



FVB

Federatie Vaktherapeutische Beroepen



Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie

Beeldende therapie ter vermindering van het recidive risico bij AD(H)D problematiek van volwassen patiënten met een licht verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie.

Gemmy Willemars, Carolin Burkard, Maartje Lavrijsen, Marie-Jozé van Drie, Beatrix Verhofstad, Sanne Peters, Soley Omarsdottir, Marjan Helmich en Johanneke Kottelenberg.

Werkveld: Forensische Psychiatrie voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking en (kenmerken van) AD(H)D.

Prototypewerkwijze: Ortho-agogisch en re-educatief.

Probleemomschrijving

Probleem

Uit onderzoek blijkt dat volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) problemen hebben met het genereren van een adequaat probleemoplossend vermogen bij het bereiken van hun doelen (Pennington & Ozonoff, 1996). Bij deze patiënten is vooral het inhibitievermogen sterk verminderd (Dekker et al., 2002), zij hebben moeite om een impulsieve reactie op interne en externe stimuli te onderdrukken (Smidts, 2003). In de behandeling van ADHD kan medicatie de kernsymptomen verbeteren; aandacht, inhibitie en zelfregulering (impulsiviteit). Echter, onderontwikkelde vaardigheden worden hierdoor niet aangeleerd of vergroot (Kooij, 2010). Binnen dit product wordt in dit kader gesproken over vaardigheden op het gebied van georganiseerd en planmatig handelen, uitstellen en afleidbaarheid. Daarnaast is faalangst en een negatief zelfbeeld een veelvoorkomend probleem bij deze doelgroep. Door de comorbiditeit van deze doelgroep is het van belang om de behandeling op beide stoornissen af te stemmen.

Spreiding

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt binnen een strafrechtelijk kader; gericht op het verminderen van recidive. Met betrekking tot de incidentie van verstandelijke beperking binnen de daderpopulatie, stellen Blansjaar e.a. (2008) dat van 3021 onderzochten in het kader van de Pro Justitia rapportage 4% verstandelijk gehandicapt, 13% zwakbegaafd en 26% beneden gemiddeld intelligent bleek te zijn. Psychiatrische stoornissen, waaronder ADHD en gedragsstoornissen blijken zeer vaak voor te komen bij delinquente adolescenten en volwassenen (Kooij, 2010).

Gevolgen

Wanneer problemen van mensen met LVB niet tijdig worden onderkend en behandeling uitblijft, kan dit leiden tot agressief- en grensoverschrijdend gedrag (Došen, 2010). Bij AD(H)D is het gevolg een ernstige aantasting van de kwaliteit van leven en een slechtere algemene gezondheid. Dit heeft negatieve consequenties voor de maatschappelijke positie van een volwassene met LVB (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010). Patiënten in de forensische psychiatrie ervaren ernstige gevolgen van het eigen criminele gedrag, onder andere op het gebied van relaties (Goggin, Gendreau & Grey, 1998), werk, vrije tijd en financiële situatie (Gendreau, Goggin & Gray, 2000; Oddone-Paolucci, Violato & Schofield, 2000).

Doelgroep

De interventie is bestemd voor patiënten binnen de forensische psychiatrie met LVB (IQ 55 tot 85) met een leeftijd vanaf 18 jaar en (kenmerken van) AD(H)D van het gecombineerde type. Om deel te kunnen nemen aan deze behandeling is het noodzakelijk dat de patiënt goed is ingesteld op medicatie waardoor de kernsymptomen van AD(H)D verbeterd zijn.

Indicatie

- Impulsief gedrag: de neiging om onmiddellijke bevrediging te verkiezen boven lange(re) termijn doelstellingen.
- Problemen met het richten van aandacht: de neiging om te snel of zonder overweging of reflectie tot actie over te gaan.
- Het ontbreken van vaardigheden op het gebied van plannen en organiseren.
- Het ontbreken van vaardigheden met betrekking tot het oplossen van problemen.
- Het ontbreken van vaardigheden in het omgaan met afleidbaarheid.
- Het ontbreken van vaardigheden met betrekking tot uitstelgedrag / vermijding.
- Negatief zelfbeeld / weinig zelfrespect.

