****

**Kortdurende beeldende therapie gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot 6 jaar in het regulier onderwijs.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAAYKE BENNINGEN

**Zorgprogramma** Kinderen in groep 1 en 2 van het regulier basisonderwijs.

**Prototype werkvorm** Kortdurende beeldende therapie gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen.

**Rationale**

Een gebrek aan zelfvertrouwen kan er voor zorgen dat kinderen niet op kunnen komen voor zichzelf. Sommige kinderen laten zich wegduwen, laten dingen van zich af pakken en laten zich plagen. Dit kan zich op twee manieren uiten. Het kind wordt bang en gespannen of het kind wordt juist agressief als hij het onderspit dreigt te delven. Beide manieren van reageren hebben te maken met gebrek aan basiszekerheid en zelfvertrouwen *(Buys Et al, 1996)*.

Weinig zelfvertrouwen of onzekerheid kan ontstaan door negatieve ervaringen. Niet alleen ervaringen uit het verleden, maar ook recente 'schrikervaringen' kunnen een kind onzeker maken. Het kunnen negatieve ervaringen in contacten met anderen zijn, die het zelfvertrouwen schaden, maar ook een traumatische gebeurtenis kan leiden tot weinig zelfvertrouwen. Zo kan een ernstig ongeval of een ziekte ervoor zorgen dat een kind zich extra kwetsbaar voelt. De wereld leek veilig en voorspelbaar en plotseling gebeurde er iets waardoor het kind zich machteloos voelde en waardoor alles veranderde. Het contact met anderen kan dan moeizamer worden, vooral als anderen niet goed begrijpen hoe moeilijk het voor het kind is. Door zo'n gebeurtenis loopt een kind dus het risico onzeker te worden *(Sterk, 2006)*.

Tegenover kwetsbaarheid staat veerkracht als beschermende factor. Veerkracht is het vermogen om flexibel en volhardend te reageren op probleemsituaties. Kenmerken die horen bij een kwetsbaar en onzeker kind zijn *(Bearslee & Podorefsky, 1988; Hammen, 2003)*: negatieve emotionaliteit, onveilige hechting, geen cognitieve en sociale competenties, negatief gevoel van eigen waarde, weinig zelfvertrouwen, onrealistisch zelfbeeld en het missen van sociale steun. *(Romijn, 2010)* Wanneer een van deze aspecten optreedt in het leven van het jonge kind kan er weinig zelfvertrouwen of zelfs een gebrek hieraan ontstaan.

Weinig zelfvertrouwen, onzekerheid of een gebrek aan zelfvertrouwen kan uiteindelijk veranderen in een chronisch gebrek aan zelfvertrouwen met alle gevolgen van dien. Om die reden is het belangrijk om onzekerheid en weinig zelfvertrouwen al in een vroeg stadium aan te pakken. *(Sterk, 2006)*

Zelfvertrouwen bij jonge kinderen kan mede ontstaan doordat zij veilig gehecht zijn en een stimulerende omgeving hebben. Niet veilig gehecht zijn of problemen thuis kunnen aanleiding geven tot het ontwikkelen van onzekerheid en weinig zelfvertrouwen *(Beemen, 2006)*. Verder zijn er kinderen die van nature verlegen zijn en/of wat minder zelfvertrouwen hebben en daar hoeft geen aanwijsbare verklaring voor te zijn.

Het is van belang om al in de kindertijd het zelfvertrouwen te vergroten, omdat weinig zelfvertrouwen ook kan leiden tot een angstprobleem, zoals sociale angst. Bijna 20% van alle jeugdigen heeft voor zijn zestiende last van een angstprobleem. Meestal worden angstproblemen bij kinderen pas laat ontdekt. Dat komt, omdat angsten meestal maar gedeeltelijk zichtbaar zijn – vooral als kinderen van zichzelf al verlegen en schichtig reageren. Juist omdat angstklachten kunnen voortduren tot in de volwassenheid, is het belangrijk de problemen vroegtijdig te herkennen en te behandelen. (*ZonMw*, 2014.)

