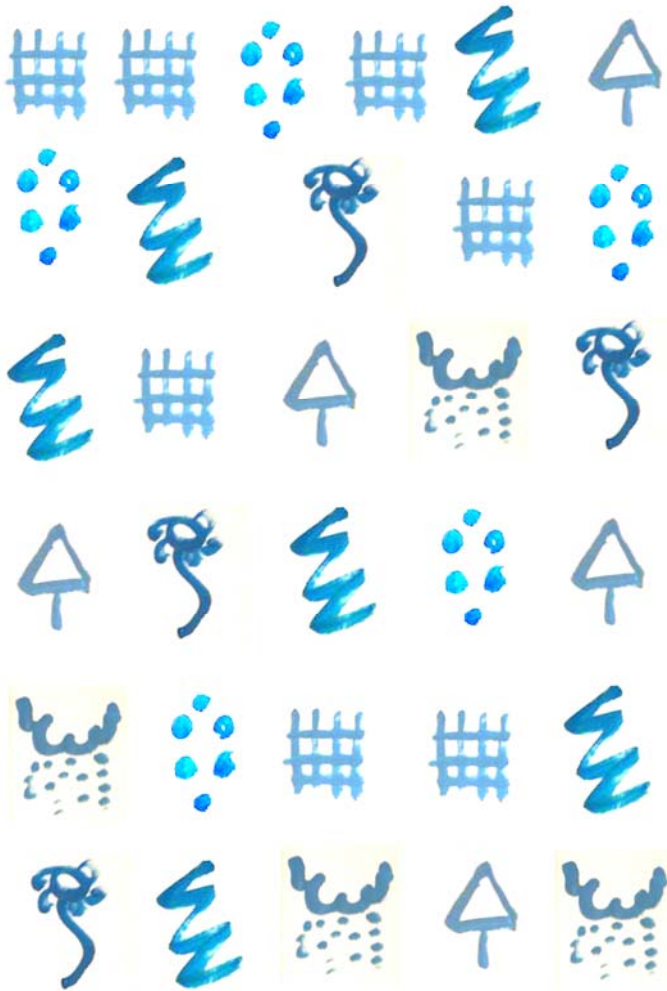




Onderzoeksverslag

‘Beeldende therapie in het kort’

Stemmingsverbetering in vier bijeenkomsten

Door Tsui-Ken Au
2007-2008

‘Beeldende therapie in het kort’
Stemmingsverbetering in vier bijeenkomsten

Student	Tsui-Ken Au
Studentennr.	1215872
Datum	April 2008
Opleiding	Hogeschool Utrecht, Creatieve therapie

Inleiding.....	5
1. Onderzoeksopzet	
1.1. Probleemstelling.....	7
1.2. Beperkingen.....	8
1.3. Doelstelling.....	9
1.4. Hoofdvraag.....	10
1.5. Deelvragen.....	10
1.6. Veronderstelling.....	11
2. Onderzoeksdesign	
2.1. Onderzoeksdesign.....	12
2.2. Onderzoekstype.....	12
2.3. Onderzoeksmethode.....	13
2.4. Onderzoekstechniek.....	14
2.5. Dataverzameling.....	14
2.6. Onderzoeksinstrumenten.....	14
2.7. Databronnen.....	15
3. Literatuuronderzoek	
3.1. Depressie.....	16
3.2. Depressie en beeldende therapie.....	18
3.3. Zeer kortdurende beeldende therapie.....	20
4. Het onderzoek	
4.1. Voorbereiding	23
4.2. Uitvoering	25
4.3. Resultaten.....	28
5. Deelvragen	
5.1. Deelvraag 1.....	37
5.2. Deelvraag 2.....	37
5.3. Deelvraag 3.....	37
5.4. Deelvraag 4.....	38
5.5. Deelvraag 5.....	38
5.6. Deelvraag 6.....	39
5.7. Deelvraag 7.....	39

6. Conclusie	
6.1. Beantwoording hoofdvraag.....	41
6.2. Conclusie.....	43
6.3. Aanbevelingen.....	45
6.4. Samenvatting.....	46
Bijlage 1 Opdrachten.....	48
Bijlage 2 Zung Self-rating Depression scale (SDS).....	50
Bijlage 3 Vragenlijst hulpverlener.....	52
Bijlage 4 Vragenlijst patiënt.....	53
Bijlage 5 Voorbeeld observatieverslag.....	54
Bronvermelding.....	56

'De opnames zullen in de toekomst maximaal vier weken duren' was een uitspraak die vorige jaar mei gemaakt werd door de hoofdpsychiater van de PAAZ (Psychiatrisch Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis) in het Twee Stedenziekenhuis in Tilburg. Deze uitspraak heeft voor veel onrust gezorgd. De opnames werden van maximaal twaalf weken terug gebracht naar maximaal vier weken. Ik zat midden in die onrust.

In het derde jaar van mijn studie vond mijn therapiestage op de PAAZ in het Twee Stedenziekenhuis plaats. Ik leerde daar veel over beeldende therapie op een PAAZ; kennis verkrijgen in verschillende ziektebeelden, flexibel zijn en kortdurend behandelen. De opnameduur varieerde van een dag tot maanden. De gemiddelde behandeltime voor de beeldende therapie was zes weken. Toen de uitspraak werd gedaan over maximale opnames van vier weken, vroeg ik me sterk af: *wat blijft er nog over?* Deze vraag heeft geleid tot dit onderzoek. Ik was degene die de vraag stelde, maar ik voelde me ook geroepen om hier een antwoord op te vinden.

Na één jaar stage gelopen te hebben in Tilburg, heb ik de PAAZ in Tilburg ingewisseld voor de polikliniek psychiatrie in Geldrop. In Geldrop waren er voor mij meer mogelijkheden tot individuele therapie. De polikliniek streeft naar kortdurende therapieën, maar afhankelijk van de situatie van de patiënt, is langdurende therapie niet uitgesloten. Op deze stageplek heb ik mijn onderzoek uitgevoerd.

In Geldrop heeft de PAAZ de maximale opnameduur nog niet verkort (het is een landelijke verandering). Op de polikliniek merken de behandelaren, zoals psychiaters, SPV-er (sociaal psychiatrisch verpleegkundige) en beeldend therapeut hier vooralsnog weinig van. Zij stemmen het behandeltempo af aan de behoeftes van de patiënt. En juist hier heb ik onderzocht wat beeldende therapie in vier weken kan bereiken. De nood is nog niet hoog, maar het is wel de reële toekomst voor alle zorgaanbieders.

Door dit onderzoek te doen, heb ik geleerd dat de economie veel kan bepalen, maar niet alles kan veranderen. En zeker als het over menselijke groei en verandering gaat. Ik begrijp nu ook dat de schommelingen in de economie niet genegeerd kan worden. De invloeden en veranderingen daarin zal ik als beeldend therapeut altijd moeten meenemen in mijn zorgaanbod. De vraag is alleen; waar ligt

de grens? Die grens heb ik opgezocht, uitgedaagd en vergeleken. De resultaten hiervan lees je in dit verslag. Behalve de resultaten vind je ook achtergrondinformatie over depressie en kortdurende beeldende therapie, de manier waarop ik het onderzoek heb uitgevoerd en de conclusie van dit geheel.

Door dit onderzoek en verslag hoop ik dat er een beeld wordt gegeven van behoeftes, mogelijkheden en beperkingen van beeldende therapie in een behandelperiode van vier bijeenkomsten.

Tsui-Ken Au

April 2008

1.1 Probleemstelling

Het zorgstelsel in Nederland verandert; vanaf 2008 kopen zorgverzekeraars de zorg zelf in. Zorgkantoren verdwijnen en er ontstaat een heuse markt voor het inkopen van zorg. De verzekeraar mag zelf bepalen welke zorgaanbieder hij in zijn pakket wil hebben. Om zijn keuze te bepalen zal de verzekeraar letten op de kwaliteit van de zorg, productiecijfers en tevredenheidsonderzoeken. Eén van de gevolgen van deze ontwikkeling is het verkorten van de behandelduur in instellingen; het streven naar dezelfde kwaliteit in een korter tijdsbestek is één van de manieren om een instelling aantrekkelijk te maken voor de inkoper.

Beeldende therapie heeft op de meeste PAAZ afdelingen een belangrijke taak. De beeldende therapeut draagt bij aan de observatie, diagnosestelling en behandeling van de patiënten. Door de ontwikkelingen in het zorgstelsel is het zaak voor de beeldend therapeut om te bekijken wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van zijn behandeling. Dit kan betekenen dat de inhoud van de beeldend therapeutische behandeling slinkt tot enkel crisisinterventie en observatie. Andere doelen, zoals leren grenzen aangeven, emoties uiten, egoversterking, rouwverwerking of traumaverwerking zullen amper of geen ruimte, tijd en aandacht krijgen in de behandeling. De vraag rijst: Wat kan beeldende therapie betekenen in een zeer korte tijd voor zorgbehoeftige patiënten?

Om antwoord te geven op deze vraag, ga ik onderzoek doen naar de mogelijkheden van zeer kortdurende beeldende therapie. Ik wil me op de aanpassingen, veranderingen, doelen en benodigdheden richten die met name beeldende therapie zal nodig hebben om effectieve behandelingen te kunnen geven in een zeer korte tijdsbestek. De tijd (± 12 weken voor kortdurende therapie) die de beeldend therapeut voorheen beschikbaar had om een behandeling tot stand te brengen, bood de mogelijkheid tot een andere inhoud, werkwijze en doelen. Er was namelijk tijd om te observeren, te behandelen en om af te ronden. Er was ruimte om te richten op emoties uiten, doorwerken van problemen en het ontwikkelen van nieuw gedrag. Met het verkorten van de behandelperiode om

financiële redenen zal er met andere doelen gewerkt worden en kan er een andere werkwijze gevraagd worden van de beeldend therapeut.

1.2 Beperkingen

Om mijn onderzoek zo doelgericht mogelijk uit te voeren, zullen er een aantal beperkingen zijn. Deze beperkingen zorgen voor overzicht en heldere resultaten.

De eerste beperking is het vastleggen van de definitie van 'zeer kortdurende therapie'. Op de PAAZ in Tilburg wordt er gesproken over opnames van maximaal vier weken. Voor dit onderzoek stel ik dat zeer kortdurend vier weken inhoudt.

Om het onderzoek helder te houden zal er toegespitst worden op een specifiek doel. Crisisinterventie en observatie, zoals op de PAAZ in Tilburg, zullen geen rol spelen in dit onderzoek. Om dit specifieke doel te bepalen, verbind ik dit onderzoek aan één ziektebeeld. Daarmee levert het onderzoek een afgekaderd resultaat op, wat eventueel weer gebruikt kan worden in de praktijk. Het ziektebeeld waar ik me op ga richten is de stemmingsstoornis 'depressie'. Binnen het ziektebeeld depressie zijn er verschillende doelen (zie hoofdstuk 3) die gesteld kunnen worden.

Zoals het ziektebeeld depressie is gekozen om een duidelijke richting te bepalen, wordt er één doel centraal gesteld in dit onderzoek; verbeteren van stemming. De reden hiervoor is, omdat dit doel voor vrijwel elke depressief patiënt een streven is. Het eerste symptoom wat wordt beschreven in de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) is: *'1 depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand)'*. Voor dit onderzoek lijkt dit doel dan ook het meest geschikt, omdat het voor vrijwel elke patiënt met een depressieve stemmingsstoornis een symptoom is.

Kortom, er zijn drie beperkingen: de tijdsduur, het ziektebeeld en het doel. Deze drie vormen de basis van het onderzoek.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het onderzoeken van de mogelijkheden voor beeldende therapie voor het behandelen van een depressie in vier bijeenkomsten. Het resultaat kan bijdragen aan de ontwikkelingen van beeldende therapie. Hieronder wordt per segment (geformuleerd door Hogeschool Utrecht) beschreven wat de bijdrage van dit onderzoek zal kunnen inhouden.

Segment 1: Behandelen van cliënten.

Patiënten op de PAAZ en polikliniek kunnen beeldende therapie als behandelvorm krijgen. Voor deze groep is het belangrijk dat zij een behandeling krijgen wat aansluit bij hun problematiek. Ook in de korte tijd dat ze opgenomen zijn. Dit betekent dat de beeldende therapeut een passende behandeling moet aanbieden voor het probleem van de patiënt in de gegeven tijd. Het is mogelijk dat er op verschillende gebieden veranderingen zullen plaatsvinden, zoals op het gebied van materiaalgebruik, de houding van de therapeut en het stellen van doelen. De behandeling van de patiënt zal concreter, beperkter en doelgerichter zijn. De therapeut zal de inhoud van de behandeling zo aanpassen, zodat hij de patiënt tegemoet kan komen in zijn hulpvraag.