Contra indicatie

- Patiënten in een crisissituatie en bij suïcidaliteit.
- Patiënten met ontbrekende motivatie.
- Patiënten waarbij een andere As I- of As II- stoornis op de voorgrond staat.
- Bij patiënten met een trauma heeft het de voorkeur met in PTSS-gespecialiseerde behandelaars te overleggen wat voor deze specifieke patiënt de beste volgorde voor behandeling is.

Selectie

Verwijzing gebeurt door de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar. Er zijn op basis van eerder genoemde indicaties aanwijzingen dat de patiënt zou kunnen profiteren van de omschreven interventie. Na een aanmelding door de hoofdbehandelaar volgt een intakegesprek met de patiënt door de beeldend therapeut om de patiënt uitleg te geven over de interventie en de erbij horende doelstellingen.

Doelen

Algemeen behandeldoel

Afname van het recidive risico op impulsief gedrag.

Hoofddoel voor Beeldende therapie

De patiënt kan vaardigheden toepassen op het gebied van plannen en organiseren, het oplossen van problemen en kan afleidbaarheid en uitstelgedrag toepassen.

Subdoelen voor Beeldende therapie

- De patiënt kan zijn aandacht vasthouden en richten op het eigen handelen.
- De patiënt kan planmatig en stapsgewijs naar een doel werken.
- De patiënt kan eigen positieve gedragspatronen benoemen.
- De patiënt kan positieve coping vaardigheden toepassen

Beschrijving van de interventie-aanpak

Opzet van de interventie

Groepsaanbod:

Dit product wordt als groepstherapie aangeboden waarbij individuele beeldende opdrachten worden uitgevoerd in een groep van maximaal 6 patiënten.

Behandelduur en frequentie:

De behandelduur is 40 sessies van 75 minuten met een frequentie van 1 x per week. Wanneer de doelen na 40 sessies nog onvoldoende bereikt zijn, is een follow up van 10 sessies mogelijk.

Inhoud van de interventie

De interventie bestaat uit drie fases waarbij alle beeldende werkvormen zich richten op de beleving in het hier en nu.

Fase 1: Kennismaken met het medium en met elkaar, stilstaan bij positieve en negatieve kenmerken van AD(H)D.

Fase 2: Oefenen van vaardigheden:

- *Vasthouden en richten van de aandacht*: Enerzijds door middel van lichaamsgerichte beeldende werkvormen de aandacht richten op interne sensaties; werkvormen die de zintuigen prikkelen en materialen die het lichaam in beweging zetten. Anderzijds de aandacht richten op externe stimuli; werken met de formele beeldelementen kleur, lijn en vorm waarbij ook het waarnemen van een beeldend product aan bod komt.
- *Planmatig en stapsgewijs naar een doel werken*; hier wordt de Stop-Denk-Doe-Methode van Meichenbaum gehanteerd. Steeds komen de volgende stappen aan bod: (1) Wat ga je doen? (2) Hoe kan je dat doen? (3) Maak je gebruik van een plan? (4) Hoe heb ik het gedaan? (Meichenbaum, zoals geciteerd in Timmerman, 2012).
- *Toepassen van positieve copingvaardigheden in plaats van vermijden*; hier worden drie copingvaardigheden, vermijdend-positief-negatief geïntroduceerd waarna alleen de positieve copingvaardigheden worden behandeld en geoefend.

Fase 3 Stabiliseren en eigen maken van de vaardigheden:

- Bovengenoemde vaardigheden worden eigen gemaakt in het bewerken van weerbarstige materialen en technieken die vragen om een planmatige en doelgerichte aanpak, zoals bijvoorbeeld bij hout en steenbewerking. Dit zijn materialen die niet vanuit een impuls bewerkt kunnen worden.

Rol therapeut

De therapeut stemt zich enerzijds af op de kenmerken van AD(H)D; is actief structurerend, behoudt de regie, is steunend, benoemt vooral zaken die gelukt zijn en motiveert de patiënt om lastige zaken aan te gaan (Kooij, 2010). Anderzijds stemt de therapeut ook af op het LVB niveau; biedt een veilige omgeving, spreekt in eenvoudige en concrete taal, gebruikt visuele hulpmiddelen en werkt met voorbeelden. Er wordt gewerkt vanuit de ortho-agogische werkwijze, gericht op het ondersteunen van de ontwikkeling bij mensen met een beperking (Smeijsters, 2008 p.56). Daarnaast sluit de re-educatieve werkwijze (Smeijsters, 2008 p.58) aan door het gestructureerde en trainingsgerichte karakter van dit product.

