



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Werkvormenboek

Beeldende therapie in het Penitentiair Psychiatrisch Centrum

Janine van Harselaar

Werkvormenboek voor het Penitentiair Psychiatrisch Centrum

Janine van Harselaar

Alle foto's in dit boek en de werkstukken op de foto's zijn gemaakt door de auteur.

Auteur: Janine van Harselaar

Opdrachtgever: Marjan Helmich, PPC Zwolle

Voor de opleiding Creatieve Therapie van: Hogeschool Utrecht

Datum: 12 juni 2018

Inhoud

Dankwoord	7
Inleiding.....	8
Hoofdstuk 1 Het Penitentiair Psychiatrisch Centrum.....	10
Hoofdstuk 2 Executieve functies	14
2.1 Planmatig werken	15
2.2 Zelf- en ziekte inzicht	18
Hoofdstuk 3 Emotieregulatie.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Cognitieve werkvormen	25
3.2 Lichaamsgerichte werkvormen.....	29
Hoofdstuk 4 Waarneming.....	Error! Bookmark not defined.
4.1 Disfunctionele cognities	36
4.2 Zelfbeeld.....	38
Hoofdstuk 5 Arousal.....	Error! Bookmark not defined.
5.1 Trainingsgerichte werkvormen.....	44
5.2 Cognitieve werkvormen	48
Hoofdstuk 6 Sociale interactie.....	Error! Bookmark not defined.
6.1 Grenzen.....	53
6.2 Interactieve werkvormen	55
Hoofdstuk 7 Verlies.....	Error! Bookmark not defined.
7.1 Afscheid nemen	61
7.2 Nieuwe rol instellen.....	65
Hoofdstuk 8 Fröbel-werkvormen	Error! Bookmark not defined.
Literatuurlijst	74

Dankwoord

In dit dankwoord wil ik graag iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit boek. Zonder jullie was dit niet mogelijk geweest.

In het bijzonder wil ik Marjan Helmich bedanken. Met jouw deskundigheid en ambitie heb jij mij aldoor geïnspireerd om het beste uit mijzelf en mijn afstudeerperiode te halen. Ik wil je bedanken voor je begeleiding, je vertrouwen in mij en de mogelijkheid die jij mij gegeven hebt om op deze wijze een bijdrage te leveren aan de professionalisering van de vaktherapie (in het PPC).

Ook PPC Zwolle wil ik bedanken. Voor het vertrouwen in mij en het medemogelijk maken van dit boek. Door jullie investering in het drukken van dit boek kunnen de beeldend therapeuten van het PPC met veel gemak en plezier gebruik maken van mijn werk.

Gemmy Willemars, hartelijk dank voor je fijne en betrokken ondersteuning gedurende dit proces. Ik heb opnieuw veel van je mogen leren.

De beeldend therapeuten van het PPC die mij allen gastvrij ontvangen hebben en met veel enthousiasme hebben meegewerkt aan de interviews: Robino van der Voorde, Marcelle Griffioen, Jiska van Amstel, Maartje Lavrijsen, Elly Konings en ook Marjan Helmich.

De beeldend therapeuten van mijn evaluatiegroep: Natasja Verheij, Mevrouw Demmer en Marcelle Griffioen. Hartelijk dan voor het optimaliseren van mijn onderzoek.

Tot slot wil ik Farid Zeddi bedanken. Door jouw steun en begrip is het daadwerkelijk gelukt om het beste uit mijzelf te halen en dit boek tot een goed einde te brengen. Ook wil ik je bedanken voor de bijdrage die je geleverd hebt bij de totstandkoming van de foto's.



Inleiding

Voor u ligt het beeldende werkvormenboek voor het Penitentiair Psychiatrisch Centrum. Dit boek is het resultaat van praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Penitentiair Psychiatrisch Centrum Zwolle. De auteur heeft dit onderzoek en eindproduct ontwikkelt tijdens en voor de afstudeerfase van de opleiding Creatieve Therapie Beeldend aan de Hogeschool Utrecht.

Op het Penitentiaire Psychiatrisch Centrum (PPC) verblijven gedetineerden (ofwel patiënten) die vanwege hun psychiatrische problematiek niet goed functioneren op reguliere afdelingen. Het doel van het PPC is om patiënten tijdens de detentieperiode te stabiliseren en risicofactoren voor crimineel gedrag te verminderen. Maar omdat een deel van de patiënten vanwege hun strafrechtelijke titel in detentie (tijdelijk) moeten verblijven, zijn er tijdens de detentieperiode weinig uitwijkmogelijkheden voor specialistische behandeling. Daarom is de behandeling van deze patiënten zeer divers en complex.

Ook de beeldende therapie levert een bijdrage aan deze behandeling, omdat gebleken is dat het ervaringsgerichte karakter van de therapie goed aansluit bij het handelingsgerichte karakter van de patiënten. Echter hebben de beeldend therapeuten van het PPC, vanwege de diverse en complexe problematiek, behoefte aan extra ondersteuning in de vorm van verzamelde werkvormen. Dit omdat zij vanwege de diverse problematiek een breed palet aan werkvormen dienen te hebben en het vastleggen van deze werkvormen bij zal dragen aan de onderbouwing, kennis en behandelmogelijkheden. De inzet van de transdiagnostische factoren biedt hiervoor uitkomst, omdat vaktherapeuten zo beter in staat zijn om aan te sluiten bij de problemen en klachten die de patiënt zelf ervaart en deze ook beter te begrijpen (Bos en Meijnkens, 2017). Daarnaast neemt comorbiditeit sterker af bij een transdiagnostische behandeling, omdat dezelfde onderliggende behandelprincipes bij verschillende stoornissen kunnen worden toegepast (Heycop ten Ham et al., 2014).

Dit hebben de auteur en de opdrachtgever doen besluiten om een onderzoek te verrichten naar beeldende werkvormen die aan de hand van de transdiagnostische factoren ingezet kunnen worden bij forensisch psychiatrische patiënten van het PPC. Naar aanleiding van het onderzoek is dit boek ontwikkeld. Zowel het onderzoek als het werkvormenboek zijn onderdeel van de afstudeertentamens van de opleiding die in een periode van vijf maanden zijn ontwikkeld. De auteur werd

tijdens dit proces ondersteund door de deskundigheid van Marjan Helmich (Beeldend therapeut PPC Zwolle) en Gemmy Willemars (Docent Creatieve Therapie aan de Hogeschool Utrecht). Ook zijn alle beeldend therapeuten van het PPC als respondenten ondervraagd voor het onderzoek. In dit werkvormenboek zijn tevens foto's opgenomen ter ondersteuning van de tekst. De werkstukken op de foto's en de foto's zelf zijn gemaakt door de auteur.

Het boek bevat acht hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt uitleg gegeven over het Penitentiair Psychiatrisch Centrum. Er wordt beschreven hoe het PPC is ontstaan, waar het PPC voor dient en wat de behandelvisie is van de instelling. Maar ook de doelgroep van het PPC en de inzet van beeldende therapie in het PPC wordt nader toegelicht. In hoofdstuk 2 wordt uitleg gegeven over de transdiagnostische factor 'Executieve functies' in relatie tot de doelgroep en de beeldende therapie. Aansluitend worden de werkvormen ten aanzien van de executieve functies beschreven. In hoofdstuk 3 wordt de transdiagnostische factor 'Emotieregulatie' in relatie tot de doelgroep en de beeldende therapie toegelicht. Aansluitend zijn de werkvormen ten aanzien van de emotieregulatie opgenomen. Hoofdstuk 4 bevat de uitleg en onderbouwing van de transdiagnostische factor 'Waarneming' in relatie tot de doelgroep en de beeldende therapie. Daaropvolgend zijn de werkvormen voor deze factor opgenomen. In hoofdstuk 5 is de transdiagnostische factor 'Arousal' met betrekking tot de doelgroep en de beeldende therapie toegelicht en onderbouwd, waarna vervolgens de werkvormen voor deze factor zijn opgenomen. Hoofdstuk 6 betreft de factor 'Sociale interactie' die net als voorgaande hoofdstukken uitleg geeft over de factor, de relatie met de doelgroep en de relatie met de beeldende therapie. Daaropvolgend zijn de werkvormen voor deze factor opgenomen. In hoofdstuk 7 wordt uitleg gegeven over de factor 'Verlies' (in relatie tot de doelgroep en de beeldende therapie) en zijn ook de werkvormen voor deze factor beschreven. Tot slot is er extra aandacht besteed aan 'fröbel-werkvormen' in Hoofdstuk 8. Dit hoofdstuk geeft uitleg over (het doel van) fröbelen en bevat een reeks aan 'fröbel-werkvormen'. Na alle hoofdstukken is de literatuurlijst opgenomen en is er ruimte gemaakt om aantekeningen in het boek te maken.

Dit boek zal in opdracht van PPC Zwolle gedrukt worden voor de vier locaties van het PPC, de bibliotheek van de Hogeschool Utrecht te Amersfoort en de Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Verwijzen naar dit boek als bron kan enkel via de HBO-kennisbank vanwege de ontbrekende uitgever.

Het Penitentiair Psychiatrisch Centrum

In 2009 is in het kader van Vernieuwing Forensische Zorg het Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) in het leven geroepen om de behandeling van justitiabelen in detentie intensiever te ondersteunen. Het PPC is een afdeling in de gevangenis die speciaal ingericht is voor justitiabelen die vanwege hun psychiatrische problematiek niet goed functioneren binnen het reguliere gevangeniswezen (Driel et al, 2017). Zoals beschreven in het wetsboek kunnen gedetineerden overgeplaatst worden naar een PPC, indien zij in verband met een psychiatrische stoornis geïndiceerd zijn voor forensische zorg of onderzocht moet worden of forensische zorg is geïndiceerd (Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden, 2017, artikel 20c). Het PPC is onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen en kent vier locaties: Den Haag, Vught, Zaanstad en Zwolle. In totaal zijn er 600 plaatsen voor patiënten. Zwolle is de enige locatie die ook plaatsen heeft voor vrouwelijke patiënten. De gemiddelde verblijfsduur van justitiabelen is drie tot vijf maanden, wat van invloed is op de behandeling. De behandeling is namelijk vaak gericht op stabilisatie, omdat er in veel gevallen onvoldoende tijd is om de onderliggende problematiek aan te pakken (Helmich, 2013). De afdelingen zijn ingericht op verschillende zorgniveaus die op hun beurt weer zijn samengesteld uit gedrags- en patiëntkenmerken. Denk bijvoorbeeld aan patiënten die juist wel of niet groepsgeschikt zijn. Ook het personeel is speciaal opgeleid tot forensisch therapeutische werkers en biedt passende zorg. Een team van behandelaren (o.a. psycholoog, psychiater, zorg en behandel inrichtingswerkers, geneeskundige, arts, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vaktherapeut) die aangestuurd worden door een behandelcoördinator, voert de behandelplannen van een PPC afdeling uit (Helmich, 2013).

1.1 Behandelvisie

Het PPC biedt tweedelijns forensische zorgverlening en heeft een multidisciplinair karakter (Dijkstra et al, 2017). De zorg sluit aan bij de forensische en reguliere GGZ, en ook de kwaliteit van de zorg is gelijk aan de zorg in de vrije samenleving, al wordt daarbij rekening gehouden met de beperkingen van detentie (Roorda, 2017). De kerntaak van het PPC betreft dan ook het bieden van verantwoorde psychiatrische zorg binnen het gevangeniswezen. Continuïteit van de zorg en het verminderen van risicofactoren aangaande crimineel gedrag behoren ook tot het takenpakket van het PPC (Roorda, 2017). Al is dit laatste niet altijd een haalbaar doel, gezien de complexe problematiek van de patiënt en de relatief korte tijd van verblijf. In dat geval richt men zich op stabilisatie van de problematiek (Helmich, 2014). De diversiteit in ziektebeelden en het functioneren bij de patiënten maakt

ook dat er voor iedere patiënt een specifiek toegespitst behandel- en begeleidingsaanbod noodzakelijk is (Driel et al., 2017).

Het eerder genoemde doel om continuïteit van de zorg te bewerkstelligen wordt ook zichtbaar in de samenwerkingsverbanden tussen het PPC en de hulpverlening buiten de muren. Tijdens het verblijf op het PPC wordt er contact onderhouden met andere hulpverleners van de patiënt en in de voorbereiding van de nazorg wordt er met de patiënt en (toekomstige) hulpverleners gezocht naar passende zorg buiten de muren (Driel et al., 2017). Door de samenwerkingsverbanden wordt dit proces versoepeld.

1.2 De doelgroep

De doelgroep betreft zowel volwassen mannen als vrouwen, al zijn de mannen in de meerderheid met negentig procent. Sommige zijn in afwachting van de rechtszaak, anderen zijn al afgestraft: in het PPC kunnen volwassen justitiabelen met alle strafrechtelijke insluitingstitels worden geplaatst (Dijkstra et. Al., 2017). Zij worden vanaf het moment van plaatsing vaker aangesproken met de term ‘patiënt’ vanwege het ingebodde behandelklimaat. De grootste overeenkomst tussen deze patiënten is dat zij allen verdacht worden van een delict en vanwege psychiatrische problematiek ontregelen op de reguliere afdelingen (Driel et al., 2017). In de meeste gevallen is er ook sprake van een langdurige justitiële en psychiatrische voorgeschiedenis, waarbij hulpverlening buiten detentie onvoldoende tot zijn recht kwam (Werkgroep Uitwerking Zorgvisie, 2017). Ook kent deze doelgroep een grote culturele verscheidenheid (Helmich, 2014). De diagnoses en problematieken van deze populatie lopen zeer uiteen. De problematieken zijn zeer complex en er is vaak sprake van comorbiditeit. Middelengebruik is een veel voorkomend probleem onder deze populatie (Helmich, 2014). Maar ook een licht verstandelijke beperking, psychotische symptomen, depressieve symptomen en persoonlijkheidsproblematiek komt veel voor in het PPC (DJI, 2012; Helmich, 2013). Tevens heeft de meerderheid van de patiënten impulscontrole problematiek, een tekort aan sociale inbedding en psychosociale problematiek. Helmich (2014) schrijft: “Vanwege hun ernstige beperkingen is er vaak nauwelijks sprake van ziektebesef en ziekte-inzicht” (p. 10). Dit maakt, in combinatie met alle stressfactoren die detentie met zich mee brengen en het feit dat de doelgroep niet vrijwillig kiest voor verblijf, dat verbetering of verandering vaak moeizaam op gang komt (Helmich 2013). Ook automutilatie en suïcide komt voor binnen het gevangeniswezen, maar komt uitzonderlijk veel voor bij de vrouwenpopulatie.

1.3 Beeldende therapie

Rond 2010 maakten PPC afdelingen en beeldend therapeuten (en vaktherapeuten in het algemeen) voor het eerst kennis met elkaar (Helmich, 2013). Beeldende therapie kent wel haar geschiedenis in de forensische psychiatrie, maar iedereen moest destijds nog kennis maken met het nieuwe ‘PPC-concept’. Ondertussen zijn de beeldend therapeuten een belangrijke schakel in het multidisciplinair

behandelteam. De beeldende therapie wordt enerzijds ingezet om een bijdrage te leveren aan observatie en diagnostiek, anderzijds om de patiënten te behandelen voor de problematiek die is vastgesteld (Helmich, 2013). Omdat beeldende therapie een ervaringsgericht karakter heeft, sluit deze vorm van therapie goed aan bij het handelingsgerichte karakter van de PPC-populatie (Smeijsters & Cleven, 2004). De inadequate overlevingsmechanismen van de patiënt worden zichtbaar in het (medium)gedrag en worden bewerkt met oefeningsgerichte en ervaringsgerichte interventies (Smeijsters & Cleven, 2004). Vaak ligt daar ook een tekort aan emotionele vaardigheden aan ten grondslag, die juist in de beeldende therapie ontwikkeld kunnen worden door emoties tot expressie te brengen met beeldend materiaal en dit nader te onderzoeken (Smeijsters, Willemars, Kil, Kurstjens, Welten & Dijkema, 2012; Smeijsters, 2014). Het scheppende karakter van de beeldende therapie en de mogelijkheid om belevingen te projecteren in een beeld dat buiten de patiënt staat en daar betekenis aan te geven en te bewerken, hebben een positieve werking op het zelfbeeld van deze populatie (Baeten, 2007; Smeijsters et al., 2012). Uit onderzoek blijkt dan ook dat veranderingen in het zelfbeeld van invloed zijn op het afnemen van delinquent gedrag (Menger, Krechtig & Bosker, 2016). Ook het non-verbale aspect van de beeldende therapie en de afstand die gecreëerd wordt door via het medium te communiceren is een belangrijke aanvulling op het behandelaanbod voor deze doelgroep die zichzelf maar moeilijk bloot geeft (Liebmann, 1994; Smeijsters et al., 2012).

De meest voorkomende en passende behandeldoelen in de beeldende therapie van het PPC zijn geformuleerd door Helmich (2013), beeldend therapeut van PPC Zwolle:

- Losmaken, identificeren, uiten van en reflecteren over gevoelens
- Versterken van zelfwaardering, leren beslissingen nemen en versterken van copingvaardigheden en sociale vaardigheden
- Doorbreken van de afweer, openheid ontwikkelen
- De zelfcontrole vergroten; leren beheersen van boosheid en overzicht krijgen
- Zoeken en uitproberen van handelings- en gedragsalternatieven

De patiënt wordt in overleg met de behandelcoördinator, vaak tijdens een multidisciplinair overleg aangemeld voor beeldende therapie. Tijdens en na de behandeling plant de beeldend therapeut ook tussen- en eindevaluaties in met de patiënt, als de tijd het toe laat. Het is namelijk kenmerkend voor behandeling in het PPC dat patiënten kort verblijven en (vrij) onverwachts kunnen vertrekken, waardoor de behandeling soms amper of niet afgerond kan worden. Hier wordt alvorens rekening mee gehouden (Helmich 2013). Door het (eerdere) delictgedrag van patiënten en de kans op herhaling behoort het waarborgen van de fysieke veiligheid ook tot het takenpakket van de beeldend therapeut. Bijvoorbeeld door gevaarlijke materialen in afsluitbare kasten te bewaren en af te stemmen op de patiëntgebonden risico's (Schweizer et al., 2009). Naast de fysieke veiligheid is er

ook veel aandacht voor de abstracte veiligheid binnen de therapie, gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep (Helmich, 2013). Denk aan hechtingsproblematiek, slechte ervaringen met hulpverlening, de behoefte aan veiligheid en geborgenheid gedurende de detentieperiode: factoren die allemaal van invloed zijn op de veiligheid die de patiënt ervaart en het wel of niet aanslaan van behandeling.

