een kleur door het gebruik van ecoline. De jongere kiest een potje uit, de therapeut geeft een voorbeeld situatie waarin zij, bijvoorbeeld, boos was. Het potje word in de ik emmer leeggegoten. Nu worden de rollen omgedraaid en kiest de therapeut een potje, daarbij verteld de jongeren een situatie waarin hij deze emotie voelde. Ook dit potje gaat in de emmer. Dit gaat door totdat de emmer vanzelf een keer overloopt met alle emoties. Door de ecoline is het een raar gekleurde massa geworden. Binnen deze opdracht kon mijn cliënt duidelijk situaties aangeven bij de bijbehorende emoties. Ook kon de cliënt oplossingen aandragen hoe de emmer niet over zou lopen. Als een vervolg hebben we een opdracht gedaan met hoe voel ik mij? In deze opdracht werd er drie keer gekeken naar hoe voel ik mij. Hoe voel ik mij voor de opdracht, tijdens de opdracht en na de opdracht. Hieruit bleek dat de cliënt niet kon benoemen hoe hij zich voelde, in lichaamstaal werd mij duidelijk wat er gevoeld werd, maar de jongere zelf leek zijn emoties niet te herkennen. Daarbij gezegd helpt schrijven beter om emoties uit te drukken dan spreken.

Wat nog meer opvallend is vind ik het gebrek aan structurering en ordening. De cliënten kunnen zich moeizaam vasthouden aan hun eerste idee. Als voorbeeld; er zou door therapeut en cliënt samen een bord gemaakt worden met emoties. Deze zou dan opgehangen worden in de ruimte om naar te kijken.

De jongere ging enthousiast aan de slag, na vier emoties te hebben getekend wilde de jongere iets anders doen. Dit bewust laten gebeuren ter observatie. Er werd begonnen aan een broche maken, ook dit idee werd na tien minuten verworpen en er werd weer iets anders gemaakt. Hierin kwam ook duidelijk naar voren dat kiezen een groot probleem is, en iets afmaken ook. Er was totaal geen vorm van ordening en ook geen vorm van begrenzing voor zichzelf. Het werd onoverzichtelijk en chaotisch.

Het niet lijken te hebben van een eigen identiteit is iets wat ik zie in therapie. Als er opdrachten aangeboden worden waarbij een voorbeeld aanwezig is dan wordt het voorbeeld vaak nagemaakt. Als de therapeut meewerkt in de opdracht wordt het werk van de therapeut nagemaakt. Ikzelf ben de cliënt na gaan maken. De cliënt gaf aan dit leuk te vinden en heeft toen het gemaakte werkstuk bewaard. Iets wat weinig voorkomt. Werkstukken zijn erg verwerpelijk. Niets wordt bewaard, tenzij de therapeut duidelijk aangeeft dat iets bewaard gaat worden (als het nog niet is stuk gemaakt).

Wat ik in therapie vooral ontdekt hebt door deze observaties is dat sommige thema's niet goed behandeld kunnen worden, wel kunnen er onderwerpen van bepaalde thema's behandeld worden. Door de licht verstandelijke beperking van mijn cliënten is het niet altijd mogelijk om thema's uitgebreid te behandelen.

Als ik naar mijn therapieën kijk zoals hierboven beschreven dan zet ik beeldende therapie in bij de volgende onderwerpen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis:

- Als er sprake is van gebrek aan eigen identiteit
- Als emoties niet herkend of geuit kunnen worden
- Als het leren structureren en ordenen wenselijk is
- Als het leren begrenzen en het herkennen van grenzen wenselijk is
- Als de omgang met anderen voor ongewenste situaties leidt (als voorbeeld; grenzen van andere worden niet herkend en daardoor ontstaan onwenselijke situaties)

Triangulatie

Wat mij opviel binnen de dataverzameling is dat zowel literatuur, peer debriefing als de participerende observatie dezelfde informatie bevatten. Dit zorgt ervoor dat ik een duidelijke conclusie kan geven over wanneer beeldende therapie geïndiceerd is bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis.

Ik heb vanuit de peergroup een nieuwe werkvorm ontdekt die ik kan inzetten bij mijn doelgroep. Zo is het voor jongeren met een hechtingsstoornis en een lvb moeilijk om zich lange tijd te concentreren op een opdracht. Vaak dwalen ze af en willen ze halverwege de opdracht opeens een andere opdracht gaan doen of met ander materiaal werken. Binnen de peergroup kwam er een opdracht naar voren over de 'veilige plek'. Ik had zelf al eerder gekeken naar hoe ik deze opdracht op een goede wijze in kon zetten in mijn therapie maar had er nog geen concrete werkvorm voor. De opdracht die zich aandienende was een huis maken en elke keer een ander stuk van het huis maken. Zo krijg je eerst het huis zelf maken, daarna het schilderen van het huis en ook het inrichten komt eraan te pas. Er is veel diversiteit binnen deze werkvorm en er wordt veel afgewisseld met materialen waardoor het voor de client makkelijker wordt om langer aan een werkstuk te werken. Ik heb zelf geen mogelijkheid meer gehad om deze opdracht in te zetten aangezien ik aan het einde van mijn stage ben en in een heel ander proces zit, maar het is wel een werkvorm die ik meeneem voor in de toekomst en graag een keer in wil zetten.

Mijn inzichten zijn verder niet veranderd maar juist bevestigd door de peergroup en dit heeft me aangemoedigd om meer literatuur te gaan bekijken. Ik vond het lastig om goede literatuur te vinden voor dit onderzoek. Er is veel informatie te vinden, maar het is allemaal algemene informatie die niet toegespitst is op mijn doelgroep. Daardoor moest ik allemaal losse stukken zoeken en die zelf met elkaar verbinden. Vanuit de peergroup heb ik niet veel literatuur gekregen, wel heb ik zelf literatuur gedeeld die ik tegen kwam en behulpzaam vond voor de peergroup.

Al met al heeft de peergroup mij veel geholpen bij het onderzoeken van deze deelvraag en heb ik de deelvraag ook, naar mijn mening, voldoende kunnen beantwoorden.

Conclusie

Wanneer kan beeldende therapie ingezet worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis? Deze deelvraag heb ik via literatuur, een peergroup en eigen observaties onderzocht. Via deze bronnen ben ik tot een antwoord gekomen.

Volgens de literatuur kan beeldende therapie ingezet worden bij deze doelgroep als:

- ⬆ als er weinig zorg word gedragen voor zichzelf en eigen spullen (zelfbeeld negatief)
- ⬆ als er problemen zijn in het contact (maken) met anderen en dit contact onderhouden
- ⬆ als gevoelens moeilijk verwoord kunnen worden
- ⬆ als leren ordenen en begrenzen wenselijk is
- ⬆ als er traumatische ervaringen zijn die niet verwoord kunnen worden
- ⬆ als het kind moeite heeft om stil te staan bij zijn eigen belevingswereld
- ⬆ als er affiniteit is voor het medium

Volgens de peergroup kan beeldende therapie ingezet worden bij deze doelgroep als:

- Als er sprake is van gebrek aan identiteit (zelfbeeld)
- Het niet kunnen uiten van of omgaan met emoties
- Het leren structureren
- Het leren begrenzen van zichzelf
- De communicatie met anderen (bv. Grenzen leren herkennen)

Volgens mijn observaties kan beeldende therapie ingezet worden als:

- Als er sprake is van gebrek aan eigen identiteit
- Als emoties niet herkend of geuit kunnen worden
- Als het leren structureren en ordenen wenselijk is
- Als het leren begrenzen en het herkennen van grenzen wenselijk is
- Als de omgang met anderen voor ongewenste situaties leid (als voorbeeld; grenzen van andere worden niet herkend en daardoor ontstaan onwenselijke situaties)

Als ik alle resultaten bekijk dan kan ik één lijst maken waarop aangegeven staat wanneer beeldende therapie ingezet kan worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking met een hechtingsstoornis. Deze lijst is gebaseerd op veelvoorkomende thema's bij jongeren met een lvb en een hechtingsstoornis.

Beeldende therapie kan ingezet worden bij jongeren met een lvb en een hechtingsstoornis als er sprake is van:

- Negatief zelfbeeld
- Communicatie problemen
- Grenzeloosheid
- Gebrek aan structureringsvaardigheden
- Gevoelens niet verwoord of geuit (kunnen) worden
- Gevoelens niet (h)erkend worden

Hulpvragen rondom deze thema's kunnen dus behandeld worden binnen beeldende therapie. Binnen beeldende therapie is het van belang om te weten dat de onderwerpen die behandeld worden met een jongeren met lvb op adequaat niveau aangeboden moeten worden. Dit houdt in dat de uitleg en uitwerking van thema's en opdrachten op het intellectuele niveau van de lvb-er aangeboden moeten worden. Hierin kan variatie voorkomen, omdat jongeren met een lager IQ (50-60) meer sturing en een eenvoudige uitleg vereisen dan de jongeren met een wat hoger IQ (70-80). Het kan ook zijn dat

sommige thema's die hierboven weergegeven staan niet behandeld kunnen worden door het IQ of EQ (emotionele intelligentie) van een jongere, of dat thema's minder uitgebreid behandeld kunnen worden. Daarnaast is het nog belangrijk om te noemen dat deze doelgroep veel kan behalen als er in kleine stappen gewerkt wordt. Overvraag de jongere niet, stel kleine doelen, zorg voor succeservaringen en zie de mogelijkheden van je client.

7.3 Welke doelen kunnen in beeldende therapie behaald worden bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties?

Literatuur

Om eerst een uitgebreide kijk te nemen in doelen binnen beeldende therapie heeft Ellen Budde (1989) een overzicht gemaakt van thema's:

- Verwerken van emoties
- Structuur aanbrengen
- Conflictverwerking
- Egoversterking
- Sociaal functioneren
- Gedragsrepertoire uitbreiden
- Preventie en nazorg
- Motorische vaardigheden handhaven of uitbreiden
- Visuele vaardigheden
- Ontspanning

Binnen deze verschillende thema's kunnen meerdere doelstellingen binnen therapie behaald worden. Dit zijn dus algemene thema's die voorkomen bij verschillende doelgroepen in beeldende therapie. Laten we nu weer een stapje verder kijken naar doelen die vaak gesteld worden bij licht verstandelijk beperkte jongeren in beeldende therapie:¹⁶

- Het bewust worden van eigen grenzen en mogelijkheden
- Het ontdekken en leren vormgeven aan de eigen belevingswereld
- Het leren vasthouden van de eigen belevingswereld
- Het opheffen van emotionele blokkades
- Het begrenzen en ordenen van gedrag en gevoelens
- Het verruimen van gedragsmogelijkheden
- Doelgericht leren handelen
- Leren spelen en leren experimenteren

Zoals te zien zijn er overeenkomsten in de algemene thema's en de doelstellingen die voor licht verstandelijke beperkte jongeren worden gehanteerd in beeldende therapie. Er is binnen de literatuur helaas weinig bekend over de doelstellingen binnen beeldende therapie voor jongeren met een hechtingsstoornis. Anika Molenaar (2007) schrijft in haar onderzoek dat vele therapeuten jongeren met een hechtingsstoornis in therapie kregen met de volgende doelen:

- het inhalen van de sociaal-emotionele achterstand;

het herkennen en erkennen van gevoelens, het leren omgaan met grenzen en het vergroten van het zelfvertrouwen.

- het functioneel leren omgaan met zichzelf en zich daardoor te kunnen redden in de buitenwereld; communicatie met anderen, het vermijdende gedrag reduceren.

Vanuit de literatuur kunnen we dus een duidelijk beeld vormen over welke behandeldoelen gesteld worden in beeldende therapie voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis.

Ik formuleer drie thema's die ik uit de literatuur naar voren haal, binnen deze thema's kunnen verschillende doelen behandeld worden. De thema's formuleer ik als volgt:

- Het werken met emoties

het leren (h)erkennen van emoties, het verwerken van emoties, begrip krijgen over emoties, begrenzen van emoties, ordenen van emoties.

- Zelfbeeld (zelfbewustzijn en inzicht in zichzelf)

Inzicht in eigen grenzen, inzicht in eigen mogelijkheden, verruimen van gedragsmogelijkheden.

- Sociaal functioneren

communicatie met anderen verbeteren, vermijdend gedrag reduceren, begrip verruimen over gevoel van

¹⁶ S. Windemuller e.a. Blz104-111.

de ander.

We gaan even terug naar de deelvraag: *Welke doelen kunnen in binnen beeldende therapie behaald worden binnen het thema emoties bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis?*

We hebben in de literatuur nu gezien welke doelen behandeld kunnen worden bij de doelgroep, daarbinnen is ook het thema emoties naar voren gekomen.

Doelen binnen het thema emoties die behaald kunnen worden bij deze doelgroep volgens de literatuur zijn:

- het leren (h)erkennen van emoties
- het verwerken van emoties
- begrip krijgen van emoties (denk hierbij aan de vier basis emoties)
- het ordenen van eigen emoties
- het begrenzen van eigen emoties

Een mooie extra toevoeging hierbinnen vind ik wat in de transactionele analyse gebruikt wordt. Zij maken gebruik van gedragsdiagnose om ego-toestanden te herkennen. Ego-toestanden zijn verschillende gedragingen waarin een mens kan vervallen. Dit kan zijn een 'opstandig' kind, een 'aangepast' kind, een 'ouder' en een..... Er wordt bij deze diagnose gekeken naar welke woorden iemand gebruikt, welke intonatie, welke gebaren, de lichaamshouding en gelaatsuitdrukking.¹⁷ Ook wordt er hierin gekeken of deze wel overeen komen met elkaar. Lacht iemand, maar hangen de schouders en worden er negatieve woorden gebruikt? Dan is de lach niet in overeenstemming met de rest van de gedragingen. Door dit als therapeut in te zetten in beeldende therapie zou er extra nadruk gelegd kunnen worden op het (h)erkennen van emoties.

