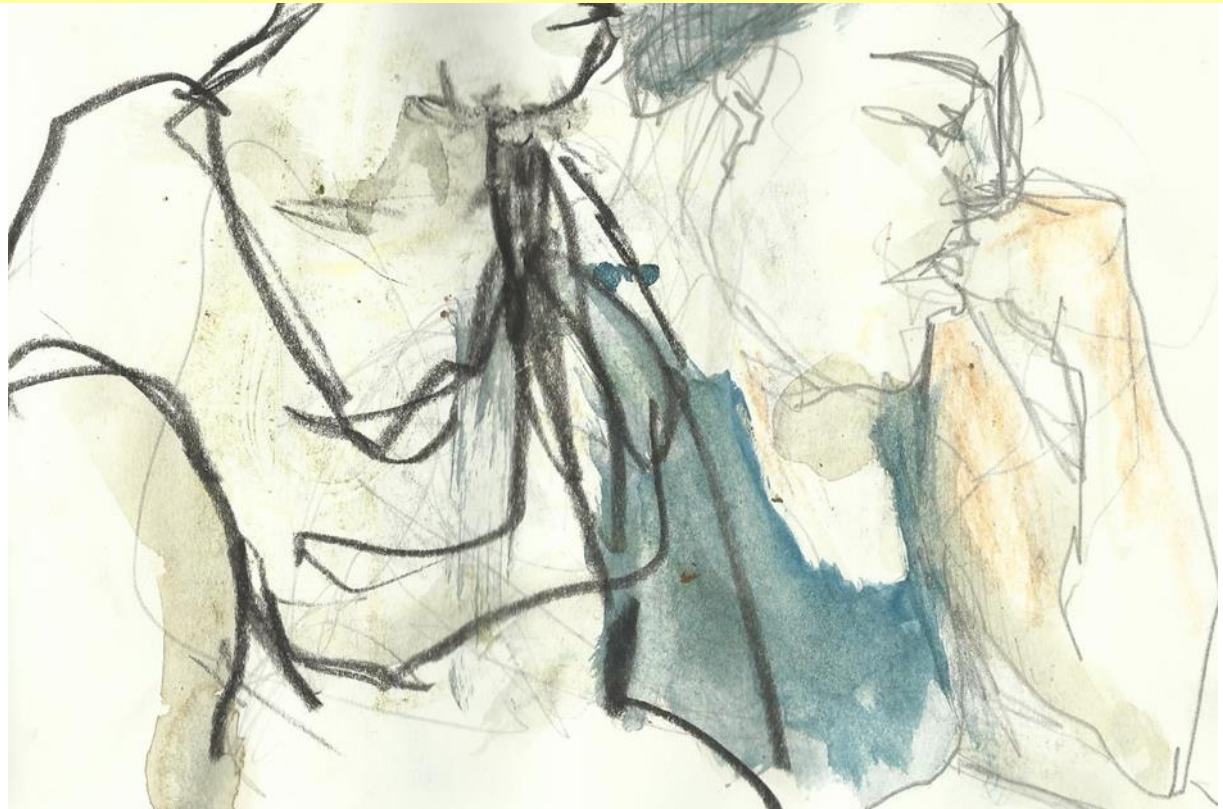


IK KON HUILEN EN MIJN WOEDE UITEN



Een inventariserend behoefteonderzoek naar creatieve therapie binnen de sociale psychiatrie

Afstudeerscriptie

Studente: Johanna Kinzer, 492136

Begeleidster: Bettina Klein, Beeldend Therapeut MA, Docent beeldende therapie

Opleiding: Creative Therapie Beeldend BA, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Opdrachtgever: Patric Driessen, Muziektherapeut, LVR-Kliniek Bedburg-Hau

Datum: 1 juni 2015

Trefwoorden: Creatieve therapie, patiëntenperspectief, behoefteonderzoek

DANKWOORD

Mijn dank gaat aan:

De patiënten van de PIA's Fürstenberg- en Sternbuschlinik - voor hun tijd en vertrouwen!
Zonder hun was dit onderzoek niet tot stand gekomen.

De medewerkers van de PIA's Fürstenberg- en Sternbuschlinik - voor hun hulp en openheid!

Mijn onderzoekbegeleiders Bettina en Patric – voor hun constructieve kritiek en betrokkenheid die mij motiveerde, begrenste en inspireerde!

Felicitas - voor alle geduld, kritiek en vriendschap die mij zeer steunde.

Noni - voor goed feedback, meedenken en aandacht!

En ten slotte Josje, Eef, Karin, Anne, Linda en Freek die er veel moeite en tijd hebben ingestoken om dit verslag minder Duits en meer Nederlands te laten klinken.

SAMENVATTING

Dit onderzoek is verbonden aan de opleiding creatieve therapie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en vond plaats in samenwerking met de LVR-Kliniek Bedburg-Hau. De leidinggevende van de creatieve therapie en de kliniekleiding toonden interesse in de implementatie van creatieve therapie op de twee psychiatrische Institutsambulansen van de Fürstenberg- en de Sternbuschklinik. Om op deze twee afdelingen een kwalitatief hoogwaardig aanbod te kunnen garanderen werd er een inventariserend behoefteonderzoek uitgevoerd. Het doel was te bepalen of en welke behoeften er bij patiënten aanwezig zijn die door creatieve therapie vervuld zouden kunnen worden. Via literatuuronderzoek en de afname van interviews en vragenlijsten bij patiënten en medewerkers werd de onderzoeksvraag vanuit diverse perspectieven belicht. Uit deze data werd duidelijk dat er op de afdelingen de behoefte bestaat aan creatieve therapie. Een dergelijk aanbod zou de mogelijkheid bieden om thema's uit de verbale therapie te verdiepen. Patiënten en medewerkers noemde voornamelijk het uiten van emoties en de mogelijkheid tot ontspanning als waardevolle toevoegingen. Op basis van de kleine onderzoekspopulatie werd aanbevolen een toekomstig creatief therapeutisch aanbod bij de patiënten te toetsen en verder onderzoek naar het patiëntenperspectief op creatieve therapie uit te voeren.

AANLEIDING

Mijn eerste opleiding tot sociaal pedagogisch medewerker heb ik in Duitsland gevolgd. Toen heb ik onder andere een half jaar stage gelopen in een sociaal-psychiatrisch centrum. Het concept behelsde naast consultatie ook verschillende activiteiten zoals het werken in een eetcafé of gezamenlijke uitstapjes. Tijdens deze stage heb ik vanuit het pedagogisch oogpunt ervaren hoe geïsoleerd mensen met psychische problemen kunnen leven en hoe zeer zij bezig kunnen zijn met hun zoektocht naar meer levenskwaliteit. Een centraal aspect van het sociaal-psychiatrisch centrum was de medezeggenschap van mensen die van het aanbod gebruik maakten. Dit had tot gevolg dat er een evenwichtige relatie tussen het team en de gebruikers ontstond. Bovendien bevorderde het inspraakrecht ook het leren omgaan met levensvragen en het besef hier invloed op te hebben.

Vier jaar later liep ik weer stage. Deze keer in het kader van mijn studie creatieve therapie beeldend. In de beeldende therapie kon ik, deze keer vanuit een therapeutisch perspectief, getuige worden van hoe cliënten zichzelf beter leerden kennen door beeldende expressie. Dit had tot gevolg dat ze met een zekerder gevoel keuzes in hun leven konden maken. En dat maakte hen tevredener. Toen voerde ik ook een mini-onderzoek uit bij de cliënten om na te gaan of de door ons aangeboden behandeling vanuit hun perspectief bij hun doelen aansloot. Wat heb ik daarvan geleerd? Ik heb ervaren hoe belangrijk ik ten eerste de autonomie van de mens vind die een hulpvraag aan mij stelt. En ten tweede hoe noodzakelijk het is om mijn therapeutisch aanbod op de ander af te stemmen en te toetsten of het aansluit.

Deze ervaringen motiveerden mij onderzoek te doen naar het patiëntenperspectief op creatieve therapie aan de LVR-Kliniek Bedburg-Hau.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1 Kernbegrippen en kaders	1
1.1.1 <i>Het opleidingsinstituut</i>	1
1.1.2 <i>Creatieve therapie</i>	1
1.1.3 <i>De praktijkplaats</i>	2
1.1.4 <i>Psychische stoornissen</i>	2
1.2 Sociale psychiatrie	3
1.3 Van binnen naar buiten – de ontwikkeling in de zorg	3
1.4 Twee perspectieven – zorgverlener en zorgontvanger	4
1.5 Behoeften	5
1.6 Onderzoeksvraag	6
2. METHODE	7
2.1 Onderzoeksuitvoering	7
2.2 Onderzoeksontworp	7
2.3 Onderzoekopzet	8
2.3.1 <i>Databronnen</i>	8
2.3.2 <i>Dataverzamelingstechnieken</i>	8
2.3.3 <i>Data-analyse</i>	12
2.3.4 <i>Betrouwbaarheid en validiteit</i>	13
3. RESULTATEN	15
3.1 Het onderzochte patiëntenperspectief op creatieve therapie	15
3.1.1 <i>Algemeen</i>	15
3.1.2 <i>Angst- en stemmingsstoornissen</i>	15
3.1.3 <i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	15
3.1.4 <i>Posttraumatische stressstoornis</i>	16
3.1.5 <i>Schizofrene spectrumstoornissen</i>	16
3.2 Het behandelaanbod binnen de sociale psychiatrie	16
3.2.1 <i>De drie takken binnen de sociale psychiatrie</i>	16
3.2.2 <i>Het behandelaanbod op de PIA's</i>	17
3.3 Ervaringen van patiënten met creatieve therapie	19
3.4 Onbevredigde behoeften van patiënten	20
3.5 De betekenis van creatieve therapie	21
3.6 Andere meningen over creatieve therapie	22
4. DISCUSSIE	24
5. CONCLUSIE	26
6. AANBEVELING	26
7. REFERENTIES	27
8. BIJLAGEN	31
8.1 Bijlage 1: vragenlijst patiënten	31
8.2 Bijlage 2: vragenlijst medewerkers	41

1. INLEIDING

De opdrachtgever van dit onderzoek is de leidinggevende van het creatief therapeutisch team van de LVR-Kliniek Bedburg-Hau (Landschaftsverband Rheinland). Hij heeft de Creatieve Therapie opleiding van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) met het volgende probleem benaderd.

De LVR-Kliniek Bedburg-Hau is de grootste psychiatrische kliniek van het Landschaftsverband Rheinland en verzorgt, behandelt en begeleidt psychisch en neurologisch zieke mensen. In 2011 beschikte Bedburg-Hau over 967 bedden en over ongeveer 1800 medewerkers (LVR, 2014, p. 5).

De creatieve therapie (muziek, drama, dans en beeldend) is op veel klinische en poliklinische afdelingen een vast onderdeel van het behandelprogramma. Er werken twaalf vaktherapeuten van elk medium en ieder schooljaar ongeveer tien stagiaires, onder andere van de HAN.

In verband met de herstructurering en paradigmawissel in de zorg, is ook binnen de LVR-Kliniek Bedburg-Hau een herstructureringsproces gaande. Daarom bestaat bij de leidinggevende van de kliniek en bij de leidinggevende van de creatieve therapie de interesse om de creatieve therapieën in het ambulante aanbod te implementeren. Onder andere op de twee psychiatrische Institutsambulanzen, de PIA's, in de Sternbusch- en de Fürstenbergklinik, waar het onderzoek is uitgevoerd, bestaat nog geen creatief therapeutisch aanbod. Er werd door de creatief therapeuten de mogelijkheid gesignaleerd om op deze PIA's vaktherapie aan te bieden. De opdrachtgever had echter geen kennis van een mogelijke behoefte aan vaktherapie bij patiënten. Daarnaast was het onduidelijk hoe patiënten een dergelijke vaktherapie het liefst ingevuld zouden zien. Het is de bedoeling dat het concept voor een creatief therapeutisch aanbod bij de behoeften van de PIA-patiënten aansluit om een kwalitatief hoogwaardige behandeling te kunnen garanderen. Daarom werd de onwetendheid over het patiëntenperspectief door de opdrachtgever als probleem ervaren.

Deze situatie was de aanleiding om diverse aspecten nader te onderzoeken. In dit hoofdstuk zullen eerst de kernbegrippen die relevant zijn voor het onderzoek worden toegelicht. Hierna zal er worden gekeken wat de sociale psychiatrie precies inhoudt. Vervolgens zal er op de actuele ontwikkeling in de zorg met betrekking tot creatieve therapie worden ingegaan. Dan komt het perspectief van zorgontvanger en verlener ter sprake en wordt het begrip behoefte toegelicht. Het hoofdstuk eindigt met de onderzoeks- en deelvragen.

1.1 Kernbegrippen en kaders

Met betrekking tot de Nederlands-Duitse samenwerking in dit onderzoek worden de desbetreffende nationale verschillen in het kort belicht.

1.1.1 Het opleidingsinstituut

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de opleiding Creative Therapie van de HAN, aangesloten bij het Instituut Sociale Studies en kwam verder tot stand in samenwerking met de Duitse LVR-Kliniek Bedburg-Hau. Het onderzoek is ingebed in het vak Onderzoek en Innovatie op de HAN. Dit vak richt zich op "oplossingen voor praktijkproblemen, het beantwoorden van praktijkvragen en het ontwikkelen en innoveren van de zorgpraktijk" (Forum voor praktijkgericht onderzoek, 2011, p. 10).

1.1.2 Creative therapie

In 1962 werd de Nederlandse Vereniging voor Expressieve en Creatieve Therapie opgericht (Visser, 2009, p. 38). In Duitsland ontstond in 1981 de Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen e.V. (DGKT, 2015). Creatieve therapie onderscheidt zich in de vier mediums:

beeldend, muziek, drama en dans. Sinds 2006 wordt de verzamelnaam creatieve therapieën in Nederland officieel vervangen door de term vaktherapie om een samenwerkingsverband met de psychomotorische therapie aan te gaan (Federatie vaktherapeutische beroepen, 2013). In dit onderzoek zal voornamelijk het begrip creatieve therapie worden gebruikt omdat psychomotorische therapie geen onderdeel van dit onderzoek is.

De creatief therapeut maakt gebruik van het medium om daarmee een ontwikkelingsproces bij de cliënt aan te sturen (Visser, 2009, p. 29). Het product dat hierbij ontstaat, dient als een belangrijk middel in de therapeutische relatie. De wisselwerkingen tussen therapeut, cliënt en het medium wordt creatieftherapeutische driehoek genoemd (Visser, 2009, p. 79). Creatieve therapie kan gecombineerd worden met andere behandelvormen. De behandeldoelen kunnen zich richten op het emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied van de cliënt. Het is de bedoeling “wenselijke verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te bewerkstelligen” (Visser, 2009, p. 29). Het analoge procesmodel van Smeijsters (1995) dient als één verklaring voor het methodisch handelen van de creatief therapeut. Smeijsters stelde dat de ontwikkeling, die de cliënt in het medium doormaakt, overeenstemt met het proces van de cliënt met betrekking tot denken, handelen en voelen (Pénzes, 2009, p. 235).

1.1.3 De praktijkplaats

De afdelingen waar het onderzoek is doorgevoerd zijn twee psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) voor volwassenen van de LVR-Klinik Bedburg-Hau. De PIA is in Duitsland onderdeel van een ziekenhuis. Het concept van de PIA's is sociaal-psychiatrisch georiënteerd en gericht op diagnostiek, therapeutisch behandelen en sociaal-pedagogische begeleiding (BDK-Deutschland, 2010).

1.1.4 Psychische stoornissen

“Vielleicht, und das wäre zu hoffen, wird ja eines Tages tatsächlich ein positives DSM veröffentlicht, ein ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Resources’!”
(Bamberger, 2005, p. 37)¹.

