



-Consensus based module plus- Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring.

Tineke de Graaff, Jolanda Glas, Karin Schouten, Edith van Manen, Truus Jans, Helma van Jeveren, Luc Verheyen

Ontwikkeld door Sjuul Visser, Rianne Leusink



INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	4
HOOFDSTUK 1: Titel, Auteurs, Ontwikkelaar, Context	5
HOOFDSTUK 2: Probleemomschrijving	5
2.1 Probleem	5
2.2 Spreiding	5
2.3 Gevolgen	5
HOOFDSTUK 3: Doelgroep	6
3.1 Doelgroep	6
3.2 Indicaties	6
3.3 Contra-indicaties	6
3.4 Verwijzing	6
HOOFDSTUK 4: Doelen	6
4.1 Hoofddoel	6
4.2 Subdoelen	6
HOOFDSTUK 5: Beschrijving van de interventie-aanpak	6
5.1 Architectuur van de interventie	6
5.2 Inhoud van de interventie	6
5.3 Rol van de therapeut	8
5.4 Materialen	8
HOOFDSTUK 6: Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak	8
6.1 Factoren die het probleem veroorzaken	8
6.2 Factoren die door middel van de interventie worden aangepakt	8
6.3 Theoretische verantwoording	9
6.3.1 Theoretische referentiekaders	9
6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie	9
6.3.3 Wetenschappelijk onderzoek	9
6.3.4 Werkzaamheid in de praktijk	9
6.4 Werkzame elementen	10
6.5 Samenvatting	10
HOOFDSTUK 7: Randvoorwaarden en kosten	10
7.1 Uitvoering	10
7.1.1 Materialen	10
7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden	10
7.1.3 Randvoorwaarden voor de patiënt	10
7.2 Opleiding en competenties	10
7.3 Kosten van de interventie	10
7.4 Kwaliteitsbewaking	10
HOOFDSTUK 8: subtypen	10
HOOFDSTUK 9: Ontwikkelgeschiedenis	11
9.1 Betrokkenheid van de doelgroep	11
9.2 Betrokkenheid van de experts	11
9.3 Vergelijkbare interventies in binnen- en/of buitenland	11
9.4 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving	11
LITERATUUR	11
Bijlage 1: Sessiebeschrijvingen	14
Fase 1: Kennismaken aan de hand van ‘verleden, heden en toekomst’	
Sessie 1	14
Sessie 2	15
Sessie 3	16
Sessie 4	17
Sessie 5	18
Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren	
Sessie 6	19
Sessie 7	20
Sessie 8	21
Sessie 9	22

Sessie 10 en 11	23
Sessie 12	24
Sessie 13	25
Sessie 14 en 15	26
Fase 3: wat betekenen de ervaringen tot nu voor het dagelijks leven?	
Sessie 16, 17, 18	27
Bijlage 2: De Wondervraag	28
Bijlage 3, 4, 5 en 6: Levensverhaal in beeld	30
Bijlage 7: Voor- en nadelen van gedachten, gevoelens en intuïtie	31
Bijlage 8: WAT & HOE van aandacht terugbrengen in het hier en nu	32
Bijlage 9: Synoniemen vier basisemoties	33
Bijlage 10: Warming up bij de uitwerking van de vier basisemoties	34

Samenvatting

Titel

Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring.

Auteurs

Tineke de Graaff, Jolanda Glas, Karin Schouten, Edith van Manen, Truus Jans, Helma van Jeveren, Luc Verheyen.

Doelgroep

De doelgroep kenmerkt zich door psychiatrische patiënten die niet in staat zijn een negatieve of traumatische gebeurtenis op te vangen waardoor ze alleen in het hier en nu kunnen 'overleven' (Frank, 1974 in Gemmeke, 2013). De lijdensdruk is groot, net zoals gevoelens van schaamte, mislukking en machteloosheid.

Context

Zorgprogramma-overstijgend: stemmingsstoornissen, PTSS, somatische symptoomstoornis, verstoorde rouw, zingevingproblematiek, in de specialistische ggz, tweede lijn.

Interventie-aanpak

De interventie bestaat uit 18 sessies van 90 minuten, verdeeld in drie fasen, in een frequentie van eens per veertien dagen. De interventie kent drie fasen. In elke fase wordt een actieve, betrokken en reflectieve houding gestimuleerd (De Graaff, De Boer & Schoot, 2014) met de nadruk op eigen regie en het vinden van eigen oplossingen (Visser, 2018). Patiënten leren weer te beschikken over het creatieve vormgevingsproces waarmee ze op hun eigen wijze richting aan hun leven kunnen geven.

Onderbouwing

Door te leren om zelf de relatie tussen zichzelf en de omgeving opnieuw tot stand te brengen kan de patiënt zich weer 'thuis' voelen in de wereld. Met behulp van creativiteit, dat wil zeggen, nieuwe verhoudingen tot stand brengen, worden eigen mogelijkheden van de patiënt versterkt. Door een zintuiglijk, lichamelijke belevingswereld aan te bieden, wordt experiëntiële vermijding tegengegaan, een mogelijk onderliggende factor van de problematiek.

Onderzoek

Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van deze module, maar er zijn wel onderzoeksresultaten voorhanden die de werkzaamheid aannemelijk maken: beeldende therapie biedt een op 'empowerment' gerichte omgeving waar plezier en interesse worden aangeboden, naast de mogelijkheid om een doel in het leven te vinden (Hutschemaekers, in Smeijsters, 2006; Haeyen, 2011; Wilkinson & Chilton, 2013; Wood, et al., 2011; Geue, et al., 2010). Bovendien worden gewaarwording, zelfreflectie en acceptatie versterkt in beeldende therapie (Blomdahl, et al., 2013). De interactie met het materiaal en de reflectie daarop helpen aangezien het eigen werk vanwege het persoonlijke karakter de patiënt een spiegel voorhoudt (Keeling & Bermudez, 2006; Haeyen, 2011). Beeldende therapie heeft een positief effect op welbevinden en kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte (Monshat & Castle, 2012; Kim, et al., 2018). De werkzame elementen van een op mindfulness gebaseerde vorm van beeldende therapie zijn: het integreren van stressvolle situaties en het vinden van hulpbronnen die de executieve functies kunnen ondersteunen, zoals gewaarworden, aandacht richten, plezier beleven en participeren in het hier en nu (Monti, et al, 2006; Haeyen, 2011).

Hoofdstuk 1:

Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring.

Auteurs Tineke de Graaff, Jolanda Glas, Karin Schouten, Edith van Manen, Truus Jans, Helma van Jeveren, Luc Verheyen.

Ontwikkeld door Sjuul Visser, Rianne Leusink.
(2018)

Context Zorgprogramma-overstijgend: stemmingsstoornis, PTSS, somatische symptoomstoornis, zingevingproblematiek, verstoorde rouw, in de specialistische ggz, tweede lijn.

Hoofdstuk 2: Probleemomschrijving

Psychiatrische problematiek en ontwrichtende verlieservaring(en), niet in staat dat verlies te integreren in het levensverhaal.

2.1 Probleem

Een ontwrichtende verlieservaring kan een onderliggende rol spelen bij meerdere psychiatrische problemen, zoals verstoorde rouw, zingevingproblematiek, een aanpassingsstoornis, stemmingsstoornis en PTSS (Bohmeijer, 2012; Bohlmeijer & Westerhof, 2014). Als een dergelijk verlies het aanpassingsvermogen heeft overvraagd kunnen de ervaringen niet worden begrepen en geordend, waardoor de patiënt een gevoel van controle verliest en de zelfwaardering daalt (Gemmeke, 2013). Als mensen er, als gevolg daarvan, niet in slagen vorm te geven aan de eigen identiteit en die aan te passen aan de nieuwe omstandigheden zullen ze zich slachtoffer voelen, waardoor ook positieve emoties en een gevoel van eigen kracht onbereikbaar wordt. Dat zal leiden tot afname van actorschap: *'het vermogen richting te geven aan het eigen leven'* aangezien de voorwaarden ervan ontbreken: een aantrekkelijk en wenselijk leefperspectief en zich in staat voelen en mogelijkheden ervaren om die te verwezenlijken (Giddens, in Bohlmeijer, 2012). Het verlies van actorschap heeft een negatief effect op 'psychologisch welbevinden', het vermogen om zin te geven aan het eigen leven door mogelijkheden te zien om te groeien als persoon en door betekenisvolle doelen te stellen, ook in confrontatie met negatieve of traumatische levensgebeurtenissen. Zonder psychologisch welbevinden, ook wel mentale veerkracht genoemd, ontbreekt een belangrijke beschermende factor tegen het ontstaan van psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, in Van Heycop ten Ham et al., 2014).

2.2 Spreiding

Gegevens over verlies van actorschap zijn niet beschikbaar, wel is uit onderzoek gebleken dat volwassenen die in staat zijn zin aan hun leven te geven 53% minder kans hebben op het ontwikkelen van een angststoornis en 28 % minder kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Schotanus-Dijkstra, Ten Have, Lamers, De Graaf & Bohlmeijer, 2016). In het algemeen krijgen 191.000 mensen in Nederland per jaar voor het eerst te maken met een psychische aandoening, 4 op de 10 mensen voldoen op enig moment in hun leven aan de criteria van een psychiatrische diagnose (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2012). Verlies van actorschap kan daar een onderliggende factor van zijn (Van Heycop ten Ham et al., 2014).

2.3 Gevolgen

Er zijn gevolgen op functioneel, persoonlijk en maatschappelijk vlak:

- er kan sprake zijn van verlies van aandacht en concentratie (Van Heycop ten Ham & Van der Zwaag, in Van Heycop ten Ham et al., 2014);
- het gevoel te falen en het verlies van toekomstperspectief kan tot inactiviteit en demoralisatie leiden: de strijdlust en wilskracht nemen af, er kan niet meer genoten worden van ervaringen, en gevoelens van hopeloosheid, machteloosheid, angst en wanhoop krijgen de overhand. Suïcide (pogingen) dreigen bovendien (Gemmeke, 2013);
- door verlies van maatschappelijke participatie kan sociaal isolement dreigen (Van der Stel, 2011).

De kosten van ziekte en verlies van werk drukken niet alleen zwaar op de maatschappij, maar ook op de patiënt die niet in staat is te voldoen aan de heersende norm om zelfredzaam te zijn en zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden.

Hoofdstuk 3: De doelgroep

3.1 Doelgroep

De doelgroep kenmerkt zich door psychiatrische patiënten die niet in staat zijn een negatieve of traumatische gebeurtenis op te vangen waardoor ze alleen in het hier en nu kunnen 'overleven' (Frank, 1974 in Gemmeke, 2013). De lijdensdruk is groot, net zoals gevoelens van schaamte, mislukking en machteloosheid.

3.2 Indicaties

- patiënten die zich slachtoffer voelen van een ontwrichtende gebeurtenis, zoals de plotselinge dood van een dierbare, het verlies van werk en van status en/of,
- patiënten die niet in staat zijn een zinvol leven te leiden met een psychiatrische ziekte en/of een (somatische) chronische klacht, zoals chronische pijn, artrose, plotsdoofheid of oorsuizen.

3.3 Contra-indicaties

- patiënten lijdend aan een acute psychose;
- patiënten die een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormen.

3.4 Verwijzing

De selectie en verwijzing vindt plaats door de regiebehandelaar na de psychiatrische diagnostiek, op basis van de beschreven indicaties. Bij de intake door de beeldend therapeut wordt vanuit het vaktherapeutisch kader beoordeeld of de patiënt is geïndiceerd voor deze interventie aan de hand van een inventarisatie van relevante informatie van de patiënt. Daarnaast staat uitleg over en het vinden van commitment voor de interventie centraal, aangezien deze voor veel patiënten onbekend is.