Segment 2: Werken in en vanuit de werkomgeving

Door de financiële veranderingen in het zorgstelsel worden de opnames verkort op de PAAZ afdeling. Er wordt een andere samenwerking tussen alle disciplines gevraagd. Communicatie is een belangrijk middel om de behandeling goed te laten verlopen. Door een heldere communicatie te hanteren, kunnen de aanwezige disciplines bij elkaar de doelen afstemmen. Het is essentieel om een goede afstemming te hebben met collega's. Om dit te bereiken wordt er op een afdeling waar vele mensen samenwerken, gevraagd om korte communicatielijnen, duidelijkheid, samenwerking, vaker en intensievere overleggen en ruimte voor discussie en overleg.

Segment 3: Werken aan professionaliteit en professionalisering

Beeldende therapie is een zeer geschikte behandelvorm in de psychiatrie. Het is belangrijk dat de beeldend therapeut zijn werkveld breed houdt en zijn plek op de PAAZ niet kwijtraakt. Meegaan met de ontwikkelingen en daarbinnen de mogelijkheden bekijken zorgen

voor een brede toepassing van het vak. Hierdoor ontwikkelt de beeldend therapeut voor zichzelf een breder inzetbaarheid. Door dit onderzoek zou beeldende therapie zich ook kunnen profileren als 'resultaat boekend' in een korte termijn. Financieel gezien zou dit erg aantrekkelijk kunnen zijn voor zorgverzekeraars.

1.4 Hoofdvraag

Door de probleemstelling en de beperkingen samen te voegen kan het doel van het onderzoek bepaald worden. Het doel komt terug in de hoofdvraag. Op de hoofdvraag wordt aan het eind van het onderzoek antwoord gegeven.

De hoofdvraag is:

'Op welke wijze kan beeldende therapie ingezet worden bij het behandelen van het doel; verbeteren van stemming, gericht op patiënten met een depressief ziektebeeld in vier bijeenkomsten?'

1.5 Deelvragen

Naar aanleiding van de hoofdvraag kunnen er een aantal deelvragen gesteld worden. De antwoorden op de zeven deelvragen zullen uiteindelijk een antwoord geven op de hoofdvraag.

De deelvragen zijn:

1. Wat houdt een depressief stemmingsstoornis in?
2. Zijn er beeldende methoden die beeldende therapeuten gebruiken in de behandeling van patiënten met een depressieve stemmingsstoornis?
3. Welke werkvormen worden aangeboden in beeldende therapie bij het behandelen van patiënten met een depressieve stemmingsstoornis?
4. Wordt beeldende therapie in een zeer korte tijd aangeboden worden?

5. Op welke wijze wordt beeldende therapie in een zeer korte tijd aangeboden?
6. Welke werkvormen kunnen ingezet worden om in vier bijeenkomsten de stemming van depressieve patiënten te verbeteren?
7. Welke therapeutische houding ondersteunt en stimuleert de verbetering van stemming bij de depressieve patiënten in vier bijeenkomsten?

1.6 Veronderstelling

Wanneer is het onderzoek wel of niet behaald? Het onderzoek is behaald wanneer er een stemmingsverbetering te zien is in de verschillende onderzoeksinstrumenten. Nu zijn er veel variabelen, waardoor het stellen van één conclusie niet makkelijk zal zijn. Wel zal er gekeken worden naar punten die wellicht ervoor hebben kunnen zorgen dat de patiënten zich beter zijn gaan voelen en punten die dit juist niet hebben gestimuleerd. Deze zullen naast elkaar worden gezet, met daarbij de aanbevelingen. Ik veronderstel dat dit onderzoek de stemming zal beïnvloeden, daarbij spreek ik nog niet over verbetering.

Om het onderzoek te kunnen uitvoeren wordt er een onderzoeksdesign uitgezet. Dit design bestaat uit een type, methode, data-verzameling, instrumenten en databronnen.

2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek. Het kwalitatieve deel is echter groter dan het kwantitatieve deel.

Kwalitatief

Kwalitatief onderzoek is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. De onderzoeker kan zich aanpassen aan de omstandigheden tijdens het onderzoek. De benadering is daarmee open en flexibel en bovendien wordt er ingegaan op de achtergronden van de verzamelde gegevens. Kwalitatief onderzoek is interpretatief van aard. Centraal staat de subjectieve betekenisverlening door het onderzochte. Bij deze onderzoeksmethode is de onderzoeker in het 'veld'. Informatie wordt in de vorm van teksten verzameld. De betekenis van de geschreven teksten is belangrijk.

In dit onderzoek wordt er gewerkt met de kwalitatieve effectstudie: dit houdt in dat er door middel van een aantal methoden (bijvoorbeeld observatie, cliëntinterview) de effecten van de behandeling bij vergelijkbare groepen in de praktijk worden beschreven. Het laat zien dat een verband aanwezig is tussen de doelstellingen en resultaten.

Kwantitatief

Bij kwantitatief onderzoek worden er meetbare gegevens verzameld. De onderzoeker voert deze gegevens in een gegevensbestand om ze vervolgens met behulp van statistische technieken te analyseren. Deze analysemethoden worden veel gebruikt in surveyonderzoek, bij secundaire analyses en in experimenten. In dit geval wordt er een experimenteel onderzoek uitgevoerd.

2.2 Onderzoekstype

In dit onderzoek wordt gewerkt met de effectevaluatie (Migchelbrink, 2003). Dit houdt in dat er gebruik wordt gemaakt van het experiment. Er is dan sprake van een 'effect-meting' of een 'oorzaak-gevolg relatie'. Het effect van oorzaak op gevolg wordt causaal verband

genoemd. De onderzoekssituatie wordt speciaal voor dit experiment gemaakt; een gecreëerde situatie. Proefpersonen worden aan de oorzaakvariabele blootgesteld. De gevolgen van deze situatie worden gemeten bij de proefpersonen. De omstandigheden van het experiment moeten voor iedere proefpersoon hetzelfde zijn. Hoe zuiverder het experiment is opgezet, hoe groter de kans is dat het gevonden effect inderdaad door de oorzaakvariabele wordt veroorzaakt. Het samenstellen van je groep proefpersonen is belangrijk. De proefpersonen moeten een aantal kenmerken gemeen hebben.

In de onderzoekssituatie wordt het effect gemeten tussen de oorzaakvariabele en het gevolg. De oorzaakvariabele is in dit geval de opdrachten die aangeboden worden in vier weken. De opdrachten zijn samengesteld vanuit de vooraf gestelde hypothese. In de onderzoekssituatie is ook rekening gehouden met de plaats, ruimte en structuur van de sessie. De proefpersonen zijn patiënten die doorverwezen zijn door hun behandelend psychiater. Voordat de patiënt benaderd werd voor het onderzoek, is bekeken of de patiënt geschikt was voor het onderzoek en er baat bij zou kunnen hebben. Geschiktheid werd bepaald door de gestelde diagnose, capaciteiten tot beeldend uiten en zelfreflectie. Door eerst een intake sessie te doen, werd voor een groot deel duidelijk of de patiënt kon deelnemen aan het onderzoek.

2.3 Onderzoeksmethode

Een kwalitatieve methode voor data-analyse is de 'grounded theory'. Binnen deze theorie kan er gebruik gemaakt worden van:

- o Coding (tekst verdelen in alinea's)
- o Categorizing (categoriseren)
- o Conceptualizing (thema's maken)
- o Selective coding (hoofd- en subcategorieën maken)
- o Axial coding (verbanden tussen thema's).

In kwantitatieve methode voor data-analyse kan er gebruik gemaakt worden van:

- o Frequentietabel
- o Kengetallen
- o Kruistabel

- o Parametrische en non-parametrische toetsen
- o Logistische regressie
- o Variatieanalyse
- o Factoranalyse en clusteranalyse

In dit onderzoek wordt alleen de variatieanalyse toegepast.

2.4 Onderzoekstechniek

Er zijn twee onderzoekstechnieken in dit onderzoek: member checking en triangulatie. De member checking techniek houdt in dat de dataverzameling en de data-analyse plaatsvinden in de nauwe samenwerking met de mensen in de praktijk waarop de dataverzameling en analyse betrekking hebben (cliënt en therapeut). Naast de member checking wordt er gebruik gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat er bij de dataverzameling gebruik wordt gemaakt van verschillende bronnen, dat gewerkt wordt met meerdere typen van dataverzameling en dat bij de data-analyse meerdere theoretische perspectieven aan bod komen. Beide technieken behoren tot de naturalistic/ constructive inquiry van Lincoln & Guba, (1985, 2000).

2.4 Dataverzameling

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden. Als dataverzamelingsmethode is gekozen voor een combinatie van gesloten (kwantitatief) en open vragenlijsten (kwalitatief).

2.5 Onderzoeksinstrumenten

De onderzoeksinstrumenten zijn:

- o Experimenteel onderzoeken
- o Observatieschaal: Zung Self-rating Depression Scale
- o Vragenlijst
- o Observatieverslagen

2.6 Databronnen

Om de nodige informatie te verkrijgen, zijn er verschillende bronnen aangeboord. Er zijn zeven soorten databronnen te onderscheiden (Migchelbrink); individuele personen, documenten, mediaproducten, sociale werkelijkheid, fysieke sporen, literatuur en databanken en registratiesystemen. Voor dit onderzoek zijn er een aantal bronnen geraadpleegd:

- o Individuele personen; informanten, die kennis hebben over de inhoud,
- o Documenten; onderzoeksverslagen,
- o Sociale werkelijkheid; verandering van zorgstelsel op een PAAZ afdeling en het effect op alle betrokkenen,
- o Literatuur; boeken, artikelen, onderzoeksrapporten.

Er wordt gebruik gemaakt van meerdere databronnen. Dit wordt databronnen-triangularatie genoemd. Hiermee wordt de informatie versterkt; de validiteit en betrouwbaarheid wordt bevorderd.

Vooraf aan het onderzoek is een vooronderzoek gedaan naar verschillende aspecten in dit onderzoek; zoals de stemmingsstoornis depressie, depressie en beeldende therapie en zeer kortdurende beeldende therapie. De inhoud, kenmerken, geschiedenis, ervaren en feiten van deze drie aspecten worden in dit hoofdstuk uitgebreid beschreven.

3.1 Depressie

Een kant en klare definitie geven van een depressie is niet eenvoudig. Er wordt gesproken over een depressie wanneer er sprake is van langer dan twee weken ongewone somberheid en/of geen plezierbeleving. Daarnaast zijn er een aantal klachten zoals slaapstoornissen, verminderde eetlust, weinig energie, vermoeidheid, concentratieproblemen, besluiteloosheid, traagheid, lichamelijke onrust, schuldgevoelens, gedachte over de dood of zelfdoding. Deze klachten verstoren het dagelijks functioneren en er sprake is van psychisch lijden. Depressies kunnen variëren van mild tot zwaar. Bij iemand met een milde depressie zijn hooguit enkele depressieve verschijnselen aanwezig terwijl bij mensen die aan een zware depressie lijden vrijwel alle depressieve verschijnselen zich voordoen. De last die iemand van de depressie heeft hangt samen met de mate waarop de verschijnselen op de voorgrond treden en het dagelijks functioneren verstoren.

Symptomen die met de kenmerken gepaard gaan, zijn niet altijd direct herkenbaar voor de persoon zelf of zijn omgeving. Symptomen die een voorbode kunnen zijn van een depressie, zijn interesseverlies, veel piekeren, problemen met slapen, doemgedachten hebben, stemmingsschommelingen, vermindering van sociale contacten, verlies van seksuele interesse, besluiteloosheid, negatief zelfbeeld en gevoelloosheid. Het is een hele lijst aan symptomen. Dit betekent niet dat elke depressief persoon last heeft van al deze symptomen. Vaak is er sprake van een combinatie van klachten.

Wanneer er gekeken wordt naar de oorzaken van een depressie, is er uit onderzoek gebleken dat er gedeeltelijk sprake is van een erfelijk component. De hersenen bevatten stoffen (neurotransmitters)

die een belangrijke factor zijn voor onze emoties, eetlust en concentratievermogen. Enkele neurotransmitters blijken uit onderzoek vooral belangrijk voor onze stemming, namelijk serotonine en noradrenaline. Zo heeft onderzoek ook aangetoond dat veel mensen die te kampen hebben met depressie een te lage concentratie van serotonine of noradrenaline hebben in de hersenen. Daarnaast kunnen andere stoffen, zoals hormonen, medicijnen, alcohol en drugs het ontstaan van een depressie in de hand werken. En ook bij sommige lichamelijke ziekten, zoals schildklierproblemen, bijnierschorsafwijkingen, diabetes en hart- en vaatziekten komen depressies vaker voor. Echter, het bezitten van een erfelijk component geen nog geen garantie op een depressie. De aanleiding tot een depressie is vaak een verlies of een ingrijpende gebeurtenis.