Als binnen dit onderzoek over mensen met psychische problemen, ziektes, stoornissen en beperkingen wordt geschreven, worden mensen bedoeld die op basis van hun psychische gesteldheid in hun alledaagse levenskwaliteit aanzienlijk belemmerd zijn, geëxcludeerd leven of dreiging daarvan bestaat.

Ziekte kan gedefinieerd worden als het stadium van de onevenwichtigheid van risico- en beschermende factoren dat optreedt als de mens de innerlijke (lichamelijke en psychische) eisen en de eisen van buitenaf (sociaal en materieel) niet aankan. Het is een stadium dat de mens de belemmering van zijn welzijn en zijn levensvreugde laat waarnemen (Hurrelmann, 2000, p. 94).

In de DSM-5 wordt een psychische stoornis door de American Psychiatric Association (2014, p. 75) als volgt omschreven:

Een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren.

Het begrip ‘ziekte’ werd al jaren geleden vervangen door het woord ‘stoornis’ om stigmatisering te voorkomen. Kritiek op het begrip stoornis is echter dat het een functionalistische opvatting van ziekte en gezondheid is die met behulp van techniek steeds beter te herkennen en te verwijderen is. Een dergelijke visie kan betekenen dat de vraag naar de subjectieve zin van ziek zijn en de complexe randvoorwaarden worden verwaarloosd (Harter-Meyer, 2002).

¹ Misschien, en dat zou te hopen zijn, zal er op een dag daadwerkelijk een positief DSM worden gepubliceerd, een Diagnostic and Statistical Manual of Mental Resources (vrij vertaald door onderzoeker).

Verder worden in dit onderzoek de begrippen patiënt en cliënt gebruikt, waarmee zowel vrouwelijke als mannelijke patiënten bedoeld worden. Er is voor de term patiënt gekozen omdat deze ook binnen de onderzochte ziekenhuisafdelingen gehanteerd wordt.

1.2 Sociale psychiatrie

De sociaal-psychiatrische benadering van de PIA's heeft haar oorsprong in de jaren zeventig. Het is een splitsing van en ook een antwoord op de algemene psychiatrie, bijvoorbeeld grote klinieken en praktijken van psychiaters. De focus van de sociale psychiatrie richt zich op sociale oorzaken van psychiatrische problemen. Werken in de sociale psychiatrie betekent de overwinning van een klinische kijk die de individu's van hun maatschappelijk context scheidt. Bekritiseerd wordt het biomedische ziektemodel van psychische ziektes (Stallbaum, 2006, p. 23).

In Nederland is de Sociaal-Psychiatrische Dienst (SPD), die zich richtte op zorg voor mensen met een langdurige psychiatrische problematiek, in de jaren tachtig opgegaan in de RIAGG's (regionale instelling voor ambulante gezondheidszorg). Onder de naam RIAGG werden toen de SPD's en "instituten voor psychotherapie, medisch opvoedkundige bureaus en bureaus voor levens- en gezinsvragen" samengevoegd (Koekkoek, 2011, p. 6). Binnen de RIAGG bestaan de afdelingen psychotherapie en sociale psychiatrie. Per afdeling werken er andere professionals. De psychotherapieafdeling biedt therapeutische en medische behandeling. Op de sociaal-psychiatrische afdeling wordt de hulp meer in de vorm van begeleiding gegeven. Deze tweedeling is kenmerkend voor de sociale psychiatrie en is terug te zien in de Duitse PIA's. In Duitsland heet het concept Gemeindepsychiatrie. Het is dus een psychiatrische instelling in de eigen gemeente. Het is de bedoeling dat mensen op deze manier direct in hun sociaal-culturele, sociaal-economische en ecologische omgeving geholpen kunnen worden. Sociaal-psychiatrische instellingen zijn onder ander sociaal-psychiatrische diensten, werkplekken en dagcentra met een aangesloten dagbehandeling. In paragraaf 3.2.2 wordt verder op het behandelprogramma van de twee PIA's ingegaan.

Binnen de sociale psychiatrie wordt hulp verleend aan mensen met een meestal ernstige en langdurige psychiatrische problematiek. Uit een internationaal onderzoek van 2006 is gebleken dat 50 tot 70% van de mensen die hier hulp krijgen een niet-psychotische stoornis heeft. Volgens Koekkoek vallen daaronder voornamelijk stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en verslavingsstoornissen (2011, p. 7). Veelal is er sprake van comorbiditeit. Kenmerkend aan deze doelgroep is dat zij onderscheid kunnen maken tussen waan en de realiteit. In de sociaal-psychiatrische setting doorlopen de cliënten gemiddeld een tweejarige psychiatrische behandelgeschiedenis voordat zij van een dergelijk aanbod gebruik maken. De complexiteit van de problematiek in combinatie met diverse verschillen in het individuele functioneren, maakt het voor hulpverleners vaak lastig de benodigde zorg in te schatten.

1.3 Van binnen naar buiten - de ontwikkeling in de zorg

Creatief therapeuten in Nederland en Duitsland werken in diverse soorten instellingen, waaronder ook de geestelijke gezondheidszorg (FVB, 2007, p. 4). Belangrijke actuele aspecten in de Nederlandse gezondheidszorg zijn *zorg op maat*, *extramuralisering* en *stepped care*. Alle hulpinterventies zijn erop gericht dat de cliënt zoveel mogelijk kan blijven participeren in de samenleving en/of er zo snel mogelijk naar terug kan keren. De extramuralisering heeft zowel te maken met het groter geworden belang van participatie aan de samenleving alsook het feit dat het kostenbesparend is, aangezien de gezondheidssector in Nederland (GGZ-nieuws, 2014) en Duitsland (Statista, 2015) met bezuinigen is geconfronteerd.

Het recht van mensen met psychische, geestelijke of lichamelijke beperkingen op participatie in de samenleving heeft haar oorsprong onder andere in de stroming *independent living* in westerse landen in de jaren '70 (Theunissen, 2001). In de jaren '90 werden de behoeften van

deze groeperingen van de Verenigde Naties, en later van de Europese Unie, opgepakt (Maschke, 2008, p. 196). In Duitse psychiatrische ziekenhuizen vindt sindsdien een herstructurering plaats: een afname van bedden en een toename van dagklinisch capaciteiten (LPK-BW, 2007, p. 24). Ook in Nederland is het aantal ambulante behandelingen sterk toegenomen (Dijk, Knispel & Nuijen, 2011).

Ook de *stepped care* benadering hangt hiermee samen. Het betekent dat aan de cliënt “in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling [...] die mogelijk is wordt aangeboden” (Henskens, 2009, p. 434). Volgens Henskens betekent het voor de creatief therapeuten dat hun therapie steeds meer gericht is op een kortdurende behandeling in groepsverbanden, een nauwe samenwerking met andere disciplines en het inbedden van de eigen methodiek in vorm van consensus- of evidence-based practice.

1.4 Twee perspectieven - zorgverlener en zorgontvanger

*“First and foremost, we suggest viewing people with psychiatric disabilities – even if at first only in terms of their potential – as active agents directing their own lives”
(Davidson, Sahar, Staehli-Lawles, Sells & Tondora, 2006, p. 160).*

Volgens Onderwater, Padt, Romme, Venneman en Verbek (2005) heeft de academische sociale psychiatrie verschillende taken. Onder andere staan de volgende vragen centraal: Hoe kunnen stoornissen worden voorkomen, genezen, of beperkt? Waarom werken deze interventies? Hoe kan de zorg voor deze mensen het best geleverd en georganiseerd worden (2005, p. 244)? Om op deze vragen antwoorden te krijgen en de behoeften van de doelgroep alsook van andere betrokkenen in kaart te brengen, worden verschillende onderzoeken gedaan, bijvoorbeeld epidemiologische studies met het doel ziektes en genezende factoren te definiëren en praktijkgerichte kwalitatieve studies met het doel ervaringen te verzamelen. Deze twee benaderingen van onderzoek zijn ook voor creatieve therapie van toepassing. Yotis (2006) schreef hierover dat de meeste gepubliceerde dramatherapie-onderzoeken een kwantitatieve onderzoeksbenadering hadden omdat deze geaccepteerd werd in de therapeutisch wetenschappelijk sector. Echter, de meeste ongepubliceerde dramatherapie-onderzoeken waren van kwalitatieve aard (p. 194). Lith, Fenner en Schofield (2011) beweerden dat er een toename plaats vond van kwalitatieve aan de consument georiënteerde perspectieven op art-based onderzoek (p. 653).

Onderwater et al. (2005, p. 228) schreven over behoeften:

Behoeften van patiënten kunnen door derden niet rechtevree worden afgeleid uit de stoornis, nog uit de beperkingen, nog uit de handicaps. Zorgbehoeften zijn normatief en het formuleren ervan is afhankelijk van de perceptie die men hanteert. Voor de geestelijke gezondheidszorg is dat in sterke mate het geval omdat het perspectief op de zorgbehoeften van de hulpverlener en van de patiënt zelf vaak nogal uiteenloopt.

Onderwater et al. stelden dat het patiëntenperspectief een centrale rol in het onderzoek moet hebben. Interessant voor hulpverlener en cliënt zou voornamelijk de vraag zijn hoe cliënten zelf de verantwoordelijkheid weer zouden kunnen nemen voor hun leven. Een goede communicatie tussen hulpverleners en cliënten zou wenselijk zijn, want de ervaring van de cliënt vormt het uitgangspunt van de behandeling. Zorgverleners willen een passend aanbod hebben en daarvoor moeten zorgbehoeften duidelijk zijn.

In Nederland wordt bij het opstellen van behandelingsrichtlijnen voor ziektebeelden principieel met de zorgbehoeften van patiënten rekening gehouden, maar bij sommige ziektebeelden is er nog nauwelijks onderzoek naar gedaan (GGZ-richtlijnen, 2014). Over de rol van creatieve therapie zijn vaak alleen maar aanbevelingen te vinden. Echter, er bestaat het vermoeden dat ervaringen van plezier, spel en andere positieve gebeurtenissen een centrale rol in het genezingsproces bij mensen met psychische stoornissen spelen (Davidson et al., 2006).

1.5 Behoeften

In dit onderzoek gaat het dus om zorgbehoeften. Maar hoe kan een behoefte gedefinieerd worden? Volgens het woordenboek is een behoefte een “bewust gemis van iets dat niet of bezwaarlijk ontbeerd kan worden” (Van Dale, 1999, p. 328). In dit onderzoek wordt de behoefte verder beschouwd als signaal voor een factor die een positieve impact op de psychische gezondheid zal hebben. Er zijn diverse modellen te vinden over psychologische behoeften oftewel de voorwaarden voor psychische gezondheid. Door de algemene veranderingen in de gezondheidssector, weg van de focus op de ziekte maar meer gericht op gezondheid en levenskwaliteit, werd in dit onderzoek voor het gezondheidsmodel van de geneeskundesocioloog Antonovsky gekozen (Wustmann, 2006, p. 365). Antonovsky ontwierp in 1979 het model van de salutogenese. Dit model stelt dat gezondheid geen toestand is maar een proces. Coherentie (sense of coherence), waaruit gezondheid ontstaat, is gebaseerd op het vertrouwen dat het leven begrijpelijk (comprehensibility), betekenisvol (meaningfulness) en te handhaven (manageability) is. Binnen het salutogenetische model ligt de focus dus op de vraag wat de mens gezond maakt. Andere daarop aansluitende modellen zijn van Grawe en Epstein (Grawe, 2004, p. 186). Grawe maakte onderscheid tussen coherentie en consistentie, het aangeboren zintuig voor coherentie. Deze wordt door menselijke communicatie gestimuleerd. Verder oriënteerde hij zich aan de essentiële behoeften volgens Epstein. Deze zijn oriëntatie en controle, binding, verhoging van eigenwaarde, lustwinst en onlustvermijding. Zijn deze behoeften vervuld, zo stelde hij, dan verbetert de levenskwaliteit van de mens.

In therapie gaat het er vervolgens om de persoonlijke behoeften van de cliënt na te komen en de persoonlijke resources te activeren. In dit onderzoek werd onderzocht welke eventuele bijdrage creatieve therapie bij het vervullen van behoeften en het activeren van resources kan leveren. Voor dit onderzoek werden daarom volgende behoeften vertaald naar creatieve therapie.

Bij zichzelf blijven - *Zich concentreren op het eigen kunstwerk, het eigen instrument, de eigen beweging*

Cognities - *Artistiek uiten, loslaten en ordenen*

Emoties - *Expressie via beweging, klank, kleur en spel*

Gedrag - *Experimenteren met rollen en artistieke handelingsalternatieven*

Inzicht - *Iets creëren wat de persoon spiegelt (bijvoorbeeld een lied, beeldend werk)*

Ontspanning - *Spelen met materialen, klanken en het eigen lichaam*

Probleemoplossend vermogen - *Kracht en controle ervaren via artistieke expressie*

Veiligheid - *Houvast vinden in de artistieke bezigheid*

Verbinding - *Zich meebewegen, zich inleven in een rol, samen met anderen iets zingen of schilderen*

Waarneming - *Zintuiglijke ervaringen opdoen via materiaal, klank, aanraking en beweging*

Zelfwaardering - *Ruimte innemen door persoonlijke artistieke expressie*

Figuur 1: Behoeften vertaald naar creatieve therapie

1.6 Onderzoeksvraag

De boven beschreven aspecten laten zien welke rol de behoeften van patiënten tegenwoordig in de zorg wordt toegekend. Voor dit onderzoek is daarom de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke behoeften, ten opzichte van het huidige behandelaanbod, bestaan er bij patiënten op de PIA's in de Fürstenberg- en de Sternbuschkliek die vervuld kunnen worden door een creatief therapeutisch aanbod?

De onderzoeksvraag was de motivatie om volgende deelvragen te onderzoeken:

Deelvragen

1. Wat is er bekend vanuit de literatuur over het patiëntenperspectief op creatieve therapie?
2. Wat is het huidige behandelaanbod op de PIA's?
3. Welke ervaringen hebben de patiënten met creatieve therapie?
4. Welke onbevredigde therapeutische behoeften bestaan er bij de patiënten?
5. Wat kan een creatief therapeutisch aanbod toevoegen aan bestaande therapieën?
6. Hoe denken vergelijkbare instellingen over creatieve therapie?

Doelstelling

De creatieve therapie kan een concept uitwerken voor een behandelaanbod binnen de ambulante psychiatrische behandeling. Dit is relevant in verband met de wandel van de klinische naar de ambulante psychiatrische behandeling.

2. METHODE

In dit hoofdstuk worden de uitvoering, de opzet en het ontwerp van het onderzoek beschreven. Vervolgens worden de dataverzamelingstechnieken uitgelegd. Een overzicht per deelvraag is in figuur 2 te vinden. Verder worden de analysemethoden beschreven. Het hoofdstuk sluit af met de paragraaf validiteit en betrouwbaarheid.

2.1 Onderzoeksuitvoering

De onderzoeksuitvoering is gebaseerd op de 9 stappen voor praktijkgericht onderzoek van Migchelbrink (2013, p. 133). Deze worden nu in het kort toegelicht en in de daaropvolgende paragrafen nauwkeuriger beschreven.