Peergroup

Binnen de peergroup is gesproken over welke doelen bereikt kunnen worden binnen beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis. Er kwam voort dat er veel verschillende doelen bereikt kunnen worden, maar er zijn enkele thema's die bij deze kinderen en jongeren elke keer naar voren komen.

De volgende thema's komen veel aan bod binnen de beeldende therapie:

¹⁷ Joines, V & Stewart, I. Blz. 52-55

- Leren omgaan met emoties
- Aanbrengen van structuur
- Versterken van het zelfbeeld
- Grenzen aangeven en bewaken
- Zelfstandigheid/structuur

Wat door ons allen werd aangekaart is dat er veel doelen wel behaald kunnen worden, maar dat er een langdurige therapie nodig is. Dit is nodig omdat de hechtingsproblematiek van het kind ontstaan is binnen hun eerste kinderjaren. Deze kinderjaren zijn ontoereikend geweest voor deze kinderen, daardoor hebben deze kinderen ook meer tijd nodig om ontwikkelingen te maken.

Ook blijft het behalen van doelen bij deze doelgroep veelal een kwestie van uitproberen, aftasten en ervaren. Of bepaalde doelen behaald kunnen worden is nooit geheel afhankelijk van de problematiek van de cliënt. Veelal is ook afhankelijk van de persoon, het systeem om de persoon heen en de veerkracht van de persoon zelf.

Verder hebben we besproken dat het voor deze doelgroep belangrijk is om kleine stapjes te nemen, er kan niet van hen verwacht worden dat ze grote stappen in een keer nemen. Vooral bij de doelgroep die ook nog licht verstandelijk beperkt is naast de hechtingsstoornis op zich is het niet mogelijk om grote stappen te nemen. Het is goed om kleine doelen te stellen aan de cliënt, die voor dat moment haalbaar zijn. Er mogen wel grotere doelen aanwezig zijn, maar deze dienen niet aan de cliënt kenbaar gemaakt te worden. Dit omdat het lage zelfbeeld van deze doelgroep dan wellicht bevestigd wordt naar henzelf.

Participerende observatie

Binnen therapie heb ik vooral gemerkt dat licht verstandelijk beperkte jongeren een beperkte haalbaarheid hebben bij sommige doelen. Dit komt onder andere door hun lage algemene kennis en zelfinzicht. Jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis hebben meer moeite met sommige thema's in therapie waardoor vaak ook meer tijd nodig is om doelen te behalen. Naast bepaalde thema's merk ik dat jongeren met een hechtingsstoornis ook een langdurige therapie vereisen omdat ze veel meer tijd nodig hebben om een vertrouwensband aan te gaan, ze zich veilig moeten leren voelen en ze een laag zelfbeeld hebben. Daarnaast is er veel onderscheid in cliënten. Niet alle cliënten met een hechtingsstoornis zullen dezelfde doelen kunnen behalen. Dit kan komen door het systeem wat zij om zich heen hebben, hun eigen ontwikkeling en leeftijd en hun veerkracht. Als de cliënt een goed systeem om zich heen heeft (en met systeem bedoel ik familie, pleeggezin e.d.) dan is er een hogere slagingskans in het behalen van doelen.

Zoals ik net al noemde hebben jongeren met een lvb en hechtingsstoornis moeite met sommige thema's. Een zo'n thema is het thema emoties. Emoties zijn een lastig begrip voor deze doelgroep, juist omdat zij in hun kinderjaren niet de zorg hebben gekregen die 'normale' mensen wel krijgen 'missen' zij stukken

uit de opvoeding. Emoties is dus een heel beladen thema door de achtergrond van deze jongeren. Vaak hebben deze jongeren geen kennis van de vier basis emoties, daarnaast (h)erkennen zij hun eigen gevoelens niet en kunnen zij hun emoties ook niet begrenzen. Dit zijn de meest voorkomende stukken die ik tegen kom in therapie binnen dit thema. Om mijn ervaringen hiermee goed te illustreren zal ik een casus voorbeeld geven:

Daan is een jongen van 17 jaar. Hij heeft een hechtingsstoornis, is lvb en heeft ADHD. Daan woont op een leefgroep binnen een instelling, krijgt hier school en loopt ook stage. Daan werd aangemeld voor therapie met de hulpvraag: Agressieregulatie. In eerste instantie werd Daan naar een cognitief-gedragstherapeut gestuurd. Deze kon op verbaal vlak niet verder werken met Daan. Daan is vervolgens ondergebracht in beeldende therapie bij mij.

Al snel bleek dat Daan zijn agressie alles te maken had met het niet herkennen van zijn eigen emoties. Daan liet veel spanningen zien in zijn lichaam, maar was zich hier niet bewust van. Daan had snel kennis van de vier basis emoties, maar vond het moeilijk deze te herkennen bij zichzelf. Daan kon zijn eigen emoties ook niet begrenzen, waardoor hij bijvoorbeeld in een vrolijke bui over de grenzen van groepsleiders ging zonder zich hier bewust van te zijn. Daan had zelf de doelen om meer zelfstandigheid te krijgen en te leren ordenen. Met dit laatste doel zijn Daan en ik van start gegaan. Daan leert structureren en plannen via het medium, Daan doet dit via het werken met een whiteboard en veel ondersteuning van de therapeut. Als Daan dit doet kan hij goed zelfstandig werken en heeft hij controle en rust. Ik heb er bewust voor gekozen om aan een doel van Daan zelf te werken, dit om Daan zijn motivatie te vergroten en in het gekozen doel voeg ik zelf onderdelen toe die Daan nog moet leren. De nieuwe leefgroep en docent van Daan gaan op dezelfde wijze werken als de therapeut zodat Daan makkelijk zijn doel kan behalen en hij geen gemengde boodschappen krijgt.

Zoals je in de casus kunt lezen is Daan een jongen die worstelt met het thema emoties. Daan kan goed de vier basis emoties benoemen, echter kan Daan dit niet bij zichzelf. Daan ziet spanningen niet bij zichzelf en herkent zijn emoties niet. Ook heeft Daan geen grenzen in zijn emoties. Daan is nog niet klaar met zijn behandeling maar heeft al kleine vorderingen gemaakt in therapie. Uit de korte periode die ik Daan in therapie heb gehad kan ik concluderen dat hij zijn doelen kan behalen, maar Daan zal wel een langdurig therapie traject hiervoor moeten volgen met voldoende ondersteuning van zijn systeem.

Doelen die ik haalbaar acht bij jongeren met een lvb en hechtingsstoornis met betrekking tot het thema emoties zijn:

- kennis van de vier basis emoties
- her- en erkennen van de eigen emoties
- emoties leren begrenzen
- emoties leren ordenen en plaatsen (zien waarom een emotie zich voordoet)

Als afsluiting op dit stuk vind ik het belangrijk om te noemen dat als het systeem van de cliënt op een lijn zit dit erg bevorderlijk is voor het proces van de cliënt. De cliënt integreert zo sneller wat hij heeft geleerd en hij voelt zich binnen elke context veilig. Dit omdat elke context gelijk handelt voor hem. Ik vind continuïteit heel belangrijk voor deze doelgroep, en veilige en kleine stapjes maken is essentieel. Ik geloof niet dat een therapie snel afgerond kan worden bij deze doelgroep, alleen een langdurige therapie waarbij het systeem van de cliënt is betrokken is toereikend.

Triangulatie

De dataverzameling rondom deze deelvraag vond ik moeizaam verlopen. Dit komt omdat er vooral algemene informatie te vinden is en ik het lastig vond om het toe te spitsen op het thema's emoties. Binnen de peergroup ging het met name over algemene doelen die behaald kunnen worden in beeldende therapie bij kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis. Ik ben daardoor eerst algemeen gaan kijken naar wat voor soort doelen behaald kunnen worden en wilde mijn deelvraag hier op aanpassen. Dit vond ik echter veel te algemeen worden en dan zou ik de richting van mijn onderzoek verliezen. Ik ben daardoor vooral uitgegaan van mijn eigen kennis en ervaring bij de doelgroep en het thema emotie. Het onderzoek van A. Molenaar wat ik per toeval op internet tegen kwam heeft mij het meeste geholpen bij deze deelvraag. Dit omdat er directe kennis gedeeld werd van professionals waar ik antwoorden uit kon halen voor dit onderzoek.

De beantwoording van deze deelvraag is daarom ook voornamelijk gebaseerd op kennis vanuit literatuur (het onderzoek van A. Molenaar) en mijn eigen ervaring.

Conclusie

Welke doelen kunnen in binnen beeldende therapie kunnen behaald worden binnen het thema emoties bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis? Deze deelvraag was een lastige vraag om beantwoord te krijgen. Via literatuur en eigen ervaring heb ik een duidelijk antwoord kunnen formuleren voor deze deelvraag. Doelen die behaald kunnen worden volgens de literatuur zijn als volgt:

- het leren (h)erkennen van emoties
- het verwerken van emoties
- begrip krijgen van emoties (denk hierbij aan de vier basis emoties)
- het ordenen van eigen emoties
- het begrenzen van eigen emoties

Doelen die volgens mijn eigen ervaring behaald kunnen worden in therapie zijn:

- kennis van de vier basis emoties
- her- en erkennen van de eigen emoties
- emoties leren begrenzen
- emoties leren ordenen en plaatsen (zien waarom een emotie zich voordoet)

De doelen die genoemd worden door door beide bronnen komen overeen waardoor er een duidelijk beeld ontstaat van welke doelen binnen het thema emoties behandeld kunnen worden bij deze doelgroep. Om deze doelen te behalen zullen er kleine subdoelen gesteld moeten worden, dit om de haalbaarheid te vergroten en om de doelgroep niet te overvragen. Wederom is het van belang om rekening te houden met het IQ en EQ van de doelgroep en hierop in te spelen binnen de therapie. De doelen op correcte wijze afstemmen op de client is van essentieel belang om de doelen te behalen. Niet elke jongere zal even snel kunnen werken en sommige jongeren zullen meer subdoelen krijgen om tot het hoofddoel te komen. Ook hierin blijf ik benadrukken dat een langdurige therapie vereist is voor deze doelgroep en dat er vanuit positiviteit gehandeld moet worden.

Doelen die behaald kunnen worden binnen beeldende therapie als het gaat om het thema emoties bij de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis zijn:

- kennis van de vier basis emoties
- het leren her- en erkennen van emoties
- het ordenen van emoties
- het begrenzen van emoties
- het verwerken van emoties

Binnen deze hoofddoelen vallen subdoelen zoals ik hierboven heb beschreven. Om hier een beeld van te krijgen noem ik een voorbeeld. Als het hoofddoel kennis van de vier basis emoties is kunnen subdoelen geformuleerd worden als;

- het kunnen uitbeeldend van de vier basis emoties
- het herkennen van de vier basis emoties bij anderen
- het herkennen van de vier basis emoties bij zichzelf
- het kunnen benoemen van de basis emoties

7.4 Welke interventies kunnen in beeldende therapie worden ingezet bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties?

Literatuur

Barbara Krantz (2006) kwam met een fantastisch boek: "interventies van vaktherapeuten". Waarin zij, via onderzoek, antwoord geeft op welke interventies gepleegd worden door vaktherapeuten. Hierin heeft zij ook onderscheid gemaakt in de interventies die beeldende therapeuten plegen:¹⁸

Medium interventies;

- Beperkt meedoen
- doorgaan
- eigen stuk maken
- materiaal aanbieden
- materiaal presenteren
- meegaan, steunen
- nieuw materiaal aanbieden
- stoppen
- streep trekken
- tekeningen in mappen doen
- verschillende bewegingen voordoen
- voordoen

Verbale interventies;

- aanwijzing
- advies
- commentaar
- compliment, lof
- constatering
- grapje
- feedback
- instructie, uitleg (nader, nieuw of specifiek)
- (kort) antwoord
- suggestie
- verwoorden (zeggen wat je doet)
- vraag: directief, open, doorvragen, navragen
- waarschuwing
- afkappen
- corrigeren
- goedkeuren
- het positieve bekrachtigen
- beeld gebruiken
- herhalen
- voorbeeld geven

Dit zijn alle interventies die toegepast worden in beeldende therapie, dit is echter niet toegespitst op het thema emoties. Binnen het thema emoties zal er naar mijn mening nadruk gelegd worden op bepaalde interventies die B. Krantz noemt in haar boek. Dit zal ik verder behandelingen in mijn participerende observatie van deze deelvraag.

¹⁸ Barbara Krantz (2006). blz. 97-102.

Peergroup

De interventies die besproken zijn in de peergroup zijn interventies die ingezet worden bij kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis. In mijn participerende observatie specificeer ik mijn interventies ook naar licht verstandelijk beperkte jongeren en hoe ik interventies inzet rondom het thema emoties. Kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis hebben vaak een geringe concentratie en dwalen veel af van hun werk. De therapeut pleegt dan een interventie om de cliënt weer bij de opdracht terug te brengen. Zo kan de therapeut de cliënt vragen weer op de plek te gaan zitten als deze wegloopt bij de tafel.

Een herstructurering inzetten is ook een interventie deze kan betrekking hebben op de opdracht zelf, maar ook op de therapie als geheel. Een interventie hierin is bijvoorbeeld de therapie stopzetten en op een andere wijze hervatten.