Bij jonge kinderen met gedragsproblemen denken veel mensen: *'Ze zijn nog zo jong, dat gaat wel over.'* Maar probleemgedrag dat langere tijd bestaat wordt een gedragspatroon, dat steeds moeilijker te veranderen is naarmate kinderen ouder worden. Vroeg signaleren, analyseren en interveniëren bij jonge kinderen met probleemgedrag is dus belangrijk *(Baard, 2014)*.

Hoe eerder het probleem bij het kind gesignaleerd en behandeld wordt, hoe groter de kans op succes. Helaas is er binnen het regulier basisonderwijs nog niet altijd voldoende expertise aanwezig, om vroegtijdig psychische verstoringen te signaleren. Als de ontwikkeling op cognitief, sociaal, emotioneel of lichamelijk gebied wat moeizamer verloopt, wordt er nog te weinig gebruik gemaakt van de school als veilige omgeving. Terwijl juist daar kinderen experimenterend kunnen leren *(Klamer, 2008)*.

*Er blijkt een belangrijke behoefte aan vaktherapie in het reguliere onderwijs. Er zijn een behoorlijk aantal kinderen die gedrag vertonen dat een belemmering vormt voor “normaal” functioneren in de klas en waarmee de leerkrachten met hun competenties geen raad weten. (Klamer, 2007)*

In een school, die toegroeit naar inclusief onderwijs, kan de therapeut samen met leerkracht en intern begeleider een zorgteam vormen. Niet alleen kinderen die met een probleem binnenkomen kunnen dan goed worden opgevangen, ook die kinderen met nog verborgen problemen. Zeker internaliserende kinderen die hun problemen en emoties niet uiten (terugtrekken, stil zijn) dreigen in een klas tussen wal en schip te komen. De therapeut kan door observaties, in verschillende situaties, mogelijk vastlopende kinderen signaleren. *(Klamer, 2008)*

Door middel van beeldende therapie in het basisonderwijs kunnen meer kinderen bereikt worden, omdat het een laagdrempelige voorziening is. Kinderen kunnen vroegtijdig therapeutische hulp krijgen. Uit onderzoek blijkt namelijk, dat op dit moment veel kinderen die het nodig hebben niet of te laat met hulpverlening in aanraking komen. Binnen het onderwijs werk je nauw samen met de intern begeleider en de leerkrachten. Samen bundel je als het ware de kennis en expertise. Zo krijgt het kind de kans om zich zo optimaal mogelijk te ontwikken. *(Caminada, HJK 2009.)*

Beeldende therapie sluit goed aan bij deze doelgroep. Uit onderzoek blijkt namelijk dat tekenen en andere creatieve uitingen een therapeutisch effect opleverden. Kinderen gingen zich beter voelen als ze de gelegenheid kregen te tekenen *(Foks-Appelman, 2011).* In Nederland wordt steeds meer gebruik gemaakt van non-verbale middelen, zoals tekenen binnen de therapie. Ook bij verbale therapieën is dit het geval en het lijkt wel alsof er wordt aangevoeld dat praten alleen vaak niet genoeg is en dat creativiteit een gestagneerd proces op gang kan brengen. *(Foks-Appelman, 2011).* Ideaal aan beeldende therapie is dat kinderen niet hoeven te praten over datgene wat hen dwars zit. Het kind kan zelf bepalen hoe en wat hij/zij op papier zet. Voor kinderen is het vaak makkelijker om iets te tekenen dan om gevoelens en gedachten onder woorden te brengen *(Schweizer, 2009).* Kinderen vinden het niet moeilijk of lastig om een tekening of werkstuk te maken. Wanneer je ze vraagt om een tekening te maken beginnen ze meestal direct te tekenen. Bij bijzondere en/of traumatische gebeurtenissen weten de meeste volwassenen niet wat zij kunnen doen om het kind te helpen. Voor een kind kan het prettig zijn om een tekening te maken van de gebeurtenis. Ze kunnen in de tekening vertellen hoe vreselijk het was of hoe bang het was. Je hoeft het kind dan niet meer te vragen hoe iets was of hoe het die gebeurtenis heeft ervaren, want dat blijkt al uit het beeldend werk *(Foks-Appelman, 2011)*. Als kinderen tekenen laten zij zichzelf aan ons zien, ze tonen hun kijk op de wereld en maken duidelijk hoe zij hun relaties met anderen ervaren. *(Klijn & Scheller-Dikkers, 2006).*