De aanloopfase vormde het begin van het onderzoeksproces. De opdrachtgever van de LVR-Kliniek, de onderzoeker en de vanuit de HAN betrokken personen konden zich hier verbinden met het onderzoekproject. De opdrachtgever legde zijn probleem uit en eerste ideeën over de doelstelling werden uitgewisseld. Daarna volgden de oriëntatiefase en de verdiepingsfase. Een algemene literatuurstudie over de sociale psychiatrie en algemene ontwikkelingen in de zorg had als doel begrippen te definiëren om zodoende het kader voor de vraagstellingen te bepalen. Na een probleemanalyse over de situatie in de LVR-Kliniek te hebben gemaakt, kon een onderzoeksmethode worden bepaald. Deze was richtingbepalend voor het onderzoek en wordt in de volgende paragraaf toegelicht. De boven beschreven onderzoeksvraag en deelvragen werden toen opgesteld. Zodoende ontstond een plan van aanpak. Hierin werd vastgelegd eerst de interviews en dan de vragenlijsten af te nemen. Ook werd er besloten bij welke onderzoekspopulatie welke dataverzamelingstechniek zou worden gebruikt en op welk moment de meting plaats zou vinden. In de daaropvolgende fase werden de dataverzamelingstechnieken ontwikkeld en vervolgens toegepast. Daarna werden de data geanalyseerd zodat een antwoord op de onderzoeksvraag kon worden gegeven. Het onderzoeksproces is afgesloten met een conclusie en een aanbeveling.

2.2 Onderzoeksontwerp

Voor dit onderzoek werd vanuit de perspectieven van behandelaar en patiënten van de PIA's beschreven hoe zij de behandeling ervaren, wat ze missen en of een creatief therapeutisch aanbod daar aan zou kunnen sluiten. De onderzoekbenadering was daarom kwalitatief. Lucassen en Hartman definiëren kwalitatief onderzoek als “de studie van de aard van verschijnselen” (2007, p. 6). Kenmerkend zijn bijvoorbeeld het onderzoeken van perspectieven en ervaringen als ook het begrijpen van samenhangen hiervan.

Migchelbrink benadrukt de levensechtheid van de beschrijvingen als centraal aspect van kwalitatief onderzoek (2012, p. 53). Het onderzoek vindt plaats in alledaagse situaties en verzamelt subjectieve meningen. Dit was het doel van dit onderzoek. Het was de bedoeling persoonlijke en individuele opvattingen en ideeën van mensen te weten te komen.

Verder is het onderzoek een praktijkgericht inventariserend onderzoek, namelijk een behoefteonderzoek. Deze vorm van onderzoek focust enerzijds op de actuele situatie en anderzijds op de optimale situatie. Dat betekent concreet dat onderzoek gedaan wordt naar hoe de huidige situatie eruit ziet en hoe deze wordt ervaren. Daarnaast richten de vragen zich op het waargenomen gemis in de situatie en de gewenste bevrediging hiervan (Migchelbrink, 2012, p. 67). Deze vorm van onderzoek is gekozen omdat het probleem zich afspeelde in een praktijksituatie en de beleving van een bepaalde groep mensen onduidelijk was. Deze beleving was van groot belang voor de professional en een behoefteonderzoek is zeer geschikt om belevingen te inventariseren.

2.3 Onderzoekopzet

Naast een nauwkeurige probleemanalyse behoort ook de planning van de uitvoering tot de onderzoekopzet. Dat houdt in dat het design voor methodes, populatie en metingen bepaald worden (Migchelbrink, 2013, p. 73). Om tot een uitspraak over de behoeften van de cliënten te komen was het nodig nadere informatie te verzamelen. Deze informatie werd via diverse databronnen verzameld.

2.3.1 Databronnen

In dit onderzoek waren de databronnen gedrukte en elektronische media en de onderzoekspopulatie. Gedrukte media waren vakboeken en wetenschappelijke artikelen. Websites dienden als elektronisch medium. Om een zo min mogelijk sturende houding aan te nemen, wordt in praktijkgerichte kwalitatieve onderzoeken afgezien van een uitgebreide literatuurstudie in de oriëntatiefase (Migchelbrink, 2013, p. 83). Daarom werd de literatuurstudie als deelvraag opgenomen.

De onderzoekspopulatie bestond uit een steekproef van de groep respondenten (34 patiënten van de PIA's) en een steekproef van de groep informanten (21 medewerkers van de PIA's). De vragenlijsten van de medewerkers werden tijdens een teamoverleg ingevuld in het bijzijn van de onderzoeker. Onder de medewerkers waren diverse functies vertegenwoordigd: 5 psychologen, 8 artsen (psychiaters), 5 dokters-assistentes, 2 verpleegkundigen en één maatschappelijk werker. Hun werkervaring op de PIA varieerden van 2 maanden tot 28 jaar.

De patiëntenpopulatie bevatte verschillende (dubbele) diagnoses: 15 mensen met een depressieve stoornis, 7 met een schizofrene spectrumstoornis, 7 met een angststoornis, 4 met een posttraumatische stressstoornis, één borderline persoonlijkheidsstoornis en 3 met andere diagnoses. Ook in de patiëntenpopulatie was variatie met betrekking tot behandeling op de PIA. Zo waren er patiënten die pas een paar dagen bij de PIA waren tot patiënten met 25 jaar PIA-ervaring. De leeftijd varieerde tussen 20 en 73 jaar, de gemiddelde leeftijd bedroeg 44 jaar. Van de respondenten was 78,8% vrouwelijk en 21,2% mannelijk. Het invullen van de vragenlijsten vond plaats in 10 werkdagen. Een verpleegkundige en een psycholoog waren samen verantwoordelijk voor het uitdelen van de vragenlijsten aan de patiënten.

Verder werden 6 medewerkers en één cliënt van vergelijkbare instellingen in Nederland en Duitsland ondervraagd. Dit waren het Duitse Kieler Fenster (KF), een vereniging met diverse sociaal-psychiatrische instellingen, en een leidinggevende van een Nederlands FACT-team. Ook werden medewerkers van de Duitse Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen en de Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie benaderd.

De onderzoekspopulatie werd op een aselechte wijze getrokken en bestond in alle gevallen uit een gelegenheidssteekproef. Dat houdt in dat mensen ondervraagd worden die toevallig beschikbaar zijn (Bakker & Buren, 2014, p. 81). De respondenten vanuit andere instellingen werden via een derde persoon benaderd. Hier heeft de onderzoeker dus geen invloed op de selectie gehad.

Het idee is dat de door een steekproef verkregen informatie representatief is. In statistisch onderzoek wordt de grootte van de steekproef van tevoren berekend want deze is onder andere van invloed op de nauwkeurigheid en de heterogeniteit van de populatie (Jansen & Joostens, 1998, p. 92). In dit onderzoek werd hiervan afgezien omdat er te weinig kennis over kenmerken van de populatie bestaan. Er kon niet nagegaan worden of de steekproef representatief is en daarom was het toepassen van generaliserende statistiek hier niet van toepassing.

2.3.2 Dataverzamelingstechnieken

In het volgende deel worden de dataverzamelingstechnieken beschreven. De dataverzamelingstechnieken zijn onder te verdelen in deskresearch en veldonderzoek. Deskresearch houdt in dat bestaande data worden geanalyseerd (Migchelbrink, 2012, p. 268). Relevante literatuur werd gebruikt voor verdere definiëring van de kernbegrippen en de

oriëntatie tijdens het onderzoeksproces. Binnen het veldonderzoek wordt nieuwe informatie opgedaan door bij de onderzoekspopulatie interviews en vragenlijsten af te nemen (Donk, Lanen & Wright, 2014, p. 133). In het onderzoek vonden zowel mondelinge als ook schriftelijke ondervragingen plaats waarin behoeften en ervaringen beschreven en gedefinieerd werden.

Literatuuronderzoek

De methode voor deelvraag 1 bestond uit het onderzoeken van vakliteratuur. Er werd een literatuurstudie gedaan naar het patiëntenperspectief op creatieve therapie. Ten eerste werd er algemeen gekeken naar effecten van creatieve therapie (beeldend, dans, drama en muziek) voor de meest voorkomende diagnosen op de PIA's. Dit zijn angst- en stemmingsstoornissen, waaronder ook posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheids- en schizofrene spectrumstoornissen. Er werd echter door de onderzoeker geconstateerd dat deze vraag te breed was opgesteld. Daarom is de deelvraag specifiek geformuleerd en werd de nadruk gelegd op het cliëntenperspectief op effecten van creatieve therapie. Vervolgens werd er onderzocht welke kwalitatieve onderzoeken er bestaan over bevindingen van psychiatrische patiënten met betrekking tot creatieve therapie. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de bronnenbank HANQuest. Zoektermen waren: art/ dance/ drama/ music AND qualitative AND anxiety/ depression/ personality/ schizo/ trauma, waarbij elk medium met iedere diagnose gecombineerd werd.

Er werden 630 artikelen gevonden waarvan er 10 relevant waren voor dit onderzoek. Inclusiecriteria waren: publicatie tussen 2000 en heden, peer-reviewed, volwassene patiënten met psychiatrische problematiek, creatief therapeutische behandeling en kwalitatieve data van patiënten.

Semigestructureerd interview

Er werden twee semigestructureerde interviews gevoerd met de desbetreffende leidinggevende artsen van de twee PIA's over het huidige behandelprogramma. De interviews duurden tussen de 20 en 30 minuten en vonden plaats op locatie.

In een open interview gaat het erom dat de geïnterviewde genoeg ruimte heeft om zijn verhaal te vertellen. De interviewer neemt een open en nauwelijks sturende houding aan (Migchelbrink, 2013, p. 329). Er werd voor deze dataverzamelingstechniek gekozen omdat er in het begin van het onderzoek nog nauwelijks kennis was over het behandelprogramma, taken van het team en kenmerken van de doelgroep. Verder kan flexibel doorgevraagd worden als iets niet goed begrepen wordt of de onderzoeker meer over een onderwerp wil weten (Baarda, Goede & Teunissen, 2000, p. 135). Als voorbereiding werden vragen geformuleerd (topics) die tijdens het interview als oriëntatie dienden.

Semigestructureerde vragenlijst

Om de ervaringen en meningen van de PIA-patiënten in kaart te brengen werden twee vragenlijsten ontworpen. Een vragenlijst voor patiënten en een voor medewerkers. Voor het ontwikkelen van de lijsten was de stappenplan van de vragenlijstconstructie van Migchelbrink leidend (2012, p. 278). De vragenlijst als dataverzamelingstechniek was geschikt voor deze respondenten en informanten omdat dan zowel algemene gegevens over deze groepen als ook specifieke uitspraken van de groep verzameld konden worden. Daarnaast zouden de resultaten dan met elkaar vergelijkbaar zijn en op deze manier zou een algemene uitspraak kunnen worden gedaan.

De vragenlijst is een systematische manier van ondervragen (Migchelbrink, 2013, p. 297). De voor dit onderzoek ontworpen vragenlijsten bevatten open en gesloten vragen. Er werd naar kennis, feiten, meningen en wensen gevraagd. Er werd gekozen voor de vraagtypen 'selecterende checklist' en 'bewering' (Migchelbrink, 2013, p. 304). Deze gesloten vraagtypen zijn geschikt om een bepaald spectrum van antwoordmogelijkheden te onderzoeken. Daarnaast werd gebruik gemaakt van het 'rapportcijfer' (Brinkman, 2000, p. 74). Hiermee kan

de mate van persoonlijke meningen en gevoelens in kaart gebracht worden. De open vragen dienen de respondent volledige vrijheid te geven in zijn of haar antwoord. Dit betekent dat de onderzoeker een minder sturende houding aanneemt en de respondent de ruimte krijgt. Verder zijn controlevragen ingebouwd om na te gaan of de respondent een eerlijk antwoord geeft. De afname van de vragenlijst is anoniem gebeurd. Dit kan de validiteit van de antwoorden verhogen (Jansen & Joostens, 1998, p. 96).

De structuur van de vragenlijsten was hetzelfde, met uitzondering van een paar verschillen. Bij de patiënten werd additioneel naar hun ervaring met creatieve therapie gevraagd en bij de medewerkers niet. De vragen voor de medewerkers waren erop gericht dat zij, vanuit hun perspectief, over de situatie van de patiënten konden vertellen.

DATAVERZAMELING PER DEELVRAAG					
Deelvraag		Deskresearch- methode	Veldonderzoek- methode	Respondent	Informant
1	<i>Wat is er bekend vanuit de literatuur over het patiëntenperspectief op creatieve therapie?</i>	Wetenschappelijke artikelen			
2	<i>Wat is het huidige behandelaanbod op de PIA's?</i>	Websites Vakboeken	Semigestructureerd interview		Leidinggevende arts PIA Fürstenberg Leidinggevende arts PIA Sternbusch
3	<i>Welke ervaringen hebben patiënten met creatieve therapie?</i>		Semigestructureerde vragenlijst	34 patiënten PIA	
4	<i>Welke onbevredigde therapeutische behoeften bestaan er bij de patiënten?</i>		Semigestructureerde vragenlijst	34 patiënten PIA	18 medewerkers PIA Sternbusch 6 medewerkers PIA Fürstenberg
5	<i>Wat kan een creatief therapeutisch aanbod toevoegen aan bestaande therapieën?</i>		Semigestructureerd interview		1 leidinggevende FACT-team Boxmeer
			Semigestructureerde vragenlijst	34 patiënten PIA	18 medewerkers PIA Sternbusch 6 medewerkers PIA Fürstenberg
6	<i>Hoe denken vergelijkbare instellingen over creatieve therapie?</i>		Semigestructureerde vragenlijst		Arts PIA Kieler Fenster Ergotherapeute Kieler Fenster Client van het Kieler Fenster Begeleider van de schildergroep Kieler Fenster
			Semigestructureerd interview		Leidinggevende FACT-team Boxmeer
			Verzoek om stellingname over creatieve therapie per mail		Contactpersoon Arbeitskreis PIA Contactpersoon DGSP

Figuur 2: Dataverzameling per deelvraag

2.3.3 Data-analyse

Voor de analyse van het literatuuronderzoek werd een tabel gemaakt om de gevonden gegevens te ordenen naar zoekterm, databank, aantal gevonden bronnen, beschrijving van de bron en de samenvatting van de belangrijkste informatie (Migchelbrink, 2013, p. 233). Daarna werden deze samengevat en weergegeven.

Om de data uit de dataverzamelingstechnieken, oftewel meetinstrumenten, te kunnen hanteren werden ze geoperationaliseerd. Dat betekent dat ze in variabelen worden uitgewerkt (Jansen & Joostens, 1998, p. 21). De afgenomen interviews werden getranscribeerd en er werd een kwalitatieve analyse van gemaakt. De stappen hiervoor zijn coderen, labelen en dan samenvatten (Migchelbrink, 2012, p. 311). Daarna werden de resultaten beschreven.

De data van de gestructureerde vragenlijsten werden als volgt uitgewerkt (voor een voorbeeld zie: figuur 3). De antwoorden werden handmatig per variabel geturfd en in een tabel geordend. Daarna werden de data in percentages omgerekend met procentrechner.net, in een tabel ingevoerd en vervolgens in grafieken uitgewerkt. Daarna vond een analyse van deze resultaten plaats en kon een samenvatting van de belangrijkste resultaten worden gemaakt.

