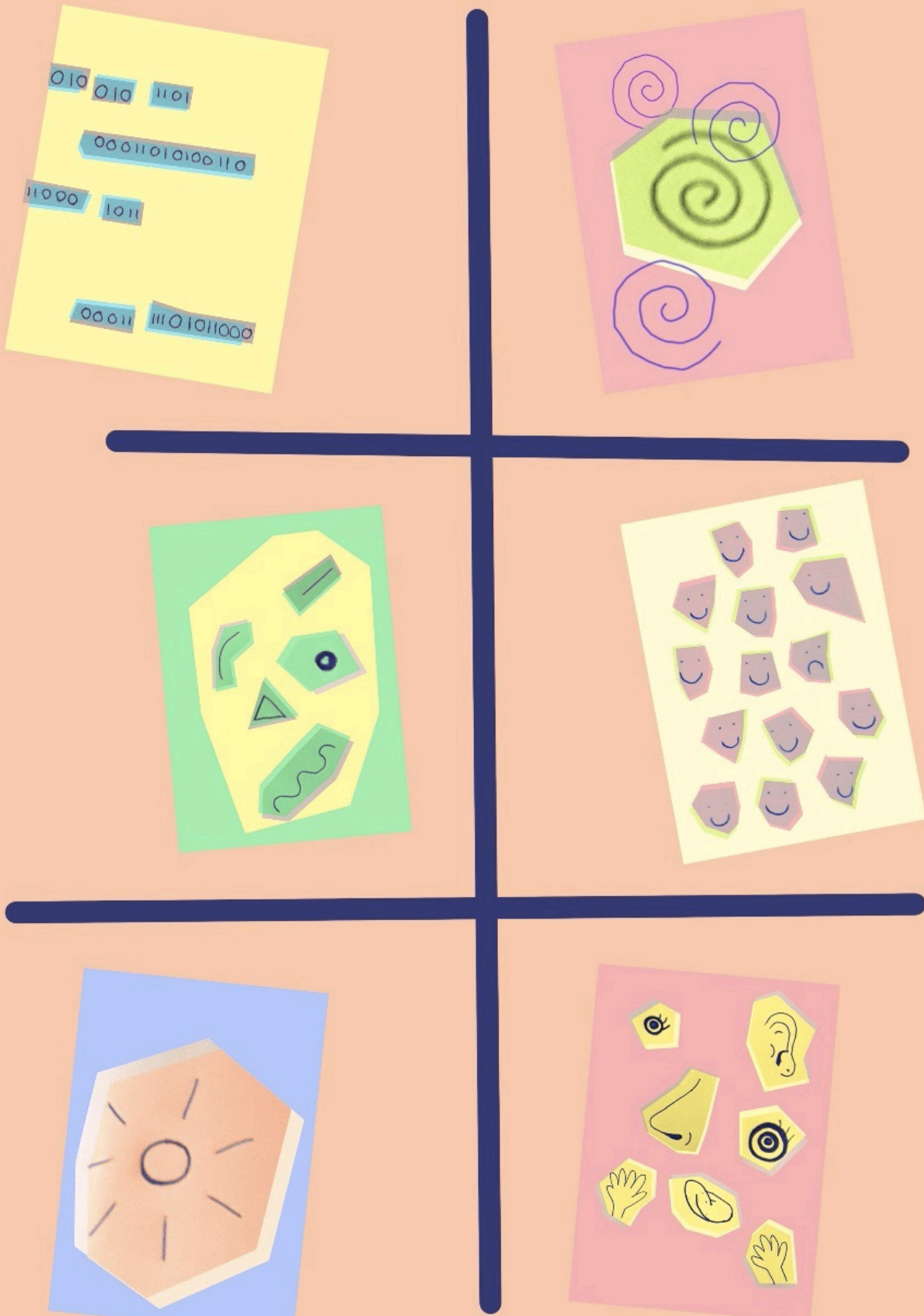


Werkvormen in een raamwerk

Expressive Therapies Continuum

Focus eindproduct



Inhoudsopgave

Inleiding	4
Expressive Therapies Continuum	5
Ontwikkelingsniveaus	6
Informatieverwerkingscomponenten	6
Transdiagnostische factoren	9
Kinesthetische component	12
Kinesthetische werkvormen	13
1 Rollen, stampen en gooien met klei	15
2 Scheuren	16
3 Tekenbeweging	17
4 Speksteen beeldhouwen	18
5 Stippen van ecoline	20
6 Mozaïek knippen	21
Sensorische component	22
Sensorische werkvormen	23
7 Kleien op muziek	25
8 Nat-op-nat	26
9 Bolletjes van watjes	28
10 Krasoefening op ribkarton	29
11 Vingerverf met scheerschuim	30
12 Collage van geur- en natuurelementen	31
Perceptuele component	32
Perceptuele werkvormen	33
13 Stilleven	35
14 Initialen	36
15 Naschilderen	37
16 Zelfportret	38
17 Vormen	39
18 Blind portret	40
Affectieve component	41
Affectieve werkvormen	42
19 Muziek en bewegen	45
20 Gevoelens plaatsen in lichaam	46
21 Zes basisemoties abstract en symbolisch	47
22 Twee emoties met drie kleuren	48
23 Emotie in klei	50
24 Collage met emoties	51

Cognitieve component	52
Cognitieve werkvormen	53
25 Abstracte familiecollage	55
26 Levenslijn	56
27 Kubus	57
28 Probleemoplossende tekening	58
29 Vogelhuis	59
30 Onbewoond eiland	61
Symbolische component	62
Symbolische werkvormen	63
31 Geleide dagdroom	66
32 Masker binnen- en buitenkant	67
33 Ik en de ander	69
34 Sponsschilderij	70
35 Symbool in klei	71
36 Niets voorstellend schilderij	72
Nawoord	73
Literatuurlijst	74
Bijlage 1 Hiërarchisch raamwerk	79
Bijlage 2 Materiaaleigenschappen	80

Inleiding

Dit werkvormenboekje is ontworpen naar aanleiding van het praktijkonderzoek gericht op het Expressive Therapies Continuum. Voor meer informatie wat betreft de aanleiding van het onderzoek verwijs ik u door naar het onderzoeksverslag waar onder andere de onderzoekskwestie staat beschreven (hoofdstuk 2: Onderzoekskwestie).

Het werkvormenboek is ontworpen vanuit de ETC-methode, gericht op de zeven transdiagnostische factoren. De transdiagnostische factoren, maar ook de ETC-methode zijn in ontwikkeling en hebben beide de eigenschap dat zij kunnen doorgroeien tot een algemene beroepstaal (Fikke et. Al 2017; Van den Bos & Meijnckens, 2017).

Daarnaast kan het ETC als basis fungeren om keuzes te maken rondom de diagnostiek (Fikke et al., 2017). Eerder werden hier vooral DSM-5 gerelateerde stoornissen aan gekoppeld. Met een blik in de toekomst is het belangrijk om de transdiagnostische factoren te gaan koppelen met het ETC, aangezien deze factoren steeds meer onmisbaar gaan worden. Door de transdiagnostische factoren kunnen vaktherapeuten ten eerste kennis maken met deze factoren, ten tweede zullen deze factoren uiteindelijk herkenbaar zijn voor andere disciplines, dit vergemakkelijkt de communicatie en de samenwerking.

Dit boekje is ontworpen voor beeldend vaktherapeuten die al met het Expressive Therapies Continuum werken, of juist vaktherapeuten of studenten die met het ETC willen gaan werken. Het werkvormenboek geeft ten eerste meer informatie over de methode en de transdiagnostische factoren, maar brengen ook handvatten met zich mee die studenten en/of vaktherapeuten ondersteunen bij het begrijpen en leren werken met het ETC. Tot slot kunnen de werkvormen nieuwe inspiratie geven voor het toepassen van ETC-werkvormen.

In dit boekje zal ik u eerst informatie geven over de ETC-methode en de transdiagnostische factoren. Vervolgens worden de zes componenten eerst ingeleid met de resultaten van het onderzoek. Deze informatie schetst een helder beeld over de kenmerken van de verschillende componenten en bovendien hoe je de transdiagnostische factoren kan koppelen. De achtereenvolgende werkvormen dienen als inspiratie en illustratie. Hierbij nodig ik u ook uit om zelf de methodische koppeling te maken tussen de cliënt, het ETC en de ingezette werkvormen. Tevens kunnen de handvatten die worden beschreven flexibel worden toegepast. Dit betekent onder andere dat interventies, doelen, attitude, materialen en evaluatievragen niet vaststaan bij het aanbieden van de werkvormen.

Verder wil ik u erop wijzen dat er in het onderzoeksverslag meer informatie omtrent de werkvormen staat beschreven. U kunt deze vinden in hoofdstuk 6: Beantwoorden hoofd- en deelvragen.

De bronvermelding is wederom in de werkvormen weggelaten. Hiervoor is gekozen omdat de kort beschreven teksten onleesbaar werden door de verschillende bronnen. U kunt de onderzoeker benaderen als u benieuwd bent wie tot inspiratie diende voor de verschillende werkvormen. Tot slot zijn ook de bijlagen met transcripties en codering bij de onderzoeker op te vragen.

Expressive Therapies Continuum

Het ETC staat voor het Expressive Therapies Continuum (hierna: ETC). De ETC-methode is ontwikkeld door Kagin en Lusebrink (1978) en later verder uitgebreid door Lusebrink (2004) en ten slotte door Hinz (2009) verhelderd. Ook heeft zij hierbij de vertaalslag naar beeldende therapie gemaakt. Deze methode richt zich op de informatieverwerking van de cliënt. Het ETC wordt ook wel omschreven als een transtheoretisch of hiërarchisch raamwerk voor de beeldende therapie (Fikke et al., 2017).

Methode

Deze methode richt zich op de informatieverwerking van de cliënt. De informatieverwerking van de cliënt is belangrijk om te achterhalen, omdat dit invloed heeft op het gedrag, de emoties, de cognities, de houding en de copingvaardigheden van de cliënt (Pénzes, Van Hooren, Dokter, Smeijsters, & Hutschemaekers, 2015). Door effectief gebruik te maken van de informatieverwerkingsprocessen op alle componenten, kan er flexibiliteit ontstaan (Hinz, 2015).

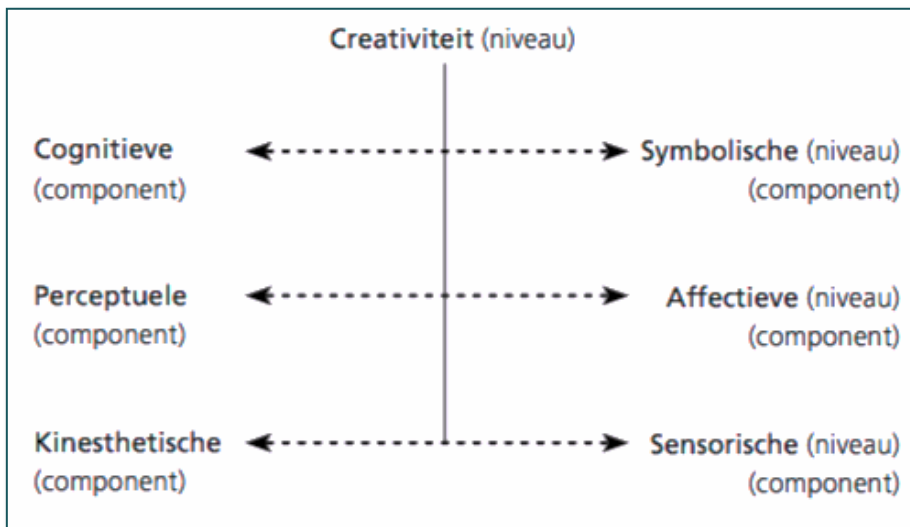
Deze methode bevat drie horizontale niveaus, ook wel de ontwikkelingsniveaus genoemd met daarop steeds twee tegengestelde informatieverwerkingscomponenten, waaronder: kinetisch vs. sensorisch, perceptueel vs. affectief en cognitief vs. symbolisch (zie figuur 1). Deze componenten en niveaus zeggen iets over de structuren en functies die voor visuele en affectieve informatieverwerkingsprocessen in de hersenen zorgen (Lusebrink, 2010). Een behandeling kan stapsgewijs tussen de verschillende ontwikkelingsniveaus (zowel horizontaal als verticaal) doorlopen worden.

Assessment

De eerste interventie binnen het ETC is het assessment. Hierbij mag de cliënt in vrijheid minimaal drie werkstukken maken die ongestructureerd en niet sturend zijn. Hierdoor komen de voorkeuren van de cliënt beter naar voren, zoals de patronen in het beeldend werken (hierbij valt te denken aan materialen en thema's, maar ook aan het niveau van de informatieverwerking). Tijdens het assessment analyseert en observeert de beeldend therapeut de cliënt. Zo komt hij te weten wat gezond en pathologisch gedrag is van de cliënt, maar ook welke component is geblokkeerd of te eenzijdig verloopt. Ook de voorkeurscomponent en het ontwikkelingsniveau komen door middel van observeren naar voren. Na het assessment kan de therapeut tot een werkhypothese komen en daardoor beter bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt aansluiten (Hinz, 2009; Lavrijsen, 2017).

Ontwikkelingsniveaus

De ontwikkelingsniveaus van het ETC worden als horizontale assen weergegeven.



Figuur 1: Overzicht van het Expressive Therapies Continuum volgens Hinz (2009).

Niveau 1: Kinesthetisch vs. sensorisch 0 tot 1½ jaar

Dit is het preverbaal niveau waar de basis van de emotionele ontwikkeling ligt (Damasio, 1994; Piaget,

1969). Taal is nog geen onderdeel binnen dit niveau, waardoor vooral lichamelijke en zintuigelijke ontwikkelingen naar voren komen. Dit is dan ook het gemakkelijkste niveau van informatieverwerking (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 8 december 2016). Het is belangrijk dat je op alle leeftijden toegang hebt tot dit ontwikkelingsniveau, dit vormt namelijk de basis voor veel ervaringen (Hinz, 2009).

Niveau 2: Perceptie vs. affectie 2 tot 7 jaar

Op dit niveau wordt het perspectief van de cliënt verbreed, waardoor bijvoorbeeld de standpunten van de ander ook worden ingezien. Ook worden emoties (h)erkend, gescheiden en geuit. Dit niveau is dan ook belangrijk om goede relaties te kunnen onderhouden.

Niveau 3: Cognitief vs. symbolisch 6 tot 12 jaar

Op dit niveau komen de complexere denkprocessen naar voren, waarbij plannen, keuzes maken, verbanden leggen en abstract, oplossingsgericht en logisch nadenken komen kijken. Op dit niveau verwerken cliënten vaak symbolen in beeldend werk.

Informatieverwerkingscomponenten

Het ETC kent zes informatieverwerkingsprocessen (hierna: componenten), zie figuur 1. Elk component geeft een specifiek informatieverwerkingsproces weer, dat zich kan verbinden met verschillende materialen, technieken en werkvormen (Hinz, 2015). De componenten hebben een bipolaire werking: ontwikkeling aan één component heeft invloed op de tegengestelde component. Bijvoorbeeld: wanneer een cliënt op de affectieve component een ontwikkeling doormaakt, neemt de perceptuele component af. Het is dus belangrijk dat de componenten in balans zijn (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 8 december 2016).

Cognitieve component

Focus ligt op het verbeelden van een logisch, realistisch verhaal met een duidelijk begin - midden- eind. Informatie wordt hierdoor feitelijk verwerkt. Passend zijn materialen die complexiteit vragen bij het in elkaar zetten van een werkstuk (waarbij een stappenplan, probleemoplossende vaardigheden of verbanden leggen nodig is) (Fikke et al., 2017).

Perceptuele component

Focus ligt op formele beeldkenmerken zoals: lijnen, vormen en structuur van het materiaal en visueel ruimtelijke aspecten. Door hier de focus op te leggen creëer je een emotionele afstand waardoor emoties onder controle worden gehouden. Dit betekent dat er minder aandacht uit gaat naar emoties, die verstoren namelijk een vorm van kwaliteit. Passend zijn hierbij materialen die van zichzelf kalmeren. Verder kunnen beeldelementen in werkstukken worden veranderd waardoor er een ander perspectief op het thema kan worden ontwikkeld.

Kinesthetische component

Focus ligt op de lichamelijke bewegingen en niet op het resultaat. Passend zijn materialen die actie uitlokken of weerstand bieden, dit leidt tot het ontladen van energie en/of af- of toename van spanning, zonder dat dit bedreigend is.

Symbolische component

Focus ligt op de persoonlijke symboliek en het intuïtief handelen. Werkstukken zijn in symbolen uitgedrukt. Belangrijk is dat de cliënt rationeel kan denken om de symbolen te begrijpen, dit leidt namelijk tot verdrongen gedachten en gevoelens. Passend zijn veel materialen, omdat symbolen veelal onderdrukte kinesthetische, sensorische en affectieve aspecten bevatten (Fikke et al., 2017).

Affectieve component

Focus ligt op expressie en uiten van gevoelens, deze worden verwerkt in werkstukken. De cliënt leert emoties te uiten en herkennen door verschillende materialen uit te proberen. Passend zijn materialen die gevoelens oproepen, zoals de vloeiende materialen, zie bijlage 1).

Sensorische component

Focus ligt op bewustwording van innerlijke en zintuigelijke sensaties en niet op de vormgeving van het werkstuk, dit wordt ook wel ervaringsgericht genoemd. Passend zijn materialen die alle zintuigen betrekken in het proces.

Het creatieve niveau

De verticale as wordt ook wel het creatieve niveau genoemd, deze kan op elk ontwikkelingsniveau, maar ook op elke component voorkomen. Door een creatieve ervaring kunnen verschillende componenten samenvallen, waardoor er één ervaring ontstaat. Het creatieve niveau heeft dus als functie om componenten te integreren, dit wordt ook wel synthese genoemd (Hinz, 2015). Het creatieve niveau is haalbaar wanneer de cliënt opgaat in het materiaal wat tot creativiteit leidt (Fikke et al., 2017). Creatieve ervaringen leiden tot persoonlijke groei, zoals het ontwikkelen van spontaniteit, openheid in zelfexpressie en het durven ontwikkelen (Hinz, 2009). Wanneer de cliënt dit niveau heeft bereikt komt er vaak een moment van realisatie en blijdschap (Schweizer et al., 2009).

Een behandeling vanuit het ETC vertrekt altijd vanuit de comfortzone van de cliënt. Dit draagt bij aan het verminderen van spanning en het groeien van vertrouwen in de therapeut waardoor het proces op gang komt (Hinz, 2009).

Linker- en rechtercomponenten

De componenten aan de linker as worden door Hinz (2009) geassocieerd met de linkerhersen helft, dit betreft lineaire, logische opeenvolgende en talige functies. De componenten aan de rechter as illustreren de functies van de rechterhersen helft, zoals intuïtief, visueel, ruimtelijk en emotioneel functioneren (Hinz, 2015; Lusebrink, 2004, 2010). Uit het FMRI-onderzoek blijkt dat het onderverdelen van de componenten op de linker-en rechterhersen helft achterhaald is (Nielsen, Zielinski, Ferguson, Lainhart, & Anderson, 2013). Er zijn geen aanwijzingen voor netwerken in het brein die alleen de linker- of rechterhemisfeer betrekken. Verbindingen bestaan tussen meerdere hersengebieden (Ward, 2015). Dit betekent dat een component niet expliciet op één hersenhelft plaatsvindt.

Transdiagnostische factoren

Grondleggers van de transdiagnostische factoren zijn Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014). Zij veronderstellen dat achter DSM-gedefinieerde stoornissen een aantal gemeenschappelijke factoren schuilgaan. Dit worden ook wel de transdiagnostische factoren genoemd (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het woord transdiagnostische betekent: 'een rol spelend bij verschillende psychiatrische aandoeningen' (Van Heycop ten Ham et al., 2014). Transdiagnostische factoren kunnen onderscheiden worden in: gelijke symptomen bij verschillende stoornissen, zoals: gelijke gedragingen, gelijke copingstrategieën, gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren, onderliggende overeenkomstige neurobiologische factoren, gelijke behandelinterventies en universele beschermende factoren (Drost, 2014). Het zoeken naar gemeenschappelijke factoren bij stoornissen en behandelingen kan inzicht in het ontstaan en voortduren van psychische stoornissen verhelderen. Daarnaast kan het de effectiviteit van de behandelingen vergroten (McHugh, Murray, & Barlow, 2009).

Binnen de vaktherapie zijn andere transdiagnostische factoren ontwikkeld dan binnen de algemene psychiatrie. De zeven transdiagnostische factoren binnen de vaktherapie zijn: executieve functies, waarneming, arousal, emotieregulatie, verlies en sociale interactie. Deze worden onder het volgende kopje verder uitgelegd.

Hieronder zullen de transdiagnostische factoren verder worden uitgeschreven. Tevens zal er alsnog een koppeling gemaakt worden tussen de transdiagnostische factoren en de DSM. De reden hiervoor is om te verhelderen welke factor in verband staat met welke bekende diagnoses binnen de DSM. Tot slot worden de ETC-werkvormen via deze factoren onderverdeeld en zullen er in de werkvormenbeschrijving geen DSM- definities meer terugkomen.

Executieve functies

Executieve functies zijn geïntroduceerd door de Amerikaanse Neuropsychologe Muriel Lezak. Zij benoemt dat executieve functies (mentale capaciteiten) noodzakelijk zijn voor het formuleren van doelen (Lezak, 1982). Hierbij is het belangrijk dat de cliënt kan plannen en deze planning kan uitvoeren zodat deze zijn doelen bereikt.