Een andere oorzaak van een depressie zijn de belangrijkste sociale factoren; verdrietige of schokkend gebeurtenissen. Deze kunnen een depressie oproepen. Zo kan de somberheid na het verlies van een partner of na ontslag overgaan in een depressie. Ook een ingrijpende gebeurtenis als een verhuizing kan tot een depressie leiden. De kans daarop is vooral groot waanneer mensen hun oude sociale contacten moeten missen of niet kunnen wennen aan hun nieuwe omgeving. Daarom raken ouderen die naar een verzorgingshuis zijn verhuisd nogal eens in een depressie. Ook wanneer deze jaren geleden heeft plaatsgevonden kan een schokkende gebeurtenis nog tot een depressie leiden. Zo kunnen mensen op volwassen leeftijd depressief worden nadat ze als kind lichamelijk en geestelijk zijn mishandeld, seksueel misbruikt zijn of al vroeg een belangrijk iemand, zoals een ouder, hebben verloren.

Psychische factoren (iemand's persoonlijke eigenschappen) zijn van invloed op het wel of niet krijgen van een depressie. Deze eigenschappen zijn meestal van jongs af aan aangeleerd. Eigenschappen die tot een verhoogd risico leiden om een depressie te krijgen zijn een gebrekkig vermogen om problemen op te lossen, een gebrekkig vermogen om verdriet en teleurstelling te verwerken, moeite om steun te vragen, negatief denken, weinig zelfvertrouwen, perfectionisme, faalangst en een streng geweten.

Een depressie is goed te behandelen. Verreweg het grootste deel van de behandelingen bij depressie heeft een gunstig effect. De

huisarts is hiervoor de eerste aangewezen persoon. In eerste instantie wordt gekeken wat er aan de hand is: wat zijn uw klachten, hoe kunt u het beste worden geholpen? Afhankelijk van de ernst van de klachten wordt eerst een periode van 'watchful waiting' in acht genomen. Wanneer de depressieve klachten niet overgaan zal in overleg met u een behandeltraject worden afgesproken. Afhankelijk van de ernst van de klachten zal eerst begonnen worden met 'minimale interventies', dat zijn lichte behandelingen waar veel mensen al erg van opknappen. Mocht dat niet het geval zijn dan wordt overgegaan op medicijnen óf praten. Als ook deze stap niet voldoende resultaat oplevert, wordt naar de volgende overgegaan; bijvoorbeeld praten én pillen. De behandeling verloopt, volgens de meest recente landelijke richtlijnen dus volgens een stappenplan van zo licht mogelijk tot zwaar, ook wel 'stepped care' of 'getrapte zorg' genoemd. Dat betekent dus dat in geval van een milde depressie wordt begonnen met een minder intensieve behandeling en in situaties waar dat noodzakelijk is meteen een intensieve behandeling plaatsvindt. Er zijn tegenwoordig veel verschillende behandel-mogelijkheden, zoals creatieve therapie, psychotherapie, cognitieve (-gedrags) therapie enz.

3.2 Depressie en beeldende therapie

Dat een depressie kan worden behandeld in beeldende therapie is niets nieuws. Om een goed beeld te geven van de meerwaarde van beeldende therapie voor patiënten met een depressief stemmingsstoornis, worden er een aantal onderzoeken aangehaald. In het onderzoek 'depressiviteit en creatieve therapie beeldend' (Senders en Kemper, 2005) wordt er gekeken naar de beeldend therapeutische behandeling van depressiviteit. In het onderzoek wordt onder andere het uitgangspunt van beeldende therapie gekoppeld aan de veronderstelde werking voor het behandelen van een depressie; *'Het medium biedt een extra dimensie in de therapeutische relatie. In de eerste plaats heeft observatie van het mediumgedrag een diagnostische waarde. Daarnaast kan het medium beeldend een ingang zijn op het gebied van vorm (-geving), interactie of beleving. Het methodisch inzetten van beeldend werk kan o.a. leiden tot: emoties tot expressies brengen, een appèl doen op structureren, conflicten weerspiegelen, het ontdekken van eigen*

mogelijkheden, het sociale functioneren stimuleren en gelegenheid om nieuw gedrag te oefenen.'

In het onderzoek 'Depressie en beeldende therapie' (Slaats, 2004) wordt de beeldend therapeutische behandeling van een depressie beschreven. Slaats vraagt zich onder andere twee vragen af: 'Hoe depressie zichtbaar wordt in de beeldende therapie' en 'Hoe depressie zichtbaar wordt *in beeld*'. Op de eerste vraag heeft Slaats als antwoord: *'Cliënten beoordelen zichzelf heel negatief en zitten heel erg in hun hoofd, piekeren veel en blijven hangen in hun denken. Er is een zichtbaar gebrek aan vitaliteit, elke activiteit is zwaar. Depressieve cliënten kunnen moeilijk beginnen aan een werkstuk, hebben last van faalangst en kunnen geen vorm uit zichzelf eruit krijgen. Er is sprake van perfectionisme, alles moet perfect. Veel mensen met een depressie zijn erg naar binnen gekeerd, waardoor er haast geen contact meer is met de omgeving en de realiteit. Ook hebben mensen met een depressie vaak moeite met het aangeven van hun eigen grenzen. Als een trauma de oorzaak is van de depressie, zit er vaak veel opgekropte woede onder de depressie.'*

Het antwoord op de tweede vraag laat zien hoe de depressie te herkennen is in het beeldend werken: *'Soms heb je als kijker naar het beeldend werk van depressieve mensen geen gevoel van echte aanwezigheid. Werkstukken zijn vaak wat slap, vluchtig, weinig uitgewerkt, vlak, niet authentiek en mensen vervallen nogal eens in clichés. Bij depressie als gevolg van een trauma komen cliënten nog wel eens tot een tekening met een zekere inhoud. Vooral bij depressie zonder duidelijke oorzaak zijn tekeningen vaak weinig uitgewerkt. Depressieve mensen nemen vaak weinig ruimte in met hun beeldend werk, maken zichzelf kleiner dan ze zijn, werken niet zo groot, niet zo stevig, en gebruiken zachte kleuren. Er is vaak een verlies aan vitaliteit en wilskracht te zien in het beeldend werk van depressieve cliënten. De lijnvoering is vaak wat slapjes, er is een slappe inzet, bibberig als het ware. Het is allemaal egaal qua druk en er zitten geen gekke uitschieters in qua lijnen. Er is dus weinig dynamiek en beweging zichtbaar. 'Je ziet, dat als iemand tekenlijnen zet, dat die niet de pols loslaat, dus dat die er niet helemaal durft in te gaan, dat iemand vasthoudt en tegenhoudt. Iemand gaat niet in het genieten van gewoon spontaan bewegend en motorisch bezig zijn.'* Er wordt door sommige cliënten vaak zwart en geel gebruikt, terwijl

een depressief iemand, al zou je het niet verwachten, ook heel kleurige beelden kan maken. Sommige therapeuten verklaren dit door het feit dat depressieve mensen daarmee negatieve ervaringen compenseren, die ze niet willen voelen.'

Slaats heeft hiermee een duidelijk verband gelegd tussen de mogelijkheden van beeldende therapie en de behoefte van een depressieve patiënt.

3.3 Zeer kortdurende beeldende therapie

Er is weinig bekend over zeer kortdurende beeldende therapie. De eerste vraag die rijst, is 'wat is zeer kortdurend?' Kortdurende therapie bestaat gemiddeld uit twaalf sessies. Onder zeer kortdurende therapie zou dan logischerwijs minder dan twaalf sessie verstaan kunnen worden.

In het 'Tijdschrift voor creatieve therapie' (1998-2) schrijft Albert Baan een artikel over de ontwikkelingen in creatieve therapie. Zijn artikel heet 'perspectief voor creatieve therapie'. In het artikel beschrijft hij de ontwikkelingen in de zorg en de gevolgen daarvan voor de creatieve therapie. Tot de jaren negentig ervoeren creatief therapeuten vrijheid in hun behandelingen en werkwijze. Vanaf de jaren negentig moesten de therapeuten zich verantwoorden; wat ze doen, hoeveel patiënten behandeld werden en hoeveel tijd er aan elk patiënt besteed wordt. Daarnaast werd de nadruk meer gelegd op groepstherapie, waarin de patiënt individueel benaderd wordt. Tegelijkertijd individualiseert de zorg: zorg op maat. Met deze veranderingen veranderde ook de werkwijze van creatief therapeuten. Kenmerken hiervan zijn:

- o Gerichter therapie geven
- o Groepstherapie
- o Duidelijk geformuleerde doelen
- o Patiënten voor de therapie winnen
- o Relatie opbouwen met andere disciplines
- o Verdiepen in andere disciplines om samenwerking tot stand te brengen

Behalve de veranderingen binnen de behandeling zelf, veranderde er duidelijk iets in de organisatie. De genoodzaakte samenwerking en verdieping in andere disciplines zorgde er wel voor dat de creatief therapeut meer deel gaat nemen in het multidisciplinair team. De therapeut kwam op deze manier meer van zijn eiland af.

Een ander artikel in het 'Tijdschrift voor creatieve therapie' (2007-1) geschreven door Marjolein Stok geeft een beeld van een zeer kortdurende beeldende therapie, namelijk van drie keer. Het artikel heet 'Eenmalige exposure in beeldende therapie' en is een eerder uitgevoerd onderzoek. In dit onderzoek gaat Stok op zoek naar de effecten van een kortdurende beeldende interventie op vermijding en herbeleving. De randvoorwaarden van dit onderzoek wordt nadrukkelijk beschreven; de context moet voldoende veiligheid bieden, er is sprake van duidelijkheid en de afbakening (begrenzing) is aanwezig. Stok biedt in drie bijeenkomsten een kennismaking in gesprek en materiaal, één beeldende opdracht en een evaluatiesessie aan. Haar conclusie uit onderzoek is als volgt: het effect van de beeldende interventie is goed op korte termijn, maar wat het effect op lange termijn is, is nog niet bekend.

Tot slot vraagt Julia Molenaar in het artikel 'Kauwen zonder slikken' in het 'Tijdschrift voor creatieve therapie' (2003-3) zich af of kortdurende therapie ook kortdurend werkt. Molenaar gaat in haar artikel op zoek naar de juiste definitie voor kortdurende therapie en wat het hoofdkenmerk hiervan is. 'In kortdurende therapie staat de therapeut met de cliënt stil bij de stagnatie in zijn creatief proces', beschrijft Molenaar in het artikel. Het creatief proces vindt plaats wanneer de cliënt lukt om nieuwe verhoudingen met zijn omgeving kan aangaan. Beeldende middelen kunnen in zo'n situatie het handelen van de cliënt in beeld brengen en bespreekbaar maken. Herma Betten (beeldend therapeut) zegt dat kortdurende therapie 'symptoombestrijding' is; *'ze hebben tijd nodig om de ervaringen in het medium te verinnerlijken'*. Terwijl beeldend therapeut Bertine Post zegt: *'Het is niet zeuren, maar gewoon werken, kortdurend, met veel resultaat, het gaat niet om verwerken'*. De rol van de therapeut is het scheppen van een veilige omgeving, zodat de cliënt de confrontatie aankan gaan. Daarbij wordt er beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheden mogelijkheden van de cliënt. Ook Stok benoemt een aantal randvoorwaarden waar kortdurende therapie aan moet voldoen:

- o Scheppen van duidelijkheid
- o Confronterend zijn
- o Benoemen van wat je ziet of wat er gebeurt
- o Focussen, richten op één doel
- o Afbakenen
- o Meer reflecteren op eigen handelen als therapeut

Het verschil tussen langdurende en kortdurende therapie is; bij langdurende therapie staat het proces van de cliënt centraal. Er wordt minder benoemt. Bij kortdurende therapie is juist het benoemen en confronteren het meest effectief.

De conclusie van deze drie artikelen is dat kortdurende therapie effectief kan zijn, mits er rekening gehouden wordt met de randvoorwaarden.

4.1 Voorbereiding

Nu het onderzoeksopzet geschreven is en het vooronderzoek gedaan is, kan het onderzoek van start gaan. Voordat het onderzoek daadwerkelijk uitgevoerd kan worden, zijn er nog een aantal voorbereidingen die getroffen moesten worden:

- o Informatiebrieven schrijven voor cliënt en hulpverlener
- o Geschikte depressievragenlijst vinden
- o Vragenlijst maken voor patiënt en hulpverlener
- o Inhoud bijeenkomsten beschrijven
- o Werkvormen beschrijven
- o Geschikte patiënten uitnodigen voor deelname

Informatiebrief schrijven voor cliënt en hulpverlener

In de veronderstelling dat niet iedereen die aan mijn onderzoek deelneemt direct begrijpt wat het onderzoek inhoudt, heb ik een informatiebrief geschreven. In deze brief vertel ik kort over mijn onderzoek; het ontstaan, de uitvoering en wat ik van de patiënt verwacht. Deze brief heb ik aan alle deelnemende patiënten meegegeven zodat ze dit rustig kunnen doorlezen. Voor de hulpverleners heb ik een soortgelijke brief geschreven; met informatie over het onderzoek en wat ik verwacht van hun medewerking. Over deze medewerking vertel ik later meer.

