

► [P+] Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring



Tineke de Graaff (2017).

Context

Zorgprogramma-overstijgend: stemmingsstoornis, PTSS, somatoforme stoornis, zingevingsproblematiek, verstoorde rouw, in de specialistische ggz, tweede lijn.

Probleemomschrijving

Een ontwrichtende verlieservaring kan worden beschouwd als een 'transdiagnostische factor' die een onderhoudende rol kan spelen bij meerdere psychiatrische problemen, zoals verstoorde rouw, zingevingsproblematiek, een aanpassingsstoornis, stemmingsstoornis en PTSS (Bohmeijer, 2012; Bohlmeijer & Westerhof, 2014). Met een dergelijke verlieservaring wordt gerefereerd aan het construct "verlies" (Van Heycop ten Ham et al., 2014) in navolging van het begrip "Loss", zoals beschreven in de Research Domain Criteria van The National Institute of Mental Health (NIMH, 2017). Daarbij kan het gaan om verlies van een geliefde, van werk, van status, van lichamelijk functioneren of van vertrouwen in zichzelf of zijn omgeving. Als een dergelijk verlies het aanpassingsvermogen

heeft overvraagd kunnen de ervaringen niet worden begrepen en geordend. Hierdoor daalt de zelfwaardering en ontbreekt een gevoel van controle (Gemmeke, 2013). Als mensen er dan niet in slagen om gedurende het leven reflectief vorm te geven aan de eigen identiteit en die aan te passen aan de nieuwe omstandigheden zullen ze zich daar slachtoffer van voelen, wat zal leiden tot afname van actorschap, dat is *'het vermogen richting te geven aan het eigen leven'* (Giddens, in Bohlmeijer, 2012). Actorschap is mogelijk wanneer mensen voor hen aantrekkelijke en wenselijke leefperspectieven hebben en zich in staat voelen en mogelijkheden ervaren om die te verwezenlijken (Bohlmeijer, 2012). Als gevolg van verlies van actorschap ontbreekt de voorwaarde voor psychologisch welbevinden, het vermogen om zin te geven aan het eigen leven door mogelijkheden te zien om te groeien als persoon en door betekenisvolle doelen te stellen, ook in confrontatie met negatieve of traumatische levensgebeurtenissen. Psychologisch welbevinden, ook wel mentale veerkracht, is een beschermende factor tegen het ontstaan van psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, in Van Heycop ten Ham et al., 2014).

Spreiding

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

Gevolgen

Er zijn gevolgen op functioneel, persoonlijk en maatschappelijk vlak:

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

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

Doelgroep

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

Indicaties

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

Contra-indicaties

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

Verwijzing

De selectie en verwijzing vindt plaats door de hoofdbehandelaar die de patiënt na de psychiatrische diagnostiek aan kan melden. Bij de intake door de beeldend therapeut staat uitleg over en het vinden van commitment voor deze interventie centraal, aangezien de interventie voor veel patiënten onbekend is.

Doelen

Hoofddoel

Herstel van actorschap met behulp van de cognitieve vaardigheden 'verbeelding' en 'reflectie'. Aan het eind van de behandeling is het ervaren van psychologisch welbevinden verbeterd tot minimaal eens per week, gemeten op de Dutch MHC-SF (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster & Keyes , 2011).

Subdoelen

- "ik zie nieuwe mogelijkheden die de moeite waard zijn om, in de context van de therapie, uit te werken in concrete plannen waar ik me aan committeer."
- "ik ervaar plezier *in* betrokkenheid en interesse tijdens het beeldend bezig zijn, wat me het vertrouwen geeft dat ik dat ook in het dagelijks leven ervaren kan."
- "ik ben in staat mijn aandacht te richten."
- "ik reflecteer op het beeldend werk om nieuwe betekenis in mijn leven te vinden."

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

De interventie bestaat uit 24 sessies van 90 minuten, verdeeld in vier fasen, in een frequentie van eens per veertien dagen.

Inhoud van de interventie

Elke fase stimuleert een actieve, betrokken en reflectieve houding (De Graaff, De Boer & Schoot, 2014):