Hoofdstuk 4: Doelen

4.1 Hoofddoel

Herstel van actorschap met behulp van de cognitieve vaardigheden 'verbeelding' en 'reflectie', om het verleden te integreren en toekomstperspectief bereikbaar te maken. Aan het eind van de behandeling is het ervaren van psychologisch welbevinden ten opzichte van de start van de interventie verbeterd tot minimaal eens per week, gemeten op de Dutch MHC-SF (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster & Keyes , 2011). Deze inschatting is gebaseerd op de praktijk en op de ernst van de problematiek.

4.2 Subdoelen

- "ik sta open voor en word zintuiglijke en lichamelijke ervaringen gewaar tijdens het beeldend bezig zijn."
- "ik ervaar plezier in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn. Dit geeft me het vertrouwen dat ik dit ook in het dagelijks leven ervaren kan."
- "ik ben in staat mijn aandacht te richten."
- "ik zie nieuwe mogelijkheden die de moeite waard zijn om, in de context van de therapie, uit te werken in concrete plannen waar ik me aan committeer."
- "ik reflecteer op het beeldend werk om nieuwe betekenis in mijn leven te vinden."

Hoofdstuk 5: Beschrijving van de interventie-aanpak

5.1 Architectuur van de interventie

De interventie bestaat uit 18 sessies van 60 minuten, verdeeld in drie fasen, in een frequentie van eens per veertien dagen. Voor de uitwerking op sessie niveau: zie bijlage.

5.2 Inhoud van de interventie

Het ervaren van 'veiligheid' is een belangrijk uitgangspunt. In dat kader zal de therapeut zijn aanbod altijd af willen stemmen op de behoeften van patiënt. Daarom is het belangrijk dat de therapeut binnen het 'protocol' ruimte ervaart voor variatie en aanpassing (Visser, 2018; Leusink, 2018) zonder daarbij de grote lijn uit het oog te verliezen. Daarnaast wordt in elke fase een actieve, betrokken en reflectieve houding gestimuleerd om eigen mogelijkheden te versterken en afstand te leren nemen van het probleem (De Graaff, De Boer & Schoot, 2014). De nadruk ligt op eigen regie en het vinden van eigen

oplossingen (Visser, 2018). Aangezien het in deze interventie om het stimuleren van het creatieve vormgevingsproces gaat, komen alle fasen daarvan (geprikkeld raken, iets gaan doen, betrokken raken, experimenteren en vormgeven) in elke sessie aan bod.

Door elke sessie in elke fase een min of meer vast stramien te geven, ontstaat de indruk van een ritueel, waarbij de therapiesituatie voorspelbaar wordt met als doel veiligheid en houvast te bieden. Daar is voor gekozen als tegenwicht tegen de ervaringen van de patiënten die juist zo hard werden geconfronteerd met de onvoorspelbaarheid van het leven. Door in de interventie de mogelijkheid te krijgen om regie te ervaren kan de zelfwaardering, een aspect van psychologisch welbevinden, groeien.

Eerste fase (vijf sessies): kennismaken

In deze fase wordt kennisgemaakt met elkaar en met de werkwijze en aanpak van de interventie. Aanknopingspunt is de kern van het probleem (afname van actorschap) en de kern van de oplossing (in staat zijn nieuwe mogelijkheden te zien, zich daaraan te committeren en ze te verwezenlijken, zodat een aantrekkelijk leefperspectief bereikbaar wordt). Met behulp van de oplossingsgerichte methode (bijlage 2) wordt de patiënt uitgenodigd nieuw toekomstperspectief te formuleren en het hoofdthema in beeld te brengen. Dit is het eerste vormgevingsproces waarmee de patiënt in deze interventie kennismakt. Hij ervaart dat zijn verbeelding en creativiteit worden aangesproken, belangrijke uitgangspunten van de creatieve procestheorie en van het ETC.

Het is een proces van doen en ervaren, van interactie met het beeldend materiaal en van het gewaarworden en opmerken van zintuiglijke en lichamelijke ervaringen.

Tijdens het maakproces ervaart de patiënt regie en leert hij dingen die van binnen leven, een idee, een verhaal, een gedachte naar buiten te brengen en te verwerken tot beeldend werk. Zo vormt zich iets dat persoonlijk, spannend, en de moeite waard is. Tijdens dat maakproces komen alle subdoelen aan bod.

Dit proces van ervaren, doen en vormgeven/reflecteren leert de patiënt, naast het gewaarworden van zintuiglijke en lichamelijke ervaringen, ook afstand te nemen en te reflecteren op het resultaat. Op deze manier wordt gewerkt aan empowerment.

Vaak wordt bij het in beeld brengen van het toekomstperspectief gekozen voor collagetechniek, maar soms ook wordt een power point presentatie ingezet om een persoonlijk beeld van de toekomst te schetsen. Een alternatief is de patiënt te vragen een brief aan de toekomst te schrijven. Voor het in beeld brengen van fasen uit het levensverhaal wordt soft pastekrijt aangeboden (bijlage 3, 4, en 5).

Tweede fase (tien sessies): (anders) doen, ervaren en reflecteren

Deze fase staat in het teken van (anders) doen, ervaren en reflecteren/vormgeven.

In interactie met het materiaal kan worden geëxperimenteerd en kan regie en controle ervaren worden: de keuze kan vallen op meebewegen met de mogelijkheden van het materiaal of tegengas, weerstand bieden. Zo vindt men al doende zijn eigen weg.

Er wordt 'aan den lijve' ervaren, bijvoorbeeld door te krassen, door groot en klein te bewegen, door verschillen tussen materialen te 'proeven', door te voelen en te zien. De patiënt raakt geïnteresseerd in en richt de aandacht op de mogelijkheden van het materiaal. Daardoor ontstaat plezier *in* betrokkenheid en interesse (positief affect). Omdat er in principe wordt gewerkt zonder tussenkomst van de therapeut kunnen diepere gevoelslagen worden geraakt (Haeyen, 2015, in Claassen & Pol, 2015).

In elke sessie wordt gereflecteerd op het proces, op de interne dialoog tijdens het bezig zijn en op het product om betekenis te vinden en de verbinding met de behandeldoelstelling te maken. Dat proces vindt altijd samen met de therapeut plaats. Denk aan vragen zoals 'wat kan en wil ik met verf, krijt, klei of kleurpotlood uitdrukken?', 'hoeveel weerstand roept het materiaal bij me op?', 'hoe verhoud ik me daartoe, wat bevat wel en niet?', 'welke kleuren kies ik en waarom?' en 'wat roept het zintuiglijk bezig zijn op aan emoties, (hoe) heb ik die uitgedrukt en vormgegeven?'

Behalve de creatieve procestheorie en ETC speelt ACT een rol waar het gaat om het aanwezig zijn in het nu en de mindfulness oefeningen, zoals observeren, beschrijven en participeren. Ook wordt een beroep gedaan op verbeelding en reflectie, de cognitieve vaardigheden van actorschap.

Derde fase (drie sessies): reflectie op het behandelproces

Tijdens de derde fase wordt de patiënt uitgenodigd een tentoonstelling te maken van zijn werk aan de hand waarvan reflectie kan plaatsvinden. De ervaringen worden met de therapeut gedeeld waardoor ze kunnen worden vastgehouden en teruggehaald. Zo kunnen de ervaringen ook buiten de context van de therapie betekenis krijgen. Samen wordt de balans opgemaakt en afscheid genomen: welke ervaringen hebben geholpen bij het vinden van een nieuwe richting in het leven? Zijn de doelstellingen behaald?

5.3 Rol van de therapeut

Aangezien het om het vinden en verwezenlijken van persoonlijke toekomstwensen gaat, stelt de therapeut zich op dat vlak 'onwetend' en nieuwsgierig op en sluit aan bij en vertrouwt op de wijsheid van de patiënt (Bohlmeijer, 2012; Goosenssen, 2011). De therapeut nodigt uit, ondersteunt, moedigt aan, sluit aan bij de woorden die de patiënt kiest en bevestigt het zoeken naar eigen vormen om zich uit te drukken. Het opbouwen van vertrouwen en empathisch 'er zijn' staat centraal (Eneman & Sabbe, 2006), net als het voortdurend afstemmen (Visser, 2018; Leusink, 2018). Daarnaast is de therapeut gericht op het stimuleren van betrokkenheid op het materiaal en het vinden van een balans tussen geïnvolveerd zijn en afstand kunnen nemen, tussen ordening en experiment: de therapeut begeleidt het proces van het vormgeven. Het verwerken van teleurstellingen is daar een onderdeel van. Specifiek voor de laatste fase is dat er met afstand wordt teruggekeken naar het beeldend werk, waarbij de therapeut open vragen stelt om de patiënt te helpen woorden te verbinden aan de ervaringen die tijdens het zoekend vormgeven zijn opgedaan, welke keuzes zijn gemaakt, wat hij erbij beleefde en van zichzelf tegenkwam, hoe hij zich al dan niet wist te committeren, en wat de betekenis van dit proces is voor het herstel van actorschap.

5.4 Materialen

Teken- en schildermateriaal, tijdschriften, lino, klei, hout, steen, touw, wol, ijzerdraad, lijm etc. en digitale media voor foto, video, power point presentatie, zoeken en/of bewerken van afbeeldingen.

Hoofdstuk 6: Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

6.1 Factoren die het probleem veroorzaken

Of het mensen lukt om zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden hangt vooral samen met de betekenis die ze eraan toekennen (Gemmeke, 2013). Mc Adams in Bohlmeijer (2012) vond daarnaast dat een moeilijke situatie ten goede kan worden gekeerd op basis van een vroeg verworven overtuiging van eigen talenten. Het ontbreken daarvan kan samenhangen met een kwetsbare persoonlijkheidsontwikkeling en onveilige hechting. Dit kan een negatief effect hebben op de ontwikkeling van zelfvertrouwen en weerbaarheid (Pont, 2012; Geuzinge, 2014). Mensen met een hoog negatief affect zijn vatbaarder voor het ervaren van een gevoel van slachtofferschap dan mensen met een laag negatief affect (Watson & Clarck, in Engelen et al., 2006). Experiëntiële vermijding houdt het probleem in stand en draagt bij aan de psychopathologie, aangezien het stellen van waardevolle doelen en het opdoen van ervaringen in het hier en nu worden vermeden (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger (2006).

6.2 Factoren die door middel van de interventie worden aangepakt

De interventie biedt een tegenwicht tegen experiëntiële vermijding door lichamelijk, zintuiglijke ervaringen in het hier en nu aan te bieden. Het opdoen van ervaringen, de aandacht kunnen richten, verbeelding en reflectie staan centraal. De patiënt leert nieuwe mogelijkheden zien en zich daarmee te verbinden. Daarnaast kan positief affect, plezier in betrokkenheid en interesse worden hervonden.

6.3 Theoretische verantwoording

6.3.1 Theoretische referentiekaders

Het empowerment-paradigma (Hutschemaekers, Tiemens & Smit, 2006) is van belang vanwege het versterken van de eigen mogelijkheden en het idee dat afstand kunnen nemen van het probleem ruimte schept voor reflectie. Dat maakt een verschuiving mogelijk van 'ik ben mijn probleem' naar 'ik heb een probleem en ben bereid te kijken wat mijn eigen rol kan zijn'. Vanuit de kaders van de positieve psychologie kan de eigen kracht van mensen worden gemobiliseerd, zoals ook het ervaren van positieve emoties (Wilkinson & Chilton, 2013). De narratieve psychologie, waar het begrip 'acterschap' werd geïntroduceerd, speelt een rol vanwege de uitdaging om moeilijke levensgebeurtenissen te integreren in het eigen levensverhaal (Bohlmeijer, 2012). Beide kaders zijn gericht op het ontwikkelen van actorschap. Acceptance and Commitment Therapy biedt een kader om, middels mindfulness technieken, ervaringen in het hier en nu toe te laten en (weer) een waardevol toekomstperspectief te formuleren. Daarvoor wordt ook gebruik gemaakt van de oplossingsgerichte methode (Bannink, 2013).