Geschikte depressievragenlijst vinden

Om het resultaat te toetsen ben ik onder andere op zoek gegaan naar vragenlijsten die doorgaans gebruikt worden door psychiaters of psychologen. Op deze lijsten staan vragen over de ernst van de depressie. Bepaalde scores geven aan hoe ernstig de depressie is. Voor mijn onderzoek heb ik meerdere vragenlijsten bekeken en elke lijst richt zich op een ander specifiek kenmerk van de depressie. Ik was op zoek naar de lijst die het meest vragen stelt over de stemming, omdat stemmingsverbetering mijn doel is. Helaas is er geen lijst beschikbaar die enkel de stemming meet. Daarom heb ik een lijst uitgekozen, die naar mijn mening het meest erover vraagt; de Zung self-rating depression scale (SDS). Een andere reden waarom ik voor deze lijst heb gekozen, is omdat deze lijst ingevuld mag worden door de patiënt zelf. Andere lijsten moeten onder toezicht van een psychiater of psycholoog afgenomen worden.

Vragenlijst maken voor patiënt en hulpverlener

Andere manieren om het resultaat te toetsen zijn de observaties van andere hulpverleners en de ervaringen en belevingen van de patiënt zelf. Voor de hulpverleners heb ik een vragenlijst samengesteld, bestaande uit drie vragen. Deze vragen zijn voornamelijk gericht op het activiteitenpatroon en de motivatie tot activiteiten. De reden hiervoor is, omdat de andere hulpverleners met name activiteitenbegeleiders zijn en verpleegkundigen zijn. Zij zijn vooral gericht op de activiteiten, tijdsbesteding en sociale omgang. De hulpverlener krijgt twee dezelfde vragenlijsten; één voor het begin van de vier weken en één aan het einde van de vier weken. De vragenlijst voor de patiënt zelf wordt aan het eind van de behandeling aangeboden. Deze vragen zijn direct gericht op beleving, ervaring en zelfbeoordeling. Mijn observaties worden ook als instrument gebruikt. Hier heb ik geen lijst voor opgesteld. Ik heb het in de vorm van een observatieverslag geschreven.

Inhoud bijeenkomsten beschrijven

Voordat ik de behandeling kan beginnen, moest ik een soort programma maken voor de vier weken. Wat doe ik wanneer en waarom waren vragen waar ik me in heb verdiept. Daarbij moest ik rekening houden met de beschikbare tijd, indeling van onderdelen en het verloop. Een aantal elementen waren al helder; er zijn vier bijeenkomsten, er zijn vier beeldende opdrachten, de vragenlijsten moeten ingevuld worden en het is gericht op stemmingsverbetering. Dit zorgde ervoor dat de inhoud in grote lijnen al snel ontstond.

Werkvormen beschrijven

Nu de inhoud in grote lijnen vaststond, moest ik me verdiepen in de werkvormen die ik ging aanbieden. Hiervoor heb ik verschillende paden bewandeld. Ik heb in de literatuur gezocht naar opdrachten en materialen die eerder aangeboden zijn aan mensen met een depressie. Ik heb bekeken wat ik zelf eerder heb aangeboden aan mensen met een depressie. Uit de ervaringen die ik heb opgedaan, heb ik een lijst opgesteld van beeldelementen waarin ik beschreef hoe een verbeterde stemming er beeldend uit kan zien. Hieraan verbond ik weer een materiaal en een opdracht. Uit al deze informatie heb ik vier opdrachten samengesteld, die naar mijn mening kunnen leiden naar een verbeterde stemming.

Geschikte patiënten uitnodigen voor deelname

Nu restte mij alleen nog maar het vinden van geschikte patiënten voor mijn onderzoek. Nu heb ik me afgevraagd wat een geschikte patiënt was. Ik was genoodzaakt om indicaties en contra-indicaties op te stellen.

Indicaties:

- o De patiënt heeft last van depressieve klachten.
- o De patiënt heeft een verminderde stemming.
- o De patiënt is in staat om zich beeldend te uiten.
- o De patiënt is in staat om verbaal te reflecteren op eigen handelen.

Contra-indicaties:

- o De patiënt heeft last van een psychotische depressie.
- o De patiënt raakt snel overprikkeld het materiaal en het gebruik ervan.
- o De patiënt is niet in staat om verbaal te reflecteren op eigen handelen.
- o De patiënt kan zich niet beeldend uiten.
- o De patiënt heeft een te hoog angstniveau.

Met deze indicaties en contra-indicaties ben ik op zoek gegaan naar potentiële deelnemers. Al vrij snel bood er zich een geschikte deelnemer zich aan. Daarna verliep het minder soepel en heeft er een geruime tijd tussen gezeten voor ik een volgende deelnemer heb kunnen vinden. Uiteindelijk had ik drie patiënten waarvan er één na de eerste bijeenkomst weer afviel. Uiteindelijk hebben er twee patiënten deelgenomen aan het hele onderzoek.

Alle voorbereidingen waren getroffen en naar mijn mening was ik klaar om van start te gaan. Op het moment dat de eerste patiënt zich aanmeldde, ben ik gestart met mijn onderzoek.

4.2 Uitvoering

Informatie

De uitvoering vond plaats op mijn stageplaats (nov. 2007-feb. 2008); op de polikliniek psychiatrie in het St. Annaziekenhuis te Geldrop. Daar beschikte ik over de creatieve therapieruimte en kon ik ongestoord mijn gang gaan. Ik werd ook begeleid door mijn stagebegeleidster, Ingeborg van de Donk. Zij adviseerde mij, keek met mij mee naar het beeldend werk en gaf antwoord op mijn vragen.

Uiteindelijk was zij mijn stagebegeleidster en kwam haar begeleiding ook zeer van pas in mijn onderzoek. Behalve van mijn stagebegeleidster heb ik ook nog adviezen en informatie verworven bij andere disciplines op de instelling; een psychiater en teamleider (met achtergrond als verpleegkundige). Deze psychiater is gespecialiseerd in de stemmingsstoornis depressie en heeft zelf ook meerdere malen onderzoeken gedaan. Hij stelde mij kritische vragen over mijn onderzoeksopzet en mijn geplande uitvoering. Hij maakte mij er ook attent op het beoogde resultaat. Verder kon hij mij ook informatie geven over de stoornis en gaf hij zijn mening over mijn onderzoek. Bij de teamleider ben ik op zoek gegaan naar meer informatie over de financiën in de zorg en de ontwikkelingen daarin. Ik wist dat er veranderingen aankomen (verkorte opnames), maar ik begreep nog niet wat deze verandering precies inhield. Van de teamleider kreeg ik hier een heldere uitleg over.

Variabelen

De uitvoering van het onderzoek was bij elke deelnemer vrijwel gelijk. De inhoud werd zo exact mogelijk aan elke deelnemer op aangeboden. Helaas is bij zo'n onderzoek niet mogelijk om alle variabelen uit te schakelen. Bij de eerste deelnemer speelde er in de tweede sessie de spanning behoorlijk op, waardoor er een interventie gepleegd moest worden. De deelnemer was te gespannen om naar huis te laten gaan en de spanning werd teruggebracht door een beeldende interventie, die niet in de behandeling beschreven stond. Bij de tweede deelnemer waren er plantechische problemen, waardoor het onderzoek niet in vier weken achter elkaar uitgevoerd kon worden. Tussen bijeenkomst 3 en 4 zat er een week extra. Verder is het inschatten van de geschiktheid van de patiënten ook niet altijd vlekkeloos verlopen. Meestal krijg ik een beeld van de patiënt via de psychiater en het patiëntendossier. Ik ga er dan van uit dat ik een goed beeld heb van de patiënt. Helaas kan dit soms toch nog anders uitpakken. Hiermee wil ik aangeven dat het onderzoek qua opzet eenduidig was, maar de uitvoering vraagt om flexibiliteit. Ik geloof ook dat dit niet anders kan, omdat er hier sprake is van werken met mensen. Op deze aanpassingen en uitzonderingen na verliep de uitvoering goed. De eerste keer was ik nog zoekende en was elk resultaat nieuw. Al bij de tweede deelnemer werd het enigszins routinewerk. Natuurlijk heeft elke deelnemer zijn eigen

verhaal, maar toch herkende ik in mijn handelen veel terug uit de voorgaande keren.

Inhoud

Voordat de patiënt de eerste keer komt, heb ik de patiënt al gesproken en een korte uitleg gegeven over de bedoeling van het onderzoek. Bij de eerste keer vertel ik uitgebreider wat de bedoeling is en krijgt de patiënt ook de informatiebrief mee. Vervolgens vraag ik de patiënt te vertellen over haar depressie; wanneer is het begonnen, wat was het luxerende moment en hoe is het sindsdien verlopen? Sommige patiënten vertellen precies wat ik vraag en anderen vertellen hun hele levensverhaal. Na het verhaal vraag ik de patiënt de Zung-SDS in te vullen. Na de vragenlijst volgt de beeldende opdracht en tot slot wordt deze nabesproken.

De tweede bijeenkomst start wederom met een gesprek; hoe gaat het, zijn er zaken die besproken moeten worden? Daarna volgt een beeldende opdracht en de nabespreking. De derde bijeenkomst is op dezelfde manier ingevuld.

De laatste bijeenkomst bevat ook een gesprek, een beeldende opdracht en een nabespreking. Het verschil is dat er opnieuw een Zung-SDS wordt ingevuld en dat er kort wordt terug gekeken naar de voorgaande vier weken.

Opdrachten (bijlage 1)

De opdrachten in het onderzoek zijn bij beide deelnemers inhoudelijk gelijk aan elkaar. Toch was er sprake van verschil, omdat de opdracht soms niet toereikend genoeg was voor de patiënt. Zoals ik al eerder heb genoemd, had de eerste deelnemer op een bepaald moment erg gespannen. Op dat moment was het beste om de deelnemer een vervolgoopdracht aan te bieden om de spanning gedeeltelijk weg te nemen. Dit bleek ook te gebeuren.

Binnen de gegeven opdracht was er wel genoeg ruimte en openheid, zodat elke deelnemer haar eigen invulling aan kon geven. Het materiaal gaf genoeg vrijheid en mogelijkheden tot experimenteren. Op het genoemde voorval na konden de opdrachten steeds hetzelfde worden aangeboden.

Observeren en verwerken

Naast het uitvoeren van het onderzoek in de praktijk, was het verzamelen en verwerken van de observaties, vragenlijsten en

beeldend werk een aparte klus. Steeds na elke bijeenkomst heb ik een observatieverslag geschreven, foto's gemaakt van het beeldend werk en aan het einde van periode moesten de vragenlijsten uitgetypt worden. Door mijn eigen observatieverslag (n.a.v. notities) vrij direct na de bijeenkomst uit te schrijven, kan ik een vrij accuraat verslag maken. In dit verslag heb ik gelet op verschillende elementen, zoals het beeldend werk, de houding van de patiënt, reflectievermogen, het verhaal, de interactie met de therapeut en met het beeldend werk. In mijn observatieverslagen doorloop ik niet al deze punten, maar benoem ik de punten die voor die patiënt van belang zijn. De punten die ik beschrijf probeer ik zowel objectief als subjectief te beschrijven. Ik zie feitelijke dingen gebeuren, maar mijn interpretatie speelt ook een rol. De combinatie van die twee geeft een beeld van de bijeenkomst, gezien vanuit de therapeut.

Bij het verwerken van de vragenlijsten typ ik letterlijk de tekst over en verander ik daar niets aan. Tenzij het onleesbaar is door tekort aan leestekens, dan voeg ik die toe.

4.3 Resultaten

Er zijn meerdere informatiebronnen in dit onderzoek en elke bron heeft veel informatie opgeleverd. Om een beeld te geven van de bevindingen geef ik korte samenvattingen van de resultaten. Hierbij let ik op de opvallendheden en informatie die antwoord zou kunnen geven op mijn hoofdvraag. In de bijlagen zijn voorbeelden van vragenlijsten (bijlage 2 t/m 4) te vinden en één uitgeschreven observatieverslag (bijlage 5).

Deelnemer 'Mariëlle'

Korte anamnese

Mariëlle is getrouwd, heeft twee zonen. Op het moment is ze ernstig depressief. Mariëlle is hoog opgeleid. Ze heeft natuurkunde gestudeerd aan de technische universiteit. Verder heeft Mariëlle een blanco psychiatrisch voorgeschiedenis. Mw. ervaart nu een gevoel van leegte en wil geen verantwoordelijkheid nemen. Mariëlle wil niets doen, vindt alles zinloos en keurt zichzelf af. Mariëlle is passief. Ze komt weinig buiten. Ze is bang minder voor te stellen dan ze dacht.