- Tijdens de eerste fase (twee sessies) wordt de doelstelling bepaald met behulp van de oplossingsgerichte methode. Die is erop gericht de patiënt bewust te maken van voor hem belangrijke wensen. Het in beeld brengen daarvan is het eerste vormgevingsproces dat een beroep doet op verbeelding (alternatieven formuleren), op commitment (het doel, dat de moeite waard is, in beeld brengen) en op reflectie (klopt het beeld met wat ik wil bereiken?);
- Tijdens de tweede fase (tien sessies) wordt ruimte gecreëerd om te kunnen experimenteren met beeldend materiaal. In interactie daarmee kan regie worden ervaren. Wat kan en wil ik met verf, klei, krijt of kleurpotlood uitdrukken? Hoeveel weerstand roept het materiaal op? Hoe verhoud ik me daartoe, wat bevalt wel en niet? Het gaat om het opmerken van de eigenschappen van het materiaal, zich daaraan aan te passen en zijn eigen weg daarin te vinden. De ervaringen worden 'aan den lijve ondervonden'. Denk aan krassen, groot en klein bewegen, 'proeven', voelen, en zien. De patiënt kan geïnteresseerd raken in en aandacht richten op (de mogelijkheden van) de materialen en doet zintuiglijke en lichamelijke ervaringen op. Dit nodigt uit tot plezier *in* betrokkenheid en interesse (positief affect);
- Tijdens de derde fase (tien sessies) staat het vormgevingsproces centraal, Het gaat om het uitwerken van een beeldend idee tot een concreet product. Dit is een proces van verbeelding en reflectie: de patiënt bedenkt iets, probeert, kijkt, wikt en weegt, kiest en werkt eraan door tot het naar zijn zin is. Hij neemt dus verantwoordelijkheid en engageert zich. Een veel gebruikte techniek is het maken van (digitale) filmpjes;

- Tijdens de vierde fase (twee sessies) wordt de patiënt uitgenodigd te reflecteren op en betekenis te geven aan het eigen werk aan de hand van een zelf ingerichte tentoonstelling. Door woorden te geven aan het vormgevingsproces worden de ervaringen gedeeld met de therapeut. Daardoor kunnen ze worden vastgehouden en teruggehaald, waardoor ze ook buiten de context van de therapie betekenis krijgen voor de patiënt.

Rol van de therapeut

Aangezien het om het vinden en verwezenlijken van persoonlijke toekomstwensen gaat, stelt de therapeut zich op dat vlak 'onwetend' op en sluit hij aan bij en vertrouwt hij op de wijsheid van de patiënt (Bohlmeijer, 2012). De therapeut nodigt uit, ondersteunt, moedigt aan en bevestigt bij het zoeken naar eigen vormen om zich uit te drukken. Het opbouwen van vertrouwen en empathisch 'er zijn' staat centraal (Eneman & Sabbe, 2006). Daarnaast is de therapeut gericht op het ondersteunen van betrokkenheid op het materiaal. De therapeut begeleidt het vormgevingsproces. Het verwerken van teleurstellingen is daar een onderdeel van. Specifiek voor de laatste fase is dat er met afstand wordt teruggekeken naar het beeldend werk, waarbij de therapeut vragen stelt om de patiënt te helpen woorden te verbinden aan de ervaringen die tijdens het zoekend vormgeven zijn opgedaan, welke keuzes zijn gemaakt, hoe hij zich daaraan wist te committeren, en wat de betekenis van dit proces is voor het herstel van actorschap.

Materialen

Behalve platte vlak technieken, zoals teken- en schildermateriaal en linosnede, kan gebruik worden gemaakt van, klei, hout en digitale media zoals foto en/of video.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Factoren die het probleem veroorzaken

Of het mensen lukt om zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden hangt vooral samen met de betekenis die ze aan de moeilijke situatie toekennen (Gemmeke, 2013). Mc Adams in Bohlmeijer (2012) vond daarnaast dat een moeilijke situatie ten goede kan worden gekeerd op basis van een vroeg verworven overtuiging van eigen talenten. Het ontbreken daarvan kan samenhangen met een kwetsbare persoonlijkheidsontwikkeling en onveilige hechting. Dit kan een negatief effect hebben op de ontwikkeling van zelfvertrouwen en weerbaarheid (Pont, 2012; Geuzinge, 2014). Mensen met een hoog negatief affect zijn vatbaarder voor het ervaren van een gevoel van slachtofferschap dan mensen met een laag negatief affect (Watson & Clark, in Engelen et al., 2006).

Experiëntiële vermijding houdt het probleem in stand en draagt bij aan de

psychopathologie, aangezien het stellen van waardevolle doelen en het opdoen van ervaringen in het hier en nu worden vermeden (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger (2006).

Factoren die d.m.v. de interventie worden aangepakt

Het opdoen van ervaringen, de aandacht kunnen richten, verbeelding en reflectie staan centraal. De patiënt leert nieuwe mogelijkheden zien en zich daarmee te verbinden. Daarnaast kan positief affect, plezier *in* betrokkenheid en interesse worden hervonden.

Theoretische referentiekaders

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

Beeldend therapeutische behandelvisie

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

medium van waaruit nieuwe perspectieven op de wereld kunnen worden geopend. Sarid & Huss (2010) spreken hierbij van een 'bottom-up' werkwijze.

Wetenschappelijk onderzoek

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

Werkzaamheid in de praktijk

Geen gegevens bekend.

Werkzame elementen

Het werkzame element is het beeldend vormgevingsproces waardoor de patiënt kan ervaren dat hij met verbeelding en reflectie eigen werk kan maken van wat voor hem van waarde is. Hij voert daarover zelf de regie en past zich aan de omstandigheden aan. Creativiteit is van belang aangezien daarmee autonoom een andere verhouding tot de werkelijkheid kan worden gevonden (Wils, 1974; Hinz, 2009). De patiënt leert nieuwe mogelijkheden te zien. Dat biedt perspectief om de draad van zijn eigen leven (weer) op te pakken.