6.3.2 Beeldend therapeutische behandelvisie

In beeldende therapie wordt een belevingswereld aangesproken die op het lichamelijk en zintuiglijk vlak ligt. Om de ervaringen te kunnen vasthouden en terug te kunnen halen, wordt er taal aan verbonden (Smitskamp, 1997). In de creatieve procestheorie, een vaktherapeutische stroming, wordt dit proces beschouwd als de manier waarop de mens de relatie met zijn omgeving tot stand brengt en zin geeft om zich in de wereld thuis te kunnen voelen. Het 'vervoermiddel' is de actieve verbeelding (Wils, 1974; Grabau & Visser, 1987; Smitskamp, 1997; Smeijsters, 2008). In Hinz' Expressive Therapeutic Continuum (2009), een beeldende therapeutische methode, wordt de creatieve manier van informatieverwerking beschouwd als het werkzame element, vanwege de integratieve functie die het zou hebben op de linker- en rechter hemisfeer. Creativiteit doet volgens Hinz een beroep op authentiek, nieuw en inventief gedrag. Siegel, in Geuzinge (2014) merkt in dit verband op dat flexibiliteit en adaptief gedrag is gerelateerd aan de mate en kwaliteit van verbindingen in het brein en de integratie van verschillende hersengebieden, bijvoorbeeld die tussen de lichamelijke ervaringen en de logica. Aan de hand van waarnemen en voelen wordt gereflecteerd en betekenis gegeven: de waarneming is het middel van waaruit nieuwe perspectieven op de wereld kunnen worden geopend. Sarid & Huss (2010) spreken hierbij van een 'bottom-up' werkwijze.

6.3.3 Wetenschappelijk onderzoek

Beeldende therapie biedt een op 'empowerment' gerichte omgeving door het aanmoedigen van controle, het aansluiten bij eigen mogelijkheden, het zoeken naar oplossingen en het aanboren van hulpbronnen, zoals plezier en interesse (Hutschemaekers, in Smeijsters, 2006; Haeyen, 2011; Wilkinson & Chilton, 2013). Door de zintuigen en de cognitie te stimuleren kunnen gewaarwording, zelfreflectie, acceptatie, zelfbewustzijn en een positiever zelfbeeld worden versterkt (Blomdahl, Gunnarsson, Guregard & Bjorklund, 2013). Uit onderzoek van Keeling & Bermudez, (2006) en Haeyen (2011) bleek dat interactie met het materiaal en de reflectie daarop kunnen helpen bij het leren omgaan met problemen aangezien het beeldend werk door het persoonlijke karakter de patiënt als het ware een spiegel voorhoudt. Uit onderzoek van Wood, Molassiotis & Payne (2011) en Geue, Goetze, Buttstaedt et al., (2010) blijkt dat beeldende therapie de kwaliteit van leven en coping kan verbeteren en kan helpen bij het terugvinden van de eigen kracht. Ook bleek een positief effect op welbevinden en kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte (Monshat & Castle, 2012; Kim, Kim, Choe & Kim, 2018). Wilkinson & Chilton (2013) beschreven de mogelijkheid van het uitdrukken van betekenis en het vinden van een doel in het leven als kwaliteit van beeldende therapie. De werkzame elementen van een op mindfulness gebaseerde vorm van beeldende therapie zijn: het kunnen integreren van stressvolle situaties en het vinden van hulpbronnen die executieve functies kunnen ondersteunen, zoals gewaarworden, aandacht richten, plezier beleven en participeren in het hier en nu (Monti, Peterson, Shaking Kunkel, Hauck, Pequignot, Rhodes & Brainard, 2006; Haeyen, 2011). Tenslotte kan het vinden van nieuwe uitdagingen een effect zijn van beeldende therapie (Wood et al., 2011).

6.3.4 Werkzaamheid in de praktijk

Geen gegevens bekend.

6.4 Werkzame elementen

Het werkzame element is het beeldend vormgevingsproces waardoor de patiënt kan ervaren dat hij met verbeelding en reflectie eigen werk kan maken van wat voor hem van waarde is. Hij voert daarover zelf de regie en past zich aan de omstandigheden aan. Creativiteit is van belang aangezien daarmee autonoom een andere verhouding tot de werkelijkheid kan worden gevonden (Wils, 1974; Hinz, 2009). De patiënt leert nieuwe mogelijkheden te zien (verbeelding) en deze concreet vorm te geven. Hij leert te reflecteren en ervaringen uit het verleden te integreren. Daarnaast ervaart hij positief affect, plezier in betrokkenheid en de mogelijkheid om de aandacht te richten. Dat biedt perspectief voor de toekomst waardoor de draad van het leven (weer) kan worden opgepakt.

6.5 Samenvatting

Deze module is voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring die hun vaardigheid om richting aan het leven te geven zijn kwijtgeraakt, waardoor ze zich vooral slachtoffer voelen (Gemmeke, 2013). Om dat proces te keren wordt beeldende therapie ingezet. De kracht van vormgeven, dat ook een proces van reflectie en van betekenisgeven is, het werkzame element is: de patiënt ervaart dat hij (weer) in staat is om zelf en op persoonlijke wijze vorm te geven aan waardevolle aspecten van zijn leven (Wils, 1974; Grabau & Visser, 1987; Smitskamp, 1997; Smeijsters, 2008; Hinz, 2009). Zo wordt 'acterschap' bereikbaar, een voorwaarde voor psychologisch welbevinden en een beschermende factor voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen (Westerhof & Bohlmeijer, in van Heycop ten Ham et al., 2014; Bohlmeijer, 2012).

Hoofdstuk 7: Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

7.1 Uitvoering

7.1.1 Materialen

Dutch MHC-SF (Lamers et al., 2011).

ORS en SRS vragenlijst (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010; Crouzen, 2010)

7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden

De interventie wordt aangeboden in een beeldend therapeutische ruimte met gootsteen en stromend water, waar tafels en stoelen aanwezig zijn, naast de benodigde materialen zoals beschreven in de interventie-aanpak.

7.1.3 Randvoorwaarden voor de patiënt

De belangrijkste voorwaarde is het commitment van de patiënt vanuit het idee dat hij er zelf eigen werk van wil maken.

7.2 Opleiding en competenties

Bachelor opgeleid beeldend therapeut, ingeschreven bij Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen of met ruime ervaring als beeldend therapeut.

7.3 Kosten van de interventie

De uren van de beeldend therapeut (18 x 75 minuten, waarvan 60 minuten directe en 15 minuten indirecte tijd per sessie voor verslaglegging en voor multidisciplinair overleg), de materiaalkosten en evt. de huur van een therapieruimte.

Locatie en uitvoerders

Voor de interventie wordt gebruik gemaakt van een beeldende therapie ruimte en uitgevoerd door een beeldend therapeut.

7.4 Kwaliteitsbewaking

Elke sessie wordt door de patiënt geëvalueerd m.b.v. een Session Rating Scale vragenlijst op de onderwerpen 'relatie patiënt-therapeut', 'doelen', 'werkwijze en aanpak'. Voorafgaand aan elke sessie wordt de ORS afgenomen om het beloop te monitoren aan de hand van de vraag hoe het met de patiënt gaat, in relatie tot zichzelf, met zijn naasten en op sociaal gebied.

Hoofdstuk 8: Subtypen

Deze interventie is ook geschikt voor ouderen. Dat brengt de volgende aandachtspunten met zich mee: mogelijke lichamelijke achteruitgang; verslechterde mobiliteit; de mogelijkheid om behandeling aan huis te geven; mogelijke kennis- en ervaringsachterstand ten aanzien van digitale technologie; mogelijk lager tempo (Generieke Module Ouderen met psychische aandoeningen, 2017).

Hoofdstuk 9: Ontwikkelgeschiedenis

9.1 Betrokkenheid van de doelgroep

De doelgroep was betrokken bij de ontwikkeling van deze interventie. In interviews noemden ze het ervaren van rust, plezier en afleiding tijdens de interventie. Dat, en de attitude van de therapeut die in staat is af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiënt, hielpen bij de acceptatie van de problematiek en het herstel van actorschap (Leusink, 2018).

9.2 Betrokkenheid experts

Er zijn geen andere experts betrokken geweest bij de interventiebeschrijving.

9.3 Vergelijkbare interventies in binnen- en/of buitenland

Er zijn geen vergelijkbare interventies beschreven in Nederland en de interventie is niet gebaseerd op een reeds bestaande interventie uit het buitenland.

9.4 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving

N.V.T.

Literatuur

- Bannink, F. (2013). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Blomdahl, C., Gunnarsson, B., Guregard, S., & Bjorklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts of Psychotherapy*, 40 (2013), 322-330.
- Bohlmeijer, E.T. (2012). *Eudaimonia, voer voor psychologen. Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg*. Faculteit Gedragwetenschappen Universiteit van Twente, Enschede.
- Bohlmeijer, E. & Westerhof, G. (2014). Welbevinden. In B. van Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E.Bohlmeijer (Red.). *Transdiagnostische factoren. Theorie & Praktijk* (pp. 282-405).
- Crouzen, M. (2010). Handleiding voor Client Directed Outcome Informed (CDOI). Geraadpleegd op 13-06-2018 op <http://www.oplossingsgericht.nu/methodiek/cdoi/>
- Eneman, M.& Sabbe, B.G.C. (2006). Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie. Lijden aan en onder psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48 (2006) 5: 373-382.
- Engelen, U., Peuter, S. de, Victoir, A., Deist, I. van, & Bergh, O. van den (2006). Verdere validering van de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) en vergelijking van twee Nederlandstalige versies. *Gedrag en Gezondheid* 34, 89-102.
- Gemmeke, M. (2013). *Zingevingsproblematiek of psychiatrische aandoening? Demoralisatie bij schizofreniepatiënten*. Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek.
- *Generieke Module Ouderen met psychische stoornissen (2017)*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Geue, K., Goetze, H., Buttstaet, M., Kleinert, E., Richter, D. & Singer, S. (2010). An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. *Complementary Therapies in Medicine*, 2010; 18 (3-4): 160 – 170.
- Geuzinge, R. (2014). Specifieke veranderingen in het brein door niet-specifieke factoren van de psychotherapeutische relatie. Een overzicht vanuit een interpersoonlijk neurobiologisch perspectief. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 52; 2014/1, 35-46.
- Goossensen, A. (2011). *'Zijn is gezien worden'*. Presentie en reductie in de zorg. Oratie, Tilburg University, faculteit Geesteswetenschappen.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2012). Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2. *Tijdschrift van psychiatrie*, 54, 17-26.
- Graaff, C.M. de, Boer, F. de & Schoot, C.M. (2014). Beeldende therapie bij tinnitus, leren omgaan met en chronische klacht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, jaargang 69, nummer 5, september 2014*.
- Grabau, E. & Visser, H. (1987). *Creatieve Therapie. Spelen met mogelijkheden*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