Executieve functies

Inleiding

De executieve functies worden ook wel omschreven als mentale capaciteiten die nodig zijn voor het kunnen formuleren van doelen, het kunnen plannen van mogelijkheden om die doelen te bereiken en het effectief kunnen uitvoeren van deze plannen (Lezak, 1982). Deze executieve functies heeft de mens nodig om cognitieve activiteiten, emotionele responsen en gedrag te organiseren, controleren en richting te geven (Van Heykop ten Ham, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2014). Ze bestaan uit:

1. Het richten en vasthouden van aandacht
2. Impulscontrole en zelfregulatie
3. Starten met activiteiten
4. Het werkgeheugen
5. Mentale flexibiliteit
6. Plannen en organiseren
7. Probleemoplossende strategieën
8. Zelfreflectie

Patiënten met problemen in de executieve functies hebben vaak moeite om zaken af te ronden zoals studie of werk, overzien vaak de consequenties van hun gedrag niet, hebben moeite met het vasthouden van betekenisvolle sociale relaties en hebben in het algemeen vaak problemen op sociaal-maatschappelijk gebied. Problemen die ook kenmerkend zijn voor de populatie op het PPC en veel voorkomen bij patiënten met impulscontroleproblematiek (Helmich, 2014). Een tekort aan impulscontrole is dan ook een veel voorkomend probleem bij patiënten op het PPC. Andere veelvoorkomende problemen van deze doelgroep, zoals piekeren, een gebrek aan ziekte-inzicht en zich laten leiden door emoties zijn ook te koppelen aan de executieve functies (Helmich, 2014; Driel et al., 2017; Van Heykop ten Ham et al., 2014).

Beeldende therapie biedt uitkomst om problemen met het executief functioneren te behandelen, omdat beeldende vormgevingsprocessen een beroep doen op de executieve functies (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Bijvoorbeeld door het plannen voorafgaand aan het beeldend werken en het gebruik van probleemoplossende strategieën gedurende het beeldend werken. Door het ervaringsgericht werken van de beeldende therapie kan de patiënt in het hier en nu zijn executieve functies inzetten, onderzoeken en trainen. Door het visuele en tastbare aspect van beeldend vormgeven zijn de handelingen (en de gevolgen daarvan) terug te zien in het werk en zijn zodoende ook de ontwikkelingen van de patiënt blijvend zichtbaar (Smeijsters et al., 2012). Deze zichtbaarheid is een zeer

belangrijk aspect, omdat mensen met executieve disfuncties manieren (bijv. vermijding) hebben ontwikkeld om leerprocessen niet onder ogen te komen en moeizaam op gang te brengen (Van Heykoop ten Ham et al., 2014; Smeijsters et al., 2012). Terwijl zij door deze zichtbaarheid beperkingen, mogelijkheden en ontwikkelingen letterlijk onder ogen komen.

In dit hoofdstuk zijn de executieve functies opgedeeld in twee thema's: planmatig werken en het zelf- en ziekte inzicht. Onder planmatig werken vallen alle executieve functies waarbij de nadruk ligt op het formuleren, plannen en behalen van doelen. Bij het ziekte- en zelfinzicht staat alleen de zelfreflectie centraal.

2.1 Planmatig werken

Bij planmatig werken gaat het om het vermogen doelen te kunnen formuleren, plannen en behalen. Het betreft alle executieve functies, waarbij het aan de therapeut is om te focussen op de functies die aansluiten bij de context van de patiënt en zijn behandeldoel. In sommige gevallen zal het gaan om het vergroten van de impulscontrole, in andere gevallen om bijvoorbeeld het leren vasthouden van de aandacht. Werkvormen die meerdere stappen in zich hebben, die een planmatige aanpak vereisen, ontlenen zich goed voor het aanleren of verbeteren van planmatig werken (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). De materialen die bij de werkvormen worden aangeboden zijn niet of nauwelijks vanuit impuls te bewerken en vergen systematiek, overdenkingen en rust (Willemars et al., 2013). De patiënt kan pas aan het werk als het plan er ligt of zal vrij snel vastlopen wanneer hij van start gaat zonder plan. Ook zal hij vastlopen of niet tot het goede eindresultaat komen als hij stappen overslaat of onzorgvuldig te werk gaat. Omdat dit in het moment zichtbaar wordt, kan het gedrag (en diens gevolgen) in het moment bewust gemaakt worden door het te benoemen (Smeijsters et al., 2012). Ook kunnen op dat moment gedragsalternatieven worden geformuleerd die vervolgens tijdens het beeldend werken geoefend worden. Daarnaast leert de patiënt zich te verhouden tot de statische gegevens van de werkvorm en het materiaal, waardoor ook zijn mentale flexibiliteit en oplossingsstrategieën worden aangesproken (Baeten, 2007). Belangrijk is de begeleiding van de therapeut in de vorm van adviezen, voorbeelden en reflectie, zodat de patiënt zich daadwerkelijk kan blijven ontwikkelen en niet continue negatieve ervaringen opdoet met de werkvorm, het materiaal en zichzelf (Smeijsters et al., 2012; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018).

Steen bewerken

Het bewerken van steen vergt een plan, concentratie en doorzettingsvermogen. De patiënt moet zijn kracht doseren en omdat fouten nauwelijks zijn te herstellen is alertheid een vereiste. De patiënt kan zelf bepalen wat hij van de steen wilt maken.

Doel: Impulscontrole, planmatig werken

Bron: (Baeten, 2007)

Vaas maken met de draaischijf

Het draaien van een vaas op een draaischijf doet een appél op het richten van de aandacht. Geef uitleg over de techniek. Vraag de patiënt vervolgens om een vaas te maken op de draaischijf.

Doel: Richten en vasthouden van de aandacht

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)



Figuur 1: Een huis van klei bouwen

Als je niet in het bezit bent van een kleiwals, dan kunnen de kleiplaten gemaakt worden door twee houtlatjes van gelijke hoogte langs de klei te leggen en over de klei te rollen.

Een huis van klei bouwen

Het bouwen van een huis met klei heeft meerdere stappen in zich. Eerst worden de kleiplaten gemaakt. Vervolgens bouwt de patiënt een huis van klei. Hierbij moet hij rekening houden met de stevigheid en de verbindingen. Ook zal hij een goed plan moeten hebben, zodat hij bijvoorbeeld niet na het opbouwen van het huis nog ramen moet snijden uit de kleiplaten.

Doel: Planmatig werken

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Een kubus van blink

De patiënt haalt zes vierkanten uit een blinken plaat en soldeert deze platen aan elkaar tot een kubus. Kies ervoor om hem juist wel of geen gereedschap aan te bieden. Zonder gereedschap of met het minimale gereedschap wordt de patiënt extra uitgedaagd om de werkvorm tot een goed einde te brengen.

Doel: Impulscontrole, planmatig werken

Bron: (Baeten, 2007)

Lino- of zeefdruk

Het maken van een lino- of zeefdruk vraagt ook om een planning, het stapsgewijs werken en het bewaren van de rust. Van te voren moet bewust nagedacht worden over onder andere het gebruik van te dunne lijnen, de spiegeling van de afbeelding, vlakgebruik en lijngebruik. Leg de patiënt van te voren de instructies van de techniek uit. Maak een keuze om met de patiënt samen de stappen te doorlopen of de patiënt juist zelfstandig aan het werk te zetten. Houd daarbij het juiste gebruik van de techniek, de veiligheid en zorgvuldigheid in de gaten.

Doel: Impulscontrole, planmatig werken

Bron: (Baeten, 2007)

Afvalsculptuur

Alvorens kan de patiënt gevraagd worden om restafval te verzamelen. Zorg anders dat er restafval aanwezig is in de beeldende ruimte. Vraag de patiënt een werkstuk te maken met het restafval. Om het moeilijker te maken kan je voor de hand liggende gereedschappen of verbindingsmaterialen achterwege te laten, zodat de patiënt op een creatieve manier het restafval moet bewerken en verbinden.

Doel: Planmatig werken, mentale flexibiliteit vergroten

Bron: (Robbins, 1994)

Een voorwerp van aluminium

Aluminiumfolie is een interessant materiaal om mee te werken. De patiënt kan bijvoorbeeld eerst rolletjes, bolletjes of blokjes maken van het aluminium en daarmee bouwen, maar dit hoeft niet. De patiënt zal met een goed plan moeten komen en zal bij de uitvoering zich aan moeten passen aan hetgeen dat zich voordoet. Laat de patiënt van te voren goed weten wat het doel is van de opdracht, zodat hij voorbereid is op het moment van experimenteren, geduld en het inzetten van de oplossingsstrategieën.

Doel: Planmatig werken, mentale flexibiliteit, probleemoplossende strategieën verbeteren

Bron: (Robbins, 1994)

Mozaïek

Mozaïeken kan zo makkelijk of moeilijk gemaakt worden als men wilt. In dit geval is het juist de bedoeling om het mozaïeken wat moeilijker te maken waardoor er een beroep op de patiënt wordt gedaan om planmatig te werken. Een moeilijke afbeelding met veel lijnen, vlakken en kleuren maakt het voor de patiënt al moeilijk. Maar er kan ook voor gekozen worden om op een voorwerp te mozaïeken waardoor ook rekening gehouden dient te worden met de vormen van het voorwerp. Mozaïek kan niet vanuit impuls of roekeloosheid bewerkt worden, waardoor de patiënt genooddaakt is om zijn energie te doseren, zorgvuldig te werken en zich aan de planning te houden.

Doel: Impulscontrole, planmatig werken, flexibele mentaliteit vergroten

Bron: (Swaen & Vissers, 2001)

Gips met verf mengen

Om de mentale flexibiliteit van de patiënt te vergroten, kan goed gewerkt worden met gips en verf. Door het gips alvorens met verf te mengen, zal het gips extra snel verharden tijdens het werken. De patiënt wordt zo uitgedaagd om zich te verhouden tot het materiaal.

Doel: Mentale flexibiliteit vergroten

Bron: (Baeten, 2007)

Een ringen-pot

Bij het maken van een ringen-pot zal de patiënt goed moeten plannen. Want hoe worden de ringen opgebouwd, hoe blijven de ringen aan elkaar zitten en hoe zorgt de patiënt dat de pot zijn vorm krijgt zoals van te voren bedacht? Als de patiënt van te voren alle kleislierten al rolt dan zal de klei ook opdrogen en scheuren. Heeft de patiënt hier rekening mee gehouden en hoe gaat hij hiermee om? Geef eerst uitleg over de techniek. Vraag de patiënt daarna om een ringen-pot te maken. Kies ervoor om het maken van een plan juist wel of niet te benoemen en overleggen.

Doel: Planmatig werken

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Rechte lijn met nat in nat schilderen

De patiënt verdunt de verf, plakt het papier op de tafel en maakt het papier nat met een spons. De patiënt schildert rechte lijnen. Dit zal in eerste instantie uitlopen. Laat de patiënt zelf experimenteren. Als hij er niet uit komt kun je wat aanwijzingen geven. Het lukt om rechte lijnen te maken als het papier niet te nat is en de verf niet te dun.

Doel: Probleemoplossende strategieën verbeteren, mentale flexibiliteit vergroten

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)



Figuur 2: Rechte lijn met nat in nat schilderen

2.2 Zelf- en ziekte inzicht

Onder de executieve functies valt ook de zelfreflectie. Deze functie wordt ook gebruikt bij het planmatig werken, maar is bij het thema ‘zelf- en ziekte inzicht’ het uitgangspunt. De doelgroep van het PPC heeft vaak een tekort aan zelf- en ziekte inzicht (Helmich, 2014), waardoor werkvormen specifiek gericht op zelfreflectie niet mogen ontbreken. Door het visuele aspect van het beeldende medium kan de patiënt zichzelf, zijn proces en zijn problemen letterlijk in beeld brengen en ernaar kijken (Smeijsters et al., 2012). Doordat dit gebeurt via het medium kan de patiënt op een veilige en minder confronterende manier naar zichzelf kijken. Ook de symboliek die bij sommige werkvormen wordt gebruikt, zorgt voor een veilige en minder confronterende manier van kijken naar zichzelf. Daarnaast kan symboliek de patiënt spiegeling en verdieping terug geven (Smeijsters, 2014). Het maken van een werkstuk over zichzelf (in relatie tot zijn proces of zijn ziekte/probleem) draagt bij aan betrokkenheid bij, bewustwording van en inzicht in eigen ontwikkelingen (Robbins, 1994). Door de patiënt een werkstuk te laten maken over zijn proces wordt hij zich bijvoorbeeld bewust van stappen die hij al gezet heeft of van een gedragspatroon dat zijn proces in de weg zit. Ook zijn er een aantal werkvormen die de patiënt aanzetten tot het uitwerken van doelen voor de toekomst (en bijbehorende acties). Door dit uit te werken krijgt de patiënt een realistisch beeld van de te behalen doelen, staat hij stil bij zijn eigen motivatie en wordt hij hierdoor gemotiveerd om in actie te komen (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018). Daarbij helpen het structureringsvermogen en het visuele aspect van het beeldende medium om doelen en acties concreet te maken.

Het procesboek

De patiënt maakt een boekje waarin hij zijn leerproces van zijn (beeldend therapeutische) behandeling laat zien. Denk bij dit procesboek aan een verzameling van werkstukken, het formuleren en toetsen van doelen, het beschrijven van belevingen bij bepaalde processen, het vastleggen (en vieren) van mijlpalen enzovoorts. Hierdoor groeit zijn betrokkenheid bij zijn eigen proces en kan motivatie toenemen.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht vergroten

Bron: (Robbins, 1994)

Vlinder of bloem

Deze werkvorm wordt gedurende de beeldend therapeutische behandeling in gedeeltes aangeboden. Steeds als de patiënt een belangrijke stap maakt in zijn proces richting het behandeldoel, werkt hij een nieuw stadium van de groei uit. Stadia vlinder: ei, rups, cocon, vlinder. Stadia plant: zaadje, ontkiemt, stekje, bloem. Bij de eerste stap geeft de patiënt het eitje of het zaadje vorm. Materiaal is vrij.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht vergroten

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Werkstuk over de patiënt

Hoe je het ook brengt of aanpakt, soms komt het bij de patiënt niet binnen. Misschien gaat het om bepaald gedrag dat je van de patiënt wilt spiegelen of het effect van zijn gedrag op zijn omgeving. Dan kan het helpen om een werkstuk te maken over de patiënt. Laat de patiënt aan een werkstuk werken terwijl jij een werkstuk maakt over de patiënt. Denk goed na over wat je over wilt brengen en spits hierop toe. Voorkom dat de patiënt zich afgewezen of onbegrepen voelt door aannames zoveel mogelijk te vermijden, de mogelijkheden van de patiënt te belichten en hem zelf zoveel mogelijk zijn eigen interpretaties van het werk te laten benoemen.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Aardlagen

De patiënt werkt zichzelf uit in aardlagen. Hoeveel lagen zijn er en wat is er per laag te zien of ervaren? Vraag de patiënt ook zijn probleem/problemen/ziekte te verwerken in de aardlagen. Gaat het om een aardlaag, om een rots of worm bijvoorbeeld?

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (Hoving & Mansom, 2012)

Collage toekomst

Vraag de patiënt een collage te maken met betrekking tot zijn toekomst. Hoe ziet die eruit? Welke woorden en beelden passen daarbij? Wat moet er nog ontwikkeld worden voor die toekomst? Wat zijn dromen of doelen? Bespreek naderhand het werk.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Ik en het probleem

De patiënt maakt een werkstuk waarin hij zichzelf en zijn probleem verwerkt. Hoe verhouden deze twee zich tot elkaar? Wat valt er te zien aan het ik-werk en wat aan het probleem-werk? En wat gebeurt er als de twee werkstukken anders tegenover elkaar komen te staan?

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (Hoving & Mansom, 2012)

Monument van het probleem

Vraag de patiënt een monument van zijn probleem te maken met beeldende materialen. Hoe ziet dit eruit? Wat wil je doen als je naar het monument kijkt? Leg in de nabespreking steeds de link met de eigen problemen van de patiënt.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (Helmich, 2017)

De vis opdracht

Bij deze werkvorm maakt de patiënt drie tekeningen: een vis, een vis met een probleem en een vis met een oplossing. Vraag eerst de patiënt een vis te maken, daarna een vis met een probleem en tot slot de vis met de oplossing. De tekeningen worden op aparte vellen papier uitgewerkt. Bespreek samen de tekeningen. Herkent de patiënt zich in het probleem (en de oplossing) van de vis?

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)



Figuur 3: De vis opdracht

De eerste opdracht: het tekenen van een vis. Gemaakt met vetkrijt.



Figuur 4: De vis opdracht

De tweede opdracht: de vis heeft een probleem.



Figuur 5: De vis opdracht

De derde en laatste opdracht: de oplossing van het probleem.