Vaak zijn er in therapie korte voorbesprekingen en nabesprekingen van de therapie, deze doelgroep dwaalt, zoals ik al eerder heb benoemd, door de geringe concentratie vaak snel af en kan zich dan niet goed meer bij het gesprek houden. Een passende interventie hierin is om het gesprek af te kappen of in een zin af te ronden.

Het viel ons op dat deze doelgroep gekenmerkt wordt door negativiteit. Deze negativiteit is veelal betrekking op de cliënt zelf. Er wordt veel gezegd: 'Dat kan ik niet', 'het is niet mooi', 'ik snap dat toch niet' enzovoort. Om de cliënt uit deze negativiteit te halen moet er direct een interventie gepleegd worden die de negativiteit omzet in positiviteit. Een interventie zou hierbij kunnen zijn door de cliënt te zeggen dat het werkstuk mooi is.

Het verwoorden van jezelf (waar ben ik als therapeut mee bezig) is belangrijk bij deze doelgroep. Als voorbeeld: 'Ik loop even weg van tafel om mijn handen te wassen, ik kom zo weer bij je terug.' Het is belangrijk om dit te verwoorden omdat deze doelgroep zich snel afgewezen voelt. Door duidelijk te zeggen waarom je even weggaat en ook aangeeft dat je terug komt is de kans dat een cliënt zich afgewezen voelt kleiner.

Het is belangrijk om deze doelgroep bij de planning te houden. Ze stoppen vaak halverwege een opdracht. Dit kan zijn omdat de opdracht niet 'lukt', het materiaal lastig hanteerbaar enzovoort. De cliënt hecht vaak geen waarde aan een werkstuk waardoor het gemakkelijk is om halverwege te stoppen en iets anders te gaan doen. Het is belangrijk hierin gelijk een interventie te plegen, omdat opdrachten anders geen therapeutische waarde meer zullen hebben. Het kan handig zijn om van te voren de opdracht uit te schrijven zodat de cliënt gewezen kan worden op het 'plan van aanpak' en er verder gewerkt kan worden.

Bij ons allemaal merkte we dat grapjes maken in therapie een goede interventie is. Dit is een goede interventie om een positieve sfeer neer te zetten in therapie. Dit geeft de cliënt ook ruimte om zelf grapjes te maken en 'los' te komen in therapie. Het biedt een stuk veiligheid naar de cliënt toe.

Het is soms lastig om doelen te behalen bij deze doelgroep omdat ze opdrachten niet af willen maken en de therapeutische waarde zo verloren kan gaan. Hierin kan het helpen om de cliënt uit te dagen. Dit gaat vaak het beste op een kinderlijke manier. Bijvoorbeeld: Een cliënt loopt weg bij de opdracht en wil iets anders gaan maken. De therapeut roept de cliënt terug naar de tafel en maakt een wedstrijdje van de opdracht. Doordat de opdracht toch wordt afgemaakt is er ruimte om met de cliënt te bespreken hoe de opdracht werd ervaren.

Naast deze interventies zijn er nog vele andere interventies die plaats kunnen vinden binnen de beeldende therapie, dit zijn binnen de peergroup wel de meest voorkomende interventies die ingezet worden. De interventies zijn veelal gebaseerd op de aandacht behouden van de cliënt en een veilige sfeer te creëren binnen therapie.

Participerende observatie

Het plegen van de juiste interventies bij mijn doelgroep vind ik lastig. Dit omdat er veel rekening gehouden moet worden met het intellectuele niveau van de jongere en de problematiek. Als ik kijk naar de lvb jongeren met een hechtingsstoornis in therapie dan komt het thema emoties altijd aan bod. Dit is een lastig thema voor deze jongeren, omdat ze zich vaak niet bewust zijn van hun eigen emoties en ze ook niet 'op voelen komen'. Hierdoor ontstaan er vaak plotselinge uitbarstingen van emoties waar geen begrenzing in zit. Het is in therapie daarom ook belangrijk om interventies in te zetten die de

bewustwording van eigen emoties vergroot. Een voorbeeld uit de praktijk:

Peter zit aan tafel en praat over school. Zijn handen zijn gebald als vuisten en er staat veel spanning op zijn armen. Hij zit kaarsrecht en ook in het gezicht van Peter is spanning te zien. Na het verhaaltje over school ontspant Peter zijn gehele lichaam weer. Als hij opnieuw begint te vertellen herhaald de situatie zich. Ik zet Peter zijn verhaal stop. 'Peter wacht even met verder vertellen. Ik zie aan jou lichaam dat je gespannen bent. Kijk maar eens naar je handen, en je zit kaarsrecht in je stoel. Normaal hang je altijd wat onderuit in je stoel en zijn je handen open op de tafel of op je schoot. Merk je het verschil?' Peter was zich niet bewust van wat zijn lichaam aangaf. Peter kan ook niet benoemen bij welk gevoel de spanning in zijn lijf hoorde en als een soort gelijke situatie plaatsvind merkt Peter weer de spanning in zijn lijf niet op.

Deze interventie moet veelal gepleegd worden in therapie. Dit omdat deze doelgroep vooral leert door herhaling en inslijten. Het kan maanden duren voordat een jongere zich meer bewust gaat worden van zijn lichaamssignalen, maar vaak word het uiteindelijk wel opgepakt en dan kan er aan een nieuw onderdeel binnen het thema emoties gewerkt worden.

Interventies die ik ook veel inzet binnen het thema emoties is het omzetten van negativiteit naar positiviteit. Als een jongere bijvoorbeeld veel spanning laat zien, of veel negatieve emoties waar hij zelf niet uit lijkt te komen dan geef ik er een positieve draai aan. Ik beschrijf de positieve kant van een situatie of ik maak een grapje over een voorval. Ook kan het zijn dat ik een stuk zelf onthulling inzet om de jongere te laten zien dat hij niet de enige is die een situatie soms zo ervaart of meemaakt. Dit helpt een jongere vaak om positiever te kijken en biedt ook veiligheid om te blijven praten. Daarnaast is deze doelgroep gebaat bij herhaling, omdat informatie hierdoor kan inslijten bij de client. Ik maak in therapie veel gebruik van herhaling. Deze herhaling zet ik vooral in naar de client om duidelijk te maken waar we aan werken en hoe we hieraan werken. Behalve herhaling vind ik het ook belangrijk om complimenten in te zetten in therapie bij deze doelgroep vanwege het lage zelfbeeld. Complimenten geef ik ook met betrekking tot emoties. Als een jongere bijvoorbeeld een emotie kan uitleggen, kan voordoen of benoemen dan complimenteer ik hem hiervoor.

Triangulatie

De dataverzameling rondom de deelvraag over interventies heeft mij ontzettend veel aan het denken gezet en ook tot actie doen overgaan. Binnen de literatuur kwam ik vooral algemene interventies tegen die ingezet worden door beeldend therapeuten. Wat mij hierin opviel is dat een interventie zoals een grapje ook door veel therapeuten word ingezet. Dit is een interventie die goed bij mij als therapeut aansluit maar waarvan ik onzeker was of het 'gepast' was. Ook via de peergroup hoorde ik dat zij dit inzetten bij de doelgroep wat mij nog meer bevestigde. Ook ben ik door de peergroup en de literatuur andere interventies gaan uitproberen en gaan uitbreiden. Zoals het vaker verwoordt van wat ik ga doen, dit deed ik al wel maar ik ben het nu nog meer gaan doen en heb daarvan ook het effect gezien in therapie. Er ontstaat meer rust en ik houd meer controle over de therapie. Een interventie waar ik veel mee heb geoefend in de laatste periode is het herstructureren, hierbij gebruik ik een white board en ik merkte dat het visueel maken van wat ik zeg de jongere helpt. Er ontstaat meer begrip van de opdracht en er word sneller aan de slag gegaan en de aandacht kan beter bij de opdracht gehouden worden.

Conclusie

Er zijn ontzettend veel verschillende soorten interventies die ingezet worden in beeldende therapie. Binnen de literatuur en in de peergroup was duidelijkheid krijgen, over welke interventies specifiek passen bij het thema emoties, moeilijk. Door te kijken naar mijn eigen ervaring en welke interventies bij deze doelgroep vooral toegepast worden door de peergroup heb ik een duidelijker beeld gekregen over welke interventies passen bij de doelgroep en welke specifiek ingezet kunnen worden rondom het thema emoties. *Interventies die goed passen bij de doelgroep zijn:*

- Het geven van complimenten; deze doelgroep wordt gekenmerkt door een laag zelfbeeld. Juist door positieve bekrachtiging en het geven van complimenten wordt het positieve zelfbeeld van de client bevestigd.
- Herhaling; herhaling vindt hierin plaats in o.a. uitleg, opdracht en beeld. De herhaling is bedoeld om informatie te laten beklijven bij de client.
- Beeld gebruiken; door het lage IQ van deze doelgroep is het soms lastig voor hen om een opdracht of uitleg te begrijpen. Het kiezen van de juiste woorden is hierin van belang, maar het visueel maken ervan zorgt voor een sneller en beter begrip van de informatie.
- Constatering; het benoemen van wat jij als therapeut ziet bij de client is van belang om bewustwording bij deze doelgroep te vergroten.
- Verwoorden van wat je doet; deze doelgroep is erg gevoelig voor afwijzing. Door te verwoorden wat je doet en waarom je iets doet ontstaat er veiligheid voor de client en is de kans op het gevoel van afwijzing kleiner.
- Herstructurering; Deze doelgroep kan snel overvraagd worden waardoor het soms nodig is om binnen een therapie of opdracht te herstructureren. Dit om overvraging te voorkomen.
- Het stellen van vragen; Deze doelgroep heeft vaak moeite met het verwoorden van zichzelf. Door vragen te stellen (let wel niet te open vragen te stellen) kan de client zich meer bewust worden van zichzelf.
- Afkappen van gesprekken; Deze doelgroep heeft een geringe concentratie, lange gesprekken zijn vaak een overvraging. Het is daarom van belang om de lichaamstaal van de client in de gaten te houden. Deze geeft vaak aan wanneer een gesprek te lang wordt, dan is het goed om het gesprek af te kappen of even samen te vatten en aan de slag te gaan.

Interventies die toespitsen op het thema emoties zijn:

- Constatering; je geeft de client aan wanneer je een emotie bij hen constateert. Deze interventie zorgt voor bewustwording bij de client.
- Herhaling; door informatie, werkvormen en ook interventies te herhalen blijft informatie beter hangen en slijt het in bij de client.
- Beeld gebruiken; door verschillende emoties visueel te maken kan de client beter inzicht krijgen in zijn emoties.

Binnen het werken met emoties zijn veel verschillende doelen waar aan gewerkt kan worden. Aan de hand van welk doel er bereikt moet worden met de client kan gekeken worden welke interventies op dat moment het beste aansluiten.

7.5 Welke werkwijze kan ingezet worden in beeldende therapie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties?

Literatuur

Om een duidelijk beeld te krijgen van welke werkwijzen in te zetten zijn bij deze doelgroep is het goed om te kijken naar welke werkwijzen er zijn.

De volgende werkwijzen omschrijft H. Smeijsters (2008):

- De orthopedagogische werkwijze

Algemene doelstelling: het ondersteunen van ontwikkeling

- De supportieve werkwijze

Algemene doelstelling: het ondersteunen in leren omgaan met problemen

- De palliatieve werkwijze

Algemene doelstelling: het verzachten, ondersteunen en valideren bij psychische problematiek

- De re-educatieve werkwijze

Algemene doelstelling: het beïnvloeden en doorwerken van problemen

- De reconstructieve werkwijze

Algemene doelstelling: het doorwerken van problemen

Deze werkwijzen hoeven niet los van elkaar te staan. Werkwijzen zijn niet gebonden aan specifieke werkvelden.¹⁹ Werkwijzen worden ingezet aan de hand van de behandelvraag die gesteld wordt. De

therapeut bekijkt of formuleert de behandelvraag en kiest dan de werkwijze die het beste aansluit op het doel en de cliënt.

Binnen beeldende therapie worden ook duidelijk werkwijzen omschreven:²⁰

- Steunend

Doel: het ontstaan van enige afstand tot het probleem

- Pragmatisch structurerend

Doel: het herstellen van evenwicht en het beperken van de gevolgen

- Directief klachtgericht

Doel: Klachtreductie

- Inzichtgevend

Doel: inzicht geven en verwerken

- Inzichtgevend plus

Doel: cliënt bepaald hierin het tempo, inzichtgevend en er komt persoonlijkheidsontwikkeling tot stand.

Ook hierbij wordt de keuze voor de werkwijze afgestemd op de cliënt en de vraagstelling.

In het onderzoek van Anika Molenaar (2007) komt naar voren dat therapeuten veelal gebruik maken van de re-educatieve werkwijze die Smeijsters (2008) benoemt. Deze werkwijze sluit volgens A. Molenaar het beste aan op de hechtingsproblematiek omdat de manier van werken het beste aansluit op gesteld

19 H. Smeijsters (2008). blz. 55-61.

20 C. Schweizer (2009). blz. 223-227.

doelen binnen therapie. Bij het behandelen met de re-educatieve werkwijze behoren aan doelstellingen als het uiten en reguleren van emoties.²¹ Bij licht verstandelijk beperkte jongeren is de werkwijze vooral structurerend. Via het werken met het materiaal kunnen gedrag en gevoelens worden geordend en begrensd.²²

Peergroup

Binnen de peergroup was vrij snel duidelijk welke werkwijze gehanteerd werd bij kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis. De werkwijze die gehanteerd werd door de peergroup is met name de re-educatieve werkwijze zoals beschreven door H. Smeijsters (2008). Deze heeft als doelstelling om problemen te beïnvloeden en door te werken. Eigen gedrag en beleven in het 'hier en nu' staan hierin centraal. Een werkwijze die goed aansluit bij de doelgroep vanwege het kijken naar het ik. Deze doelgroep heeft vaak een negatief zelfbeeld en een lage 'ego' wat resulteert in meerdere (vaak negatieve) gedragingen. Ook de belevingswereld van deze doelgroep is anders van het 'normale' en het is daarom goed om hier veel bij stil te staan.