In fase 1 en 2 is de rol van de therapeut actief structurerend, in fase 3 wordt er meer ruimte aan de patiënt gegeven om zelf de regie te leren nemen.

Materialen

Materialen variërend van vloeibaar (verf, inkt, pastekrijt), potlood, klei en stift, tot weerbarstig (steen, hout, metaal).

Onderbouwing

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) zijn in de eerste plaats beperkt op intellectueel gebied: het leren en denken (Ten Wolde e.a., 2006; Ponsoen, 2001). De informatieverwerking bij patiënten met LVB en psychiatrische- en gedragsproblemen verloopt minder gestructureerd en trager, het (werk)geheugen functioneert minder goed en er is sprake van een beperkte aandachtsspanning en verminderde dynamiek in denken (Ten Wolde e.a., 2006; Ponsoen, 2001; Van der Molen, Luit, Jongmans, & Van der Molen, 2007). De laatste jaren is de theorie van AD(H)D als een stoornis in de executieve functies steeds beter onderbouwd (Kooij, 2010 p. 24). Executief Functioneren (EF) wordt omschreven als een adequaat probleemoplossend vermogen kunnen genereren om een toekomstig doel te bereiken (Pennington & Ozonoff, 1996). Patiënten met LVB in combinatie met AD(H)D kunnen moeilijk adequate probleemoplossende strategieën hanteren en impulsieve reacties onderdrukken.

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/ behandeld/ beïnvloed worden.

Patiënten ervaren middels de omschreven beeldend therapeutische interventie meer grip op hun impulsieve gedrag wat een positieve invloed heeft op het zelfbeeld. Doordat ze externe prikkels leren uitschakelen (Kooij, 2010) en door de vaste werkstructuur van de Stop-Denk-Doe-Methode kunnen ze hun aandacht beter vasthouden en richten op het handelen (Meichenbaum, 1981) waardoor ze gericht naar een doel kunnen werken. Door het toepassen van positieve coping vaardigheden leert de patiënt een probleem adequaat te benaderen en hierbij steun te vragen in zijn omgeving. In de 3^e fase van de therapie kan de patiënt experimenteren met deze nieuwe vaardigheden. Op deze manier verandert de ervaring, de beleving, het voelen en het denken over zichzelf (Verboom en Derksen, 2013).

Theoretische verantwoording

Theoretische referentiekaders

Cognitieve Gedragstherapie wordt veelvuldig toegepast bij patiënten met LVB (Willner, 2006). Een uitgangspunt van CGT is veel doen en niet te veel praten (Weerman, 2006). Patiënten met LVB leren door concreet ervaren (De Beer, 2012) en door te doen (Sturm, Musters & Van Assen, 2014). Handelings- en ervaringsgerichte therapievormen als Beeldende therapie, sluiten aan bij deze manier van leren (Lindsay, Taylor & Sturmey, 2004). Ervaringsweten heeft een grotere gedragsbepalende invloed dan weten via uitleg (Orlemans, 1995).

Beeldend therapeutische behandelvisie

Het Expressive Therapies Continuüm (ETC), beschreven door Hinz (2009), wordt binnen deze interventie gebruikt als beeldend therapeutisch referentiekader. Het ETC is opgebouwd uit drie ontwikkelingsniveaus die betrokken zijn bij de informatieverwerkingsprocessen in de hersenen; lichamelijk, emotioneel en cognitief. Elk niveau heeft twee componenten die elkaar wederzijds beïnvloeden, corresponderend aan de linker -en rechterhersenhalft. Het ETC beschrijft welke interventies ingrijpen op deze componenten zodat de informatieverwerking juist toeneemt, desgewenst afneemt en eventuele blokkades opheft. De aangeboden beeldende materialen, variërend van vloeibaar tot weerbaar worden ingezet vanwege de ervaring die ze per ontwikkelingsniveau oproepen. De therapeut kan hiermee op elk gewenst niveau interveniëren waardoor de behandeling ingrijpt op meer dan alleen het cognitieve proces. Voor deze doelgroep is dit van belang aangezien de cognitieve vermogens beperkt zijn.