De transdiagnostische factor executieve functies staat volgens de DSM (2014) in verband met angststoornissen, depressieve stoornissen, psychotische stoornissen, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat de cliënt zijn aandacht kan vasthouden, activiteiten kan starten, gebruik kan maken van feedback, beschikt over mentale flexibiliteit waardoor hij zo nodig een plan kan bijstellen, over probleemoplossende strategieën en impulscontrole beschikt, zelfreflectie heeft en tot slot werkgeheugen en zelfregulatie kan beheersen (Van Heycop ten Ham et al., 2014). Vaktherapie helpt cliënten de concentratie verbeteren (Sietsma & Van den Bos, 2017; Molenaar-Coppens, 2016) en cognities en acties reguleren (Samuels, Tournaki, Blackman, & Zilinski, 2016; Vandenbroucke, Verschueren, & Baeyens, 2017).

Regelsystemen

Bij factor 'regelsystemen' worden de neurale systemen bedoeld die verantwoordelijk zijn voor de juiste homeostatische regulering van de energie- en slaaphuishouding (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Dit proces wordt ook wel omschreven als het herstellen van de dagstructuur en het dag- en nachtritme van de cliënt. Een voorbeeld is om de in- en uitademing te kunnen reguleren binnen de therapie.

De transdiagnostische factor regelsystemen staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, psychotische factoren, ASS, PTSS, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Waarneming

Bij factor 'waarneming' gaat het om het verwerken van prikkels tot een betekenisvol geheel. Hierbij leert de cliënt oplopende spanning of conflictsituaties te herkennen, bewustzijn van het eigen lichaam te krijgen, de beeldvorming van zijn omgeving te ontwikkelen en relaties en het eigen zelfbeeld te ontwikkelen (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het is belangrijk dat de cliënt lichaamssignalen herkent en kan verbeteren, waardoor de cliënt voelt en vervolgens bepaalt wanneer iemand over zijn grens heen gaat. Daarnaast speelt het zelfbeeld van de cliënt ook een grote rol bij waarneming.

Waarneming kan onderverdeeld worden in twee processen, namelijk: 'gewaarwording' en 'waarneming'. Gewaarwording is de opname van de stimulatie uit de omgeving, door middel van de zintuigen. Met waarneming wordt het interpreteren en begrijpen van de gewaarwording bedoeld (Brysbaert, 2014).

De transdiagnostische factor waarneming staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, psychotische stoornissen, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Sociale interactie

Bij factor 'sociale interactie' gaat het om het vermogen van de cliënt om interpersoonlijke relaties aan te gaan en deze vervolgens te onderhouden (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Het is hierbij belangrijk dat de cliënt op een gepaste manier autonomie handhaaft. Centraal staat volgens de Kwaliteitsontwikkeling GGZ (z.d.) dat je emoties van een ander kan herkennen en interpreteren, waardoor de cliënt zich kan inleven in een ander. Het leren hanteren en aangeven van je eigen grenzen is ook van belang, waarbij ook de grenzen van de ander respecteren belangrijk is. Hierdoor zal het ontwikkelen van de omgang met anderen en het aangaan van relaties aangaan gemakkelijker verlopen. Vaktherapie helpt de cliënten om hun sociale en communicatieve vaardigheden te verbeteren (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor sociale interactie staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, psychotische factoren, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Emotieregulatie

Bij factor 'emotieregulatie', ook wel affectregulatie genoemd, gaat het om het beïnvloeden van de aanwezige emoties, met de focus op hoe emoties worden ervaren en geuit (Fernandez, Jazaieri, & Gross, 2016; Jazaieri, Urry, & Gross, 2013). Dit proces verloopt volgens de Kwaliteitsontwikkeling GGZ (z.d.) in vier fases, namelijk: (1) het kunnen herkennen van emoties, (2) het kiezen voor een emotiestrategie, (3) deze strategie toepassen en (4) het blijven volgen van deze strategie of deze eventueel aanpassen wanneer noodzakelijk. Ook boosheid is een emotie die veelal een rol speelt binnen deze factor. Een voorbeeld is boosheid reguleren voordat deze zich ontwikkelt tot agressie (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Vaktherapie is dan ook een goed middel om emoties te kunnen uiten (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor emotieregulatie staat volgens de DSM in verband met angststoornissen, depressieve stoornissen, psychotische factoren, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

Verlies

Bij de factor 'verlies' gaat het vaak om een verandering in de levenssituatie van de cliënt als gevolg van een ontstaan tekort of gebrek aan een belangrijk persoon (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Dit kan bij sommige mensen leiden tot geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen of suïcide. Deze ingrijpende gebeurtenis kan tevens leiden tot het verlies van zingeving.

Vaktherapie helpt door het stilstaan bij dit verlies, er uiting aan te geven en door het verwerken van de verlieservaring. De cliënt neemt daarbij afscheid en stelt zichzelf in staat tot het aannemen van een nieuwe rol in het dagelijks leven. Kortom vaktherapie helpt om met het verlies om te gaan (Sietsma & Van den Bos, 2017).

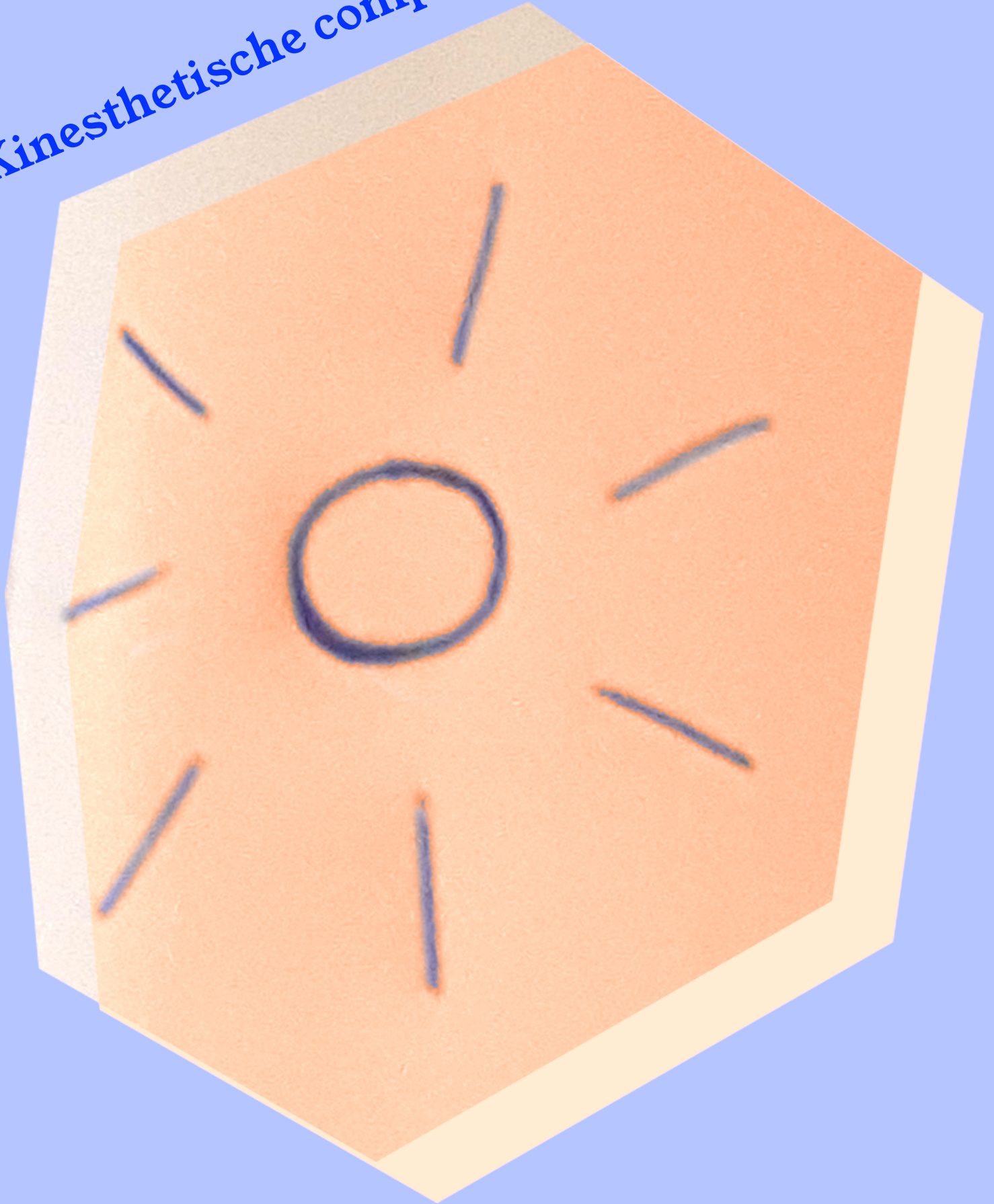
De transdiagnostische factor verlies staat volgens de DSM in verband met (chronische) rouw, depressie, verlies samenhangend met posttraumatische stressstoornis (PTSS) en niet aangeboren hersenletsel (NAH).

Arousel

Bij factor 'arousal' gaat het om de mate van gevoeligheid voor interne stimuli (zoals gedachten, herinneringen en lichamelijke veranderingen) en externe stimuli (zoals de zintuigelijke gewaarwording), ook wel spanningsregulatie genoemd (Van den Bos & Meijnckens, 2017). Hierbij is het belangrijk dat de cliënt spanning leert te reguleren, stress kan reduceren en leert te ontspannen. Behandeling op deze factor zorgt voor een toename van motorische activiteit en emotionele responsiviteit. Een voorbeeld is dat de cliënt grip krijgt op oplopende spanning. Arousal uit zich volgens de Kwaliteitsontwikkeling GGZ (z.d.) in emotionele reacties en fysiologische reacties, zoals spierspanning en een verhoogde hartslag. Vaktherapie helpt bij deze factor om te ontspannen (Sietsma & Van den Bos, 2017).

De transdiagnostische factor arousal staat volgens de DSM in verband met: angststoornissen, depressieve stoornissen, psychotische stoornissen, autismespectrum stoornissen (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Kinesthetische component



Kinesthetische werkvormen

Doelen

Wanneer je als therapeut op de kinesthetische informatieverwerkingscomponent werkvormen aanbiedt, zijn de doelen voornamelijk: in beweging komen, lichamelijke ervaring opdoen, experimenteren, de ervaring centraal stellen en bewustwording krijgen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; Hinz, 2009; B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april, 2018; C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Wanneer de focus op een transdiagnostische factor ligt, zullen de doelen van elkaar verschillen. Hieronder staan een aantal transdiagnostische factoren gericht op bijpassende doelen beschreven.

Emotieregulatie: Het doel is om een emotie te herkennen wanneer deze opbouwt, bijvoorbeeld de emotie boosheid. Daarnaast is het aanleren van oplossingen een doel binnen emotieregulatie, waardoor boosheid bijvoorbeeld gereguleerd kan worden door middel van de kinesthetische component (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). De therapeut brengt de cliënt dan in contact met de lijfelijke gevoelens en de cliënt zal bewust worden van wat hij ervaart in zijn lichaam. Tevens kan een doel zijn om boosheid te verbinden met een externe ervaring, waardoor ontlading kan worden ervaren en lichaamssensaties bewuster worden beleefd (Hinz, 2015). Bovendien heeft neurologisch onderzoek aangetoond dat de motorische en affectieve aspecten bij het tekenen en beeldhouwen een effect van ontspanning kunnen geven (Belkofer, Van Hecke, & Konopka, 2014; Kruk, Aravich, Deaver, & Beus, 2014).

Regelsystemen: De beweging levert bewustwording op. Tevens kan de cliënt door tekenbewegingen een rust of ontspanning creëren (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; Overman & Floor, 2014).

Waarneming: Doelen zijn om zichzelf beter te leren waarnemen (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Dus leren herkennen: Wat is fijn? Wat is niet fijn? Wat vind ik mooi? Wat zijn mijn lievelingskleuren? En: Wat vind ik lelijk? Door dit basaal aan te pakken is het mogelijk om de beleving van de cliënt bewuster te maken (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Waarneming gespecialiseerd op gewaarwording behaal je volgens Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) ook op de kinesthetische component door bijvoorbeeld op het ritme van de muziek met pastelkrijt te bewegen. Een doel hierbij is dat de cliënt een beweging exploreert, door deze groter, kleiner, langzamer, sneller, zwaarder of juist lichter te maken gericht op de lijnsdrukken (Fikke et al., 2017).

Arousel: Het doel is spanningen opwekken met bewegingen. Je kan er als therapeut voor zorgen dat arousal afneemt met beweging door in een ritme te komen, spanning kan hiermee worden ontladen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; Overman & Floor, 2014). Bovendien kan een nadruk op beweging cliënten helpen om door fysieke en psychische verdoving heen te breken (Badenoch, 2008).

Materialen

Materialen die passen bij de kinesthetische informatieverwerkingscomponent zijn vooral materialen die weerstand bieden, een inherente structuur in zich hebben of vragen om een fysieke inspanning voor het bewerken van het materiaal (Fikke et al., 2017). Voorbeelden van kinesthetische materialen zijn: steen, hout, mozaïek, temperaverf, grove kwasten, tekenmateriaal zoals krijt, harde klei of oude kranten die de cliënt kan verscheuren (Hinz, 2009, 2015). Daarnaast kan kosteloos of ongestructureerd materiaal helpen om verwachtingen los te laten, leren fouten te mogen maken en de nieuwsgierigheid op te wekken (Fikke et al., 2017). Hiermee wordt de mogelijkheid voor de cliënt vergroot om creatieve ervaringen op te doen (Hinz, 2009).

De grootte en de hoeveelheid van het materiaal zijn methodisch gezien bepalend om gericht op deze component in te zetten. Zo passen bij de kinesthetische component grote formaten, zoals een groot formaat papier waardoor de cliënt eerder lichamelijke bewegingen kan maken (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Interventies

De volgende interventie kan ingezet worden wanneer de cliënt zich vooral op het onderste ontwikkelingsniveau bevindt en je als therapeut deze een ontwikkelingsniveau hoger wilt brengen, naar het affectieve/perceptuele niveau. De therapeut kan de cliënt in eerste instantie verschillende kinesthetische oefeningen te laten doen om vervolgens te kunnen vragen welke oefening het meest dichtbij kwam en wat de cliënt hierbij voelde (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Wanneer je als therapeut merkt dat de spanning tijdens een werkvorm gericht op de transdiagnostische factor arousal te hoog oploopt is het nodig om in te grijpen en de spanning juist te verlagen. De therapeut kan de mate van inspanning voorspellen door te kijken naar de spierspanning in de specifieke lichaamsdelen van de cliënt (Fikke et al., 2017). De spanning kan hij laten afnemen door de aandacht te verleggen, dit kan mede door een ademhalingsoefening te bieden, de cliënt uit de situatie te laten stappen, de cliënt een gesprekje te laten voeren met iemand of hem te laten tekenen als dat de cliënt rustig maakt. Door de arousal met de cliënt na te bespreken of door in te grijpen leert de cliënt uiteindelijk ook zelf aanvoelen wanneer de spanning te hoog oploopt, hoe hij dat aanvoelt, of hier gradaties in zitten en of deze te onderscheiden zijn en wanneer je dan moet ingrijpen. Door de cliënt hiermee te laten oefenen krijgt hij meer grip en controle over zijn eigen spanning (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Therapeutische Attitude

Vaak ben je als therapeut op het onderste niveau vooral aan het stimuleren en aanmoedigen, zodat de cliënt in beweging komt (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Ook is een directieve houding passend wanneer de therapeut bijvoorbeeld een krasoefening als warming-up inzet. Dan stuurt hij de werkvorm aan en benoemt hij wat de cliënt mag doen. Door de cliënt aan te sturen wordt de cliënt in beweging gehouden en is het voor de cliënt mogelijk om de warming-up zo goed mogelijk te ervaren (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Deze houding is onder andere passend bij de transdiagnostische factoren verlies, arousal, regelsystemen en emotieregulatie.

Evaluatievragen

De nabesprekingsvragen op de kinesthetische informatieverwerkingscomponent zijn gericht op hoe de beweging is ervaren, wat de cliënt in het lichaam heeft gevoeld en welke handelingen en ritmes hierbij betrokken waren (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; Lusebrink, 1990).

Door deze vragen stimuleert de therapeut de ervaring op de kinesthetische component (Fikke et al., 2017).

Wanneer hij de cliënt vanuit de kinesthetische component naar de perceptuele component wilt bewegen, kan hij de cliënt vragen wat er in het werkstuk te zien is. Om naar de affectieve component te bewegen kan hij vragen hoe de ervaring was en wat de cliënt hierbij voelde. Door andere componenten te betrekken vergoot hij de flexibiliteit van de cliënt (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

1 Rollen, stampen en gooien met klei

Bij deze werkvorm wordt er kracht van de cliënt gevraagd waardoor spanningen geuit kunnen worden.

Informatieverwerkingscomponent

In eerste instantie zal ook de sensorische component betrokken worden bij deze werkvorm door het voelonderdeel. Daarna draait het vooral om de kinesthetische component door de bewegingen. Ten slotte kan de cognitieve component er ook bij komen door inzicht te krijgen hoe spanning is te reguleren.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor arousal.

Opdracht

1. Laat de cliënt eerst contact maken met de klei, dit zal in eerste instantie vooral gericht zijn op het sensorische aspect, waarbij de cliënt langzame en kleine bewegingen mag maken.
2. Vervolgens laat je de cliënt het tempo opbouwen. Hij mag grotere en snellere bewegingen maken waarbij de cliënt meer kracht mag zetten, denk aan gooien, rollen en stampen.
3. Zoek vervolgens samen met de cliënt (wanneer mogelijk) naar een manier waarop de spanning is te reguleren (zie interventie).

Doelen

- De cliënt doet een lichamelijke ervaring op
- De arousal bij de cliënt laten opbouwen en vervolgens weer laten reguleren
- De cliënt laten ontdekken wanneer zijn spanning opbouwt

- Het uiten van emoties kan van pas komen wanneer de cliënt met de klei gaat gooien
- De cliënt leert grip te krijgen op oplopende spanningen

Materiaal

- Klei
- Water
- Eventueel een afgedekte muur, wanneer de cliënt de klei tegen de muur wil gooien.

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, hierbij stimuleer je de cliënt om aan de slag te gaan. Nodig de cliënt hierbij uit om verschillende bewegingen te maken. Wanneer de cliënt niet op gang komt is het nodig om de cliënt enige sturing en richtlijnen te bieden, zoals: 'strijk maar over de klei' of 'druk eens iets harder'.

Interventie

- De cliënt kan je vervolgens laten oefenen met het verlagen van de spanning, bijvoorbeeld door ademhalingsoefening, uit de ervaring stappen, een gesprek te starten of iets te tekenen (laat de cliënt in eerste instantie zelf nadenken hoe je spanning kan reguleren).

Evaluatievragen

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke bewegingen heb je gemaakt?
- Welke bewegingen voelden prettig?
- Herkende je de oplopende spanningen?

Cognitieve evaluatievragen:

- Wat is een volgende stap als de spanning opbouwt?

2 Scheuren

Deze werkvorm vraagt veel beweging, waardoor lichaamssignalen naar voren komen en herkenbaar worden voor de cliënt.

Informatieverwerkingscomponent

De kinesthetische component is van invloed bij deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

De transdiagnostische factor arousal speelt een grote rol. Emotieregulatie is mogelijk aan de orde. Daarnaast kan de factor waarneming van pas komen (zie interventie).

Opdracht

1. Geef de cliënt het schetspapier en krijtjes. Laat de cliënt het vel papier helemaal volkrassen, mogelijk met verschillende kleuren krijtjes (wanneer de cliënt snel klaar is geef je de cliënt een nieuw vel papier).
2. Geef de cliënt de eerste 10 minuten de ruimte om het vel of vellen papier te verscheuren. De therapeut geeft de tijd aan.
2. Daarna mag de cliënt een beeldend werkstuk maken waarbij de stukken papier die zijn ontstaan, het uitgangspunt zijn. Inspiratie kan gericht zijn op de ervaring van het scheuren. Meerdere materialen mogen toegevoegd en gebruikt worden.

Doelen

- De cliënt komt in beweging en doet lichamelijke ervaringen op
- De cliënt kan energie en spanning uiten en vrijlaten
- Emoties kunnen tot uiting komen

- Spanning kan verminderd worden

Materiaal

- Schetspapier (50 x 65 cm)
- Wasco krijtjes
- Aanvullend materiaal is vrij

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een sturende houding, waarbij de therapeut duidelijkheid biedt, structuur geeft en de tijd bewaakt.

Interventie

- Wanneer de spanning juist oploopt door associaties, probeer dan de spanning te verminderen door afleiding te bieden.
- Mogelijk kan je tussen stap 2 en 3 een evaluatie moment inzetten, de ervaring is nog recent.
- Wanneer je de transdiagnostische factor waarneming wilt betrekken, kan je de cliënt aanzetten om zijn eigen waarneming te observeren (wat voel, doe, denk, ruik en zie je?) Evaluatievragen kunnen hierop aangepast worden met: Wat heb je waargenomen met je zintuigen?

Evaluatievragen

Kinesthetische evaluatievragen:

- Hoe was het om te krassen?
- Hoe was het om te scheuren?
- Wat vond je prettig? En wat minder?
- Welke beleving kwam naar voren?
- Wat heb je waargenomen?
- Wat heb je met de snippers gedaan?
- Wat heeft je geïnspireerd?