- Haeyen, S. (2015). De Gezonde Volwassene versterken in beeldende therapie, meer een gevoeld dan gedacht proces. In: Claassen, A.M. & Pol, S. (red.). *Schematherapie en de gezonde volwassene, positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteiten van beeldende therapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch Translation. *Journal of Brief Therapy* 7, 1-12.
- Heycop ten Ham, B. van, Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren, theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Hinz, L.D. (2009). *Expressive Therapeutic Continuum, a framework for using art in therapy*. New York/Londen: Routledge.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP/de Gelderse Roos.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P. & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalised psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy* 44 (2006) 1301-1320.
- Keeling, M. & Bermudez, M. (2006). Externalizing problems through art and writing: experience of process and helpfulness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2006; 32 (4): 405 – 419.
- Kim, H., Kim, S., Choe, K. & Kim, J-S. (2018). Effects of Mandala Art Therapy on subjective well-being, resilience, and hope. *Archives of psychiatric Nursing* 32 (2018) 167-173.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. ten & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum, Short-Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology* 67 (1), 99-110.
- Leusink, R. (2018). *Ontwikkeling van acceptatie door creatie. Een ervaringsgericht onderzoek naar de werking van de interventie volgens de patiënt, zoals deze beschreven staat in het product "individuele beeldende therapie gericht op herstel van actorschap voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring"*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Gedrag en Maatschappij, Opleiding Creatieve Therapie.
- Monshat, K. & Castle, D. (2012). Mindfulness training: an adjunctive role in the management of chronic illness? *MJA Clinical Focus* 2012: 196 (9): 569 – 571.
- Monti, D.A., Peterson, C., Kunkel, E.J., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G.C. (2006). A randomised controlled trial of mindfulness-based art therapy for women with cancer. *Psycho-oncology* 15, 363-373.
- Pont, S. (2012). *Mensenkinderen! De zeventien belangrijkste ontwikkelingsgebieden van kinderen tussen nul en vier jaar*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Sarid, O. & Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: a comparison between cognitive behavioral intervention and art therapy. *The Arts in Psychotherapy* 37 (2010), 8-12.
- Schotanus-Dijkstra, M., Have, ten, M., Lamers, S.M.A., Graaf, de, R. & Bohlmeijer, E.T. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health* 2016: 11, 1-6.
- Smeijsters, H. (2006). Verklaringsmodellen. In H. Smeijsters (Red.), *Handboek muziektherapie. Evidence Based Practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp. 90-114). Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). Creativiteit, het creatieve proces, spel, transitionele ruimte, expressie. In H. Smeijsters, *Handboek creatieve therapie* (pp. 103-132). Bussum: Coutinho.
- Smitskamp, H. (1997). Het gesprek tussen verwoorders en verbeelders. *Tijdschrift voor creatieve therapie* . 1997/3: 9-12.
- Stel, J. van der (2011). Wat zijn de gevolgen van een psychische stoornis? In J. van der Stel, *Focus op de geestelijke gezondheidszorg. 20 kernvragen* (pp. 47-54). Den Haag: Boom/Lemma.
- Visser, S. (2018). *Zeggenschap over het eigen leven. Een beeldend therapeutische module voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Gedrag en Maatschappij, Opleiding Creatieve Therapie.
- Wilkinson, R.A. & Chilton, G. (2013). Positive Art Therapy: Linking Positive Psychology to Art Therapy Theory, Practice and Research. *Journal of the American Art Therapy Association*, 30:1, 4-11.

- Wils, L. (red.) (1974). *Bij wijze van spelen. Creatieve processen bij vorming en hulpverlening*. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- Wood, M.J.M., Molassiotis, A. & Payne, S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of systems in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-oncology* 2011:20, 135 -145.

Bronnen beschrijving per sessie:

- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Langwe, M. (2017). *Boekjes maken*. Baarn: Forte.
- Swaaij, van. L. & Klare, J. (2000). *Atlas van de verbeeldingswereld*. Amsterdam: Dijkgraaf en van der Veere.

Bijlage 1: Sessiebeschrijvingen

Sessie 1
Fase 1: kennismaken aan de hand van 'verleden, heden en toekomst'
Doelen: <ul style="list-style-type: none">o kennismaken met, uitleg over en ervaren van aanpak en werkwijze beeldende therapie, zoals: werken in het 'nu', en in relatieve stilte (zonder tussenkomst van de therapeut), ervaren van regie en gewaarworden van interne dialoog tijdens het beeldend bezig zijn;o open staan voor zintuiglijke en lichamelijke ervaringen tijdens het beeldend bezig zijn, daarop betrokken raken en in staat zijn vorm te geven;o aandacht richten;o plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn;o reflecteren op proces en product;o uitleg over de werkwijze en aanpak van de interventie aan de hand van de werkvorm.
Inhoud: <ul style="list-style-type: none">o Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd. Werkvorm: zet je initialen met potlood op papier. Kies zelf voor grootte en de plaats van de initialen op het papier. Kijk nu naar de letters alsof het lijnen zijn en trek die door naar de randen van het papier, waardoor een vlakverdeling ontstaat. Voorzie die van kleur met de materialen verf, zacht pastelkrijt en kleurpotlood. De patiënt werkt hier in principe aan zonder tussenkomst van de therapeut. Nadat hij klaar is, laat de therapeut het werk van een afstand zien, waarbij het werkstuk steeds een kwartslag wordt gedraaid met de vraag hoe het werk het beste tot zijn recht komt: wat is de onder- en bovenkant? Zo wordt het vervolgens op de muur bevestigd om samen met de therapeut op te reflecteren.o Bespreking van proces en product: de open vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden van de verschillende materialen) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn: hoe was het om te doen? Waarmee ben je begonnen? Kun je verschillen aangeven tussen verf, potlood en krijt? Wat beviel het beste? Wat minder? En waarom? Wat was de reden van de kleurkeuze? Wat dacht je tijdens het bezig zijn, wat voelde je? De laatste vraag betreft het product dat aan de muur hangt: terugkijkend op het proces en het product: waarom heb je het zo opgehangen en welke titel zou je het werk kunnen geven?o Afronding: de therapeut legt het verband uit tussen de werkwijze en aanpak van beeldende therapie en de mogelijk effecten daarvan. Tenslotte wordt er een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze.o Toelichting: de werkvorm is bedoeld een actieve, betrokken en reflecterende houding tot stand te brengen. Met die houding kan met beeldend materiaal een 'eigen kleur' worden aangebracht en/of kunnen nieuwe 'kleuren' ontstaan. Dat proces gebeurt in principe zonder tussenkomst van de therapeut, maar zij zal wel de mogelijkheden van het materiaal en manier van ermee 'spelen' laten zien. De reflectie op proces en product, het vinden van woorden voor een proces dat in beelden tot stand kwam, vindt altijd samen met de therapeut plaats. Zo leren we ook de patiënt (een beetje) leren kennen (en hij zichzelf vanuit een voor hem nieuw perspectief), niet alleen op het gebied van wat hij heeft gemaakt, maar ook hoe het werk tot stand kwam, hoe hij regie voerde en wat er intern plaatsvond tijdens het bezig zijn.
Rol therapeut: <ul style="list-style-type: none">o opbouwen van commitment voor werkwijze en aanpak;o bieden van structuur en veiligheid;o opbouwen vertrouwensband, met de nadruk op empathie en afstemming;o uitnodigen tot een actieve, betrokken en reflectieve houding;o stimuleren tot het voeren van eigen regie;o uitnodigen tot reflectie op proces en product, bewustmaken van interne dialoog;o uitleg over werkwijze en aanpak van beeldende therapie en het leggen van een verbinding tussen probleem, doel en het creatieve vormgevingsproces.
Materiaal: <ul style="list-style-type: none">o A 3 formaat tekenpapier, kleurpotloden, zacht pastel-krijt, verf en kwast.

Sessie 2
Fase 1: kennismaken aan de hand van 'verleden, heden en toekomst'
<p>Doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ inventariseren, ordenen en categoriseren van de wensen t.a.v. het eigen leven; ○ bepalen van de richting van de behandeling, de stip aan de horizon: wat wil de patiënt bereiken? ○ ervaren van regie
<p>Inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, het werk van vorige keer, dat aan de muur hangt wordt bekeken, waarna de 'wondervraag' wordt geïntroduceerd. ○ Werkvorm: aan de hand van de wondervraag (bijlage 2) worden wensen geïntariseerd. Bespreking: de therapeut vat de wensen samen en bevestigt dat het de moeite is om hier voor te gaan. De therapeut spreekt ook zelf zijn commitment uit en geeft aan hoe beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan het behalen van de wensen. Via de mail worden de wensen in een 'word' document toegestuurd met de vraag deze te ordenen, categoriseren en het onderlinge verband tussen de categorieën te beschrijven ○ Toelichting: door aan te sluiten op de wensen van de patiënt wordt hoop geboden op nieuwe mogelijkheden. Daarmee wordt perspectief gecreëerd en het commitment om daar voor te gaan. Daarnaast dient de therapeut zich te realiseren dat het inventariseren van wensen niet alleen hoopvol, maar ook confronterend kan zijn, aangezien de patiënt zich kan realiseren wat er op dit moment allemaal ontbreekt. <p>Rol therapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ uitleg over de betekenis van verbeelding om tot een doel voor de behandeling te komen dat de moeite waard is; ○ de wondervraag stellen volgens de oplossingsgerichte methode; ○ opbouwen van een vertrouwensband (empathie en afstemming): zoveel mogelijk de manier van uitdrukken van de patiënt volgen; zich ten aanzien van de wensen 'onwetend' opstellen en vertrouwen op de wijsheid van de patiënt; ○ stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding; ○ meeschrijven, uittypen van de wensen en toesturen via mail met het verzoek een ordening aan te brengen; ○ verbinding leggen tussen probleem en doel. <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ papier en pen ○ computer/laptop ○ e-mailadres

Sessie 3

Fase 1: kennismaken aan de hand van 'verleden, heden en toekomst'

Doelen:

- kennismaken met beeldend werken in het 'nu' en met het vormgevingsproces: d.w.z. alleen met het 'lege vel papier' de sprong wagen om een eigen kleur te zoeken;
- nieuwe mogelijkheden op persoonlijke wijze in beeld brengen, als richting van de behandeling;
- ervaren van regie;
- open staan voor zintuiglijke en lichamelijke ervaringen tijdens het beeldend bezig zijn, daarop betrokken raken en in staat zijn vorm te geven;
- aandacht richten;
- plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn.
- gewaarworden van interne dialoog tijdens het bezig zijn;
- reflecteren op proces en het beeldend werk om betekenis te vinden.

Inhoud:

- Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd door de groepen wensen samen in een schema te plaatsen, waarna er een 'hoofdcategorie' ontstaat.
- Werkvorm: breng de hoofdcategorie in beeld. Dit gebeurt in principe zonder tussenkomst van de therapeut. Op vragen zal de therapeut uiteraard altijd reageren.
- Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn: hoe ben je begonnen? Wat kwam je tijdens het maken tegen? Wat viel mee? Tegen? Welke keuzes heb je gemaakt? Wat dacht je tijdens het bezig zijn, wat voelde je?
- Afronding: er wordt teruggekeken op de eerste drie sessies en vastgesteld wat het hoofddoel is. Daarnaast worden de SMART doelen benoemd en vastgelegd in het behandelingsplan. De SRS wordt afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze. En de therapeut vertelt dat de volgende twee sessies gericht zullen zijn op gebeurtenissen uit het levensverhaal van de patiënt.
- Toelichting: ter ondersteuning van de werkvorm wordt uitleg gegeven over de noodzaak van 'verbeelding' en van het visualiseren van een wens: pas als je je iets kunt voorstellen, kan er gewerkt worden aan de verwezenlijking ervan. Daarnaast wordt uitleg gegeven over de zin van vormgevingsprocessen in het kader van het terugvinden de mogelijkheid om zelf richting te geven aan het leven. In deze sessie wordt, meer dan in de andere sessies van de eerste fase, de patiënt geconfronteerd met 'het lege vel' dat weliswaar een belofte, maar ook een gevaar inboezemt.

Rol therapeut:

- bieden van veiligheid, vertrouwen en steun door er alles aan te doen, de opdracht te doen slagen, zonder het probleem van 'het lege vel' voor de patiënt op te lossen;
- stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding;
- stimuleren van eigen regie over het denk- en maakproces;
- opbouwen vertrouwensband, met de nadruk op empathie en afstemming;
- uitnodigen tot reflectie op proces en product, bewustmaken van interne dialoog;
- verbinding leggen tussen probleem, doel en het vormgevingsproces zodat commitment wordt versterkt.