Praten werkt voor kinderen vaak niet goed, maar doen en ervaren des te beter. Kinderen zijn creatief en speels, dat sluit goed aan bij het karakter van beeldende therapie. Tevens is dit een laagdrempelige vorm van behandeling voor kinderen en dat sluit goed aan bij de onderwijs situatie. In het onderwijs is er vaak geen tot matige begeleiding op sociaal-emotioneel gebied. Wanneer kinderen hier problemen ondervinden is er niet voldoende begeleiding voor hen beschikbaar. Beeldende therapie is een middel waarin kinderen zich kunnen uiten.

Door voor succeservaringen te zorgen binnen het beeldend werken, kan het kind ervaren hoe goed het iets zelf kan creëren en dat kweekt zelfvertrouwen. Het kind kan in de beeldende therapie, binnen een voor hem veilige omgeving, exploreren en nieuw gedrag oefenen, zodat het kind adequaat leert omgaan met zijn sociale omgeving. Het kind zal vaker positieve ervaringen opdoen waardoor zijn zelfvertrouwen steeds verder groeit en het kind kan opbloeien.

**Indicaties**

Kinderen in de leeftijd van 4-6 jaar met weinig zelfvertrouwen in groep 1 en 2 van het regulier basisonderwijs.

* Kinderen die zich erg teruggetrokken opstellen en niet weerbaar zijn.
* Kinderen die agressief gedrag vertonen of in de weerstand schieten.
* Kinderen die moeite hebben met het maken van sociaal contact.
* Kinderen met een bijkomstige beperking of ziekte waarna onzekerheid en weinig zelfvertrouwen is ontstaan.
* Kinderen waarbij problemen in de thuissituatie of een traumatische gebeurtenis leiden tot het ontwikkelen van onzekerheid en weinig zelfvertrouwen.
* Affectie met het beeldend medium.

**Contra-indicaties**

* Geen affectie met het beeldend medium.
* Hoog angstniveau (Zodanig dat het kind geen contact durft te maken en/of geen explorerend gedrag durft te tonen.)
* Een ernstige verstoring in de motoriek, zoals spasmen, waardoor beeldend werken onmogelijk wordt.
* Bij verdenking van psychische stoornissen dient het kind eerst te worden verwezen naar een (huis/school)arts of vertrouwensarts en de intern begeleider, evenals bij de verdenking van een ontwikkelingsachterstand, voordat beeldende therapie gestart kan worden.

**Doelen**

Algemeen: - Het kind heeft meer zelfvertrouwen;

 - Het kind kan contact maken met leeftijdsgenoten.

Specifiek: - Het kind heeft zelfvertrouwen gekregen, doordat het in de beeldende therapie succeservaringen opdoet en kan genieten van het beeldend werken;

 - Het kind kan kiezen;

 - Het kind kan experimenteren tijdens het beeldend werken;

 - Het kind heeft doorzettingsvermogen;

 - Het kind is weerbaar in zijn sociale omgeving.

**Interventies**

Werkwijze

De supportieve werkwijze (Smeijsters, 2007) is toepasselijk bij deze doelgroep. De nadruk ligt bij deze werkwijze op het leren omgaan met problemen. Het is een werkwijze die vaak wordt toegepast in kortdurende trajecten.

Tevens gaat de therapeut ook steunend aan het werk. De therapeut biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen en is gericht op gedrag. Er wordt niet inzichtgevend gewerkt, maar gericht op het opdoen en integreren van nieuwe ervaringen *(Schweizer, 2001)*.

Deze werkwijze past bij de doelgroep, omdat het gericht is op het voorkomen van achteruitgang in het functioneren, het beperken van gevolgen van een probleem of het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling. De therapeut is duidelijk aanwezig, doordat zij sturend meedoet en meedenkt. De beeldend therapeut gaat overwegend directief te werk, omdat het goed past bij het werken met kinderen. Kinderen hebben nog veel sturing en begeleiding nodig. De therapeut creëert structuur, veiligheid, moedigt de cliënt aan of begrenst hem/haar waar nodig, maar zorgt ook voor ontspanning en overzicht.