3 Tekenbeweging

Met de tekenbeweging kom je in een wiegende houding terecht waarbij de hersengolven trager worden. Deze werkvorm biedt dan ook ontspanning.

Informatieverwerkingscomponent

Door de bewegingen is de kinesthetische component van toepassing.

Transdiagnostische factor

Met deze werkvorm beïnvloed je de transdiagnostische factoren arousal en regelsystemen.

Opdracht

1. Eerst mag de cliënt het vel papier op een ezel of tegen de muur plakken. Laat hem voor het vel papier staan.
2. De cliënt mag alle tekenbewegingen die bij hem opkomen maken op het hele papier. Dit mag met twee handen of met één hand, zacht of hard drukkend. Hierdoor ontstaat een wiegende beweging.
3. Geef de cliënt instructies om sneller te gaan, langzamer, harder of zachter te drukken met houtskool. Leg de focus daarnaast op de ademhaling van de cliënt.

Doelen

- Het ontladen van spanning
- Het laten ontstaan van rust en tevredenheid
- Niet stilstaan bij het eindresultaat, zodat door beweging en gevoel een spontane expressie ontstaat

Materiaal

- Papier (65 x 50 cm)
- Houtskool
- Tape

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een sturende houding, waarbij de therapeut enige instructies geeft en aanmoedigt tot verdere handelingen.

Interventie

- Wanneer de cliënt zichzelf verliest in de tekenbeweging kun je teruggaan naar de aardlijn, hiermee reguleer je de ademhaling en spanning nog meer.

Evaluatievragen

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke beweging heb je gemaakt?
- Welke beweging voelde prettig?
- Welke beweging voelde minder prettig?
- Wat gebeurde er in je lichaam?
- Kwamen er gevoelens los?

4 Speksteen beeldhouwen

Hoe lichter de speksteen hoe zachter en gemakkelijker de steen te bewerken is.

Informatieverwerkingscomponent

Door de lichamelijke beweging voor het bewerken van de steen is de kinesthetische component betrokken bij deze werkvorm. Daarnaast is het voelen aan de steen sensopathisch, daarom kan ook de sensopathische component van invloed zijn.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor arousal.

Opdracht

1. Laat de cliënt een stuk speksteen uitkiezen. Vertel de cliënt dat er een steen is die jouw aandacht vraagt.
2. Laat de cliënt de speksteen bewerken. Hierbij hoeft hij geen eindresultaat voor ogen te hebben. Hij kan zich laten leiden door de steen zelf.
3. Wanneer de cliënt de vorm heeft gevonden en tevreden is met het beeld, mag de cliënt zijn speksteen gladschuren. Je start met schuurpapier met 200 pixel en eindigt in stapjes bij 1200 pixel schuurpapier. Ten slotte mag de steen gepolijst worden (beetje crème op een doekje, daarmee je steen insmeren).

Doelen

- De cliënt kan spanningen en energie vrijlaten en uiten
- De werkvorm kan de spanning vergroten, gevolgd door rust
- Een speksteen kan weerstand bieden, de cliënt kan hiermee leren omgaan

Materiaal

- Speksteen naar keuze
- Gereedschap, zoals: vijlen en raspen
- Schuurpapier van 200 pixel tot 1200 pixel
- Polijstcrème

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een stimulerende en aanmoedigende houding waardoor de cliënt in beweging komt en blijft.

Interventie

- Tijdens het gladschuren van de speksteen kan je de focus op de sensorische component leggen. Tijdens de nabespreking kan je op deze aspecten ingaan.
- Als therapeut is het nodig om in te grijpen wanneer de spanning te hoog oploopt, dit kan je onder andere zien door spierspanning van de cliënt. Dit is mogelijk te verminderen door de aandacht te verleggen.

Evaluatievragen

Kinesthetische evaluatievragen:

- Wat heb je gedaan? En welke handelingen heb je toegepast?
- Wat gebeurde er in je lichaam?
- Welke beweging vond je prettig en welke minder?
- Wat ging goed?
- Waar liep je tegenaan?
- Herkende je bijvoorbeeld stress?
- Kwamen je bewegingen overheen met wat je voelde?
- Kon je je concentreren op het ritme van het bewerken van het stuk steen/hout?

Cognitieve evaluatievragen:

- Welke gedachtes kreeg je tijdens het bewerken van speksteen?
- Wat was je verwachting?
- Kon je dit loslaten?

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe was het om de speksteen glad te schuren?
- Hoe voelde het materiaal?
- Wat vond je prettig, en wat niet?
- Welke geluiden kwamen terug?

5 Stippen van ecoline

Deze werkvorm is op een spelende wijze verbonden aan een toevalstechniek.

Informatieverwerkingscomponent

Aan het begin wordt vooral kinesthetische component betrokken bij deze werkvorm. Later komt ook de perceptuele component bij deze werkvorm, door de stippen waar te nemen en te kijken wat er is ontstaan.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden zijn de transdiagnostische factoren arousal, sociale interactie en waarneming.

Opdracht

1. Eerst plakt de cliënt een A3-formaat op de ezel en laat hem verschillende kleuren ecoline uitkiezen.
2. De cliënt mag met een kwast de ecoline op het papier spetteren (met een slaande beweging), hierdoor ontstaan er stippen op het blad. Dit mag de cliënt ongeveer 10 minuten doen (de therapeut houdt de tijd bij).
3. De cliënt mag vervolgens kijken wat er is ontstaan en het werkstuk vrij uitwerken, bijvoorbeeld door de stippen te verbinden of stippen weg te laten.

Doelen

- De cliënt komt in beweging
- De cliënt denkt niet teveel na over wat hij op papier zet (spontane expressie)
- Visualisatie vermogen van de cliënt vergoten

Materiaal

- Papier (65x50 cm)
- Ecoline
- Kwasten
- Water

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende en stimulerende houding waarbij een sturende houding van pas kan komen.

Interventie

- Als de cliënt niets van de stippen kan maken is het mogelijk om het werkstuk om te draaien, op te hangen of van een afstand te bekijken, hierdoor kan de cliënt het werkstuk van een ander perspectief bekijken en nieuwe inzichten krijgen. Als dit niet werkt kan de therapeut het voorstellen.

Evaluatievragen

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke bewegingen heb je gemaakt?
- Welke lichamelijke gevoelens kwamen naar voren?
- Wat vond je van het resultaat?

Perceptuele evaluatievragen:

- Wat zag je in het werkstuk?
- Hoe vond je het om dit uit te werken?

6 Mozaïek knippen

Deze werkvorm vraagt kracht van de cliënt en biedt een verassend resultaat.

Informatieverwerkingscomponent

Deze werkvorm vereist kracht en heeft dus invloed op de kinesthetische component.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor arousal. Mogelijk kan de transdiagnostische factor sociale interactie betrokken worden (zie interventie).

Opdracht

1. De cliënt mag verschillende soorten en kleuren tegels uitzoeken.
2. Daarna mag de cliënt deze knippen met een kniptang, dit vereist kracht van de cliënt.
3. Wanneer de tegels zijn geknipt mag de cliënt hier een werkstuk van maken (lijm de tegels op een houten ondergrond en voeg vervolgens het voegmiddel op de tegels).

Doelen

- Door kracht kan de cliënt zijn energie of spanning uiten
- De cliënt kan eigen lichaamssignalen herkennen
- De cliënt kan wanneer van toepassing eigen grenzen aangeven

Materiaal

- Tegels in verschillende structuren, kleuren en maten
- Mozaïekkniptang
- Houten ondergrond
- Mozaïeklijm
- Mozaïek voegmiddel/cement

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude wat betreft omgang met het materiaal, maar ook een directe attitude als het gaat om grenzen aangeven.

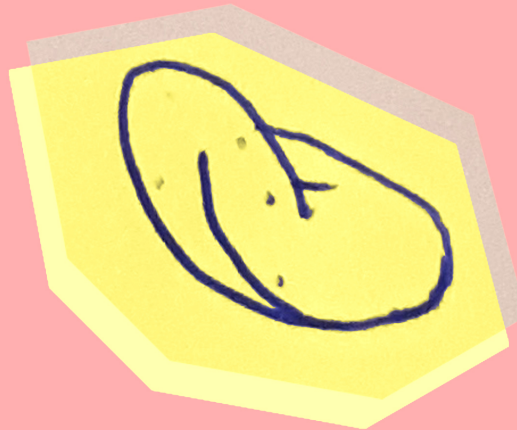
Interventie

- Observeer en daag de cliënt uit wanneer je bemerkt dat de cliënt gevoelige handen krijgt door de knip techniek. De transdiagnostische factor sociale interactie kan betrokken bij het aangeven van grenzen.

Evaluatievragen

Kinesthetische evaluatievragen:

- Hoe was het om de tegels te knippen?
- Wat voelde je in je lichaam?
- Wat deed dat met je?
- Hoe vond je het om te mozaïeken?
- Wat valt je op in het werkstuk?



**Sensorische
component**

Sensorische werkvormen

Doelen

De sensorische component is goed voor cliënten die gevoelens effectiever willen uiten of labelen (Meijer-Degen & Jansen, 2006). De cliënt leert op deze component omgaan met sensaties en deze tot expressie te brengen via beeldend werken. Beleving van lichamelijke sensaties wordt vergroot. Ook zal de cliënt uiteindelijk zijn grenzen herkennen en hanteren (Fikke et al., 2017). De cliënt wordt bewust van innerlijke gevoelens en vergroot hierbij zijn beleving. Bij sensopathisch werken verandert de focus van resultaatgerichtheid naar procesgerichtheid (Fikke et al., 2017). Dit stimuleert het creatieve proces (Hinz, 2009). Sensorische werkvormen blijken uit onderzoek van Salm (2007) ook effect te hebben op gevoelsbeleving, zintuigelijke beleving en spelbeleving.

De doelen passend bij de transdiagnostische factoren zijn hieronder beschreven:

Emotieregulatie: Het sensopathisch werken kan verschillende associaties of emoties oproepen. Een doel kan zijn om een emotie zelf te kunnen reguleren binnen het materiaal (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Executieve functies: Het toelaten van plakkerig, nat, koud of warm materiaal kan al helpen om de cliënt uit de executieve functies te halen (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). De cliënt komt daardoor namelijk direct in contact met het sensorische en affectieve aspect.

Regelsystemen: Door in contact te komen met je zintuigen zal er ook meer aandacht gaan naar de ademhaling (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Door sensorisch te werken met bijvoorbeeld klei bereikt de cliënt eerder bewustwording, dit kan ook een meditatief effect met zich meebrengen (Hoefsloot, 2012).

Waarneming: Door het aanraken van materialen kunnen cliënten beter hun aandacht richten op hun eigen waarnemen. Op deze component is dat heel basaal en ligt de focus op het leren kennen van: Wat vind ik fijn? Wat vind ik niet fijn? Wat vind ik mooi? Wat zijn mijn lievelingskleuren? En: Wat vind ik lelijk? Hierdoor wordt de cliënt bewuster van zijn eigen beleving en waarneming.

Materialen

Bij alle materialen, maar met name bij klei, gaat de voorkeur uit naar zo min mogelijke gereedschap. De reden hiervoor is dat het aanraken van materialen het contact met de gevoelswereld bevordert (Hinz, 2009). Kramers en Van Straten (2014) noemen het werken met de handen (of voeten) zonder tussenkomst van een penseel of ander gereedschap een geschikte werkvorm in het kader van herstel van contact met het eigen lichaam.

Bij sensorische werkstukken zit het vaak in het kleine, zoals het voelen van een speksteen of uitwrijven van pastelkrijt. Dat helpt om een stukje bewustwording te ontwikkelen en om vervolgens te kijken hoe het is om dat te doen. Je brengt als therapeut in tegenstelling van de kinesthetische component het tempo omlaag en houdt de bewegingen klein bij de cliënt.

Denk aan: soft-pastelkrijt, klei, gevonden natuurlijke materialen et cetera.

Interventies

Sensopathische werkvormen kunnen in eerste instantie als warming-up ingezet worden. Door samen met de cliënt het materiaal te onderzoeken (Hoe voelt het? Hoe ruikt het? Wat is de temperatuur?) en door te experimenteren wordt de zintuigelijke waarneming gestimuleerd.

Een mogelijke interventie passend bij de sensorische informatieverwerkingscomponent is dat de cliënt zijn ogen sluit tijdens het ervaren van bijvoorbeeld de klei. Door de ogen te sluiten kunnen ervaringen intenser beleefd worden (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Ook ontstaat er tijdens dit proces een vorm die niet gestuurd is door rationele overwegingen maar voortvloeit uit de bewegingen van de handen (Hoefsloot, 2012).

Wanneer de cliënt in het onderste ontwikkelingsniveau blijft hangen en niet op een niveau hoger lijkt te komen, kan je als therapeut een interventie plegen op de perceptuele informatieverwerkingscomponent. De therapeut kan bijvoorbeeld de cliënt naar het werkstuk laten kijken en met een passe-partoutje laat zoeken naar een mooi of sprekend deel van het werkstuk (I. Péntes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Hier kan de therapeut verder op doorgaan door vragen te stellen zoals: Wat maakt dat stukje mooi? Hoe kan je dat later nogmaals vormgeven? Dit is een interventie die ook passend is bij een cliënt die weinig toegang heeft tot de transdiagnostische factor executieve functies.

Sensopathische werkvormen vragen soms enige structuur en instructie volgens Hinz (2009). Door het soms onwennige gevoel van bijvoorbeeld klei biedt instructie meer veiligheid. Ook moet je er als therapeut rekening mee houden dat sensopathische ervaringen niet altijd verzachtend werken. Werken met klei, lijm of andere kleverige materialen kan walging oproepen en eventueel nare gevoelens van vroeger met zich mee brengen. Zo kan het voorkomen dat de cliënt terug wordt gebracht naar de ervaring van verwaarlozing in zijn jeugd (B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april 2018). Traumatische ervaringen kunnen dan worden geraakt (D. Fikke, persoonlijke

Bij traumatische gebeurtenissen is het belangrijk om hier langzaam naar toe te werken, waardoor er vertrouwen ontstaat (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Therapeutische attitude

Bij de sensorische component kun je als therapeut op een lichte manier aansturen, omdat je de cliënt vooral de ruimte wilt geven om daar iets mee te doen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Een beetje afstand is dan gepast, maar niet te veel, want de cliënt mag wel in beweging blijven. Dit doe je door betrokkenheid met enige stimulering en aanmoediging om in beweging te blijven. Het is niet nodig om alles directief uit te leggen en aspecten vast te leggen.

Wanneer de cliënt vastloopt in het sensopathisch werken of juist geen start kan maken, is het volgens Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) nodig om een uitnodigende houding te creëren. Laat de cliënt in eerste instantie het materiaal vastpakken. Wanneer de cliënt hiermee niet verder komt, kan je het als therapeut in kleine stapjes opbouwen. Vraag de cliënt bijvoorbeeld om een onderdeel van het materiaal te pakken. Hier kan je als therapeut vervolgens een vervolgstap aan koppelen, zoals: maak hier een bolletje van. De therapeut moedigt de cliënt aan om een stapje verder te gaan (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Dit wordt ook wel dynamisch coachen genoemd en heeft als doel om de cliënt in contact te brengen met zijn eigen groei- en levenskracht. De groei-kracht wordt mogelijk weer geactiveerd (Hoefsloot, 2012).

Evaluatievragen

Het reflectieve vermogen bij de sensorische component is veelal laag. De betrokkenheid ligt vooral op de sensorische ervaring (Hinz, 2009). Je vraagt als therapeut naar de ervaring van de cliënt en je wil duidelijk krijgen wat er vanbinnen bij de cliënt speelt tijdens het beeldende proces. Je kan dan vragen naar gevoelens of gedachten en vragen of de cliënt de handelingen kan verwoorden.

7 Kleien op muziek

Muziek speelt in op het gehoor waarbij klei ingaat op het tastzintuig.

Informatieverwerkingscomponent

Muziek past goed bij de sensorische, affectieve en kinesthetische component. Deze drie componenten worden daardoor geraakt. Door de klei is deze werkvorm vooral geschikt voor de sensorische component.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren arousal en emotieregulatie.

Opdracht

1. Geef de cliënt een stuk klei, grootte van zijn handpalm en laat de cliënt hier eerst contact mee maken. Laat de cliënt de klei flexibel en warm maken.
2. Start vervolgens de muziek en laat de cliënt op het ritme van de muziek kleien. Het vormen van de klei is intuïtief, waarbij het niet gaat om het eindresultaat.

Doelen

- Versterken van lichaamsgevoel en diepere gevoelscontact
- De cliënt krijgt de mogelijkheid tot expressie en uiten van emoties
- Connectie maken tussen heden en verleden
- Bevorderen van veiligheid, stabiliteit en concentratie van de cliënt

Materiaal

- Klei
- Warm water
- Muziek

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, hierbij stimuleer je de cliënt om aan de slag te gaan. Nodig de cliënt hierbij uit om verschillende bewegingen te maken. Wanneer de cliënt niet op gang komt is het nodig om de cliënt meer sturing te bieden.

Interventie

- Je kan bij deze werkvorm de spullen alvast klaarleggen, hiermee nodig je de cliënt uit om aan de slag te gaan.
- Laat de cliënt zijn ogen sluiten voor een intensere ervaring. De cliënt zal zich hierdoor niet bezighouden met het resultaat.

Evaluatievragen

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe voelde de klei in je handen?
- Wat heb je tijdens het voelen van de klei beleefd?
- Wat deed de muziek met je?
- Wat vond je fijn?
- Wat vond je minder fijn?

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke bewegingen heb je gemaakt?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Komen de bewegingen overeen met hoe je dat op dat moment voelde?

8 Nat-op-nat

Deze werkvorm is passend bij toevalstechnieken en prikkelt het visuele zintuig.

Informatieverwerkingscomponent

Vooraf de sensorische component is betrokken bij deze werkvorm. De affectieve component kan erbij komen wanneer deze werkvorm veel emoties oproept.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren regelsystemen en mogelijk emotieregulatie.

Opdracht

1. Het is belangrijk om als therapeut eerst uitleg te geven over de aquareltechniek, zodat de cliënt uitgedaagd wordt om meer te experimenteren.
2. Laat de cliënt het aquarelpapier vastzetten met tape (alleen de randen) zodat er na de werkvorm een wit kader ontstaat. Laat de cliënt vervolgens het aquarelpapier goed vochtig maken met een spons.
3. Nu mag de cliënt gaan experimenteren met de waterverf. Wat gebeurt er als er (water)verf op het vochtige papier komt? Laat de cliënt het blad vol schilderen.

Doelen

- De cliënt kan focussen op externe sensaties en deze vervolgens leren koppelen aan interne sensaties
- De cliënt kan zich overgeven aan het proces en durft hierbij te experimenteren
- De cliënt kan een verzachtend gevoel krijgen
- De cliënt kan zijn gevoelsinhoud ontdekken

- Het ontstaan van een spontane expressie vanuit de beweging door niet stil te staan bij het eindresultaat

Materiaal

- Aquarelpapier
- Aquarelverf
- Water
- Sponsjes
- Aquarelkwasten
- Doekjes
- Tape

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding door het materiaal eerst uit te leggen en de cliënt hiermee te stimuleren.

Interventie

- De uitleg van het materiaal is belangrijk voor het uiteindelijke proces van de cliënt.
- Wanneer de cliënt bekend is met het materiaal kan je andere technieken aanbieden zoals: toevoegen van grof zout of gebruik van wit oliekrijt.
- Wanneer dit te overweldigend is voor de cliënt of wanneer de cliënt erg cognitief is ingesteld, kan je aquarelkrijtjes aanbieden. Hiermee kan de cliënt eerst gestructureerd iets maken en om er vervolgens met een natte kwast eroverheen te schilderen. Hierdoor heb je alsnog het vloeibare effect, maar dan meer gestructureerd.

Evaluatievragen

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe was het om met aquarel te werken?
- Hoe was het om met vloeiend materiaal te werken?
- Hoe ben je hiermee omgegaan?
- Wat is er ontstaan?
- Had je een behoefte?
- Wat valt je op in het werkstuk?

9 Bolletjes van watjes

Het tastzintuig wordt met deze werkvorm geprikkeld, dit werkt dan ook verzachtend.

Informatieverwerkingscomponent

Sensorische component wordt betrokken bij deze werkvorm. Wanneer je de werkvorm gaat nabespreken is de cognitieve component van invloed.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren regelsystemen en eventueel arousal.

Opdracht

1. Laat de cliënt eerst de watjes voelen en hier wat vanaf plukken om er vervolgens bolletjes van te draaien. Het voelen staat centraal.
2. Daarna kan je de cliënt de opdracht geven om van de bolletjes een werkstuk te maken (themavrij).
3. Het gaat om het voelen van de watjes en niet om het eindresultaat.

Doelen

- De cliënt bereikt een verzachtend en rustgevend gevoel.
- Gewaarwording van de tastzintuigen wordt gestimuleerd

Materiaal

- Watjes in verschillende kleuren
- Stevig papier of karton
- Lijm

Therapeutische attitude

De therapeut geeft de cliënt de ruimte. Wanneer de cliënt moeite heeft met opstarten kan je de cliënt vragen om wat van de watjes te plukken. De cliënt komt dan wel in contact met het materiaal.

Interventie

- Het voelen van de watjes staat centraal. Geef daarom geen concrete opdracht waar de cliënt naartoe zou moeten werken.

