

## Beeldende therapie bij tinnitus (oorsuizen), leren omgaan met een chronische klacht.

---

Tineke de Graaff (2015)

<b>Zorgprogramma</b>	Somatoforme stoornissen <sup>1</sup>
<b>Prototype werkvorm</b>	Pragmatisch structurend <sup>2</sup> (van Hattum & Hutschemaekers, 2007) Focaal inzichtgevend <sup>3</sup> (van Hattum & Hutschemaekers, 2007)

### Rationale

Altijd gefluit, gesis en/of gebrom horen, zonder dat er een aanwijsbare geluidsbron aanwezig is, vraagt veel van het incassings- en aanpassingsvermogen. Ongeveer 5 % van de mensen met tinnitus (oorsuizen) lukt het niet om voldoende afstand tot de klacht te nemen en een manier van omgang te vinden. Zij voelen zich slachtoffer van de situatie en gaan er zodanig onder gebukt, dat er psychische klachten, zoals angst, depressie, slaap- en concentratieproblemen ontstaan (Bartels, 2008). Omdat tinnitus een chronische klacht is moet de cliënt het probleem erkennen, zich ertoe verhouden en er verantwoordelijkheid voor nemen. Hij moet het probleem als het ware buiten zichzelf of tegenover zichzelf plaatsen om afstand tot de klacht te creëren (Hutschemaekers, Tiemens & Smit, 2006). Om dat te bereiken moeten de ideeën over de klacht, de wijze van ervaren en de betekenis, die er door de cliënt aan gegeven wordt, bij de behandeling worden betrokken (Trimbos, 2011). Het herstel wordt dan gedefinieerd als het vinden van nieuwe zin en betekenis met betrekking tot zichzelf en zijn omgeving (Gestel-Timmermans, 2011; Hutschemaekers e.a., 2006; Philippot, Nef, Clauw, de Rommèe & Segal, 2012). Dat is een persoonlijk zoekproces: de cliënt moet zijn eigen manier vinden om aan een nieuwe orde en samenhang te bouwen, nu de oude is verstoord. Dat vraagt niet alleen om een actieve, persoonlijk betrokken en reflectieve houding van de cliënt, het vraagt ook om een omgeving waarbij een appèl wordt gedaan op eigen verantwoordelijkheid, op het vertrouwen in eigen mogelijkheden en op het vinden van eigen oplossingen (Hutschemaekers, e.a. 2006). Kortom, een omgeving waarin empowerment<sup>4</sup> wordt gestimuleerd. Beeldende therapie biedt zo op empowermentgerichte omgeving door het aanmoedigen van controle over het vormgevingsproces, het aansluiten bij en vergroten van eigen mogelijkheden, het zoeken naar oplossingen en het aanboren van eigen hulpbronnen (Haeyen, 2011; Hutschemaekers, zoals geciteerd in Smeijsters, 2006). Het vormgevingsproces, dat in beeldende therapie wordt gehanteerd als een persoonlijk proces van betekenis geven, stimuleert de cliënt bovendien tot een actieve, betrokken en reflectieve houding (De Graaff, de Boer & Schoot, 2014).

De cliënt wordt uitgenodigd om ideeën vorm te geven door ze zichtbaar, tastbaar en aanwijsbaar te maken. Hij is gedurende dat articulatieproces vooral in gesprek met zichzelf en wordt gestimuleerd om het tot iets persoonlijks te maken waarmee hij zich kan verbinden, waar hij woorden aan kan geven die hij kan delen met andere groepsleden en met de therapeut. Het bewerken van het materiaal nodigt de cliënt uit om er in op te gaan. Daardoor kan afleiding, interesse en plezier in betrokkenheid ontstaan en kan

<sup>1</sup> Zie Multidisciplinaire Richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen (Trimbos instituut 2011)

<sup>2</sup> Pragmatisch structurend, d.w.z. gericht op het herstel van het evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de klacht.

<sup>3</sup> Focaal inzichtgevend, d.w.z. er wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in de tijd. Doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem.