De therapeut probeert de cliënt een positieve ervaring te bieden, hem tot rust te brengen en enige afstand te laten nemen ten opzichte van de klachten. Zij doet dit door enthousiast te zijn en complimenten te geven. Vooral dat laatste is iets wat belangrijk is bij kinderen met weinig zelfvertrouwen.

Rol therapeut

* De therapeutische houding biedt vertrouwen, empathie, uitnodiging en een voor het kind heldere basisstructuur in de therapie.
* De rolverdeling wordt directief bepaald door de therapeut. In de beginfase is die vooral afwisselend: leidend en volgend. In een latere fase ook afwachtend.
* De therapeut zal zowel verbaal (spiegelen, verwoorden) als non-verbaal ( samenwerkend in materiaal, spiegelen) interveniëren in het proces, gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen.
* Het proces en de voortgang van de therapie wordt inzichtelijk gemaakt voor alle betrokkenen (ouders en professionals, zoals leerkrachten/intern begeleider) doormiddel van verslaglegging en evaluatie gespreken.

Activiteit

Activiteiten passend bij de **supportieve en steunende werkwijze** *(Smeijsters, 2007)*:

*In de beginfase van de therapie, maar ook doorlopend:*

* Toevalstechnieken: Opdrachten die niet fout kunnen gaan en op die manier zorgen voor succeservaringen. Een voorbeeld hiervan is met scheerschuim en ecoline een afdruk maken.
* Speelse, niet resultaatgericht opdrachten. Voorbeelden hiervan zijn vingerverven en spattechnieken.

*In de midden en eindfase van de therapie:*

* Samenwerkingsopdrachten: opdrachten waarbij het kind de leiding moet nemen of voor zichzelf kan op komen. Het gaat om het contact maken met leeftijdsgenootjes en het oefenen met nieuw gedrag en het tonen van zelfvertrouwen. Een voorbeeld is een opdracht waarbij het gaat om het leren omgaan met grenzen. Zet een streep in het midden van het vel papier en laat de kinderen met een rietje druppels ecoline over het papier blazen. Wanneer een kind bij de streep komt, moet het de ander toestemming vragen om over de lijn te mogen. De kinderen leren zo hun grenzen aangeven en bewaken. Dit bevordert het zelfvertrouwen en zorgt dat het kind weerbaarder wordt in zijn sociale omgeving.

Materiaal

De therapeut biedt een ruime keuze aan materiaal en technieken. Platvlak sluit goed aan bij de mogelijkheden van het jonge kind. De therapeut dient goed in te schatten in hoeverre het kind voldoende vaardigheden heeft om ook driedimensionaal te werken.

Kinderen in deze leeftijdsfase hebben zeer veel interesse in verf en dat is daarom een geschikt materiaal. Verder gaat het om het ontdekken en het experimenteren van/met het materiaal. Ontspannen en plezier maken staat voorop. Naarmate de therapie vordert, kan de therapeut het kind zelf uit bepaald materiaal laten kiezen. Dit is tevens om te kijken of het zelfvertrouwen is toegenomen en het kind durft te kiezen.

**Randvoorwaarden**

* Ouders moeten op de hoogte worden gebracht van de meerwaarde van beeldende therapie.
* De ouders/verzorgers moeten toestemming verlenen voor de therapie.
* Het kind krijgt een passende vorm van onderwijs.
* Medewerking van ouders/verzorgers en leerkrachten is belangrijk, omdat de eindtermen anders niet volledig behaald kunnen worden.
* De therapeut moet met het kind in een daarvoor geschikt en afgesloten ruimte kunnen werken.

**Behandelduur en frequentie**

Het gaat om kortdurende beeldende therapie gedurende een periode van 2-3 maanden. Dat komt neer op 8-12 sessies. Het gaat om wekelijkse zittingen van ongeveer 45 minuten. Kortdurende therapie past goed bij het onderwijskarakter, omdat er vaak maar letterlijk kort de tijd is om een kind uit de klassensituatie te nemen. Verder ontwikkelen jonge kinderen zich snel en is er vaak al in korte tijd resultaat te zien. Langdurige therapie is voor deze doelgroep dus niet nodig.