De rotonde

De patiënt tekent/schildert een rotonde en geeft zichzelf een plek op die rotonde. Vervolgens ga je samen onderzoeken welke wegen er aan die rotonde zitten. Welke doelen wil de patiënt in de toekomst behalen? Welke wegen wilt hij bewandelen en wat is daarvoor nodig? Zolang de patiënt geen wegen ziet of bouwt, zal hij rondjes blijven draaien op de rotonde en niet vooruit komen.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Vasthouden en loslaten

De patiënt schrijft op een groot vel alle mogelijke problemen, van groot tot klein, die hij op dit moment ervaart. Alles wat in hem opkomt mag hij opschrijven. Vervolgens knipt hij alle onderwerpen uit en verdeelt deze samen in drie stapels ‘geen invloed, misschien/een beetje invloed, veel invloed’. Vervolgens legt hij de stapel ‘veel invloed’ op volgorde van belangrijkheid. Kijk in de stapel ‘misschien invloed’ ook of er nog zaken meegenomen moeten worden in die volgorde. Bespreek vervolgens of hij onderwerpen kan categoriseren, zaken opzij kan leggen en wat er dan overblijft. Bespreek wat hij in het hier en nu kan doen aan de belangrijkste problemen die overgebleven zijn.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (Helmich, 2017)

Copingstijlen

Verzamel afbeeldingen van situaties, emoties, handelingen met betrekking tot copingstijlen (denk ook aan typische copingstijlen van patiënten). Schrijf per vel papier één van de volgende woorden: positieve copingstijl, negatieve coping en vermijdende coping. Loop met de patiënt de afbeeldingen langs en laat de patiënt de afbeeldingen koppelen aan de copingstijlen. Ga met elkaar in gesprek waarom hij een bepaalde situatie of handeling aan de negatieve of juist positieve copingstijl koppelt, wat het effect is van zijn huidige copingstijl, enzovoorts.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Metamorfose-reeks

De patiënt maakt drie werkstukken. Eerst maakt hij een werkstuk van hoe hij nu is en een werkstuk van wie hij wilt zijn. Daarna maakt hij een werkstuk van de tussenstap. Deze werkvorm kan bij verschillende thema's en transdiagnostische factoren ingezet worden. De patiënt kan bijvoorbeeld de verandering ten aanzien van zijn emotieregulatie weergeven of de verandering ten aanzien van zijn sociale vaardigheden.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Levenslijn

De patiënt tekent een levenslijn richting de horizon. Deze loopt dus van breed (onderaan) naar smal bovenin. Bespreek samen wat de patiënt wilt bereiken in de toekomst en wat daarvoor nodig is. Laat de patiënt dit verwerken in de tekening door het erbij te schrijven of tekenen.

Doel: Zelf- en ziekte inzicht

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Emotieregulatie

Inleiding

Emotieregulatie wordt gedefinieerd als het vermogen om fysiologische, cognitieve en gedragsmatige reacties op externe of interne prikkels op te merken, subjectief te benoemen en constructief te uiten, te wijzigen en/of af te wikkelen (Heykoop ten Ham et al., 2014; Haeyen, 2007). Emoties hebben een signaalfunctie, een motiverende functie en een communicatieve functie en zijn daarom wel degelijk noodzakelijk voor het functioneren van de mens. Berking & Wupperman (2012) onderscheiden zeven fases van emotieregulatie:

1. Het vermogen om emoties op te merken
2. Het vermogen om emoties te identificeren en te benoemen
3. Het vermogen om de uitlokkende en in standhoudende factoren te herkennen
4. Het vermogen om emoties positief te beïnvloeden
5. Aanvaarding en het verdagen van emoties
6. Het toestaan van emoties om zinvolle acties te ondernemen
7. Compassionele zelfondersteuning

Het niet adequaat reguleren van emoties speelt een centrale rol bij veel verschillende psychische stoornissen (Van Heykoop ten Ham et al., 2014). Ook in het PPC kampt een groot deel van de populatie met een tekort aan emotionele vaardigheden en neemt emotieregulatie een belangrijke plek in binnen de beeldend therapeutische behandeling (De Geus, 2006; Helmich, 2013). De patiënten ervaren problemen omdat ze overspoeld worden door emoties, emoties wegdrukken of juist geen emoties ervaren (vlakheid) (Baeten, 2007). Ook agressieproblematiek komt regelmatig voor bij patiënten op het PPC. Beeldende therapie biedt unieke behandelmogelijkheden om verschillende redenen: emoties kunnen ervaren worden tijdens het beeldend werken, emoties kunnen geprojecteerd worden in het beeldende werkstuk, de emoties die anders zo abstract zijn worden nu concreet, visueel en tastbaar in de vorm van een werkstuk, er kan afstand genomen worden van het werkstuk en de emotie, en er kan betekenis verleent worden aan het werk en de emotie (Smeijsters, 2014; Smeijsters et al., 2012). Door de structuur van het materiaal en de therapie zelf kan op een veilige manier aandacht besteed worden aan de emoties van de patiënt (Schweizer et al., 2009). Emoties kunnen ervaren en geuit worden tijdens het beeldend werken en juist door de structureringsmogelijkheden van beeldende therapie kan controle gevoeld worden over die emoties (Smeijsters et al., 2012; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). Het non-verbale karakter van de therapie geeft de patiënt een andere taal om hun emoties in te communiceren en de mogelijkheid om emoties met een veilige afstand onder ogen te komen (Smeijsters, 2014; Willemars &

Helmich, 2010). De vele mogelijkheden van beeldende materialen zorgen er tevens voor dat de patiënt gradaties in emoties kan exploreren (Aarts, 2013; Smeijsters et al., 2012).

De werkvormen voor emotieregulatie zijn op te delen in twee categorieën: de cognitieve (verhalende) werkvormen en de lichaamsgerichte werkvormen. De cognitieve werkvormen bieden vaak educatie over emoties in het algemeen of geven inzicht in de emoties van de patiënt zelf, zonder dat de patiënt deze emoties direct hoeft te ervaren. De lichaamsgerichte werkvormen doen juist een áppel op de emoties van de patiënt en worden ingezet om emoties uit te lokken en te uiten in het medium. De inzet van de werkvormen is afhankelijk van de context. Dikwijls worden deze twee soorten werkvormen met elkaar afgewisseld.

3.1 Cognitieve werkvormen

Zoals net kort werd aangehaald, kan de patiënt met de cognitieve werkvormen (zijn) emoties onderzoeken zonder deze emoties direct te hoeven ervaren. Dit komt door de cognitieve benadering van de emoties: Welke emoties zijn er? Hoe zien ze eruit? Hoe zien ze er bij mij uit? Door deze cognitieve benadering kan de patiënt op een veilige afstand kennis maken met diverse (eigen) emoties en deze onderzoeken zonder overspoeld te raken door deze emoties. Dit biedt uitkomst voor de zeer kwetsbare patiënten van het PPC die snel uit balans raken. Voor deze kwetsbare patiënten en voor patiënten met een laag IQ helpt het visuele aspect van het beeldende medium ook om abstracte begrippen (zoals emoties) te begrijpen (Smeijsters et al., 2012). Het visuele aspect speelt tevens een belangrijke rol bij de cognitieve werkvormen, omdat de patiënt zo met beeldende materialen emoties (en bijbehorende zaken) voor zichzelf inzichtelijk kan maken. Ook voor minder kwetsbare patiënten bieden cognitieve werkvormen uitkomst, omdat de patiënt door het beeldende vormgevingsproces, de beeldende materialen, het eindwerk en de symboliek tot verdieping kan komen (Smeijsters, 2014; Smeijsters & Cleven, 2004). Door bijvoorbeeld de patiënt zijn binnen- en buitenkant vorm te laten geven, krijgt hij zicht op de verschillen en overeenkomsten tussen die binnen- en buitenkant. Heeft hij bijvoorbeeld minder aandacht besteed aan de binnenkant of is de binnenkant veel grauwer dan de vrolijk versierde buitenkant? Doordat de patiënt dit letterlijk kan zien en dit benoemd wordt in het contact met de therapeut zal zijn bewustzijn hierover groeien. Op deze manier geeft de symboliek ook iets terug aan de patiënt (Smeijsters, 2014). Door de vele mogelijkheden van beeldende materialen kan de patiënt ook gradaties in emoties exploreren (Aarts, 2013; Smeijsters et al., 2012).

De emotiethermometer

Vraag de patiënt een thermometer te tekenen met getallen van 0 tot 5 (of 10). Dit kan op een vel papier, maar kan ook met andere materialen. Laat de patiënt aangeven hoe hoog hij in zijn emoties zit. Pak de emotiethermometer er elke sessie weer bij om te oefenen met het signaleren van (de intensiteit van) emoties.

Doel: Herkennen van emoties

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Zelfportretten met handspiegels

Hoe ziet een emotie in de gezichtsuitdrukking er eigenlijk uit? Vraag de patiënt zijn gezicht in de handspiegel te bestuderen terwijl hij verschillende emoties uitdrukt. Laat hem de verschillen benoemen. Vraag hem één emotie uit te kiezen en deze na te tekenen d.m.v. een zelfportret. Een volgende stap kan zijn om ledenpoppen erbij te pakken en samen te onderzoeken hoe emoties in houdingen zichtbaar worden.

Doel: Herkennen van emoties

Bron: (E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Huiswerkopdracht: Wat ziet mijn omgeving?

Wat ziet de omgeving van de patiënt? Vraag de patiënt om buiten de therapie aan zijn omgeving te vragen wat anderen zien aan hem wanneer hij bepaalde emoties voelt/laat zien. Bespreek in de therapie het resultaat en pas het signaleringsplan eventueel aan.

Doel: Herkennen van emoties

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Emotiedagboek

Vraag de patiënt om elke dag bij te houden welke emoties hij heeft gevoeld. Eventueel ook bij welke situaties hij deze emoties voelde en hoe intens hij de emoties voelde (van 0 tot 5). De werkvorm kan uitgebouwd worden door de patiënt te vragen er elke dag een tekening bij te maken.

Doel: Herkennen van emoties

Bron: (Haeyen, 2007; M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Smileys

Onderzoek de verschillende smileys: Wat voor emotie past er bij deze smiley? Welke smileys spreken je aan en welke niet? Welke smileys herken je bij jezelf? Welke smiley past bij je huidige gemoedstoestand? Vraag de patiënt deze smiley (na) te tekenen/ in te kleuren/ te schilderen. Dit kan met meerdere emoties gedaan worden.

Doel: Herkennen van emoties

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Signaleringsplan

Gebruik een bestaand signaleringsplan of stel hem zelf samen (aangepast op de patiënt). Vul samen het vel in. Betrek dagelijkse situaties, het delict(gedrag), positieve ervaringen met het oplossen van emotie-problemen, enz. erbij. Belangrijk is dat de patiënt wat kennis heeft van emoties (d.m.v. psycho-educatie) en aan de hand van eigen ervaringen zijn signaleringsplan in kan vullen. Biedt een beeldende werkvorm aan zodat hij in het hier en nu ervaringen met emoties op doet en dat kan gebruiken om te verwerken in zijn signaleringsplan.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Signaleringscirkel

Vraag de patiënt een signaleringscirkel te maken zonder tekst, maar met afbeeldingen en kleur. In het midden van de cirkel gaat alles goed, hoe verder naar buiten, hoe slechter het gaat. Naar boven is bijvoorbeeld boos, naar beneden bijvoorbeeld verdrietig. Laat de patiënt zelf bepalen welke emoties in zijn cirkel voorkomen en hoe hij ze vormgeeft.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

De ijsberg

Vraag de patiënt een ijsberg te tekenen: een berg die half onder water staat. Onderzoek samen wat de patiënt laat zien (boven het water) en wat er vanbinnen bij hem speelt. De patiënt schrijft of tekent dit in de tekening.

Doel: Herkennen van emoties

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Emoties en grenzen

Vraag de patiënt een vorm (cirkel, ovaal, vierkant) op papier te tekenen die staat voor het hoofd. Vraag bij de patiënt uit welke emoties hij ervaart op dit moment en laat hem dit in de vorm tekenen/schilderen. Iedere emotie krijgt een andere kleur (en patroon/structuur). Hoe groot gedeelte van de vorm krijgt een bepaalde emotie? Welke emotie is het grootst en welke het kleinst? Zitten er ook prettige emoties tussen? Onderzoek samen wat de patiënt kan doen om een bepaalde emotie af te laten nemen of juist te vermeerderen. De patiënt kan deze werkvorm een tweede keer uitvoeren alleen nu met de gewenste situatie.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Helmich, 2017)



Figuur 6: Emoties vormgeven

Eerst is het hoofd gemaakt van klei. Vervolgens is er een lichaam aan toegevoegd met verbrand krantenpapier.

Emoties vormgeven

Vraag de patiënt een bol te maken van klei en vorm hier een gezicht met emotie in. Vervolgens is het materiaal vrij en geeft de patiënt het gezicht ‘een lichaam’. Dit hoeft geen lichaam met armen en benen te zijn, maar mag in materiaal/vorm/kleur keuze bestaan uit wat de patiënt op dat moment ervaart. Bijv. een bak met spijkers, een stuk speksteen, een stok enz. Omgekeerd kan ook: Maak van klei een lijf en bedenk daar een passend ‘hoofd’ bij. Bijv. een emmer die overloopt, een ballon op knappen enz.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Helmich, 2017)

Gevoelsmasker

Vraag de patiënt een masker te maken. Je kunt kant en klare maskers gebruiken die bewerkt kunnen worden of de patiënt zelf een masker laten maken van bijv. papier maché. De buitenkant van het masker staat voor wat hij voelt van binnen, de buitenkant voor wat hij laat zien aan de buitenkant. De patiënt kan ook twee gevoelsmaskers maken: één gevoelsmasker van hem als de dader en één gevoelsmasker van hem als het slachtoffer.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Robbins, 1994; Diepenmaat, 2004)

Ik-doojsje

De binnenkant van het doosje staat voor de gevoelens van de patiënt, de buitenkant staat voor wat de patiënt aan anderen laat zien. Vraag de patiënt zijn eigen doos

(buiten- en binnenkant) vorm te geven. Door de doos bijvoorbeeld te beschilderen en beplakken of door er iets in te stoppen. Wat is er te zien aan de binnen- en buitenkant? Welke verschillen en overeenkomsten zijn te ontdekken?

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Budde, 2008; Helmich, 2017)

Gevoelseiland

Vraag de patiënt een tekening van een eiland te maken vanaf het bovenaanzicht. Laat hem zijn emoties uitdrukken/vormgeven aan de hand van deze ‘atlas’. Help de patiënt op weg door de verschillende landschapselementen te bespreken: Welke emoties staan ver uit elkaar? Welke hulpbronnen zijn er te vinden? Is er op het eiland een woestijn, een vulkaan, berg, een rivier? En waar staat deze dan voor?

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Haeyen, 2007)

Emotiehuis

Vraag de patiënt een driedimensionaal emotiehuis te maken. Laat hem het huis opbouwen, de kamers verdelen onder emoties en deze kamers aankleden. Is de kamer van deze emotie groot of klein? Wat is het verschil met de kamer van die andere emotie? Welke kleuren heeft de kamer? Is de kamer opgeruimd of een rommel? Zit er een deur in de kamer en wat voor deur?

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Robbins, 1994; Haeyen, 2007)

3.2 Lichaamsgerichte werkvormen

Een verklaring voor de lichaamsgerichte werkvormen is grotendeels te vinden in het analoge procesmodel. Dit theoretische verklaringsmodel benadrukt de overeenkomst tussen vormgevingsprocessen van de patiënt in de beeldende therapie en de wijze waarop deze patiënt denkt, voelt en handelt in het dagelijks leven (Schweizer et al., 2009). Dit innerlijke voelen wordt gekenmerkt door een *vitality affect*, een dynamisch patroon van het kernzelf die in het hier en nu (tijdens het beeldend vormgeven) een beeldende vorm vindt die daar analoog aan is (Smeijsters, 2008). Daarbij gaat het niet om het onbewuste naar boven te halen, maar puur om vorm te geven wat er van binnen speelt. Hierdoor krijgt de patiënt de mogelijkheid om -in de veilige en gekaderde omgeving van de therapie- uiting te geven aan zijn emoties en deze te onderzoeken. Door de patiënt in de therapie op een gecontroleerde en gerichte manier te laten werken met zijn emoties, leert hij ook om deze emoties adequaat te uiten (Baeten, 2007). In plaats van het destructief uiten van emoties (automutilatie, agressie, enz.) leert de patiënt nu om deze emoties te uiten tijdens beeldende vormgevingsprocessen en daarmee iets op te bouwen. Alleen al de positieve ervaring van het adequaat uiten van zijn emoties kan de patiënt aanzetten om vaker (ook buiten de therapie) zijn emoties op adequate wijze te uiten. Daarnaast krijgt de patiënt in de therapie nieuwe handelingsalternatieven aangeboden en aangeleerd om buiten de therapie zijn

emoties te reguleren. Voor alle lichaamsgerichte werkvormen geldt dat de therapeut moet waken voor het ongecontroleerd en onveilig ervaren en uiten van emoties (R. van der Voorde, persoonlijke communicatie, 30 maart 2018). Dit kan niet alleen een negatieve ervaring voor de patiënt teweeg brengen, maar hem ook uit balans halen. Bij deze forensisch psychiatrische doelgroep kan dat tot gevaarlijke situaties leiden.

Voeldoos

Leg allerlei materialen klaar met verschillende structuren. Vraag de patiënt een voeldoos te maken door een (schoenen)doos te vullen met allerlei soorten materialen. Maak verschillende ingangen door gaten te knippen in de zijken van de doos en deze gaten iets af te dekken met een lapje stof of karton. Onderzoek samen welke materialen prettig voelen en welke niet.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Budde, 2008)

Landschap

Vraag aan de patiënt een landschap te maken dat past bij zijn gemoedstoestand. Is het er koud of juist warm/benauwd? Is het er vredig of onrustig? Inspiratie kan opgedaan worden met afbeeldingen van verschillende soorten landschappen. Vraag de patiënt zoveel mogelijk staand te werken, zodat hij in beweging komt met zijn lichaam en hij in contact komt met zijn emoties.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

De vier elementen

De vier elementen betreffen water, vuur, aarde en lucht. Ieder element heeft zijn eigen kenmerken:

- Aarde: grond, basis, rust, vastigheid
- Water: emotie, vloeien, stromen
- Vuur: passie, felheid, conflict
- Lucht: vluchtig, gedachten, licht

Vraag de patiënt een element abstract uit te werken waar hij zich mee kan identificeren of waar hij erg bekend mee is. Vraag de patiënt hierna een andere (tegenovergesteld of onbekend) element uit te werken. Abstract schilderen en staan tijdens het schilderen helpt om de patiënt bij zijn emoties te laten komen.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Haeyen, 2007)



Figuur 7: Een emotie schilderen

Er werd getracht boosheid te schilderen, maar naderhand ziet de maker er meer angst in. In het dagelijks leven van de maker zit er onder de boosheid dan ook vaak angst. Gemaakt met acrylverf.