Ook word er veel directief gewerkt bij deze doelgroep. Directief werken is klachtgericht werken. Directief begeleiden kan ook omschreven worden als: "Wanneer je iemand directief begeleidt dan vertel je die persoon exact wat hij of zij moet doen. Je vertelt bij een directieve aanpak niet alleen wat iemand moet doen, maar ook nog eens hoe het gedaan moet worden. Iemand die bevelen uit kan delen, is directief."²³ Ik geloof niet dat directief werken altijd de beste toepassing is bij deze doelgroep, dit met name door het lage zelfbeeld en kwetsbaarheid van de doelgroep. Directief werken heeft zeker zijn sterke kanten bij het werken met deze doelgroep omdat er duidelijke structurering en begeleiding is, de valkuil van directief werken is voor mij het gebrek aan ruimte voor de cliënt zelf. Er is niet tot nauwelijks ruimte voor invulling van de cliënt zelf, de 'ik' word in mijn beleving soms 'verstikt' in het directief werken.

Het klachtgericht werken vind ik ingewikkeld bij deze doelgroep omdat sommige klachten vanuit het systeem komen en dit zijn niet altijd dezelfde klachten als die van de cliënt. Ik zie nog wel eens hulpvragen voorbijkomen die gericht zijn op een hulpvraag die voor de cliënt 'onbekend' is, maar vooral vanuit het systeem word neergelegd. Het is belangrijk om deze hulpvraag wel in ogenschouw te houden, maar ik vind het belangrijker om te investeren in de hulpvraag die de cliënt zelf stelt. Daarom vertel ik in therapie altijd eerst waarom ik een cliënt zie, daarna vraag ik altijd aan mijn cliënten wat zij willen leren in therapie. Ik neem hun doel altijd als eerste uitgangspunt en verweef hierin dan de hulpvraag die officieel is gesteld. Op deze wijze heeft de client vaak meer motivatie voor therapie en word er gewerkt aan het functioneren van de client binnen het systeem.

We hebben met de peergroup niet gekeken naar andere werkwijzen die eventueel ook aan zouden kunnen sluiten bij onze doelgroep. Iedereen was er meteen van overtuigd dat re-educatief werken het beste aansluit.

21 H. Smeijsters (2008). blz. 58.

22 S. Windemuller e.a. (1998) blz. 106-107.

23 Lorraine, betekenis-definitie.nl

Participerende observatie

De werkwijze die ik hanteer bij mijn doelgroep is de re-educatieve werkwijze zoals omschreven door H. Smeijsters (2008). Deze werkwijze sluit volgens mij goed aan bij mijn doelgroep omdat het gericht is op het 'hier en nu'. Jongeren met een licht verstandelijke beperking kunnen niet goed in de toekomst kijken en het verleden is soms beladen met 'mislukkingen' (door hun lage intellect lopen deze jongeren vaak tegen problemen aan). Juist door naar het 'hier en nu' te kijken kunnen gedragsveranderingen het beste optreden. De re-educatieve werkwijze houdt zich ook bezig met het beleven in het 'hier en nu'. Jongeren met deze problematiek hebben vaak problemen om hun beleevingswereld te accepteren, maar ook om deze te begrenzen. Daarnaast vind ik ook dat de re-educatieve werkwijze goed aansluit op hechtingsproblematiek, omdat mensen met een hechtingsproblematiek vaak een negatief zelfbeeld hebben en een traumatiserend verleden. Doordat je met de re-educatieve werkwijze in het 'hier en nu' blijft kun je deze doelgroep veel bieden op het gebied van zelfbeeld. Wie ben ik is een grote vraag voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis. Een vraag die gedeeltelijk beantwoord kan worden na langdurige therapie. Ik zeg gedeeltelijk omdat deze kinderen vaak zo beschadigd zijn dat hun zelfbeeld veel schommelingen meemaakt, therapie kan deze jongeren wel handreikingen geven en hen helpen exploreren naar wie ze zijn en wat hun mogelijkheden zijn.

Binnen de peergroup werd ook veel gezegd over directief werken. Ik ben het hier niet volledig mee eens, omdat ik de kwetsbaarheid van mijn doelgroep erg groot vind. Het directief werken heeft sterke kanten, zoals ik al eerder heb benoemd. Zoals de structuur en overzichtelijkheid die het directief werken biedt. Daarnaast heeft het directief werken met deze doelgroep ook een grote valkuil, mijns inziens. Deze valkuil is dat deze doelgroep een laag zelfbeeld heeft en de 'ik' krijgt binnen het directief werken weinig ruimte om te exploreren. Ik probeer in mijn therapie vaak een combinatie te vinden in het sturend werken waarin nog wel ruimte is voor de ik. Deze ruimte stuur ik door middel van interventies om de therapie niet chaotisch te maken voor de jongere.

Wat betreft het thema emoties denk ik ook dat deze werkwijze het beste aansluit voor deze doelgroep. Dit heeft wederom te maken met het 'hier en nu' stuk waar deze werkwijze de nadruk legt. Deze doelgroep heeft veel moeite met het herkennen en erkennen van eigen emoties. In therapie heb ik gemerkt dat er vaak goed teruggekeken kan worden en emoties dan benoemd kunnen worden die zich hebben voorgedaan. Echter is het herkennen van emoties in het 'hier en nu' lastig. Spanningen in het lichaam en uitingen van emoties in het lichaam worden vaak niet of nauwelijks herkent door de jongere zelf. Doordat deze herkenning ontbreekt lopen emoties soms ineens uit de hand. Door re-educatief aan de slag te gaan word er meer nadruk gelegd op de emoties die in het 'hier en nu' worden beleefd door de client. Dit vergroot de bewustwording en helpt de client zichzelf ook beter begrijpen. Daarnaast kan het de client handvatten bieden hoe om te gaan met deze emoties. Als voorbeeld: *Wat zie en voel ik als ik boos ben? Ik zie dat mijn handen vuisten zijn, ik zie dat mijn gezicht rood aanloopt, ik voel mijn spieren aanspannen. Wat kan ik doen als ik dit voel? Ik word rustig als ik even naar mijn kamer ga, ik mag aangeven dat ik boos word en naar mijn kamer wil.*

Als laatste wil ik nogmaals de nadruk leggen op het feit dat ik alleen geloof in langdurige therapie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis. Het thema emoties speelt altijd een rol bij deze doelgroep en is goed te behandelen met deze werkwijze, echter is er wel tijd en ruimte nodig om met dit thema te werken en de gestelde doelen te behalen.

Triangulatie

De dataverzameling rondom deze deelvraag had ik snel verzameld omdat er vooral vanuit de peergroup en mijn eigen observatie een duidelijke werkwijze aan te wijzen was die werkt bij deze doelgroep. Vanuit literatuur was het onderzoek van A. Molenaar (2007) doorslaggevend. De therapeuten die aan het woord komen binnen dit onderzoek wezen ook de re-educatieve werkwijze aan als passende werkwijze voor de doelgroep. Ik heb hier geen nieuwe inzichten door opgedaan.

Wat ik wel merkte binnen de peergroup is dat zij overtuigd waren van de directieve werkwijze. Ikzelf ben niet helemaal overtuigd van het directief werken. Ik vind de doelgroep waar ik mee werk een erg

kwetsbare doelgroep en zou daarom niet in alle gevallen voor een directieve werkwijze kiezen. Ik zie wel dat de directieve werkwijze ook positieve kanten heeft, met name de structuur en duidelijkheid is een sterke kant.

Conclusie

Welke werkwijze kan ingezet worden in beeldende therapie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis die werken aan het thema emoties? Deze vraag kan kort en duidelijk beantwoord worden. Vanuit alle bronnen komt naar voren dat de re-educatieve werkwijze het beste aansluit bij de doelgroep. De re-educatieve werkwijze houdt in dat het beïnvloeden en doorwerken van problemen centraal staat. Hierin is het kijken naar het 'hier en nu' het meest van belang. Jongeren met een licht verstandelijke beperking hebben vaak moeite om ver in de toekomst te kijken, het 'hier en nu' is voor hen de beste manier om aan de slag te gaan. Voor jongeren met een hechtingsstoornis is het vaak erg belastend om naar het verleden te kijken, daarnaast houden zij zich vaak niet of nauwelijks bezig met de toekomst. Het 'hier en nu' is voor hen het meest van belang. Ook is het goed om rondom het thema emoties veel in het 'hier en nu' te kijken, omdat hechtingsgestoorde jongeren vaak geen inzicht hebben in hun emoties. Zij kunnen vaak verwoorden wat in het verleden is gebeurd en welk gevoel daarbij hoorde, maar zijn zich vaak niet bewust van hun gevoelens in het 'hier en nu'. De re-educatieve werkwijze sluit hierom goed aan bij deze doelgroep.

Daarnaast kan directief werken een goede insteek zijn in de therapie. Dit is een kwetsbare doelgroep en daarom kan directief werken soms weinig ruimte laten voor de persoon in therapie. Aan de andere kant zijn de structuur en duidelijkheid die directief werken biedt heel belangrijk en functioneel voor deze

doelgroep. Elke therapeut zal hier zijn of haar eigen afweging in moeten maken.

8. Conclusie

De vraag die centraal staat in dit onderzoek is: 'Waar moeten werkvormen in beeldende therapie aan voldoen bij het thema emoties als er wordt gewerkt met licht verstandelijk beperkte jongeren in de leeftijd 12 tot 18 jaar met een hechtingsstoornis?' Om deze vraag te beantwoorden heb ik gekeken naar wanneer beeldende therapie ingezet kan worden bij deze doelgroep, welke doelen behaald kunnen worden binnen het thema emoties, welke interventies ingezet kunnen worden en ook welke werkwijze het beste aansluit bij de doelgroep. Door al deze vragen te beantwoorden is er een duidelijk kader ontstaan waar binnen werkvormen toegepast kunnen worden.

Allereerst was het zaak om te kijken of het thema emoties relevant is bij deze doelgroep. In het onderzoek komt naar voren dat met name het niet kunnen uiten of verwoorden van gevoelens en het niet (h)erkennen van gevoelens indicaties zijn voor beeldende therapie. Het thema emoties is relevant bij deze doelgroep en nodigt ook uit om verder te kijken.

Het thema emoties is geen simpel thema. Het kan bestaan uit vele aspecten en er kunnen vele doelen geformuleerd worden binnen dit thema. Echter zijn niet alle doelen geschikt om aan deze doelgroep te stellen. Dit omdat hun licht verstandelijke beperking hen kan belemmeren om doelen te behalen die, bijvoorbeeld, gericht zijn op een grote mate van inzicht. Om dit onderzoek geschikt te maken is daarom gekeken naar welke doelen wel gesteld kunnen worden binnen beeldende therapie bij deze doelgroep. De volgende haalbare doelen zijn hieruit naar voren gekomen:

- kennis van de vier basis emoties
- het leren her- en erkennen van emoties
- het ordenen van emoties
- het begrenzen van emoties
- het verwerken van emoties

De haalbaarheid van de doelen kan echter nog steeds afhankelijk zijn van het IQ en EQ van de jongeren. Daarnaast zorgt een goed werkend systeem om de jongeren heen ervoor dat doelen (meestal) sneller behaald kunnen worden. Met een goed werkend systeem wordt bedoeld dat er onderlinge cohesie is tussen

de betrokkenen van de client. Deze cohesie zorgt namelijk voor stabiliteit en veiligheid, iets wat voor hechtingsgestoorde jongeren erg belangrijk is.

Het is duidelijk dat het thema emoties relevant is en ook welke doelen behaald kunnen worden rondom dit thema in beeldende therapie. Maar hoe zijn deze doelen te behalen in therapie? Om hier een antwoord op te krijgen zijn interventies onderzocht die aansluiten bij deze doelgroep en het gekozen thema. In principe kunnen alle therapeutische interventies ingezet worden bij deze doelgroep, mits deze zijn aangepast op hun niveau. Echter zijn uit het onderzoek wel interventies naar voren gekomen die veel ingezet worden bij deze doelgroep en die ook waardevol zijn bij het thema emoties. Interventies die toespitsen op het thema emoties zijn:

- Constatering; je geeft de client aan wanneer je een emotie bij hen constateert. Deze interventie zorgt voor bewustwording bij de client.
- Herhaling; door informatie, werkvormen en ook interventies te herhalen blijft informatie beter hangen en slijt het in bij de client.
- Beeld gebruiken; door verschillend emoties visueel te maken kan de client beter inzicht krijgen in zijn emoties.

Behalve interventies is het ook goed om te weten welke werkwijze aansluit bij deze doelgroep om zo een meest effectief resultaat te krijgen. De werkvormen kunnen aan de hand van de werkwijze en soort interventies toegespitst worden op de doelgroep en doelen. De werkwijze die goed aansluit bij de doelgroep is de re-educatieve werkwijze. Die gebaseerd is op het doorwerken en beïnvloeden van het probleem en waarin het 'hier en nu' in centraal staat.