Vraag 8: In welke thema's uit de gesprekstherapie zou de patiënt zich via nonverbale therapie kunnen verdiepen?												
Antwoord	TF turf	TF %	TS turf	TS %	TS & TF totaal turf	TS & TF totaal %	PF turf	PF %	PS turf	PS %	PF & PS totaal turf	PF & PS totaal %
8a Expressie	5	83,3	6	40	14	66,6	2	22,2	7	28	9	26,4
8b Bij zich zelf blijven	5	83,3	7	46,6	12	57,1	4	44,4	13	52	17	50
8c Emoties	6	100	12	80	18	85,7	4	44,4	11	44	15	44,1
8d Inzicht	4	66,6	6	40	10	47,6	2	22,2	5	20	7	20,6
8e Ontspanning	5	83,3	9	60	14	66,6	4	44,4	12	48	16	47,1
8f Cognities	5	83,3	9	60	14	66,6	3	33,3	10	40	13	38,2
8g Eigenwaarde	4	66,6	9	60	13	61,9	4	44,4	6	24	10	29,4
8h Veiligheid	5	83,3	7	46,6	12	57,1	3	33,3	5	20	8	23,5
8i Verbinding	4	66,6	7	46,6	11	52,3	4	44,4	8	32	12	35,2
8j Gedrag	5	83,3	7	46,6	12	57,1	3	33,3	5	20	8	23,5
8k Waarneming	5	83,3	7	46,6	12	57,1	1	11,1	8	32	9	26,4
8l Anders	5	83,3	7	46,6	12	57,1	5	55,5	6	24	11	32,3
8m Niets	0	0	0	0	0	0	1	11,1	3	12	4	11,7
8n n. r.	0	0	0	0	0	0	1	11,1	2	8	3	8,8
TF = Team PIA Fürstenberg TS = Team PIA Sternbusch PF = Patiënten PIA Fürstenberg PS = Patiënten PIA Sternbusch n. r. = no response												

Figuur 3: Voorbeeld analyse vragenlijst

2.3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Migchelbrink (2012) noemt meerdere kwaliteitseisen van onderzoek, waaronder validiteit. Dit betekent dat de verkregen informatie “geldig” moet zijn (p. 60). Verder moeten de resultaten betrouwbaar en controleerbaar zijn. Donk en Lanen (2013) adviseren in 7 richtlijnen waar onderzoekers rekening mee moeten houden om een kwalitatief goed praktijkgericht onderzoek uit te voeren. Deze stappen dienden voor dit onderzoek als oriëntatie en worden hieronder uitgelegd.

Om de geldigheid van het onderzoek te kunnen verhogen, werd gebruik gemaakt van de meetmethode triangulatie (Donk & Lanen, 2013, p. 71). Dit houdt in dat het probleem vanuit verschillende perspectieven wordt onderzocht met het doel een zo objectief mogelijk perspectief op het onderzoek in te nemen. Daarom werd in dit onderzoek van diverse databronnen (onderzoekspopulatie, gedrukte en digitale media) en drie verschillende methodes (literatuur, vragenlijst, interview) gebruik gemaakt. Op die manier ontstonden diverse perspectieven op de onderzoeksvraag. In dit onderzoek was het niet mogelijk om, zoals aanbevolen, met andere onderzoekers samen aan het zelfde onderwerp te werken. De onderzoekertriangulatie gebeurde gedeeltelijk door uitbesteding van taken. Zo organiseerden twee PIA-medewerkers dat patiënten de vragenlijsten invulden. Dit gebeurde ook voor een deel bij het verzamelen van data bij andere instellingen. Hier benaderde een medewerker van het Kieler Fenster een arts, een ergotherapeute en een cliënt uit zijn instelling.

Een ander aspect dat de betrouwbaarheid verhoogt, is communicatie over de kernaspecten van het onderzoek. In dit onderzoek gebeurde dat door advies en feedback te ontvangen van medestudenten, collega's, vrienden, docenten en begeleider. Zij waren vooral betrokken bij de onderzoeksopzet en het design van de vragenlijst.

De derde richtlijn is de zorg voor transparantie. Er werd een onderzoeklogboek bij gehouden om stappen, vragen en informatie te verzamelen. Verder werden alle data in tabellen verwerkt om deze zichtbaar en begrijpelijk voor anderen te maken zodat het reproduceerbaarheid mogelijk maakt. De stappen werden daarom zo nauwkeurig mogelijk beschreven.

Daarnaast is het verdiepen in het praktijkprobleem essentieel. De probleemanalyse in het begin van het onderzoek werd zo opgezet dat ze verschillende perspectieven belicht. Er werd onderzocht welk motief de opdrachtgever, de kliniekleiding en de patiënten zouden kunnen hebben. Dit leidde tot literatuurstudie over de situatie van creatief therapeuten in de GGZ, het begrip sociale psychiatrie en het patiënten- of cliëntenperspectief.

Donk en Lanen benadrukken verder dat het van groot belang is de praktijkorganisatie goed te leren kennen (2011, p. 52). Tijdens de oriëntatiefase werd via de website van de LVR-Kliniek en het lezen van kwaliteitsmanagementverslagen deskresearch gedaan en vonden meerdere bezoeken bij de kliniek plaats. Verder was er een oriënterend gesprek samen met de leidinggevende van de kliniek en de opdrachtgever over de motivatie van het project en de randvoorwaarden.

Daarnaast werd vakliteratuur geraadpleegd om begrippen en het theoretisch kader te definiëren, om aan onderzoekstechnische eisen te voldoen en om deelvragen te kunnen beantwoorden (Donk & Lanen, 2011, p. 54).

Het verzamelen van de populatie gebeurde, zoals eerder beschreven, via een steekproef. De onderzoeker heeft dus geen invloed gehad op de mening van de respondenten of informanten. Het afnemen van de vragenlijst werd gedeeltelijk uitbesteed aan derden. Daardoor zouden de respondenten zich in hun antwoorden minder sociaal wenselijk uiten wat de validiteit verhoogt. Voor het opstellen van de vragenlijst werd, zoals boven benoemd, regelmatig feedback gevraagd en verwerkt. Daarnaast werd een workshop bezocht over een programma voor het statistisch verwerken van vragenlijsten wat echter minder van toepassing was voor dit onderzoek. Toch diende het bestuderen van statistische vragenlijsten als basis voor het design. Voorbeelden waren onder andere vragenlijsten over creatieve therapie beeldend (Haeyen, 2011, p. 296) en over zorgbehoeften van cliënten (Trimbos-instituut, 2003). Er werd afgezien van het gebruik van delen uit bestaande vragenlijsten omdat geen passende vragen werden gevonden.

In de vragenlijsten uit dit onderzoek werden gedeeltelijk enkelvoudige variabelen gemeten zoals het geslacht. Brinkman (2000) schrijft dat complexe begrippen moeilijk meetbaar zijn (p.

38). Hij beveelt aan meerdere vragen aan dat onderwerp te besteden. Omdat het bij behoeften om moeilijk meetbare psychische en sociale aspecten gaat, werd in dit onderzoek deze complexe variabeel door meerdere vragen gemeten.

De betrouwbaarheid van het onderzoek werd enerzijds bevorderd door de mogelijkheid tot reproduceerbaarheid. Anderzijds is deze ook sterk afhankelijk van de respondenten, namelijk op welke manier zij de vragenlijst invullen, bijvoorbeeld oneerlijk of ongeconcentreerd. Dit kan tot invaliditeit leiden.

Uit het deskresearch kwam naar voren welke vragen onderzocht zouden kunnen worden. Daarnaast werd er feedback over de interviewvragen en vragenlijsten gevraagd bij medestudenten. Ook aan de interviewvragen zijn de zelfde risico's verbonden als bij de validiteit van de vragenlijst. Tijdens de gespreksvoering spelen de houding en de aandacht van de interviewer daarbij een belangrijke rol. Om de betrouwbaarheid van de methode te verhogen, werd het gesprek opgenomen met een recorder.

3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden per deelvraag de gevonden resultaten weergegeven. Na een weergave van de resultaten uit het literatuuronderzoek wordt vervolgens het behandelaanbod op de PIA's beschreven. Daarna volgen de ervaringen van patiënten met creatieve therapie, de waargenomen behoeften van patiënten en de rol van een creatief therapeutisch aanbod. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de ervaringen en meningen vanuit andere vergelijkbare instellingen.

3.1 Het onderzochte patiëntenperspectief op creatieve therapie

“Consumers (...) suggest that innovative and strength-based methods, such as art making, can facilitate recovery and self-expression” (Lith et al., 2011).

In het volgende deel wordt in het kort de kwalitatieve kijk op creatieve therapie weergegeven. Dit aan de hand van algemene patiënten-bevindingen en de meest voorkomende diagnoses op de PIA's: angst- en stemmingsstoornissen, waaronder ook de posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrene spectrumstoornissen.

3.1.1 Algemeen

In hun onderzoek naar effecten van creatieve therapieën bij volwassenen met chronisch psychiatrische problematiek constateerden Odell-Miller, Hughes en Westacott (2006) dat de patiënten het aanbod van de diverse creatieve therapieën waardeerden. Verder konden de patiënten de aanvullende waarde hiervan naast de verbale therapieën aangeven. Beeldend werken als methode in sociaal-psychiatrische rehabilitatieinstellingen ondersteunde cliënten in hun mentaal genezingsproces (Lith et al., 2011). Het was bevorderend voor hun inzicht, eigenwaarde, zelfvertrouwen, empowerment en het gevoel van verbinding met anderen en werd als methode zeer gewaardeerd. Woods en Springham (2011) onderzochten bij patiënten op een verblijfsafdeling voor crisissituaties of het effect van beeldende therapie afhankelijk was van hoe het contact tussen patiënt en therapeut in de beginfase verliep. Het vergde een specifieke houding van de therapeut. Hieronder vielen bijvoorbeeld dat patiënten zich vrij konden voelen of zij gebruik willen maken van de beeldende materialen en dat eerst basale behoeften in de therapeutische relatie worden vervuld voordat zodat de patiënt zich kon open stellen. Parr (2006) onderzocht dat het beeldend werken in mental-health-projecten voor de gebruikers betekende dat het hun zelfinzicht, zelfbewustzijn, psychische stabiliteit, communicatie vaardigheden en psychische weerstandvaardigheden verbeterde.

3.1.2 Angst- en stemmingsstoornissen

Makin en Gask (2011) beweerden dat patiënten met angststoornissen en depressies beeldende therapie als een terugkeren naar de realiteit hebben ervaren door weer van het leven te genieten en activiteiten weer op te nemen. Het werd als een waardevolle en noodzakelijke aanvulling op de verbale therapie beleefd.

3.1.3 Persoonlijkheidsstoornissen

Haeyen, Hooren en Hutschemaekers (2014) schreven dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B en C door beeldende therapie een verbetering van hun waarneming, van de persoonlijke integratie en hun impuls- en emotieregulatie ervoeren. Verder beleefden zij gedragsveranderingen en wonnen ze nieuwe inzichten via het beeldend werken. Patiënten vertelden dat creatieve therapie beeldend een aanvullende waarde naast

de verbale therapie had en een directere toegang bood tot emoties. Op die manier ontstond er een groter emotioneel bewustzijn en kon een constructieve emotieregulatie plaats vinden, wat bij de kernthema's van persoonlijkheidsstoornissen hoort.

Voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis kon beeldende therapie een essentieel bestanddeel zijn om het mentaliserend vermogen te vergroten (Springham, Findlay, Woods & Harris, 2012). Pool en Odell-Miller (2011) hoorden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dat muziektherapie voor hen een veilige ruimte schiep om gevoelens van agressie te exploreren en deze ook via het medium adequaat te uiten.

3.1.4 Posttraumatische stressstoornis

Vrouwen met in hun kinderjaren opgelopen trauma's konden via het beeldend werken een symbooltaal ontwikkelen, daarover het verhaal van hun trauma vertellen en ook verwijzingen naar een genezingsproces ervaren (Eisenbach, Snir & Regev, 2014).

Laseho en Maxwell (2010) interviewden vrouwen met diverse levensfaseproblematieken, trauma's en geweldervaringen over hun beleving van danstherapie. Zij gaven aan dat de beweging hen een gevoel van empowerment en genezing gaf en hun contact met het geestelijke stimuleerde. Laseho en Maxwell stelden dat dans deze vrouwen "more resilient" maakte in zeer moeilijke levensomstandigheden en hen op hun genezingsweg ondersteunde.

3.1.5 Schizofrene spectrumstoornissen

Ondervraagde patiënten gaven aan dat zij binnen muziektherapie een gevoel van vrijheid, contact met anderen, welzijn en symptoom-reductie ervoeren (Solli & Rolvsjord, 2015).

3.2 Het behandelaanbod binnen de sociale psychiatrie

Nu volgt een algemene korte beschrijving van het behandelaanbod binnen de sociale psychiatrie. Daarna wordt op het behandelaanbod van de PIA's ingegaan.

3.2.1 De drie takken binnen de sociale psychiatrie

Het behandelaanbod binnen de sociale psychiatrie in het algemeen laat zich onderverdelen in drie takken (Koekoek, 2011, p. 10).

Sociaal-psychiatrische behandeling

De behandeling richt zich op de stoornis van de cliënt. Doel is om deze te veranderen, opdat de cliënt kan genezen. Het gaat erom structurele veranderingen in de psyche van de cliënt te bereiken, zodat de problemen verdwijnen of hanteerbaarder worden. De professional is dus diegene die door gerichte interventies de hulp aan de cliënt verleent. Voorwaarde is de bereidheid tot behandeling. Het leidend principe is dat de professioneel opgestelde diagnose tot een goed geïndiceerde therapie leidt. Belangrijkste behandelende disciplines zijn psychiatrie en psychologie (Koekoek, 2011, p. 10).

Sociaal-psychiatrische begeleiding

De begeleiding focust op de beperking van de cliënt. Doelstellingen zijn onder andere het steunen van de cliënten bij praktische problemen, het voorkomen van achteruitgang en het veranderen van niet-effectief gedrag. De soorten van door de hulpverlener geboden taken omvatten een breed gebied. Ze hebben overlap met de stabiliserende zorg door

verpleegkundigen en veranderingsgerichte behandeling door psychotherapeuten en andere ggz-behandelaars” (Koekkoek, 2011, p. 6). Verpleegkunde, maatschappelijk werk en agogiek zijn de belangrijkste behandelende disciplines.

Sociaal-psychiatrische zorg

De zorg heeft als doelstelling de cliënt in zijn handicap stabiliteit en veiligheid te bieden. De belangrijkste disciplines, verpleegkunde en agogiek, helpen de cliënt door zorg en controle. Het is de bedoeling om de optimale kwaliteit van het leven te waarborgen. Het leidend principe is dat de actuele situatie bepalend is voor het zorgaanbod. Dit is “zoveel mogelijk afgestemd op de cliënt” (Koekkoek, 2011, p. 10). De zorg is meer gericht op behoud dan op ontwikkeling.

3.2.2 Het behandel aanbod op de PIA's

Nu wordt de actuele situatie van de PIA's Fürstenberg- en Sternbuschkliek toegelicht aan de hand van data uit de interviews met de twee leidinggevende artsen en deskresearch-resultaten.

Het personeel

Op de Institutsambulanz werkt een multiprofessioneel team bestaand uit medische specialisten voor psychiatrie en psychotherapie, psychologen, verpleegkundigen, dokters-assistenten en een maatschappelijk werker. Verder zijn er stagiaires van alle disciplines. Binnen de Fürstenbergkliek werken rond de 15 en op de Sternbuschkliek rond de 30 medewerkers op de PIA.

Taken van de PIA

Het werken op de Institutsambulanz behelst diverse taken. Hieronder vallen de acute behandeling met intake en consultatiegesprekken, diagnostiek en differentiaaldiagnostiek. Het indiceren voor therapie en het opstellen van een gekwalificeerd en individueel behandelingsconcept is een verdere taak. Daarnaast zorgt de PIA voor opvang en begeleiding na opname op een verblijfsafdeling. Ten slotte biedt de afdeling middel- tot lange termijn gespecialiseerde psychiatrische- en psychotherapeutische behandeling van in het bijzonder chronisch zieken met schizofrene en affectieve stoornissen, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen (vrij vertaald van LVR, 2014). De bijzondere psychosociale problematiek leidt bij de professionals tot een focus op huisbezoeken en het oplossen van crisissen ter plaatse. Verder richten ze zich op het contact met familieleden en contactpersonen van de patiënt en staan ze in verbinding met complementaire instellingen in de leefomgeving van de betrokkenen (vrij vertaald van LVR, 2014).

Doelgroep

Op de Institutsambulanz kunnen cliënten terecht met een complexe zorgvraag. Deze zorgvraag komt voort uit de soort en impact van de stoornis en de gelaagdheid van de psychosociale problematiek. Wettelijk is dit in het Duitse “Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen” vastgesteld. Het is van toepassing voor mensen die vanwege de aard, de duur en de ernst van hun ziekte of door en te grote afstand tot geschikte artsen afhankelijk van de behandeling van de PIA's zijn.