Een emotie schilderen

Vraag de patiënt abstract een emotie te schilderen. Laat de patiënt staand werken. Door het vloeiende materiaal, de abstractie en de bewegingen (door het staan) komt de patiënt in contact met zijn emoties.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

De vier basisemoties

Introduceer de vier basisemoties bij de patiënt. Vraag de patiënt de vier basisemoties (boos, bang, blij, bedroefd) uit te werken in vier losse (abstracte) werkstukjes. Bied verschillende materialen aan zodat de patiënt direct kennis maakt met verschillende materialen

Doel: Emotieregulatie

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Smijtmuur

Als de patiënt hoog in zijn emotie zit, vraag hem dan om klei te gooien tegen de smijtmuur. Om het constructief uiten van emoties te bevorderen kun je ook een aantal cirkels op de smijtmuur tekenen en de patiënt vragen de targets te raken. Let goed op bij wie en wanneer je de werkvorm aanbiedt: emoties kunnen ook te hoog oplopen en zorgen voor gevaarlijke situaties.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Baeten, 2007; J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Stampen in klei

Door met de vuisten in klei te stampen, komt het lichaam in beweging. Dit kan juist voor ontlading zorgen, maar ook voor het uitlokken van de emoties. Let goed op bij wie en wanneer je de werkvorm aanbiedt: emoties kunnen ook te hoog oplopen en zorgen voor gevaarlijke situaties.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Een stuk speksteen

Leg van te voren aan de patiënt uit dat het gaat om het constructief uiten van emoties door doelgericht en gecontroleerd te werken. Zeg er ook bij dat als de patiënt ongecontroleerd te werk gaat, hij stopgezet zal worden. Vraag nu de patiënt een stuk van de speksteen te halen. Als je werkt met patiënten die veel kracht in zich hebben, kies dan voor een hardere steensoort.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Baeten, 2007; R. van der Voorde, persoonlijke communicatie, 30 maart 2018)

Kairos

De Griekse God Kairos is een god met een gouden haarlok. Hij staat voor het juiste moment pakken: hij is zo snel als de wind, maar lukt het jou om zijn haarlok te pakken? Vertel van te voren het verhaal van de Griekse god Kairos en leg de werkvorm uit. Vraag de patiënt om het papier vast te plakken aan de tafel of de schildersezels. Laat hem ritmische bewegingen maken met het vetkrijt op papier terwijl je hem begeleidt met woorden als: “Voel maar hoe je krijtje het papier raakt”, “Neem rustig je tijd”, “Denk aan je ademhaling” enzovoorts. Als de patiënt enige tijd aan het tekenen is, klap je in je handen en zeg je “Kairos”. Dit is het

signaal dat de patiënt zijn moment moet pakken en ‘los mag gaan’. Het is belangrijk dat van te voren de spanning wordt opgebouwd (door langere tijd ritmisch te tekenen), zodat er bij het signaal een moment van ontlading ontstaat.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (R. van der Voorde, persoonlijke communicatie, 30 maart 2018)

Oproepen en uiten

Vraag de patiënt een situatie uit het leven op te roepen (met een bepaalde emotie) en laat hem hier binnen twee minuten een beeld bij schilderen. Herhaal deze opdracht een aantal keer. Door hem kort de tijd te geven, zal hij moeten reageren vanuit impuls en gevoel. Zijn cognitie heeft zo geen tijd om ertussen te komen.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Tekenbeweging

Vraag de patiënt zijn papier vast te plakken met tape op een schildersezel of op de tafel. Laat hem staan terwijl hij tekent/schildert. Kies een vorm (cirkel, maan, lemniscaat, vierkant, enz.) en laat de patiënt deze vorm met herhalende bewegingen maken. Ook kan gewerkt worden met twee handen (en twee krijtjes) tegelijk. Het vetkrijtje of de kwast mag niet van het papier gehaald worden. Wissel eventueel met vormen zodat de patiënt verschillende bewegingen (en emoties) kan ervaren.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Abstract en tegenovergesteld

Laat de patiënt een emotie abstract schilderen. Geef hem alle tijd die hij nodig heeft. Als het werkstuk af is, bespreek dan samen welke tegengestelde emotie hij als volgt gaat schilderen. Dit gaat over het eerste werk heen, waardoor de patiënt moet werken vanuit een bestaande structuur. Help de patiënt op gang (wanneer nodig) door samen na te denken over hoe die tegengestelde emotie eruit moet komen te zien of door bijvoorbeeld te zoeken naar een startpunt in het bestaande werk.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Baeten, 2007; R. van der Voorde, persoonlijke communicatie, 30 maart 2018)

Schilderen op muziek

Verzamel verschillende muziekstukken. Vraag de patiënt te schilderen op de muziek: “Laat je leiden door de muziek”. Onderzoek tussendoor of naderhand welke verschillen op te merken zijn.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Hinz, 2009)

Krassen met krijt

Vraag de patiënt het papier vast te tapen op de tafel, zodat het papier niet kan verschuiven tijdens het krassen. De patiënt is vrij om te maken wat hij wilt, als hij maar redelijk hard en snel krast. Door de bewegingen worden er emoties opgeroepen. Onderzoek samen met de patiënt wat er bij hem gebeurt en probeer er woorden/beelden aan te geven. Houd in de gaten dat de patiënt niet (te erg of te lang) over zijn grenzen gaat.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)



Figuur 8: Krassen met krijt

Waarneming

Waarneming is de wijze waarop prikkels tot een betekenisvol geheel worden bewerkt (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Het betreft het waarnemen van en betekenis verlenen aan het lichaam, zichzelf, zichzelf in relatie tot de ander, de ander en de wereld. En bewust te worden van deze betekenis, deze betekenis te onderzoeken, te bevragen en eventueel te herdefiniëren (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Vaak is de waarneming aangetast bij patiënten met psychiatrische problematiek. Zo ook bij de doelgroep van het PPC: iedereen is beschadigd, waardoor de manier van kijken en denken ook beschadigd is en zij op diverse gebieden van het leven in de problemen komen (Smeijsters et al., 2012; Smeijsters & Cleven, 2004; M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). De Generieke Module (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017) maakt onderscheid tussen de interoceptieve en de exeroceptieve waarneming: de interoceptieve waarneming betreft het waarnemen van prikkels van binnenuit, anders gezegd de lichaamsbeleving, en de exeroceptieve waarneming betreft het waarnemen van prikkels van buitenaf. De interoceptieve waarneming (lichaamsbeleving) wordt voornamelijk ingezet bij PMT en danstherapie, maar ook beeldend therapeuten werken met de lichaamsbeleving (Schweizer et al., 2009; E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). De prikkels die zich in het lichaam afspelen zijn abstract en moeilijk te omschrijven. Het beeldende medium biedt de mogelijkheid om deze prikkels concreter te definiëren door ze letterlijk in beeld te brengen. “De vorm van het eindproduct is analoog aan de innerlijk gevoelde vorm (vitality affect)” (Smeijsters, 2014, p. 302). En daarom biedt het blijvende en visuele karakter van het medium ook de kans om het gemaakte werk (en de ervaringen die daarin verwerkt zitten) goed waar te nemen en te onderzoeken (Smeijsters et al., 2012). Meer uitleg over dit lichaamsgerichte werken en een assortiment aan lichaamsgerichte werkvormen zijn terug in paragraaf 2.2 en paragraaf 4.1.

In de beeldende therapie wordt voornamelijk met de exeroceptieve waarneming gewerkt, omdat juist deze prikkels van buitenaf goed in beeld gebracht kunnen worden. Het blijvende karakter van het materiaal en de zichtbaarheid en tastbaarheid van het product bieden bijzondere mogelijkheden om de waarneming te verbeteren door te analyseren, te onderzoeken en te bewerken (Smeijsters & Cleven, 2004). Het resultaat biedt overzicht en structuur. Disfunctionele cognities komen vaak naar voren in het werk waardoor de patiënt het zelf kan zien. Deze disfunctionele cognities kunnen extra duidelijk uitgewerkt worden, waarna ook naar alternatieven gezocht kan worden. Wat gebeurt er met het beeld als de disfunctionele cognities plaats maken voor functionele cognities? Daarnaast biedt beeldende therapie ook unieke behandel mogelijkheden om het zelfbeeld te

verbeteren door onder andere het scheppende karakter, de prettige appélwaardes van materialen, de mogelijkheid tot spelplezier en de mogelijkheid om te oefenen met het nemen van regie (Smeijsters et al., 2012; Willemars & Helmich, 2010). In dit hoofdstuk zijn twee thema's opgenomen: de disfunctionele cognities en het zelfbeeld.

4.1 Disfunctionele cognities

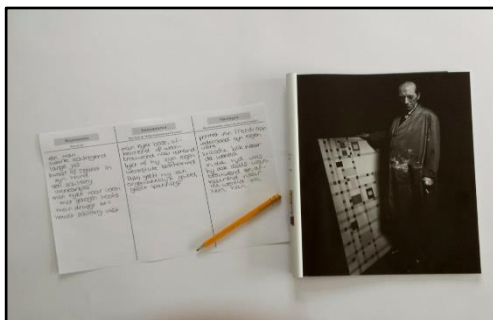
Het medium kan niet alleen maar zaken in beeld brengen (en onder de aandacht brengen) die voor die tijd onbesproken en beschut bleven, maar ook de interpretaties van de patiënt toetsen aan de werkelijkheid (Smeijsters & Cleven, 2004; Smeijsters et al., 2012). Met name dit laatste is een veelvoorkomend probleem bij de patiënten op de PPC-afdelingen: waarneming en interpretatie lopen door elkaar, en deze interpretaties worden sterk beïnvloed door cognitieve disfuncties. Deze foutieve interpretaties en/of cognities zorgen er vaak voor dat patiënten op diverse gebieden van het leven in de problemen komen (Smeijsters & Cleven, 2004). Alleen al op de leefafdelingen van het PPC ontstaan regelmatig conflicten omdat patiënten gedrag van de ander verkeerd interpreteren (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). Ook kan blijken dat de interpretaties aldoor sterk gekleurd zijn door disfunctionele cognities. De patiënten handelen vanuit hun eigen referentiekader, cognities en emoties die -net als zichzelf- vaak beschadigd zijn (Smeijsters et al., 2012; M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Het in beeld brengen van die disfunctionele cognities kan helpen om het inzicht te vergroten en hier veranderingen in aan te brengen.

WIN en een afbeelding

WIN: Waarnemen-Interpreteren-Navragen. Leg een stapel afbeeldingen klaar en vraag de patiënt er één uit te kiezen. De patiënt kijkt naar de afbeelding en schrijft voor zichzelf op wat hij waarneemt. In het tweede vak op het papier schrijft hij op wat zijn interpretaties zijn van wat hij ziet op de afbeelding. Tot slot vraagt hij aan de therapeut wat het echte verhaal is achter de foto. Onderzoek met de patiënt het resultaat: Klopte zijn waarneming? Lopen waarneming en interpretaties door elkaar? Wat viel je op nadat je het had nagevraagd?

Doel: Herkennen van verschil tussen waarnemen en interpreteren, leren navragen

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)



Figuur 9: WIN en een afbeelding

WIN en andermans werk

Vraag de patiënten een boom te tekenen, ieder voor zich. Als iedereen klaar is, worden de werkstukken doorgeschoven. De patiënten vullen op papier in wat ze waarnemen en wat ze interpreteren (los van elkaar). Tot slot vragen de patiënten bij de maker van het werkstuk na wat hij gemaakt heeft.

Doel: Herkennen van verschil tussen waarnemen en interpreteren, leren navragen

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

WIN en andermans gedrag

Bedeel de patiënten allen een rol toe uit de Roos van Laery. Ze mogen niet van elkaar weten welke rol ze hebben gekregen. Deze rol gaan ze namelijk spelen tijdens het maken van een groepsschildering. Herkennen patiënten de rol van anderen? Hoe is het om de toebedeelde rol te spelen? Welke reacties roepen bepaalde rollen op? Deze werkvorm kan ook uitgevoerd worden met andere interactieve werkvormen, raadpleeg daarvoor paragraaf 5.2.

Doel: Herkennen van verschil tussen waarnemen en interpreteren, leren navragen

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Disfunctionele cognities

Bij deze werkvorm gaat de patiënt letterlijk zijn disfunctionele cognities in beeld brengen. Welke disfunctionele cognities heb ik en hoe zien die eruit? Bijvoorbeeld 'het duiveltje die zegt dat je niet goed genoeg bent'. Er kan gewerkt worden met miniatuurpoppetjes, maar de patiënt kan ook ander materiaal gebruiken zoals klei. Kies ook helpende figuren die staan voor de functionele cognities (die hij nog wilt ontwikkelen).

Doel: Waarneming verbeteren, disfunctionele cognities herkennen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Het recept

De patiënt laat aan de hand van een striptekening zien hoe één van zijn disfunctionele cognities te werk gaat. Waar wordt hij door getriggerd? Hoe loopt het verhaal af? Tot slot maakt hij ook een striptekening voor hoe hij zou willen dat het verhaal verloopt. Deze werkvorm kan herhaalt worden om meerdere disfunctionele cognities in beeld te brengen. Alle resultaten kunnen gebundeld worden tot een 'receptenboek'.

Doel: Waarneming verbeteren, disfunctionele cognities herkennen

Bron: (Budde, 2008)

Kokervisie

Vraag de patiënt om te kijken door de koker. Trek een boos gezicht en zwaai ondertussen buiten het zicht van de patiënt vrolijk met je hand. Als de patiënt de koker weghaalt, ziet hij wat hij door zijn 'tunnelvisie' niet heeft gezien. Vraag de patiënt nogmaals door de koker te kijken en trek nu juist een vrolijk gezicht, terwijl

je buiten het zicht van de patiënt je vuist balt. Bedenk eventueel nog andere variaties. Ditzelfde kan gedaan worden met het kijken naar grote afbeeldingen.

Doel: Waarneming verbeteren, disfunctionele cognities herkennen

Bron: (M. Griffoen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Twee brillen

De patiënt werkt twee thema's uit in collagevorm, bijvoorbeeld vertrouwen en wantrouwen, autonomie versus schaamte en twijfel, of dader en slachtoffer. Deze tegengestelde thema's staan voor de twee brillen waar de patiënt bij de volgende stap door gaat kijken. Eerst maakt de patiënt een stripverhaal met een probleem. Wanneer hij daar klaar mee is, bedenkt hij twee oplossingen, bekeken vanuit de twee verschillende brillen. Hoe wordt het probleem opgelost als hij kijkt door de vertrouwen-bril en hoe wordt het opgelost als hij kijkt door de wantrouwen-bril? Beide oplossingen werkt hij uit in stripverhalen.

Doel: Waarneming verbeteren, disfunctionele cognities herkennen

Bron: (De Bil en De Bil, 2009; Diepenmaat, 2004; Smeijsters et al., 2012)

Eigen interpretatie

De patiënt kiest een plaatje uit een tijdschrift, plakt deze op een papier en maakt de tekening af (zodat het plaatje in zijn tekening past). Om te ervaren dat ieder zijn eigen interpretaties heeft, kun je de werkvorm ook allebei uitvoeren. Doordat jullie beiden eenzelfde afbeelding uitwerken, ziet de patiënt dat jouw interpretaties en fantasieën bij het plaatje anders zijn dan die van hem en andersom.

Doel: Waarneming verbeteren, disfunctionele cognities herkennen

Bron: (Smeijsters et al., 2012)

Striptekening afmaken

Kies of maak van te voren een stripverhaal dat nog niet af is. Jij en de patiënt maken allebei op een eigen vel het stripverhaal af. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen jullie afgemaakte verhaal? De patiënt kan met deze werkvorm ervaren dat er niet één waarheid is, maar dat er meerdere mogelijkheden zijn. En dat ieder dat anders invult.

Doel: Waarneming verbeteren, disfunctionele cognities herkennen

Bron: (Smeijsters et al., 2012)

4.2 Zelfbeeld

Het zelfbeeld is van invloed op psychopathologie en delictgedrag. Zo is gebleken dat een lage zelfwaardering niet alleen een symptoom is van allerlei stoornissen, maar ook een risicofactor en een in standhoudende factor is (Heykop ten Ham et al., 2014). Het zelfbeeld kan het herstel en de terugval van psychopathologie bevorderen of juist belemmeren. Ook blijkt uit onderzoek dat de afbouw van delinquent gedrag vaak samengaat met een verandering in het zelfbeeld (Menger et al., 2016). Het delinquente gedrag kunnen verklaren en een plek kunnen geven, in combinatie met het ontwikkelen van een 'nieuwe ik' helpt de patiënt om het

delinquent gedrag te laten stoppen (Menger et al., 2016). Beeldende therapie biedt de mogelijkheid om zichzelf letterlijk in beeld te brengen en dit beeld waar te nemen, te onderzoeken en te bewerken (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018). Daarnaast werkt het scheppende karakter van het beeldende medium ik-versterkend en de prettige appelwaardes van materialen roepen positieve emoties op bij de patiënt (Willemars & Helmich, 2010; Smeijsters et al., 2012). Ook de succeservaringen die de patiënt op doet dragen bij aan een positiever zelfbeeld. Andere aspecten van de beeldende therapie die bijdragen aan een positiever zelfbeeld zijn de mogelijkheden om (letterlijk) ruimte in te nemen, de regie te nemen in het beeldend werken en bijvoorbeeld trots te zijn (Willemars & Helmich, 2010).

Zelfportretten

De patiënt bekijkt zijn gezicht nauwkeurig en tekent deze na. Herhaal deze werkvorm een aantal keer, zodat de patiënt steeds nieuwe dingen kan ontdekken en wellicht andere kanten van zichzelf ziet. Misvattingen over uiterlijke kenmerken worden getoetst.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Lensink, 2008)

Zelfportret in een schoenendoos

De patiënt maakt een 'zelfportret' in een schoenendoos. Dit hoeft geen echt gezicht van de patiënt te zijn, maar mag ook figuurlijk worden vormgegeven. Er kunnen kwaliteiten in verwerkt worden, maar bijvoorbeeld ook hobby's, aspecten van de achtergrond van de patiënt, uiterlijke kenmerken, geheimen enz. Vraag de patiënt of hij de doos wilt afdekken en hoe. Er kan bijvoorbeeld een kijkgat in de deksel gemaakt worden of een nieuwe deksel gemaakt worden van ander materiaal.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Robbins, 1994)

Kunstkaarten

De patiënt kiest een kaart die hem aanspreekt. De keuze van de kaart zegt iets over de patiënt en waarschijnlijk kan hij daar iets over te vertellen. Misschien gaat het om een hobby of een droom die hij heeft. Nadat de patiënt erover vertelt heeft, kan hij de kunstkaart natekenen, kopiëren en bewerken, gebruiken ter inspiratie voor een werkstuk enzovoorts.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Fotografie

Stel samen een plan op voor het maken van de foto's: wat is het doel, hoe moeten de foto's eruit komen te zien en wat is er allemaal voor nodig? Houdt daarbij ook rekening met de regels die gelden bij het maken van foto's in de inrichting. Print de

foto's uit. Laat de patiënt de foto's bewerken, verwerken (in een kaart of fotolijstje), opsturen, opplakken in een boek enzovoorts.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Groenveld-Pel, 2011)

Waar sta jij?

