***Beeldend therapeutische werkwijze die een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek bij jongeren in de leeftijd van 12-23 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie***

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Janneke van Beek (2014)

**Zorgprogramma** Beeldende diagnostiektraject in de algemene jeugdpsychiatrie

 (12-23 jaar)

**Prototype werkvorm** Dit product is toegespitst op observatie ten behoeve van (proces)

 diagnostiek, waarbij eclectisch[[1]](#footnote--1) wordt gewerkt.

**Rationale**

Beeldend therapeutische observatie wordt binnen het multidisciplinaire team als aanvullend en soms bevestigend ervaren. De hoofdbehandelaar heeft per 1 januari 2014 70% van de behandeling in handen en beeldende therapie is onderdeel van de overgebleven 30%.[[2]](#footnote-0)

Deze beeldend therapeutisch observatie richt zich op de gehele problematiek van een cliënt, dit is geen specifieke werkwijze voor een bepaald soort stoornis. Hoe de kracht van het beeldende werken tot uiting komt in het medium en hoe dit kan worden ingezet als diagnostisch middel, zult u in deze werkwijze terugvinden.

De laagdrempeligheid van het beeldende medium is een absoluut pluspunt; de cliënt denkt creatief bezig te zijn en is met zijn/ haar aandacht op het werken gericht, waardoor een kind geen directe dreiging voelt. Via het beeld kan er gesproken worden. De afleidbaarheid van het middel is hierbij de perfecte manier om de weerstand van jongeren te omzeilen. Een cliënt hoeft zich niet te verschuilen achter woorden en een masker houdt vaak geen stand. Beeldende therapie kan er dus voor zorgen dat wij als beeldend therapeuten kanten van jongeren belicht krijgen, die een verbale therapeut nooit te zien zal krijgen. De cliënt zal beeldende therapie dan ook regelmatig ervaren als iets wat ontspanning oplevert, terwijl de beeldend therapeut alles rustig in zich opneemt.

Volgens Smeijsters (2008) geeft beeldend therapeutische diagnostiek betekenis door een verband te leggen tussen het beeldend werk en wat daarvan de functie of achtergrond kan zijn. Deze vraag wordt gesteld ten aanzien van de volgende vijf gebieden; materiaalkeuze, materiaalomgang, vormgeving, thematiek en relatie. Ieder materiaal heeft zijn eigen appelwaarde en dus een eigen uitwerking op een cliënt. Hoe een cliënt vervolgens hiermee omgaat en wat de cliënt hier achteraf over verteld, kan uiterst interessant zijn. Voornamelijk of dit synchroon loopt met het geen de beeldend therapeut heeft gezien in het proces en wat eruit ontstaan is en hoe de maker dit zelf heeft ervaren. Er kan een goede mix van positieve ervaring en frustratie ontstaan; hierdoor kan de problematiek zichtbaar worden en de handelingspatronen worden herkend. Door het tastbare aspect wordt niet alleen het werk maar ook de problematiek zichtbaar en dit visuele aspect kun je spiegelen. Hierdoor kunnen kinderen zelf ook waarnemen wat er gebeurd of wat er te zien is en dit kan eventueel gekoppeld worden naar het dagelijkse leven.

Een kind wordt gevraagd iets te doen en het bijzondere aan beeldend werken is dat hierdoor niet alleen de beperkingen, maar ook de mogelijkheden zichtbaar maakt. Dit kan erkenning geven voor wie men is en wat men kan en dit biedt vaak openingen voor verder behandelen en veranderen. Wat iemand wel of niet laat zien tijdens een observatiefase, kan de richting bepalen voor verder onderzoek en/ of eventueel uitsluitsel geven voor bepaalde problematiek.

Door uit te gaan van het analoge procesmodel (Smeijsters, 2008) is het ook niet noodzakelijk om in verbale reflecties observaties met de jongere na de gaan en te bespreken. Ook wanneer de jongere weinig zelfinzicht heeft of zich verbaal moeilijk kan uiten, kan observatie plaatsvinden van de (non-verbale) analoge vormgeving. De analogie betreft niet alleen de expressie van gevoelens en belevingen in het medium, maar ook gedrag, cognitie, interactie en communicatie in het beeldend medium dat deels overeen komt met de symptomen die kenmerkend zijn voor een psychische stoornis.

**Indicaties**

* Jongeren waarbij vragen of onduidelijkheden bestaan rondom (complexe) diagnostiek.