Daarnaast geeft Hinz (2009) aan dat het werken met gestructureerde materialen zoals hout, metaal etc. of het creëren van gestructureerde werkstukken, de patiënt een intern gevoel van structuur geeft wat vaak overzichtelijk en kalmerend werkt.

Methodische verantwoording

Binnen deze interventie wordt gebruik gemaakt van de Stop-Denk-Doe-Methode van Meichenbaum. Deze methode is cognitief van aard en richt zich op aandachts-, werkhoudings- en impulsiviteitsproblemen. Kenmerkend van de Stop-Denk-Doe-Methode is dat ervan uit gegaan wordt dat structuur in het denken en doen van buitenaf moet geleerd worden, omdat sommige mensen dit niet vanuit zichzelf ontwikkelen (Timmerman, 2012). Door te werken met materialen en werkvormen met een lage complexiteit en structuur volgens het ETC (Hinz, 2009) in combinatie met de Stop-Denk-Doe-Methode ervaart de patiënt meer grip en controle op zijn impulsieve handelen in het medium. Vervolgens wordt de patiënt gestimuleerd in het medium te werken met meer weerbarstige en complexere werkvormen waarbij de patiënt door het toepassen van de Stop-Denk-Doe-Methode grip en controle blijft ervaren.

De therapeut heeft aandacht voor de transfer naar het dagelijks leven van de patiënt door verbinding te leggen tussen de ervaringen binnen de therapie en momenten uit het dagelijks leven. De transfer van de Stop-Denk-Doe-Methode naar het dagelijkse leven zal de patiënt nadat hij deze methode vaardig is, meer vanuit eigen inzicht kunnen maken.

Wetenschappelijk onderzoek

Vaktherapieën worden door o.a. behandelaren, begeleiders en managers uit gespecialiseerde voorzieningen voor patiënten met LVB met psychiatrische- en gedragsstoornissen toegejuicht en ook vaak ingezet bij de behandeling. Desondanks is er nog weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van deze therapieën. Het bewijs dat er bestaat lijkt wel de effectiviteit van vaktherapie aan te tonen (Pratt, 2004; Aldridge, 1994). Naar de effectiviteit van vaktherapie bij patiënten met LVB is nog geen onderzoek gedaan. Men verwacht wel dat het passend is voor patiënten met LVB, omdat het gericht is op doen en minder gericht is op praten (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg, & Muusse, 2010).

Werkzame elementen op grond van praktijkervaring en literatuuronderzoek

De auteurs van dit product geven vanuit hun ervaring aan dat patiënten met LVB vaak informatie makkelijker verwerken door te doen, door concreet te ervaren in het hier en nu. De woordenschat van patiënten met LVB is vaak beperkt. Het beeldend werken biedt door de non verbale aspecten voor patiënten met LVB meerdere ontwikkelingsmogelijkheden (Zadelhoff, 2001). Beeldend werk is tastbaar, voelbaar en concreet (Smeijsters & Willemars, 2010). Voor patiënten met LVB biedt dit de mogelijkheid tot het leren richten van de aandacht op het eigen handelen. Beeldend werken is indirect en laagdrempelig van aard, omdat interventies eenvoudig kunnen worden aangepast aan het niveau van de patiënt (Hinz, 2009). Door de combinatie van beeldend werken en de Stop-Denk-Doe-Methode wordt het impulsief gedrag in het hier en nu verminderd.

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

Uitvoering

Het is van belang dat de beeldend therapeut beschikt over een goed uitgeruste en prikkelarme therapieruimte geschikt voor groepen en individuele beeldende therapie. De therapeut heeft de mogelijkheid tot het plannen van een vaststaand therapiemoment in de structuur van de week met de mogelijkheid tot het opbergen en het tonen van materialen en beeldende werkstukken.

Wanneer mogelijk, is het aan te bevelen om een co-therapeut in te zetten die werkt op de afdeling waar de patiënten verblijven, voor terugkoppeling en generalisatie van de therapie in dagelijks leven.