Zoek een afbeelding waar verschillende gebeurtenissen op zijn afgebeeld. Zoek op internet bijvoorbeeld naar 'afbeelding spreekwoorden'. Samen bekijken jullie de afbeelding. Vraag de patiënt waar hij staat in de afbeelding. Neem de tijd om het gesprek hierover aan te gaan. De patiënt kan 'zijn stukje' uitknippen, vergroten, inkleuren of er iets bij tekenen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)



Figuur 10: Waar sta jij?

Sterrenbeeld

Vraag de patiënt naar zijn sterrenbeeld. Bespreek/onderzoek samen hoe dit sterrenbeeld eruit ziet en welke eigenschappen het bezit. De patiënt werkt vervolgens zijn sterrenbeeld uit met beeldende materialen. Tijdens dit proces worden overeenkomsten en verschillen tussen de eigenschappen van het sterrenbeeld en de patiënt naar voren.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Fantasiedier

Vraag de patiënt een fantasiedier te maken. Het dier hoeft niet op een dier te lijken, gebruik de fantasie. Hoe ziet het fantasiedier eruit? Is het fantasiedier tevreden met zichzelf? En welke kenmerken van het werkstuk komen overeen met de patiënt?

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Half mens, half dier

Maak foto's van de patiënt zijn gezicht. De patiënt kiest de mooiste uit die vervolgens wordt afgedrukt op groot formaat. Het gezicht wordt verticaal door midden gesneden zodat de patiënt er een helft van een dierenhoofd bij kan tekenen. Bespreek samen de keuze van het dier.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Liebmann, 1994)

Cadeautje voor jezelf

Vraag de patiënt een cadeautje voor zichzelf te maken. Iets wat hij graag wilt of wenst. Teken, klei of schrijf wanneer het niet te maken is van beeldend materialen. Laat de patiënt daarna het cadeau inpakken.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Budde, 2008)

Ik-collage

De patiënt maakt een collage over zichzelf. Een zelfportret zonder dat het (de vorm van) een gezicht hoeft te hebben. Laat verschillende kanten terug komen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Willemars & Helmich, 2010)

Uitwerken eigen naam

De patiënt werkt zijn naam uit met beeldende materialen. Hij kan eerst experimenteren met verschillende lettertypes en/of materialen voordat hij het eindwerk maakt.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (Willemars & Helmich, 2010)

Kwaliteit uitvergrooten

Welke kwaliteiten bezit de patiënt? Onderzoek samen de kwaliteiten van de patiënt. Werk naderhand één (of meerdere) kwaliteit(en) vergroot uit.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, waarnemen van relaties

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)



Figuur 11: Ik en de ander

Ik en de ander

De patiënt maakt een symbool voor zichzelf en voor ‘de ander’. Nadien zet hij de werkstukken zo bij elkaar hoe hij denkt dat ze zich tot elkaar verhouden. Gebruik naderhand ledenpoppen om met de patiënt te onderzoeken welke lichaamshoudingen hij aanneemt in contact en wat dat oproept bij anderen. En/of andersom: hoe reageert de patiënt op bepaalde lichaamshoudingen van anderen? Materiaal is vrij.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, waarnemen van relaties

Bron: (Helmich, 2017; E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Huiswerkopdracht: Herken jij mijn kwaliteiten?

De patiënt heeft tijdens voorgaande en/of afgelopen sessie(s) zijn eigen kwaliteiten onderzocht. Nu gaat hij bij zijn omgeving navragen of zij deze kwaliteiten herkennen. Misschien dichten zij hem nog wel meer kwaliteiten toe. Bespreek samen de resultaten.

Doel: Zelfbeeld verbeteren

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Familiewapen

De patiënt maakt een familiewapen over zichzelf (en zijn familie). Hij kan gebruik maken van symbolen, verschillende materialen, teksten enzovoorts.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, waarnemen van relaties

Bron: (Beelen & Oelers, 2000; Vermeulen, 2015)

Arousal

Onder de transdiagnostische factor ‘arousal’ wordt de mate van gevoeligheid van het organisme voor interne en externe stimuli verstaan (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). In de praktijk wordt echter vaker de term spanningsregulatie gebruikt (van den Bos & Meijnckens, 2017). Arousal uit zich in fysiologische en emotionele reacties, denk bijvoorbeeld aan spierspanning en angst. Mensen kunnen last hebben van een verhoogd of een verlaagd arousal. Bij verhoogde arousal ervaart iemand te veel spanning, zoals bij een posttraumatische stressstoornis. Bij een verlaagd arousal ervaart iemand te weinig spanning, bijvoorbeeld bij patiënten die vlakheid ervaren (Baeten, 2007). Patiënten op het PPC hebben vaak te maken met een verhoogde spanning. Zij zijn uit hun vertrouwde omgeving gehaald en zitten nu gedwongen in een gevangenis. Een gevangenis brengt veel prikkels met zich mee: denk aan het verplicht verblijven op een groep met andere patiënten die ook problemen hebben, het afhankelijk zijn van personeel, de geluidsoverlast en afwezigheid van de vertrouwde omgeving (en diens rituelen, hulpmiddelen, enz.) (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Vaak loopt de rechtszaak van een patiënt nog, waardoor hij ook gespannen wacht op de uitspraak die van grote invloed is op zijn leven. Overigens heeft een tekort aan spanningsregulatie vaak bijgedragen aan het plegen van het delict en is deze nog steeds van invloed op mogelijke nieuwe delicten (van Dijck, 2012). Beeldende therapie kan helpen om de lichaamssignalen te herkennen en aan te leren deze spanning te beïnvloeden door het ervaringsgerichte karakter van de therapie (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). De ‘alsof-situatie’ geeft de patiënt de mogelijkheid om te oefenen met nieuw gedrag, bijvoorbeeld door trainingsgerichte werkvormen uit te voeren waarbij de spanning oploopt en in dat moment te oefenen met hulp vragen of afleiding zoeken (Van Dijck, 2012; Smeijsters, 2014; J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018). Het beeldende medium kan ook ingezet worden om inzicht te krijgen in (eigen) spanningen en deze te onderzoeken met meer cognitieve werkvormen. Bijvoorbeeld door in beeld uit te drukken wat spanning met je doet (letterlijk of symbolisch) (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018). De diversiteit van het materiaal maakt daarbij dat de patiënt gradaties in spanning kan exploreren. Ook kan het medium ingezet worden om juist even de gedachten te verzetten, afleiding te zoeken en daardoor te ontspanning. Zo maakt de patiënt kennis met ontspanning en mogelijke handelingsalternatieven. De werkvormen die hierbij horen zijn de fröbel-werkvormen, te vinden in hoofdstuk 7. Nu eerst zijn de trainingsgerichte werkvormen met uitleg en onderbouwing beschreven. Daarna zijn de cognitieve werkvormen met uitleg en onderbouwing beschreven.

5.1 Trainingsgerichte werkvormen

De werkvormen die spanning oproepen en leren de patiënt hiermee om te gaan, worden ook wel trainingsgerichte werkvormen genoemd. Deze werkvormen roepen het oude gedrag in het hier en nu op (in een veilige omgeving) en bieden de mogelijkheid om dit gedrag waar te nemen, te onderzoeken en te beïnvloeden (Baeten, 2007; Van Dijck, 2012). De beeldende werkvormen lokken spanning uit omdat de patiënt bijvoorbeeld veel kracht moet zetten, hij een ingewikkelde opdracht krijgt of omdat er bijvoorbeeld een wedstrijdelement in verwerkt zit. Op deze wijze kan de patiënt spanningssignalen en factoren die van invloed zijn op zijn spanning leren herkennen. Tegelijkertijd kan de patiënt in deze oefensituatie nieuw gedrag uitproberen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). Want wat gebeurt er als hij zijn spanningen bespreekbaar maakt en hulp leert vragen?

De therapeut kiest, afgestemd op het draagvlak van de patiënt, bewust voor werkvormen die de spanning op laten lopen. Belangrijk is dat de spanning niet zo hoog oploopt dat het voor de patiënt vrijwel onmogelijk is om bewuste keuzes te maken (Van Dijck, 2012). Dit zou ertoe kunnen leiden dat de patiënt vervalt in delictgedrag en/of de veiligheid van de therapie in het nauw komt. Het is dan ook van belang om van te voren met de patiënt te bespreken wat het plan is voor de aankomende sessie, wat er van hem wordt verwacht (het gewenste gedrag) en wat het doel is van de opdracht (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). Ook pleit van Dijck (2012) ervoor dat de patiënt andere gedragsalternatieven tot zijn beschikking moet krijgen om oud gedrag los te kunnen laten. Door het experimenteren met ander (constructief) gedrag in de beeldende therapie kan de patiënt onderzoeken welke manieren voor hem werkzaam zijn en deze eigen maken (Van Dijck, 2012).

Ook kunnen de trainingsgerichte werkvormen ingezet worden om patiënten met een verlaagde arousal te activeren. Door de activerende werking van het beeldende medium komt de patiënt in bepaalde mate in beweging (Baeten, 2007). Ook andere beeldende werkvormen kunnen hiervoor geraadpleegd worden.

Smijtmuur

Als de patiënt hoog in zijn emotie zit, vraag hem dan om klei te gooien tegen de smijtmuur. Om het constructief uiten van emoties te bevorderen kun je ook een aantal cirkels op de smijtmuur tekenen en de patiënt vragen de targets te raken. Let goed op bij wie en wanneer je de werkvorm aanbiedt: emoties kunnen ook te hoog oplopen en zorgen voor gevaarlijke situaties.

Doel: Emotieregulatie

Bron: (Baeten, 2007; J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Krassen met vetkrijt

De patiënt maakt een tekening met vetkrijt. Door hard en snel te krassen loopt de spanning op. Door rustig te krassen en pauzes te nemen neemt de spanning af. Laat de patiënt hiermee experimenteren.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Een ruimtelijke vorm van papier

De patiënt tekent de ruimtelijke vorm op papier met de plakstrippen. Dit is een ingewikkelde klus omdat het tekenen van de vorm ruimtelijk inzicht, geduld en planmatig werken vraagt. Naderhand kan de patiënt de vorm uitknippen en in elkaar zetten. Maak een inschatting hoe moeilijk de ruimtelijke vorm mag zijn. Voor patiënten met een laag IQ of weinig ervaring met beeldend vormgeven kan een kubus moeilijk genoeg zijn, terwijl patiënten met meer ervaring of een hoger IQ pas uitgedaagd worden door bijvoorbeeld een achthoekige vorm te maken. Onderzoek samen of de spanning opliep en hoe de patiënt daarmee is omgegaan.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Baeten, 2007; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)



*Figuur 12:
Een ruimtelijke vorm van papier*

De rem erop

Vraag de patiënt een streep van 5cm te maken op het papier, van boven naar beneden. Hier maakt hij een hele reeks van. Neem de tijd op vanaf het moment dat hij begint met de reeks tot wanneer hij eindigt. Deze tijd dient als startpunt voor de volgende stappen. Laat de patiënt steeds een reeks uitwerken waarbij je hem laat oefenen met snel, vluchtig, langzaam, traag en rustig werken. Op deze manier ervaart de patiënt hoe het voelt om op verschillende tempo's te handelen.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Baeten, 2007)

Tegengestelde materialen

Werken met tegengestelde materialen kan spanning en weerstand oproepen. De patiënt verzamelt twee tegengestelde materialen of voorwerpen uit de ruimte. Hij bestudeert beide voorwerpen en maakt hier een werkstuk over. In de nabespreking sta je samen stil bij de inhoud, vormgeving en beleving van het proces en de tegenstellingen in het leven van de patiënt. Hoe heeft hij het werken met tegengestelde materialen ervaren? Hoe gaat hij in het dagelijks leven om met tegenstellingen?

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Budde, 2008)



Figuur 13: Tegengestelde materialen
Gemaakt van hout en geweven vilt.

Wedstrijdje

Deze interactieve werkvorm is een wedstrijd waarbij de patiënt(en) en de therapeut een wedstrijd houden wiens kleur het meeste op papier kan komen. Laat daarom iedereen een verschillende kleur kiezen, zodat aan het einde duidelijk wordt wiens kleur het vaakst aanwezig is. Deze werkvorm kan ook in een groep aangeboden worden.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Vetkrijt vegen

De patiënt maakt een tekening met vetkrijt waarbij hij steeds het vetkrijt wegduwt/uitwrijft met zijn vingers. Dit is een gecontroleerde beweging die door het doseren van de energie werkt aan het reguleren van de spanningen.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Baeten, 2007)

Tekenbeweging

De patiënt plakt het papier vast aan de muur, tafel of schildersezel en kiest een kleur. Vraag de patiënt ontspannen te gaan staan en een vorm te tekenen. Dit kan verschillen van een cirkel, maan, vierkant tot lemniscaat. De patiënt herhaalt de beweging. Begeleid hem met aanwijzingen, aanmoedigingen enz. De patiënt kan ook nog proberen mee te wiegen met het lichaam of de ademhaling af te stemmen op de beweging.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Mondriaan naschilderen

Houdt de patiënt twee minuten lang een Mondriaan-schilderij voor. Geef hem de opdracht deze goed te bestuderen. Na de twee minuten leg je het Mondriaan-schilderij uit het zicht en vraag je de patiënt om het schilderij na te tekenen.

Doel: Spanningsregulatie

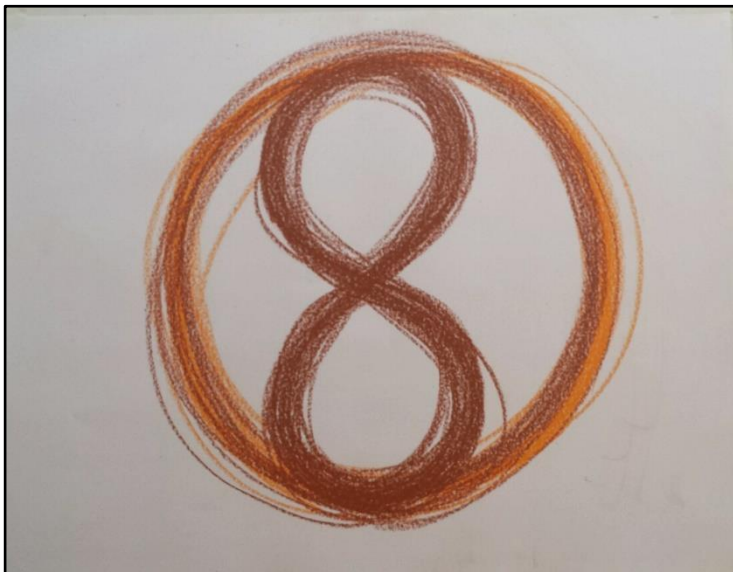
Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

De cirkel en de acht

Vraag de patiënt een cirkel te tekenen en deze beweging te herhalen. Laat de patiënt versnellen tot het niet meer lukt om op de cirkel te blijven. Vraag de patiënt nu een acht in de cirkel te maken waarbij de uiteindes van de acht de cirkel raken. Ook nu vraag je de patiënt weer om de beweging te herhalen en steeds sneller te werken. Tot slot vraag je de patiënt om een combinatie van de cirkel en de acht te maken.

Doel: Activeren

Bron: (R. van der Voorde, persoonlijke communicatie, 30 maart 2018)



Figuur 14: De cirkel en de acht

5.2 Cognitieve werkvormen

De cognitieve werkvormen geven inzicht in de werking van spanningsregulatie in het algemeen en in de werking van de eigen spanningsregulatie. Al kan het werken met cognitieve werkvormen wel spanning oproepen bij de patiënt, dit is niet het doel. Het doel is om meer op afstand aan het thema te werken zonder het bewust oproepen van spanning. Door deze afstand kan de patiënt naar zichzelf in relatie tot de spanning kijken. Dit zorgt voor nieuwe inzichten en bewustwording (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018). Deze afstand kan (extra) gecreëerd worden door werkvormen aan te bieden die de patiënt uitnodigen om symbolisch te werken. Door te werken met de symboliek kunnen zaken die onbewust plaats vinden of waar geen woorden voor zijn toch een weg naar buiten vinden (Smeijsters, 2014). Het eindwerk kan op die manier iets terug geven aan de patiënt en zorgen voor verdieping. Spanning kan ook ontstaan door piekergedachten. In dat geval kan het beeldende medium de patiënt helpen om deze gedachten (alles wat hem bezig houdt) uit te werken. Hierdoor komt het buiten de patiënt te staan; wordt het door het beeldende medium visueel, concreet en tastbaar en wordt de patiënt uitgenodigd om te doen in plaats van te denken. Nadien kan de patiënt als het ware met een helicopterview kijken naar alle uitgewerkte gedachten en veel makkelijker filteren. Dit geeft de patiënt een gevoel van rust en controle (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018).

Signaleringsplan

Geef alvorens psycho-educatie over (ont)spanning aan de patiënt. Loop met de patiënt de verschillende stappen door en vul het schema in. Het schema bestaat uit drie (of vijf) fases van spanning: geen spanning, een beetje spanning en heel veel spanning. Bij ieder van deze fase vult de patiënt in hoe dit te zien is aan hem, waar hij dit voelt in zijn lichaam, waar hij spanning van krijgt, wat hij kan doen enzovoorts.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Collage spanning

De patiënt verzamelt afbeeldingen en teksten rondom het thema spanning en maakt hier een collage over. Waar krijgt hij spanning van? Hoe ziet spanning eruit? Wat geeft je ontspanning?