**Contra-indicaties**

* Wanneer de diagnostiek helder is en alleen vraag naar een behandeladvies.
* Indien een jongere niet in de groep kan functioneren (door een te hoog angstniveau, zware depressie, te laag gewicht bij eetproblematiek, agressief gedrag, suïcidaal gedrag, een acute manie of psychose).
* Jongeren met een verstandelijke beperking, omdat in groepsobservatie van deze werkwijze niet uitgegaan wordt van een hierbij passend ontwikkelingsniveau.

**Doelen**

Het hoofddoel van een diagnostiek traject is natuurlijk om de diagnostiek zo helder mogelijk te krijgen. Specifiek voor beeldende therapie om zoveel mogelijk te weten te komen van een cliënt en aan de hand van een onderbouwing met beeldmateriaal kunnen aantonen wat er speelt. Door middel van verschillende opdrachten en beeldende materialen, diverse kanten van een cliënt kunnen belichten. Eventueel kan er in overleg met het team of met de jongeren, passende doelen worden opgesteld om aan een hulpvraag te voldoen.

Van belang is dat onderstaande punten worden meegenomen tijdens het beeldend werken in het medium en er wordt gekeken waar een jongere op vastloopt, wat zijn mogelijkheden zijn en wat zijn beperkingen;

* Emotionele ontwikkeling; Welke emoties spelen op de voorgrond? Welke emoties zijn verborgen? Hoe is de emotieregulatie? Is er sprake van angst? Heeft de cliënt fantasie, kan het spelen en droomt het veel?

Hoe ziet een kind zichzelf, ook in verhouding tot de peergroup? Heeft de cliënt zelfvertrouwen? Hoe is de stemming? Hoe is de omgang/ hechting?

Welk materiaal doet welk appel bij de cliënt en hoe gaat deze hiermee om?

Met welk materiaal heeft de cliënt affiniteit? Kan een cliënt contact maken met het materiaal of is beeldende therapie een contra indicatie?

Is er druk bij presteren of wanneer ontstaat deze? Is er sprake van perfectionisme? Stelt de cliënt haalbare of hoge doelen? Hoe gaat de cliënt om met het product?

* Cognitieve ontwikkeling; Hoe is het geheugen? Hoe neemt de cliënt waar? Hoe is de spraak en taal vaardigheid van de cliënt? Heeft de cliënt enige zelfreflectie? Hoe gaat de cliënt om met advies, reflectie en feedback? Is de cliënt snel tevreden?

Stelt een cliënt vragen voordat hij/ zij begint en wordt de opdracht goed begrepen? Denkt de cliënt na voordat hij/zij begint? Maakt de cliënt bewuste keuzes?

Hoe zijn de denkpatronen? Werkt de cliënt volgens een voorafgesteld plan? Kan de cliënt vragen stellen als hij/zij bezig is? Welke conflicten of tegenstellingen worden zichtbaar? Is er sprake van structuur en kan eventueel een cliënt structuur aanbrengen bij het afwezig zijn van structuur? Is de manier van werken gestructureerd te noemen of is het een grote chaos?

* Lichamelijke ontwikkeling: Is de motoriek grof/ fijn? Hoe is het uiterlijk? Hoe is de impulscontrole? Hoe werken de zintuigen?
* Sociale ontwikkeling; Hoe is het contact met de therapeut, eventueel met de peergroup en kan er contact gemaakt worden. Is er sprake van betrokkenheid en zo ja in welke mate? Is er inlevend vermogen, een geweten en sociaal inzicht? Is er sprake van coping gedrag? Eventuele familierelaties?

De beeldend therapeut zal ook kijken of beeldende therapie mogelijk positief ingezet kan worden als onderdeel van een vervolgbehandeling en tijdens het diagnostiektraject ook letten op welke materialen goed inzetbaar zijn en waar de cliënt zelf affiniteit mee heeft.

Er zijn drie belangrijke onderdelen bij een diagnostiektraject die uiteindelijk beantwoord moeten worden;

* Wat wil de cliënt en wat is zijn/ haar hulpvraag?
* Wat willen de ouders en waar willen zij hulp bij of duidelijkheid over?
* Wat is de vraag van de verwijzer?

**Interventies**

Interventies vinden plaats in de driehoek medium-therapeut-client. Bij deze interventies wordt het medium ingezet en ook de attitude en verbale aspecten kunnen op vele manieren ingezet worden om contact te maken met de cliënt en het beeldend therapeutisch proces te bevorderen. Daarbij kan de interactie met leden van de therapiegroep ook ingezet worden als interventie.