Opleiding en competenties

Minimaal een bachelor opgeleid beeldend therapeut met kennis van psychopathologie.

Kwaliteitsbewaking

De beeldend therapeut is ingeschreven bij Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB).

Subtypen

Individuele therapie kan aangeboden worden wanneer de patiënt nog geen probleembesef ervaart, te veel afgeleid wordt door prikkels uit zijn omgeving of ontwrichtende invloed op het groepsproces heeft. Het individuele aanbod duurt 30 sessies bij 1x wekelijks therapie van 45 minuten.

Kosten van de interventie

Directe kosten (op basis van 40 sessies)

Uren beeldend therapeut (40 maal 75 minuten directe tijd)

Uren beeldend therapeut registratie, rapportage en screening (40 maal 20 minuten).

Indirecte kosten

Gebruik van beeldend ruimte met beeldend materialen;

Aanwezigheid bij multidisciplinair overleg.

Literatuur

- Aldridge, R. and Colbert, J. (1994). *Management's Report on Internal Control and the Accountant's Response*. Managerial Auditing Journal
- Beer, Y. de (2012). *De kleine gids. Mensen met een licht verstandelijke beperking. Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Deventer: Kluwer.
- Blansjaar, B.A., Beukers, M.M. & Kordelaar, W.F., van (red) (2008). *Stoornis en delict. Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. van der, & Verhulst, F.C. (2002). *Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 8, 1087-1098.
- Došen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Grey, G. (2000). *Case needs review: employment domain*. Saint John, NB: Centre for Criminal Justice Studies, University of New Brunswick.
- Goggin, C., Gendreau, P., & Grey, G., (1998). *Case needs review: Associates/ Social interaction domain*. Saint John, NB: Centre for Criminal Justice Studies, University of New Brunswick.
- Hinz, L. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A Framework for Using Art in Therapy*. London: Routledge.
- Kooij, S. (2010). *ADHD bij volwassenen, diagnostiek en behandeling (derde druk)*. Amsterdam: Pearson.
- Lindsay, W.R., Taylor, J.L., & Sturmey, P. (2004). *Offenders with developmental disabilities*. Chichester, UK: Wiley.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg G. & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht, Trimbosinstituut.
- Oddone-Paolucci, E., Violato, C., & Schofield, M.A. (2000). *A review of marital and family variables as they relate to adult criminal recidivism*. Calgary: National Foundation for Family Research and education.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). *Executive functions and developmental psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 37(1), 51-87.
- Ponsioen, A.J.G.B. (2001). *Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Amsterdam. Academisch Proefschrift.
- Pratt, R.B. (2004). *Art, Dance and music therapy. Physical Medicine and Rehabilitation*. Clinics of North America, 15. 827-842.
- Rasmussen, K., Almvik, R., & Levander, S. (2001). *Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 29 (2), 186-193.
- Smidts, D. (2003). *Executieve functies van geboorte tot adolescentie: een literatuuroverzicht*. Neuropraxis, 7, 113-119.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. & Willemars, G. (2010). *Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. Resultaten van praktijk onderzoek*. KenVak
- Sturm, W., Musters, L., & Assen, I. van. (2014). *Individuele psychomotorische therapie (PMT) ter bevordering van het herkennen en het gepast uiten van gevoelens en emoties, voor mensen met internaliserende gedragsproblemen, met een licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 85)*
- Timmerman, K. (2012). *Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E. H., Jongmans, M. J., & Van der Molen, M. W. (2007). *Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research, 51, 162-169.

- Verboom, M. & Derksen, M. (2013). *Behandeling van volwassenen met AD(H)D. Een nieuwe, succesvolle behandeling met beeldende therapie*. Federatie Vaktherapeutische beroepen: Tijdschrift voor vaktherapie 2013/4, p 11-16.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Wolde, A. C. ten, Le Grand, B., Slagter, J. en Storm, M. (2006). *Vaardig en Veilig: Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Zadelhoff, T. Van (2001). *Zelf uit het ei*. In Schweizer (red.), In Beeld. Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Websites:

<http://www.efp.nl/forensische-zorg>

<http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

www.fvb.vaktherapie.nl