Alle soorten van psychiatrische stoornissen, behalve verslavingen, kunnen op de Institutsambulanzen worden behandeld. Meest voorkomend zijn chronisch verlopende schizofrene en affectieve stoornissen, en persoonlijkheidsstoornissen. Het zijn dus vaak chronische ziektes met een recidiverend karakter. De patiënten zijn tussen de 18 en 65 jaar oud en er bestaat een lichte meerderheid van vrouwelijke patiënten. Verder hebben rond 10%

een migratieachtergrond, vaak uit Oost-Europese landen. Pro kwartaal zijn er tussen de 1000 (Fürstenbergkliniek) en de 2400 (Sternbuschkliniek) patiënten in behandeling op de PIA.

Behandeling

De meeste patiënten op de PIA's krijgen medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling. Door de problematiek van de doelgroep is het voornamelijk een lange termijn behandeling. Dat betekent dat tussen de enkele gesprekken meestal 6, bij acutere problemen 2 tot 4, weken liggen en de patiënten vaak jarenlang in behandeling zijn. Soms zijn er casussen die een paar maanden geen behandeling nodig hebben, maar terugkeren bij een nieuwe, bijvoorbeeld, manische, depressieve of psychotische fase.

De behandeling is eclectisch, maar voornamelijk gedragstherapeutisch. Iedere therapeut werkt zelfstandig. Er zijn ook psychologen met een dieptepsychologische opleiding. De visie is dat niet ieder mens op dezelfde manier behandeld kan worden en daarom wordt vanuit verschillende therapeutische stromingen gewerkt.

In de Sternbuschkliniek zijn een aantal zelfstandig lopende en in afstanden aangeboden groepen, bijvoorbeeld de slaapgroep, acupunctuurgroep, sociale vaardigheden-groep, depressiegroep en in het verleden was er een migratiegroep voor Poolse patiënten. In de Fürstenbergkliniek wordt een vrije gespreksgroep voor patiënten met angst- en stemmingsproblematiek aangeboden.

Behandeldoelen

*“Ja, es geht immer um Verbesserung der Lebensqualität in den Therapien.
Dass die wieder Anschluss an die Gesellschaft haben [...]“ (arts PIA)².*

Per patiënt verschillen de doelen. De belangrijkste behandeldoelen zijn genezing bij acute stoornissen, psychische stabilisatie op het hoogst mogelijk bereikbare niveau van ik-vaardigheden bij chronische stoornissen en de bevordering van autonome levensinvulling. Vervolgens kunnen het voorkomen van chronificatie, het vermijden of verkorten van behandeling op verblijfsafdelingen en de verbetering van de sociale situatie, in het bijzonder van de familiale integratie, behandeldoelen zijn (vrij vertaald van LVR, 2014).

Het werd benadrukt dat de therapie op de PIA altijd hulp voor zelfhulp is. Er wordt vaak supportief gewerkt om de patiënt er in te ondersteunen een autonoom leven te kunnen leiden, zelf ideeën te ontwikkelen en actief mee te helpen aan het genezingsproces. Het gaat om de verbetering van de levenskwaliteit en het verbeteren van de eigenwaarde.

Kwaliteiten van de PIA

Als kwaliteiten noemden de leidinggevenden het goede vakmanschap, de humane omgang met patiënten, een in de behandeling inbegrepen duurzaamheid, dus het voorkomen van opnames op verblijfsafdelingen, en de multiprofessionaliteit en daaruit voortvloeiende voordelen voor de patiënten. Verder werd de behandelbenadering holistisch genoemd. Dit ook met betrekking tot de multiprofessionaliteit die zich met psychische, maar ook praktische problemen bezighoudt, zoals gezond eten en financiële vragen.

Gesignaleerde problemen

De medewerkers vertelden dat er te weinig capaciteiten voor nieuwe opnames waren en het niet mogelijk was om vaker therapie aan te bieden. Verder werd een toename van persoonlijkheidsstoornissen en een toename van jonge patiënten (18-25 jaar)esignaleerd. Dit werd als een complexe doelgroep ervaren, want jongere patiënten komen vaak

² Ja, het gaat altijd om het verbeteren van de levenskwaliteit binnen de therapieën. Dat zij weer onderdeel worden van de maatschappij (vrij vertaald door onderzoeker).

onregelmatig, breken de behandeling af en hebben vaak nog geen opleiding. Dit maakt dat ze in de maatschappij een bijzonder afhankelijke positie moeten innemen.

Interesse in creatieve therapie

“Leute sind es auch nicht so gewohnt, ja, irgendwas zu Malen oder zu Tanzen oder zu Musizieren.

Nach dem Motto: Wat soll dat?” (arts PIA)³.

Allebei de leidinggevendenden gaven aan in een creatief therapeutisch aanbod op de PIA geïnteresseerd te zijn. Het zou een zinvolle toevoeging kunnen zijn, want niet alles laat zich bespreken. De mens wordt als een creatief wezen beschouwd met diverse expressiemogelijkheden. Er werd vermoed dat sommige patiënten door non-verbale methodes in hun therapeutisch proces gestimuleerd zouden kunnen worden. Bijvoorbeeld jonge mensen die verbaal sterk zijn en de neiging hebben te rationaliseren zouden door een non-verbale methode bereikt kunnen worden. Aan de andere kant werd aangenomen dat de diverse creatieve expressiemogelijkheden voor veel patiënten nieuw en onwennig zouden zijn en daardoor misschien afgewezen zouden worden.

3.3 Ervaringen van patiënten met creatieve therapie

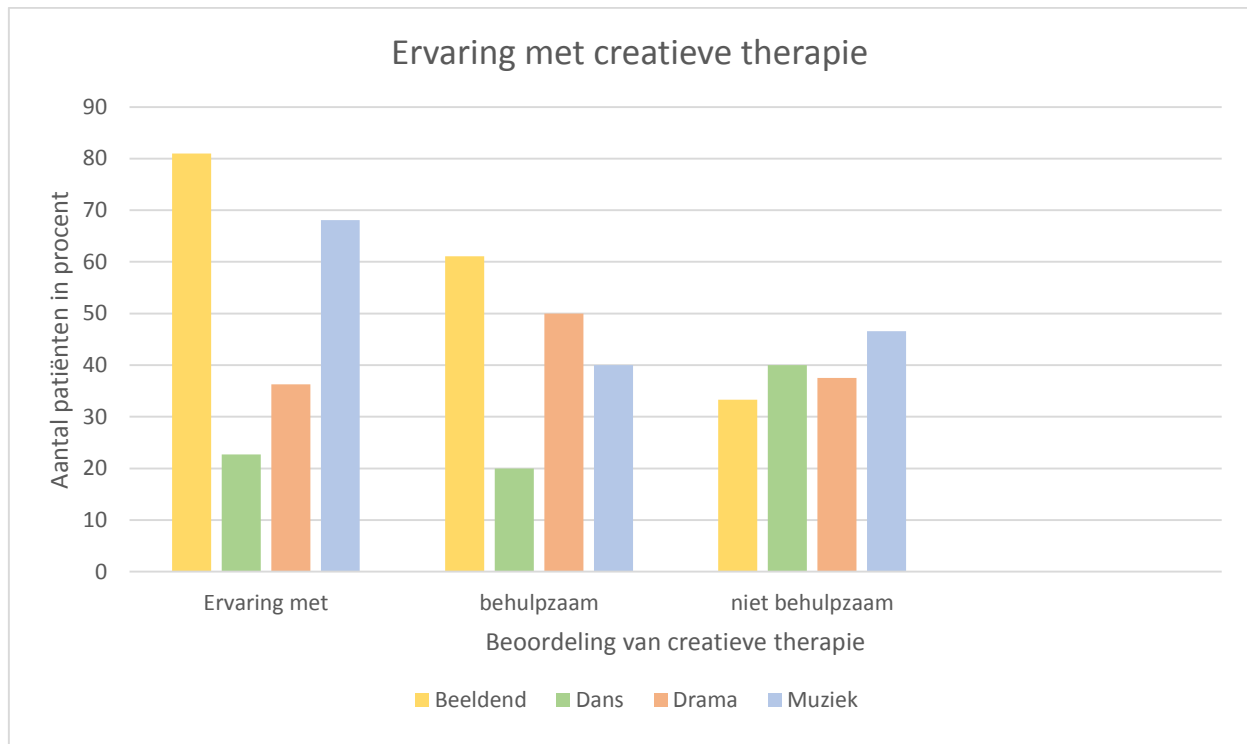
“Weil es Freude macht und mir hilft mich aus zu drücken” (patiënt)⁴.

Van Fürstenbergklinik gaf 88,8% van de patiënten aan te weten wat creatieve therapie is en zelf al één of meerdere vormen van creatieve therapie te hebben gehad. Van de Sternbuschklinik gaf 56% van de patiënten aan kennis van creatieve therapie te hebben en ook zelf al een keer ervaren te hebben. In totaal heeft 64,7% van de gehele populatie al creatieve therapie gehad.

De meeste patiënten hadden ervaring met beeldende therapie (81,8%) en muziektherapie (68,1%). Drama- en danstherapie werd het minst aangegeven (36,3% en 22,7 %). Op de vraag welk medium als behulpzaam voor het therapeutisch proces werd ervaren, antwoordt 61,1% beeldende therapie, gevolgd door dramatherapie (50%), muziektherapie (40%) en danstherapie (20%).

³ De mensen zijn het ja niet zo gewend, ja, iets te schilderen of te dansen of muziek te maken. Zoals: Wat moet ik hiermee (vrij vertaald door onderzoeker)?

⁴ Omdat ik er blij van wordt en het mij helpt me te uiten (vrij vertaald door onderzoeker), patiënt over ervaring met beeldende therapie.



Figuur 4: *Ervaring met creatieve therapie*

Niet behulpzaam vond 46,6% muziektherapie, 40% danstherapie, 37,5% drama- en 33% beeldende therapie. Als reden waarom een therapie niet als behulpzaam werd ervaren werd aangegeven dat het te weinig sessies waren om eraan te wennen of dat het toen als te schaamtevol werd ervaren.

“Zu dem Zeitpunkt war es für mich nicht hilfreich, ich habe mich dabei geschämt. Ich denke heute aber oft daran, dass es mir heute sogar weiter helfen könnte“ (patiënt)⁵.

Bij een positieve beoordeling van de therapie werden de volgende aspecten genoemd: plezier beleven, nieuwe expressiemogelijkheden ontdekken, problemen verwerken, ontspannen en tot rust komen, inzicht krijgen over de eigen persoon, met anderen samen actief zijn, contact met emoties maken en zich openstellen. Zo schreef een patiënte over beeldende therapie: “Ich konnte weinen und meine Wut rauslassen”⁶.

3.4 Onbevredigde behoeften van patiënten

De medewerkers schatten de onbevredigde behoeften van patiënten als volgt in. In totaal nam 76,1% waar dat patiënten wensen met betrekking tot het therapeutisch behandelaanbod hebben. Ze signaleerden dat patiënten een intensievere vorm van behandeling wensen en naar een creatief therapeutisch aanbod of ontspanningsaanbod vragen. Ook ergotherapie, geheugentraining of hippotherapie werden genoemd.

58,8% van de patiënten gaf aan dat hun therapeutische behoeften door het actueel behandelaanbod bevredigd worden. 28,8% gaf aan volgende aspecten te missen: een aanbod wat creatief bezig zijn inhoud en er was ook de vraag naar beeldende, muziek- en danstherapie. Verder was er behoefte aan lichamelijk gerichte therapie.

⁵ Op dat moment was het voor mij niet behulpzaam, ik schaamte me erbij. Maar ik denk nu vaak dat het me vandaag verder zou kunnen helpen (vrij vertaald door onderzoeker), patiënt over ervaring met dramatherapie.

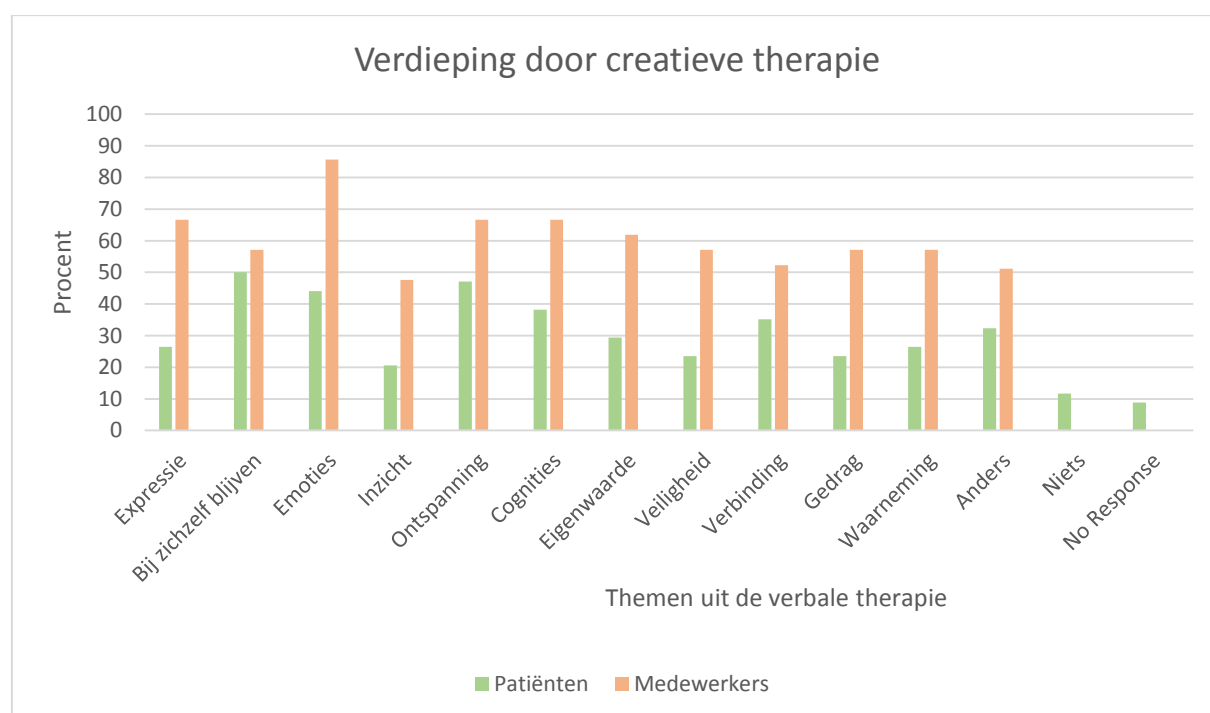
⁶ Ik kon huilen en mijn woede uiten (vrij vertaald door onderzoeker).

*“Ich würde gerne körperorientierte Therapie machen,
um mich besser wahr zu nehmen” (patiënt)⁷.*

Op de vraag naar wensen met betrekking tot de aangeboden therapievormen gaf 58,8% aan geen wensen te hebben. 20% wenste onder ander een divers aanbod aan therapievormen, de mogelijkheid om creatief bezig te zijn, zoals een intensiever therapieaanbod. Er was ook vraag naar een aanbod wat zich op de versterking van het zelfvertrouwen richt.

3.5 De betekenis van creatieve therapie

Op de vraag welke thema's de medewerkers bij hun patiënten in therapie herkennen werd het werken aan het probleemoplossend vermogen (85,7%), zelfverzekerdheid (85,7%), het onderzoeken van gedachten (76,1%), het onderzoeken van het eigen gedrag (76,1%) en controle over het eigen leven hebben (76,1%) genoemd. Verder kwamen veiligheid in het contact met anderen (71,4%) en het onderzoeken van gevoelens (61,9%) vaak aan bod. Vervolgens werd er gevraagd in welke thema's uit de gesprekstherapie de patiënt zich via non-verbale therapie zouden kunnen verdiepen. De medewerkers hebben geschat dat het uiten van emoties (85%) en expressie van ervaringen (66,6%), ontspanning (66,6%) en het onderzoeken van cognities (66,6%) door non-verbale therapie verder gestimuleerd zouden kunnen worden. Verder zou ook het probleemoplossend vermogen (61,9%) versterkt kunnen worden.