Samenvattend is het thema emoties een relevant thema bij de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis, zijn er duidelijke doelen te behalen en sluit de re-educatieve werkwijze goed aan bij de doelgroep. Daarnaast zijn er soorten interventies die helpen om gestelde doelen te behalen. Deze informatie zorgt voor een kader waarin de werkvormen gekozen kunnen worden.

Waar moeten de werkvormen aan voldoen om het gewenste resultaat te krijgen bij deze doelgroep rondom het thema emoties? Werkvormen worden altijd toegespitst op de client, zo variëren ze per doelgroep in techniek, thema, werkduur en complexiteit. De werkvormen dienen toegespitst te zijn op het gekozen thema; in dit geval is dat emoties. Binnen het gekozen thema moet gekeken worden naar het gestelde doel. De doelen die behaald kunnen worden binnen dit thema bij deze doelgroep zijn hierboven benoemd, de werkvorm dient toegespitst te worden op dit doel. Vanuit de re-educatieve werkwijze kan er gewerkt worden met receptieve en actieve werkvormen, gezien het lage IQ van de doelgroep word er gekozen voor actieve werkvormen waarin de client zelf actief bezig is in het medium. Daarnaast worden de werkvormen op een gestructureerde en trainingsgerichte manier aangeboden aan de cliënt.

Als voorbeeld:

Thema: Emoties

Doel: Kennis van de vier basis emoties

Werkvorm: Aan de hand van een voorbeeld de vier basis emoties schilderen op papier

Uitwerking: Therapeut legt alle materialen van te voren klaar. De therapeut legt de client uit welke opdracht gaat plaatsvinden en geeft hierbij een passende uitleg. Er hangt een voorbeeld van de vier basis emoties op het bord, de therapeut legt de vier basis emoties uit aan de hand van de plaatjes. De client word aan de opdracht gezet en verteld hoeveel tijd er is voor de opdracht (een klok is duidelijk aanwezig voor de tijd, de therapeut geeft tussendoor ook de tijd aan). Therapeut zet interventies in binnen de werkvorm om de client een zo duidelijk mogelijk beeld te laten weergeven van de vier basis emoties.

Samenvattend:

De werkvorm word gestructureerd en trainingsgericht aangeboden. Er word gewerkt vanuit de re-educatieve werkwijze. De werkvorm is toegespitst op het thema en doel. De werkvorm is actief. Binnen de werkvorm worden interventies ingezet die het behalen van het doel bevorderen.

Aanbevelingen

Na aanleiding van dit onderzoek raad ik aan om verder onderzoek te verrichten naar welke werkvormen geschikt zijn om in te zetten bij het thema emoties bij licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis. Er is door dit onderzoek duidelijkheid gekomen in de relevantie van het thema, welke doelen gesteld kunnen worden, welke werkwijze gehanteerd moet worden en ook welke interventies van belang zijn. Daarnaast is er in de hoofdvraag antwoord gegeven op de vraag: 'Waar moeten werkvormen in beeldende therapie aan voldoen bij het thema emoties als er wordt gewerkt met licht verstandelijk beperkte jongeren in de leeftijd 12 tot 18 jaar met een hechtingsstoornis?' Hierdoor is er een kader geschapt waarin onderzocht kan worden welke werkvormen het beste aansluiten en het meeste effect hebben.

Daarnaast adviseer ik om modules te ontwikkelen die gericht zijn op het thema emoties bij de genoemde doelgroep. Er zijn op het moment nog weinig onderzoeken verricht naar wat werkt bij deze doelgroep en juist daarom is het belangrijk om ons hierin verder te verdiepen. Het is een veel voorkomende doelgroep waar nog weinig gericht aanbod voor bestaat. De vraag vanuit het werkveld is om hier wel gericht aanbod voor te ontwikkelen. Daarom het advies om het onderzoek voort te zetten en aan de ontwikkeling van modules te beginnen.

Literatuurlijst

Google afbeelding voorkant werkstuk:

<http://www.buurt-online.nl/best/> (16-06-2012)

Webdocumenten:

<http://www.vilans.nl/docs/producten/Onveiliggehecht.pdf> (16-06-2012)

Tijdschriften:

Baljon, M. & Hardon, B. (2003). Tijdschrift clientgerichte psychotherapie 41.

Praktijkonderzoek:

Molenaar, A. (2007). Verbinding verbroken.

Boeken:

Banning, T. & Hammink, G. & Leur, M. van (2011). *De puberparadox: blijf een beetje dichter uit mijn buurt.* Blaricum: Van der Veer Media.

Bartal, L. & Ne'eman, N. (1975). *Movement, awareness and creativity.* London: Souvenir Press Ltd.

Bijman, E. & Lamberix, I. (2004). *Doen kinderen wat ze zeggen? Sociale informatieverwerking bij een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen.* Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

Budde, E. (1989). *Creatieve therapie in praktijk.* Deventer: van Loghum Slaterus.

Coholic, D. (2010). *Arts activities for children and young people in need.* London: Jessica Kingsley Publishers.

Dijkstra, P. (2005). *Omgaan met hechtingsproblemen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-Focused Therapy. Coaching clients to work through their feelings.* Washington D.C.: American Psychological Association.

Grootenboer, J. & Huskens, B.E.B.M. & Teeuwisse, J.M. (et al.) (1998). *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren.* Assen: van Gorcum & Comp B.V.

Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ham, H. van der (2002). *Voor jou zeker...?! Over gehechtheid en basisvertrouwen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kog, M. & Laevers, F. & Vandenbussche, E. (1994). *Wat ik nodig heb! Interventies voor kleuters met sociaal-emotionele problemen.* Leuven: Centrum voor ErvaringsGericht Onderwijs-V.Z.W.

- Kranz, B.** (2006). *Interventies van vaktherapeuten*. Nijmegen: Opleiding Creatieve Therapie.
- Lindner-Middendorp, C.J.M. & Raijmakers, L.P.T & Flikweert, D.A.** (et al.) (1994). *Gehecht aan goede relaties. De betekenis van gehechtheid en goede relaties voor verstandelijk gehandicapte mensen*. Assen: van Gorcum & Comp B.V.
- Ridder, H. de** (2009). *Hart & Haptonomie*. Blaricum: Van der Veer Media.
- Schweizer, C.** (2009). *Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H.** (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Vaessen, G.** (2004). *Als hechten moeilijk is*. Apeldoorn: Garant-Uitgevers n.v.
- Wallin, D.J.** (2010). *Gehechtheid in psychotherapie*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Wigboldus, M. & Wolsink, L.** (1999). *Denken en voelen. Trainingsprogramma voor emotionele en cognitieve vaardigheden*. Utrecht: B.V. Uitgeverij SWP.

Bijlage 1

Verandering van deelvragen. Het onderzoek was eerst toegespitst op het waarnemen van gevoelens en hoe deze te bevorderen in beeldende therapie bij licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis. Dit was echter moeizaam te onderbouwen via literatuur, daarom heb ik de deelvragen aangepast naar het thema emoties algemeen. Dit was nog wel onderdeel van mijn vooronderzoek,

daarom voeg ik het vooronderzoek stuk als bijlage bij het onderzoek.

6.4 Wat is in dit onderzoek het waarnemen van gevoel?

Wat is het waarnemen van gevoel? Om die vraag goed te kunnen beantwoorden zoeken we eerst naar de definitie van het waarnemen op zich en het gevoel op zich.

Wat is waarnemen?

Volgens het woordenboek is waarnemen het volgende: iets observeren, iets via de zintuigen in zich opnemen.²⁴ Je observeert dus iets, je wordt je via je zintuigen ergens bewust van. Zo kun je waarnemen dat er tranen uit je ogen komen, maar ook dat je handen beginnen te trillen of dat je op school altijd met je pen friemelt in je handen. Via je zintuigen (ogen, oren, neus, mond en huid) krijg jij signalen binnen die jou iets vertellen. Er loopt een traan over haar gezicht, ohjee ze huilt! Ik zit altijd te friemelen als ik hier ben... waarom doe ik dat eigenlijk? Door waar te nemen kun je conclusies trekken, maar je kunt je ook vragen stellen.

Wat is gevoel?

Volgens het woordenboek is gevoel het volgende: algemene term voor emoties, geloof, prikkels van de zintuigen.²⁵ Gevoel kan dus meerdere dingen betekenen, je kunt via je zintuigen letterlijk iets voelen, maar het kunnen ook emoties zijn die je van binnen voelt. In dit geval hebben we het over emoties, gevoel dat van binnen zit. Emoties zijn er heel veel bijvoorbeeld: bang, boos, blij en bedroefd. Zoals je ziet kan gevoel zowel negatief (bang, boos, bedroefd) als positief zijn (blij). Nu we de definitie van beide woorden duidelijk hebben kunnen we ook een definitie stellen van het waarnemen van gevoel. Gevoel is, in dit geval, een emotie die zich van binnen afspeelt. Dit gevoel kan onbewust plaatsvinden maar ook bewust. Onbewust kan bijvoorbeeld zijn als dat je bang bent voor iemand op school, automatisch ontloop je deze persoon zo wordt je nooit direct geconfronteerd met jouw angst. Maar gevoel kan ook heel bewust zijn, als iemand bijvoorbeeld iets gemeens zegt: 'Je ziet er echt belachelijk uit!' dan kun je verdriet voelen. Je neemt gevoel pas waar, als het zich bewust aandient. Maar hoe neem je een gevoel waar? Laten we het laatste voorbeeld erbij pakken, iemand zegt: 'je ziet er echt belachelijk uit!'. ik zie mijn handen trillen, en voel tranen over mijn gezicht lopen, ik ben verdrietig. Nu heb ik mijn gevoel waargenomen. Soms gebeurt het ook dat je gevoelens verkeerd waarneemt, dat kan bij een ander zijn, maar je kunt ook je eigen gevoelens verkeerd waarnemen als je niet goed weet wat gevoelens betekenen. Stel: Kim mag van haar moeder niet naar haar kamer voordat ze haar bord leeg heeft. Haar gezicht word rood, ze balt haar vuisten en schreeuwt tegen haar moeder: 'Maar ik lust dit helemaal niet!' Kim zegt: 'ik was toen verdrietig'. Klopt dat? Als iemand verdrietig is, wat neem je dan waar? Als iemand verdrietig is dan huilen mensen vaak. Als iemand verdrietig is ballen ze niet hun vuisten en schreeuwen ze niet. Als we waarnemen wat Kim deed dan zeggen we dat Kim boos was. Soms is het heel moeilijk om emoties van elkaar te onderscheiden en soms voel je ook meerdere emoties tegelijk.

Het waarnemen van gevoel is dus een gecompliceerd iets. We weten dat we ons bewust zijn van gevoel als we het hebben waargenomen. En we nemen gevoelens waar via onze zintuigen.

24 <http://www.woorden-boek.nl/woord/waarnemen>

25 <http://zoeken.dokterdokter.nl/woord/gevoel>

Module 'verkenning van gevoel'

Een module beeldende therapie ter bevordering van gevoelsverkenning, door middel van het verkennen van de vier basis emoties, voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Marieke van Nieuwenhuizen en in het kader van mijn afstudeer project, aan de Hogeschool Utrecht voor mijn opleiding Creatieve therapie beeldend, ontwikkel ik een module voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis in de residentiële opvang. De module is bedoeld om deze jongeren te helpen bij het verkennen van gevoelens bij zichzelf, en dan met name gericht op de vier basis emoties. Om een goede basis te formuleren voor deze module doe ik een onderzoek naar de behoefte van een dergelijke module. Hieronder volgt een korte vragenlijst, met het verzoek of u deze in wilt vullen en aan mij wilt retourneren.

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Marieke van Nieuwenhuizen
Student Creatieve therapie beeldend

Enquête

1. Voor welke instelling bent u werkzaam?

Frion een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in de regio noord, noordwest overijssel

2. Wat is uw functie binnen de instelling?

Ik ben bewegingsagoog en psychomotorisch therapeut

3. Heeft u ervaring met de genoemde doelgroep?

Ja ik zie veel cliënten met verschillende niveaus en problematieken zo ook deze doelgroep

4. Welke thema's spelen volgens u een rol bij deze doelgroep?

Verdragen van stress, emoties reguleren, copingsvaardigheden uitbreiden en aanleren

5. Zijn er volgens u al soortgelijke modules ontwikkeld? Zo ja, kunt u een voorbeeld noemen.

Zelf gebruik ik de ARGOS en de module van Avelijn bij hechtingsproblematiek

6. Waar moet deze module volgens u aan voldoen?

Het moet haalbaar zijn en rustig opgebouwd. Behandeling bij deze cliënten duurt meestal erg lang. Zorg dat het duidelijk wordt waarom het belangrijk is om emoties te herkennen. Zorg voor een goede theoretische onderbouwing.

De module die ontwikkeld word is een module voor beeldende therapie. De module is gericht op de verkenning van gevoelens. De module is opgedeeld in drie fasen; verkenningsfase, de vier basis emoties en de afrondingsfase. In de verkenningsfase worden gevoelens verkent, in de tweede fase speelt psycho-educatie een rol en in de afrondingsfase vind er een verbinding tussen de twee fasen plaats.