Evaluatievragen

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe voelden de watjes?
- Wat heb je ervaren?
- Wat vond je prettig?
- Wat ervaar je bij het uiteindelijke resultaat?

Cognitieve evaluatievragen:

- Welke gedachten heb je gehad tijdens het voelen van de watjes?

10 Krasoefening op ribbelkarton

Deze werkvorm kan veel weerstand oproepen, waarbij de cliënt zelf regie kan nemen in het reguleren van de spanning.

Informatieverwerkingscomponent

De sensorische component is betrokken bij deze werkvorm door het geluid wat deze oefening met zich meebrengt. Ook de kinesthetische component komt van pas door de bewegingen en de weerstand. Vaak wordt ook de affectieve component betrokken bij deze werkvorm door de emoties die deze werkvorm kan oproepen.

Transdiagnostische factor

De transdiagnostische factor arousal speelt een grote rol. Daarnaast komt de transdiagnostische factor emotieregulatie mogelijk van pas.

Opdracht

1. Geef de cliënt een groot vel ribbelkarton en een lang krijtje.
2. Laat de cliënt eerst met de ribbels mee bewegen.
3. Vervolgens laat je de cliënt tegen de richting in van de ribbels krassen. Wanneer de spanning te hoog oploopt kan je de cliënt leren dit zelf te reguleren door met de ribbels mee te bewegen.

Doelen

- De cliënt zelf regie leren nemen in het zelf reguleren van spanningen
- Dat de cliënt aan zijn eigen lichaamssignalen herkent of spanning of emoties oplopen

Materiaal

- Ribbelkarton (65 x 55 cm)
- Krijt

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, hierbij stimuleer je de cliënt om zelf regie te nemen in het oplopen en reguleren van spanningen of emoties.

Interventie

- Wanneer de beweging tegen de richting in veel weerstand oproept, is het mogelijk om de cliënt alleen met de richting mee te laten bewegen en telkens een stapje verder te gaan.

Evaluatievragen

Sensorische evaluatievragen:

- Wat hoorde je tijdens het krassen?
- Wat deed dit met je?
- Hoe was het om tegen de richting in te krassen?
- Hoe was het om met de richting mee te bewegen?

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke bewegingen heb je gemaakt?
- Wat voelde je in je lichaam?
- Gaf je lichaam signalen af

11 Vingerverf met scheerschuim

Deze werkvorm is passend voor de tastzintuigen maar ook de reukzintuigen worden gestimuleerd door de geur van het scheerschuim. Tevens zullen de visuele zintuigen ook geprikkeld worden door middel van de kleuren en effecten.

Informatieverwerkingscomponent

Vooraf de sensorische component wordt betrokken bij deze werkvorm. Mogelijk kan de affectieve component van invloed zijn als de werkvorm emoties oproept.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden zijn mogelijk op de transdiagnostische factor waarnemen, gespecialiseerd op gewaarwording.

Opdracht

1. Breng de cliënt eerst in contact met het scheerschuim. Vervolgens mag de cliënt zelf kleuren ecoline toevoegen door middel van een pipet.
2. Laat de cliënt door het scheerschuim de kleuren mengen en er vormen in maken.
3. Variatiemogelijkheid: met een liniaal het scheerschuim van het papier halen, waardoor een marmereffect ontstaat.

Doelen

- De cliënt kan een gekalmeerd worden
- De cliënt kan aandacht beter leren focussen
- De cliënt wordt bewust van eigen handbewegingen, deze kunnen gekoppeld worden aan interne ervaring

- De gewaarwording van het tastzintuig van de cliënt stimuleren

Materiaal

- Stevig papier of karton (formaat naar keuze)
- Kleuren ecoline
- Scheerschuim
- Pipet

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding en stimuleert het contact met het materiaal.

Interventie

- Leg alle spullen klaar om de cliënt hiermee uit te nodigen.

Evaluatievragen

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe voelde het? (Koud, warm, fijn plakkerig?)
- Wat deed het voelen met je?
- Wat vond je prettig?
- Wat vond je minder prettig?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke gevoelens kwamen naar boven tijdens het werken?

12 Collage van geur- en natuurelementen

De reukzintuigen worden geprikkeld, waarbij ook de tastzintuigen van belang zijn.

Informatieverwerkingscomponent

Vooraf de sensorische component komt bij deze werkvorm veel terug.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor waarneming met de focus op gewaarwording.

Opdracht

1. Laat de cliënt de materialen voelen en onderzoeken.
2. Vraag de cliënt om van deze materialen een collage te maken.

Doelen

- Betrekken van tast-, visuele- en reukzintuigen
- Persoonlijke herinneringen worden gestimuleerd door de geuren
- Welzijn van de cliënt wordt vergroot

Materiaal

- Sterk papier
- Potpourri mix
- Lijm
- Natuurlijke elementen, zoals dennenappels, kastanjes en bladeren

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding en stimuleert de cliënt om bewust te worden van de verschillende geuren en structuren van de materialen.

Interventie

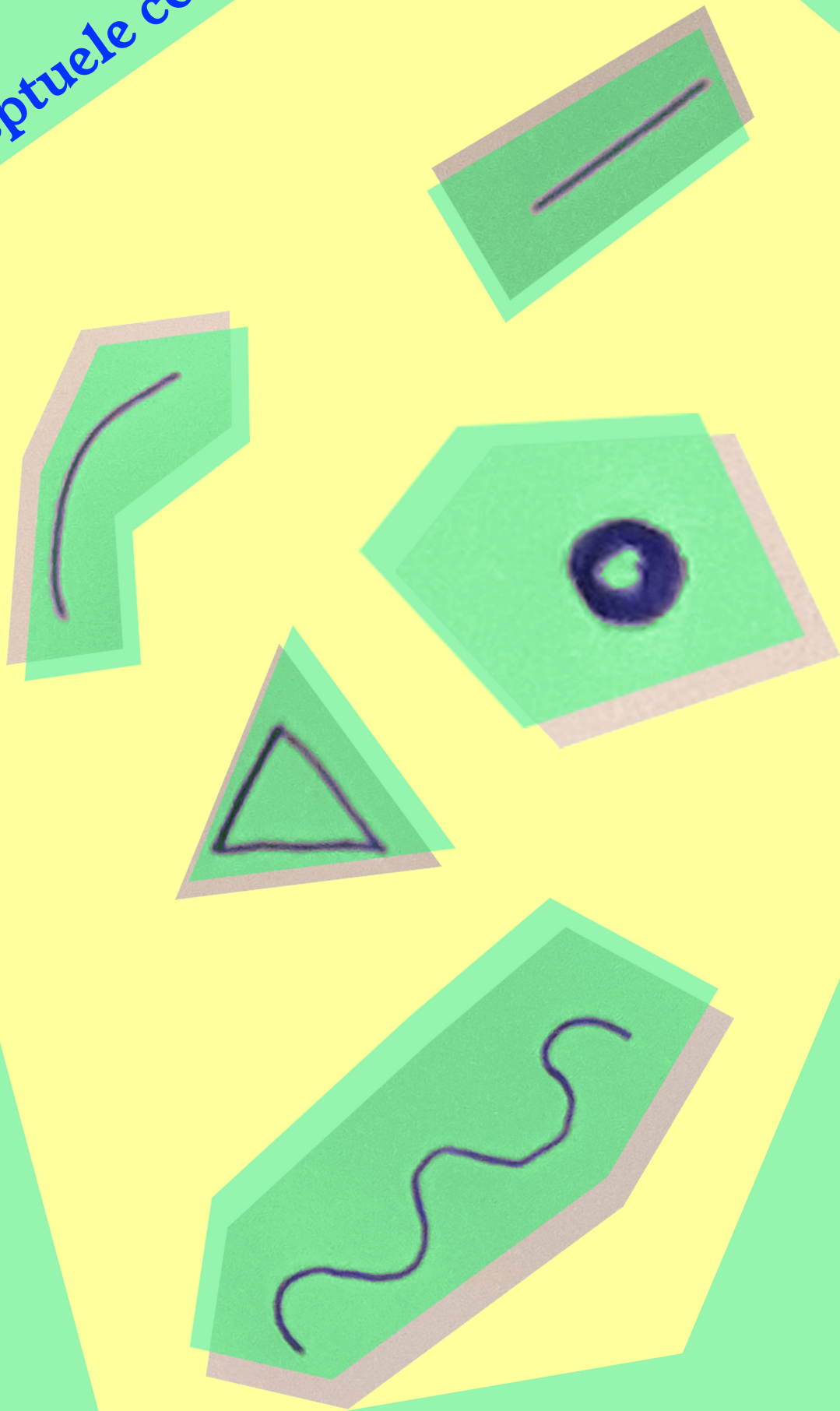
- Tussendoor kunnen er vragen worden gesteld, bijvoorbeeld wat bepaalde geuren bij de cliënt oproepen.
- Wanneer de cliënt cognitief is ingesteld kan je iets meer cognitief insteken door de cliënt eerst de materialen te laten voelen en vervolgens de opdracht te geven om één (natuurlijk) object te kiezen die hij met houtskool mag na te tekenen.

Evaluatievragen

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe vond je het om te doen?
- Hoe voelden de materialen?
- Wat rook je bij de materialen?
- Wat deden de geuren met je?

Perceptuele component



Perceptuele werkvormen

Doelen

Bij de perceptuele component neemt de cliënt op emotioneel gebied afstand van het werkstuk. Hij bekijkt het werkstuk objectief, dit kan een regulerende werking hebben voor de cliënt. Hierbij is het doel om het zelfinzicht en beleving te vergroten en om gedachtes en oordelen te (her)structureren. De emotionele afstand met objectieve beeldtaal van het werkstuk kan veiligheid bieden, ook vermindert dit vaak de stress (Drake, Coleman, & Winner, 2011; Fikke et al., 2017; Lusebrink, 1990). Deze component is ook passend bij de cognitieve therapie, hierbij is het doel om eerst de cliënt een objectieve observeerder te laten zijn om vervolgens negatieve gedachtes te veranderen (Beck, 1995).

De doelen gericht op de transdiagnostische factoren staan hieronder beschreven:

Waarneming: Wanneer de waarneming is verstoord bestaat er een grote kans dat er een blokkade op de perceptuele component zit (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Beeldende therapie heeft hierbij veel voordelen aangezien je als therapeut een tastbaar en zichtbaar eindproduct hebt en daarmee de cliënt goed kan helpen in het kijken naar wat hij heeft gemaakt en welke vormen en kleuren te zien zijn. Ook kunnen cliënten uit de creatieve ervaring stappen om vervolgens objectief naar hun werkstuk te kijken (Hinz, 2009). Cliënten leren hun omgeving en zichzelf anders waar te nemen. Door het waarnemen te oefenen op een eigen werkstuk kan dit vervolgens volgens Hinz (2009) ook gemakkelijker gaan in het dagelijks leven. Cliënten worden bewust van de manier waarop zij de realiteit waarnemen (Hinz, 2009). De cliënt wordt door deze component flexibeler, maar kan ook meer afstand nemen van de affectieve component wanneer de cliënt overspoeld wordt door emoties (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Emotieregulatie en arousal: Door middel van het waarnemen kan de cliënt bepaalde emoties of spanningen gaan reguleren (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). De cliënt verlegt hierbij namelijk de focus van emotioneel naar formeel kijken. En hierbij afstand te nemen van zijn emoties of spanning (Hinz, 2009).

Sociale interactie: Hier ligt de focus op grenzen aangeven, werkvorm 15 horend bij de perceptuele component is een goed voorbeeld waarbij de perceptuele component, maar ook de sociale interactie worden gecombineerd.

Materiaal

Materiaal met een hoge structuur is geschikt voor deze component (Lusebrink, 1990; Moon, 2010). Bijvoorbeeld: hout, metaal en tegels (Hinz, 2009). Deze materialen begrenzen de emotionele uiting. Het materiaal bij de perceptuele component is vooral gericht op het weergeven van vormen en lijnen. Wanneer je de cliënt stilleven laat tekenen en de cliënt dit perfect wil natekenen, is het mogelijk om juist houtskool aan te bieden. Hierdoor voelt de cliënt zich vrijer en hij verlaagt daarmee de verwachting. De cliënt kan namelijk met houtskool geen perfecte lijnen trekken. Hiermee wordt er een stukje onvoorspelbaarheid gecreëerd dat ook leerzaam is voor in het dagelijks leven (B. Henskens, persoonlijke communicatie, 4 april, 2018). Daarnaast is er aangetoond dat mandala's inkleuren angst vermindert. De vormen van een mandala bieden structuur en zijn daarom toepasbaar op de perceptuele component (Babouchkina & Robbins, 2015; Curry & Kasser, 2005; Drake, Coleman, & Winner, 2011).

Interventies

Tijdens het beeldend werken op de perceptuele component gaat de aandacht naar de waarneming van de cliënt gericht op het werkstuk. Hoe meer de aandacht ligt op de visuele waarneming, het observeren, hoe minder het handelen beïnvloed wordt door de gevoelswereld en andersom (Linehan, 2002; Lusebrink, 1990).

Binnen deze component is het mogelijk om letterlijk het perspectief te veranderen, dit is volgens Smeijsters (2014) ook passend bij de analoge processen. De cliënt verandert iets in het beeld wat de eerste stap kan zijn voor de cliënt om zijn eigen regie te krijgen en daarmee het gevoel dat hij een situatie zelf kan beïnvloeden. De cliënt ontwikkelt dan een ander perspectief op een thema (Hinz, 2009; Smeijsters, 2014).

Therapeutische attitude

Het is bij deze component soms nodig om jezelf als therapeut niet-wetend op te stellen, waardoor je niet zal invullen wat je ziet (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Het is belangrijk dat de cliënt zelf gaat benoemen wat er te zien is. Hierdoor zal de cliënt die ook de volgende keer gemakkelijker kunnen observeren. Daarnaast heb je als therapeut een uitnodigende houding, waarbij je de cliënt uitnodigt om alleen objectief naar het werkstuk te kijken (Hinz, 2009).

Evaluatievragen

Je stelt als therapeut bij deze component veel open vragen, je wilt namelijk dat de cliënt bewust wordt van wat er te zien is en dit uiteindelijk zelf zal benoemen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Je blijft bij het stellen van je vragen weg van de emotionele lading die het werkstuk kan hebben (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Het reflectieve vermogen bij deze component is groter dan op het kinesthetische/sensorische niveau. De kwaliteit van de afbeelding bespreken ligt op de voorgrond. Het schommelt tussen diepgang en evalueren met een afstand (Hinz, 2009).

Als therapeut kan je in concrete termen de cliënt stimuleren om volgens zijn perceptie te vertellen over de formele beeldaspecten van het werkstuk. Hierbij is het belangrijk dat je de cliënt helpt om de focus te leggen op de vormen en lijnen en niet welke verwachting de cliënt van tevoren had of dat er ineens een symbool in het eindresultaat is uitgekomen (Betensky, 1995; Hinz, 2009).

13 Stilleven

Dit is een waarnemingsopdracht, waarbij stilgestaan wordt wat er objectief in het beeld te zien is.

Informatieverwerkingscomponent

Deze werkvorm is passend bij de perceptuele component. In de nabespreking kan je de focus leggen op de affectieve of cognitieve component.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor waarneming.

Opdracht

1. Laat de cliënt objecten uit de ruimte pakken en laat de cliënt hier zelf een compositie van maken.
2. De cliënt mag de compositie (het stilleven) natekenen.
3. Variatiemogelijkheid: Laat de cliënt in plaats van objecten een foto kiezen (foto met een verhaal, zoals WorldPessPhoto).

Doelen

- De cliënt leert de concentratie buiten zichzelf te waarnemen
- De cliënt zijn waarneming ontwikkelen
- De cliënt objectief naar zijn werkstuk leren kijken

Materiaal

- Papier (65 x 55 cm)
- Houtskool
- Mogelijke objecten beschikbaar stellen
- Aanvullende materialen (zie interventie)

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een stimulerende attitude. Daarnaast een niet-wetende houding, waarbij de cliënt objectief kan benoemen wat er te zien is zonder dat de therapeut dit invult.

Interventie

- Afhankelijk van het materiaal en de precisie waarop het stilleven wordt nagetekend of geschilderd, kan je de cliënt ook een serie stillevens laten maken om er vervolgens één uit te laten en deze verder uit te laten werken.

Evaluatievragen

Perceptuele evaluatievragen:

- Hoe ben je tot het besluit gekomen om deze objecten of foto te kiezen?
- Welke vormen komen terug?
- Welke kleuren zie je?
- Wat valt je op in het werkstuk?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Welke waarde hecht je aan de objecten?

Cognitieve evaluatievragen:

- Hoe was het om het stilleven na te tekenen?
- Lukte het je om je te concentreren?
- Welke gedachten heb je gehad tijdens het observeren van het stilleven?

14 Initialen

Wanneer de cliënt moeite heeft om tot vormgeving te komen door hoogoplopende emoties, kan je deze werkvorm aanbieden, waarbij je de emoties reguleert.

Informatieverwerkingscomponent

De perceptuele component komt van pas bij deze werkvorm. Tevens kun je de affectieve- of cognitieve component betrekken in de nabespreking.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren waarneming en emotieregulatie.

Opdracht

1. Laat de cliënt zijn eigen initialen groot op papier tekenen, de lijnen trek je door, waardoor er een vlakverdeling ontstaat.
2. Laat de cliënt vervolgens kleuren gebruiken om de vlakken in te kleuren.

Doelen

- Emoties van de cliënt kunnen gereguleerd worden
- De cliënt ontwikkelt zijn waarneming
- De cliënt leert objectief kijken naar een werkstuk

Materiaal

- Papier (65 x 55 cm)
- Stift of houtskool
- Aanvullende materialen vrij

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, hierbij stimuleer je de cliënt om aan de slag te gaan.

Interventie

- Afhankelijk van de cliënt kan je hem meer of minder structuur geven. Stap voor stap vertellen wat de cliënt mag doen.

Evaluatievragen

Perceptuele evaluatievragen:

- Wat zie je in het werkstuk?
- Welke kleuren zijn zichtbaar?
- Welke vormen komen terug?
- Wat voor soort vlakken zijn het?
- Wat valt je op in het werkstuk?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?

Cognitieve evaluatievragen:

- Welke gedachten heb je gehad tijdens het uitwerken van je initialen?

15 Naschilderen

Deze werkvorm wordt samen met de therapeut uitgevoerd, waarbij grenzen aangeven een grote rol speelt.

Informatieverwerkingscomponent

Ten eerste wordt de perceptuele component gebruikt aangezien de cliënt goed moet kunnen waarnemen om het bijvoorbeeld na te schilderen. Daarnaast zal ook de affectieve component geraakt worden. Tenslotte is de cliënt ook bezig op de kinesthetische en sensorische component, je laat de cliënt in zijn lichaam voelen dat wat er gebeurt niet fijn is.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden zijn bij de transdiagnostische factoren sociale interactie en waarneming.

Opdracht

1. De therapeut start met schilderen wat de cliënt mag naschilderen
2. De therapeut kan het tempo verhogen waardoor de cliënt het minder goed kan bijhouden.
3. Het is belangrijk om te kijken wat het met de cliënt doet als hij de therapeut niet kan bijhouden.

Doelen

- De cliënt leert congruent zijn grenzen aangeven
- De cliënt wordt bewust van eigen lichaamssignalen
- De cliënt leert stilstaan bij wat hij voelt en denkt

Materiaal

- Papier (65 x 55 cm)
- Verf

- Kwasten

Therapeutische attitude

De therapeut neemt rondom grenzen aangeven een directieve houding aan. Ook is het mogelijk om een rol te spelen, door de cliënt extra uit te dagen. Daarnaast kan je de cliënt coachen en stimuleren om bijvoorbeeld zijn grenzen duidelijker aan te geven.

Interventie

- Wanneer de cliënt zijn grens aangeeft met een lach (niet congruent) speel hier dan direct op in en coach de cliënt om dit te verbeteren.

Evaluatievragen

Perceptuele evaluatievragen:

- Wat zie je in je eigen werkstuk?
- Wat zie je in het werkstuk van de therapeut?
- Wat valt je op in het werkstuk vergeleken met die van de therapeut?

Affectieve evaluatievragen:

- Hoe was het toen het tempo omhoogging?
- Welke emoties en gevoelens werden toen opgeroepen?

Cognitieve evaluatievragen:

- Welke gedachtes heb je gehad tijdens het naschilderen?

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke lichaamssignalen heb je gevoeld tijdens het naschilderen?
- Wanneer kwamen deze signalen op?

16 Zelfportret

De zelfportretten worden vanuit drie perspectieven vormgegeven, wat nieuwe inzichten kan geven wat betreft de waarneming.

Informatieverwerkingscomponent

In eerste instantie wordt vooral de perceptuele component betrokken bij deze werkvorm.

Later is het mogelijk om ook de affectieve component bij de werkvorm te betrekken.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren waarneming en emotieregulatie.

Opdracht

1. Laat de cliënt drie verschillende portretten schilderen of tekenen met de volgende thema's:
 - Hoe ik mijzelf zie
 - Hoe anderen mij zien
 - Hoe ik mij nu voel
2. Voor ieder portret krijgt de cliënt 10 à 15 minuten de tijd. De therapeut houdt de tijd bij.