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Spanningsmeter

De patiënt maakt een spanningsmeter met getallen van 0 tot 5 of 10. Naderhand peilen jullie de spanning bij de patiënt door het een cijfer te geven in de spanningsmeter. Iedere sessie wordt de spanningsmeter erbij gehaald om te toetsen hoeveel spanning de patiënt in het hier en nu heeft.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Smeijsters & Cleven, 2004)

Luciferdoosjes

De patiënt vult luciferdoosjes met onderwerpen, thema's, herinneringen die hem spanning geven of onderdeel zijn van piekergedachten. Stuk voor stuk bewerkt hij de doosjes totdat alle onderwerpen zijn uitgewerkt. Zorg dat de patiënt ook bij twijfelgevallen het uitwerkt, zodat de patiënt ervaart dat het eindig is. Nadien kunnen de doosjes geordend worden. Bijvoorbeeld om te kijken welke doosjes (onderwerpen) aandacht verdienen en welke aandacht kosten.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Helmich, 2017)

De drie fases van spanning

Misschien is het al aan bod gekomen als je met de patiënt aan zijn signaleringsplan hebt gewerkt, maar anders kan je samen onderzoeken hoe de drie fases van de patiënt zijn spanning eruit zien. Vraag de patiënt drie werkstukken van klei te maken waarin zijn drie fases van spanning tot uiting komen. Het eerste werkstuk betreft geen spanning, de tweede een beetje en de derde heel veel spanning.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Lichaamstekening

De patiënt tekent een lichaamstekening op ware grootte. In deze tekening geeft hij met verf aan waar hij spanning voelt, waar het meer of minder is, waar juist ontspanning is of een andere positieve tegenhanger van de spanning.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (De Lange & Bosscher, 2008; M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Figuur 15: Lichaamstekening

Op alle rode plekken voelt de maker de meeste spanning. Daar waar het oranje is, is een beetje spanning. De gele vlakken staan voor de plekken waar geen spanning wordt ervaren en/of waar spanning mee kan afnemen. Omdat de spanning afneemt door te bewegen, zijn de benen geel geschilderd.



Weegschaal

De patiënt maakt met beeldende materialen een weegschaal met daarop aan de ene kant ‘spanning’ en aan de andere kant ‘ontspanning’? Hoe ziet de spanning en ontspanning eruit? Is de weegschaal in balans?

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Helmich, 2018)

Veilige plek

De patiënt bedenkt een plek waar hij graag wilt zijn. Hoe ziet het eruit? Zijn er andere mensen/dieren? Zijn veilige plek werkt hij uit met beeldende materialen.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Helmich, 2017)

Relax hoekje

De patiënt bedenkt waar hij een relax hoekje wilt in/bij de beeldende ruimte en hoe dat eruit moet zien. Samen bouwen jullie zijn relax hoekje. Ook kan deze werkvorm als huiswerkopdracht aangeboden worden, zodat de patiënt voor zichzelf een hoekje of plekje op cel (of op de afdeling) maakt waar hij tot rust kan komen. Bedenk samen elementen die in het hoekje horen, zoals kussens, een deken, een kleur- of puzzelboekje en een foto.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Smeijsters & Cleven, 2004)

Vakantie van de volwassenheid

De patiënt heeft vakantie van de volwassenheid, hij mag even kind zijn. Dit doet hij door een klieder- en smeerschilderij te maken met vingerverf of schoolverf. Er zijn geen regels.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Haeyen, 2007)

Positief boekje

De patiënt verzamelt allerlei dingen die hem een goed gevoel geven in een boekje. Denk aan afbeeldingen, teksten, symbolen, helpende gedachten, prettige activiteiten/plaatsen, ontvangen kaartjes en/of ontvangen feedback van groepsgenoten of omgeving.

Doel: Spanningsregulatie

Bron: (Haeyen, 2007)

Sociale interactie

Sociale interactie wordt door de Generieke Module (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017) omschreven als “het vermogen om interpersoonlijke relaties aan te gaan en te onderhouden, waarbij op een adequate manier autonomie wordt gehandhaafd als ook andermans persoonlijke grenzen worden gerespecteerd” (p. 44). Daarbij wordt ook het inlevingsvermogen in de ander genoemd als zijnde belangrijk. Deze vaardigheden worden al ontwikkeld vanaf de geboorte en daarvoor (De Bil & De Bil, 2009). De al dan niet veilige hechting met de verzorgers legt hierin een belangrijke basis (Blansjaar et al., 2012). Een groot gedeelte van de doelgroep op het PPC kampt dan ook met hechtingsproblematiek (Helmich, 2014; Geus, 2006). In het PPC komen over het algemeen veel problemen voor op sociaal gebied, denk bijvoorbeeld aan een weggefallen systeem, agressie, zorgmijding, grensoverschrijdend gedrag en wantrouwen: allemaal problemen met een sociaal component (Helmich, 2013). Overigens heeft een gepleegd delict altijd een vorm van grensoverschrijdend gedrag in zich. De beeldende therapie in het PPC werkt daarom regelmatig met de sociale interactie, in het speciaal met de thema’s als hechtingsproblematiek, communicatie en grenzen (Helmich, 2013; M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). De patiënt kan in de beeldende therapie niet alleen leren om los van de ander eigen keuzes te maken en hier succes in te behalen, maar juist ook positieve ervaringen op te doen met het veilige contact tussen patiënt en therapeut en plezier te beleven met de ander (Kaplan, 2007; Smeijsters et al., 2012). Communicatie via het beeldende medium speelt overigens een belangrijke rol: in het contact met zichzelf, de therapeut, het systeem buiten de therapie en in geval van beeldende groepstherapie ook met de groepsgenoten (McNeilly, 2006; Kaplan, 2007). Door het non-verbale karakter van het medium krijgt de patiënt de mogelijkheid om zaken die hij eerder niet kon verwoorden of uitspreken, nu wel kan delen op een toegankelijke manier. Communicatie is niet alleen bevorderend voor het contact, maar ook, zo stelt Kaplan (2007), ter voorkoming van verdere marginalisering of zelfs pathologische ontwikkelingen. De beeldende therapie helpt ook om interactiepatronen van de patiënt in beeld te brengen, doordat de wijze waarop de patiënt contact zoekt of afhoudt in het medium analoog is aan zijn gedachten, gevoelens en gedrag ten aanzien van de sociale interactie in het dagelijks leven (Smeijsters et al., 2012). Door het ervaringsgerichte karakter en de ‘alsof-situatie’ kan de patiënt daarna/tegelijktijd oefenen met nieuwe vaardigheden. In dit hoofdstuk is een opdeling gemaakt tussen het thema ‘grenzen’ en de interactieve werkvormen. Met de interactieve werkvormen kan ook het thema grenshantering verkend en geoefend worden, maar omdat deze interactieve werkvormen verschillende sociale vaardigheden aanspreken zijn ze apart vermeld.

Per paragraaf wordt het thema verkend, uitgelegd en onderbouwd met literatuur. Aansluitend zijn de werkvormen opgenomen.

6.1 Grenzen

Zoals hierboven beschreven werd, is grenshantering een thema dat bij vrijwel iedere patiënt speelt. Het delict is een vorm van grensoverschrijding. De patiënt is over andermans grenzen gegaan en/of pleegt het delict vanuit een tekort aan vaardigheden om de eigen grens aan te geven. Bij dit thema gaat het dan ook over de grenshantering van eigen maar ook andermans grenzen. De patiënt kan in de beeldende therapie de eigen grenzen verkennen, onderzoeken hoe hij met andermans grenzen omgaat en oefenen met nieuwe vaardigheden (Schweizer et al., 2009). Door het ervaringsgerichte karakter en de analogie tussen vormgevingsprocessen en psychische processen wordt de grenshantering van de patiënt zichtbaar (Smeijsters et al., 2012). In de materiaalhantering kan bijvoorbeeld zichtbaar worden dat de patiënt het materiaal ongecontroleerd gebruikt, waardoor spullen stuk, beschadigd of vies worden. Maar het kan ook andersom: de patiënt gaat (te) voorzichtig om met materialen of voelt zich snel machteloos als het beeldend vormgeven niet verloopt zoals verwacht. Ook in het contact met de therapeut laat de patiënt zien hoe hij omgaat met grenzen, kan hij oefenen met nieuwe vaardigheden en positieve ervaringen opdoen met het aangeven en respecteren van grenzen (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018). Werkvormen voor het thema grenshantering zijn enerzijds gericht op het ervaringsgericht werken met grenzen zoals zojuist beschreven en anderzijds op het in beeld brengen van de grenshantering. Het beeldende medium kan door het visuele aspect de grenshantering goed in beeld brengen en inzicht geven in de grenshantering. Ook hier geldt dat het visuele aspect voor patiënten met een laag IQ helpt om het abstracte begrip ‘grenzen’ te begrijpen en te verkennen (Smeijsters et al., 2012).

Naar de grens toewerken

Deel het vel papier in tweeën door een lijn te trekken. De patiënt werkt aan de ene kant, jij aan de andere kant. Werk allebei langzaam naar de grens toe en maak samen, zonder te praten, een overgang in de grens.

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Leiden en volgen

Verdeel het papier in twee vlakken door een lijn te trekken. Voer omstebeurt de rol van leider of volger uit. Je kan de patiënt extra uitdagen door als leider te versnellen of als volger niet te volgen. Hoe is het voor de patiënt om te volgen of te leiden? Waar is hij meer bekend mee?

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)



Figuur 16: Werken in een kader

Op een vel papier is een kader getekend (de dikke zwarte lijnen). Daarbinnen heeft de maker gewerkt met acrylverf, lijm, suiker, oploskoffie, nootmuskaat en paprikapoeder.

Werken in een kader

Teken op een vel papier een vierkant en spreek met de patiënt af niet buiten het kader te schilderen. Deel eventueel de tijd in blokken op zodat er ook begrenzing in tijd is.

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (Baeten, 2007)

Toren bouwen

Leg de patiënt uit wat het doel is van de werkvorm en wat het gewenste gedrag is. De patiënt maakt een toren van klei, terwijl de therapeut hem en zijn grenzen op de proef stelt. Uitspraken als “Is die toren wel stevig?” en “Ik vind ‘m niet mooi” dagen de patiënt uit. Maar ook aan het kleiwerk zitten daagt de patiënt uit om zijn grenzen aan te geven. Onderzoek naderhand samen hoe hem dit af ging en wat er nog verbeterd zou kunnen worden.

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Klei afpakken

Voer deze werkvorm uit met minstens drie deelnemers en twee therapeuten. Ieder krijgt een stuk klei. Probeer een stuk klei van de ander af te pakken en je eigen klei te verdedigen met alleen de lichaamshouding, zonder te praten. Als de patiënt met

zijn lichaamshouding zijn klei goed verdedigd dan mag hij deze houden. Eén therapeut is geen deelnemer, maar ‘opzichter’ en houdt in de gaten of iemand recht heeft op andermans klei of niet.

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

De grens tekenen

Vraag de patiënt zijn eigen grenzen te tekenen. Hoe zien zijn grenzen eruit? Dikke muren of rivieren? Is er nog een mogelijkheid om door die grenzen heen te komen? Zijn er bepaalde mensen die er wel door kunnen?

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Muur-opdracht

Vraag de patiënt zijn muur te maken met klei en eventueel andere materialen. De patiënt maakt ook zichzelf, dat kan heel simpel door een bolletje te maken van klei, maar de patiënt mag zichzelf ook op een andere manier vormgeven. Zijn de muren hoog? Dik en sterk? Bestudeer en bespreek samen het werk. Betrek er eventueel andere personen bij: Waar staat zijn partner in het werkstuk? En wat gebeurt er als er iemand door de muur heen probeert te komen?

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Sociogram

Vraag de patiënt een sociogram te maken door deze te tekenen of met 3D-materiaal te maken. Het middelste puntje is hijzelf, de kring daaromheen is voor de mensen die dichtbij staat en de kring daaromheen voor de mensen die verder weg staan. Onderzoek samen wie dichtbij mag komen en waarom. Wie mag er niet dichtbij komen en wat gebeurt er als hij dat wel doet? Bespreek met de patiënt dat hij bepaald wie waar staat: hij heeft de regie.

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (Haeyen, 2007; M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

6.2 Interactieve werkvormen

Omdat patiënten op het PPC vaak een tekort aan constructieve sociale vaardigheden hebben, zijn zij op verschillende gebieden in het leven vastgelopen. Een tekort aan sociale vaardigheden kan ook in de detentie nog steeds voor problemen zorgen (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). De interactieve werkvormen doen aanspraak op verschillende sociale vaardigheden. Denk bijvoorbeeld aan communicatie, inlevingsvermogen, grenshantering, luisteren en vertrouwen. Waar de focus op ligt, hangt af van de context van de patiënt en zijn behandeldoel. De meeste werkvormen zijn van origine groepswerkvormen, maar de therapeut kan deze werkvormen ook vertalen naar een duo- of trio setting. Het is dan wel van belang dat de therapeut hier een

weloverwogen keuze in maakt. Door beeldende werkvormen in een groep aan te bieden, treden namelijk de voordelen van een groep in werking. De voordelen van werken met een groep zijn volgens Yalom (2005) onder andere de steun van anderen, herkenning van problemen bij anderen, het kunnen leren van elkaar en het ontwikkelen en oefenen van sociale vaardigheden. Ook in individuele therapie is er sprake van sociale interactie, maar alleen met de therapeut, terwijl het leren met en van elkaar als patiënten extra effectief blijkt te zijn, zeker als het gaat om het aanleren van sociale vaardigheden (Yalom, 2005). Omdat de vormgevingsprocessen analoog zijn aan de psychische processen van de patiënt kunnen deze groepswerkvormen het sociale gedrag van de patiënt uit het dagelijks leven spiegelen (Smeijsters et al., 2012). De patiënt kan bijvoorbeeld onderzoeken wat zijn vertrouwde groepsrol is en wat voor effect deze groepsrol heeft op zichzelf en anderen. Ook kan de patiënt kennis maken en oefenen met andere groepsrollen. Ter ondersteuning kan de therapeut de Roos van Leary uitleggen en inzetten (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Door interactieve werkvormen aan te bieden leert de patiënt ook om in het moment te luisteren, zich in te leven, grenzen te respecteren, (non)verbaal te communiceren en te zorgen. Door de veilige omgeving in de therapie krijgt de patiënt de ruimte om te zijn, te onderzoeken, te ontdekken en te oefenen.

Rollenspel

Verdeel de verschillende rollen (assertief, sub-assertief, agressief) onder de patiënten. Ze mogen nog niet van elkaar weten welke rol ze hebben. Tijdens het maken van een groepsschildering voeren ze de rollen uit.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (M. Lavrijsen, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Afscheidskoffer

Wanneer een groepslid vertrekt, maakt de groep een afscheidskoffer voor degene die afscheid neemt. Herinneringen, complimenten, wensen, hulpmiddelen: alles kan in de koffer. Als de groepstherapie eindigt, kunnen de patiënten ook samen voor de groep (en zichzelf) een afscheidskoffer maken.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Beelen & Oelers, 2000)

Verzorgen

De patiënt verzorgt een plantje op cel.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Helmich, 2017)

De man zonder handen en de man zonder tong

De ene patiënt 'kan' niet tekenen, de andere patiënt (of de therapeut) 'kan' niet praten. De patiënt die niet kan tekenen, geeft aanwijzingen aan de ander. Die tekent

het uit, maar mag niet praten. Draai de rollen ook een keer om. Deze werkvorm kan ook in groepsverband worden uitgevoerd.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Twee cirkels, één werk

Deze werkvorm is in duo-vorm. Werk beide een eigen cirkel uit in een bepaald thema. Een thema als natuur, seizoenen, dieren, enzovoorts. Als beide cirkels af zijn overleg dan samen hoe ze samengevoegd kunnen worden. Plak ze samen op één vel en maak de rest van het vel vol zodat het één geheel wordt.

Doel: Omgaan met grenzen van zichzelf en de ander

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)



Figuur 17: Twee cirkels, één werk

Gemaakt in duo-vorm met vetkrijt en soft-pastel.

Klei eraf en klei erbij

Ieder begint met een stuk klei. De één mag alleen klei erbij doen, de ander mag alleen klei eraf halen. Werken jullie samen of elkaar tegen?

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Smeijsters et al., 2012)

Samenwerken met ansichtkaarten

Iedereen pakt een ansichtkaart die hem aanspreekt. Er worden duo's gevormd en in de duo's worden de kaarten besproken. Overleg hoe de kaarten samengevoegd kunnen worden tot één werk. Maak één werkstuk waarin beide ansichtkaarten zijn verwerkt.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Haeyen, 2007)

Aansluitende tuin

Ieder schildert een eigen tuin. Voeg naderhand alle werkstukken samen en laat de patiënten de tuinen aan elkaar aansluiten. Bijvoorbeeld door wandelpaden of hekjes te schilderen. Doe dit zonder te praten.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Haeyen, 2007)

Onderwaterlandschap

Samen maken de patiënten een onderwaterlandschap zonder te praten.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Haeyen, 2007)

Matisse-kwasten

Maak een kwast aan de onderkant van een bamboestok vast. Doe dit met alle kwasten en bamboestokken en verdeel deze onder de patiënten. Leg van te voren drie vellen papier klaar op elkaar: onderop een klein vel, daarop een middelgroot vel en daarbovenop een groot vel. De patiënten schilderen eerst het grootste vel vol. Bij de volgende ronde werken ze op het middelgroot vel en tot slot het kleine vel. Houdt in de gaten dat de patiënten goed samenwerken zodat de grote bamboestokken voor geen gevaarlijke situaties zorgen.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Haeyen, 2007)

Cadeau voor de ander

Maak lootjes met alle namen van de patiënten. Ieder trekt een loodje en maakt een werkstuk voor een ander.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Beelen & Oelers, 2000; Kaplan, 2007; Haeyen, 2007)

Stripverhaal

Samen schilderen de patiënten zonder te praten een stripverhaal.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Beelen & Oelers, 2000; Liebmann, 1994)

Feestmaaltijd

Samen schilderen de patiënten op één groot vel papier een feestmaaltijd.

Doel: Sociale vaardigheden verbeteren

Bron: (Beelen & Oelers, 2000)



Figuur 18: Feestmaaltijd

Gemaakt in duo-vorm met acrylverf.