7. Als deze module bij u in de kast stond, zou u hem dan hanteren/proberen?

Wellicht zou ik er delen uit gebruiken

8. Als de module is ontwikkeld, zou u hem dan willen inzien?

Ja ik ben altijd nieuwsgierig

9. Opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw tijd!

Module 'verkenning van gevoel'

Een module beeldende therapie ter bevordering van gevoelsverkenning, door middel van het verkennen van de vier basis emoties, voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Marieke van Nieuwenhuizen en in het kader van mijn afstudeer project, aan de Hogeschool Utrecht voor mijn opleiding Creatieve therapie beeldend, ontwikkel ik een module voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis in de residentiële opvang. De module is bedoeld om deze jongeren te helpen bij het verkennen van gevoelens bij zichzelf, en dan met name gericht op de vier basis emoties. Om een goede basis te formuleren voor deze module doe ik een onderzoek naar de behoefte van een dergelijke module. Hieronder volgt een korte vragenlijst, met het verzoek of u deze in wilt vullen en aan mij wilt retourneren.

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Marieke van Nieuwenhuizen
Student Creatieve therapie beeldend

Enquête

10. Voor welke instelling bent u werkzaam?
S'Heerenloo, Noordwijkerduin in Noordwijk

11. Wat is uw functie binnen de instelling?
Psychomotorische Therapeut

12. Heeft u ervaring met de genoemde doelgroep?
Ja, al 14 jaar

13. Welke thema's spelen volgens u een rol bij deze doelgroep?
Omgaan met emoties, boosheid.
Impulscontrole
Omgaan met Spanning
weerbaarheid

14. Zijn er volgens u al soortgelijke modules ontwikkeld? Zo ja, kunt u een voorbeeld noemen.
In verschillende modules komt het thema emoties altijd terug, zoals in weerbaarheidstraining.
Ook komt het vaak terug in individuele therapie, in de aanvraag staat vaak wel een vraag van omgaan met emoties.
Vanaf volgende maand wordt er binnen de NVPMT in de werkgroep voor verstandelijk gehandicapten een product geschreven in omgaan met emoties

15. Waar moet deze module volgens u aan voldoen?
In activiteiten dicht aansluiten bij de interesse van de clienten. Veel aandacht voor transfer.
Niet overvragen, zeker met hechtingsproblematiek loopt de emotionele ontwikkeling sterk achter, overvraging ligt op de loer. Laag inzetten en gebruik maken van de omgeving als buffer van de emoties is noodzakelijk.

De module die ontwikkeld word is een module voor beeldende therapie. De module is gericht op de verkenning van gevoelens. De module is opgedeeld in drie fasen; verkenningsfase, de vier basis emoties en de afrondingsfase. In de verkenningsfase worden gevoelens verkent, in de tweede fase speelt psycho-educatie een rol en in de afrondingsfase vind er een verbinding tussen de twee fasen plaats.

16. Als deze module bij u in de kast stond, zou u hem dan hanteren/proberen?
Geen idee, omdat er voorals vanuit beeldende therapie gewerkt wordt, ik zou wel kijken naar de theoretische onderbouwing

17. Als de module is ontwikkeld, zou u hem dan willen inzien?
graag

18. Opmerkingen:

Groet Marieke Leeftang
Marieke.Leeftang@sheerenloo.nl

Hartelijk dank voor uw tijd!

Module 'verkenning van gevoel'

Een module beeldende therapie ter bevordering van gevoelsverkenning, door middel van het verkennen van de vier basis emoties, voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Marieke van Nieuwenhuizen en in het kader van mijn afstudeer project, aan de Hogeschool Utrecht voor mijn opleiding Creatieve therapie beeldend, ontwikkel ik een module voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis in de residentiële opvang. De module is bedoeld om deze jongeren te helpen bij het verkennen van gevoelens bij zichzelf, en dan met name gericht op de vier basis emoties. Om een goede basis te formuleren voor deze module doe ik een onderzoek naar de behoefte van een dergelijke module. Hieronder volgt een korte vragenlijst, met het verzoek of u deze in wilt vullen en aan mij wilt retourneren.

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Marieke van Nieuwenhuizen
Student Creatieve therapie beeldend

Enquête

19. Voor welke instelling bent u werkzaam?

Baalderborg Groep, locatie Hardenberg

20. Wat is uw functie binnen de instelling?

Bewegingsagoog en psychomotorisch therapeut

21. Heeft u ervaring met de genoemde doelgroep?

Ja

22. Welke thema's spelen volgens u een rol bij deze doelgroep?

Onder andere contact maken, contact onderhouden, grenzen aangeven, afstand-nabijheid en zelfvertrouwen.

23. Zijn er volgens u al soortgelijke modules ontwikkeld? Zo ja, kunt u een voorbeeld noemen.

Ja, vanuit de NVPMT zijn modules opgesteld, ook één voor LVG en hechtingsproblematiek.

24. Waar moet deze module volgens u aan voldoen?

Een duidelijke opbouw, eerste fase t/m afrondingsfase. Daarin belangrijk: attitude van therapeut beschrijven en welke activiteiten zou je kunnen doen met welk doel.

De module die ontwikkeld word is een module voor beeldende therapie. De module is gericht op de verkenning van gevoelens. De module is opgedeeld in drie fasen; verkenningsfase, de vier basis emoties en de afrondingsfase. In de verkenningsfase worden gevoelens verkent, in de tweede fase speelt psycho-educatie een rol en in de afrondingsfase vind er een verbinding tussen de twee fasen plaats.

25. Als deze module bij u in de kast stond, zou u hem dan hanteren/proberen?

Ik ben er wel nieuwsgierig naar, zou hem zeker lezen.

26. Als de module is ontwikkeld, zou u hem dan willen inzien?

Leuk, graag!

27. Opmerkingen:

Succes er mee!

Hartelijk dank voor uw tijd!

Module 'verkenning van gevoel'

Een module beeldende therapie ter bevordering van gevoelsverkenning, door middel van het verkennen van de vier basis emoties, voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Marieke van Nieuwenhuizen en in het kader van mijn afstudeer project, aan de Hogeschool Utrecht voor mijn opleiding Creatieve therapie beeldend, ontwikkel ik een module voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis in de residentiële opvang. De module is bedoeld om deze jongeren te helpen bij het verkennen van gevoelens bij zichzelf, en dan met name gericht op de vier basis emoties. Om een goede basis te formuleren voor deze module doe ik een onderzoek naar de behoefte van een dergelijke module. Hieronder volgt een korte vragenlijst, met het verzoek of u deze in wilt vullen en aan mij wilt retourneren.

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Marieke van Nieuwenhuizen
Student Creatieve therapie beeldend

Enquête

28. Voor welke instelling bent u werkzaam?

Ik werk bij Aveleijn, een woonzorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

29. Wat is uw functie binnen de instelling?

Mijn functie is die van creatief therapeute, beeldend.

30. Heeft u ervaring met de genoemde doelgroep?

Regelmatig kom ik bij deze groep een hechtingsstoornistegen.

31. Welke thema's spelen volgens u een rol bij deze doelgroep?

***Hoofdthema: Ik en de ander. Van alleen, naar naast elkaar, naar samen.
Thema's daarbinnen bijvoorbeeld: Veiligheid/vertrouwen ervaren, ontmoeten, zelfbewustzijn, controle ervaren, hulp vragen/ontvangen, grenzen ervaren/grens aangeven, grens van de ander aanvoelen,***

32. Zijn er volgens u al soortgelijke modules ontwikkeld? Zo ja, kunt u een voorbeeld noemen.

PMT heeft een module over hechtingsproblematiek ontwikkeld. (op te vragen bij NVPMT?)

33. Waar moet deze module volgens u aan voldoen?

Van belang is denk ik, dat de fasen en de theorie bij de fasen helder zijn; waar begin je mee, welke soort opdrachten/materialen, hoe bouw je het proces op/ welke stappen neem je.

De module die ontwikkeld word is een module voor beeldende therapie. De module is gericht op de verkenning van gevoelens. De module is opgedeeld in drie fasen; verkenningsfase, de vier basis emoties en de afrondingsfase. In de verkenningsfase worden gevoelens verkent, in de tweede fase speelt psycho-educatie een rol en in de afrondingsfase vind er een verbinding tussen de twee fasen plaats.

34. Als deze module bij u in de kast stond, zou u hem dan hanteren/proberen?

Dat zou ik doen.

35. Als de module is ontwikkeld, zou u hem dan willen inzien?

Dat wil ik wel

36. Opmerkingen:

Een mooi onderwerp als afstudeerproject. Ook een hele klus lijkt mij.
Ik zie er naar uit om hem te lezen. Veel succes.

Ricky Scholten,
p/a I.da Costastraat 105
7552 VV Hengelo
r.scholten@aveleijn.nl

Hartelijk dank voor uw tijd!

Module 'verkenning van gevoel'

Een module beeldende therapie ter bevordering van gevoelsverkenning, door middel van het verkennen van de vier basis emoties, voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Marieke van Nieuwenhuizen en in het kader van mijn afstudeer project, aan de Hogeschool Utrecht voor mijn opleiding Creatieve therapie beeldend, ontwikkel ik een module voor licht verstandelijk beperkte jongeren met een hechtingsstoornis in de residentiële opvang. De module is bedoeld om deze jongeren te helpen bij het verkennen van gevoelens bij zichzelf, en dan met name gericht op de vier basis emoties. Om een goede basis te formuleren voor deze module doe ik een onderzoek naar de behoefte van een dergelijke module. Hieronder volgt een korte vragenlijst, met het verzoek of u deze in wilt vullen en aan mij wilt retourneren.

Alvast hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Marieke van Nieuwenhuizen
Student Creatieve therapie beeldend

Enquête

37. Voor welke instelling bent u werkzaam?

Pluryn Jan Pieter Heije

38. Wat is uw functie binnen de instelling?

Beeldend therapeut

39. Heeft u ervaring met de genoemde doelgroep?

25 jaar

40. Welke thema's spelen volgens u een rol bij deze doelgroep?

o.a.: Verlieservaring door uithuisplaatsing, hechting, acceptatie van LVG, communicatie en weerbaarheid, zelfbeeld en zelfinzicht.

5. Zijn er volgens u al soortgelijke modules ontwikkeld? Zo ja, kunt u een voorbeeld noemen. Diverse, zie internet.

41. Waar moet deze module volgens u aan voldoen?

Eenvoudig, ervaringsgericht, overzichtelijk en steeds een koppeling naar praktijk.

De module die ontwikkeld wordt is een module voor beeldende therapie. De module is gericht op de verkenning van gevoelens. De module is opgedeeld in drie fasen; verkenningsfase, de vier basis emoties en de afrondingsfase. In de verkenningsfase worden gevoelens verkent, in de tweede fase speelt psycho-educatie een rol en in de afrondingsfase vind er een verbinding tussen de twee fasen plaats.

42. Als deze module bij u in de kast stond, zou u hem dan hanteren/proberen?

Altijd!

43. Als de module is ontwikkeld, zou u hem dan willen inzien? Uiteraard! Succes.

44. Opmerkingen: matige, oppervlakkige enquête waar weinig inhoud aan te geven is...! Verder weet ik niet waar jij hebt gewerkt met LVG en vanwaaruit jouw vraag tot stand komt...pakte je mis op een module..of hoe ging je zelf te werk. Je vraagt ook niet naar hoe anderen het doen...hoe emoties verkennen tot stand komt etc dus kortom ik ben benieuwd naar hoe je met deze geringe info een module kunt ontwikkelen.

Hartelijk dank voor uw tijd!

Evaluatie 1

Dag Marieke

Ik ben niet zo goed in schrijven dus typ ik even het evaluatieformulier aan de hand van de vragen die erop stonden:

Marion huijbregts

Vaktherapeut beeldend

Amarant Idris

18-4-13

Doelgroep SGLVG

Klinisch en ambulante

De vragen

1 Mooi dat er iets voor deze doelgroep wordt gemaakt. Verder wordt er in de zorg veel over kortdurende modules gesproken, dus is het zeker een aanvulling in het behandel aanbod

2 Ik denk dat er te vluchtig door de verschillende onderwerpen heen wordt gegaan. De drie fases zijn op zichzelf staande onderdelen en ik denk dat voor de doelgroep LVG misschien de samenhang ontbreekt. Ik zou er eerder voor kiezen om meteen aan de slag te gaan met de emoties en dan te beginnen met blij, omdat deze een lage insteek heeft.

3 nee, ik vind het duidelijk

4 Ja ik zou alleen ook een stuk sociaal emotionele ontwikkeling meenemen. In het werkveld waar ik me bevind wordt daar juist de nadruk op gelegd.

5 6 De behandelvisie vind ik er erg duidelijk beschreven. Door in te gaan op de hechtingsproblematiek bij deze doelgroep, sluit je precies aan bij de behoeften van de cliënt. Als je kijkt naar de behandelvisie, zit daar dan ook een stuk mentalisatie in of aandachtsregulatie?

7 8 Hier mis ik de sociaal emotionele ontwikkeling. Want als je daar naar kijkt, zitten sommige cliënten nog in een fase waarbij dit geen haalbaar doel is. De cliënt is nog niet zover en misschien komt hij of zij ook nooit tot het punt van emotieherkenning. Met een differentiatie in deze ontwikkelingsfases staat of breekt een cursus op het gebied van emotieregulatie met een stuk zelfreflectie.

9 het beter herkennen van emoties bij zichzelf is een laagdrempelig doel wat goed te halen is, maar moeilijk te meten. Ik weet niet of jullie nog werken met de methode, maar is dit SMART? Daarnaast zou ik ook kijken naar mijn antwoord bij 7 en 8. Bij sommige cliënten is het niet mogelijk om de stof van de cursus te integreren en dan is het geen haalbaar doel.

10 de intake is naar mijn mening van wezenlijk belang omdat jij als therapeut de regie moet blijven houden. Jij kan kijken naar de persoonlijke draagkracht van een cliënt en de groepsamenstelling.