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

Materialen

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

Organisatorische randvoorwaarden

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

Opleiding en competenties

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

Kosten

De uren van de beeldend therapeut (24 x 100 minuten, waarvan 90 minuten directe en 10 minuten indirecte tijd per sessie), de (beeldende) materiaalkosten en evt. de huur van een therapieruimte.

Subtypen

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

Literatuur

- Blomdahl, C., Gunnarsson, B., Guregard, S., & Bjorklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts of Psychotherapy*, 40 (2013), 322-330.
- Bohlmeijer, E.T. (2012). *Eudaimonia, voer voor psychologen. Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg*. Oratie, Universiteit van Twente, faculteit Gedragwetenschappen.
- Bohlmeijer, E. & Westerhof, G. Welbevinden. In B. van Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E.Bohlmeijer (Red.).*Transdiagnostische factoren. Theorie & Praktijk* (pp. 282-405).
- Eneman, M.& Sabbe, B.G.C. (2006). Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie. Lijden aan en onder psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48 (2006) 5: 373-382.
- Engelen, U., Peuter,S. de, Victoir, A., Deist, I. van, & Bergh, O. van den (2006). Verdere validering van de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) en vergelijking van

twee Nederlandstalige versies. *Gedrag en Gezondheid* 34, 89-102.

- Gemmeke, M. (2013). *Zingevingproblematiek of psychiatrische aandoening? Demoralisatie bij schizofreniepatiënten*. Masterscriptie Universiteit voor Humanistiek.
- Geue, K., Goetze, H., Buttstaet, M., Kleinert, E., Richter, D. & Singer, S. (2010). An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. *Complementary Therapies in Medicine*, 2010; 18 (3-4): 160 – 170.
- Geuzinge, R. (2014). Specifieke veranderingen in het brein door niet-specifieke factoren van de psychotherapeutische relatie. Een overzicht vanuit een interpersoonlijk neurobiologisch perspectief. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 52; 2014/1, 35-46.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2012). Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2. *Tijdschrift van psychiatrie*, 54, 17-26.
- Graaff, C.M. de, Boer, F. de & Schoot, C.M. (2014). Beeldende therapie bij tinnitus, leren omgaan met en chronische klacht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jaargang 69, nummer 5, september 2014.
- Grabau, E. & Visser, H. (1987). *Creatieve Therapie. Spelen met mogelijkheden*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteiten van beeldende therapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Heycop ten Ham, B. van, Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren, theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Hinz, L.D. (2009). *Expressive Therapeutic Continuum, a framework for using art in therapy*. New York/Londen: Routledge.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP/de Gelderse Roos.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P. & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalised psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy* 44 (2006) 1301-1320.
- Keeling, M. & Bermudez, M. (2006). Externalizing problems through art and writing: experience of process and helpfulness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2006; 32 (4): 405 – 419.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. ten & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum, Short-Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology* 67 (1), 99-110.
- Monshat, K. & Castle, D. (2012). Mindfulness training: an adjunctive role in the management of chronic illness? *MJA Clinical Focus* 2012: 196 (9): 569 – 571.
- Monti, D.A., Peterson, C., Kunkel, E.J., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G.C. (2006). A randomised controlled trial of mindfulness-based art therapy

for women with cancer. *Psycho-oncology* 15, 363-373.

- Pont, S. (2012). *Mensenkinderen! De zeventien belangrijkste ontwikkelingsgebieden van kinderen tussen nul en vier jaar*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Sarid, O. & Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: a comparison between cognitive behavioral intervention and art therapy. *The Arts in Psychotherapy* 37 (2010), 8-12.
- Schotanus-Dijkstra, M., Have, ten, M., Lamers, S.M.A., Graaf, de, R. & Bohlmeijer, E.T. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health* 2016: 11, 1-6.
- Smeijsters, H. (2006). Verklaringsmodellen. In H. Smeijsters (Red.), *Handboek muziektherapie. Evidence Based Practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp. 90-114). Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). Creativiteit, het creatieve proces, spel, transitionele ruimte, expressie. In H. Smeijsters, *Handboek creatieve therapie* (pp. 103-132). Bussum: Coutinho.
- Smitskamp, H. (1997). Het gesprek tussen verwoorders en verbeelders. *Tijdschrift voor creatieve therapie* . 1997/3: 9-12.
- Stel, J. van der (2011). Wat zijn de gevolgen van een psychische stoornis? In J. van der Stel, *Focus op de geestelijke gezondheidszorg. 20 kernvragen* (pp. 47-54). Den Haag: Boom/Lemma.
- Wils, L. (red.) (1974). *Bij wijze van spelen. Creatieve processen bij vorming en hulpverlening*. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- Wood, M.J.M., Molassiotis, A. & Payne, S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of systems in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-oncology* 2011:20, 135 -145.