Doelen

- Beter leren waarnemen van eigen kenmerken en andere perspectieven hierbij betrekken
- Zelfbeeld vergroten en bewustwording
- Uiten van emoties bij het derde portret
- Ontwikkelen van sociale rollen en gevoelens over zichzelf

Materiaal

- Papierformaat vrij
- Teken- of schildermateriaal

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, en stimuleert de cliënt zoveel mogelijk objectief naar zijn zelfportret te kijken.

Interventie

- Wanneer de cliënt meer structuur nodig heeft, is het mogelijk om een voorgetekend portret aan te reiken of het silhouet van de cliënt over te trekken door middel van licht.
- Wanneer de cliënt de fundamentele beeldaspecten goed kan waarnemen tijdens de nabespreking kan je inspringen op de affectieve component. Waarbij je een balans tussen perceptie en affect wilt bewerkstelligen.

Evaluatievragen

Perceptuele evaluatievragen:

- Wat zie je in de zelfportretten?
- Welke vormen zijn er te zien?
- Welke kleuren vallen je op?
- Welke soorten mimiek observeer je?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Welk portret vond je het prettigst om te maken en welke het minst prettig? En waarom?
- Welke gevoelens komen naar voren bij het derde portret?

17 Vormen

Verskillende basisvormen kunnen gekoppeld worden aan een bepaalde emotie. Daar leent deze werkvorm zich uitstekend voor.

Informatieverwerkingscomponent

De perceptuele component is van invloed, tevens wordt de affectieve component ook betrokken bij deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren waarneming en emotieregulatie.

Opdracht

1. Laat de cliënt drie kernwoorden kiezen die de hem erg bezighouden (dit zijn vaak emoties).
2. Bij elk kernwoord vraagt de therapeut aan de cliënt of hier een cirkel, een vierkant of een driehoek bij past. Laat de cliënt de gekozen vorm teken, uitknippen en ten slotte inkleuren met een kleur die past bij het kernwoord en de vorm.
3. Vervolgens mag de cliënt de drie gekleurde vormen in een compositie zetten op een ander vel papier.

Doelen

- De cliënt zijn emoties kunnen op zijn plek vallen
- De cliënt zijn emoties kunnen gereguleerd worden
- De cliënt leert basale vormen waar te nemen en wordt bewust van wat deze vormen oproepen

Materiaal

- Verschillende formaten papier
- Materiaalkeuze vrij wat betreft de kleuren
- Liniaal
- Potlood
- Schaar

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een sturende houding en zal de instructies in stappen vertellen.

Interventie

- Door de combinatie van affect en perceptie is het mogelijk om hier een balans in te vinden, betrek daarom beide componenten in de nabespreking. Tenzij de emoties hoog oplopen, dan kan je meer insteken op de perceptuele vragen.

Evaluatievragen

Perceptuele evaluatievragen:

- Wat zie je in de compositie?
- Welke kleuren heb je gebruikt en waarom?
- Hoe was het om de vormen te tekenen?
- Hoe kwam je keuze tot stand?
- Wat valt je op in het werkstuk?

Affectieve evaluatievragen:

- Komen de vormen overeen met hoe je het kernwoord voelt?
- Welke emoties spelen een grote rol?
- Welke gevoelens en emoties kwamen omhoog tijdens het werken?

18 Blind portret

Deze werkvorm is een combinatie van spel en toevalstechnieken en kan samen met de therapeut of medecliënt uitgevoerd worden. Ook individueel werken is mogelijk (zie interventie).

Informatieverwerkingscomponent

De perceptuele component is van invloed bij deze werkvorm, maar ook de affectieve component komt van pas.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren waarneming en emotieregulatie.

Opdracht

1. De cliënt mag tegenover de therapeut of medecliënt zitten met een vel papier voor zich.
2. Laat de cliënt het witte krijtje pakken en laat hem proberen zonder op het papier te kijken de ander na te tekenen. Hiervoor heeft de cliënt 2 minuten de tijd.
3. Vervolgens worden de rollen omgewisseld.
4. De cliënt mag zijn eigen portret (gemaakt door de ander) verder uitwerken met ecoline. De witte lijnen worden zichtbaar nadat er met ecoline is gewerkt.

Doelen

- De cliënt mag oogcontact leren maken
- Leren waarnemen/observeren en dit direct omzetten in bewegingen
- De cliënt leert oordeelvrij werken
- De cliënt leert de controle los te laten

Materiaal

- Wit A3-formaat papier
- Wit oliekrijtje
- Ecoline
- Kwasten

Therapeutische attitude

De therapeut neemt een gelijkwaardige rol aan wanneer de cliënt en de therapeut tegenover elkaar zitten. Wanneer deze werkvorm met een medecliënt wordt uitgevoerd zal de therapeut meer sturend zijn door de tijd aan te geven.

Interventie

- Een andere optie is om de cliënt een foto blind te laten natekenen. Dit is mogelijk wanneer de cliënt bijvoorbeeld achterdochtig is en door oogcontact de spanning zal verhogen.

Evaluatievragen

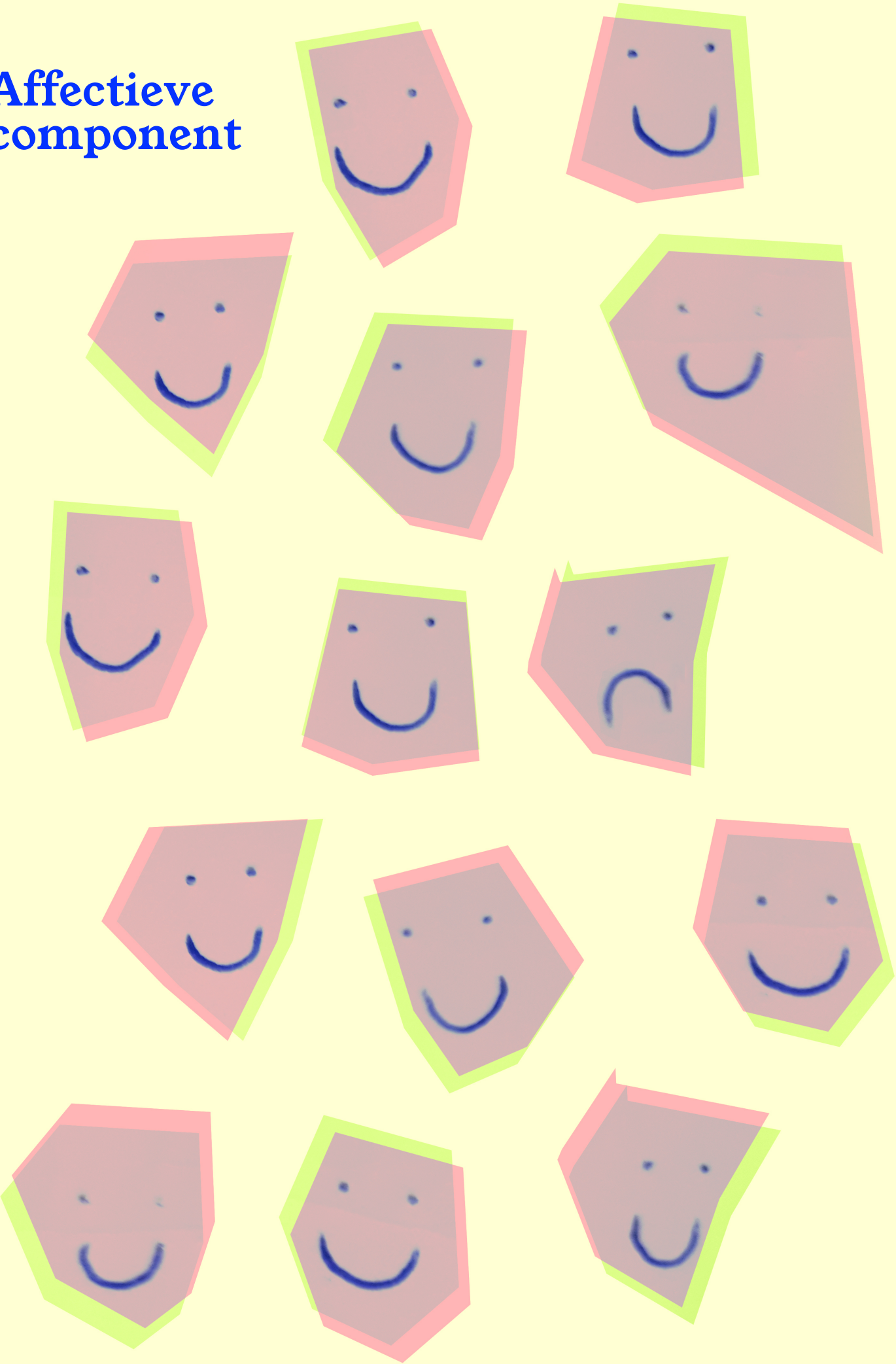
Perceptuele evaluatievragen:

- Wat zie je in het werkstuk terug?
- Hoe zijn de lijnen gezet?
- Welke vormen zijn terug te zien?
- Wat valt je op in het werkstuk?

Affectieve evaluatievragen:

- Wat ging er in je om tijdens het waarnemen?
- Hoe vond je het werken met ecoline?
- Welke gevoelens of emoties kwamen naar voren?

**Affectieve
component**



Affectieve werkvormen

Doelen

Ervaringen op de affectieve component helpen cliënten tot adequate en veilige expressie van emoties te komen (Hinz, 2015). Het doel is dat cliënten emoties beter leren herkennen, bewust worden van emoties, emoties gaan begrijpen en onderscheid leren maken tussen de verschillende emoties (Hinz, 2015; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; Lusebrink, 1990). Daarnaast is het belangrijk om deze emoties te benoemen tijdens de vaktherapie (Verfaillie, 2011). Dit zal de cliënt helpen bij het herkennen van emoties, het uiten van emoties of het stellen van grenzen, maar ook bij het beter herkennen van zijn waarneming en/of beleving. Door deze kennis zal de cliënt zijn emoties beter kunnen reguleren (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Volgens Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) is het ook belangrijk dat de cliënt leert om congruent zijn emoties of grenzen aan te geven. Dat wat de cliënt voelt vanbinnen leert hij ook op die manier te uiten.

Daarnaast wil je als therapeut bereiken dat de cliënt in beweging komt, waarbij de cliënt niet teveel gaat nadenken wat het resultaat zal worden, maar dat er juist een spontane expressie ontstaat. Het doel is dat beelden niet bedacht en gepland zijn, maar meer vanuit een gevoel en een beweging gaan stromen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Door de cliënt deze directe affectieve ervaring te laten opdoen, zal hij ervaren dat expressie van emoties niet alleen acceptabel is, maar ook stress vermindert en het leven daardoor kan veranderen. Dit wordt door cliënten dan ook veelal als een opluchting ervaren (Hinz, 2009). Ook brengt dit verbeteringen met zich mee wat betreft de stemming van de cliënt (Fikke et al., 2017). Deze voorbeelden zijn ook passend bij de transdiagnostische factor **emotieregulatie** (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Waarneming: Op de affectieve component is dit volgens Pénzes (persoonlijke communicatie, 18 april 2018) en Fikke (persoonlijke communicatie, 16 april 2018) een manier om emoties of spanningen te reguleren. Een voorbeeld is dat een cliënt geen grip heeft op eigen emoties, in dat geval is het mogelijk om de perceptuele component erbij te pakken. Hiermee krijgt de cliënt een realistischer beeld van emoties.

Verlies: Deze factor komt veel voor op deze component. Een doel is dat cliënten weer in contact komen met nare gevoelens wanneer zij deze wegstoppen (De Mönnink, 2015; D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Of de cliënt is juist overspoeld door verdriet en kan dit geen plek geven (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Wanneer cliënten het verdriet vermijden appelleren zij vooral aan de cognitieve component. Vermijden is een veelvoorkomende rouwreactie, waarbij vaak misinterpretaties en negatieve opvattingen naar voren komen (Spuij, Stikkelbroek, Goudena, & Boelen, 2008). Communicatie via beeldend werk vermindert de controle en daardoor komt de cliënt eerder bij herinneringen en gevoelens (Van Kouwen, 2013). Wanneer cliënten overspoeld worden door verdriet, hier geen grip op kunnen krijgen en dit daardoor geen plekje kunnen geven, begeven cliënten zich op de affectieve component. Bij deze cliënten kan een doel zijn om hen naar de cognitieve component te appelleren. Hierbij ontwikkelen cliënten een reëel beeld van verlies en kunnen daarmee zingeving ontwikkelen (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Wanneer cliënten emoties vermijden zit daar vaak een stukje angst onder, dus angst om de controle te verliezen of angst om overspoeld te raken. Wanneer de therapeut cliënten van de cognitie naar de affectieve component wil bewegen, zal het doel zijn om hem te laten ervaren dat emotie niet eng hoeft te zijn (I. Pénzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Ook wel het opdoen van een positieve ervaring dat appelleert aan affect. Omdat beeldende therapie een appèl doet op verlies gevoelens zal het verlies eerder een plekje krijgen (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Materiaal

Kenmerkend voor de affectieve component zijn de vloeiende materialen met felle kleuren (Hinz, 2009). Deze felle kleuren werden in 1988 al door Birren (1988) geassocieerd met emoties. Voorbeelden van materiaal dat de emotionele expressie uitnodigt en verbetert zijn: soft-pastel en wateroplosbare oliekrijtjes (Hinz, 2009). Een ander materiaal dat een sterk appèl doet op affect is waterverf. De mogelijkheden zijn hierbij divers, maar bij deze component is het vloeien van de waterverf op vochtig papier een passende optie bij de affectieve component (Lusebrink, 1990). Dit materiaal werkt snel, vloeit gemakkelijk uit en vult snel het papier (Schweizer et al., 2009). Hierbij komen mogelijk frustraties vrij doordat de cliënt de controle verliest (Hinz, 2009). Daarnaast kan deze ervaring ook een succeservaring worden, doordat het resultaat onverwachts is en je kan als therapeut de cliënt uitnodigen om voorzichtig gevoelens toe te laten door te vragen hoe hij de werkvorm heeft ervaren (I. Pénses, persoonlijke communicatie, 18 april, 2018). Dit geldt ook voor andere materialen zoals verf, dit kan namelijk irritaties, walging of juist ontspanning oproepen (Fikke et al., 2017). Ook natuurlijke materialen, direct vanuit de natuur, waar niemand nog eerder betekenis aan heeft gegeven zijn volgens Overberg (persoonlijke communicatie, 12 april 2018) passend. Dit kan je als therapeut aanbieden wanneer de cliënt veel gedachtes en gevoelens heeft en daardoor vastloopt. Je kan de cliënt één materiaal uit de natuur laten kiezen dat dicht komt bij wat de cliënt voelt. Dit mag hij vervolgens met houtskool uittekenen. Daarmee komen cliënten vaak tot de conclusie wat hen bezighoudt.

Bij de affectieve component is het belangrijk om gereedschap weg te laten, waardoor de cliënt direct in contact komt met het materiaal en daarmee eerder in contact komt met je gevoelens (Linehan, 2002; Lusebrink, 1990; Schweizer et al., 2009). Wanneer de cliënt werkt met potlood en liniaal zal de controle over zijn gevoelswereld vergroot worden. Tevens is het formaat van het papier van belang op deze component. Groot formaat papier (vanaf 60 x 70 cm) zal de emoties stimuleren (Hinz, 2009).

Therapeutische attitude

Het is essentieel om aandacht te geven aan en af te stemmen op de emotionele toestand van de cliënt (Verfaillie, 2011). Hiermee bouw je een vertrouwensrelatie met hem op.

Bij deze component is een coachende attitude passend, hierbij stimuleer je de cliënt om aan de slag te gaan (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Je nodigt als therapeut de cliënt uit om bewegingen te maken en stimuleer hem als hij niet op gang komt. Soms is het nodig om bij een warming-up de cliënt directief aan te sturen waardoor de cliënt in beweging blijft en daarmee de oefening effectief ervaart (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Daarnaast is het volgens Lavrijsen (persoonlijke communicatie, 27 maart 2018) belangrijk om de cliënt de ruimte te geven tijdens het beeldend proces, waarbij een open houding belangrijk is. Wanneer het de cliënt bijvoorbeeld niet lukt om congruent zijn grenzen aan te geven is het belangrijk om een confronterende, trainingsgerichte en coachende houding aan te nemen. Hiermee nodig je de cliënt uit om te oefenen met de gegeven feedback. Dit zorgt ervoor dat de cliënt beter zijn grenzen aan kan geven wat passend is bij de transdiagnostische factor sociale interactie.

Wanneer je de therapeutische houding koppelt aan de transdiagnostische factor verlies op de affectieve component is het belangrijk om over het algemeen een respectvolle, open en validerende houding te hebben (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Soms is het nodig om empathisch te confronteren, bijvoorbeeld wanneer cliënten geneigd zijn het thema uit de weg te gaan. In dit voorbeeld kan je kijken of je voorzichtig iets kan aanraken. Dit is mogelijk door een uitnodigende houding, waarbij een volgende en faciliterende houding volgens Fikke (persoonlijke communicatie, 16 april 2018) passend is.

Een welwillende houding uitstralen past binnen de transdiagnostische factor emotieregulatie, hiermee wordt bedoeld dat alles aandacht verdient, ook de meest schaamtevolle en bizarre gedachtes (Verfaillie, 2011). Hierbij is een niet-oordelende houding passend. Dit betekent dat bij de transdiagnostische factor emotieregulatie de cliënt wordt aangemoedigd om de emoties direct te uiten (Lavrijsen, 2017).

Interventies

Gevoelens kunnen soms zo overweldigend zijn dat de cliënt vorm nodig heeft om contact te kunnen maken of juist even afstand te nemen (Hinz, 2009). Een warming-up inzetten kan de cliënt helpen om contact te maken met gevoelens, zonder hier teveel over na te denken of bezig te zijn met het eindresultaat (Fikke et al., 2017).

Wanneer cliënten geen grip hebben op hun emoties komen zij doorgaans moeilijk tot vormgeving. Een passende interventie is om dan een gestructureerde opdracht aan te bieden, gericht op een vorm of op een thema. Hierbij is een duidelijke instructie en stappenplan belangrijk. Ook kan je als therapeut de focus bij het gemaakte werkstuk leggen op de fundamentele en samengestelde beeldelementen (A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018), waarbij de cliënt met een afstand naar het werkstuk gaat kijken. Dit betekent dat je de perceptuele component betreft en hiermee de focus legt op de perceptuele evaluatievragen (Arnheim, 1974; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018; I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Een cliënt die heel erg in de vermijding van het affect zit en de regie en controle graag behoudt, kan je de enerzijds de beweging naar de affectieve component rustig laten opbouwen. Anderzijds kan je de cliënt direct met een nat-op-nat-techniek laten werken. Dit kan een grote stap zijn, de therapeut moet goed in kunnen schatten of dit bij de cliënt mogelijk is. Het is een techniek die een 'wow'-effect kan geven volgens Péntzes (persoonlijke communicatie, 18 april 2018) dit kan cliënten verleiden om in het affect te komen. Een andere optie is om samen met de cliënt te onderzoeken wat de cliënt fijn vindt, hiermee kan de therapeut verbinding maken met het affect van de cliënt (C. Schweizer, persoonlijke communicatie, 6 april 2018). Zo komt een persoonlijk verhaal naar voren waar gemakkelijker verbinding mee gemaakt kan worden. Binnen de transdiagnostische factoren zijn er ook verschillende interventies mogelijk. Voor meer informatie verwijs ik u naar het onderzoeksverslag.

Evaluatievragen

Het reflectieve vermogen op deze component is door het uiten van emoties met een grotere afstand. Het kan voorkomen dat de ervaring overweldigend is, dit kan een reden zijn waardoor de vaardigheid reflecteren met meer afstand plaatsvindt (Lusebrink, 1990). Het verminderen van deze afstand is een doel binnen de beeldende therapie. Soms is het wenselijke om na een affectieve ervaring niet te reflecteren, dit betreft situaties waarin de cliënt niet weet wat hij voelde en hij de ervaring nodig heeft om emoties te uiten zonder hierover na te denken (Hinz, 2009). Daarentegen is het vaak wel belangrijk aangezien het ontbreken van een reflectie ertoe kan leiden dat de cliënt verstrikt raakt in een thema.

Tijdens een werkvorm of in de nabespreking wil je als therapeut weten wat er vanbinnen bij de cliënt gebeurt. Je kan dan vragen naar de materiaalbeleving, het vormgevingsproces en wat er bij de cliënt speelt (Hinz, 2009).

Het is belangrijk om je als therapeut bewust te zijn van je vraagstelling. Inge vulde vragen zijn op deze component niet effectief, zoals: Voel jij je boos? Of: Wat zie jij er verdrietig uit. Hierdoor label je als therapeut de emoties van de cliënt terwijl hij zelf de mogelijkheid moet krijgen om hierachter te komen en om hier mee te experimenteren (Hinz, 2009).

19 Muziek en bewegen

Muziek kan veel gevoelens oproepen, wat extra wordt gestimuleerd door passende bewegingen te maken.

Informatieverwerkingscomponent

Muziek past goed bij de affectieve, sensorische en kinesthetische component. Deze drie componenten worden daardoor geraakt.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren emotieregulatie, verlies en arousal.

Opdracht

1. Laat de cliënt eerst op kleine vellen papier aan tafel werken met verschillende soorten muziek.
2. De cliënt mag op de muziek met krijt bewegen en kijken wat dit oproept.
3. De volgende stap zou kunnen zijn om de cliënt een groot vel papier aan de muur te laten plakken en grotere bewegingen te maken op de muziek.