Figuur 3: Verdieping door creatieve therapie

Een andere vraag was hoe medewerkers de aanvullende waarde van creatieve therapie beoordelen. Het ging hierbij om behoeften die in de gesprekstherapie niet of nauwelijks aan bod komen maar wel in de non-verbale therapie behandeld zouden kunnen worden. Hier zeiden medewerkers dat het uiten van emoties (57,1%), de waarneming (47,6%) en ontspanning gestimuleerd kunnen worden. Bij deze vraag is een meetfout opgetreden. De mogelijkheid om probleemoplossend vermogen aan te vinken was niet gegeven.

⁷ Ik zou graag lichamelijk georiënteerde therapie willen maken om me beter waar te nemen (vrij vertaald door onderzoeker).

Iedere medewerker dacht dat een creatief therapeutisch aanbod van nut voor de patiënten zou kunnen zijn. De geschatte gemiddelde waarde werd als goed (7,25⁸) beoordeeld. Beeldende therapie, muziek, dans en dramatherapie zijn de richtingen die de medewerkers zich konden voorstellen.

“Im Gespräch lerne ich viel, schöpfe aber nicht die Ruhe und Ausgeglichenheit, die mir gut tut. Außerdem bekomme ich im Einzelgespräch keine Kontakte mit anderen Menschen. Es fehlt die Reflektion von ‚außen‘ “ (patiënt)⁹.

De patiënten herkenden bij zichzelf de volgende behoeften. In de therapie wilden ze hun cognities (76,4%) en hun emoties (67,6%) onderzoeken als ook hun eigenwaarde (55,8%) versterken en zich met hun eigen gedrag (55,8%) uiteen zetten.

Op de vraag in welke thema's uit de gesprekstherapie zij zich via creatieve therapie zouden kunnen verdiepen gaven ze volgende aspecten aan. Bij zichzelf kunnen blijven door de dialoog met het medium aan te gaan (50%), ontspanning (47,1%) en het onderzoeken en uiten van emoties (44,1%) werd het meest aangegeven. Een patiënt schreef over de ervaringsmogelijkheden binnen de creatieve therapie:

“Durch diese Dinge könnte man lernen mit der Krankheit besser um zu gehen.”¹⁰

De vraag naar het aanvullende aspect van een creatief therapeutisch aanbod werd door 41% niet ingevuld. Daarom werd ervoor gekozen de resultaten hier niet weer te geven.

Van de patiëntenpopulatie dacht 73,5% dat een creatief therapeutisch aanbod voor hen van nut zou kunnen zijn. De waarde hiervan werd gemiddeld op 6,45 geschat.

3.6 Andere meningen over creatieve therapie

“En die kwetsbare groep, die heeft niet altijd baat bij verbale therapie. Praten in grote groepen - dat vinden ze eng. [...] En wat je dan merkt [...] dat de non-verbale therapieën juist bij deze kwetsbare groep beter aansluit” (Interview FACT-medewerker).

Het FACT-team in Boxmeer is een met de PIA's vergelijkbare instelling. FACT is een zorgfunctie van RIAGG (zie 1.2). Het is geen ziekenhuisafdeling, maar de doelgroep en de problematiek zijn dezelfde. De leidinggevende van het team gaf aan dat creatieve therapie niet bij het FACT hoort. Het voor hun cliënten toepasbare zorgpad EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen) schrijft niet voor dat een creatief therapeut in het FACT-team moet zitten. Echter is er wel voor gekozen om het cliënten vanuit het team intensieve groepsbehandeling aan te bieden. Sinds de oprichting van het FACT-team werd met de creatieve therapie beeldend samengewerkt. Deze therapievorm lijkt een uitlaatklep voor cliënten te zijn. Het lijkt erop dat ze zich via het beeldend werk kunnen uiten en problemen kunnen verwerken. Het FACT-team maakt signaleringsplannen met hun cliënten. Hierin gaven sommige cliënten aan dat ze naar de beeldende therapie wilden gaan in fases waar het slechter met hun ging. Cliënten namen hier dus zelf initiatief om erop terug te grijpen. Het kwam ook voor dat sommige cliënten niet naar de therapie zelf wilden, maar alleen de materialen waarmee ze toen hebben gewerkt, om daarmee thuis bezig te zijn. Cliënten hadden in de beeldende therapie blijkbaar een methode ervaren om spanning kwijt te raken of om spanning te begrijpen.

⁸ Op een scala van 1 -10 (1= niet waardevol, 10= zeer waardevol)

⁹ In het gesprek leer ik veel, maar vind ik niet de rust en het evenwicht, die goed voor mij is. Verder krijg ik in het individuele gesprek geen contact met andere mensen. Er mist de reflectie van 'buiten af' (vrij vertaald door onderzoeker).

¹⁰ Via deze dingen zou je kunnen leren met de ziekte beter om te gaan (vrij vertaald door onderzoeker).

De medewerker gaf aan dat cliënten ook in het GGZ-gebouw exposeerden. Dit leek hun een gevoel van eigenwaarde te hebben gegeven, wat als helpend voor het herstel werd beoordeeld.

Verder gaf de medewerker aan dat de beeldende therapie ook bij de diagnostiek betrokken werd. De DDS (Diagnostic Drawing Series) was het gebruikelijke assessment in de instroomfase. Het FACT-team heeft de ervaring gehad dat de DDS kon helpen bij het zicht krijgen op de persoonlijkheidsstructuur en de emotieregulatie van cliënten.

Het Kieler Fenster (KF), de vereniging met diverse sociaal-psychiatrische instellingen, heeft op hun PIA geen creatief therapeutisch aanbod. De leidinggevende arts van de PIA-KF en de ergotherapeute gaven in de vragenlijst aan dat een creatief therapeutisch aanbod verdiepend zou kunnen zijn voor hun patiënten. Dit met betrekking tot het werken aan en onderzoeken van de expressie, emoties, inzicht, ontspanning, cognities, probleemoplossend vermogen, eigenwaarde, veiligheid, verbinding, gedrag en waarneming. Allebei de medewerkers schatten de waarde van een creatief therapeutisch aanbod zeer waardevol in (10), met de aanmerking dat dit niet voor ieder patiënt geldig is. Verder werd bij het KF sinds 1991 een schildergroep aangeboden. De leider hiervan gaf aan dat hij bij de deelnemers observeerde hoe belangrijk zij het zichtbaar maken van gevoelens en gedachten via het schilderen vonden. Daarnaast speelde het genieten van het resultaat een belangrijke rol. Met betrekking tot het voorkomen van stigmatisering staat de groep open voor deelnemers zonder psychiatrische aandoeningen. De ondervraagde cliënt van het KF gaf in de vragenlijst aan door een creatief therapeutisch aanbod met volgende aspecten bezig te zijn: expressie, bij zichzelf blijven, emoties, ontspanning, cognities, eigenwaarde, verbinding met anderen, gevoelens en waarneming. De persoonlijke waarde van creatieve therapie beoordeelt hij met een 7.

*“Mir fällt es schwer mich künstlerisch auszudrücken,
gar zu Tanzen oder Skulpturen zu erschaffen” (cliënt KF)¹¹.*

De contactpersoon van de Duitse Arbeitskreis Psychiatrischer Institutsambulanzen heeft een korte stellingname gegeven over de situatie van creatieve therapie op PIA's. Zij gaf aan dat er geen geformuleerd standpunt is vanuit haar organisatie. Dit omdat creatieve therapie volgens haar geen wettelijk vastgelegde financiële basis heeft in Duitsland.

De contactpersoon van de Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie heeft niet gereageerd.

¹¹ Het valt me tegen me artistiek te uiten, te dansen of sculpturen te creëren (vrij vertaald door onderzoeker).), patiënt over ervaring met creatieve therapie.

4. DISCUSSIE

“Ich konnte mich freier bewegen” (patiënt)¹².

Uit dit onderzoek blijkt dat de taken van de psychiatrische Institutsambulansen zich op het diagnosticeren, behandelen en begeleiden van patiënten met een meestal chronische recidiverende psychische stoornis richten. Dit komt overeen met de in de literatuur gevonden beschrijving van een sociaal-psychiatrisch aanbod. Het wordt aangegeven dat in de twee klinieken de behandeldoelen voornamelijk het versterken van de autonomie en het verbeteren van de levenskwaliteit zijn. Dit is een interessant resultaat omdat zelfstandigheid en welzijn ook de factoren zijn die in eerdere onderzoeken een centrale rol voor patiënten spelen (Lith et al., 2011; Makin & Gask, 2011; Solli & Rolsjord, 2015). In dat opzicht lijken de behandeldoelen van de PIA's aan de behoeften van patiënten aan te kunnen sluiten.

Een ander belangrijk resultaat is de waarneming van PIA-patiënten die met creatieve therapie ervaring hebben. Plezier beleven, nieuwe expressiemogelijkheden ontdekken, problemen verwerken, ontspannen en tot rust komen, inzicht krijgen over de eigen persoon, met anderen samen actief zijn, contact met emoties maken en zich open stellen, werden door PIA-patiënten als positief binnen de creatieve therapie beleefd.

Dit sluit gedeeltelijk aan bij de ideeën van medewerkers en patiënten. Door hen wordt voornamelijk gedacht dat creatieve therapie, naast de verbale therapie, nuttig kan zijn bij het onderzoeken en uiten van emoties en een mogelijkheid tot ontspanning zou kunnen bieden. Deze vermoedens lijken overeen te komen met de resultaten over emotieregulatie en de exploratie van emoties van Haeyen et al. (2014) en Pool en Odell-Miller (2011). De ondervraagde PIA-patiënten vinden het blijkbaar het belangrijkste om via de dialoog met het medium bij zichzelf te zouden kunnen blijven.

Vanuit de leidinggevendenden wordt interesse voor creatieve therapie gesignaleerd. Daarnaast wordt door hen vermoed dat patiënten deze therapievorm kunnen afwijzen doordat ze er (nog) niet bekend mee zijn. Deze twee inschattingen lijken met de aangegeven behoeften van patiënten overeen te komen. De meerderheid is geïnteresseerd in een creatief therapeutisch aanbod. Een ander deel geeft aan geen interesse eraan te hebben. Dit duidt erop dat de leidinggevendenden een passend beeld van de zorg ontvangende groep zouden kunnen hebben. De ervaring en de mening van personen uit andere sociaal-psychiatrische instellingen lijken de resultaten te bevestigen.

Verassend is dat de PIA-patiënten met ervaringen binnen de creatieve therapie plezierervaringen noemen. Deze ervaring wordt door de gehele patiëntenpopulatie niet vaak aangegeven als verwachte effecten in een creatief therapeutisch aanbod. Ook patiënten in eerdere onderzoeken hebben al, zoals van Davidson (2006) vermoedt en Makin en Gask (2011) geconstateerd, beleefd dat de artistieke expressie tot vreugde en genot kan leiden en belangrijk voor het genezingsproces (Lith et al., 2011) is. Het feit dat dit niet vaak terug komt in de resultaten van dit onderzoek zou te verklaren zijn met de eventueel onderliggende klachten van de patiëntenpopulatie wat een denken aan genot- en plezierervaringen onwaarschijnlijker maakt. Verder kan het te maken hebben met een voor de patiënten lagere prioriteit van dit aspect. Het zou kunnen betekenen dat andere aspecten op dit moment belangrijker voor hun zijn, zoals het onderzoeken van emoties en cognities.

Uit het onderzoek onder medewerkers blijkt dat aspecten zoals het uiten van emoties en de mogelijkheid tot ontspanning blijkbaar te kort schieten tijdens de behandeling. Deze zouden volgens de medewerkers door creatieve therapie meer ruimte kunnen krijgen. Patiënten hebben deze vraag echter nauwelijks beantwoord. Dit is een onverwacht resultaat. Een reden hiervoor kan de complexe formulering van de vraag zijn. Deze zorgt blijkbaar voor onduidelijkheden, wat ook een keer terug te horen was tijdens het invulmoment bij de medewerkers. De vraag gaat over de aanvullende waarde van de non-verbale therapie:

¹² Ik kon me vrijer bewegen (vrij vertaald door onderzoeker), patiënt over effecten van danstherapie.

behoeften die niet gedekt kunnen worden door het actuele behandelaanbod maar die wel binnen de creatieve therapie aandacht kunnen krijgen. Alleen een klein deel van de patiëntenpopulatie geeft aan überhaupt on vervulde behoeften te hebben. Dat de vraag over aanvullende aspecten dan nauwelijks beantwoord wordt lijkt daarop aan te sluiten. Het duidt erop dat een creatief therapeutisch aanbod vanuit patiëntenperspectief eerder een verdiepende waarde zou hebben.

Veel patiënten hebben beeldende, dans, drama of muziektherapie gehad, waarvan blijkbaar beeldende therapie en dramatherapie als meest behulpzaam wordt ervaren. Muziektherapie en danstherapie geven sommigen patiënten als niet behulpzaam aan. Deze resultaten duiden erop dat de vier verschillende media per patiënt anders ervaren en beoordeelt worden. Dit lijkt ook afhankelijk te zijn van diverse randvoorwaarden zoals een voldoende aantal sessies om effecten te kunnen merken maar ook de persoonlijke voorkeur voor verbale of non-verbale therapievormen.

Vanwege de kleine populatie die bij dit onderzoek betrokken is, is het lastig de resultaten direct als representatief te beschouwen voor de gehele populatie. De ondervraagde patiëntenpopulatie bedraagt namelijk ongeveer 1% van de gehele patiëntenpopulatie van beide PIA's per kwartaal. Bij de ondervraagde medewerkerspopulatie is dit minder dan de helft. Ook de hoeveelheid aan ervaringen vanuit andere sociaal-psychiatrische instellingen zijn te gering om hier gegronde conclusies uit te trekken. Toch illustreert de geschetste situatie van de FACT-cliënten wat een creatief therapeutisch aanbod voor deze doelgroep kan betekenen. Uit het literatuuronderzoek is daarnaast weinig gevonden over de diverse doelgroepen met betrekking tot ieder medium van creatieve therapie.

De bevindingen van patiënten met diverse problematieken werden uit gebrek aan hoeveelheid data samengevat en niet met elkaar vergeleken. Hetzelfde geldt voor de verschillende disciplines binnen het behandelteam. Verbanden tussen, en verschillen in de waarneming van behoeften qua opleiding of problematiek zijn dus (nog) niet duidelijk.

Toch lijkt het dat de ondervraagde patiënten in hun antwoorden veel overeenstemmen, wat er wel op duidt dat dit ook voor andere patiënten zou kunnen gelden. Ook omdat de geuite bevindingen van de patiënten en de waarnemingen van de medewerkers uit dit onderzoek gedeeltelijk terug te vinden zijn in eerder uitgevoerde kwalitatieve onderzoeken.

5. CONCLUSIE

Dit onderzoek heeft getracht te onderzoeken of er bij de patiënten van de PIA's Fürstenberg- en Sternbuschkliniek behoeften bestaan die vervuld kunnen worden door een creatief therapeutisch aanbod. Hierbij is het actuele behandelaanbod op de PIA's in acht genomen.

Het literatuuronderzoek heeft kernthema's geïdentificeerd die van belang zijn voor patiënten en in een creatief therapeutisch aanbod aandacht krijgen, zoals ruimte voor emoties en algemeen welzijn. Deze kernthema's worden erkend door zowel de patiënten als de medewerkers van de Pia's Fürstenberg- en Sternbuschkliniek.