Materiaal:

- het beschikbare materiaal in de beeldende therapie ruimte, zoals tijdschriften, klei, hout, teken- en schildermateriaal, maar ook Word, Power Point, Google, digitale foto- en videotechneken.

Sessie 4

Fase 1: kennismaken aan de hand van 'verleden, heden en toekomst'

Doelen:

- reflectie op het levensverhaal door verschillende fasen symbolisch in beeld brengen;
- open staan voor zintuiglijke en lichamelijke ervaringen tijdens het beeldend bezig zijn;
- aandacht richten, werken in het hier en nu
- plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn.
- spelen met de mogelijkheden van het materiaal;
- ervaren van regie;
- gewaarworden van interne dialoog tijdens het bezig zijn;

Inhoud:

- Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd.
- Werkvorm: Teken in het midden van het papier een 'gingerbread' poppetje (bijlage 3). Beschouw dat als het moment van je geboorte. Denk terug aan je leven tot nu en verdeel dat over een aantal kenmerkende fasen, die elk met een lijn om het poppetje worden weergegeven (bijlage 4). Tenslotte worden de fasen van kleur en structuur voorzien met zacht pastelskrijt (bijlage 5). Je werkt van binnen naar buiten. Dit gebeurt in principe zonder tussenkomst van de therapeut.
- Bespreking van proces en product: allereerst beschrijft de therapeut het beeldend werk als voorbeeld van een aandacht oefening (bijlage 8). De vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn. Hoe was het om te doen? Welke mogelijkheden van het krijt (krassen, vegen, stevige of juist lijnen, etc.) heb je gebruikt? Hoe voelde dat aan? Kun je iets zeggen over de kleurkeuze en de symbolen die je gebruikte? Wat dacht je tijdens het bezig zijn, wat voelde je?
- Afronding: het werk wordt bewaard en volgende keer opnieuw bekeken. Tenslotte wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze.
- Toelichting: t.a.v. de gebeurtenissen die zijn weergegeven is het belangrijk dat de therapeut aangeeft dat de patiënt vrij is te vertellen wat hij wil; niet alles hoeft gedeeld te worden.

Rol therapeut:

- bieden van structuur en veiligheid;
- opbouwen vertrouwensband, met de nadruk op empathie en afstemming: o.a. door het positief bekrachtigen van beeldend werk;
- stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding;
- stimuleren van het voeren van eigen regie;
- stimuleren van het uitproberen van verschillende mogelijkheden van het materiaal;
- stimuleren van reflectie op proces en product;
- bewust maken van interne dialoog.

Materiaal:

- A 2 formaat tekenpapier
- dikke stift
- zacht pastelskrijt
- droge en natte doekjes (om vingers schoon te maken)

Sessie 5

Fase 1: kennismaken aan de hand van 'verleden, heden en toekomst'

Doelen:

- (h)erkennen van polariteiten in zichzelf als bij zichzelf horend;
- integreren van een polariteit in één beeldend werk;
- gewaar worden van zintuiglijke en lichamelijke ervaringen tijdens het beeldend bezig zijn, daarop betrokken raken;
- aandacht richten, werken in het hier en nu
- plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn;
- nieuwe mogelijkheden zien die de moeite waard zijn om in de context van de therapie, uit te werken in concrete plannen;
- ervaren van regie;
- gewaarworden van interne dialoog tijdens het bezig zijn;
- reflecteren op proces en product

Inhoud:

- Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken. Als het mogelijk is wordt de samenvatting getoond van de afgelopen periode om samen te kijken op welk van de gebieden (persoonlijk, relationeel of sociaal) de patiënt zelf iets kan inzetten ter verbetering, waarna het werk van vorige keer bekeken wordt met de vraag of de patiënt daar nog op terug wil komen en/of iets aan wil toevoegen (bijlage 6).
- Werkvorm: nadat het beeldend werk van de vorige keer al dan niet is aangepast wordt gevraagd een contrast uit het werk te kiezen en dat in ander materiaal uit te werken. Dat gebeurt in principe zonder tussenkomst van de therapeut.
- Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn. Hoe was het om te doen? Hoe verliep het proces? Waar ben je mee begonnen? Welke keuzes heb je gemaakt? Kun je daar iets over vertellen? Wat ging er in je om tijdens het bezig zijn, wat deed het je? En wat denk je nu het je eindresultaat bekijkt? (Hoe) speelt het contrast nu een rol in je leven?
- Afronding: er wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze.
- Toelichting: de ervaring leert dat het in beeld brengen van fasen uit het levensverhaal vaak buiten de therapie nog door werkt. Om die reden is het belangrijk om erop terug te komen en ruimte te bieden om nog een aanpassing te doen. I.p.v. een contrast kan ook gekozen worden voor een positief en een negatief aspect uit het levensverhaal.

Rol therapeut:

- bieden van structuur en veiligheid;
- opbouwen vertrouwensband, met de nadruk op empathie en afstemming;
- stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding;
- uitnodigen tot het voeren van eigen regie tijdens het vormgeven
- stimuleren tot reflectie op proces en product;
- bewustmaken van interne dialoog;
- verbinding leggen tussen probleem, doel en het vormgevingsproces van de tegenstelling.

Materiaal:

- vrije keuze: de patiënt kiest uit het beschikbare materiaal

Sessie 6
Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren
<p>Doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ reflecteren op eigen gevoelens, gedachten en intuïtie bij een (recente) moeilijke situatie; ○ in dialoog met het materiaal dat wat van binnen leeft symbolisch in beeld brengen; ○ werken in het 'nu' met aandacht en betrokkenheid; ○ plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn. ○ ervaren van regie; ○ kennismaking met de aandacht oefening 'observeren en beschrijven' (bijlage 8); ○ bewust worden van en verbinden van de voor- en nadelen van gedachten, gevoelens en intuïtie met de behandeldoelstelling.
<p>Inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd door te vragen een 'concrete situatie' te kiezen die lastig was en waar de patiënt op zou willen reflecteren. ○ Werkvorm: (zie Haeyen, "<i>Niet uitleven maar beleven</i>", pp. 140-141). Breng in de drie vlakken van de cirkels op symbolische wijze (lijn, kleur, vorm, dik/dun, veel/weinig, vlak/grillig, kras, veeg, etc.) met zacht pastelkrijt in beeld wat zich tijdens de situatie in het hoofd (gedachten) en lijf (gevoelens) afspeelde en wat intuïtief werd gedaan. Dit gebeurt in principe zonder tussenkomst van de therapeut. ○ Bespreking: als de patiënt klaar is beschrijft de therapeut het werk als voorbeeld van een oefening om de aandacht te richten. Daarnaast geeft de therapeut uitleg over de zin van aandacht richten, over wat je in dat kader kunt doen en hoe je dat kunt doen. De patiënt krijgt deze informatie op papier mee (bijlage 8), met het verzoek het thuis te lezen, evt. vragen te bewaren voor volgende keer en elke dag een kleine observatie oefening te doen.. Aan de hand van het vragenformulier (bijlage 7) worden samen met de patiënt voor- en nadelen van gedachten, gevoelens en intuïtie geïnventariseerd. De therapeut geeft zo nodig uitleg over de functie van cognitie, emoties en intuïtie. Tenslotte wordt dit verbonden met de persoonlijke doelstelling. ○ Afronding: er wordt een foto gemaakt van het werk en de therapeut plaatst die in een 'word' document met daarbij een verslag van deze sessie. Deze wordt via de mail toegestuurd aan de patiënt. Daarnaast wordt er een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze. ○ Toelichting: er is voor gekozen om te spreken van 'gedachten', 'gevoelens' en 'intuïtief gedrag' omdat die termen meer gangbaar en bekend zijn. <p>Rol therapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bieden van structuur en veiligheid; ○ vertrouwensband verstevigen, met de nadruk op empathie en afstemming; ○ stimuleren om alle mogelijkheden van het materiaal in te zetten bij het in beeld brengen van gedachten, gevoelens en intuïtie; ○ stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding; ○ samen met de patiënt zoeken naar een verbinding tussen de voor- en nadelen van gedachten, gevoelens en intuïtie en dat verbinden met de doelstelling. <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A 2 formaat tekenpapier waarop twee cirkels van 35 cm diameter die elkaar voor een kwart overlappen: onder het linker vlak staat 'gedachten', onder het recht vlak staat 'gevoelens' en onder het overlappende deel in het midden staat 'intuïtie'. ○ zacht pastel krijt ○ vragenformulier voor- en nadelen gedachten, gevoelens en intuïtie (bijlage 7) ○ informatie over 'wat & hoe van aandacht richten (bijlage 8) ○ observatie oefeningen om thuis te doen.

Sessie 7
Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren
Doelen: <ul style="list-style-type: none"> ○ inzicht in gedachten, gevoelens en gedrag in relatie tot de persoonlijke problematiek en doelstelling; ○ reflecteren op proces en product; ○ bewust worden en delen van interne dialoog tijdens het bezig zijn;
Inhoud: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken. De patiënt wordt gevraagd of hij vragen heeft of opmerkingen over de informatie over aandacht richten (bijlage 8). Daarnaast wordt gevraagd naar de dagelijkse observatie oefeningen. ○ Bespreking van proces en product aan de hand van het werk van vorige keer dat op tafel ligt: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, niet zozeer de situatie die gekozen werd. Hoe verliep de zoektocht, waar liep je tegenaan, (hoe) werd dit opgelost, welke keuzes werden gemaakt? Hoe ben je begonnen? Hoe was het werken met het materiaal, wat riep het op? Welke gedachten en gevoelens kwamen tijdens het bezig zijn op? Wat was de reden van de kleurkeuze? En van de symboliek? ○ Afronding: er wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze. De patiënt krijgt nieuwe observatie oefeningen om thuis te oefenen. De therapeut blikk vooruit en vertelt dat 'intuïtie' de komende twee keer nader zal worden verkend.
Rol therapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ bieden van structuur en veiligheid; ○ vertrouwensband verstevigen, met de nadruk op empathie en afstemming; ○ stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding; ○ uitnodigen tot reflectie op proces en product, bewustmaken van interne dialoog; ○ verbinden van de inzichten naar problematiek en doelstelling.
Materiaal: <ul style="list-style-type: none"> ○ beeldend werk van sessie 6; ○ observatie oefeningen om thuis te doen.

Sessie 8

Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren

Doelen:

- o herkennen en ervaren van intuïtie;
- o ervaren van 'participeren' (bijlage 8);
- o gewaarworden en opmerken van zintuiglijke, lichamelijke ervaringen;
- o werken in het 'nu', met aandacht en betrokkenheid;
- o ervaren van regie;
- o ervaren van vormgevingskwaliteiten door intuïtief een voor- en achtergrond te maken;
- o reflecteren op proces en product;
- o bewust worden van de betekenis van intuïtie en van 'participeren'.