Verlies

Verlies wordt gedefinieerd als de verandering in de levenssituatie van de patiënt als gevolg van een ontstaan tekort of gebrek aan een belangrijk motiverend voorwerp of motiverende situatie (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Het kan gaan om een definitief of aanhoudend verlies van een onderkomen, status, geliefde of relatie, werk, toekomst of gezondheid (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Door het kwijtraken van één of meer betekenisvolle elementen uit het bestaan, raakt men ook de houvast die daaraan ontleend werd kwijt (Spapens, 2010). Het overgrote deel van de mensen met verlieservaringen komt er zelf aan toe om te rouwen, om het verlies een plek te geven. Echter lukt dit niet iedereen en kunnen zodoende de gevoelens die samengaan met verlies omslaan in depressie, suïcide of andere geestelijke- en gezondheidsproblemen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Patiënten van het PPC hebben altijd te maken met verlieservaringen rondom de status (identiteit) en de toekomst: deze betekenisvolle elementen zijn namelijk drastisch veranderd (of compleet weggenomen) sinds de detentieperiode (Helmich, 2013). Dit zou betekenen dat alle patiënten een hulpvraag hebben omtrent verlies, wat echter niet het geval is. In de meeste gevallen verwerken patiënten dit zelf, al dan niet met ondersteuning van lotgenoten, mentoren enzovoorts. Bij een enkele patiënt leidt dit verlies tot depressie, suïcide, automutilatie of andere klachten, waardoor ervoor gekozen kan worden de patiënt aan te melden voor behandeling (Blansjaar et al., 2012). Andere vormen van verlies komen ook regelmatig voor in het PPC, zoals in het geval bij kinderdoding en het verliezen van een dierbare (Helmich, 2013). Deze vormen van verlies nemen een bijzondere plek in bij behandeling in het PPC omdat patiënten dierbaren niet meer kunnen bezoeken voor het overlijden, de begrafenis/crematie aan ze voorbij gaat, de afwezigheid van de overleden persoon moeilijk voelbaar is omdat de patiënt geïsoleerd is van de buitenwereld en er beperkte (hulp)middelen zijn (Interview M. Helmich). Beeldende therapie kan dan uitkomst bieden door het creëren van tijd, ruimte en middelen om te verwerken (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Het creëren van een veilige plek waar de patiënt stil kan staan bij het verlies en de mogelijkheden krijgt om uiting te geven aan het verlies wordt als zeer waardevol ervaren door patiënten (Ogtrop, 2018; Spapens, 2010). Praten over het verlies is voor patiënten vaak onmogelijk, waardoor het non-verbale karakter van de beeldende therapie uitkomst kan bieden. Door de verbeelding in beeldende werkstukken (en de symboliek daarvan), is het uiten van emoties minder bedreigend en helpt het de patiënt zijn verwerkingsproces op gang te brengen (Bohlmeijer & de Reus-Vinke, 2006). Ook helpt het beeldend vormgeven van verlieservaringen om grip te krijgen op het 'oneindige en abstracte gevoel' dat is ontstaan door het verlies (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018).

De Generieke Module (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017) onderscheidt twee componenten van behandeling: het afscheid nemen (en verwerken) en het instellen van een nieuwe rol. Beide componenten zijn van belang om het verlies goed te verwerken en de problemen die het verlies hebben veroorzaakt te verminderen of weg te nemen (Meijer-Degen, 2006). In paragraaf 6.1 wordt aandacht besteed aan het afscheid nemen door hier uitleg over te geven, werkvormen te beschrijven en deze te onderbouwen. In paragraaf 6.2 zijn de uitleg, de onderbouwing en de werkvormen met betrekking tot het instellen van een nieuwe rol opgenomen.

7.1 Afscheid nemen

Afscheid nemen (en verwerken) gaat gepaard met stil staan, voelen, uiten, betekenis verlenen, delen enzovoort (Meijer-Degen, 2006; Looijen & Glasbergen, 2017). Voor patiënten is het soms moeilijk om dit zelf aan te gaan, bijvoorbeeld omdat er geen ruimte voor is of omdat de patiënt het moeilijk en eng vindt om dit zelf aan te gaan. In de beeldende therapie kan deze ruimte gecreëerd worden en kan de patiënt steun ervaren aan de begeleiding van de therapeut. Door fysiek in beweging te komen (tijdens het beeldend werken) wordt de patiënt geactiveerd om het verlies aan te gaan (Ogtrop, 2018). De patiënt kan tijdens het beeldend werken letterlijk voelen, uiten, betekenis verlenen, delen en stil staan. Denk bijvoorbeeld aan het bewerken van speeksteen waarbij de patiënt geconcentreerd werkt, fysiek in beweging komt of juist even stil staat, afstand neemt, via het beeldend werk deelt en betekenis verleent aan het werk. Met het beeldende medium kan ook de cyclus doorlopen worden van afsluiten en opnieuw beginnen. Door iets wat stuk is weer op te bouwen. Patiënten hoeven dit proces niet eens aan hun eigen verlieservaring te koppelen, willen ze met het afbreken en opbouwen een gevoel van herstel ervaren (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Als de verlieservaring te confronterend of te pijnlijk is, dan kan er ook voor gekozen worden om Storytelling in te zetten. Door de symboliek en de metaforen die in het beeldende medium verwerkt zitten, kan de patiënt een vertegenwoordiger van zijn eigen verhaal kiezen of creëren en daarmee op afstand zijn verhaal vertellen. Bijvoorbeeld door het verhaal van de muis zonder oren of de vis zonder vader te vertellen. Het medium biedt de patiënt dan ook de mogelijkheid om zijn eigen ervaringen en belevingen met een andere toegankelijker taal te vertellen en te delen.

Patiënten ervaren vaak, bij het verliezen van een dierbare, een strijd tussen het wegdrücken van verdriet/pijn en het wel aandacht willen besteden aan de verloren persoon. Het wegdrücken van de pijn (ter overleving) voelt als de rug toekeren naar de dierbare, terwijl de patiënt dat ook niet wilt. Door de patiënten werkvormen aan te bieden waarbij ze op een gecontroleerde en veilige manier uiting kunnen geven aan die emoties, mag en kan de pijn er zijn, waardoor ook de strijd zich op zal heffen (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018). Hiervoor kunnen de werkvormen van emotieregulatie geraadpleegd worden. Als beeldend therapeut is het belangrijk om een veilige omgeving te creëren voor de patiënt waarin hij de vrijheid krijgt om te zijn (J. van Amstel, persoonlijke

communicatie, 21 maart 2018). Waar ruimte is voor zijn behoeftes, gevoelens en alle facetten van het afscheid nemen. De therapeut is ondersteunend aanwezig en nodigt de patiënt uit om zelf de regie te nemen in zijn verwerkingsproces.

Altaar

De patiënt gedenkt zijn overleden dierbare door een altaar te maken voor hem. Dit kan een klein of groter altaar zijn. Voor op cel, voor in de beeldend ruimte of voor een zelf georganiseerde afscheidsceremonie.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Fotolijstje

De patiënt maakt en/of decoreert een fotolijstje waar een foto van de overleden persoon in komt. Het fotolijstje kan de patiënt op cel zetten.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Speksteen

De patiënt gedenkt zijn overleden dierbare door een beeld te maken voor/over de overleden persoon.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)



Figuur 19: Speksteen

Waar je bent

De patiënt denkt na over waar de overleden persoon is of waar hij wilt dat hij is. Vervolgens maakt de patiënt deze plek met beeldende materialen.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Ik had je nog willen zeggen...

De patiënt schrijft een brief of maakt een werkstuk over alles wat hij nog had willen delen met de overledene. Deze brief kan naderhand bewaard, weggegooid of verstuurd worden.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Portret

De patiënt maakt een portret. Dit kan een portret zijn van de overleden persoon om hem te eren. Maar het kan ook dat de patiënt een zelfportret maakt voor een persoon die ernstig ziek is. Hierdoor kan hij toch bij deze persoon zijn, ondanks de fysieke afwezigheid.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Cadeau maken

De patiënt maakt een cadeau voor zichzelf, de overleden persoon of voor een andere nabestaande. Laat de patiënt het cadeau inpakken.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (Budde, 2008; M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

De figuratieve toekomsttekening

De patiënt maakt een toekomsttekening waarin hij allerlei elementen tekent die bij zijn toekomst gaan passen. Gaat hij straks weer in de fabriek achter de loopband werken? Dan tekent hij een loopband. Betrek zoveel mogelijk elementen en laat de patiënten deze elementen figuratief uittekenen. Tot slot vraag je de patiënt waar er nog plek is voor de overleden persoon? Er is altijd ruimte op het papier of er kan ruimte gemaakt worden. Door de toekomst figuratief uit te tekenen, wordt de toekomst voor de patiënt concreet en krijgt het verlies een zo realistisch mogelijk plekje in de tekening.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Griffioen, persoonlijke communicatie, 26 maart 2018)

Troostpop

Als de patiënt veel verdriet heeft dan kan hij een troostpop voor zichzelf maken. Laat de patiënt eerst een ontwerp maken, zoek daarna samen naar prettige stoffen en werk het plan vervolgens uit.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (Helmich, 2018)

Verscheurd

De patiënt maakt (oude) materialen stuk en maakt met de resten ervan een nieuw werk. Denk bijvoorbeeld aan het verscheuren van papier, het kapot slaan van opgedroogd klei of servies, het stuktrekken van stof enzovoorts.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (Helmich, 2018)

Uitvergroten

De patiënt kiest een voorwerp of afbeelding en onderzoekt deze grondig. Een stukje van het voorwerp of de afbeelding vergroot de patiënt uit in een nieuw werkstuk. “Door uit te vergroten haal je het voorwerp uit zijn proporties. Dit schept

afstand en kan een verrassend effect geven. Het kan ook humor oproepen. Door afstand en relativisering kun je verwerken (Budde, 2008, p. 109).”

Doel: Afscheid nemen

Bron: (Budde, 2008)

Storytelling

De patiënt maakt een (fantasie)dier of andere personificaties. Deze hoofdrolspeler krijgt een verhaal die de patiënt verzint en uitwerkt. Iedere week kan er een stukje bij het verhaal komen. Zo kan de patiënt op afstand zijn eigen verlies een plekje geven. Tijdens het verhaal kunnen linken gelegd worden met het verhaal van de patiënt zelf, maar dit hoeft niet.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (Van Ogtrop, 2018)

Herinneringen loslaten

De patiënt werkt een herinnering uit die hij niet prettig vindt en maakt vervolgens dit werkstuk kapot door het te slaan, verbranden, verscheuren, verstoppert, weggooien, begraven enzovoorts. De patiënt kan ook een voorwerp of een materiaal kiezen dat staat voor de herinnering, zodat hij niet uitgebreid de herinnering hoeft uit te werken (en eventueel her te beleven)

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Herinneringen vasthouden

De patiënt werkt herinneringen uit die hem dierbaar zijn en die hij graag vast wilt houden. Er kan ook een herinneringsboek gemaakt worden waarin meerdere herinneringen worden uitgewerkt en bewaard.

Doel: Afscheid nemen

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)



Figuur 20: Herinnering vasthouden

7.2 Nieuwe rol instellen

Zoals de eerder besproken cyclus al aangaf, komt er na de periode van afsluiten een nieuw begin. Wanneer voldoende aandacht besteed is aan het verwerken en afscheid nemen, zal de patiënt zich moeten leren verhouden tot het leven dat weer doorgaat (Meijer-Degen, 2006). Beeldende werkvormen waarbij de patiënt de cyclus doorloopt en/of stil staat bij verandering helpen de patiënt om zich bewust te worden van het nieuwe begin en het verder gaan. Ook kan het de patiënt helpen om stil te staan bij en aandacht te besteden aan wensen, verlangens en dromen ten aanzien van de toekomst (Budde, 2008). Door dit met beeldende materialen uit te werken wordt de patiënt zich hiervan bewust en werkt hij toe naar het nieuwe begin. Hij maakt zodoende gedachten en gevoelens concreet, werkt aan bewustwording van veranderingsprocessen en kan met zichzelf en anderen communiceren over de beladen en abstracte thema's (Budde, 2008; Meijer-Degen, 2006). Voor het instellen van de nieuwe rol kunnen ook de werkvormen over het zelfinzicht (paragraaf 1.2) en het zelfbeeld (paragraaf 3.2) worden geraadpleegd. Ook met deze werkvormen kan de patiënt zichzelf (in relatie tot het nieuwe begin) en zijn toekomstplannen vormgeven. Bij het instellen van de nieuwe rol is ook de non-directieve houding van de therapeut wenselijk zodat de patiënt leert om zelf de regie te nemen in zijn (veranderings-)proces.

Tekenfilm

De patiënt maakt een stopmotion filmpje waarin hij een verandering doormaakt. Dit kan concreet de verandering zijn waar de patiënt in zit of een algemenere verandering. De patiënt staat stil bij verandering en het verdergaan na een verandering.

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Budde, 2008)

Droomdoos

De patiënt maakt een doos waarin hij zijn dromen vormgeeft. Zo staat hij stil bij de toekomst en bij eigen wensen. Wat zou hij graag willen? En hoe ziet hij eruit in zijn dromen? Krijgt de verwerking van het verlies ook een plekje? Of is er op een andere manier een link te leggen tussen het eerdere verlies en de dromen van de patiënt?

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Budde, 2008)

Verleden, heden, toekomst

De patiënt maakt een drieluik over zijn verleden, heden en toekomst. Hierin verwerkt hij ook het verlies.

Doel: Instellen van nieuwe rol

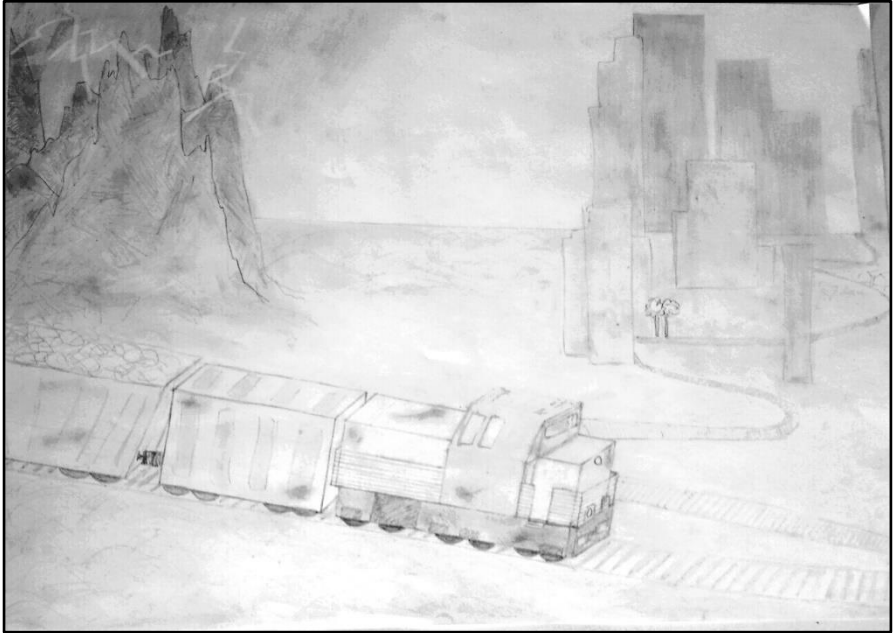
Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Vorm transformeren

De patiënt kiest/tekent een vorm. Op een volgend vel papier tekent hij een kleine verandering aan de vorm. Dit doet hij net zo lang (met net zoveel papier als nodig is) tot de vorm een totaal andere vorm is geworden. De patiënt staat stil bij verandering en bij wat verandering met hem doet.

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Budde, 2008)



Figuur 21: De trein

Gemaakt met potlood.

De trein

De patiënt stelt zichzelf voor als een trein. Wat voor trein is hij? “Een sneltrein, stoptrein, stoomtrein, goederentrein enz? Hoe ziet het landschap eruit waar je door heen rijdt? Hoe ziet het traject eruit? Zijn er wissels? Stop je wel eens? Kom je wel eens blokkades op de rails tegen? Ontspoor je wel eens? Waar kom je vandaan, waar ga je naartoe? Neem je mensen mee? Neem je bagage mee? Zijn er beschadigingen? (Helmich, 2017, p. 11)”

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Helmich, 2017)

Uitkomen van een ei

Eerst maakt de patiënt een ei van (giet)klei. Als deze af is, dan maakt de patiënt het ei open en laat hij er iets uit komen. Er kan voor gekozen worden om de klei bijna helemaal te laten drogen en een gat erin te slaan, of juist de natte klei direct te bewerken tot een ei dat uitkomt. Wat komt er uit het ei?

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Budde, 2008)

Reiskoffertje

De patiënt maakt/vult een koffer met alles wat hij op zijn reis mee wilt nemen. Wat neemt hij graag mee uit de herinneringen met de overledene? Wat neemt hij graag mee uit het verwerkingsproces? En wat zal hij tijdens zijn reis hard nodig hebben?

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Budde, 2008)

Een trap of weg

De patiënt werkt een trap of weg uit die staat voor zijn leven. Wat ziet hij bovenaan de trap of aan het einde van de weg? Wat komt hij onderweg tegen en wat heeft hij nodig om omhoog/verder te komen?

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018)

Werkstuk over het proces

De patiënt maakt een (afsluitend) werkstuk over het proces in de beeldende therapie. Wat heeft hij ervan opgestoken of wat is hem erg dierbaar? Laat de patiënt dit uitwerken.

Doel: Instellen van nieuwe rol

Bron: (Meijer & Degen, 2006; Looijen & Glasbergen, 2017)

Fröbelen

In de beeldende therapie van het PPC wordt ook zeer regelmatig gefröbeld met patiënten. Dit houdt in dat patiënten laagdrempelige beeldende werkstukken maken die niet gaan over therapeutische thema's, maar die wel therapeutisch van aard zijn. De term is afkomstig van de Duitse opvoedkundige Friedrich Fröbel die kleuters opdrachten liet uitvoeren waarbij zij al spelend leerden (Historiek, 2012). In de beeldende therapie worden deze fröbel-werkvormen ingezet om al spelend/werkend het zelfbeeld van patiënten te verbeteren en/of de patiënt te laten ontspannen. Deze werkvormen hebben als overeenkomst dat ze de patiënt in het medium positieve ervaringen op laten doen die leiden tot ik-versterking en ontspanning. Deze positieve ervaringen komen tot stand doordat de werkvormen een zeer hoge kans van slagen hebben, aanzetten tot spelplezier en geen ingewikkelde denkprocessen vergen (E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018). Daarnaast krijgt de patiënt een zelfbepalende(re) rol, die goed te vervullen is gezien de grote kans van slagen (Smeijsters et al., 2012). Een gevoel van controle kan de spanning af laten nemen, zeker bij de doelgroep van het PPC die zijn overgeleverd aan de regels van het strafrecht en de gevangenis zelf (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). De beeldende materialen die gebruikt worden bij de werkvormen hebben vaak een hoge appélwaarde. Dit, in combinatie met het makkelijk uitvoerbare karakter van de werkvormen, maakt dat de patiënt op kan gaan in het werk en zijn gedachten even kan verzetten (M. Helmich, persoonlijke communicatie, 20 maart 2018). Het uiteindelijke product wordt een weerspiegeling van een betere, plezierige ervaring (Smeijsters et al., 2012). De werkvormen werken niet alleen ontspannend en ik-versterkend, maar zijn ook een (laagdrempelige) opstap naar contact tussen patiënt-medium en patiënt-therapeut. Contact hoeft in eerste instantie niet persoonlijk te worden als de patiënt dat niet wil, omdat men in het beeldende medium in contact kan zijn (Van der Linden, 2016). Bijvoorbeeld door samen de juiste materialen te zoeken. Deze werkvormen worden voornamelijk ingezet om het zelfbeeld te verbeteren en/of de patiënt te laten ontspannen. Toch worden deze werkvormen in het PPC ook ingezet bij andere behandeldoelen om te werken aan contactgroei en stabilisatie van de patiënt. De patiënt kan op een laagdrempelige manier contact maken met het medium en de therapeut, maar krijgt ook de rust en ruimte die hij nodig heeft om te stabiliseren.