<sup>4</sup> Empowerment<sup>4</sup> betekent cliënten meer zelfcontrole geven door aan te sluiten bij mogelijkheden, ze zelfredzaam maken en tot regisseur van de eigen behandeling (Smeijsters, 2006).

worden ervaren dat afstand tot de klacht mogelijk is (Haeyen, 2011; Wood, Molassiotis & Payne, 2011; De Graaff e.a., 2014). Met de hulpbronnen interesse en plezier in betrokkenheid kan het incasservermogen, de veerkracht worden hersteld (Laban, Attia & Hurulean, 2010). Daarnaast nodigt het beeldend werk uit om er, letterlijk, afstand van te nemen, om er naar te kijken en er woorden, dus betekenis aan te geven (Wils, 1973; Smitskamp, 1997, Schweizer, 2009). Omdat het werk persoonlijk is, houdt het de cliënt als het ware een spiegel voor en geeft inzicht in zijn manier van omgaan met problemen van zichzelf en van het vormgevingsproces (Haeyen, 2011; Keeling & Bermudez, 2006). De cliënt leert, aan de hand van het persoonlijke werk dat hij heeft gemaakt te reflecteren op zichzelf. Doordat de cliënt ervaart dat hij in staat is om op een eigen manier vorm te geven en daarop te reflecteren (Smitskamp, 1997), kan bij hem het vertrouwen ontstaan dat hij dat ook kan ten aanzien van het vinden van een nieuwe betekenis voor zijn leven met tinnitus. Bij beide processen gaat het erom dat de cliënt zich daarbij betrokken en zich ervoor verantwoordelijk voelt. Zo leert hij zich tot de klacht te verhouden en vindt hij een nieuwe, bij zichzelf passende manier van omgang ermee (Hutschemaekers, e.a., 2006; De Graaff e.a. 2014). Beeldende therapie komt, net als de behandeling van de gevolgen van tinnitus, het beste tot zijn recht in een multidisciplinaire aanpak (Haeyen, 2011; Roghanchi e.a. 2013).

### Indicaties

Mensen die als gevolg van tinnitus (AS III van DSM-5) een psychische stoornis hebben ontwikkeld die op AS I van DSM-5 kan worden geclassificeerd. De meest voorkomende stoornissen zijn: somatoforme stoornis, slaapprobleem en depressie. De GAF score (AS V van DSM-5) is lager dan 75.

### Contra-indicaties

- Zodanig slechthorend dat het in de groep niet is op te vangen met de daartoe gebruikelijke hulpmiddelen, zoals schrijftolk en ringleiding;
- Actuele psychose;
- Suïcidaliteit;
- Ernstige persoonlijkheidsproblematiek (AS II van DSM-5) die groepsbehandeling onmogelijk maakt.

### Doelen

Algemeen:

Het vinden van afstand tot de klacht en een betekenisvol leven met tinnitus.

Specifiek:

- Afleiding van de klacht;
- Plezier in betrokkenheid en interesse;
- Reflectie op en inzicht in het eigen vormgevingsproces;
- Betekenis kunnen geven aan een zinvol leven met tinnitus.

### Interventies

Bij aanvang van elke zitting wordt met behulp van de Outcome Rating Scale (Crouzen, 2010) gemeten hoe het met de cliënt gaat. Het resultaat wordt teruggekoppeld aan de cliënt om, naast het monitoren, de cliënt verantwoordelijkheid en de mogelijkheid van invloed te geven. De Session Rating Scale (Crouzen, 2010) wordt vier keer ingezet, bij de afsluiting van elke fase, met als doel het gesprek tussen cliënt en therapeut te ondersteunen betreffende aanpak, werkwijze, doelgerichtheid en mate van zich gehoord en begrepen voelen.

**1. In de eerste fase** (drie zittingen) zijn de interventies gericht op kennismaking en het verbinden van de behandelingsdoelstellingen met het aanbod. De therapeut geeft uitleg over de mogelijkheden van het vormgevingsproces in het kader van het leren omgaan met tinnitus. De therapeut is uitnodigend, gericht op het vinden van een balans tussen het bieden van veiligheid en uitdaging. De doelstelling wordt visueel in beeld gebracht om de richting van de behandeling zichtbaar te maken. Het aanbod is groepsgericht en gestructureerd, gericht op ervaringen in het hier en nu (afleiding vinden) en op het verwerven van inzicht in hoe gevoel, verstand en intuïtie worden ingezet bij het oplossen van problemen (Haeyen, 2007). Er wordt gewerkt met digitale middelen, papier en soft pastelkrijt, met gemengde technieken. Naast platte vlaktechnieken kan er ook ruimtelijk worden gewerkt.

**2. In de tweede fase** (vijf zittingen) stimuleert en ondersteunt de therapeut het plezier in de betrokkenheid op het beeldend werk. Op een persoonlijke manier worden de emoties *bang*, *boos*, *blij* en *bedroefd* uitgewerkt. De materiaalkeuze is vrij. Er kan gekozen worden voor platte vlaktechnieken en voor ruimtelijk werk. Behalve verf, klei, papier, stof, ijzerdraad, steen en druktechnieken kan ook gewerkt

worden met taal (verhaal, gedicht) en digitale technieken, zoals fotografie en film. Er wordt individueel in de groep gewerkt.