Een veilige sfeer creëren staat op de eerste plaats. Hierbij hoort ook het creëren van een vertrouwd en ontspannend contact; vanuit vertrouwen en oprecht contact, kun je een kind echt leren kennen en van daaruit onderzoeken wie het kind is, wat hij/zij goed kan en minder goed kan, wat hem/ haar bezig houdt en hoe zijn/ haar belevingswereld is. Als er geen ontspanning is, dan zie je waarschijnlijk niet de ware aard van het kind maar een coping.

De cliënt zelf is het belangrijkste; de veiligheid staat op nummer een en daar wordt deels ook de houding op aangepast; steunend, zonder oordeel en transparant.

Afhankelijk van het doel van observatie, diagnostiek of de hulpvraag, plaats je interventies of heb je als beeldende therapeut een bepaalde houding naast het creëren van een veilige therapiesetting. Soms moet je een cliënt laten stoeien en niet meteen ingrijpen, ook om te zien hoe iemand omgaat met frustratie of een ijzige stilte. Zodra je als therapeut de neiging hebt om een cliënt te steunen, kan dit ook wat over de problematiek van de cliënt zeggen. De cliënt kan baat hebben bij positieve bekrachtiging en erkenning, maar begrenzing is net zo goed van groot belang; bij misdraging moet dit duidelijk worden aangegeven en je niet laten leiden door angst, daarin ontstaat de meeste binding.

Om als therapeut contact te maken met de cliënt, is het nodig dat de therapeut zijn persoonlijkheid niet uitschakelt, maar meeneemt. Tegelijkertijd is een voorwaarde voor professioneel handelen dat de beeldend therapeut een eigen vormtaal en eigen belevingswereld heeft ontwikkeld en de eigen voorkeuren en weerstanden goed kent. Doordat de cliënt en de therapeut tijdens het beeldend werken dieper worden geraakt, zal er een mengeling ontstaan van bewuste en onbewuste belevingen en interventies een mengeling zijn van bewuste en onbewuste handelingen. De beeldend therapeut moet te sterke overdracht en tegenoverdracht in het medium kunnen herkennen om zo objectief mogelijk te kunnen zien wat de belevingswereld van de cliënt is.

**Activiteit**

Hieronder volgen een aantal werkvormen per onderwerp waar je opdracht voor in kunt zetten;

* *Werkvormen gericht op het materiaal*;

Primaire kleuren: acrylverf, spons, 3 kleuren, papier vol sponzen en dan met kwast uitwerken zonder dat het iets voorgesteld en vervolgens kijken wat je er wel inziet en dit uitwerken met eventueel een kwast en meerdere kleuren.

* *Werkvorm gericht op samenwerking*;

🡪 Samenwerkingsopdracht; Deze wordt veelal gegeven in samenwerking met de therapeut of groepsgenoten van de cliënt en neemt allerlei vormen aan, belangrijkste uiteraard hoe de samenwerking verloopt en hoe de cliënt zich verhoudt naar peergroup.

* *Werkvormen gericht op emoties*;

🡪 Emotiecirkel/ tekening; Geeft zich op welke emoties op het moment van maken o de voorgrond zijn van de cliënt en ook of hij/zij dit kan vertalen naar beeld of later in taal.

* *Werkvormen gericht op het zelfbeeld*;

🡪 Collage/ eigen map maken waar het werk ik kan worden gestopt ‘dit ben ik’; een opdracht die wat houvast heeft, omdat de meeste kinderen kiezen voor een collage of iets kiezen wat ze vertrouwd vinden, maar waaruit je wel heel veel kunt opmaken.

* *Werkvorm gericht op structuur/ ongestructureerdheid*;

🡪 Vrije opdracht; Kies een materiaal naar keuze en een onderwerp, de cliënt is volledig vrij, afgezien van de tijd, om te maken wat hij/zij wil. Hierbij interessant of de cliënt iets kan met die enorme vrijheid, kan het keuzes maken en voor welk materiaal en/ of onderwerp kiest het?

* *Werkvormen gericht op aandacht/ controle*;

🡪 Scribbles/ Florence Cane; Kan een cliënt loslaten? Heeft de cliënt fantasie of kan deze helemaal niets met die ongestructureerdheid?