Doelen

- De cliënt in beweging laten komen
- Emoties van de cliënt kunnen loskomen
- Niet stilstaan bij het eindresultaat, zodat door beweging en gevoel een spontane expressie ontstaat

Materiaal

- Papier (65 x 55 cm) en kleinere formaten
- Krijt
- Muziek

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, hierbij stimuleer je de cliënt om aan de slag te gaan. Nodig de cliënt hierbij uit om verschillende bewegingen te maken. Wanneer de cliënt niet op gang komt, is het nodig om hem enige sturing te bieden.

Interventie

- Eerder een warming-up bieden, waarin je de cliënt directief aanstuurt en hem met opdrachten kan stimuleren. Een oefening met grote bewegingen, met de focus op hard of zacht drukken met krijt.
- Als de cliënt vanuit het cognitieve niveau moeilijk op een niveau lager kan komen, kan muziek een ingang zijn om emoties te gaan voelen.

Evaluatievragen

Affectieve evaluatievragen:

- Hoe vond je het om te doen?
- Welke gevoelens en emoties werden opgeroepen?
- Pasten jouw bewegingen bij jouw gevoel?
- Wat valt je op in het werkstuk?

Kinesthetische evaluatievragen:

- Welke bewegingen heb je gemaakt?
- Welke beweging vond je prettig?
- Welke beweging vond je minder prettig?

Sensorische evaluatievragen:

- Wat vond je van de muziek?
- Wat deed de muziek met je?

20 Gevoelens plaatsen in lichaam

Het is belangrijk om te onderzoeken waar gevoelens zich afspelen in het lichaam en hoe veel ruimte deze innemen.

Informatieverwerkingscomponent

Vooral de affectieve component wordt door deze werkvorm geraakt.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor emotieregulatie.

Opdracht

1. Laat de cliënt een lichaamsomtrek op een groot vel papier tekenen.
2. Vervolgens mag de cliënt het lichaam invullen met emoties en gevoelens, welke emoties passen op welke plek? En welke kleur past bij welke emotie? Daarnaast kan de cliënt kijken hoeveel ruimte die emotie inneemt. Mogelijk kan de cliënt een legenda maken van kleuren met bijpassende emoties.

Doelen

- Emoties herkennen en vormgeven
- Verhoudingen tussen verschillende emoties verkennen en (her)kennen
- Ontwikkelen van affectieve expressie

Materiaal

- Groot vel papier (2 x 2m)
- Potlood
- Pastelkrijt of verf

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een aanmoedigende houding. En hij geeft de cliënt de ruimte om zelf zijn emoties te ontdekken.

Interventie

- Wanneer de werkrelatie vertrouwd genoeg is, kan de therapeut het lichaam van de cliënt omtrekken.

Evaluatievragen

Affectieve evaluatievragen:

- Hoe was het om te doen?
- Waar staan de emoties voor?
- Wat valt je op qua verhoudingen tussen de emoties?
- Wat valt je op in het werkstuk?
- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen? En komen deze overeen met wat er te zien is in jouw getekende lichaam?

21 Zes basisemoties abstract en symbolisch

De basisemoties zijn: vreugde, verdriet, woede, angst, verbazing en afschuw.

Informatieverwerkingscomponent

De affectieve component wordt door deze werkvorm geraakt. Je werkt vanuit deze component naar de symbolische component toe.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor emotieregulatie.

Opdracht

1. De cliënt mag 12 vellen papier pakken. En één vel papier voor zich vastplakken met tape.
2. Laat de cliënt voor zijn vel papier staan en geef de cliënt de ruimte om terug te gaan naar een situatie waar die emotie voorkwam.
3. Vervolgens mag de cliënt met krijt abstract zijn emoties weergeven, welke beweging is passend? Welke vormen zijn passend en welke lijndruk? Hard of zacht? Langzaam of snel?
4. Als er tijd over is mag de cliënt de serie opnieuw vormgeven, maar dan met een symbolische uiting, waarbij herkenbare beelden zich vormen.

Doelen

- Stil leren staan bij emoties en onderzoeken wat je voelt
- Emoties gaan herkennen en ervaren
- Ontdekken van de verschillende uitingen van emoties

Materiaal

- 12 x papier (65 x 55 cm)
- Tape
- Krijt

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een sturende houding.

Interventie

- De volgorde van de emoties is belangrijk, start daarom niet direct met verdriet of boosheid, dit kan overweldigend zijn. Een eerste emotie zou mogelijk 'vreugde' kunnen zijn.
- Wanneer de emoties te hoog oplopen kan je naar de beeldaspecten kijken en hierbij de perceptuele component betrekken.
- De therapeut houdt de tijd bij, voor elke emotie geef je de cliënt maximaal 5 minuten.

Evaluatievragen

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden tijdens elke emotie opgeroepen?
- Welke emotie vond je prettig?
- Welke emotie kwam dichtbij?
- Welke emotie voelde je van een afstand?
- Wat vond je prettiger, abstract of symbolisch?
- Welke heeft meer betekenis, abstract of symbolisch?
- Door welke manier kwam je meer in contact met je emoties? En is dat prettig of niet?
- Wat is je gebruikelijke manier om met emoties om te gaan?

22 Twee emoties met drie kleuren

Laat de cliënt de emotie 'boos' en de emotie 'blij' uitwerken, waarbij de cliënt bij iedere emotie drie kleuren mag kiezen.

Informatieverwerkingscomponent

Deze werkvorm past bij de affectieve component. De perceptuele component kan betrokken worden bij deze werkvorm als de cliënt overspoeld wordt door emoties. Daarnaast zal de kinesthetische component gebruikt worden door de bewegingen.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren emotieregulatie en eventueel waarneming.

Opdracht

1. Laat de cliënt eerst drie kleuren uitkiezen die bij de emotie 'blij' passen.
2. Laat de cliënt voor de ezel staan en geef de cliënt een moment om terug te denken aan een blijde ervaring. Vervolgens mag de cliënt blijdschap op papier schilderen.
3. Daarna mag de cliënt de tweede emotie schilderen: 'boos'. Ook nu mag de cliënt teruggaan naar een situatie waarin hij zich boos voelde en dit verder uitwerken op papier.

Materiaal

- Vellen papier (65 x 55 cm)
- Verfkeuze
- Grove kwast

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een coachende attitude, maar is ook sturend en directief wanneer de cliënt op een rationele manier zijn emotie uit.

Interventie

- Wanneer de cliënt zijn boosheid netjes wil uitbeelden, vraag de cliënt dan of hij wil laten zien hoe boosheid eruitziet. Hierdoor zal de cliënt meer van binnenuit zijn emotie uiten.
- Wanneer de cliënt overspoeld wordt door boosheid kan je de cliënt uit de ervaring laten stappen en de perceptuele component betrekken bij de werkvorm. Laat de cliënt kijken wat voor beeldelementen er te zien zijn.

Doelen

- De cliënt laten stilstaan bij twee emoties
- Leren uiten van de twee emoties
- Niet stilstaan bij het eindresultaat, zodat door beweging en gevoel een spontane expressie ontstaat

Evaluatievragen

Affectieve evaluatievragen:

- Wat is de reden van je kleurkeuze?
- Zijn de kleuren passend?
- Met welke emotie kwam je meer in contact?
- Wat vond je prettig, en wat vond je niet prettig?
- Kwam er een situatie naar boven?

- Kwamen de bewegingen overeen met hoe je je op dat moment voelde?

Perceptuele evaluatievragen:

- Welke kleuren zie je?
- Welke vormen komen naar voren?
- Wat zijn de verschillen tussen de twee schilderijen?

23 Emotie in klei

Een emotie in klei vormgeven geeft de cliënt de mogelijkheid om een heftige emotie verder te onderzoeken.

Informatieverwerkingscomponent

De affectieve component is van invloed op deze werkvorm. Door het sensorische aspect komt ook de sensorische component van pas.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor emotieregulatie.

Opdracht

1. Laat de cliënt een heftige emotie kiezen die vrij actueel is.
2. Laat de cliënt een beeld maken, waarbij de emotie het uitgangspunt is. Combineer hierbij klei met een ander materiaal (zie interventie).

Doelen

- Uitdrukking geven aan een heftig gevoel
- Leren zichzelf niet te verliezen in een emotie
- Zichtbaar, concreet en bespreekbaar maken van heftige emoties (wat er speelt en hoe hier mee om wordt gegaan).

Materiaal

- Klei
- Kleigereedschap
- Vrije materiaalkeuze

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding en stimuleert de cliënt om een actuele en heftige emotie te kiezen.

Interventie

- Wanneer de cliënt niet bekend is met klei kan je hier eerst uitleg over geven.
- Andere materialen worden door de therapeut op tafel gelegd, denk aan: mozaïekstukjes, ijzerdraad, veren, kralen, steentjes, stoffen, glas, wol, papier of kranten.
- Laat de cliënt zijn werkstuk een titel geven.

Evaluatievragen

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emotie heb je gekozen?
- Wat deed het uiten van deze emotie met je?
- Lukte dit in klei?
- Wat kwam er naar voren tijdens het werken?
- Kwamen de bewegingen overheen met hoe jij je op dat moment voelde?
- Wat valt je op in het werkstuk?

24 Collage met emoties

Deze werkvorm is passend wanneer de cliënt zich op de cognitieve component bevindt en met kleine stapjes naar de affectieve component toe wil werken.

Informatieverwerkingscomponent

Het eerste deel van deze werkvorm is gericht op de cognitieve component. Later zal de affectieve component betrokken worden.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden zijn op de transdiagnostische factoren emotieregulatie en executieve functies. De focus ligt op het verminderen van de executieve functies.

Opdracht

1. Geef de cliënt maximaal 10 minuten de tijd om afbeeldingen te zoeken die de cliënt interesseren of raken (geen teksten). Hierbij scheuren zij de onbelangrijke aspecten van de afbeelding af.
2. Vervolgens mag de cliënt drie afbeeldingen selecteren en met een passe-partout een deel van de afbeelding kiezen, dat deel wat de cliënt het meeste raakt.
3. De cliënt mag hier vervolgens een werkstuk van maken, met als uitgangspunt de snede. De cliënt is vrij in het vormgeven.

Doelen

- Het maken van keuzes
- Het onderzoeken, verkennen, herkennen en erkennen van emoties
- Het herkennen en benoemen wat je aanspreekt of raakt

Materiaal

- Tijdschriften/kranten
- Scharen
- L-vormige kaders (passe-partout)
- Groot vel papier (65 x 55 cm of groter)
- Teken en of schildermateriaal

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding.

Interventie

- Teksten kunnen in een collage te afleidend zijn, tevens wordt het daarmee cognitief terwijl je meer affectief wilt insteken.
- De nabespreking gaat van cognitief naar affectief, dit wordt in stapjes opgebouwd.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Lukte het om keuzes te maken?
- Wat heb je er vervolgens mee gedaan? Wat heb je eruit gehaald en hoe heb je hierop doorgewerkt?

Affectieve evaluatievragen:

- Wat sprak je aan en raakte je qua afbeelding?
- Welke emoties kwamen naar voren?
- Hoe voelt het om nu naar je werkstuk te kijken?

0001101011

11000

Cognitive component

1101

0001

01100101011000

1011

010

010

Cognitieve werkvormen

Doelen

Bij de cognitieve component zijn complexe taken passend zoals: verbale zelfinstructie, toekomstgericht handelen, oorzaak- en gevolgdenken, plannen, mentale beelden creëren gericht op het verleden of juist op de toekomst (voorstellingsvermogen), reflecteren op gedrag waardoor nieuwe inzichten toepast kunnen worden op nieuwe ervaringen en ten slotte het verminderen van overweldigende emoties door te werken op de cognitieve component (Fikke et al., 2017; Lusebrink, 1990). Daarnaast is zelfzorg een veelzijdige cognitieve functie. Veel cliënten hebben voor de therapie geen kennis over zelfzorg en kunnen deze informatie in vaktherapie verbreden op deze component. Ook is een doel om het zelfbewustzijn van de cliënt te vergroten, gekoppeld aan het bedenken van oplossingen (Hinz, 2009). Deze doelen passen ook bij de transdiagnostische factor executieve functies. Wanneer de cliënt goed functionerende executieve functies heeft, heeft de cliënt het vermogen om met ideeën te spelen, om verleidingen te weerstaan, om nieuwe uitdagingen aan te gaan en om gefocust te blijven (Diamond & Lee, 2011).

Hieronder staan de doelen gericht op de verschillende transdiagnostische factoren beschreven:

Emotieregulatie: Doelen op de cognitieve component kunnen zijn dat de cliënt leert welke emoties er zijn, dat de cliënt snapt dat mensen emoties hebben en wat hiervan de functie is. Door hierover informatie te geven en erover na te denken, wordt de cliënt ook bewust van zijn eigen emoties op een cognitieve manier. De therapeut gaat dan meer in op welke gedachtes de emoties oproepen en welke situaties bepaalde emoties oproepen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018).

Sociale interactie: Een doel bij deze factor is dat cliënten leren hun grenzen aan te geven. Daarnaast zal de cliënt binnen de cognitieve component moeten luisteren en instructies op moeten volgen, hiermee ontwikkelt de cliënt ook een stukje sociale en communicatieve vaardigheden (Hinz, 2009).

Arousel: De cliënt kan op deze component traumatische herinneringen verwerken door de cliënt aan vervelende situaties bloot te stellen. Wanneer de cliënt langdurig naar een nare afbeelding kijkt, zal de arousal al iets verminderen, vergeleken met aan het begin. Door daarna een ontspannende werkvorm aan te bieden zal de cliënt bemerken dat de arousal vermindert wanneer hij hier weer afstand van neemt.

Verlies: Hier zijn de doelen gericht op zingeving en affect reguleren (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Executieve functies: Deze factor is belangrijk binnen de cognitieve component (Fikke et al., 2017; Hinz, 2009; I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hierbij gaat het om het formuleren van doelen, het maken van plannen en daarmee je doel bereiken. Deze doelen komen overeen met de doelen op de cognitieve component (Cozolino, 2002).

Materiaal

Op de cognitieve component zijn weerbarstige en constructieve materialen passend binnen het ETC (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hierbij gaat de voorkeur uit naar gereedschap en/of materiaal waarbij de cliënt in stappen moet werken of een volgorde moet aanhouden (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Voorbeelden van materiaal zijn: hout, steen, mozaïek of oude tijdschriften (Hinz, 2009).

Door Hinz wordt beschreven dat materiaal met een duidelijke structuur, zoals speksteen of hout, meer cognitieve ervaringen teweegbrengt. Deze materialen en bijbehorende gereedschappen zijn namelijk complexer in het gebruik en vragen meer (opeenvolgende) stappen in een werkvorm. Een methodische inzet van deze materialen zou om deze reden het executief functioneren kunnen verbeteren, bijvoorbeeld in het plannen, oorzaak- en gevolgdenken en de besluitvorming (Fikke et al., 2017; Hinz, 2009, 2015).

Ook inkt dat volgens Hinz (2009) bij de vloeiende/emotionele materialen past, kan aansluiten bij de cognitieve component (I. Péntzes, persoonlijke communicatie 18 april 2018). Wanneer de cliënt gereedschap toepast, zoals een kroontjespen, zal dit effect hebben op de cognitieve component.

Interventies

Wanneer de cliënt problemen ervaart op de cognitieve component kan hij in de beeldende therapie oefenen met (verbale) zelfinstructie of bijvoorbeeld het leren afstand nemen, door een situatie eerst te overzien om zo de cognitieve controle over het eigen gedrag en emoties te verbeteren (Fikke et al., 2017).

Binnen de transdiagnostische factor verlies zijn interventies gericht op betekenisgeving van belang. Een voorbeeld is het verlies vorm te geven door middel van een collage en hier eventueel een tekst bij te laten schrijven. Hiermee kunnen cliënten ook het affect beter reguleren (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

De transdiagnostische factor waarneming op de cognitieve component kan je herkennen door het beeld in zijn totaliteit te bekijken. Bestaat het beeld uit losse elementen? Valt het werkstuk uit elkaar als je een element weghaalt? En wat zijn de functies van de elementen? Op papier (tweedimensionaal vlak) kun je als therapeut observeren of het werkstuk een geheel is of uit losse eilandjes bestaat (Arnheim, 1974; A. Overberg, persoonlijke communicatie, 12 april 2018).

Ten slotte kan je als therapeut aan het einde van een werkvorm de cliënt een titel laten geven aan het werkstuk (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Hiermee maak je het cognitief en wordt vaak de essentie van het werkstuk weergegeven (Schweizer et al., 2009).

Therapeutische attitude

Wanneer de therapeut de attitude koppelt aan de Stop-Denk-Doe-methode van Meichenbaum (1977) neem je vooral een trainingsgerichte houding aan (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Je geeft de cliënt uitleg over de methode en neemt de cliënt eventueel de eerste keer bij de hand waarbij je kunt laten zien hoe je een stap kunt doorlopen. Vervolgens hou je de cliënt een spiegel voor met als doel dat de cliënt het geleerde ook zelfstandig uit kan voeren. Uiteindelijk is hierbij het doel dat de cliënt de vaardigheden die hij heeft geleerd in de therapie ook in het dagelijks leven toe kan passen.

Ook is het binnen deze component soms nodig om instructies te geven over bepaalde materialen. Zo kan je bijvoorbeeld zaagles geven. Hierbij is de attitude van de therapeut uitnodigend door de uitleg en educatief.

Evaluatievragen

Het reflectieve vermogen op de cognitieve informatieverwerkingscomponent is groot (Hinz, 2009). Soms is echter een reflectieve afstand nodig zodat de cliënt kan nadenken over gevoelens en reacties, waarmee overtuigingen veranderd kunnen worden. Cliënten kunnen bijvoorbeeld leren dat hun geschiedenis niet is te veranderen maar hun interpretaties wel (Lusebrink, 1990).

Cliënten met een overmatig gebruik van cognitie kunnen soms moeite hebben om woorden te vinden waarmee zij hun emoties kunnen uiten. Daarnaast kunnen bij intellectuele cliënten ook de emoties worden belemmerd door hun woorden (Hinz, 2009).

Wanneer de cliënt overmatig over de transdiagnostische factor executieve functies beschikt, is het raadzaam om tijdens de evaluatie van het werkstuk niet verbaal in te steken, dan worden de executieve functies namelijk nog meer getriggerd (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). De therapeut zou dan kunnen insteken vanuit de symbolische of sensorische component, met de vraag: Hoe was het om te doen?

25 Abstracte familiecollage

Het systeem van de cliënt is van invloed op de gedragingen van de cliënt. Hiermee krijgt de therapeut een beter inzicht hoe de cliënt zich manifesteert in zijn omgeving.

Informatieverwerkingscomponent

Bij een collage wordt de cognitieve component betrokken bij de werkvorm doordat de collage wordt gecategoriseerd, geselecteerd et cetera. Vaak komen er ook woorden in voor. Affectieve component wordt deels betrokken bij de nabespreking.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor sociale interactie.

Opdracht

1. De cliënt mag een collage maken van zijn familie. De cliënt kan zijn familieleden abstract tekenen of realistisch, waarbij eigenschappen naar voren komen.
2. Vraag de cliënt de familieleden te positioneren, zodat de opstelling de onderlinge relatie laat zien.

Doelen

- De cliënt wordt bewust van zijn familiedynamiek
- Eigenschappen van familieleden worden voor de cliënt helder en inzichtelijk
- De cliënt komt erachter hoe de relaties tussen hem en elk familielid zijn

Materiaal

- Kleuren papier
- Schaar
- Lijm
- Stiften

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding en is niet- oordelend wat betreft de familieleden.

Interventie

- Wanneer de collage af is mag de cliënt deze een titel geven.
- Wanneer de cliënt zijn emoties niet onder controle heeft, kan je de cliënt in plaats van tekenen ook objecten laten gebruiken, zoals Playmobil-objecten.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Welk thema, emotie of situatie kwam naar voren?
- Welke posities en eigenschappen hebben je familieleden in de collage?
- Welke kleuren, vormen en formaten heb je elk familielid gegeven?
- Wat zie je in het werkstuk?
- Wat valt je op aan je collage?
- Welke gedachtes kwamen naar voren?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Wat doet deze collage met jou?

26 Levenslijn

Een verlies meemaken hoeft niet alleen te betekenen dat je iemand bent verloren, ook het verlies van je werk, lichamelijke functies of een bepaalde omgeving kan van groot belang zijn. Deze werkvorm is op alle verschillende vlakken van verlies toepasbaar.

Informatieverwerkingscomponent

Deze werkvorm betreft de cognitieve component, waarbij de affectieve component vaak wordt betrokken door de emotionele lading die de werkvorm kan geven. De vervolgstap is dan ook om een situatie van de levenslijn op de affectieve component uit te werken.

Transdiagnostische factor

Wanneer de focus ligt op een verlies ervaring wordt de transdiagnostische factor verlies hiermee geraakt.

Opdracht

1. Laat de cliënt een levenslijn op papier maken. Deze begint bij zijn geboorte en eindigt in het heden.
2. De cliënt mag bij elke levensfase of jaartal tekenen of schrijven wat er toen is gebeurd. De cliënt kan de dikte van de levenslijn passend maken bij de gebeurtenis (fragiele of sterke lijnen).
3. De volgende stap zou kunnen zijn dat de cliënt een gebeurtenis uit de levenslijn mag kiezen en deze verder en dieper mag uitwerken.