Uit de verzamelde data kan worden geconcludeerd dat er bij een deel van de patiëntenpopulatie van de Fürstenberg- en de Sternbuschkliniek behoefte is aan een creatief therapeutisch aanbod. Deze therapievorm wordt zowel door de patiënten als door medewerkers beoordeeld als nuttig voor het therapeutisch proces van de patiënt. Dit onderzoek heeft aangetoond dat het karakter van een dergelijk aanbod voornamelijk verdiepend zou zijn. De belangrijkste behoeften die door een creatief therapeutisch aanbod verdiept zouden kunnen worden zijn het onderzoeken en uiten van emoties en een mogelijkheid tot ontspanning. Verder uiten patiënten de behoefte aan een methode om bij zichzelf stil te kunnen staan en bestaat er de verwachting dat deze behoefte in een creatief therapeutisch aanbod via de dialoog met het medium vervuld zou kunnen worden.

Het huidige onderzoek heeft een beeld geschetst van de situatie omtrent de behoefte aan een creatief therapeutisch aanbod op de PIA's Fürstenberg- en Sternbuschkliniek. De creatief therapeuten in de LVR-Kliniek Bedburg-Hau zouden op basis van dit onderzoek een concept voor een creatief therapeutisch aanbod kunnen ontwikkelen.

6. AANBEVELINGEN

Een creatief therapeutisch aanbod zou eerst getest moeten worden, bijvoorbeeld door middel van workshops, voordat het geïmplementeerd wordt. Hierdoor kunnen patiënten eerst kennis maken met deze vorm van therapie. Daarop aansluitend zou dan weer kunnen worden onderzocht hoe deze workshops worden ervaren door patiënten en of de in dit onderzoek aangegeven verwachting van patiënten ook daadwerkelijk worden vervuld door een creatief therapeutisch aanbod. Een dergelijke onderzoeksopzet zou de verbinding van de praktijk met de behoeften van patiënten directer aan elkaar relateren en tastbaarder maken. Daarnaast zou er mogelijk een kwantitatief vervolgonderzoek kunnen worden uitgevoerd onder een grotere onderzoekspopulatie. Hiermee kan worden geïnventariseerd of de conclusies op basis van de kwalitatieve data in dit onderzoek gedragen worden door een bredere populatie van patiënten en medewerkers. Een verdere aanbeveling is om diepte-interviews af te nemen om hierdoor een nog duidelijker en meer gevarieerd beeld te krijgen van verwachtingen van de patiënten. Deze informatie kan leiden tot een betere implementatie van een creatief therapeutisch aanbod, wat vervolgens de resources en levenskwaliteit van patiënten kan ondersteunen (Bamberger, 2005, p. 37). Daarnaast zou dit het kwalitatieve karakter van het onderzoek vergroten. Ten slotte zou vergelijkend onderzoek met creatieve therapie op andere PIA's wellicht interessant zijn als kennis- en inspiratiebron.

Een afsluitende opmerking:

“Grundsätzlich ist die Beziehung und Kompetenz des Behandelnden das Ausschlaggebende, denn wenn diese gut ist, ist die HILFE auch meist passend” (patiënt)¹³.

¹³ Principieel is de relatie en de competentie van de behandelaar doorslag gevend. Want als deze goed is, is ook meestal de HULP passend (vrij vertaald door onderzoeker), patiënt over de betekenis van therapievormen.

7. REFERENTIES

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5®: Beknopt overzicht van de criteria*. Amsterdam: Boom.

Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden. (2007). *Psychiatrie in Deutschland: Strukturen, Leistungen, Perspektiven*. Gedownload op 30 april 2015, van http://www.lpk-bw.de/archiv/news2007/pdf/070803_gmk_psychiatrie_bericht_2007.pdf

Bakker, E., & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2^{de} druk). Groningen: Noordhoff.

Bamberger, G.G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung: Praxisbuch*. Weinheim: Beltz.

BDK-Deutschland. (2010). *Psychiatrische Institutsambulanzen: Entstehungsgeschichte und Auftrag*. Geraadpleegd op 30 april 2015, van <http://www.bdk-deutschland.de/arbeitskreise/ak-pia/ak-pia-geschichte>

Davidson, L., Sahar, G., Staehli-Lawles, M., Sells, D., & Tondora, J. (2006). Play, pleasure and other positive life events: "Non specific" factors in recovery from mental illness? *Psychiatry*, 69 (2),151-163.

Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen e.V. (2015). Geraadpleegd op 30 april 2015, van <http://dgkt.de/wordpress/>

Dijk, S., Knispel, A., & Nuijen, N. (2011). *GGZ in tabellen 2010*. Utrecht: Trimbos – Instituut. Gedownload op 4 mei 2015, van <http://www.trimbos.nl/~media/Files/Inkijkexemplaren/AF1109%20GGZ%20in%20Tabellen%202010.ashx>

Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2013). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Continho.

Donk, C. van der, Lanen, B. van, & Wright, M. T. (2014). *Praxisforschung im Sozial - und Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.

Eisenbach, N., Snir, S., & Regev, D. (2014). Identification and characterization of symbols emanating from the spontaneous artwork of victims of childhood trauma. [online publicatie]. *The Arts in Psychotherapy*. Gedownload op 12 mei 2015, van <http://www-1sciencedirect-1com-1hanquest.stcproxy.han.nl/science/article/pii/S0197455614001270?#>

Federatie vaktherapeutische beroepen. (2007). *Profiel van de vaktherapeutische beroepen*. Geraadpleegd op 12 april 2015, van http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2009-04-14%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf

Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2013). *Wat is vaktherapie*. Geraadpleegd op 4 maart 2013, van http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie

Forum voor praktijkgericht onderzoek. (2011). *Kenmerken, randvoorwaarden en criteria van praktijkgericht onderzoek*. Gedownload op 13 maart 2015, van <https://online.han.nl/sites/8-ISS-CTO-80726/voltijd/hoofdfase3/Handleidingen%20CT/Kenmerken,%20randvoorwaarden%20en%20criteria%20van%20praktijkgericht%20zorgonderzoek.pdf>

Gesetze im Internet. (2015). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)*. Geraadpleegd op 15 mei 2015, van http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/

GGZ-nieuws. (2014). *Aantal crisisopnamen stijgt flink door bezuinigingen*. Geraadpleegd op 30 april 2015, van <http://www.ggznieuws.nl/home/aantal-crisisopnamen-ggz-stijgt-flink-door-bezuinigingen/>

GGZ-richtlijnen. (2014). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Bijlage 3: Onderzoeksagenda en aanbevelingen*. Geraadpleegd op 14 mei 2015, van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

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

Haeyen, S., Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2014). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. [online publicatie]. *The Arts in Psychotherapy*. Gedownload op 12 mei 2015, van <http://www-1sciencedirect-1com-1hanquest.stcproxy.han.nl/science/article/pii/S0197455615000283?>

Harter-Meyer, R. (2002). *Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen: Sozioökonomische Rahmenbedingungen und bildungspolitische Herausforderungen*. Geraadpleegd op 13 januari 2009, van <http://www2.erzwiss.uni-hamburg.de/personal/Harter-Meyer/september 2002.htm>

Henskens, B. (2009). De beeldend therapeut in de organisatie. In J. de Bruyn, S. Haeyen, B. Henskens, M. Rutten-Saris, H. Visser, & C. Schweizer (Eindred.), *Uit de Verf: Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie*. Weinheim: Juventa.

Jansen, E. P. W. A., & Joostens, T. H. (Red.). (1998). *Enquêteren: Het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*. Groningen: Wolters Noordhoff.

Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding: methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Laseho, L., & Maxwell, L. R. (2010). Coming alive: creative movement as a personal coping strategy on the path to healing and growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38 (1), 17-30.

Lith, T. van, Fenner, P., & Schofield, M. (2011). The lived experience of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disability and Rehabilitation*, 33 (8), 652-660.

Lucassen, P. L. J. B., & Olde Hartman, T. C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

LVR.(2015). *Allgemeine Psychiatrie 1: Institutsambulanz für Erwachsene in Kleve/ Bedburg-Hau*. Geraadpleegd op 3 maart 2015, van <http://www.klinik-bedburg-hau.lvr.de/02kliniken/01allgpsych/01ambulanzen/e12304f2-e551-4c73-9826-9045c8abe5e4.htm>

Makin S., & Gask, L. (2011). "Getting back to normal": the added value of an art-based program in promoting 'recovery' for common but chronic mental health problems. *Chronic Illness*, 8 (1), 64-75.

Maschke, M. (2008). *Behindertenpolitik in der Europäischen Union: Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedstaaten*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Migchelbrink, F. (2012). *Projectmatig werken en onderzoek: Een handleiding voor professionals in onderwijs, zorg, welzijn en wonen*. Amsterdam: SWP.

Odell-Miller, H., Hughes, P., & Westacott, M. (2006). An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems. *Psychotherapy*, 16 (1), 122-139.

Parr, H. (2006). *The arts in mental health: creativity and inclusion*. University of Dundee. Gedownload op 12 mei 2015, van <http://www.welllondon.org.uk/files/976/culture-tradition/13.%20The%20Arts%20and%20Mental%20Health%20-%20Creativity%20and%20Inclusion.pdf>

Pénzes, I. (2009). Het analoge procesmodel in beeldende therapie. In J. de Bruyn, S. Haeyen, B. Henskens, M. Rutten-Saris, H. Visser, & C. Schweizer (Eindred.), *Uit de verf: Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Pool, J., & Odell-Miller, H. (2011). Aggression in music therapy and its role in creativity with reference to personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 38 (3), 169-177.

Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Solli, H. P., & Rolvsjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24 (1), 67-92.

Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy*, 17, (3), 115-129.

Stallbaum, B. (2006). *Inklusion, Integration und Gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen: Sozialpädagogische Perspektiven für die Gemeindepsychiatrische Betreuung*. Diplomarbeit Fachhochschule Kiel.

Statista. (2014). *Einsparungen und Kostenbegrenzungen durch die Gesundheitsreform 2011 im Bereich Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen (in Milliarden Euro)*. Geraadpleegd op 30 april 2015, van <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/166889/umfrage/einsparungen-und-kostenbegrenzungen-gesundheitsreform/>

Theunissen, G. (2001). *Die Independent Living Bewegung: Empowerment - Bewegungen machen mobil (I)*. Geraadpleegd op 12 april 2015, van <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh3-4-01-theunissen-independent.html>

Trimbos-instituut. (2003). *De zorgbehoefte lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Dale. (1999). *Groot woordenboek de Nederlandse taal: A-I*. Utrecht: Van Dalen Lexicografie.

Visser, H. (2009). 1960-1980: Van groei en variatie in het beroep naar institutionalisering. In J. de Bruyn, S. Haeyen, B. Henskens, M. Rutten-Saris, H. Visser, & C. Schweizer (Eindred.), *Uit de verf: Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Woods, A., & Springham, N. (2011). On learning from being the in-patient. *International Journal of Art Therapy*, 16 (2), 60-68.

Wustmann, C. (2006). Resilienz. In Pousset, R. (Red.), *Beltz Handwörterbuch für Erzieherinnen und Erzieher*. Weinheim: Beltz.

Yotis, L. (2006). A review of dramatherapy research in schizophrenia: methodologies and outcomes. *Psychotherapy Research*, (16), 190-200.

8. BIJLAGEN

8.1 Bijlage 1: Vragenlijst patiënten

<i>Fragebogen zur praktischen Erforschung des Bedürfnisses nach Kreativer Therapie</i>
--

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Im Rahmen des Studiums der Kunsttherapie an der Hogeschool von Arnhem und Nijmegen (HAN) schreibe ich eine praxisorientierte Forschungsarbeit.

Die zentrale Fragestellung dreht sich um das eventuelle Bedürfnis der PatientInnen auf den psychiatrischen Institutsambulanzen nach Kreativer Therapie.

Deswegen interessiert mich besonders Ihre **persönliche Meinung** als PatientIn.

Das Ausfüllen dauert 10 - 20 Minuten und die Daten werden **anonym** verarbeitet.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen den Fragebogen auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen,

Johanna Kinzer

Studentin der Kreativen Therapie, HAN Nijmegen

1. Allgemeine Informationen

1.1 ***Geschlecht***

(Zutreffendes ankreuzen)

☐ m

☐ w

1.2 ***Alter***

(Zutreffendes eintragen)

____ Jahre

1.3 ***In Behandlung für (Diagnose)***

(Zutreffendes eintragen)

--

1.4 ***Begleitung / Behandlung durch die Psychiatrische Institutsambulanz seit***

(Bitte ungefähren Zeitraum angeben)

--

2. Therapie auf der Institutsambulanz

2.1 *Zurzeit nehme ich Teil an folgenden Therapien:*

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Einzel-Gesprächstherapie
- ☐ Gruppen- Gesprächstherapie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Andere, nämlich _____

2.2 *Was schätzen Sie am meisten am therapeutischen Angebot der Institutsambulanz?*

(Zutreffendes aufschreiben)

2.3 *Therapie orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten.*

Welche der folgenden Bedürfnisse erkennen Sie bei sich selbst?

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Auseinandersetzung mit Gefühlen
- ☐ Auseinandersetzung mit Gedanken
- ☐ Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten
- ☐ Genusserfahrungen machen
- ☐ Kontrolle über das eigene Leben haben
- ☐ Probleme bewältigen können
- ☐ Selbstbewusster werden
- ☐ Sicherheit im therapeutischen Raum erfahren
- ☐ Sicherheit im Kontakt mit anderen erfahren
- ☐ Sinnhaftigkeit erfahren
- ☐ Verbundenheit mit anderen erfahren
- ☐ Andere, nämlich _____

2.4 **Finden Sie, dass einige dieser persönlichen Bedürfnisse in den angebotenen Therapieformen gar nicht oder nur begrenzt gedeckt werden?**

(Zutreffendes ankreuzen)

☐ Nein, die Therapieformen decken meine Bedürfnisse

☐ Ja, nämlich folgende Bedürfnisse:

2.5 **Haben Sie Wünsche bezüglich der angebotenen Therapieformen?**

(Zutreffendes ankreuzen)

☐ Nein

☐ Ja, nämlich folgende Wünsche:

3. Kreative Therapie

3.1 **Wissen Sie was Kreative Therapie (Drama-, Kunst-, Musik und Tanztherapie) ist?**

(Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Ja, bitte lesen Sie weiter bei **4.**
- ☐ Nein, bitte lesen Sie weiter bei **3.2**

3.2 **Kreative Therapie für wen und wozu?**

Kreative Therapie ist geeignet für PatientInnen die emotionale, soziale, kognitive und psychomotorische Probleme aufzeigen. Mit Hilfe der vier verschiedenen **Medien (Kunst, Drama, Tanz, Musik)** kann die Problematik zielgerichtet in Einzel- sowie Gruppentherapien behandelt werden. Für den einzelnen Menschen ist es oft schwierig, Gefühle und Bedürfnisse in Worte zu fassen. Die Kreative Therapie setzt hier ihre Mittel ein, um mit Hilfe der kreativen Möglichkeiten, Gefühle sowie Bedürfnisse im Material auszudrücken. Kreative Therapie erschafft Situationen, die für den Patienten zunächst ungewohnt und neu sind. So kann der Patient neue Erkenntnisse über seine Fähigkeiten, Stärken und Schwächen gewinnen.

Kann jeder Patient an jeder Form von Kreativer Therapie teilnehmen?

Um an Kreativer Therapie teilzunehmen, sind keinerlei Vorerfahrungen notwendig. Nicht jeder Patient ist offen und geeignet für ein bestimmtes Medium in der Kreativen Therapie. Deshalb ist eine gemeinsame Absprache des zuständigen Fachpersonals sowie des Kreativtherapeuten und des Patienten wichtig.¹⁴

3.3 **Forschungen zeigen, dass sich verbale Psychotherapie und die nonverbal ausgerichtete Kreative Therapie in psychiatrischen Behandlungsprogrammen gut ergänzen können¹⁵:**

- Erfahrungen und Einsichten können sowohl in der verbalen als auch in der Kreativen Therapie thematisiert werden, wodurch sich das Bewusstsein hierfür festigen kann.