11 en 12 bij de werkwijze staat dat er maar een klein deel van een groot thema wordt behandeld. Ik zou eerder zeggen dat er een groot deel in een korte tijd wordt behandeld. Ik vraag me af of het niet teveel in een therapie is. Daarnaast vraag ik me af of je juist voor een directieve of een supportieve werkwijze gaat. De rol en houding van de therapeut is hierin essentieel.

13 Ik werk zelf vaak met cliënten uit een gesloten setting en hierbij zou ik eerder kiezen voor directieve interventies. Meer sturen en binnen het kader wat jij bepaalt, de cliënt laten kiezen. Er is gekozen voor deze begeleidingsstijl zodat ze niet zo snel worden overvraagd.

14 uitleg over de herhaling. Deze zie ik niet duidelijk terug binnen de opdrachten

15 Ik denk dat de duur van de behandeling goed is afgestemd op de norm die nu binnen de gezondheidszorg ligt. Ook de frequentie is goed, omdat voor mensen (en dan vooral mensen met een verstandelijke beperking) regelmaat erg belangrijk is.

16 tot 19 De opbouw van de module vind ik niet adequaat. Ik snap dat je bij een module wilt beginnen met een opbouw, een soort kennismaking. Maar bij kortdurende therapie is het juist van belang om snel ter zake te komen. Als ik kijk naar mijn doelgroep, zouden ze in de eerste fase niet snappen wat ze nu eigenlijk komen doen en dan mis je denk ik de overgang van de intake naar de module. Daarnaast is de overgang van fase 1 naar fase 2 best extreem. Je gaat van het ervaren van het materiaal naar het werken met een materiaal en een reflecterend thema. Ik had er eerder voor gekozen om te starten met de emoties en deze 10 sessies lang uit te werken. Zoals je zelf aan aangeeft is herhaling, vooral bij deze doelgroep, van groot belang. Door meerdere sessies achter elkaar aan een onderwerp te besteden, blijft de ervaring beter hangen. Als deze thema's verspreid over de module behandeld worden, kan je steeds opnieuw beginnen met het introduceren van de emotie.

Tot slot mis ik een afsluiting. Er is geen duidelijk evaluatiemoment aan het einde van de module. Juist voor deze groep is het belangrijk om ergens een kop en een staart aan te geven zodat ze het ook voor zichzelf af kunnen sluiten. Daarnaast wil een evaluatiemoment ook zeggen dat ze iets hebben afgerond. Hun leven staat vaak in het teken van onafgeronde projecten en een gevoel van falen in de maatschappij. Als zij een module afronden, is het goed om even stil te staan bij wat ze allemaal hebben bereikt.

20 21 het is voor mij niet duidelijk wat je met deze vragen bedoelt.

22 ik denk dat het werkboek een meerwaarde heeft en dat dit iets is wat ze op het einde kunnen gebruiken om bij de evaluatie te bespreken. Een idee is om de tijdens de evaluatie nog een stuk in het werkboek te schrijven. Hierin zou je per individu kunnen vermelden waar juist zij zich in hebben ontwikkeld.

23 Ik vind de werkvormen goed aansluiten bij de doelgroep. Mijn ervaring is dat je bijna alles aan kan bieden, als je het maar goed inpakt. Het herkennen van foto's in de tweede fase, is misschien wat lastig. Veel cliënten kunnen zich niet of moeilijk verplaatsen in de ander. Vragen welke emotie dat is en dan een vertaalslag maken van jezelf is vrij moeilijk. Ik zou het eerder meteen rechtstreeks vragen aan de hand van concrete voorbeelden

24 Het doel, de werkwijze en de insteek voor deze module sluit goed aan bij de vraag die er nu ligt. Er is een duidelijke opzet, met een intake en een fasering. Ik ben alleen bang dat de cliënten snel overvraagd worden, iets wat bij deze doelgroep vaak gebeurt. Ik zou de module op een facet richten en dan met name op fase 2. Betrek de sociaal emotionele ontwikkeling bij de screening en de invulling van de module, zodat deze aansluit bij je cliënt.

Tot slot vind ik de opbouw en inhoud van deze module meer echt voor groepstherapie. Hierbij kan men gebruik maken van spiegeling en reflectie van groepsgenoten. Ik denk dat het een aanzienlijke meerwaarde zou hebben. En gezien de ontwikkelingen in de zorg van de laatste jaren, ook goed past binnen de visie.

Succes met het afronden van je scriptie! En zou je me een kopie kunnen sturen als het klaar is. Literatuur over deze doelgroep is altijd welkom!

Evaluatie 2

Naam: Karin de Kaste	Datum: 25-04-2013
Functie: Vaktherapeut Beeldend	Doelgroep: kinderen en jongeren
Instelling: eigen praktijk	Werkveld: cluster IV onderwijs

1. Wat is uw eerste indruk van de module?

Prima module, heldere opbouw, kort en concreet

2. Wat vindt u van de algehele opzet van de module?

Opbouw is duidelijk gemaakt met een bedoeling (voorzichtig, niet overvragen en eerst verkennen daarna emoties benoemen en daarna meer zintuiglijk werken) In de uitwerking vind ik hier meer wisseling in. Eigenlijk start je meteen met zintuiglijk werken?

3. Heeft u op- of aanmerkingen m.b.t. de ontstaansgeschiedenis, inbedding en doelgroep?

Nee, klein vraagje. Je noemt overvragen als rede van toespitsen op 1 doel. Kan je uitleggen wat dat voor gedrag laat zien, hoe jij daar mee omgaat?

4. Vindt u de indicaties en contra-indicaties voldoende uitgewerkt? Licht toe.

Ja.

5. Vindt u de behandelvisie van de module voldoende en adequaat onderbouwd? Licht toe.

Ja, achtergrond en keuze voor 1 doel

Zie vorig stukje als aanvulling (wat is overvraging)

6. Mist u nog iets in de onderbouwing van de behandelvisie? Licht toe.

Zie boven

7. Vindt u de rationale duidelijk en voldoende onderbouwd? Licht toe.

Wat kort maar wel duidelijk

8. Mist u nog iets in de rationale? Licht toe.**9. Vindt u het hoofddoel van de module realistisch en haalbaar? Licht toe. Doelen**

Ja toegespitst op her- en verkennen

wel is het voelen van materiaal moeilijk te koppelen aan gevoelens als boos bijv.

10. Denkt u dat de intake een functionele toevoeging is aan de werking van de module? Licht toe.

Contact opbouwen + werkboek versieren is een goede intake

Vragenlijst vind ik lastig in te vullen, ben benieuwd of clienten het kunnen.

11. Vindt u de gekozen werkwijze voldoende en adequaat onderbouwd? Licht toe.

Voldoende onderbouwd. Met duidelijk maken wat hechtingsproblematiek vraagt en het toevertrouwen als werkwijze/richtlijn

12. Mist u nog iets in de werkwijze? Licht toe.

Nee

13. Vindt u de gekozen interventies passend bij de doelgroep en problematiek?

Duidelijk, ja.

14. Mist u nog interventies? Licht toe.

Spiegelen? → zo mogelijk veel non-verbaal gebleven

15. Zijn de behandelduur en frequentie voldoende afgestemd? Licht toe.

Ja duidelijk.

16. Vindt u het verloop van de module adequaat opgebouwd? Licht toe.

1e indruk ja

2de indruk – afrondingsfase is in mijn ogen afsluiten. Terwijl je hier nog volop nieuwe dingen gedaan worden

17. Wat is uw mening over fase 1? Mist u iets in fase 1?

fase 1 – mooie materialen en goed ingezet als verkennen van materiaal

in uitleg dacht ik eerst te begrijpen dat er heel voorzichtig gekeken werd naar materiaal. Deze opdrachten zijn al best intens/zintuiglijk. Kan wel, maar is niet uitgelegd.

18. Wat is uw mening over fase 2?

Afbeeldingen helpen

je kan meer gebruik maken van emotiekaarten

masker maken komt 4x terug

is niet duidelijk waarom en hoe, 4x hetzelfde masker of steeds een andere? Kan beter iets maken met gevoel wat besproken is

19. Wat is uw mening over fase 3? Mist u iets in fase 3?

Deze fase is geen afronding maar een doorwerking. Er wordt gekoppeld aan 1 en 2 en iets nieuws toegevoegd. Daarna volgt afronding (presentatie of iets dergelijks)

20. Vindt u de methoden die gehanteerd worden binnen de module adequaat? Licht toe.

Ik zou het geen methode maar een opbouw sessie noemen ofzo

maar de opbouw is goed gestructureerd

21. Mist u nog methoden? Licht toe.

Methodiek achtergrond misschien

in opdrachten of werkwijze

22. Denkt u dat het werkboek een functionele toevoeging is aan de werking van de module? Licht toe.

Ja, biedt bevestiging , herhaling, terugkijken dat verstevigd de ervaringen

23. vind u de gekozen werkvormen passend?

Ik vind het wel passen, zou er gebruik van maken.

24. Heeft u verder nog opmerkingen over de module?

Goed gekozen onderwerp, ook heel zinvol en nog weinig beschreven.

Ga door en ik ben benieuwd naar het eindresultaat!

Evaluatie 3

Naam: Petra Wilmsen	Datum: 03-05-2013
Functie: Vaktherapeut Beeldend verstandelijke beperking	Doelgroep: mensen met een
Instelling:	Werkveld: Kind en Jeugdzorg

1. Wat is uw eerste indruk van de module?

Ziet er goed verzorgd uit, er zitten nog en paar kleine spelfouten in, prettig leesbaar, prettige lay-out!

2. Wat vindt u van de algehele opzet van de module?

Ik zou de fasering anders doen, daar kom ik in een volgend item nog op terug.

3. Heeft u op- of aanmerkingen m.b.t. de ontstaansgeschiedenis, inbedding en doelgroep? Nee hoor!

4. Vindt u de indicaties en contra-indicaties voldoende uitgewerkt? Licht toe.

Misschien is het zinvol om voor de niet vakgenoten toch nog even de algemene contra-indicaties voor beeldende therapie toe te voegen voor de volledigheid.

5. Vindt u de behandelvisie van de module voldoende en adequaat onderbouwd? Licht toe.

Ja, kort en krachtig omschreven, voldoende voor deze module.

6. Mist u nog iets in de onderbouwing van de behandelvisie? Licht toe.

Nee, voldoende omschreven voor deze module, duidelijke opbouw waarin het voornamelijk gaat om verkennen, om een eerste aanzet te geven.

7. Vindt u de rationale duidelijk en voldoende onderbouwd? Licht toe.

Ja, de rationale dekt de lading van de module, gericht op allen verkennen en herkennen.

8. Mist u nog iets in de rationale? Licht toe.

Nee.

9. Vindt u het hoofddoel van de module realistisch en haalbaar? Licht toe. Doelen

'De cliënt is aan het eind van de module in staat om gevoelens beter bij zichzelf te Herkennen, door middel van het verkennen van beeldende materialen die Bewustwording van de eigen zintuiglijke beleving en lichamelijke gewaarwording stimuleren.'

Daar ben ik niet zo zeker van..... ik weet niet of het haalbaar is in 12 sessies op de manier zoals je de sessies hebt uitgewerkt.

10. Denkt u dat de intake een functionele toevoeging is aan de werking van de module? Licht toe.

Ja, het geeft je in ieder geval even iets meer informatie, dit heb je wel nodig wanneer je in 12 sessies het een en ander duidelijk wil hebben.

11. Vindt u de gekozen werkwijze voldoende en adequaat onderbouwd? Licht toe.

Ik vind de fasering helder, ik zou alleen zelf andere opdrachten geven binnen de verschillende fases, ik zou zelf ook zeker in het begin meer koersen op veiligheid en zich vertrouwd voelen binnen de therapie. De veiligheid is een belangrijk aspect om te kunnen werken rondom emoties, zeker met deze kwetsbare groep jongeren.

12. Mist u nog iets in de werkwijze? Licht toe.

13. Vindt u de gekozen interventies passend bij de doelgroep en problematiek?

De gekozen interventies passen, ik vind echter "afkappen" een woord wat niet past binnen zo'n module, zoek een ander woord wat beter de lading dekt en positiever overkomt! Opletten dat het niet alleen een verbaal stuk wordt.....(voor) beelden zijn erg belangrijke interventies.

14. Mist u nog interventies? Licht toe.

15. Zijn de behandelduur en frequentie voldoende afgestemd? Licht toe.

Behandelduur en frequentie zijn afgestemd, wat doe je wanneer je minder tijd dan een uur nodig hebt.....???

16. Vindt u het verloop van de module adequaat opgebouwd? Licht toe.

Ik zou de fasering aanpassen.....ik zou zeker niet beginnen met verf.....dit kan zoveel weerstand oproepen dat je meerdere sessies nodig hebt om weer veiligheid te creëren.

17. Wat is uw mening over fase 1? Mist u iets in fase 1?

Ik vind niet dat je, met deze doelgroep, een vertrouwensband opbouwt door te experimenteren met beeldend materiaal, er is zoveel ruimte en zoveel te experimenteren dat zij waarschijnlijk door de bomen het bos niet meer zien. Wanneer je het meer inkadert kun je eigenlijk niet meer spreken van experimenteren.....

18. Wat is uw mening over fase 2?

In fase twee wordt uitsluitend met maskers gewerkt, ik zou dit meer uitbreiden en vier verschillende werkvormen bedenken, je kunt bijvoorbeeld werken met foto's door cliënten zelf gemaakt,

19. Wat is uw mening over fase 3? Mist u iets in fase 3?

Opdrachten zijn erg ruim..... misschien wat meer duidelijk omschreven.....het is erg moeilijk om een situatie te benoemen en het gevoel wat erbij hoort.....om dit dan ook nog uit te beelden is erg moeilijk!