**3. In de laatste fase** (twee zittingen) zijn de interventies gericht op het nemen van afstand tot het beeldend werk en het reflecteren op het proces en het product. Dat gebeurt groepsgewijs. Elke cliënt maakt een tentoonstelling van het werk. De therapeut ondersteunt en stimuleert het proces van reflectie, van (nieuwe) betekenis geven en helpt de cliënt een verbinding te leggen naar een leven met tinnitus.

**4. Bij de follow up bijeenkomst** (één zitting), drie maanden na afsluiting van de tien zittingen, staat de vraag centraal in hoeverre het is gelukt een betekenisvol leven met tinnitus te vinden. Het aanbod is groepsgericht, het materiaal klei, papier en potlood. Met de handen de klei knedend vormt de cliënt zich een beeld van hoe het op dat moment met hem is.

#### Randvoorwaarden

- Het aanbod maakt deel uit van een behandelaanbod waarbij ook CGT (in de vorm van RET) en PMT betrokken zijn.
- Een ruimte die geschikt is voor tien personen, met een ruim assortiment aan beeldend materiaal en met stromend water (in de buurt).
- De beeldend therapeut is bekend met de problematiek en de multidisciplinaire richtlijn.
- Ten behoeve van slechthorende cliënten is de beschikking over een schrijftolk.
- De groepsgrootte is acht cliënten.

#### Subtypes

- Het aanbod kan ook individueel worden aangeboden;
- Het aanbod is ook geschikt voor mensen met hyperacusis<sup>5</sup>.

#### Behandelduur en frequentie

10 zittingen van 75 minuten, eens per week, gevolgd door een follow-up bijeenkomst, drie maanden na de laatste bijeenkomst.

#### Eindtermen

- Cliënt ervaart invloed en verantwoordelijkheid voor het omgaan met tinnitus en is in staat afstand tot de klacht te nemen door afleiding;
- Cliënt aanvaardt de tinnitus;
- Cliënt heeft zich kunnen aanpassen aan een leven met tinnitus;
- Ggz behandeling is afgerond, ondersteund door het meetinstrument ORS (Crouzen, 2010).

#### Bronnen

Bartels, H. (2008). *Tinnitus, new insights into pathophysiology, diagnosis and treatment*. Groningen; Rijksuniversiteit.

Crouzen, M. (2010). Handleiding Client Directed Outcome Informed (CDOI). <http://www.stress-management-nl.org/lezingen/27sept2010-crouzen.pdf>.

DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (2014). Amsterdam; Boom uitgeverij.

Gestel-Timmermans, H. van, (2011). *Recovery is up to you. Evaluation of a peer-run course*. Ridderkerk: Ridderprint.

Graaff, de C.M., Boer, de F. & Schoot, C.M. (2014). Beeldende therapie en tinnitus, leren omgaan met een chronische klacht. *MGV Magazine voor ggz en verslavingszorg, 2014; 69 (5): 37-41*.

Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsstoornissen.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapie vragenlijst.

Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Hattum, van, M. Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging. De ontwikkeling van producten in psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP/ de Gelderse Roos.

Keeling, M. & Bermudez, M. (2006). Externalizing problems through art and writing: experience of process

<sup>5</sup> Hyperacusis: overgevoeligheid voor geluid

and helpfulness. *Journal of Marital and Family Therapy*, october, vol. 32, no. 4: 405-419.

Laban, K., Attia, A. & Hurulean, E. (2010). Asielzoekers en vluchtelingen. De Jong, J. & Colijn, S. (red.). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Trimbos instituut (2011). Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen DEF, versie 1.0. (01-02-2011). Utrecht: Trimbos instituut.

Philippot, P., Nef, F., Clauw, L., de Romm e, M. & Segal, Z. (2012). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Treating Tinnitus. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19: 411-419.

Roghanchi, M., Mohamad, A.R., Ching Mey, S. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience. *The Arts of Psychotherapy*, 40: 179-184.

Schweizer, C. (red.) (2009). *Handboek beeldende therapie  it de verfq* Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Smitskamp, H. (1997). Het gesprek tussen verwoorders en verbeelders. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 1997/3: 9-12.

Stel, van der, J. (2011). *Focus op geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Boom/Lemming.

Wils, L. (red.) (1973). *Bij wijze van spelen. Creatieve processen bij vorming en hulpverlening*. Samsoms uitgeverij: Alphen aan de Rijn.

Wood, M.J.M., Molassiotis, A. & Payne, S. (2011). 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*, 20: 135-145.