In de eerste bijeenkomst is Mariëlle neerslachtig en somber. In haar houding en verhaal houdt ze afstand. Ze gaat letterlijk achteraf leunen en kruist daarbij haar armen over elkaar. In het beeldend werken schildert Mariëlle doordachte en rationele vormen, wat geen depressieve indruk geeft. Ze dwingt zichzelf tot verschillende dingen zoals



'het moeten reeksen' zijn. Mariëlle lijkt zich veel beter voor te doen dan te werkelijk is. Ze dwingt zichzelf tot goede prestatie en negeert daarbij haar gevoel. Mariëlle kiest drie schilderijen uit het geheel. Ze kan de beeldelementen goed benoemen, maar kan haar keuze niet in relatie brengen met haarzelf. Ze vindt dat ze in actie is gekomen en is tevreden over het resultaat.

In de tweede bijeenkomst vertelt Mariëlle zich akelig en gespannen te voelen. Ze zou graag willen huilen, maar dit lukt haar niet. Mariëlle maakt een vermoeide en radeloze indruk. Ze wrijft vaak door haar



gezicht en zucht veel. Het idee van beeldend bezig zijn, leek haar ruimte en lucht te geven. Mariëlle gaat dan ook gelijk aan de slag. Al vrij snel raakt ze verstijft en gespannen. Tijdens het werken komen er allerlei gedachten naar boven, zoals 'ik keur mezelf af, ik wil een volwaardig persoon zijn, ik ben zo leeg'. Ze schildert krachtig en met veel beweging. Ineens vertelt ze de betekenis van de drie schilderijen van de vorige keer. Ze bekent daarbij ook dat ze het de vorige keer met opzet niet heeft verteld. In haar beeldend werk gaat ze minder netjes

werken en ook mengen. Het uiteindelijke werk (8-vorm) geeft haar een positief gevoel door de vorm en de kleuren.

Tijdens bijeenkomst drie praten we over de verantwoordelijk nemen over jezelf. Mariëlle zegt op dit moment geen verantwoordelijkheid te kunnen en willen nemen. Mariëlle zit er afwezig bij. Ze zegt dat alles langs haar heen gaat. Voordat ze begint met schilderen zegt ze zin te hebben om losjes te werken. Uiteindelijk werkt ze groot, met grote bewegingen en veel verf. Wanneer ze klaar is, geeft ze gelijk aan welk deel haar niet bevalt. Toch wil ze dit niet veranderen: 'dit is eruit gekomen, dit is echt'. Dezelfde opdracht voert Mariëlle nogmaals uit. Bij deze tweede schildering houdt ze meer rekening met haar gevoel van dit moment. Het eerste schilderij gaf haar het gevoel van chaos en het was te vrolijk geschilderd. De tweede schildering schildert ze netter en met meer rust en controle. Naderhand vertelt ze dat ze meer ontspannen is. Het vel is niet vol, maar 'dat zou ook niet kloppen met mijn gevoel van vandaag'. Deze schildering noemt ze 'berusting'.



'Chaos'



'Berusting'

In de laatste bijeenkomst zag ik bij binnenkomst voor het eerst een verandering in haar houding. Ze loopt rechter en heeft een opener houding. Terwijl ze zit en vertelt, ziet ze er minder bedrukt uit. Toch zegt Mariëlle zelf nog steeds in een dip te zitten en weinig in beweging kan komen. In de laatste beeldende opdracht lijkt Mariëlle makkelijk keuzes te maken, doelgericht te handelen en risico's te nemen. Ze maakt een variabele passe-partout, kan zonder problemen een stuk uitlichten uit haar schildering en voegt een donkere kleur toe aan haar uiteindelijke schildering. Daarbij zegt ze:

'ik ga iets heel ingrijpends doen'. Nadat ze klaar is en er even naar gekeken heeft zegt Mariëlle: 'het is de nacht, niet de duisternis'.



Zung-SDS week 1 en 4

In de eerste en laatste week heeft Mariëlle de Zung-SDS ingevuld. Als ik deze twee met elkaar vergelijk, blijkt er uit de test te komen dat de depressie in de laatste week een ernstigere vorm heeft aangenomen. Van een 'matige tot duidelijk depressie' (week 1) is Mariëlle terug gevallen naar een 'ernstige tot zeer ernstige depressie' (week 4). De meeste punten zijn voor Mariëlle onveranderd gebleven. De punten die wel zijn veranderd zijn:

- o Mariëlle heeft minder last van huilbuien.
- o Mariëlle is vaker moe van niets.
- o Mariëlle is prikkelbaarder.
- o Mariëlle heeft vaker het gevoel nuttig en nodig te zijn.
- o Mariëlle denkt eerder dat men beter af is zonder haar.

Vragenlijst hulpverlener week 1 en 4

Gedurende de onderzoeksperiode heeft een activiteitenbegeleidster Mariëlle geobserveerd. Haar observaties van week 1 en 4 heeft ze naar aanleiding van drie vragen genoteerd. Volgens de activiteitenbegeleidster is Mariëlle in vier weken tijd vooruit gegaan.

Mariëlle is minder vlak, spraakzamer, meer ontspannen en actiever. Tijdens de activiteitenbegeleiding toont Mariëlle in de vierde week meer initiatieven, kan ze complimenten beter in ontvangst nemen en begint ze meer haar creatieve kant te benutten.

Vragenlijst patiënt week 4

In de laatste week wordt er ook nog een drietal vragen Mariëlle gevraagd, die betrekking hebben op de ervaring van de patiënt. Mariëlle zegt hierbij duidelijk geen verbetering te ervaren. De eerste twee keren zag ze een stijgende lijn, maar de laatste twee keren bleef ze meer in een dip. Toch gaf ze aan plezier te hebben ervaren in het beeldend werken. Verder is er voor Mariëlle niet veel veranderd. In zekere mate zijn haar klachten verergerd.

Samenvatting

De bronnen afzonderlijk bekeken kan er dit geconcludeerd worden: Uit mijn observatieverslagen blijkt dat Mariëlle zich in de vier weken heeft geopend. Beeldend heeft ze geëxperimenteerd in beweging en schildert ze meer gevoelsmatig en minder planmatig. Regels, waarden en normen hebben hun plaats afgestaan aan haar gevoel; haar prettige gevoel. Haar houding is minder terughoudend en vermijdend. Ze verwoordt haar belevingen en ervaringen helderder. In het begin had Mariëlle moeite met keuzes maken, omdat ze daarvoor de verantwoordelijkheid niet wilde nemen. Aan het einde van de vier weken maakt ze moeiteloos keuzes voor zichzelf en kan dit ook beargumenteren. De resultaten van de Zung-SDS vragenlijst laten een heel ander beeld zien. In de vier weken tijd is Mariëlle van een matige depressie verslechterd tot een ernstige depressie. Volgens deze test zou er geen tekenen van een verbeterde stemming zijn. De vragenlijsten van de activiteitenbegeleider laat weer een ander beeld zien. Mariëlle toont meer initiatieven, is gemotiveerder en kan complimenten beter aannemen. In tegenstelling tot in het begin lijkt Mariëlle meer uit haar stulpje te komen bij de activiteitenbegeleiding. Tot slot blijft de vragenlijst voor Mariëlle zelf over. Over het algemeen is ze negatief over de verbetering van haar stemming. Ze kan echter wel een aantal positieve elementen benoemen. Ze is zelf van overtuigd dat haar stemming hetzelfde is gebleven.

Deelnemer 'Maria'

Korte anamnese

Maria is een vrouw van 60 jaar. Ze is getrouwd, heeft kinderen en kleinkinderen. Maria is vrijwel altijd huisvrouw geweest. De laatste jaren poetst ze één dag in de week bij een oudere dame en twee dagen in de week past ze op één van haar kleinkinderen. Maria is in 2000 en 2001 eerder depressief geweest. Na 2001 is het een hele tijd goed gegaan. In 2007 werd Maria weer depressief. Van geen enkele keer kan Maria een luxerend moment benoemen.

Samenvatting observatieverslagen week 1 t/m 4

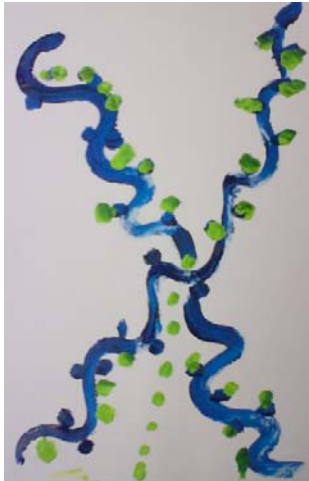
In de eerste bijeenkomst vertelt Maria dat het iets beter met haar gaat (vergeleken met het begin van haar opname). Maria heeft veel moeite met het benoemen van een luxerend moment van haar depressie. De depressie overkomt haar. Maria zit voorovergebogen in haar stoel als ze haar verhaal vertelt. Ze is gretig in het vertellen en zit ook vaak op het puntje van haar stoel. Maria heeft niet de capaciteiten om haar problemen te analyseren en verklaren. Daarom is ze snel bevestigend in alles wat ik zeg. In beeldend werken is Maria erg snel in keuzes maken. Ze werkt geconcentreerd, gecontroleerd, beheerst en doelgericht. In haar werk is veel herhaling te zijn. Het algehele thema is 'huisje-boompje-beestje'. Maria kiest drie schilderijen uit die haar een positief gevoel geven. Aan het einde van het uur zegt Maria trots te zijn dat ze zo actief bezig is geweest.



In de tweede week gaat het nog beter met Maria. Ze zegt genoeg energie te hebben om allerlei activiteiten te ondernemen. Maria vertelt over de depressies die ze eerder heeft gehad. Ze vertelt er hele makkelijk en open over. Ze lijkt emotioneel er niet bij betrokken te zijn. In de beeldende opdracht blijft Maria hetzelfde werken; snel, doelgericht, geeft over een betekenis aan, zonder verdieping in materiaal. Vragen over haar beleving kan Maria niet beantwoorden.

Uit de drie schilderijen kiest Maria er één uit: 'prikkel draad'. Deze benoemt ze sierlijk en rustgevend. Aan het eind vraag ik Maria hoe ze het vond gaan. Daarop antwoord ze: 'het ging goed, want ik schilder vanuit mijn hart en dat is altijd goed'.

In de derde week vertelt Maria opgewekt dat ze zich zowel lichamelijk als geestelijk goed voelt. Daarbij weet ze wel dat ze rustig aan moet doen. Ze begrijpt dat ze heel haar leven voor anderen heeft gezorgd en dat plotseling daarmee stoppen wennen kan zijn. Maria zegt dat ze weet dat ze nu goed voor zichzelf moet zorgen. Ze heeft er de volste vertrouwen in. De derde schilderopdracht voltooid Maria in enkele minuten. 'Ik heb het even



zo snel opgezet', is haar uitleg. Maria beschrijft haar werk als vrolijk, waar de zon tevoorschijn komt achter een donkere lucht. Ze ziet dat ze er nog niet is en nog stappen daarin moet zetten. De donkere lucht

staat volgens Maria voor 'het gespuis wat er nog in de lucht hangt'. Voordat Maria weer weggaat, zegt ze dat het prettig vindt bij mij. Ze voelt zich vertrouwd bij mij.

Anders dan de andere keren zit Maria er de laatste keer ineengedoken aan tafel. Ze vertelt dat het minder goed gaat met haar. Ze heeft een leeg gevoel. Uit eerdere ervaring weet ik dat vragen naar de oorzaak weinig zin heeft. Ik focus me op de positieve ervaringen die ze kent. Ze benoemt knutselen als een activiteit die

haar plezier kan bezorgen. De manier waarop Maria de laatste opdracht uitvoert, verschilt weinig van de voorgaande keren. Ze geeft betekenissen aan haar werk, maar lijkt dit niet echt te beleven. Voor het eerst zegt ze het moeilijk te vinden om er iets van te maken. 'Zo is het ook in de werkelijkheid', zegt Maria.



Zung-SDS week 1 en 4

Ook Maria heeft in de eerste en de laatste week een Zung-SDS ingevuld. Uit de vragenlijst blijkt dat Maria teruggezakt is in haar depressie. Van een toestandsbeeld 'binnen de normale grenzen' is Maria teruggevallen in een 'minimale tot milde depressie'. Opvallende veranderingen in de punten uit Maria's vragenlijst zijn:

- o Maria voelt zich in de ochtenden minder vaak goed.
- o Maria heeft het gevoel dat alles haar minder makkelijk af gaat.

Maria had veel schommelingen in haar lijst, maar de boven genoemde punten zijn met de meeste puntenverschil veranderd in vier weken.

Vragenlijst hulpverlener week 1 en 4

De vragenlijsten zijn ingevuld door de sociaal agogische begeleidster van Maria. Uit de observaties van de begeleidster is er weinig verandering op te merken in vier weken. Er wordt vermeld dat het een periode goed ging met Maria, maar haar stemming, motivatie en activiteitenpatroon lijkt hetzelfde te zijn gebleven. Er wordt wel genoemd dat Maria zich afhankelijk opstelt en niet snel nieuwe dingen uitprobeert.