Inhoud:

- o Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd met uitleg over 'intuïtie, participeren en vormgeven.
- o Werkvorm: "Het vel moet vol", met één zelfgekozen kleur verf, waarbij als gereedschap kan worden gekozen voor een roller, een kwast of een spons. Omdat het werk moet drogen voor het vervolg, wordt verzocht de verf niet te dik (en zonder water) op te brengen. Nadat de patiënt klaar is, en de verf is opgedroogd, wordt gevraagd om de toevallig ontstane vlakken/lijnen in de verf, zonder veel na te denken, aan te geven met potlood. De ervaring leert dat hoe langer je kijkt, des te meer je ziet. Daarnaast is het belangrijk niet bezig te zijn met 'wat het wordt' en resultaat, maar je te laten leiden door wat je ziet. De patiënt geeft zelf aan wanneer hij wil stoppen. Vervolgens wordt gevraagd één andere kleur verf te kiezen om de vormen, lijnen die met potlood zijn neergezet te schilderen (met een kwast, en zo nodig met water). Als dat klaar is kan het van een afstand worden bekeken en besproken.
- o Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken: welke kleur koos je en welk gereedschap en waarom? Hoe verliep het aanbrengen van die kleur? Wat dacht en voelde je tijdens het schilderen? Hoe was het om lijnen en/of vormen te vinden die toevallig waren ontstaan? Wat was je reden voor de tweede kleur? En hoe was het om die tweede kleur met kwast aan te brengen? Wat dacht en voelde je? Wat zag je toen we er van een afstand naar keken? Waarom koos je ervoor om het zo op te hangen? Kun je het werk van een titel voorzien?
- o Afronding: de therapeut legt de functie uit van 'participeren en refereert aan de mindfulness vaardigheden (bijlage 8). Dan wordt er een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze.
- o Toelichting: bij de introductie van deze werkvorm kan worden verwezen naar twee aspecten: ervaren in het nu (aandacht richten) en in staat zijn vorm te geven. Omdat de opdracht makkelijk uitvoerbaar is, is het mogelijk de intuïtie te bereiken. De observatie oefeningen zijn dar ook voor bedoeld.

Rol therapeut:

- o bieden van structuur en veiligheid;
- o vertrouwensband verstevigen, met de nadruk op empathie en afstemming;
- o uitnodigen tot 'participeren', dat wil zeggen spontaan, oplettend, met aandacht bezig zijn en uitleg geven over de zin hiervan in relatie tot de doelstelling;
- o uitnodigen tot reflectie op proces en product, bewustmaken van de interne dialoog;
- o verbinden sessie 6 en 7 met sessie 8: observeren, beschrijven om te leren participeren, d.w.z. op je intuïtie te varen in het moment.

Materiaal:

- o 60 x 70 cm formaat acrylpapier;
- o verschillende kleuren verf;
- o kwast, roller en spons;
- o potlood;
- o informatie over 'wat & hoe van aandacht richten (bijlage 8);
- o observatie oefeningen voor thuis.

Sessie 9
Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren
<p>Doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ gewaarworden en opmerken van lichamelijke en zintuigelijke ervaringen waaronder de tastzin; ○ herkennen en versterken van intuïtie door te 'participeren' (bijlage 8); ○ onderzoeken en bewust worden van een (niet) prettige emotie; ○ plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn; ○ reflecteren op proces en product.
<p>Inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd: deze oefening met klei werkt het beste met de ogen dicht. Dat helpt je in het hier en nu te zijn, je te richten op wat je voelt i.p.v. wat het wordt. ○ Werkvorm: neem de plak klei in je handen en sluit je ogen. De therapeut begeleidt het proces van het 'aanwezig zijn' in het hier en nu: "Zit je goed? Voel je je voeten op de grond? Wat hoor je om je heen?" Maak nu een bal van de klei. Als je klaar bent kun je je ogen openen en kijken hoe het eruitziet. Doe daarna de ogen weer dicht, denk aan een 'niet prettig gevoel' en breng dat met je handen en vingers in beeld. Als je daarmee klaar bent, leg je het voor je neer en doe je je ogen weer open. Je krijgt een andere kleur klei, sluit je ogen opnieuw en denkt nu aan een prettig gevoel, zoals blijdschap en breng dat in beeld. Als je klaar bent kies je hoe je beide beelden integreert: zet je ze ver uit elkaar, tegen elkaar aan, boven elkaar, in elkaar? De laatste vraag (de patiënt krijgt papier en pen) wordt gevraagd één zin aan het werk toe te voegen die begint met "ik". ○ Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken: hoe was het om met de ogen dicht te werken? Waar dacht je aan bij de prettig en niet prettige emotie en hoe bracht je die in beeld? Hoe was dat om te doen? Kwam het werk dat je zag overeen met hoe je je het had voorgesteld? Hoe plaatste je beide beelden t.o.v. elkaar en waarom deed je het zo? Kan je vertellen wat de zin betekent die je er aan hebt toegevoegd? (Hoe) kan je de ervaringen van vandaag verbinden met je doelstelling? ○ Afronding: de therapeut legt de functie uit van 'participeren' en refereert aan de mindfulness vaardigheden (bijlage 8). Dan wordt er een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze. ○ Toelichting: net als bij sessie 8 gaat het om het ervaren van 'hier en nu', om participeren en op intuïtie. De zin die aan het werkstuk wordt toegevoegd geeft woorden aan reflectie op beide emoties, maar vaak geeft het ook een beeld van hoe het op dat moment met de patiënt is, hoe hij in het proces staat. Ook daar kun je het samen over hebben. <p>Rol therapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bieden van structuur en veiligheid; ○ vertrouwensband verstevigen, met de nadruk op empathie en afstemming; ○ uitnodigen tot 'participeren', dat wil zeggen spontaan, oplettend, met aandacht bezig zijn; ○ uitnodigen tot reflectie op proces en product, bewustmaken van de interne dialoog en het participerend karakter van de werkvorm; ○ samen met de patiënt zoeken naar een verbinding tussen het participerend vormgevend bezig zijn en de doelstelling. <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ twee plakken verschillende kleuren klei van ongeveer 15 x 15 x 2 cm, waar je een flinke 'gehaktbal' van kunt maken; ○ potlood en een stukje papier van ongeveer 15 x 10 cm; ○ observatie oefeningen voor thuis;

Sessie 10 en 11
Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren
<p>Doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ervaren van regie; ○ gewaarworden en opmerken van lichamelijke en zintuigelijke ervaringen; ○ plezier ervaren in het betrokken en met interesse beeldend bezig zijn; ○ mogelijkheden zien, ruimte creëren voor experiment en vanuit vertrouwen zoeken naar vormgeving; ○ (h)erkennen en op een persoonlijke wijze vormgeven van vier basis emoties; ○ bewust worden van de interne dialoog tijdens het bezig zijn; ○ inzicht in de betekenis van de emoties; ○ reflecteren op het product en het proces om nieuwe betekenis in het leven te vinden.
<p>Inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd. ○ Werkvorm: kies uit de synoniemenlijst (bijlage 9) bij elke basisemotie één woord dat je kent van jezelf. Hoe kan dat zichtbaar of tastbaar worden gemaakt op een persoonlijke wijze? Je kiest zelf de vorm waarin, en de techniek en materialen die je wilt gebruiken. Denk aan collage, tekenen, schilderen, gedichten, klei, muziek, een lied, fotografie, een sieraad maken, drukwerk zoals een lino-snede, een verhaal schrijven, een tijdschrift/ boek, of flipboekje maken, een bestaand gedicht voorzien van een beeld, een digitaal filmpje maken, met hout werken of met de naaimachine. De mogelijkheden zijn eindeloos. Het is belangrijk een materiaal en een techniek te kiezen dat je aanspreekt, uitdaagt, wat je spannend vindt en nieuwsgierig maakt. Evt. kan als warming up een introductie van deze werkvorm worden ingezet (bijlage 10) ○ Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn: kun je iets vertellen over hoe je gekozen en eraan gewerkt hebt? Hoe was het om te doen? Wat ervoer je tijdens het bezig zijn? Hoe verliep het vormgevingsproces? Wat wilde je laten zien? Wat betekende het om dit te maken? Wat betekenen het proces en het product voor je behandelproces? ○ Afronding: er wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze. <p>Rol therapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bieden van structuur en veiligheid; ○ verstevigen van de vertrouwensband met de nadruk op empathie en afstemming; ○ stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding; ○ stimuleren van het experimenteren met beeldend materiaal, en waar nodig, (nieuwe) mogelijkheden van het materiaal laten zien; ○ stimuleren tot persoonlijke vormgeving; ○ stimuleren tot regie en helpen bij het vinden van ideeën en beelden als een patiënt er alleen niet uitkomt. Dat kan bijvoorbeeld door te vragen naar een concrete gebeurtenis waarbij de patiënt angst, boosheid, blijdschap of verdriet ervaren heeft; ○ uitnodigen tot reflectie op en bewustwording van proces en product; ○ samen zoeken naar de verbinding met het probleem, het doel en het vormgevingsproces ○ sessie 6 en 7 verbinden tot een geheel. <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bijlage 10: beschrijving van de warming up werkvormen; ○ bijlage 9: synoniemenlijst van de vier basisemoties; ○ alle in het lokaal aanwezige materialen.

Sessie 12
Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren
<p>Doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ evaluatie van het proces, reflectie op de doelstelling; ○ ervaren van regie; ○ gewaarworden en opmerken zintuiglijke ervaringen, daarop betrokken raken en in staat zijn vorm te geven; ○ ervaren van plezier in betrokkenheid; ○ indien wenselijk een nieuw SMART doel formuleren.
<p>Inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd. ○ Werkvorm: de oorspronkelijke wensenlijst ligt klaar. De vraag is om een wens-doelenboom te maken met belangrijke oude en nieuwe wensen. De boom kan op schillende manieren worden gemaakt. Hij kan getekend of geschilderd worden of van klei, van hout of van karton worden gemaakt. De wensen en doelen kunnen op gekleurd papier worden geschreven en/of van een symbool worden voorzien. Daarbij wordt (met een cijfer van 0-10) aangegeven in hoeverre de wens of het doel gerealiseerd is. ○ Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn. Hoe was het om een wensboom te maken? Hoe ging je te werk? En waar baseerde je je keuzes op? Welke ervaringen springen er voor jou uit in positieve en/of negatieve zin? Welke doelen en wensen springen ervoor jou uit in positieve of negatieve zin? Hoe kunnen we dat verbinden aan het vervolg van de therapie? ○ Afronding: er wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze. <p>Rol therapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bieden van structuur en veiligheid; ○ verstevigen vertrouwensband met de nadruk op empathie en afstemming; ○ stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding; ○ stimuleren van het voeren van eigen regie bij het maken van keuzes t.a.v. de wensen en doelen; ○ bijdragen aan het helder verwoorden van de doelen, de route, en eventuele bijstellingen van het therapieproces. <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ foto van de 'doelstelling in beeld' (sessie 3) ○ kopie van de wensenlijst die aan het begin van de behandeling is vastgesteld. ○ wit en gekleurde tekenvellen ○ gekleurd karton ○ teken- en schildermateriaal ○ lijm ○ touw ○ hout ○ klei

Sessie 13

Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren

Doelen:

- o ervaren van regie;
- o ruimte creëren voor experiment;
- o gewaarworden en opmerken van lichamelijk, zintuiglijke ervaringen;
- o mogelijkheden zien en er vanuit vertrouwen aan werken;
- o plezier in betrokkenheid ervaren;
- o in staat zijn vorm te geven;
- o reflecteren op proces en product, bewust worden van interne dialoog tijdens het bezig zijn.