20. Vindt u de methoden die gehanteerd worden binnen de module adequaat? Licht toe.

Het lijkt soms te hoog gegrepen voor deze doelgroep, tenminste als ik kijk naar de populatie waarmee ik werk. Ik zou aan de slag kunnen met deze module, ik zou het alleen aan gaan passen en meer "op maat" maken.

21. Mist u nog methoden? Licht toe.

22. Denkt u dat het werkboek een functionele toevoeging is aan de werking van de module? Licht toe.

Jazeker, ik zou het alleen geen werkboek noemenik zou het zelf niet willen gebruiken als een transfer naar andere systemen, dat geeft teveel een gevoel van een "lesje leren". Ik zou de cliënt zelf willen laten bepalen wat er in het boek komt, dan krijg je ook een goed beeld van wat de cliënt het meest belangrijke vindt, dit geeft je meteen weer een overzicht van wat er nog verwerkt en herkend moet worden en wat er al aan kennis is!

24. Heeft u verder nog opmerkingen over de module?

Neem gerust contact op wanneer je er onduidelijkheden zijn.....!

Succes!

Evaluatie 4

Ontvangen op maandag 6 mei

Hoi Marieke, Ik ben er een poosje mee bezig geweest, gelezen en evaluatieformulier geopend. Ik kan er, ook na opslaan niet in Adobe werken en vindt ook dat je het formulier erg lang hebt gemaakt. Dit wordt me zo te tijdrovend. Hier heb ik niet de tijd voor! Ik had je graag willen helpen maar een half uur is het max. wat ik er aan tijd in kan stoppen. Verder ziet de module er goed bruikbaar uit. Ik mis de transfer en het op emoties bij situatie uit de praktijk gericht. Ik vind het jammer dat ik niet meer voor je kan doen. Excuses!

Vriendelijke groeten en succe! Gaby van Dongen

Evaluatie 5

Mondelinge evaluatie over de telefoon met Beatrix verhofstad

- Je noemt complimenteren, ik zou dit omschrijven als positief bevestigen
- Een andere interventie is wellicht het samen werken wat je binnen alle opdrachten doet
- Je moet uitleggen waarom het zo belangrijk is dat je fase 1 als voorbereiding doet op fase 2
- Opdrachten die jij in fase 1 gebruikt, gebruik ik zelf ook in de praktijk.
- De tweede fase is heel cognitief, ik mis daar een beetje het beeldende stuk.
- Ik vind het mooi hoe je beschrijft dat de sensitieve responsiviteit van de therapeut belangrijk is.
- In de interventies heb je het over herhaling, welke bedoel je dan precies?
- De overgang van je fases vind ik mooi.
- Misschien moet je het doel nog aanpassen. Het doel is wellicht niet alleen herkennen, maar ook het woorden geven hieraan.
- Ik merk dat jij vanuit de EBL werkt, het zou goed zijn als je de module hier ook mee onderbouwt
- Bij de subtypen schrijf je het verkeerd. Je schrijft individueel, maar je hebt hem al individueel. Een subtype is een andere vorm waarvoor de module wellicht gebruikt kan worden, zoals een groep.
- In de interventies noem je betekenis verlenen... wat bedoel je daar precies mee?
- Ik zou het geen afrondingsfase noemen, maar consolidatie of iets dergelijks
- In de opdrachten zou je de clienten de emoties kunnen laten uitwerken op verschillende manieren bijvoorbeeld in kleur of beweging

Evaluatie 6

Naam: Petra Wilmsen	Datum: 03-05-2013
Functie: Vaktherapeut Beeldend verstandelijke beperking	Doelgroep: mensen met een
Instelling:	Werkveld: Kind en Jeugdzorg

1. Wat is uw eerste indruk van de module?

Ziet er goed verzorgd uit, er zitten nog en paar kleine spelfouten in, prettig leesbaar, prettige lay-out!

2. Wat vindt u van de algehele opzet van de module?

Ik zou de fasering anders doen, daar kom ik in een volgend item nog op terug.

3. Heeft u op- of aanmerkingen m.b.t. de ontstaansgeschiedenis, inbedding en doelgroep?

Nee hoor!

4. Vindt u de indicaties en contra-indicaties voldoende uitgewerkt? Licht toe.

Misschien is het zinvol om voor de niet vakgenoten toch nog even de algemene contra-indicaties voor beeldende therapie toe te voegen voor de volledigheid.

5. Vindt u de behandelvisie van de module voldoende en adequaat onderbouwd? Licht toe.

Ja, kort en krachtig omschreven, voldoende voor deze module.

6. Mist u nog iets in de onderbouwing van de behandelvisie? Licht toe.

Nee, voldoende omschreven voor deze module, duidelijke opbouw waarin het voornamelijk gaat om verkennen, om een eerste aanzet te geven.

7. Vindt u de rationale duidelijk en voldoende onderbouwd? Licht toe.

Ja, de rationale dekt de lading van de module, gericht op allen verkennen en herkennen.

8. Mist u nog iets in de rationale? Licht toe.

Nee.

9. Vindt u het hoofddoel van de module realistisch en haalbaar? Licht toe. Doelen

'De cliënt is aan het eind van de module in staat om gevoelens beter bij zichzelf te Herkennen, door middel van het verkennen van beeldende materialen die Bewustwording van de eigen zintuiglijke beleving en lichamelijke gewaarwording stimuleren.'

Daar ben ik niet zo zeker van..... ik weet niet of het haalbaar is in 12 sessies op de manier zoals je de sessies hebt uitgewerkt.

10. Denkt u dat de intake een functionele toevoeging is aan de werking van de module? Licht toe.

Ja, het geeft je in ieder geval even iets meer informatie, dit heb je wel nodig wanneer je in 12 sessies het een en ander duidelijk wil hebben.

11. Vindt u de gekozen werkwijze voldoende en adequaat onderbouwd? Licht toe.

Ik vind de fasering helder, ik zou alleen zelf andere opdrachten geven binnen de verschillende fases, ik zou zelf ook zeker in het begin meer koersen op veiligheid en zich vertrouwd voelen binnen de therapie. De veiligheid is een belangrijk aspect om te kunnen werken rondom emoties, zeker met deze kwetsbare groep jongeren.

12. Mist u nog iets in de werkwijze? Licht toe.

13. Vindt u de gekozen interventies passend bij de doelgroep en problematiek?

De gekozen interventies passen, ik vind echter "afkappen" een woord wat niet past binnen zo'n module, zoek een ander woord wat beter de lading dekt en positiever overkomt! Opletten dat het niet alleen een verbaal stuk wordt.....(voor) beelden zijn erg belangrijke interventies.

14. Mist u nog interventies? Licht toe.

15. Zijn de behandelduur en frequentie voldoende afgestemd? Licht toe.

Behandelduur en frequentie zijn afgestemd, wat doe je wanneer je minder tijd dan een uur nodig hebt.....???

16. Vindt u het verloop van de module adequaat opgebouwd? Licht toe.

Ik zou de fasering aanpassen.....ik zou zeker niet beginnen met verf.....dit kan zoveel weerstand oproepen dat je meerdere sessies nodig hebt om weer veiligheid te creëren.

17. Wat is uw mening over fase 1? Mist u iets in fase 1?

Ik vind niet dat je, met deze doelgroep, een vertrouwensband opbouwt door te experimenteren met beeldend materiaal, er is zoveel ruimte en zoveel te experimenteren dat zij waarschijnlijk door de bomen het bos niet meer zien. Wanneer je het meer inkadert kun je eigenlijk niet meer spreken van experimenteren.....

18. Wat is uw mening over fase 2?

In fase twee wordt uitsluitend met maskers gewerkt, ik zou dit meer uitbreiden en vier verschillende werkvormen bedenken, je kunt bijvoorbeeld werken met foto's door cliënten zelf gemaakt,

19. Wat is uw mening over fase 3? Mist u iets in fase 3?

Opdrachten zijn erg ruim..... misschien wat meer duidelijk omschreven.....het is erg moeilijk om een situatie te benoemen en het gevoel wat erbij hoort.....om dit dan ook nog uit te beelden is erg moeilijk!

20. Vindt u de methoden die gehanteerd worden binnen de module adequaat? Licht toe.

Het lijkt soms te hoog gegrepen voor deze doelgroep, tenminste als ik kijk naar de populatie waarmee ik werk. Ik zou aan de slag kunnen met deze module, ik zou het alleen aan gaan passen en meer "op maat" maken.

21. Mist u nog methoden? Licht toe.

22. Denkt u dat het werkboek een functionele toevoeging is aan de werking van de module? Licht toe.

Jazeker, ik zou het alleen geen werkboek noemenik zou het zelf niet willen gebruiken als een transfer naar andere systemen, dat geeft teveel een gevoel van een "lesje leren". Ik zou de cliënt zelf willen laten bepalen wat er in het boek komt, dan krijg je ook een goed beeld van wat de cliënt het meest belangrijke vindt, dit geeft je meteen weer een overzicht van wat er nog verwerkt en herkend moet worden en wat er al aan kennis is!

24. Heeft u verder nog opmerkingen over de module?

Neem gerust contact op wanneer je er onduidelijkheden zijn.....!

Succes!

Evaluatie 7

Ontvangen op 22 mei

Marieke, het is op de valreep maar hierbij enkele opmerkingen over je afstudeermodule. Het lukt me niet het evaluatieformulier in te vullen, het regeerde op niets, ik heb het anders opgeslagen, met pdf, met adobe maar niets hielp, ik kon niet in het formulier schrijven. Daarom maar zo enkele opmerkingen.

Ik vond het een goede interventie, je hebt in feite de zintuigen ontwikkeld. Dat is een belangrijke interventie voor de ontwikkeling van emoties en daarmee van gehechtheid. Het is jammer dat je je module niet daarmee onderbouwd hebt. Vanuit de neurobiologie kan dat goed en het zou je module sterk gemaakt hebben. In hoofdstuk 3 van het boek *Behandeling van Hechtingsproblemen* (2006, onder mijn redactie) heeft Jeanette de Waal dat duidelijk gemaakt. Zij geeft vanuit neurobiologische onderzoeken aan hoe belangrijk emoties zijn voor de ontwikkeling (en behandeling) van gehechtheidsproblemen. Het wordt daardoor ook duidelijk waarom ontwikkelen van emoties, bij jouw interventie: herkennen van emoties, nodig en zinvol is.

De wijze waarop je dat doet, sprak me aan en lijkt me een goede stap in de gehele behandeling van gehechtheidsproblemen.

Kortom een interventie die zeker gebruikt kan worden en overgedragen op collega's. Dat is een belangrijk gegeven.

Aandachtspunten zijn:

- de onderbouwing zal steviger moeten worden. Je geeft heel weinig aan van de gehechtheidstheorie, terwijl daar zeer veel over geschreven is. Je gaat aan alle publicaties voorbij zoals van Zeanah en Boris, die toonaangevend zijn in de theorie en onderzoeken over gehechtheid. Bowlby noem je even, net als IJzendoorn, beiden hebben veel toegevoegd en veel geschreven wat je module meer kracht kan geven. Voorbeeld is je omschrijving van wat hechting is en je beschrijving van veilige en onveilige gehechtheid. Dat is echt te kort door de bocht.
- je trekt te snel conclusies en wel zo dat ze niet te volgen zijn, bijna overal waar je dus zegt, vraag ik me af: waarom? Bijvoorbeeld stuk over behandelvisie.

Ongeacht of het wel of niet zo is maar je moet het je lezer duidelijk maken waarom je die of die conclusie trekt.

Marieke, je kan niets meer met mijn opmerkingen maar mogelijk kun je die in een vervolg gebruiken, als je deze module meer uitwerkt en eventueel (mogelijk samen met een ander) gebruikt om een artikel te schrijven.

Veel succes en hartelijke groet, Anniek Thoomes.

Evaluatie fase 1

De werkvormen zijn niet allemaal toepasselijk. Met name de vilt en krijt opdracht werken niet optimaal. Deze werkvormen moeten vervangen worden met andere opdrachten die een succeservaring met zich meebrengen en ook niet faalangst gevoelig zijn.

Andere werkvormen verlopen prima. Cliënten werken goed mee en er ontstaan mooie interacties.

Verder geen opmerkingen.

Evaluatie fase 2

Opdracht met emoties sloeg even moeizaam aan. Overgegaan op gebruik van plaatjes van emoties, dit werkt goed. Cliënten vinden het eenvoudiger om vanuit een beeld te kunnen werken.

Emoties bij zichzelf zien blijft lastig, heb hierbij regelmatig hulp ingeroepen van mentoren dit is een goede ondersteuning en helpt bij de transfer.

Werkvorm met het masker is niet goed toepasbaar. De cliënten krijgen een masker niet binnen één sessie af. Misschien doorwerken aan het masker over 4 sessies?

Masker moet helemaal van de baan. Het levert eigenlijk niets op, het heeft geen meerwaarde voor de module. De werkvorm moet beter aansluiten op het doel van de module.

Verder geen opmerkingen

Evaluatie fase 3

Werkvormen niet goed afgestemd, overvraging. Moeten werkvormen ingezet worden die meer nadruk op het voelen leggen.

Overgestapt op andere werkvormen. Spelen met water en andere materialen. Erg leuke interactie tussen mij en de clienten. Goede resultaten wat betreft het verbeteren van voelen. Zou meer toepasbaar zijn geweest in fase 1. Vind dit voor fase 2 niet voldoende, moet werkvormen in komen die meer naar herkenning gaan leiden.