Vouwen van muizentrappetjes

De patiënt maakt met twee reepjes papier muizentrappetjes door de reepjes omstebeurt over de ander te vouwen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Bouwen van een boot of vaas met klei

De patiënt bouwt met klei een boot of vaas. Dit kan zo makkelijk of moeilijk mogelijk gemaakt worden, afhankelijk van de behoefte van de patiënt.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Mandala's inkleuren

Print verschillende mandala's uit. Laat de patiënt deze inkleuren.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Robbins, 1994; J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)



Figuur 21: Mandala zelf ontwerpen

De maker heeft gebruik gemaakt van verschillende symbolen, vormen en kleuren. Gemaakt met stiften.

Mandala zelf ontwerpen

De patiënt ontwerpt een eigen mandala. Nodig hem uit om zijn creativiteit te gebruiken door eigen vormen en figuren erin te verwerken.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Inkleuren

De patiënt kiest een kleurplaat en kleurt deze met potloden, stiften of andere materialen in. De kleurplaat kan op een gekleurd kartonnen vel geplakt worden of bijvoorbeeld verwerkt worden tot een kaartje.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Baeten, 2007; E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Lijmexperimentjes

Leg verschillende materialen klaar. Laat de patiënt experimenteren met lijm. Hij kan lijm bijvoorbeeld mengen met verf/ecoline, een veertje in de lijm leggen of zand/suiker over de lijm strooien. Nodig de patiënt uit om de ruimte door te lopen en nieuwe experimenten aan te gaan met lijm en andere gevonden materialen. De lijm-werkjes kunnen uiteindelijk verwerkt worden tot kaartjes, onderzetters, enz.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Ecoline-experimentjes

Laat de patiënt experimenteren met ecoline. Bijvoorbeeld door de ecoline te mengen met verf, lijm, klei, gips, enz. Of door zout over de ecoline te strooien. Nodig ook nu weer de patiënt uit om nieuwe dingen te proberen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Helmich, 2017; E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Duimpotjes maken

De patiënt maakt een bakje, potje of kommetje met klei door deze met zijn vingers te boetsen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)

Eigen vormen maken en in elkaar zetten

De patiënt ontwerpt een eigen vorm. Door met bestaande vormen te spelen en puzzelen ontstaat er een nieuwe vorm.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

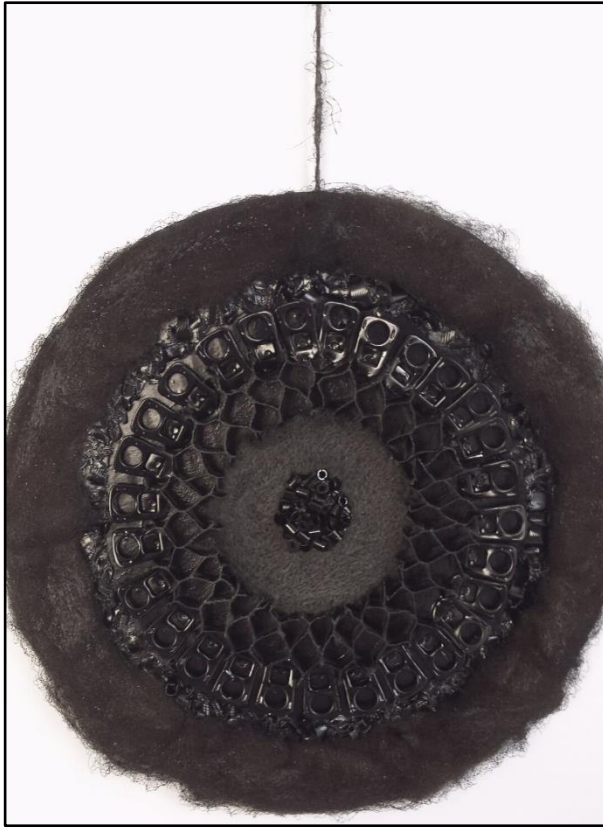
Bron: (J. van Amstel, persoonlijke communicatie, 21 maart 2018)

Vlakken-schilderij met drie kleuren

De patiënt kiest een afbeelding en trekt deze over op canvas. Daarna verdeelt hij deze tekening in een aantal vlakken door lijnen te trekken door het werk. De patiënt kiest drie kleuren en schildert ieder vakje met één van de drie kleuren in tot het werk af is.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (E. Konings, persoonlijke communicatie, 15 maart 2018)



Figuur 22: Materialen in een cirkel

Gemaakt van kralen, stof, karton, bliklipjes, geschaafd kaarsvet en onbewerkt vilt (van binnen naar buiten).

Materialen in een cirkel

De patiënt knipt een cirkel uit karton. De patiënt begint in het midden met het opplakken van een materiaal, zoals wol, stof, een veertje, enz. Vanuit het midden maakt de patiënt steeds een nieuwe ring met een nieuw soort materiaal tot de cirkel vol is. Tot slot kan de patiënt het werkstuk overspuiten met één kleur en een haakje eraan bevestigen zodat het werk opgehangen kan worden.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Van der Velden, 2013)

Breien

Laat de patiënt breien. Als de patiënt het nog niet kan, geef dan eerst uitleg. Of laat de patiënt jou leren breien. Om de succeservaring te vergroten, mag het ook echt

iets worden. Bijvoorbeeld een sjaal of deken. Ook kan de gebreide lap vermaakt worden tot iets door het aan elkaar te naaien of er iets op te naaien.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Helmich, 2018)

Circulair schilderwerk

Leg een vel papier op een draaischijf. De patiënt schildert terwijl de draaischijf draait, waardoor er verschillende gekleurde cirkels ontstaan.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Van der Velden, 2013)

Maken van een gipsen mal

De patiënt maakt met gips een mal. Uiteindelijk wordt de mal gevuld zodat er een drie dimensionaal werk uit komt.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Ruigt & Trienekens, 2015)

Mozaïek

De patiënt maakt een werkstuk met mozaïek steentjes. Er kan van te voren een ontwerp gemaakt worden, maar het mag ook gaandeweg ontstaan.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Ruigt & Trienekens, 2015)

Vingerverven

De patiënt maakt met vingerverf een schildering. Nodig de patiënt uit om te experimenteren, papier is er genoeg.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Baeten, 2007)

Krassen in schoolbordverf

Vraag de patiënt om een vel papier vol te tekenen/krassen met vetkrijt. Daarna verft de patiënt met schoolbordverf over het vetkrijt heen. Tot slot krast de patiënt in het schoolbordverf waardoor het vetkrijt op die plekken weer zichtbaar wordt.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Baeten, 2007)

Een kaartje maken

De patiënt maakt een kaartje voor zijn partner, familie, vriend of groepsgenoot. Dit kan door afbeeldingen uit te knippen en op te plakken, de kaart te decoreren met stikkertjes/glitters/stempels, een tekening te maken op de kaart of bijvoorbeeld een 3d-kaart te maken.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Helmich, 2017)

Schilderen op nummer

De patiënt kiest een afbeelding uit de collectie ‘schilderen op nummer’. De patiënt vult de vakjes met de aangegeven kleuren.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Robbins, 1994)

Constructie van hout

De patiënt lijmt allerlei stukjes hout (blokjes, rondjes, luciferstokjes, enz.) op en aan elkaar. Hij hoeft van te voren niet te bedenken wat het wordt, het mag gewoon ontstaan. Het enige wat hij hoeft te doen, is het ene blokje op het andere lijmen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (Helmich, 2017)

Mengen en strepen

De patiënt start met het zetten van een streep met één kleur, van links naar rechts op het papier. De patiënt mengt die kleur nu een beetje met een andere kleur en zet opnieuw een streep onder de eerst gezette streep. Nu mengt de patiënt die kleur weer een beetje met een andere kleur en zet opnieuw een streep. Dit doet hij totdat het vel papier vol staat met strepen. Als alles droog is, kan de patiënt met zwart (of een andere kleur) een tekening maken over de strepen.

Doel: Zelfbeeld verbeteren, ontspanning, contactgroei

Bron: (R. van der Voorde, persoonlijke communicatie, 30 maart 2018)

Figuur 23: Mengen en strepen



Literatuurlijst

Boeken

- Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie: In de praktijk van de forensische psychiatrie*. Amsterdam: Spinhex & Industrie
- Beelen, F. & Oelers, M. (2000). *Interactief: Creatieve therapie met groepen* (2^e dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Blansjaar, B.A., Beukers, M.M. & van Kordelaar, W.F. (2012). *Stoornis en delict: Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*. Utrecht: De Tijdstroom
- Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen: Creatieve werkvormen en methodieken* (2^e dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer E. (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom
- Hinz, L.D. (2009). *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy*. New York: Routledge
- Kaplan, F., (2007). *Art Therapy and Social Interaction*. London: Jessica Kingsley Publishers
- De Lange, J. & Bosscher, R.J., (2008). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Liebmann, M. (1994). *Art Therapy with Offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers
- MCNeilly, G. (2006). *Group Analytic Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Meijer-Degen, F. (2006). *Coping with loss and trauma through art therapy: Training Manual*. Delft: Uitgeverij Eburon
- Menger, A., Krechtig, L. & Bosker, J. (2016). *Werken in gedwongen kader: Methodiek voor het forensisch sociaal werk* (3^e ed.). Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Roth, L., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York: Oxford University Press
- Robbins, A. (1994). *A Multi-Modal Approach to Creative Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Schweizer, C., de Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M. & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Smeijsters, H. (2008). *De kunsten van het leven*. Utrecht: Veen Magazines
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek creatieve therapie* (3^e ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho

- Smeijsters, H., Willemars, G., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Dijkema, P. (2012). *Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. Heerlen: KenVak Publishers
- Smeijsters, H. & Cleven, G., (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie: Expertisecentrum forensische psychiatrie*. Amsterdam: Spinhex & Industrie
- Yalom, I.D., (2005). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk* (2e dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Tijdschriftartikelen

- Berking, M. & Wupperman, P., (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2). 128-134
- Van den Bos, K., (2017). Transdiagnostische factoren: Naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4, 6-13
- Bulten, B. & Nijman, H.(2009) Veel psychiatrische stoornissen ondergedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands tijdschrift Geneeskunde*, 153, 1-6
- Diepenmaat, F., (2004). Maskers in de gevangenis: een bezoek aan The Geese Theatre Company, Birminhamg, Great Brittain. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 4, 4-6
- Hoving, T. & van Mansom, O., (2012). Beeld en taal zijn samen sterker: Een combinatie van beeldende therapie en systeemtherapie in de verslavingszorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 8(1), 9-15
- Lezak, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.
- Willemars, G. & Helmich, M. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies: Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6(2), 11-16

HBO-scripties

- Aarts, P. (2013). Expressie en emoties binnen de beeldende therapie: dat wat je aandacht geeft groeit (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 13 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_hu/oai:surfsharekit.nl:d53ef663-af57-4365-989e-36e1bedce1a7
- Van Dijck, B. (2012). Spanning deed mij niks: Een onderzoek naar het effect van de module ‘Spanningsregulatie’ (Dijck, 2012) op het lichaamsbewustzijn van volwassen forensische cliënten met spanningsregulatie problemen, een cluster B diagnose op as 2 en een verslaving (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 17 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_han/oai:surfsharekit.nl:7c2576e9-fd8a-497e-8d5e-f459a7042c5a

- Dood, J. (2014). Watsu! Dé aanvulling in de behandeling van mensen met chronische pijn? (Afstudeerscriptie) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 25 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_windesheim/oai:surfsharekit.nl:88fd12e3-5a41-4057-b4e3-12a8feb9fce3
- Groenveld-Pel, W. (2011). Het gebruik maken van fotografie en foto's binnen de beeldende therapie: toegespitst op de langdurig zorg afhankelijke cliënt van Linis, onderdeel van Lentis (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 13 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_stenden/oai:surfsharekit.nl:cc784771-830b-4821-a57e-0b5818bf14f0
- Groot-Koerkamp, L. (2010). Ik voel dat ik wil slapen: Een case-study over depressie en slaapproblemen (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd 25 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_windesheim/oai:surfsharekit.nl:f08f3e22-e468-49b9-aa83-06c1be176a02
- Van den Heuvel, M., Risse, C., Baten, F. & Teller-Weyers, C. (2012). Stop ik het weg of laat ik het zijn? (In)congruentie van cliënten in cognitie, beeld, lichaamstaal en beweging bij uiteten van agressie in beeldende therapie (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 12 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_han/oai:surfsharekit.nl:e0054ee7-82c6-4e45-93b1-7bc53277621e
- Van der Linden, J. (2016). De functie van het medium bij werkalliantie binnen vaktherapie: Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek bij jongeren in gedwongen kader (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 23 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_hu/oai:surfsharekit.nl:c4ce0008-6b44-43b1-892a-78b9493839fe
- Spapens, F. (2010). Monumenten van herinnering: Creatieve werkvormen die de mogelijkheid bieden op symbolische wijze de herinneringen aan een overleden dierbare vorm te geven (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 23 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_han/oai:surfsharekit.nl:686d7f7f-4393-485b-ab4c-cd01efb69a58
- Swaen, J. & Vissers, C.L. (2013). Piekergedachten en stagnatie in de beeldende therapie: Een verzameling van interventies (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 9 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_zuyd/oai:surfsharekit.nl:57c7231d-d953-498a-94c7-d44ff28e1213
- Vermeulen, M. (2015). Samen Vormen: Een kwalitatief ontwikkelingsonderzoek gericht op de vraag hoe een beeldend therapeutisch product in combinatie met de Emotionally Focused Therapy voor de behandeling van partnerrelatieproblemen ontwikkeld kan worden (Afstudeeropdracht) [HBO

Kennisbank]. Geraadpleegd op 20 april 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_han/oai:surfsharekit.nl:6d4e3c02-3140-4b46-bff2-7161d708f0e3

Internetbronnen

Friedrich Fröbel (1782-1852): Pedagoog die kon 'freubelen', (2012). Geraadpleegd op 14 april 2018, van <https://historiek.net/freubelen-pedagoog-friedrich-frobel/15780/>

Dienst Justitiële Inrichtingen, (2012). PPC Penitentiair Psychiatrisch Centra: Facts & Figures. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van https://www.dji.nl/binaries/online-versie-dji-zakboekje-ppc-aanpas-v2-druk-2_tcm41-120661.pdf

Homeostase. (2016). Geraadpleegd op 25 april 2018, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/homeostase>

Kwaliteitsontwikkeling GGZ, (2017). Generieke Module: Vaktherapie. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=53192&download=1>

Overeetstoornissen: behandelprogramma's (2014). Geraadpleegd op 25 april 2018, van <https://www.antoniusziekenhuis.nl/file/1009/download?token=BtTPWY6N>

Regelsystemen. (2016). Geraadpleegd op 25 april 2018, van <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/ajax/cc/module/99889>

Veel gestelde vragen PPC. (z.j.). Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.dji.nl/locaties/index/veelgestelde-vragen-ppc.aspx>

Verstoring biologische klok. (z.d.). Geraadpleegd op 25 april 2018, van <https://slaapcentrum.slingeland.nl/kenniscentrum/Ziekte--Aandoening/Verstoorde-biologische-klok/837/861>

Willemars, G., Burkard, C., Kottelenberg, J., Peters, S., Spaninks, S., Omarsdottir, S., . . . Friso, W. (2013). *Impulsen onder controle: Van Destructief naar Constructief handelen. Kortdurend traject beeldende therapie gericht op het vergroten van impulscontrole binnen de forensische psychiatrie*. Geraadpleegd op 9 april 2018, van <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Willemars-G.-Impulsen-onder-controle.pdf>

Zorg en begeleiding. (z.j.). Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.dji.nl/justitiabelen/volwassenen-in-detentie/zorg-en-begeleiding/index.aspx>

Niet gepubliceerde bronnen

Dijkstra, J., Davina, F., Otto, R. & Kremers, D. (2017). *Professioneel statuut PPC: landelijk 2017 definitief*. Intern document. Den Haag: Penitentiaire Inrichting Haaglanden, Vught, Zaanstad en Zwolle

Driel, M., Koningsveld, M.P. & van Sloten, D. (2017). *Zorgvisie: PPC Zwolle*. Intern document. Zwolle: Penitentiaire Inrichting Zwolle

Geus, de T. (2006). *Doelstelling, differentiatie en behandeling*. Beleidsnotitie. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen

- Helmich, M., (2013). *Vaktherapie: een beschrijving en onderbouwing van muziektherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie, voor psychiatrische patiënten in detentie in het PPC van de PI Zwolle*. Intern document. Zwolle: Penitentiaire Inrichting Zwolle
- Helmich, M., (2014). *Behandeling van forensische psychiatrische vrouwen in het PPC van de PI Zwolle*. Intern document. Zwolle: Penitentiaire Inrichting Zwolle
- Helmich, M., (2017). *Werkvormen: Vaktherapie Beeldend PPC Zwolle*. Conceptversie. Zwolle: Penitentiaire Inrichting Zwolle
- Helmich, M., (2018). *Hoe verder tot de uitspraak? Werkvormenboek A*. Conceptversie. Zwolle: Penitentiaire inrichting Zwolle
- Roorda, L., (2017). *Missie en Visie PPC: landelijk 2017 vastgesteld*. Intern document. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen
- Werkgroep Uitwerking Zorgvisie, (2017). *Uitwerking van de zorgvisie*. Intern document. Zwolle: Penitentiaire Inrichting Zwolle