Inhoud:

- o Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd. De therapie is vorige keer geëvalueerd, waarna mogelijk een nieuw richtpunt gekozen is. In deze fase voelt de patiënt zich veilig en vertrouwd. Hij weet weliswaar dat er steeds verrassende dingen van hem worden verwacht, maar hij 'weet' ook dat het eigenlijk altijd wel goed is. Dat geeft ook vertrouwen in zichzelf. Hij 'weet' wel dat 'gewoon ergens beginnen' hem meestal wel verder helpt. Hij is in staat zijn intuïtie in te zetten.
- o Werkvorm: bouw (driedimensionaal) met al het mogelijke materiaal in de ruimte een oever, een overkant, een brug en een kloof, met in je achterhoofd je doelstelling. M.a.w. waar ben je? Waar wil je naartoe, wat zijn de obstakels en wat helpt je naar de overkant? De opdracht wordt in principe zonder tussenkomst van de therapeut gemaakt. Als de patiënt klaar is zal de therapeut het resultaat objectief beschrijven (vaardigheid 'aandacht richten'). Van het werk wordt een foto gemaakt omdat het niet bewaard kan worden.
- o Toelichting: nadat de opdracht is uitgelegd wordt een 'rondleiding' door de ruimte gegeven, om de patiënt de tijd te geven op ideeën te komen, maar waar hij, door de mogelijkheden (stof, kralen, spijkers, speksteen, hout, kartonnen dozen, gekleurd papier, poppetjes, schuimrubber, doeken, kralen, een koffer, touw, wol, verbussen, zand, schelpen, etc.) ook op ideeën kan komen. Het proces van het zoeken en bouwen gebeurt zoveel mogelijk zonder tussenkomst van de therapeut.
- o Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn. Hoe ben je begonnen, wat hielp je verder, wat was leuk, wat niet? Wat verraste je? Wat viel er tegen? (Hoe) heb je je plan bijgesteld? Wat van het vormgevingsproces en wat van het eindresultaat kun je verbinden aan je doelstelling?
- o Afronding: er wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze.

Rol therapeut:

- o bieden van structuur en veiligheid;
- o verstevigen van de vertrouwensband met de nadruk op empathie en afstemming;
- o stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding;
- o stimuleren van het voeren van eigen regie,
- o stimuleren van reflectie en de bewustwording van het proces en de doelstelling.

Materiaal:

- o alle materialen en spullen die in de ruimte aanwezig zijn;
- o een lege werktafel die als 'podium' fungeert, waarop gebouwd kan worden.

Sessie 14 en 15

Fase 2: (anders) doen, ervaren en reflecteren

Doelen:

- o ervaren van eigen regie;
- o zich bewust worden van eigen kracht en kwetsbaarheid;
- o gewaarworden en opmerken van lichamelijk, zintuiglijke ervaringen, daarop betrokken raken, plezier aan beleven en in staat zijn vorm te geven;
- o bewust worden van interne dialoog tijdens het bezig zijn;
- o mogelijkheden zien en die al experimenterend, en vanuit vertrouwen vorm te geven;
- o reflecteren op proces en product.

Inhoud:

- o Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd.
- o Werkvorm: kies een kunstkaart die je associeert met 'kracht'. Kijk daarbij naar de inhoud, kleur en vorm. Neem elementen van de kunstkaart over als uitgangspunt en maak daar een werkstuk van dat jouw kracht symboliseert.
- o Bij sessie 15 wordt gevraagd een tweede werkstuk te maken dat gericht is op kwetsbaarheid. Daar kan ook een kunstkaart voor gekozen worden als inspiratiebron. Ook kwetsbaarheid kan in lijn, vorm of kleur worden gesymboliseerd. Het werkstuk bestaat uiteindelijk dus uit twee delen. Tenslotte wordt gevraagd die twee delen te integreren. De werkvorm wordt in principe zonder tussenkomst van de therapeut gemaakt.
- o Toelichting: de patiënt staat voor veel keuzes, terwijl hij reflecteert op zijn kracht en kwetsbaarheid. Zowel t.a.v. de inhoud van het werkstuk als t.a.v. het materiaal en de vormgeving. Hierdoor wordt eigen regie, autonomie, het uiten en de reflectie gestimuleerd en gevalideerd. Opnieuw kan de patiënt ervaren dat hij vorm kan geven, kan reflecteren en betekenis kan geven. Is hij in staat om beide aspecten, zijn kracht en kwetsbaarheid als bij zichzelf horend te erkennen?
- o Bespreking van proces en product: de vragen die de therapeut stelt betreffen het proces van het maken, (bewustwording van) de keuzes die zijn gemaakt, de ervaringen die zijn opgedaan (gewaarworden, appèlwaarde, opmerken) en de gedachten en gevoelens tijdens het bezig zijn: beschrijf je kunstkaart die je gekozen hebt (aandachtoefening). Hoe ben je te werk gegaan? Waar heb je je keuzes op gebaseerd? Hoe verliep het proces? Hoe koos je het tweede werkstuk? Heb je kracht en kwetsbaarheid kunnen ervaren? Kun je het eindresultaat verbinden met je therapieproces?
- o Afronding: er wordt een SRS afgenomen en besproken, gericht op de (verbetering van) de relatie, de doelen, de aanpak en de werkwijze.

Rol therapeut:

- o bieden van structuur en veiligheid;
- o verstevigen van de vertrouwensband met de nadruk op empathie en afstemming;
- o stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding;
- o stimuleren van eigen regie;
- o uitnodigen tot reflectie op het proces en het product;
- o samen met de patiënt een verbinding leggen tussen het doel en het vormgevingsproces.

Materiaal:

- o kunstkaarten
- o teken- en schildermateriaal
- o scharen
- o lijm
- o plakband
- o klei
- o hout
- o karton
- o zand en ander materiaal dat in het lokaal aanwezig is.

Sessie 16, 17 en 18
Fase 3: wat betekenen de ervaringen voor het dagelijks leven?
<p>Doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ reflectie en betekenis geven: verbinden van de ervaringen en inzichten van het therapieproces met het richting geven aan dagelijks leven; ○ afscheid nemen; ○ ervaren van regie.
<p>Inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opening: de ORS wordt afgenomen en kort besproken, waarna de beeldende werkvorm wordt geïntroduceerd. ○ Werkvorm: maak van alle werkstukken die je gemaakt heb een tentoonstelling. De bedoeling is deze zo in te richten, dat alles goed tot zijn recht komt. Daarvoor kunnen stoffen en (gekleurd) papier worden gebruikt. Elk werkstuk wordt gefotografeerd en van een titel voorzien. De foto's worden in kleur afgedrukt op zelfgekozen formaat (tussen pasfoto en A4 formaat). Er wordt een boekje van gemaakt. ○ Toelichting: door de werkstukken te exposeren en van een titel te voorzien kan worden gereflecteerd op het therapieproces. Door de foto's af te drukken en in een (zelfgemaakt) boekje te bewaren kunnen de herinneringen uit de therapie worden meegenomen. ○ Bespreking van proces en product: welke werkvorm sprong er voor jou uit en waarom? Hoe zou je jouw proces kunnen samenvatten? Wat heeft je verbaasd, wat was een 'eye opener'? Wat vond je moeilijk? Heb je je (SMART) doelstelling(en) behaald? Hoe kun je, na afronding van deze module, dat wat je geleerd hebt blijven toepassen in je dagelijks leven? ○ Er wordt een SRS afgenomen. Als er tijd voor is, is het de moeite om te vragen wat voor de patiënt het speciale van de aanpak en werkwijze van beeldende therapie interventie is geweest. De therapeut kan daarvan leren. <p>Rol therapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bieden van structuur en veiligheid; ○ stimuleren van een actieve, betrokken en reflectieve houding; ○ stimuleren van eigen regie; ○ uitnodigen tot reflectie op het proces en het product; ○ samen met de patiënt een verbinding leggen tussen de ontwikkelingen bij beeldende therapie en het doel; ○ samen met de patiënt de transfer van de therapie naar het dagelijks leven maken; ○ zo mogelijk wordt een overzicht van de vragenlijsten getoond en besproken: in hoeverre zijn de doelen behaald? <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ papier, karton ○ lijm en schaar ○ doeken, stoffen ○ voorbeelden van boekjes die gemaakt kunnen worden ○ kleurenprinter ○ fototoestel / smartphone

Bijlage 2: De wondervraag

We beginnen altijd met het eindpunt van de behandeling, het formuleren van de stip aan de horizon, het zoeken naar het doel dat de moeite waard is om voor te gaan. Dat doen we door de vraag te stellen: “stel je voor, we zijn aan het eind en de problemen waarvoor je hier komt zijn als sneeuw voor de zon verdwenen, waar zou je dat aan merken? Wat zou er anders zijn?”

Een antwoord kan zijn: “dan zou mijn tinnitus weg zijn”. Dan reageer ik: “Oh, sorry, dan heb ik het misschien niet duidelijk genoeg gezegd: het gaat om de problemen waarvoor je hier komt, d.w.z. waar zou je aan merken dat je weer in staat bent je leven richting en vorm te geven?”

In het algemeen noemen mensen dan hele gewone dingen, zoals: ‘dan zou ik me kunnen ontspannen’, of ‘dan zou ik weer zin hebben in de dag’, of ‘dan zou ik minder angstig zijn’. Ik schrijf mee, zodat we niets vergeten (later werk ik het uit en stuur dat aan de patiënt op). En, als iemand iets ‘negatiefs’ zegt, zoals minder angstig, minder gespannen, minder somber, dan vertaal ik dat ter plekke in (of ik vraag er naar) iets positiefs, zoals bijvoorbeeld ‘dan zou je meer vertrouwen hebben in de toekomst’, ‘dan zou je weer plannetjes maken’, ‘dan zou je optimistischer zijn, of vrolijker’?

De vraag waarmee je mensen stimuleert om door te gaan is: “Wat nog meer? Als je vraagt: “is er nog meer?”, dan zullen mensen eerder geneigd zijn “nee” zeggen. Als je merkt dat mensen niet verder komen, kun je op een andere manier doorvragen: “Waar zou je vrouw het aan merken dat je een manier hebt gevonden om door te gaan?”, “Nou, dan zou ik vriendelijker tegen haar zijn, beter naar haar luisteren, meer geduld hebben, dan ging ik weer eens mee naar een verjaardag. “Wat nog meer?” Dan zou ik weer eens helpen in het huishouden. En je kinderen, waar zouden zij het aan merken? “Ja, dan zou ik minder snel geïrriteerd zijn. Oh, je bedoelt dat je meer geduld hebt, meer aandacht voor ze hebt?” Ja! “Ik zou eerst tot 10 tellen voor ik er iets onaardigs uitflap. “En je collega’s, waar zouden zij aan merken dat je...” “Dat ik weer humor heb” Pas op het moment van verzadiging, stop je met doorvragen.

Waar je op moet letten is hoe reëel de wensen zijn. Laatst zei iemand: “dan zou ik 3 x per week 5 km hardlopen en 2 x per weekend een wedstrijd fluiten (scheidrechter). Dan vraag ik of dit wel haalbaar is. Maar mijn ervaring is dat mensen hele gewone wensen hebben. Een enkele keer noemt iemand een lang gekoesterde wens, zoals laatst een vrouw zei: “Eigenlijk droom ik er al jaren van om naar Australië te gaan met mijn gezin. Ik heb daar als kind jaren gewoond, er woont nog familie. Dat zou ik zo graag willen”. Dat is eigenlijk al een deel van de oplossing: weer toekomstplannen maken! er stiekem zin in hebben.

De volgende stap is de wensen uittypen. Dat doe ik meestal na afloop van de therapie waarna ik het opstuur in de volgorde zoals het in de therapie ter sprake kwam. Het is belangrijk om de wensen op de juiste manier op te schrijven. Ik geef een voorbeeld van de wensen die hierboven beschreven zijn: Wensen ‘Jan’:

- Ik wil me ontspannen
- Ik wil zin hebben in de dag
- Ik wil vertrouwen hebben
- Ik wil me positief voelen
- Ik wil vrolijk zijn
- Ik wil toekomstplannen maken
- Ik wil vriendelijk zijn tegen mijn vrouw
- Ik wil naar mijn vrouw luisteren
- Ik wil af en toe mee gaan naar een verjaardag
- Ik wil meewerken in het huishouden
- Ik wil geduld hebben
- Ik wil aandacht hebben voor mijn kinderen
- Ik wil tot 10 tellen voor ik er iets uitflap
- Ik wil mijn humor inzetten op het werk
- Ik wil 3 x per week 5 km hardlopen
- Ik wil 2 x in een weekend scheidrechteren
- Ik wil met mijn gezin zes weken naar Australië

Zoals je ziet wordt het woord 'weer' niet gebruikt, en ook het woord 'kunnen' niet. Soms veranderen mensen dat zelf, bijvoorbeeld 'ik wil weer kunnen ontspannen', maar dan leg ik uit dat het niet wilt 'kunnen', maar dat je het wilt 'doen'. Dat is een belangrijk nuanceverschil omdat het samenhangt met 'probleemeigenaarschap'.