* *Werkvormen gericht op belevingswereld en fantasie*;

🡪 Maak een fantasiedier (of welk dier zou je voor 24 uur willen zijn); Heeft een cliënt fantasie? Welke eigenschappen van het dier zou je willen hebben en in welke omgeving moet het dier zich bevinden? Deze opdracht wordt variërend gemaakt van klei, houtjes of krijtjes.

**Materiaal**

Laat gedurende een diagnostiektraject zoveel mogelijk verschillende materiaalsoorten aan bod komen, dit omdat iedere materiaal zijn eigen appelwaarde heeft.

* 2D materiaalsoorten
* 3D materiaalsoorten
* Diverse materiaal gereedschappen
* Diverse diktes papier en verschillende afmetingen

**Meetinstrument**

De DDS kan worden ingezet als diagnostisch, evidece based, beeldend middel. Wel moet rekening gehouden worden met het verschil in problematiek tussen een volwassene waarop deze test berust is en tussen de problematiek van een kind.

De DDS kan het beste worden ingezet bij het eerste individuele contact.

**Methoden**

Eventuele methoden en methodieken die beeldend therapeuten als prettig ervaren gedurende een diagnostiektraject;

* Creatieve procestheorie (analoge procesmodel); appel van de diverse materialen
* DGT; oordeelvrije manier van werken
* Mindfulness; vol bewustzijn, in het moment en uit de gedachten.
* Eclecticisme; datgene kiezen wat het beste lijkt op dat moment.
* MBT; het versterken van het mentaliserend vermogen

R**andvoorwaarden**

 - De beeldend therapeut heeft een brede kennis van psychopathologie en basiskennis

 van de differentiaaldiagnostiek.

 - De bevindingen worden per sessie bijgehouden in een rapportage.

- De bevindingen worden in een multidisciplinair team uitgewisseld en besproken.

- Deelname van minimaal 4 sessies om observatie te kunnen funderen en zodat herhaling/ patronen zichtbaar in beeld kunnen worden gebracht.

**Behandelduur en frequentie**

Eenmalig een individuele sessie van 60 minuten.

Wekelijkse groepssessie van 60 minuten.

Observatieperiode van 2 tot 8 sessies, waarbij de duur afhankelijk is van de setting bij de instelling.

**Eindtermen**

Van het diagnostiektraject wordt een verslag gemaakt waarin de observaties beschreven worden. Indien van toepassing worden het behandeladvies en/ of de indicatiestelling voor de beeldende therapie beschreven.

Dit product wordt getracht concensus based te worden met dank aan; Darja van Alten, Henk Aartsma, Margreeth de Jager, Monique van Tuin en Marjanne van de Voorde.

**Bronnenlijst**

Boeken:

**Hayen**, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Gehele boek gelezen, deels vorig jaar en deels dit jaar.

**Hutschemaekers**, G. & Neijmeijer, L. & Wijgert, J. (1996). *Beroep: Vaktherapeut/ vakbegeleider: een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders n de gezondheidszorg*. Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid.

**Smeijsters**, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

**Schweizer**, C. (2009). *Handboek beeldende therapie, ‘uit de verf’*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Blz. 135- 428

**Verhulst**, F.C. & Verheij, F. (2000). *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.

Internet:

**- Fornhese Ermelo**:

<http://www.ggzcentraal.nl/organisatieonderdelen/fornhese/ermelo/ermelo>

**- GGz Centraal**:

<http://www.ggzcentraal.nl>

- **Literatuursuggesties diagnostiek**:

<http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/registratie/k_j-psycho/kj-literatuursuggesties.pdf>

- **Richtlijnen Trimbos instituut**: <http://www.ggzrichtlijnen.nl>

- Rijksoverheid:

<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/07/02/schippers-stelt-nadere-eisen-aan-hoofdbehandelaarschap-ggz.html>

- **Trimbos Instituut: Richtlijnen GGZ volgens het Trimbos Instituut**:

<http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=464&richtlijn_id=35>

Praktijkonderzoek

- **Fikke**, D. (2012). *Beeldend therapeutische observatie bij jongeren met mogelijk een autismespectrumstoornis* (ASS). Blz. 1-5

- **Taken**, F. & Tilborghs, E. (2009). *Observatie & diagnostiek in vaktherapie*. Onderzoek naar de bijdrage van vaktherapeutische verfijning van de diagnostiek op Vosseveld, kinderpsychiatrische behandelafdeling van het UMC Utrecht.

1. Eclectisch; uit verschillende theorieen het meest passende (multimethodisch) gebruiken [↑](#footnote-ref--1)
2. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) [↑](#footnote-ref-0)