Doelen

- De cliënt krijgt zicht op gebeurtenissen
- De cliënt gaat onderzoeken of er herhaling zichtbaar is
- De cliënt krijgt zicht op gedragspatronen in het omgaan met moeilijke emoties

Materiaal

- Papierformaat naar keuze
- Materiaal naar keuze

Therapeutische attitude

De therapeut zal gericht op verlies een respectvolle, open en validerende houding aannemen, waarbij de therapeut soms empathisch moet confronteren om voorzichtig iets aan te raken bij de cliënt. Hier probeer je de cliënt vooral bij uit te nodigen.

Interventie

- Je kan een vervolgwervorm toevoegen, namelijk om de cliënt één situatie te laten kiezen (positief of negatief) uit de levenslijn en deze verder uit te werken op de affectieve component.
- Benoem dat het geen tijdslijn hoeft te worden, vrije expressie wordt hierbij meer gestimuleerd.
- Maak de levenslijn globaler door deze in te delen in levensfase in plaats van jaartallen.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Kun je jouw levenslijn toelichten?
- Wat roept het maken en vertellen over de levenslijn bij je op?
- Hoe is het om er met een afstand naar te kijken?
- Wat valt je op in het werkstuk?

27 Kubus

Dit betreft een complexe werkvorm, wat vaardigheden vraagt als het gaat om de executieve functies.

Informatieverwerkingscomponent

Vooraf de cognitieve component wordt betrokken bij deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

Dit betreft de transdiagnostische factor executieve functies.

Opdracht

1. Geef de cliënt een groot vel papier en vraag de cliënt hiervan een kubus te maken.
2. De kubus moet in een geheel gemaakt worden door de cliënt. Hierdoor moet een model met plakrandjes bedacht worden.
3. Geef de cliënt hier één uur de tijd voor.

Doelen

- De cliënt leert stap voor stap nadenken
- De cliënt leert om te plannen en te organiseren
- De cliënt leert zijn aandacht vast te houden
- De cliënt ontwikkelt probleemoplossende strategieën

Materiaal

- A3-formaat papier
- Schaar
- Liniaal
- Lijm

Therapeutische attitude

De therapeut is op de achtergrond aanwezig en laat de cliënt zelfstandig werken.

Interventie

- Wanneer de werkvorm te hoog gegrepen is kan je de cliënt meer begeleiding geven, bijvoorbeeld door de werkvorm gestructureerde aan te bieden.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Lukte het om een kubus te maken?
- Wat lukte goed en wat lukte minder goed?
- Welke stapjes heb je genomen?
- Welke gedachten heb je gehad tijdens het maken van de kubus?

28 Probleemoplossende tekening

De oplossing is vaak dichterbij dan je denkt. Dit is dan ook wat deze werkvorm de cliënt kan brengen.

Informatieverwerkingscomponent

De cognitieve component wordt betrokken bij deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren executieve functies, emotieregulatie en mogelijk verlies.

Opdracht

1. De cliënt mag in de trant van een probleem een tekening vormgeven, zo specifiek mogelijk met kleuren en (simpele) vormen.
2. Na deze tekening mag de cliënt de oplossing voor het probleem in een andere tekening tekenen.

Doelen

- De cliënt inzicht in het probleem laten krijgen
- De cliënt probleemoplossende vaardigheden laten ontwikkelen

Materiaal

- Klein formaat papier (A5-A4)
- Tekenmateriaal (stiften, kleurpotloden, gum et cetera)

Therapeutische attitude

De therapeut geeft de regie aan de cliënt. De cliënt mag zelf de oplossing bedenken en uitwerken.

Interventie

- Wanneer de cliënt geen oplossing weet te bedenken, vraag de cliënt dan iets in de vorige tekening te veranderen waardoor de tekening wordt verbeterd. Dit brengt de cliënt vervolgens naar een oplossing.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Welk probleem of thema heb je weergegeven?
- Hoe was dat om te tekenen?
- Wat valt je op aan het werkstuk?
- Wat heb je als oplossing getekend?
- Wat zie je terug in de oplossing?
- Hoe kan je hiermee verder?

29 Vogelhuis

Het maken van een vogelhuis kan meerdere sessies in beslag nemen.

Informatieverwerkingscomponent

Verschillende componenten worden betrokken bij deze werkvorm. Ten eerste de cognitieve component door de constructieve werkwijze. Waar plannen noodzakelijk is. Daarnaast de kinesthetische component door de beweging die nodig is voor het zagen. Ook de sensorische component wanneer de geur van het hout vrijkomt en het vogelnestje dat de cliënt gaat maken. Ten slotte de affectieve component door te fantaseren over het vogeltje dat in het huisje komt.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren executieve functies en arousal.

Opdracht

1. Geef de cliënt de opdracht om een vogelhuisje te maken. Wanneer de cliënt direct vastloopt in het proces kan je de cliënt een stappenplan geven.
2. Wanneer de cliënt onbekend is met het materiaal is zaagles nodig.
3. Tijdens het werken kan je met de cliënt fantaseren over welk vogeltje in het huisje zou komen. Groot, klein, lief of gemeen?
4. Laat de cliënt een vogelnestje maken voor in het vogelhuisje (materiaal vrij).
5. Geef de cliënt de keuze om het vogelhuisje te versieren.

Doelen

- De cliënt succes laten ervaren
- De cliënt in beweging laten komen
- Executieve functies ontwikkelen
- Wanneer het zagen niet lukt: leren zagen

Materiaal

- Hout
- Liniaal
- Potlood
- Zaag
- Hamer
- Spijkers
- Materiaal vrij voor versieren
- Stro of veren voor het vogelnestje

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een sturende, educatieve houding. Laat de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig aan de slag gaan, totdat de cliënt vastloopt.

Interventie

- Wanneer de cliënt moeite heeft met zagen kan je als therapeut educatief insteken en de cliënt zaagles geven.
- Het is mogelijk om tijdens het werken te communiceren en te fantaseren over het vogelnestje, over welke vogels erin komen, waar het vogelhuisje gaat hangen.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Wat lukte goed?
- Wat lukte minder goed?
- Hoe lukte het plannen?
- Kon je je aandacht erbij houden?
- Wat vind je van het resultaat?
- Is het stevig?
- Wat valt je op aan het werkstuk?

Kinesthetische evaluatievragen:

- Hoe ging het zagen, nam je lichaamssignalen waar?
- Welke bewegingen heb je gemaakt?
Hoe voelden deze?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Komen de bewegingen overeen met hoe je dat op dat moment voelde?

Sensorische evaluatievragen:

- Wat rook je?
- Hoe was het om het vogelnestje te maken?
- Wat voelde je?
- Wat is de reden van het materiaal van het vogelnestje?

30 Onbewoond eiland

Je laat de cliënt visualiseren wat hij zou doen als hij op een schip staat dat zinkt en drie voorwerpen mag meenemen naar een onbewoond eiland.

Informatieverwerkingscomponent

De cognitieve component is van invloed op deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor executieve functies.

Opdracht

1. Laat de cliënt fantaseren en visualiseren dat hij op een zinkend schip zit. De cliënt kan nog drie voorwerpen kiezen waarmee hij op het onbewoond eiland zal kunnen overleven.
2. Deze drie voorwerpen mag de cliënt representeren op papier. De vormgeving is hiervan is vrij.

Doelen

- Creatief oplossend vermogen
- Identificeren van positieve coping en vaardigheden ontdekken
- Eigen rijkdom waarderen
- Bewustzijn vergroten binnen vindingrijkheid en capaciteiten

Materiaal

- Verschillende maten en kleuren papier
- Tekenmateriaal

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een open houding, en laat de cliënt vrij in het bedenken van voorwerpen en de uitwerking hiervan.

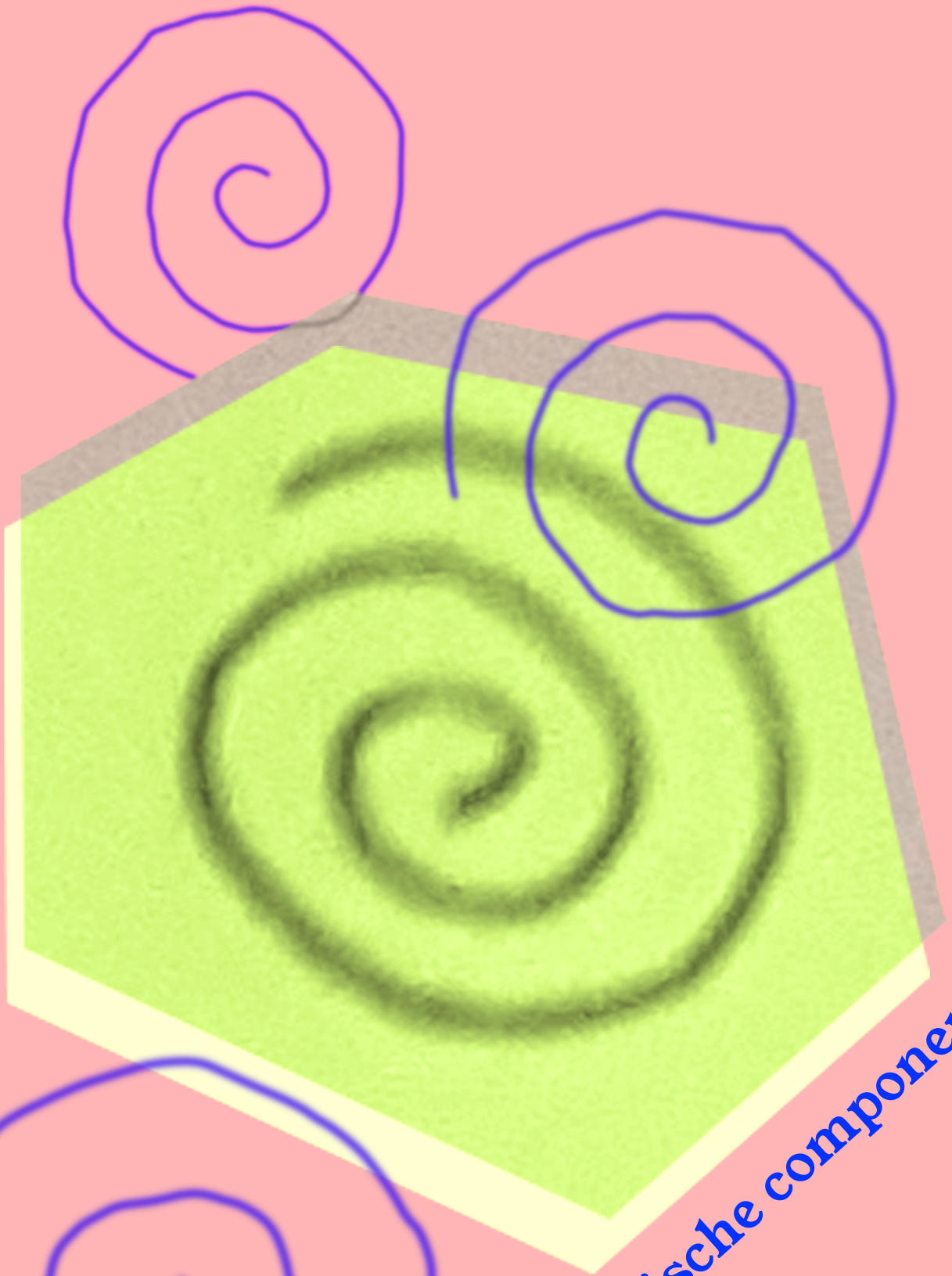
Interventie

- De cliënt mag ook zichzelf op het eiland tekenen met de drie voorwerpen.

Evaluatievragen

Cognitieve evaluatievragen:

- Welke voorwerpen heb je gekozen?
- Wat is de reden van deze keuzes?
- Kan je dit koppelen aan het dagelijks leven?
- Welke positieve eigenschappen heb je ingezet?
- Hoe heb je dit vormgegeven?
- Wat valt je op in het werkstuk?



Symbolische component

Symbolische werkvormen

Doelen

Volgens het ETC is een symbool een signaal, teken, indicatie of metafoor die bewuste of onbewuste informatie representeert. Een symbool wordt gevormd door persoonlijke ervaringen, herinneringen en gevoelens (Smeijsters, 2014). Binnen deze component brengt dit voor de cliënt een uitingvorm zonder dat deze te bedreigend is (Kagin & Lusebrink, 1978). Symbolen kunnen negatieve ervaringen uit het verleden op een symbolische manier samenvatten, afsluiten en integreren. Dit geldt ook voor conflicten die vanuit het onbewuste worden vormgegeven (Fikke et al., 2017). Dit geeft de cliënt de mogelijkheid om zichzelf te ontdekken en hier met symbolen persoonlijke betekenis te geven (Lusebrink, et al., 1982).

Symbolen kunnen een gevoel van veiligheid bij de cliënt creëren, doordat verwarde gevoelens vorm krijgen en niet direct uitgesproken hoeven te worden. Door hiermee aan de slag te gaan worden thema's beter hanteerbaar (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018). Het werken met symbolen helpt om eigen ervaringen te generaliseren en vervolgens in een grotere context te plaatsen. Deze context helpt bij het definiëren van het zelf. Door ontdekkingen te integreren tussen het zelf en anderen kan de cliënt persoonlijke groei bevorderen (Hinz, 2009, 2015). Daarnaast is het gevoel voor de cliënt vaak nog niet in woorden te vatten, maar komt dit bewust of onbewust tot uiting wanneer de cliënt symboliseert (May, 1960; Smeijsters, 2014; Jung, 1964).

Op de symbolische component wordt ook de kinesthetisch, sensorische en affectieve component betrokken (Hinz, 2009). Hierdoor kunnen ook emoties toegelaten of energie vrijgelaten worden. De symbolische component maakt het een diepere ervaring omdat het een multidimensionale ervaring is.

Waarneming: Een doel is dat de cliënt de onbewuste conflicten vorm gaat geven. De cliënt kan zijn beelden waarnemen en daarmee zichzelf beter begrijpen. Door dit waar te nemen kan de cliënt het handelen en gevoel ordenen waardoor het voor de cliënt begrijpelijk wordt. Dit wordt ook wel een cognitieve constructie genoemd (Hinz, 2009).

Executieve functies: Bij deze factor kan de cliënt obsessieve of negatieve gedachten opnieuw labelen, hierdoor kunnen ervaringen in de beeldende therapie leiden tot nieuwe corrigerende gedachten (cognitieve herstructurering) (Fikke et al., 2017; Hinz, 2015).

Verlies: Doelen zijn gericht op zingeving en om verdriet symbolisch betekenis te geven, door de cliënt te vragen om het verlies symbolisch vorm te geven (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018). Ook kan dit tot uiting komen in een mooie herinnering of juist een persoon. Dit kan ook abstract, als de cliënt er maar zelf betekenis en symboliek aan kan geven (I. Péntzes, persoonlijke communicatie, 18 april 2018).

Emotieregulatie: Een doel is dat de cliënt bewust wordt van zijn eigen gedrag en hoe hij omgaat met emoties (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Daarnaast kunnen emoties beter hanteerbaar worden en kan toegang tot emoties vergemakkelijkt worden door het creëren van veiligheid en afstand door middel van de symbolen. De cliënt benadert het hierdoor met een andere taal (D. Fikke, persoonlijke communicatie, 16 april 2018).

Materiaal

Hinz (2009) benoemt ook dat symbolen veelal onderdrukte kinesthetische, sensorische en affectieve aspecten bevatten. Veel materiaal is volgens het ETC om deze reden dan ook geschikt voor het werken op de symbolische component (Fikke et al., 2017). Als je de materiaaleigenschappen van het ETC bekijkt, past het symbolisch en cognitief werken bij de weerbarstige en complexe materialen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2018). Door Hinz (2009) wordt ook beschreven dat materiaal met een duidelijke structuur, zoals speksteen of hout, meer cognitieve ervaringen teweegbrengt. Deze materialen en bijbehorende gereedschappen zijn namelijk complexer in het gebruik en vragen meer (opeenvolgende) stappen in een werkvorm. Een methodische inzet van deze materialen zou om die reden het executief functioneren kunnen verbeteren, bijvoorbeeld in het plannen, in oorzaak- en gevolgdenken en bij de besluitvorming (Diamond & Lee, 2011; Fikke et al., 2017; Hinz, 2009, 2015). Daarentegen zijn ook de vloeiende materialen geschikt op deze component. De cliënt kan met dit materiaal namelijk intuïtief iets vormgeven, wat de symboolvorming op gang kan brengen (Fikke et al., 2017; Hinz, 2009). Dit resulteert in onduidelijke, vage, ongedefinieerde ontluikende vormen waardoor je de focus vergroot op de symbolische betekenisvolle vormen.

Materialen en werkvormen met een lage structuur worden door Hinz (2009) op de symbolische component aangeraden, dit zijn werkvormen met weinig instructies. Cliënten komen er dan op deze component achter dat zij niet afhankelijk van de therapeut zijn wat ze gaan maken, maar zelf hun richting kunnen bepalen in het leven (Hinz, 2006).

Interventies

Het is noodzakelijk dat de cliënt persoonlijke betekenis vindt in de symbolen en deze verbindt met zijn eigen leven. Dit kan je als therapeut stimuleren door de werkvormen die je aanbiedt en de structuur die je hierbij aanbrengt.

Werkvormen met weinig structuur of instructie, zoals een collage zonder thema, nodigen uit om te werken vanuit intuïtie en om divergerende stimuli te organiseren. Via een imaginatieoefening kunnen cliënten gestimuleerd worden om betekenisvolle innerlijke beelden uitdrukking te geven in materialen. Thema's kunnen op deze manier zichtbaar of tastbaar worden, wat inzichtgevend kan werken (Fikke et al., 2017; Hinz, 2015).

Wanneer de cliënt overmatig manifesteert op de symbolische component kan dit op verschillende manieren verminderd worden. De therapeut kan proberen om de emotionele associaties te exploreren van de symbolen door beweging naar de affectieve component te maken.

Ten slotte kan het een risico zijn dat de cliënt van tevoren al bedenkt welk symbool passend is. Hierdoor zal de cliënt geen gebruikmaken van de eigen intuïtie, waardoor er geen echt symbool ontstaat (Hinz, 2009). Probeer dit als therapeut in te schatten en zo mogelijk meer toevaltechnieken aan te bieden.

Therapeutische attitude

Bij de symbolische component geldt ook de niet-wetende houding (Lavrijsen, 2018). De gemaakte symbolen van de cliënt dienen niet ingevuld te worden door de therapeut. De betekenis van een symbool is alleen door de cliënt zelf te benoemen (Smeijsters, 2014). Tevens is een open houding van belang, hierdoor voelt de cliënt zich vrij om vage vormen vorm te geven, waardoor er eerder een intuïtieve symboliek naar voren komt (Hinz, 2009).

Evaluatievragen

De reflectieve afstand is afhankelijk van het voor symbool dat de cliënt heeft weergegeven. Zo is er een verschil tussen regressieve symbolen en progressieve symbolen (Hinz, 2009). Met regressief worden symbolen bedoeld met de focus op het verleden, deze zijn ook wel meer affectief. De reflectieve afstand is hierbij minder, aangezien persoonlijke symbolen de cliënt emotioneler kunnen maken (Lusebrink, 1990). Bij deze symboolvorming kan je als therapeut vragen naar de betekenis van het symbool voor de cliënt en of de cliënt persoonlijke associaties heeft met het symbool. Wanneer je nog dieper op het symbool wilt ingaan kan je vragen stellen over de vormen en kleuren (Arnheim, 1974). Een voorbeeld is: Heeft de vorm een speciale betekenis? Of: Wat doet de kleur rood met jou? De laatste twee vragen sluiten ook aan bij de progressieve symbolen. De progressieve vorm van een symbool leidt de cliënt naar de toekomst en mogelijkheden, ook zitten hier vaak een culturele en universele symboliek in. Bij deze symbolen krijgt de cliënt vaak een grotere reflectieve afstand. Deze vorm van symboliek vermindert de persoonlijke impact. Tijdens het evalueren op de symbolische component is het volgens Hinz (2009) belangrijk om het gesprek open te houden en om verschillende aspecten en mogelijkheden te exploreren. De inhoud van een symbool is vaak onbekend en vaag, daardoor is het voor de cliënt makkelijker om over de vormen van het symbool te praten (Schweizer et al., 2009). De therapeut moet er voor waken dat de client de symboliek niet gaat rationaliseren, dit is vaak een beschermende functie van de client. Hierdoor bemerk je op het eerste oog één symbool, terwijl er nog een symbool achter schuilt (Molenaar-Coppens, 1996).

31 Geleide dagdroom

Neem de cliënt mee op een symbolische reis naar een grot, berg of waterval.

Informatieverwerkingscomponent

Imaginaties passen bij de symbolische component. Daarnaast komen de affectieve component aan bod en de perceptuele component als het gaat om het waarnemen van wat er is getekend.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor waarneming.

Opdracht

1. Wanneer de cliënt onbekend is met imaginaties is het nodig om de cliënt te informeren hoe dit in zijn werk gaat.
2. Laat de cliënt ontspannen zitten en zijn ogen sluiten. Laat de cliënt zich een landschap voor te stellen (bijvoorbeeld een waterval, grot of bergen. Is het koud? Warm? Rotsachtig? Vochtig? Of: Droog?
3. Vertel de cliënt dat er nu ook een persoon in het landschap is (Hoe ziet diegene eruit? Jong? Oud? Groot? Of: Klein?
4. Nu komt er een tweede persoon in het beeld voor de cliënt. Is diegene lang? Klein? Oud? Of: Jong? De twee karakters zullen elkaar ontmoeten.
5. De cliënt mag zijn ogen openen en het gekregen beeld vormgeven in een werkstuk.