Wanneer ik naar de ervaring van Maria vraag, vertelt ze geen verandering te hebben ervaren. Haar stemming is juist slechter geworden. Maria zegt wel het prettig te hebben ervaren om beeldend bezig te zijn. Iets van jezelf op papier zetten, heeft haar wel positiever laten denken. Het betekende veel voor haar om vrij werk te maken. Het niets moeten gaf haar een prettig gevoel.

Samenvatting

Uit mijn eigen observatieverslagen kan ik stellen dat er beeldend geen veranderingen hebben plaatsgevonden. Maria heeft gedurende de vier weken op eenzelfde manier gewerkt. Opvallend was dat grote behoefte had aan concrete beelden. Abstractie was voor haar moeilijk te bewerken (zie laatste werk). In haar houding is er wel iets veranderd. Maria had in eerste instantie een open en gretige houding. Na vier weken was ze veranderd in een radeloze en hulpeloze vrouw. Maria kan naar aanleiding van het beeldend werken haar beleving niet omschrijven. Wel kon ze vrijwel aan alle elementen uit haar werk een betekenis geven. Uit de Zung-SDS vragenlijsten kwam uit voort dat Maria zich slechter is gaan voelen. Dit komt overeen met het verhaal van Maria. De observaties van de sociaal agogische begeleidster vertellen eenzelfde verhaal als mijn eigen observaties. Er heeft geen verandering opgetreden. En tot slot is Maria zelf ook niet tevreden over het resultaat; ze is uiteindelijk weer somber geworden.

5. Deelvragen

Nu het onderzoek voltooid is en de resultaten bekend zijn, kunnen de deelvragen beantwoord worden. Per vraag zal ik naar aanleiding van het vooronderzoek of de resultaten van het onderzoek een antwoord geven. Deze antwoorden samengevoegd zou een antwoord kunnen geven op de hoofdvraag. Hier zal ik in hoofdstuk 6 verder op ingaan.

5.1 Deelvraag 1

‘Wat houdt een depressief stemmingsstoornis in?’

Er wordt gesproken over een depressie wanneer er een ongewone somberheid en/ of geen plezierbeleving is voor een periode langer dan twee weken. De somberheid gaat gepaard met verschillende symptomen, zoals verminderde eetlust, energievermindering, concentratieproblemen, vermoeidheid, enz. De hoeveelheid symptomen gaat gepaard met een milde tot zware depressie, naar mate het aantal symptomen meer wordt. Deze klachten verstoren het dagelijks functioneren en er sprake is van psychisch lijden.

5.2 Deelvraag 2

“Zijn er beeldende methoden die beeldende therapeuten gebruiken in de behandeling van patiënten met een depressieve stemmingsstoornis?”

Ja, er zijn onderzoeken gedaan naar beeldende therapie en depressie. In de onderzoeken blijkt dat beeldend werken bepaalde blokkades kan blootstellen en eventueel opheffen. Juist het gebrek aan vormgeving, expressie en oplossend vermogen komen in beeldend werken naar voren. Veranderingen en ontwikkelingen hierin worden zichtbaar en kunnen de patiënten stimuleren om dit in de praktijk ook toe te passen.

5.3 Deelvraag 3

‘Welke werkvormen worden aangeboden in beeldende therapie bij het behandelen van patiënten met een depressieve stemmingsstoornis?’

De werkvormen die worden aangeboden aan patiënten met depressieve klachten hebben vaak dezelfde doelen, zoals structureren,

activeren, emoties tot expressie brengen, ontdekken van eigen mogelijkheden en het sociale functioneren stimuleren. De werkvormen sluiten hierop aan. Een aantal werkvormen die aangeboden worden, zijn ('Beeldende activiteiten & Depressie' Senders en Kemper 2005): spel en experiment, beschutte werkvormen, succeservaringen, toevalstechnieken, inzichtgevende opdrachten, ontspanningsoefeningen, enz.

5.4 Deelvraag 4

'Wordt beeldende therapie in een zeer korte tijd aangeboden worden?'

In tegenstelling tot kortdurende beeldende therapie komt zeer kortdurend weinig voor. Er worden echter wel onderzoeken naar gedaan. Beeldende therapeuten willen zich voorbereiden de toekomst. Het is nog niet bekend of zeer kortdurend dezelfde kwaliteit heeft als kort- of langdurende therapie. In het onderzoek van Marjolein Stok wordt beschreven dat zeer kortdurend, drie bijeenkomsten in dit geval, zeker effectief kan zijn. Zij kan echter niet aangeven of dit effect op langer termijn nog steeds zijn werk doet. Het lijkt erop dat zolang er langdurende en kortdurende therapie mogelijk is, er nog geen behoefte is aan zeer kortdurende therapie. Toch vraagt de ontwikkelingen in de zorg om de aandacht van de beeldende therapeuten. Wanneer de trend van 'minder, maar even effectief' zich doorzet, zal de dag van het aanbieden zeer kortdurende therapie komen.

5.5 Deelvraag 5

'Op welke wijze wordt beeldende therapie in een zeer korte tijd aangeboden?'

Het enige voorbeeld dat ik heb kunnen vinden van zeer kortdurende therapie, is het onderzoek van Marjolein Stok. In haar onderzoek biedt ze getraumatiseerde patiënten in drie bijeenkomsten de ruimte om kennis te maken met beeldende materialen, het in beeld brengen van het trauma en een evaluatiegesprek. De deelnemende patiënt vult in de eerste en in de laatste sessie de Schokverwerkingslijst (SVL) in. De conclusie van Stok is dat 'een kort beeldende vorm van exposure een zinvolle aanvulling is in de traumabehandeling'.

5.6 Deelvraag 6

‘Welke werkvormen kunnen ingezet worden om in vier bijeenkomsten de stemming van depressieve patiënten te verbeteren?’

Om de werkvormen te bepalen voor mijn onderzoek, heb ik in eerste instantie in de literatuur gezocht naar werkvormen. Daarin vond ik een volgorde van doelen stellen ('depressiviteit & creatieve therapie beeldend, Senders & Kemper 2005), met als uiteindelijke doel ópklaren uit depressie'. Deze volgorde van doelen heb ik als uitgangspunt genomen: bewegen/ activeren, bewust beleven en sturen van beleving. Vanuit deze doelen vormen werkvormen:

- o Bewegen> gestructureerde werkvormen
- o Bewust beleven> werkvormen gericht op persoonlijke thema's
- o Beleving sturen> eigen werkvormen bepalen

Daarnaast heb ik uit mijn eigen ervaring geput: met welk materiaal en hoe moet ik het aanbieden, kan ik mijn doel (stemmingsverbetering) bereiken? Ik veronderstelde dat er sprake stemmingsverbetering is, wanneer er beeldend variatie, ruimte nemen, expressie, beweging en actie te zien is. Om dit te bereiken kon ik verschillende materialen gebruiken. Uiteindelijk was mijn conclusie dat ik één materiaal nodig had wat op verschillende manieren gehanteerd kan worden.

5.7 Deelvraag 7

‘Welke therapeutische houding ondersteunt en stimuleert de verbetering van stemming bij de depressieve patiënten in vier bijeenkomsten?’

Het praktijkproject 'Beeldende activiteiten & Depressiviteit' (Senders & Kemper 2005) geeft een concreet antwoord op deze deelvraag:

- o Een empathische houding als grondhouding.
- o Duidelijkheid bieden is erg belangrijk, bijvoorbeeld om angst te reduceren.
- o De houding van de therapeut blijft constant gedurende de behandeling.
- o Confronteren is wel aan de orde, maar voorzichtig. Een enigszins non-directieve benadering lijkt het meest effectief.
- o Bij depressieve verschijnselen is het belangrijk dat de therapeut niet mee gaat in het lijden, maar dat hij/ zij er een

*bepaalde afstand van neemt. Hij/ zij mag wel volgend zijn,
maar dan eerder in een vorm van meeleven.*

In de uitvoering van het onderzoek heb ik de bevindingen van Senders en Kemper als reëel ervaren. Ik heb echter zelf nog enkele andere belangrijke houdingsaspecten toegepast, omdat deze in de praktijk noodzakelijk (in het bereiken van mijn doelstelling) bleken te zijn. Deze houdingsaspecten zijn: het bieden van structuur, creëren van veilige sfeer en het volgen van de behoeften van de patiënt. Ik heb gemerkt dat deze drie punten een bijdrage leveren aan het gevoel van succes en ruimte geeft aan plezierbeleving. Beide belevingen zijn van groot belang in het kader van mijn onderzoek.

6.1 Beantwoording hoofdvraag

Nu het literatuuronderzoek, de uitvoering van het onderzoek en het beantwoorden van de deelvragen allen voltooid zijn, is het tijd om antwoord te geven op de hoofdvraag:

‘Op welke wijze kan beeldende therapie ingezet worden bij het behandelen van het doel; verbeteren van stemming, gericht op patiënten met een depressief ziektebeeld in vier bijeenkomsten?’

Zoals ik al eerder in mijn veronderstelling heb beschreven, is één conclusie trekken niet mogelijk. Allereerst zal ik proberen dichterbij het antwoord te komen, door verschillende opvallendheden te beschrijven:

- o De sfeer van beeldende therapie (gecreëerd door de beeldend therapeut) heeft de deelnemers een gevoel van veiligheid geboden. Deze veiligheid zorgde ervoor dat ze zich al gauw vertrouwd voelden. Ze hebben de sfeer ervaren als ‘niets moet, het mag’.
- o Het feit dat het individuele therapie was, werd hiermee een bepaalde context neergezet. In deze context waren er enkele zekerheden voor de deelnemers, zoals aandacht en begrip krijgen, de therapeut is mijn uitlaatklep en vertrouwdheid. Voor de deelnemers vormden dit de basis van de behandeling. Hier konden ze elke keer op terugvallen.
- o Door de opdrachten hebben de deelnemers de ruimte ervaren om de experimenteren. Door de helderheid en structuur was er gelegenheid tot loslaten of focussen op het gevoel. Er werden vaardigheden verbeterd, verder ontwikkeld of aangeboord, zoals verwoorden/ verbeelden van gevoel en keuzes maken. De opdrachten waren in de meeste gevallen een spiegel van de werkelijkheid voor de deelnemers.
- o Het schilderen heeft de deelnemers gestimuleerd tot bewegen, in actie komen. Daarbij gaf het hen een gevoel van creëren, wat als prettig werd ervaren. De beschikking

hebben over alle kleuren en mogelijkheden van schilderen gaf een gevoel van bestaan.

- o Het toepassen van de opgedane ervaring in het dagelijks leven was vrijwel niet aan de orde. Regelmatig is daar navraag naar gedaan, maar de deelnemers gaven het geleerde niet toe te passen in het dagelijks leven.
- o Bij de eerste deelnemer was het verschil tussen de observaties van mij en de activiteitenbegeleider en de Zung-SDS en de vragenlijst erg groot. De beleving van haar eigen stemming en toestand leek niet overeen te komen met de beleving van haar hulpverleners.
- o Beide deelnemers hebben hun stemming aan het eind van de periode als slechter ervaren, in vergelijking met het begin.
- o De positieve ervaringen vonden met name plaats tijdens de therapiebijeenkomst. De deelnemers hadden dan minder moeite met keuzes maken en loslaten. Terwijl dit in hun eigen thuissituatie niet te realiseren was.
- o Enkele dagen na het onderzoek heeft de eerste deelnemer een stemmingsverbetering ervaren, die tot op de dag van vandaag nog voortduurt.

De wijze waarop beeldende therapie ingezet kan worden bij het behandelen van het doel; stemmingsverbetering, gericht op patiënten met een depressief stemmingsbeeld in vier bijeenkomsten is te verdelen in drie elementen:

1. Houding van de therapeut
2. Structuur en inhoud van de opdrachten
3. Vertaling van therapie naar de praktijk

De houding van de therapeut is van grote invloed op het resultaat, omdat de beschikbare tijd beperkt is. Er is weinig tijd om een goede therapeutische relatie te bouwen, waarin een vertrouwensband kan ontstaan. Wanneer dit bereikt wordt door de deelnemer en therapeut, is er een basis gecreëerd voor de verdere behandeling. De therapeut biedt veiligheid, structuur, helderheid, begeleidt, volgt, wijst, is empathisch en geeft ruimte tot ontwikkeling.

De structuur en inhoud van de opdrachten geven houvast, zekerheid en ruimte om te experimenteren. Het is van belang dat er continue helderheid aanwezig is in de opdracht, maar binnen deze helderheid moet er ruimte zijn om buiten de structuur te treden. De stap naar

anders en verder moet gemaakt kunnen worden. Daarvoor moeten de opdrachten hiervoor geschikt zijn. Werken met één materiaal en verschillende opdrachten is hier zeer passend voor.