Beispiel: Ein im Kontakt mit anderen Menschen unsicherer Patient macht in der Gruppen-Musiktherapie zusammen mit anderen Patienten Musik und kann darüber Selbstvertrauen gewinnen.

- Ein Thema zu dem der Patient in der verbalen Therapie keinen Zugang findet, kann in der Kreativen Therapie nonverbal behandelt werden.

Beispiel: Ein Patient mit einer traumatischen Erfahrung, für die er keine Worte finden kann, malt diese in der Kunsttherapie und findet somit eine andere Ausdrucksweise für seine Erfahrung.

¹⁴Quelle: <http://www.klinik-bedburg-hau.lvr.de/06diagtherapeinr/therapie/kreativtherapie.htm>

¹⁵ Quelle: Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapievragenlijst.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

4. Erfahrung mit Kreativer Therapie

4.1 *Vor dieser Behandlung habe ich schon einmal an Kreativer Therapie teilgenommen:*

(Zutreffendes ankreuzen)

☐ Nein, bitte lesen Sie weiter bei 5.

☐ Ja, nämlich

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

☐ **Dramatherapie**

Wenn ja, wie lange?

(Bitte ungefähren Zeitraum angeben) _____

War Dramatherapie für Sie hilfreich?

☐ Nein

☐ Ja, denn:

(Bitte erläutern Sie kurz warum es hilfreich war)

☐ **Musiktherapie**

Wenn ja, wie lange?

(Bitte ungefähren Zeitraum angeben) _____

War Musiktherapie für Sie hilfreich?

☐ Nein

☐ Ja, denn:

(Bitte erläutern Sie kurz warum es hilfreich war)

☐ **Kunsttherapie**

Wenn ja, wie lange?

(Bitte ungefähren Zeitraum angeben) _____

War Kunsttherapie für Sie hilfreich?

☐ Nein

☐ Ja, denn:

(Bitte erläutern Sie kurz warum es hilfreich war)

☐ **Tanztherapie**

Wenn ja, wie lange?

(Bitte ungefähren Zeitraum angeben) _____

War Tanztherapie für Sie hilfreich?

☐ Nein

☐ Ja, denn:

(Bitte erläutern Sie kurz warum es hilfreich war)

5. Bedürfnis nach Kreativer Therapie

5.1 Was denken Sie:

In welche persönlichen Themen aus der verbalen Therapie könnten Sie sich in der Kreativen Therapie eventuell vertiefen?

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Ausdruck - *Persönliches künstlerisch darstellen und verarbeiten*
- ☐ Bei sich selbst bleiben - *Sich konzentrieren auf das eigene Kunstwerk, das eigene Instrument, die eigene Bewegung*
- ☐ Emotionen - *Ausdruck über Bewegung, Ton, Farbe und Spiel*
- ☐ Einsicht - *Etwas erschaffen was mich widerspiegelt (z.B. Musikstück, Kunstwerk)*
- ☐ Entspannung - *Spiele mit Materialien und Klängen oder mit dem eigenen Körper*
- ☐ Gedanken - *Künstlerisch ausdrücken, loslassen und ordnen*
- ☐ Problembewältigung - *Kraft und Kontrolle über den Umgang mit dem künstlerischen Ausdruck erfahren*
- ☐ Selbstbewusstsein - *Raum einnehmen durch persönlichen künstlerischen Ausdruck*
- ☐ Sicherheit - *Halt finden in der künstlerischen Tätigkeit*
- ☐ Verbindung - *Mich mitbewegen, mich in eine Rolle einfühlen, zusammen mit anderen etwas singen oder malen*
- ☐ Verhalten - *Experimentieren mit Rollen und künstlerischen Handlungsmöglichkeiten*
- ☐ Wahrnehmung - *Sinnliche Erfahrungen machen über Material, Klang, Berührung und Bewegung*
- ☐ Anders,nämlich _____
- ☐ Gar nichts, denn _____

(Bitte erläutern Sie Ihre Auswahl kurz)

5.2

Was meinen Sie:

Welche ihrer persönlichen Themen bekommen in dem bestehenden therapeutischen Angebot keine Aufmerksamkeit, könnten Sie aber in einem Angebot der Kreativen Therapie bearbeiten?

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Ausdruck - *Persönliches künstlerisch darstellen und verarbeiten*
- ☐ Bei sich selbst bleiben - *Sich konzentrieren auf das eigene Kunstwerk, das eigene Instrument, die eigene Bewegung*
- ☐ Emotionen - *Ausdruck über Bewegung, Ton, Farbe und Spiel*
- ☐ Einsicht - *Etwas erschaffen was die eigene Person widerspiegelt (z.B. Musikstück, Kunstwerk)*
- ☐ Entspannung - *Spiele mit Materialien und Klängen oder mit dem eigenen Körper*
- ☐ Gedanken - *Künstlerisch ausdrücken, loslassen und ordnen*
- ☐ Problembewältigung - *Kraft und Kontrolle über den Umgang mit dem künstlerischen Ausdruck erfahren*
- ☐ Selbstbewusstsein - *Raum einnehmen durch persönlichen künstlerischen Ausdruck*
- ☐ Sicherheit - *Halt finden in der künstlerischen Tätigkeit*
- ☐ Verbindung - *Sich mitbewegen, sich in eine Rolle einfühlen, zusammen etwas singen oder malen*
- ☐ Verhalten - *Experimentieren mit Rollen und künstlerischen Handlungsmöglichkeiten*
- ☐ Wahrnehmung - *Sinnliche Erfahrungen machen über Material, Klang, Berührung und Bewegung*
- ☐ Anders, nämlich _____
- ☐ Gar nichts, denn _____

(Bitte erläutern Sie Ihre Auswahl kurz)

5.3 **Denken Sie, dass Sie Nutzen von einem Angebot der Kreativen Therapie (Drama- , Musik- , Kunst- oder Tanztherapie) auf der Psychiatrischen Institutsambulanz haben würden?**

(Zutreffendes ankreuzen)

☐ Nein gar nicht

☐ Ja ,

ich schätze meinen persönlichen Nutzen von so einem Angebot
auf einer Skala von **1 (wenig Nutzen)** bis **10 (großer Nutzen)**
auf _____ (Ziffer eintragen).

An welche Therapieform(en) denken Sie dabei?

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

☐ Dramatherapie

☐ Kunsttherapie

☐ Musiktherapie

☐ Tanztherapie

☐ Kein Interesse an Kreativer Therapie

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.2 Bijlage 2: vragenlijst medewerkers

<i>Fragebogen zur praktischen Erforschung des Bedürfnisses nach Kreativer Therapie</i>
--

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Im Rahmen des Studiums der Kunsttherapie an der Hogeschool von Arnhem und Nijmegen (HAN) schreibe ich eine praxisorientierte Forschungsarbeit.

Die zentrale Fragestellung befasst sich mit dem eventuellen Bedürfnis der PatientInnen auf den psychiatrischen Institutsambulanzen in Kleve und Geldern nach Kreativer Therapie. Deswegen bin ich sehr an Ihrer **persönlichen Meinung** als MitarbeiterIn interessiert.

Das Ausfüllen dauert 5 bis 10 Minuten.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen den Fragebogen auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen,

Johanna Kinzer

Studentin der Kunsttherapie, HAN Nijmegen

1. ***In welcher Funktion arbeiten Sie in der Ambulanz?***

(Zutreffendes eintragen)

--

2. ***Wie lange arbeiten Sie dort schon ungefähr?***

(Zutreffendes eintragen)

_____ Jahr/Jahre

3. ***Was, glauben Sie, schätzen PatientInnen am meisten am therapeutischen Behandlungsangebot der Ambulanz?***

(Bitte erläutern Sie kurz)

--

4. ***Nehmen Sie Hinweise wahr, dass PatientInnen der Ambulanz noch weitere Wünsche bezüglich des therapeutischen Behandlungsangebotes haben oder äußern?***

☐ Nein

☐ Ja, was wünschen sie sich?

(Bitte erläutern Sie kurz)

--

5. **Welche der folgenden Bedürfnisse in der Therapie erkennen Sie bei Ihren PatientInnen?**

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Auseinandersetzung mit Gefühlen
- ☐ Auseinandersetzung mit Gedanken
- ☐ Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten
- ☐ Genusserfahrungen machen
- ☐ Kontrolle über das eigene Leben haben
- ☐ Probleme bewältigen können
- ☐ Selbstbewusster werden
- ☐ Sicherheit im therapeutischen Raum erfahren
- ☐ Sicherheit im Kontakt mit anderen erfahren
- ☐ Sinnhaftigkeit erfahren
- ☐ Verbundenheit mit anderen erfahren
- ☐ Andere, nämlich _____

6. **Wissen Sie was Kreative Therapie ist?**

(Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Ja, lesen Sie bitte weiter bei **8.**
- ☐ Nein, lesen Sie bitte weiter bei **7.**

7. **Kreative Therapie für wen und wozu?**

Kreative Therapie ist geeignet für Patienten die emotionale, soziale, kognitive und psychomotorische Probleme aufzeigen, wie sie auch im Klassifikationssystem des DSM 5 und ICD 10 aufgelistet sind.

Mit Hilfe der vier verschiedenen *Medien (Kunst, Drama, Tanz, Musik)* kann die Problematik zielgerichtet in Einzel- sowie Gruppentherapien behandelt werden. Für den einzelnen Menschen ist es oft schwierig, Gefühle und Bedürfnisse in Worte zu fassen. Die Kreative Therapie setzt hier ihre Mittel ein, um mit Hilfe der kreativen Möglichkeiten, Gefühle sowie Bedürfnisse im Material auszudrücken. Kreative Therapie erschafft Situationen, die für den Patienten zunächst ungewohnt und neu sind. So kann der Patient neue Erkenntnisse über seine Fähigkeiten, Stärken und Schwächen gewinnen.

Kann jeder Patient an jeder Form von Kreativer Therapie teilnehmen?

Jedes der 4 *Medien* verfügt über eigene Indikationen. In der allgemeinen Psychiatrie in Bedburg-Hau sind diese in Ankreuzform im Anmeldeformular des Patienten für eine bestimmte Therapieform aufgeführt. Um an Kreativer Therapie teilzunehmen, sind keinerlei Vorerfahrungen notwendig. Es gibt Pro- und Kontraindikationen. Nicht jeder Patient ist offen und geeignet für ein bestimmtes Medium in der Kreativen Therapie. Deshalb ist eine gemeinsame Absprache des zuständigen Fachpersonals sowie des Kreativtherapeuten und des Patienten wichtig.¹⁶

Forschungen zeigen, dass sich verbale und die nonverbal ausgerichtete Kreative Therapie in psychiatrischen Behandlungsprogrammen gut ergänzen können:

- Erfahrungen und Einsichten können sowohl in der verbalen als auch in der Kreativen Therapie thematisiert werden, wodurch sich das Bewusstsein hierfür festigen kann.

Beispiel: Ein Patient mit sozialer Angst macht in der Gruppen-Musiktherapie zusammen mit anderen Patienten Musik und erlebt dieses als Exposure.

- Ein Thema zu dem der Patient in der verbalen Therapie keinen Zugang findet, kann in der Kreativen Therapie nonverbal behandelt werden.

Beispiel: Ein Patient mit PTSS malt in der Kunsttherapie seine traumatische Erfahrung und findet somit eine andere Ausdrucksweise für seine Erfahrung.¹⁷

¹⁶ Quelle: <http://www.klinik-bedburg-hau.lvr.de/06diagtherapeinr/therapie/kreativtherapie.htm>.

¹⁷ Quelle: Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapievragenlijst*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

8. **Was denken Sie:**

In welche Themen aus der verbalen Therapie könnten die PatientInnen der Institutsambulanz sich in der Kreativen Therapie vertiefen?

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Ausdruck - *Persönliches künstlerisch darstellen und verarbeiten*
- ☐ Bei sich selbst bleiben - *Sich konzentrieren auf das eigene Kunstwerk, das eigene Instrument, die eigene Bewegung*
- ☐ Emotionen - *Ausdruck über Bewegung, Ton, Farbe und Spiel*
- ☐ Einsicht - *Etwas erschaffen was die eigene Person widerspiegelt (z.B. Musikstück, Kunstwerk)*
- ☐ Entspannung - *Spiele mit Materialien und Klängen oder mit dem eigenen Körper*
- ☐ Gedanken - *Künstlerisch ausdrücken, loslassen und ordnen*
- ☐ Problembewältigung - *Kraft und Kontrolle über den Umgang mit dem künstlerischen Ausdruck erfahren*
- ☐ Selbstbewusstsein - *Raum einnehmen durch persönlichen künstlerischen Ausdruck*
- ☐ Sicherheit - *Halt finden in der künstlerischen Tätigkeit*
- ☐ Verbindung - *Sich mitbewegen, sich in eine Rolle einfühlen, zusammen etwas singen oder malen*
- ☐ Verhalten - *Experimentieren mit Rollen und künstlerischen Handlungsmöglichkeiten*
- ☐ Wahrnehmung - *Sinnliche Erfahrungen machen über Material, Klang, Berührung und Bewegung*
- ☐ Anders, nämlich _____
- ☐ Gar nichts, denn _____

(Bitte erläutern Sie Ihre Auswahl kurz)

9. **Welche Themen bekommen Ihrer Meinung nach keine Aufmerksamkeit in dem bestehenden therapeutischen Angebot der Institutsambulanz, könnten aber in einem Angebot der Kreativen Therapie bearbeitet werden?**

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Ausdruck - *Persönliches künstlerisch darstellen und verarbeiten*
- ☐ Bei sich selbst bleiben - *Sich konzentrieren auf das eigene Kunstwerk, das eigene Instrument, die eigene Bewegung*
- ☐ Emotionen - *Ausdruck über Bewegung, Ton, Farbe und Spiel*
- ☐ Einsicht - *Etwas erschaffen was die eigene Person widerspiegelt (z.B. Musikstück, Kunstwerk)*
- ☐ Entspannung - *Spielen mit Materialien und Klängen oder mit dem eigenen Körper*
- ☐ Gedanken - *Künstlerisch ausdrücken, loslassen und ordnen*
- ☐ Problembewältigung - *Kraft und Kontrolle über den Umgang mit dem künstlerischen Ausdruck erfahren*
- ☐ Selbstbewusstsein - *Raum einnehmen durch persönlichen künstlerischen Ausdruck*
- ☐ Sicherheit - *Halt finden in der künstlerischen Tätigkeit*
- ☐ Verbindung - *Sich mitbewegen, sich in eine Rolle einfühlen, zusammen etwas singen oder malen*
- ☐ Verhalten - *Experimentieren mit Rollen und künstlerischen Handlungsmöglichkeiten*
- ☐ Wahrnehmung - *Sinnliche Erfahrungen machen über Material, Klang, Berührung und Bewegung*
- ☐ Anders, nämlich _____
- ☐ Gar nichts, denn _____

(Bitte erläutern Sie Ihre Auswahl kurz)

10. **Können Sie sich vorstellen, dass die PatientInnen der Psychiatrischen Institutsambulanz von Kreativer Therapie profitieren könnten?**

(Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Nein, gar nicht
- ☐ Ja ,

auf einer Skala von **1 (unwichtig)** bis **10 (sehr wertvoll)**

schätze ich den Mehrwert für die PatientInnen auf eine _____ (Ziffer eintragen).

An welche Therapieform(en) denken Sie dabei?

(Zutreffendes ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

- ☐ Dramatherapie
- ☐ Kunsttherapie
- ☐ Musiktherapie
- ☐ Tanztherapie

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!