In de wensenlijst is te zien wat mensen verloren zijn en wordt duidelijk waar we in beeldende therapie aan kunnen werken.

De vraag aan de patiënt is om de wensen te ordenen, niet op volgorde van belangrijkheid, maar op soort. Om wat voor soort wensen gaat het eigenlijk? En hoe kun je die soorten wensen noemen? Wat is het gezamenlijke thema? Ik neem deze wensen weer als voorbeeld en zal daar een ordening in aanbrengen. Dit is overigens niet een kwestie van goed of fout. Het is bedoeld om greep te krijgen op de wensen. De patiënt doet het op zijn eigen manier. In z'n algemeenheid volg ik dat, maar soms (als iemand zes of zeven groepen maakt), zoek ik naar de mogelijkheid om bij te sturen. En een enkele keer begrijp ik de ordening niet en stel ik daar vragen over.

Persoonlijk:

- Ik wil me ontspannen
- Ik wil zin hebben in de dag
- Ik wil vertrouwen hebben
- Ik wil me positief voelen
- Ik wil vrolijk zijn
- Ik wil toekomstplannen maken

In contact met anderen:

- Ik wil vriendelijk zijn tegen mijn vrouw
- Ik wil naar mijn vrouw luisteren
- Ik wil af en toe mee gaan naar een verjaardag
- Ik wil geduld hebben
- Ik wil tot 10 tellen voor ik er iets uitflap
- Ik wil mijn humor inzetten op het werk
- Ik wil aandacht hebben voor mijn kinderen

Activiteiten:

- Ik wil 3 x per week 20 km hardlopen
- Ik wil 2 x in een weekend scheidsrechteren
- Ik wil meewerken in het huishouden
- Ik wil met mijn gezin zes weken naar Australië.

Dan is de vervolgvraag: hoe verhouden die groepen zich tot elkaar en kun je dat in een schema laten zien? In dit voorbeeld denk ik: 'persoonlijk' en 'activiteiten' voeden elkaar, dus daar kan een pijltje tussen dat naar beide kanten wijst. Daarnaast denk ik dat 'persoonlijk' en 'in contact met anderen' elkaar ook voedt, dus ook daar kan een pijl worden gezet die naar beide kanten wijst. En dan zie je dat 'persoonlijk' dus de hoofdcategorie is. Dat moet dan in beeld worden gebracht. Hoe ziet dat eruit? Jan die ontspannen is, zin heeft, vertrouwen ervaart, vrolijk is en positief, met toekomstplannen?

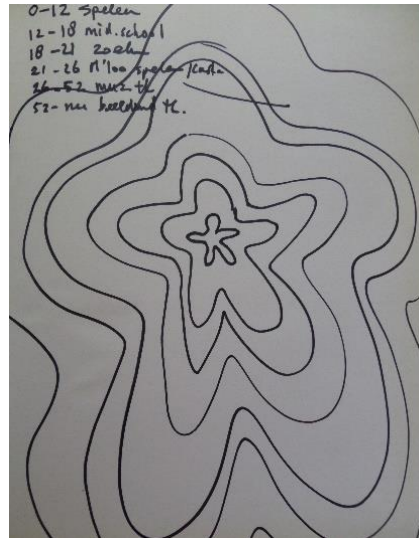
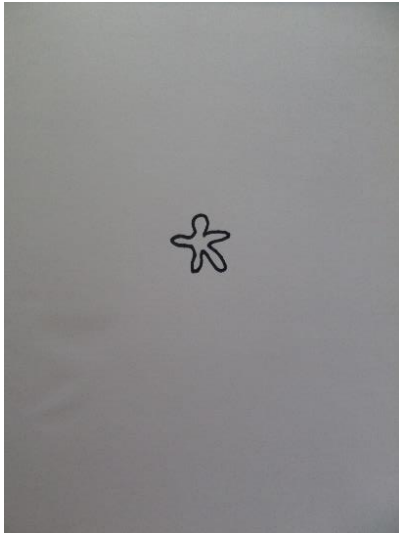
Laatst tekende iemand een visser aan de kant van het water. Dat was zijn symbool voor waar hij naartoe wil.

En dan is de slotvraag: welke van bovenstaande wensen kun je SMART maken. Hoofdoel en SMART doelen kunnen in het behandelingsplan worden verwerkt, zodat ze halverwege en aan het eind geëvalueerd kunnen worden.

Zie voor meer informatie:

<https://youtu.be/cQ2J-SzgDtE>

Bijlage 3, 4, 5 en 6: Levensverhaal in beeld



Bijlage 7: Voor- en nadelen van gedachten, gevoelens en intuïtie

Naam:

Welke voordelen kun je van gedachten bedenken:

Welke nadelen kunnen gedachten hebben:

Welke voordelen hebben gevoelens:

Welke nadelen hebben gevoelens:

Welke voordelen heeft intuïtie:

Welke nadelen heeft intuïtie:

Wat is je doelstelling?

Bijlage 8: WAT & HOE van aandacht terugbrengen in het hier en nu

Aandacht vaardigheden zijn bedoeld om gedachten en gevoelens met elkaar in evenwicht te brengen en zo de intuïtie bereikbaar te maken.

WAT kun je doen?

- *Observeren*: opmerken, opletten, kijken naar gebeurtenissen, naar gevoelens, naar gedrag zonder ze noodzakelijkerwijs te stoppen als ze pijnlijk zijn of verlengen als ze prettig zijn. Je leert jezelf toestaan om te ervaren met bewustzijn, wat er ook gebeurt, in plaats van een situatie te willen ontvluchten of een gevoel te willen stoppen.
- *Beschrijven* is een reactie op observeren: het is hardop benoemen wat geobserveerd wordt: de gebeurtenis, de persoonlijke reacties benoemen. Op deze manier kunnen we dingen begrijpen en verbeteren. Door hardop te benoemen wat je ziet en voelt neem je afstand en val je niet meer samen met de emotie. Dat is essentieel voor de communicatie met anderen als voor het gevoel van zelfcontrole.
- *Participeren*: het optreden is spontaan. Het gaat om oplettend meedoen, meedoen met aandacht: dit is het uiteindelijke doel van observeren en beschrijven.

HOE kun je dat doen?

- *Oordeelvrij*: observeer en beschrijf zonder oordeel. Omdat mensen dat vaak wel doen (en het ook belangrijk is om in te kunnen zetten) gaat het er hier om op te merken wanneer je een oordeel velt tijdens het observeren en beschrijven, om het vervolgens in alle vriendelijkheid terzijde te schuiven. Je merkt het op en spreekt jezelf dan even toe, want, een oordeel sluit meestal de deur, het belet je te kijken, terwijl er waarschijnlijk meer te zien is.
- *Eén ding tegelijk doen*: het gaat erom controle te krijgen over gedachten, gevoelens, zorgen over de toekomst, beelden uit het verleden door 'in het nu' te zijn. Dat iedereen steeds wordt afgeleid is een gegeven. Het is mogelijk dat op te merken om vervolgens je aandacht te richten in het hier en nu.
- *Effectief zijn*: richt je op wat werkt in plaats van op wat 'juist' is. Daarvoor is het nodig te weten wat je doel is. Soms betekent het dat je principes moet opofferen om je doel te bereiken. Door je eigen gedrag te analyseren kun je er greep op krijgen.

Bijlage 9: Synoniemen vier basisemoties

BANG angstig angstvallig bang bangelijk bedeesd bedreigd beschroomd bevreesd bezorgd doodsbenauwd gealarmeerd geschrokken geschokt gestrest gespannen huiverig in de war gebracht in paniek kleinhartig laf lafhartig nerveus ongemakkelijk onbehaaglijk ontregeld ongerust onrustig ontsteld onzeker overbelast overweldigd overspannen overstuur over mijn toeren radeloos rusteloos schijterig schrikachtig schuchter schuw timide van streek versteend verontrust vreesachtig uitgeput benard benauwd beducht benepen vreesachtig angstwekkend schroomvallig schaamte schuldig zenuwachtig

BOOS bar guur onstuimig ruw kregel onhandelbaar kwaadaardig slecht verdorven vijandig giftig grimmig kribbig kwaad nijdig pissig prikkelbaar toornig verstoord wrevelig schadelijk hachelijk moeilijk verontwaardigd gekwetst gepikeerd verbolgen beledigd woest geërgerd geïrriteerd vervelend onaangenaam razend ontstemd geraakt gefrustreerd

BLIJ aangenaam heuglijk vreugdevol fris opgewekt vrolijk blijmoedig gelukkig opgelucht opgeruimd opgetogen tevreden verblijd vergenoegd verheugd happy voldaan zalig lustig dartel fideel joviaal levendig goedgehumeurd enthousiast extatisch in de wolken in zijn sas triomfantelijk verrukt euforisch geanimeerd goedgehumtst kwiek zonnig levenslustig feestelijk speels optimistisch uitgelaten trots nieuwsgierig lekker in je vel zitten opgetogen plezier dankbaar

BEDROEFD verdrietig akelig droevig treurig triest rouwig bedrukt somber bezwaard verlies neerslachtig sip stilletjes terneergeslagen ongelukkig vreugdeloos in de put mistroostig naar toberig zwartgallig zwaarmoedig weemoedig melancholiek in tranen droefgeestig pijn

Bijlage 10: Warming up bij de uitwerking van de vier basisemoties (met dank aan Corry Nuyen)

WERKVORM

Zoek in de therapieruimte, naar een mal in de vorm van een cirkel. Dit kan een vaas, een theepot, een schoteltje of iets anders zijn. Met een diameter van 10 à 15 cm. Teken m.b.v. die mal zes cirkels op papier. Na een korte concentratie-oefening, krijg je een woord te horen, namelijk één van de 4 basisemoties. Concentreer je hierop. Zet je potlood, houtskool of grafietstift op de buitenlijn van een cirkel en maak willekeurige bewegingen binnen deze cirkel. Laat de lijn leiden door jouw intuïtie op dit moment. De lijnen kunnen kriskras door elkaar gaan of parallel, rond of recht, stevig of zacht worden aangebracht. Haal het potlood niet van het papier. Je kunt variëren: harder, zachter, langzaam, sneller, voorzichtig, fel. Soms kom je net over de rand van de cirkel. Voel en laat je potlood volgen d.m.v. het lijnenspel. Rond na ongeveer 1 minuut af. Schrijf het woord aan de buitenkant van de bewerkte vorm. En vul het lijnenspel op eigen wijze aan met kleur. Dit proces herhaalt zich tot de vier basis emoties Bang Boos Blij Bedroefd zijn vormgegeven in beweging, lijn en kleur. De therapeut geeft een nieuw woord als uitgangspunt voor invulling van de vijfde cirkel en de laatste wordt gevuld vanuit een woord dat door de patiënt zelf is bedacht.

DOEL

Introductie op de persoonlijke uitwerking van de vier basis emoties: loskomen, vertalen van een idee van een emotie naar beweging, mate van hardheid, snelheid, stevig, zacht opbrengen van lijn en kleur.

MATERIAAL

Tekenpapier, formaat 40 cm x 60 cm, potlood, grafietstift, houtskool, kleurpotloden, stiften, oliepastel, soft pastel, e.a.

TOELICHTING

De sensomotoriek staat centraal: het vertalen van een basisemotie naar beweging

EVALUATIE

Hoe was het om te doen? Voor welke beweging koos je? Hoe voelde dat? Wat zie je?