De vertaling van therapie naar de praktijk is een element wat de behandeling (op lange termijn) zinvol maakt. In deze vertaling worden opgedane ervaringen en leringen toegepast in het dagelijks leven. Het kan ook gaan om belevingen die in de praktijk wat bewuster beleefd worden. Deze vertaling is in ieder geval van belang voor het eigen maken van veranderingen en ontwikkelingen binnen de behandeling.

Kortom, om beeldende therapie in te zetten bij het behandelen van patiënten met depressieve klachten, gericht op stemmingsverbetering is er een goede therapeutische relatie nodig, gestructureerde, open werkvormen en een duidelijke verbinding met de praktijk nodig.

6.2 Conclusie

Terugkijkend op dit onderzoek zijn er verschillende stappen ondernomen, zoals het stellen van een probleemstelling, onderzoek doen, resultaten verzamelen, beantwoorden van deelvragen en tot slot het beantwoorden van de hoofdvraag. Om de conclusie te formuleren zullen al deze stappen met elkaar in verband gebracht moeten worden.

Om het geheugen even op te frissen, herhaal ik een stukje uit mijn probleemstelling: *'De verzekeraar mag zelf bepalen welke zorgaanbieder hij in zijn pakket wil hebben. Om zijn keuze te bepalen zal de verzekeraar letten op de kwaliteit van de zorg, productiecijfers en tevredenheidsonderzoeken. Eén van de gevolgen van deze ontwikkeling is het verkorten van de behandelduur in instellingen; het streven naar dezelfde kwaliteit in een korter tijdsbestek is één van de manieren om een instelling aantrekkelijk te maken voor de inkoper.'* Het gevolg voor beeldende therapie van deze verandering kan zijn: *'Door de ontwikkelingen in het zorgstelsel is het zaak voor de beeldend therapeut om te bekijken wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van zijn behandeling. Dit kan betekenen dat de inhoud van de beeldend therapeutische behandeling slinkt tot enkel crisisinterventie en observatie.....De vraag rijst: Wat kan beeldende therapie betekenen in een zeer korte tijd voor zorgbehoeftige patiënten?'*

Als ik de kern van de probleemstelling, zoals hierboven geciteerd, verbind met de antwoorden op de deelvragen en hoofdvraag, kan ik stellen dat het niet eenvoudig zal worden om in een zeer korte behandeling blijvende veranderingen te bewerkstellingen. Het is duidelijk dat beeldende therapie altijd een betekenis kan hebben voor zorgbehoeftige patiënten; er wordt structuur geboden, er is ruimte om te creëren, er is een veilige omgeving om zich te uiten en er kan op beleving gericht worden, zijn kenmerken en doelen van beeldende therapie. Deze kenmerken kunnen ongeacht de beschikbare tijd toegepast worden. Er zijn echter andere doelen die tijdafhankelijk zijn. Het behalen van doelen zoals stemmingsverbetering, egoversterking, rouw- of traumaverwerking kunnen niet verbonden worden aan een tijdspad. De patiënt geeft hierin het tempo aan en de therapeut volgt en stuurt hierin. Toch blijft de patiënt de hoofdbestuurder. Geen tijdsbeperking kan het proces beïnvloeden. Hierbij is de patiënt zelf een belangrijke factor. Of de patiënt meer of minder tijd nodig heeft is afhankelijk van zoveel elementen; zoals persoonlijkheid, capaciteiten, wilskracht, motivatie, intelligentie en behoefte. In mijn onderzoek waren beide deelnemers totaal verschillend van elkaar op de bovengenoemde elementen. De een wilde wel veranderen, maar had de capaciteiten niet. De ander had de intelligentie, maar leek niet erg behoeftig te zijn. Dit bepaalt in zekere mate de hoeveelheid tijd een patiënt nodig heeft voor zijn behandeling.

In de zorg wordt er met mensen gewerkt. Het gaat over en om mensen. De campagne 'zorg op maat' vertelt ons dat de behoefte van de mens voorop staat. Toch blijkt in de praktijk dat om financiële redenen de behoefte van de instelling soms op de eerste plaats staat. Tegelijkertijd willen instellingen de hoogste kwaliteit bereiken om zich te kunnen verkopen bij de zorgverzekeraars. Met andere woorden is 'zoveel mogelijk van het beste' de werkwijze van de toekomst. Nu zullen beeldende therapeuten zich daarbij moeten aansluiten, willen ze werkzaam willen blijven in de sector. Dit kan betekenen dat beeldende therapie zich moet gaan richten op veel patiënten en hoge kwaliteit in een zeer korte behandelperiode. Wat hierin echter vergeten wordt, net zoals ik ben vergeten in mijn onderzoek, is het effect op langer termijn. Wat blijft en welke patiënten komen op korte termijn weer teug in behandeling?

Samengevat is mijn conclusie van dit onderzoek dat beeldende therapie zeker een rol kan hebben in zeer kortdurende behande-

lingen. Kwaliteit kan hierin ook behouden worden, want de beeldend therapeut kan door middel van zijn kennis de patiënt een stap dichterbij zichzelf laten komen. De beperkte tijd is zeker een hindernis die zowel de therapeut als de patiënt moet nemen in de behandeling. Mijn vermoeden is dat er uiteindelijk problemen zullen ontstaan bij de (terugkerende) patiënten. Door deze manier van werken krijgen de patiënten een pleister over hun wond. De wond zelf wordt niet genezen en zal blijven zorgen voor psychisch ongemak of lijden.

6.3 Aanbevelingen

Afgaande van mijn conclusie wil ik aanbevelingen doen voor:

- o De organisatie waarbinnen een beeldend therapeut patiënten behandelt in zeer korte behandelingen.
- o Een toekomstig onderzoek in het kader van het effect van kortdurende behandelingen.

Het is duidelijk dat de beeldend therapeut zich zal moeten aanpassen om mee te gaan in de ontwikkelingen in de zorg. Toch hoeft in de meeste gevallen de beeldend therapeut dit niet alleen op te lossen. Met de organisatie waarbinnen de therapeut werkzaam kan er nog een kwaliteit- en productiegerichte procedure opgesteld kunnen worden. Hierbij gaat het onder andere om de verwijsprocedure (indicaties en contra-indicaties) van psychiaters en andere hulpverleners. Dit kan betekenen dat er meer contra-indicaties gesteld zullen worden, om ernstige problematiek niet open te stellen aan kortdurende behandeling (open maken van de wond is soms erger dan niet aanraken). Een ander organisatorisch punt is de samenwerking tussen verschillende disciplines. Deze vraagt om een heldere communicatie. Aanwezige disciplines kunnen bij elkaar de doelen afstemmen, wat in deze situatie essentieel is om gestelde doelen te bereiken. Hierbij is het van belang dat er korte communicatielijnen zijn, duidelijkheid, samenwerking, vaker en intensievere overleggen en ruimte voor discussie en overleg.

Uit de conclusie kan er een nieuw onderzoek herleid worden. De veranderingen in de zorg zijn onvermijdbaar. Net zo onvermijdbaar zijn de veranderingen in de behandelingen van beeldende therapie. Om deze veranderingen in betere banen te kunnen leiden, is het noodzakelijk om te onderzoeken wat het effect is van kortdurende behandelingen. Al eerder is hier een artikel over geschreven voor Julia Molenaar in het Tijdschrift voor Creatieve therapie (2003-3). De

vraag in dit artikel was 'werkt kortdurende therapie ook kortdurend?'. In het onderzoek zou er aandacht besteed kunnen worden aan deze vraag, maar ook aan de vraag hoe kortdurende therapie een langdurende werking kan krijgen. Wanneer dit duidelijk wordt, kunnen therapeuten hun behandeling zo kunnen aanpassen en –bieden, zodat de patiënt op langer termijn nog steeds baat heeft bij de korte behandeling. Op deze manier zouden alle partijen (zorgverzekeraars, instellingen, therapeuten en patiënten) tevreden kunnen zijn.

6.4 Samenvatting

Het onderzoek 'Beeldende therapie in het kort' is een voornamelijk kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van het doel; stemmingsverbetering, gericht op mensen met een depressief ziektebeeld in vier bijeenkomsten.

De motivatie voor dit onderzoek is de verandering van de opnameduur op de psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis in Tilburg. De opnameduur wordt om financiële redenen van maximaal 12 weken ingekort tot maximaal 4 weken. Om de gevolgen voor beeldende therapie in kaart te brengen is dit onderzoek opgezet.

De uitvoering van het onderzoek heeft plaatsgevonden op een polikliniek psychiatrie in een algemeen ziekenhuis in Geldrop. Daar hebben er in totaal twee patiënten deelgenomen aan het onderzoek. Door het aanbieden van beeldende opdrachten gedurende vier bijeenkomsten werd er onderzocht of de stemming van de patiënten met depressieve klachten enige verbetering ervoeren. Beide patiënten hadden een negatief antwoord op de vraag of hun stemming verbeterd is. Uit observaties van mijzelf en andere hulpverlener bleek dit niet altijd overeen te komen met het antwoord van de deelnemers. Er werd verbetering geconstateerd in bijvoorbeeld het activiteitenpatroon en motivatie van de patiënt, wat geïnterpreteerd kan worden als stemmingsverbetering. Verder bleek ook dat de gecreëerde veiligheid van de therapie en werken met beeldende materialen een positieve ervaring is voor de deelnemers. Tot slot was het opvallend dat de opgedane ervaring totaal niet verbonden werd met het dagelijks leven. De deelnemers hadden de

ervaringen nog niet eigen gemaakt. Het kostte tijd om het te ontdekken, te oefenen ermee en toe te passen in de praktijk..

De conclusie van het onderzoek is, dat zeer kortdurende beeldende therapie een veilige basis kan bieden om het topje van de ijsberg te onthullen. Mijn vragen zijn echter; 'hoelang het duurt voordat dit topje weer verhuuld wordt en wanneer er ruimte is om de rest van de ijsberg in behandeling te nemen'.

De uitkomsten van dit onderzoek is een verzameling van observaties en vragenlijsten, resulterend in een conclusie en aanbevelingen. Dit onderzoek geeft voor een antwoord op mijn hoofdvraag en perspectief aan de gestelde probleemstelling, maar dit onderzoek heeft bij mij juist vragen opgeroepen. Met de antwoorden kan ik dit onderzoek afsluiten, maar biedt ik mogelijkheden om een nieuw vervolgonderzoek te starten.

Bijeenkomst 1

Doel: 'activeren' (structuur aanbieden, in beweging komen)

Opdracht	Veel schilderen
Benodigdheden	Acrylverf, kleine vellen papier (20x15 cm), penselen
Inhoud	Kies 1 kleur acrylverf. Schilder daarmee alle vellen. Maak gebruik van veel, weinig dikke of dunne verf. Zet een glas water naast je verf.
Nabespreking	Wat vind je van wat je hebt gemaakt? Hoe heb je het ervaren? Ben je in beweging gekomen?
Vorbereiding	Kies 3 schilderijen uit die je aanspreekt. Dit kan om verschillende redenen zijn: het kleurgebruik, de lijnen of vormen, de betekenis, de beweging, het gevoel erbij, enz.

Bijeenkomst 2

Doel: 'Spelen' (spelen met materialen, waarnemen)

Opdracht	Spelend schilderen
Benodigdheden	Acrylverf, vellen papier (30x40 cm), penselen
Inhoud	Neem de 3 schilderijen van de vorige keer erbij. Schilder deze 3 schilderijen groter, op 3 vellen, in dezelfde kleur als de vorige keer. Je mag ze naschilderen, maar je kunt ook gebruik maken van de elementen, die jou hebben aangetrokken. Dit kan zijn; het kleurgebruik, de lijnen of vormen, de betekenis, de beweging, het gevoel erbij, enz. Kies vervolgens één of meerdere kleuren uit en voeg vormen en lijnen aan de schilderijen toe, zoals jij dat wilt.
Nabespreking	Hoe was het om in de aangebrachte structuur verder te schilderen? Benoem d.m.v. beeldelementen wat je hebt gedaan en hoe je dat hebt ervaren. Wat heb je ontdekt? Wat viel

	je op tijdens het werken? Wat heb je als positief ervaren?
Vorbereiding	Kies uit deze 3 schilderungen 1 schilderung wat jouw het meest aanspreekt. Ga na bij jezelf waarom deze je het meest aanspreekt.

Bijeenkomst 3

Doel: 'Beleven' (ervaren, benoemen van ervaringen)

Opdracht	Bewust schilderen
Benodigdheden	Acrylverf, papier (65x50 cm), penselen
Inhoud	Wat beviel vorige week bij het schilderen; kleur, vorm, dikte van de verf, groot, klein, enz.? Dit gebruiken in het maken van één (eventueel twee) schilderij.
Nabespreking	Hoe heb je het ervaren? Herken je ook dingen van jezelf? Benoem de overwegingen die je hebt gemaakt tijdens het maken van de schilderung. Wat deed het met je? Welk deel van het schilderij zou je als 'nieuw' kunnen betitelen? Waarom? Wat voelde goed? Wat vind je bij jezelf passen?