Aangezien de kinderen nog erg jong zijn en hun spanningsboog minder groot is, variëren de sessies tussen de 30-45 minuten. De therapeut dient hierin flexibel te zijn en het kind niet te dwingen door te gaan met werken wanneer het dit niet wil. Niet elk kind laat dit verbaal blijken en de therapeut dient daarom het non-verbale gedrag van het kind goed te observeren.

**Eindtermen**

* Het kind heeft meer zelfvertrouwen. Dit blijkt uit: explorerend en experimenterend gedrag, eigenheid en weerbaarheid, zowel binnen de beeldende therapie als in de klassensituatie.
* Het kind kan samenwerken en samenspelen met leeftijdsgenoten op een bij de leeftijd passende wijze.
* Het kind is meer flexibel geworden en kan een lastige opdracht uitvoeren zonder dat het hierdoor van streek raakt.
* Het kind kan kiezen uit een aantal materialen en kleuren tijdens de beeldende therapie.
* Het kind kiest in de klas werkjes uit die het voorheen vermeed.
* Het kind is meer weerbaar geworden en toont geen teruggetrokken houding meer.
* Het kind vertoont geen weerstand in nieuwe of onbekende situaties.

**Algemene informatie**

Dit product is tot stand gekomen in het kader van de Bacheloropleiding Creatieve therapie.

**Literatuurlijst**

**Baard**, Monique. (2014) *Interventie bij gedragsproblemen - De eerste stap.* Gedragsspecialist bij Pica Pedia. Wij-leren.nl http://wij-leren.nl/interventies-bij-gedragsproblemen.php (19-4-14)

**Buys**, O., Et al. (1996) *Spel werkt dus speel goed*. Sociale Beroepen Reeks 7. Uitgeverij: Centrum Spelmethodiek HvU, Utrecht.

**Delfos**, M. F. (2004) *Luister je wel naar mij?* Gespreksvoering met kinderen tussen vier en twaalf jaar. H.2, De ontwikkeling van kinderen vier tot twaalf jaar. Amsterdam, SWP.

**Foks-Appelman**, Theresa. (2011) *Kinderen geven tekens.* De betekenis van kindertekeningen en kinderspel vanuit het perspectief van de analytische psychologie. Uitgeverij: Eburon Delft.

**Klamer,** M. (2007) *Elke school zijn eigen therapeut.* Leerlingen zorg of jeugdzorg de taak van de reguliere school. Hogeschool Utrecht.

**Klamer**, M. & Caminada, G. (2008) *Samen zijn we eruit gekomen.* Vaktherapie Beeldend in de praktijk. HJK. De wereld van het jonge kind. (Blz. 2 -6.)

**Lunteren**, Clarinda, van. (2010) *Steunende en focaal-inzichtgevende individuele beeldende therapie gericht op het herstel en de versterking van het zelfbeeld bij kinderen.* Beeldend therapeutisch product. Federatie Vaktherapeutische Beroepen. http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/Producten/2010-01-19\_herstel\_en\_versterking\_zelfbeeld\_bij\_kinderen.pdf (20-4-14)

**Romijn**, Geke, Graaf, Ireen, de. en Jonge, Martha, de. (2010) *Kwetsbare kinderen.* Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Trimbos-instituut, Utrecht.

**Schweizer**, C. (red) (2001*) In Beeld.* Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten. houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

**Smeijsters**, H. (2007) *Handboek creatieve therapie.* Uitgeverij: Coutinho.

**Sterk**, F., Swaen, S. (2006) *Denk je sterk.* meer zelfwaardering. Meer zelfvertrouwen! overwin verlegenheid. Beter omgaan met anderen. Uitgeverij: Kosmos-Z&K Uitgevers, Utrecht/Antwerpen.

**Vandereycken**, W. (red) (2000) *Handboek psychopathologie-Deel1.* Hoofdstuk 1.3: Stoornissen in het psychisch functioneren. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

**Zadelhoff**, T. van (2001) *Zelf uit het ei.* Hoofdstuk 3.4 en 3.5: De problematiek die zichtbaar wordt in beeldende therapie en behandeldoelen.

**ZonMw**.(2014) *Gedragsproblemen.* http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/jeugd/gedragsproblemen/ (19-4-14.)