Doelen

- Jezelf laten meevoeren in een fantasieverhaal waarin je thema's van jezelf kunt tegenkomen
- Integreren van nieuwe krachten
- Realisatie van interne rijkdom en krachten, geprojecteerd op de karakters
- Innerlijke beelden tot uitdrukking brengen waardoor thema's zichtbaar worden

Materiaal

- Papier in verschillende formaten
- Tekenmateriaal
- Afbeeldingen van waterval, grot of bergen

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een uitnodigende houding en biedt veiligheid om de imaginatie aan te gaan.

Interventie

- De fantasie kan ook vormgegeven worden in een stripfiguur, zolang de cliënt dicht bij zijn fantasie kan blijven.

Evaluatievragen

Symbolische evaluatievragen:

- Wat heb je gemaakt, wie komen erin voor en welke omgeving heb je getekend?
- Wat is het verband tussen jou en datgene wat er op papier is ontstaan?
- Wat valt je op in het werkstuk?
- Is het beeld herkenbaar?
- Hoe was het om te doen?

32 Masker binnen- en buitenkant

De binnen- en buitenkant vormgeven van wat de cliënt laat zien en wat hij juist verborgen houdt voor anderen.

Informatieverwerkingscomponent

Deze werkvorm is passend bij de symbolische component. De cognitieve component wordt ook betrokken bij deze werkvorm door te begrijpen en te verwoorden wat de binnen- en buitenkant van het masker betekent. Tenslotte is de affectieve component belangrijk door meer te communiceren over gevoelens.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factoren emotieregulatie en waarneming.

Opdracht

1. De cliënt mag een masker gaan vormgeven, waar aandacht wordt besteed aan de binnen- en buitenkant.
2. Laat de cliënt de buitenkant van het masker weergeven wat hij laat zien aan anderen. Denk aan emoties, gedrag eigenschappen et cetera.
2. Laat de cliënt de binnenkant van het masker weergeven wat hij niet laat zien aan anderen.

Doelen

- Bewust worden van en zicht krijgen op eigen emoties.
- De cliënt wordt bewust van eigen gedrag en eigenschappen
- Bewustwording verschil tussen binnen- en buitenkant
- De cliënt laten onderzoeken waarom dit gebeurt en wat het oplevert.
- Oefenen om bijvoorbeeld opener te worden

Materiaal

- Kant-en-klare maskers
- Verf of ander materiaal zoals glitters veren et cetera

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een niet-wetende houding en vult daarmee niets in. Hierdoor gaat de cliënt meer zelf meer onderzoeken.

Interventie

- Wanneer de cliënt zich overmatig op de symbolische component manifesteert kan je de affectieve associaties betrekken, door hier meer op in te gaan tijdens de nabespreking.

Evaluatievragen

Symbolische evaluatievragen:

- Vertel eens wat je hebt gemaakt?
- Wat is er te zien aan de binnenkant?
- Wat is er te zien aan de buitenkant?
- Wat valt je op in het werkstuk?
- Wat kwam je tegen tijdens het maken?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Wat doet het verschil tussen binnen- en buitenkant met je?

Cognitieve evaluatievragen:

- Hoe heb je de maskers ingevuld? En hoe ben je tot die keuze gekomen?
- Welke gedachten heb je gehad tijdens het maken van de maskers?
- Welk effect heeft binnen- en buitenkantthematiek op het contact met anderen? Wat levert je dit op en wanneer heb je er last van?

33 Ik en de ander

Mogelijk kan de cliënt tot inzichten komen hoe hij in relatie staat met een belangrijke ander.

Informatieverwerkingscomponent

De symbolische component is van invloed bij deze werkvorm door de soms onverwachte resultaten.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de transdiagnostische factor waarneming.

Opdracht

1. Geef de cliënt een hoeveelheid klei naar keuze.
2. De cliënt mag een mensfiguur kleien dat zichzelf voorstelt.
3. Daarna mag de cliënt een tweede mensfiguur maken die voor de cliënt belangrijk is.
4. Zet de twee mensfiguren zo neer dat deze ten opzichte van elkaar kloppen, de onderlinge relatie komt dan naar voren.

Doelen

- Cliënt krijgt inzicht in het eigen zelfbeeld binnen een belangrijke relatie
- Bewustwording van belangrijke relatie

Materiaal

- Klei
- Kleiplank
- Water
- Kleigereedschap

- Water

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een niet-wetende attitude, waarbij het belangrijk is om de cliënt vrij te laten in zijn proces en hier zo min mogelijk bij te sturen.

Interventie

- Vertel de cliënt tijdens de uitleg van de opdracht nog niet dat er bij stap 2 een ander mensfiguur gemaakt mag worden. Hierdoor kan de cliënt al een idee bedenken hoe de cliënt dit gaat maken. Dan komt er geen 'echt' symbool uit aangezien er niet gewerkt is vanuit intuïtie.

Evaluatievragen

Symbolische evaluatievragen:

- Hoe heb je jezelf vormgegeven?
- Wie is voor jou de belangrijke ander?
- Is er een verschil of overeenkomst tussen de twee figuren?
- Hoe staan de figuren met elkaar verbonden?
- Wat valt je daaraan op?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke emoties en gevoelens werden opgeroepen?
- Welk gevoel krijg je als je naar de twee mensfiguren kijkt?

34 Sponsschilderij

Door met een spons of draad te schilderen heeft de cliënt geen controle over wat er ontstaat en krijgt hij de mogelijkheid om intuïtief te werken.

Informatieverwerkingscomponent

De symbolische component komt bij deze werkvorm van pas. Tevens komt ook de sensorische component van pas door het tastzintuig te prikkelen en de visus te activeren.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheid op de transdiagnostische factor arousal.

Opdracht

1. Laat de cliënt experimenteren met de sponstechniek.
2. Het is mogelijk om de cliënt een thema te geven, maar je kan de cliënt ook vrijlaten en zijn intuïtie laten spreken.

Doelen

- Er komen dubbelzinnige vormen naar voren, die gekoppeld kunnen worden aan een persoonlijke betekenis
- Intuïtie wordt gestimuleerd
- De cliënt leert de reden of oorzaak van de arousal leren kennen
- De cliënt komt in zijn ambiguïteit

Materiaal

- Papierformaat vrij
- Verf
- Sponzen
- Water
- Draad

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een open en niet-wetende houding, waarbij de cliënt de ruimte wordt gegeven in het proces en de therapeut niet te veel invloed uitoefent.

Interventie

- Ook is het mogelijk om in plaats van met sponzen met draad te verven en vervolgens hiermee te bewegen op het papier. Ook dit geeft een verrassend effect.

Evaluatievragen

Symbolische evaluatievragen:

- Wat zie je in het werkstuk?
- Welke beeldende aspecten vallen het meeste op?
- Wat zegt dat over jou? Komt er een thema terug?
- Wat kwam er los tijdens het werken?
- Wat valt je op in het werkstuk?

35 Symbool in klei

Er wordt een symbool gekleid die de krachten van de cliënt representeert.

Informatieverwerkingscomponent

Deze werkvorm is passend op de symbolische component. Tevens wordt de affectieve- en sensorische component betrokken bij deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

Toepassingsmogelijkheden bij de factor waarneming.

Opdracht

1. De cliënt mag een aspect kleien dat hem representeert, dit kan een kracht of uitdaging zijn.

Doelen

- Integreren van negatieve- en positieve aspecten van de persoonlijkheid
- Ontdekken en herontdekken van delen van zichzelf

Materiaal

- Klei
- Kleiplank
- Water
- Eventueel kleigereedschap

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een stimulerende houding en heeft een niet-wetende houding waarmee de therapeut de cliënt vrijlaat in het vormgeven van het symbool.

Interventie

- Bij kinderen kan het symbool gerelateerd zijn aan een dier, gebaseerd op kwaliteiten die het dier representeert.
- Er bestaat een kans dat cliënten met een laag zelfbeeld zichzelf negatief neerzetten. In de nabespreking kan je dan ingaan op de perceptuele beeldkenmerken.

Evaluatievragen

Symbolische evaluatievragen:

- Wat zie je in het werkstuk?
- Wat komt er naar voren?
- Wat betekent dit?
- Wat valt je op in het werkstuk?

Affectieve evaluatievragen:

- Welke gevoelens kwamen omhoog tijdens het kleien?
- Kwamen de bewegingen in de klei overeen met hoe je dat op dat moment voelde?

Sensorische evaluatievragen:

- Hoe vond je de klei voelen?
- Wat vond je prettig? En wat vond je minder prettig?

36 Niets voorstellend schilderij

Door iets te schilderen dat niets voor hoeft te stellen zal de cliënt eerder vanuit de intuïtie schilderen in plaats van de cognitie.

Informatieverwerkingscomponent

De symbolische component is van invloed bij deze werkvorm.

Transdiagnostische factor

-

Opdracht

1. Laat de cliënt het hele oppervlak beschilderen met een grove kwast. Dit mag niets voorstellen.
2. Laat de cliënt naar de achtergrond kijken en het schilderij aanvullen met een fijne kwast. De cliënt mag hieruit een beeld laten ontstaan door zich te laten leiden dat wat bij hem oproept.

Doelen

- Een beeld laten ontstaan waardoor er mogelijk meer bewustwording volgt gericht op de belevingsinhoud
- Participeren door in materiaal-, vorm- en kleurassociaties mee te gaan
- Niet stilstaan bij het eindresultaat, zodat door beweging en gevoel een spontane expressie ontstaat, en daaruit symboliek

Materiaal

- Papier of karton (50 x 56 cm)
- Acrylverf
- Grove en fijne kwasten

Therapeutische attitude

De therapeut heeft een open houding waarmee de therapeut de ruimte geeft aan de cliënt.

Interventie

- Wanneer de cliënt bij stap 2 is en niet weet hoe hij verder moet, kan je de hem vertellen dat ook stap 2 niets hoeft voor te stellen.

Evaluatievragen

Symbolische evaluatievragen:

- Hoe was het om het hele oppervlak te vullen met verf zonder dat het iets moest gaan voorstellen?
- Wat zag je erin? Hoe ben je hier verder op ingegaan?
- Wat laat het beeld nu zien?
- Wat zegt dat over jou?
- Hoe voelt het als je er nu naar kijkt?

Nawoord

Ik hoop dat ik u door dit boekje enthousiast heb gemaakt over de Expressive Therapies Continuum-methode en de transdiagnostische factoren. Daarnaast hoop ik bij te dragen aan de praktijk door een effectievere behandeling mogelijk te maken waarbij een betere aansluiting gevonden kan worden bij cliënten op de verschillende ontwikkelingsniveaus.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from *DSM-5*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Arnheim, R. (1974). *Art and Visual Perception*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Babouchkina, A., & Robbins, S. (2015). Reducing negative mood through mandala creation: A randomized controlled trial. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32, 34-39.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology*. New York: Norton.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Beyond the basics*. New York: Guilford Press.
- Belkofer, C., Van Hecke, A., & Konopka, L. (2014). Effects of drawing on alpha activity: A quantitative EEG study with implications for art therapy. *Art Therapy*, 31, 61-68.
- Betensky, M. (1995). *What do you see: Phenomenology of therapeutic art expression*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Birren, F. (1988). *The symbolism of color*. New York: Citadel Press.
- Brysbaert, M. (2014). *Fundamenten van de psychologie*. Gent: Academia Press.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Curry, N., & Kasser, T. (2005). Can coloring mandalas reduce anxiety? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22, 81-85.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error*. New York: Putnam & Sons.
- Dhont, M. Czn. (2000). *'t Tijdloze Uur*. Arnhem: Uitgeverij Lambo.
- Diamond, A., & Lee, K. (2011). Interventions shown to aid Executive Function development in Children 4-12 Years Old. *Washington: Science*, 333, 959-964.

- Drake, J., Coleman, K., & Winner, E. (2011). Short-term mood repair through art: Effects of medium and strategy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 28, 26-30.
- Drost, J. (2014). *Worry and rumination underlying processes and transdiagnostic characteristics* (proefschrift). Leiden: Universiteit Leiden.
- Fernandez, K., Jazaieri, H., & Gross, J. (2016). Emotion regulation: A transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy Research*, 40, 426-440.
- Fikke, D., Péntzes, I., & Van Hooren, S. (2017, februari). Het Expressive Therapies Continuum. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13, 2-11.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (z.d.). Achtergronddocumenten. *Transdiagnostische factoren en vaktherapie*. Geraadpleegd op 8 mei 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/achtergronddocumenten/transdiagnostische-factoren-en-vaktherapie/transdiagnostische-factoren>.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hinz, L.D. (2006). *Drawing from within: Using art to treat eating disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hinz, L.D. (2009, maart). Expressive Therapies Continuum. New York/Londen: Routledge.
- Hinz, L.D. (2015). Expressive Therapies Continuum: Use and Value demonstrated with case study. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 28(1-2), 43-50.
- Hoefsloot, R.F. (2012). *Meditatief boetseren*. Amsterdam: Uitgeverij Schors.
- Jazaieri, H., Urry, H., & Gross, J. (2013). Affective Disturbance and Psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of experimental psychopathology*, 4(5), 584-599.
- Jung, C. (1964). *Man and his symbols*. Garden city, NY: Doubleday.
- Kagin, S.L., & Lusebrink, V.B. (1978). The expressive therapies continuum. *Art Psychotherapy*, 5(4), 171-180.
- Kramers, M., & Van Straten, S. (2014). Verbinding door verbeelding. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 10, 3-9.
- Kruk, K., Aravich, P., Deaver, S., & De Beus, R. (2014). Comparison of brain activity during drawing and clay sculpting: A preliminary qEEG study. *Art Therapy*, 31, 52-60.

- Landgarten, H. (1981). *Clinical art therapy: A comprehensive guide*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Lavrijsen, M. (2017). Op zoek naar het vertrekpunt. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13(2), 14-22.
- Lezak, M. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.
- Linehan, M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis: Theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lusebrink, V.B. (2004). Art Therapy and the Brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 21(3), 125-135.
- Lusebrink, V.B. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York, NY: Plenum Press.
- Lusebrink, V.B. (2010). Assessment and Therapeutic Application of the Expressive Therapies Continuum. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(4), 168-177.
- Lusebrink, V.B., Agell, G., Barlow, G., Betensky, M., Graves, S., Rosenberg, H., & Rubin, J. (1982). Media Potential: Its use and misuse in art therapy. Proceedings of the Thirteenth Annual Conference of the American Art Therapy Association. Mundelein: American Art Therapy Association.
- De Mönnink, H.J. (2015). *Verlieskunde*. Amsterdam: Reed Business.
- May, R. (1960). *The significance of symbols*. New York: George Braziller.
- McHugh, R., Murray, H., & Barlow, D. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946-953.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meijer-Degen, F., & Jansen, J. (2006). Alexithymia—A challenge to art therapy: The story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 167-179.
- Molenaar-Coppens, E. (2016). *Beeldwaarneming*. Venlo: Multicopy.
- Molenaar-Coppens, E. (1996). *Symbolen in de creatieve therapie*. Utrecht: Beroepsvereniging van creatief therapeuten.
- Moon, C. H. (2010). *Materials & Media in Art Therapy*. New York: Routledge.

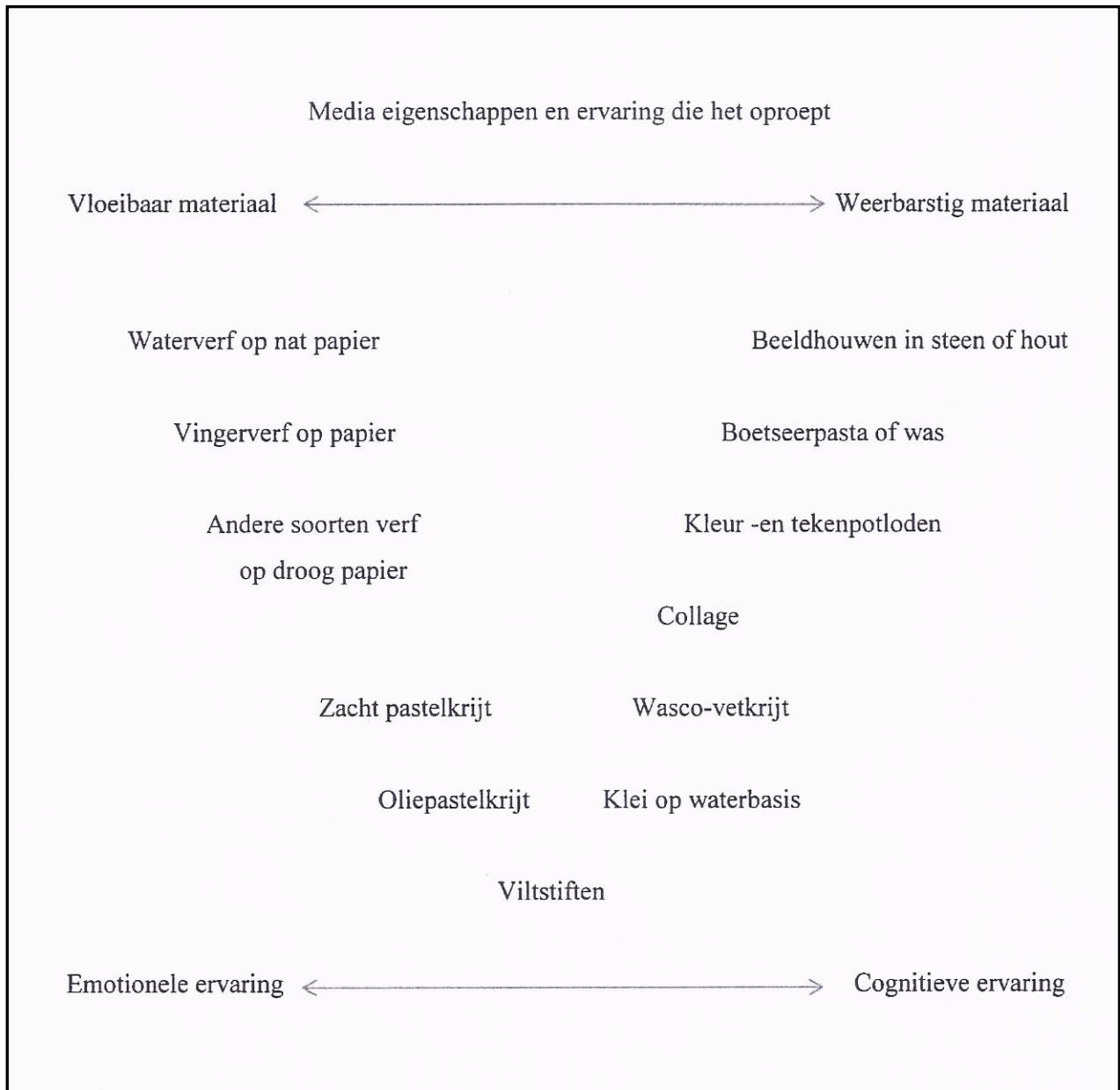
- Nicolai, N. (2016). Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Nielsen, J.A., Zielinski, B.A., Ferguson, M.A., Lainhart, J.E. & Anderson, J.S. (2013). An evaluation of the left-brain vs. right-brain hypothesis with resting state functional connectivity magnetic resonance imaging, *plos One*, 8(8), doi: 10.1371/journal.pone.0071275.
- Overman, D., & Floor, L. (2014). In tekenbeweging zijn. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 10, 23-29.
- Pénzes, I., Van Hooren, S., Dokter, D., Smeijsters, H., & Hutschemaekers, G. (2015). Material interaction and art product in art therapy assessment in adult mental health. *Arts & Health*, 8, 213-228. doi: 10.1080/17533015.2015.1088557.
- Piaget, J. (1969). *The Psychologie of the child*. New York: Basic Books.
- Salm, M. (2007). Onderzoek naar het effect van het aanbieden van een module sensopatische beeldende werkvormen op de beleving van de anorexia nervosa patienten van de opnamegroep van Rintveld, Centrum Eetstoornissen in Zeist. Utrecht: Hogeschool van Utrecht, afdeling Creatieve Therapie Beeldend.
- Samuels, W., Tournaki, N., Blackman, S., & Zilinski, C. (2016). Executive Functioning predicts Academic Achievement in Middle School: A Four-Year Longitudinal Study. *The Journal of Educational Research*, 109(5), 478-490.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sietsma, L., & Van den Bos, K. (2017). Op weg naar het einde, maar ook de creatie van een nieuw begin. *Tijdschrift voor vaktherapie*, (02), 42-44.
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Spuij, M., Stikkelbroek, Y., Goudena, P., & Boelen, P. (2008). Rouw en verliesverwerking door jeugdigen. *Kind en adolescent*, 29, 80-93.
- Van den Bos, K., & Meijnckens, D. (2017). Transdiagnostische factoren. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 13, 6-13.
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). Transdiagnostische factoren. In *Theorie en praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Van Kouwen, L. (2013). *Samen sterk op eigen kracht*. Huizen: Uitgeverij Pica.

Vandenbroucke, L., Verschueren, K., & Baeyens, D. (2017). The Development of Executive Functioning across the Transition to First Grade and its Predictive Value for Academic Achievement. *Learning and instruction*, 49, 103-112.

Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Ward, J. (2015). *The Student's Guide to Cognitive Neuroscience*. East Sussex: Taylor & Francis Group.

Bijlage 1 Materiaaleigenschappen



Bijlage 2 Hiërarchisch raamwerk