Bijeenkomst 4

Doel: 'Beleving sturen' (structuur loslaten, eigen keuzes maken)

Opdracht	Positief gevoel vergroten
Benodigdheden	Acrylverf, papier (65x50 cm), penselen
Inhoud	Kies d.m.v. van een passe-partout een stukje uit van je schilderij uit de vorige sessie, waarbij je positief gevoel bij hebt. Plak de passe-partout op dit plek vast. Schilder dit stuk op een ander, groot vel papier na, in dezelfde kleuren. Voeg vervolgens na eigen inzicht elementen toe, die dit positieve gevoel versterken.
Nabespreking	Beleef je een positief gevoel aan dit werk? Waaraan beleef je dat gevoel? Zou je dit ook kunnen toepassen in het dagelijks leven (een positief element uitvergroten)?

Zung zelfbeoordelingschaal of Self-rating Depression scale (SDS)

De SDS bestaat uit een lijst met 20 uitspraken, die elk betrekking hebben op een specifiek kenmerk van depressie. Aan elke uitspraak is een waarde van 1 tot en met 4 toegekend. Nadat alle uitspraken doorlopen zijn, worden de punten opgeteld en gedeeld door 0,8.

Naam

Datum-.....-.....

		Zelden of nooit	Soms	Vaak	(bijna) Altijd
1.	Ik voel me somber en neerslachtig	1	2	3	4
2.	's Morgens voel ik me het best	4	3	2	1
3.	Ik heb huilbuien of zou wel willen huilen	1	2	3	4
4.	Ik slaap slecht	1	2	3	4
5.	Ik eet net zoveel als vroeger	4	3	2	1
6.	Ik beleef net zoveel plezier aan seks als vroeger	4	3	2	1
7.	Ik heb het gevoel dat ik afval in gewicht	1	2	3	4
8.	Ik heb last van een trage stoelgang	1	2	3	4
9.	Ik heb last van hartkloppingen	1	2	3	4
10.	Ik ben moe van niets	1	2	3	4
11.	Mijn geest is nog net zo helder als vroeger	4	3	2	1

12.	Alles gaat me even makkelijk af als vroeger	4	3	2	1
13.	Ik voel me gejaagd en kan niet stil zitten	1	2	3	4
14.	Ik zie de toekomst met vertrouwen tegemoet	4	3	2	1
15.	Ik ben meer prikkelbaar dan vroeger	1	2	3	4
16.	Ik vind het makkelijker beslissingen te nemen	4	3	2	1
17.	Ik heb het gevoel dat ik nuttig en nodig ben	4	3	2	1
18.	Mijn leven is aardig gevuld	4	3	2	1
19.	Ik denk dat men beter af zou zijn als ik er niet meer was	1	2	3	4
20.	Ik heb net zoveel plezier in de dingen als vroeger	4	3	2	1

Totaal/ 0,8=.....

Minder dan 50 punten = binnen normale grenzen
50 - 59 = minimale tot milde depressie
60 - 69 = matige tot duidelijke depressie
70 en hoger = ernstige tot zeer ernstige depressie

VragenlijstObservaties hulpverlener

Naam hulpverlener

Functie

Naam patiënt

Datum-.....-.....

Beschrijf de huidige stemming van de patiënt.

.....
.....
.....
.....

Beschrijf de motivatie van de patiënt. Is de patiënt gemotiveerd om aan zijn of haar problemen te werken? Waar is dat aan te merken?

.....
.....
.....
.....
.....

Beschrijf het activiteitenpatroon van de patiënt (actief, initiatiefnemend, afwachtend, creatief, beweeglijk, eenzijdig, doelgericht, enz.).

.....
.....
.....
.....
.....

VragenlijstErvaring deelnemende patiënt

Naam patiënt

Datum-.....-.....

Is je stemming in de afgelopen vier weken verbeterd? Waaraan kan je merken dat je stemming wel of niet verbeterd is?

.....
.....
.....
.....
.....

Kan je aangeven of en wat dit onderzoek in het wel/ niet verbeteren van je stemming betekent heeft? Heeft beeldend werken daarin een rol gespeeld? Kan je aangeven welke rol?

.....
.....
.....
.....
.....

Hebben er andere veranderingen plaatsgevonden in de afgelopen vier weken, zoals in je eetlust, concentratieniveau, activiteitenpatroon, plezierbeleving, moeheid, keuzes maken, enz.

.....
.....
.....
.....
.....

Bijeenkomst 1

Bij binnenkomst heeft Mariëlle een sombere houding. Zegt later ook neerslachtig te voelen. Ze vertelt dat het minder met haar gaat. Ze doet niks en ligt veel in bed. Ze blijft daarbij wel voor haar kinderen zorgen. Mariëlle zegt dat de kinderen weinig merken van haar stemming. De echtgenoot van Mariëlle is op dit moment in het buitenland voor zijn werk. Hij komt over een paar dagen weer thuis. Wanneer ik vraag aan Mariëlle of ze haar stemming en gevoel bespreekt met haar man, beaamt ze dit. Ze vertelt haar man hoe het met haar gaat door de telefoon. Mariëlle vertelt dat haar man vindt dat ze moet toegeven aan het naar bed willen gaan. Mariëlle vecht hier juist tegen. Ze praat het voor zichzelf goed door te zeggen dat ze zichzelf ook mag verwennen. Ik vraag of ze ook hulp zoekt als ze voelt dat het slechter gaat. Mariëlle zegt dat ze niet snel hulp zoekt en liever de volgende afspraak met de psychiater of met mij afwacht. Mariëlle vertelt dat ze wilt stoppen met de activiteitenbegeleiding, omdat ze dit zinloos vindt. In plaats van de activiteitenbegeleiding gaat ze liever een paar uur in de week therapeutisch werken in haar oude werk als logistiek consultant. Dit wil Mariëlle komende week bespreken met haar behandelaar. Gedurende het hele gesprek zit Mariëlle er ineengedoken bij. Ze houdt afstand tussen bij en haar en in haar verhaal voel ik ook een bepaalde afstand. Bij de nabespreking later in het uur houdt ze haar armen gekruist voor zich en leunt daarbij naar achteren. Mariëlle heeft een gesloten en afwachtende houding.

Ik leg de opdracht uit aan Mariëlle: kies één kleur uit en schilder lijnen en vormen op alle kleine vellen papier die ik voor je neer ga leggen. Maak gebruik van veel verf, weinig verf, dunne lijnen, dikke lijnen, enz. Ze begrijpt de opdracht direct en gaat ook gelijk aan de slag. Mariëlle werkt zeer geconcentreerd en netjes. Ze kiest de kleur appelgroen en besteedt veel aandacht aan elke schildering. Per vel krantenpapier leg ik voor haar 6 kleinere velletjes neer. De eerste 30 kleine velletjes beschilderd ze doordacht en gecontroleerd. Daarna beschilderd ze 6 velletjes in één beweging vol met lijnen. Er is wel een duidelijke reeks in te herkennen (optellen van strepen). Ze vervolgt met weer rustig en bedacht schilderen. Hiermee vult ze 6 velletjes, voordat ze gaat spelen met verf en water. Ze vertelt later

dat ze probeerde om alle vellen te vullen met één keer verf pakken. Tot slot schildert ze beheerst 6 stippen, op elke vel 1 stip. Ze vertelt later dat de stip op de velletjes papier dansen.

Mariëlle maakt hele rationele en doordachte vormen, wat geen depressieve indruk geeft. In het beeldend werken dwingt ze zichzelf tot verschillende dingen: moeten reeksen zijn, moet netjes zijn, moet 6 vellen vullen zonder verf bij te pakken, enz. Mariëlle lijkt zich veel beter voor te doen dan ze werkelijk is. Ze dwingt zichzelf tot goede prestatie en negeert daarbij haar echte gevoel.

Bij de nabespreking vraag ik aan Mariëlle hoe ze het heeft ervaren. Ze zegt 'het ging wel'. Als ik vraag te vertellen wat ze ziet of opvalt, vertelt ze dat het haar opvalt dat ze op elk vel krantenpapier een reeks van 6 heeft gemaakt. Ze vertelt dat ze twee keer heeft losgelaten en dat het stiekem voelde. Het voelde voor Mariëlle als makkelijk en je niet aan de regels houden. Verder vertelt ze dat ze heel netjes heeft gewerkt en dat ze behoefte heeft aan het maken van reeksen; na elke reeks mag ze weer aan iets nieuws beginnen. Vervolgens vraag ik aan Mariëlle of ze 3 schilderijen wilde uitkiezen, die haar aanspreken. Mariëlle kiest 3 schilderijen uit, uit 1 vel krantenpapier: een 8-vorm, een 8-vorm die boven open is gegaan en een neerwaartse beweging maakt en op het derde werk hangt de 8-vorm helemaal slap. Gelijk valt haarzelf ook op dat het een reeks uit een reeks is. Ze vertelt dat deze beeldelementen haar aangetrokken hebben: rondingen, sierlijk, netjes, dikke verf, blad is gevuld. Ik vraag aan Mariëlle wat de 3 uitgekozen schilderijen haar zeggen. Hierop antwoordt ze me dat ze er niets inziet. Mariëlle vindt dat ze in actie is gekomen en is tevreden over het resultaat. Voordat Mariëlle weggaat, zegt ze dat ze straks na het eten weer in bed gaat kruipen. Totdat de kinderen 's middags weer thuiskomen.

Literatuur

Baerends (red.), Anneke (2004). *Praktische kaders voor het methodisch werken van de CT 'er. Reader samengesteld door methodiekdocenten van de opleiding creatieve therapie*, Hogeschool Utrecht.

Bil, Petra de (2004). *Observeren, registreren en interpreteren*. Soest: uitgeverij Nelissen.

Gilbert, Paul (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*.

Henderson, Maria (2003). *De aap op mijn rug. Omgaan met depressie, hoe doe je dat?* Amsterdam: uitgeverij Luitingh-Sijthoff.

Keken, Hans v. (2006). *Voor het onderzoek. Het formuleren van de probleemstelling*. Amsterdam: Boomonderwijs.

Migchelbrink, Ferdie (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: uitgeverij SWP

Molen, Perreijn en Hout, red. (1997). *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Smeijsters, Henk (2003). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Smeijsters, Henk. *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Schweizer (red.), Celine (2001). *In beeld. Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verhoeven, Nel (2003). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs*. Amsterdam: Boomonderwijs.

Onder redactie (2001). *Beknopte handleiding bij Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: uitgeverij Swets & Zeitlinger.

Artikelen

Baan, Albert (1998). *Perspectief voor creatieve therapie!?* Tijdschrift voor Creatieve Therapie.

Drift, drs. Ingrid v.d. (1997). *Haalbare doelstellingen*. Tijdschrift voor Creatieve Therapie.

Molenaar, Julia (2003). *Slikken zonder kauwen*. Tijdschrift voor Creatieve Therapie.

Peeters, Ponds en Vermeeren (1996). *Affectiviteit en zelfbeoordeling van depressie en angst*. Tijdschrift voor psychiatrie, Utrecht.

Stok, Marjolein (2007). *Eenmalige exposure in beeldende therapie*. Tijdschrift voor Creatieve Therapie.

Onderzoeken/ projecten

Nolden, Iris (2002). *Een artikel over beeldelementen en de depressieve stoornis*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Creatieve therapie. (project)

Senders en Kenmper, Marleen, Sara (2005). *Depressiviteit & Creatieve therapie beeldend. Een onderzoek naar de beeldend therapeutische behandeling van depressiviteit*. Hogeschool van Utrecht, Creatieve therapie. (onderzoek)

Senders en Kenmper, Marleen, Sara (2005). *Depressiviteit & Creatieve therapie beeldend. Probleemgericht activiteiten aanbod & handvaten voor de creatief therapeutische behandeling van depressiviteit..* Hogeschool van Utrecht, Creatieve therapie. (project)

Internet

www.hulpgids.nl

(De gids voor de geestelijke gezondheidszorg)

www.depressiecentrum.nl

(Depressie Centrum)

www.nelissenresearchandmarketing.nl

(Uitvoering research en marketing)

www.kunst-en-vlieg.com

(Website beeldend kunstenaar en therapeut)

www.minvws.nl

(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport)

Overige

Donk, Ingeborg van de (2007). *Beeldend therapeutisch en inhoudelijke kijk op uitvoering van onderzoek*. St. Annaziekenhuis, Geldrop

Huibregtse, Rosanne (2007). *Informatie over financiële ontwikkelingen in het Nederlandse zorgstelsel*. St. Annaziekenhuis, Geldrop

Knijff, Dirk de (2007). *Kritische kijk op onderzoekopzet en specialisme in depressie*. St. Annaziekenhuis, Geldrop.