

GROOT PRAKTIJKONDERZOEK

Beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra.



De weg naar herstel- Marcelle Brink v.d. Mey

EEN ONDERZOEK NAAR HOE BEELDEND E THERAPIE INGEZET KAN WORDEN BIJ DE BEHANDELING VAN DE PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN VAN EEN INVALIDERENDE ZIEKTE OF ONGEVAL BINNEN HET BESTAANDE BEHANDELAANBOD VAN DE REVALIDATIE.

Naam student: Sandra Beuving
Studentnummer: 1518023
Studie: Creatieve therapie Beeldend
School: Hogeschool Utrecht,
Locatie: Amersfoort
Beoordelaar: Han Kurstjens

INHOUD

Voorwoord.....	4
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1. probleemstelling, doelstelling en vraagstelling.....	7
1.1 probleemstelling	7
1.2 Doelstelling	10
1.3 vraagstelling	11
Hoofdstuk 2. onderzoeksmethoden en techniek.....	12
2.1 onderzoeksmethoden & techniek	12
2.2 onderzoeksmethoden gekoppeld aan deelvragen	12
hoofdstuk 3.mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval	14
3.1 Algemene problemen van de invaliderende ziekte of ongeval	14
3.2 psychosociale gevolgen uit de revalidatiepraktijk in Beeld	17
Hoofdstuk 4. bestaande behandelaanbod voor de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen de revalidatiesetting	22
4.1 biopsychosociale model.....	22
4.2 medische disciplines.....	23
4.3 paramedische disciplines.....	24
4.4 psychosociale-culture disciplines	24
Hoofdstuk 5. behandelvorm Beeldende therapie in de revalidatie	26
5.1 Methodieken	26
5.2 Methodes.....	26
5.3 Werkwijzen	27
5.4 werkvormen.....	28
5.5 Doelstellingen binnen beeldende therapie	29
5.6 therapeutische houding.....	30
5.7 Module omgaan met en module vaardigheden	30
5.8 Indicatie voor beeldende therapie	31
5.9 Contra indicatie.....	32
5.10 positie beeldend therapeut in het multidisciplinair team	32
hoofdstuk 6. bijdrage beeldende therapie binnen de totale revalidatiebehandeling.....	33
6.1 Beeldende therapie in de revalidatiesetting	33
6.2 Communiceren met beeldend expressieve materialen	33
6.3 Bijdrage van beeldende therapie in de revalidatiebehandeling	34
6.4 De kracht beeldende therapie	35
6.5 Doel van beeldende therapie in de revalidatie	36
6.6 hulpvraag patiënt.....	36
6.7 de emotionele verwerking van een invaliderende ziekte of ongeval	36
6.8 het bieden van compensatie en het vergroten van het gevoel van eigenwaarde	39
6.9 Het stimuleren van contact en communicatie.....	39
6.10 De ervaring van de patiënten in beeldende therapie	40
6.11 Ervaring patiënt met afasie en echtgenoot	40
Hoofdstuk 7 waarde beeldende therapie in de revalidatie	42
7.1 emotie driehoek van doen-denken-voelen	42
7.2 waarde van de psychotherapieën binnen het behandelaanbod van de revalidatie	43
7.3 waarde van beeldende therapie.....	45
7.4 Breed inzetbaar.....	47

Hoofdstuk 8. eindconclusie	48
8.1 Behandeling van de psychosociale gevolgen	48
8.2 de algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling op psychosociaal gebied.	49
8.3 de bijdrage van beeldende therapie in de revalidatie	50
8.4 waarde van beeldende therapie	50
8.5 indicatiestelling van beeldende therapie in de revalidatie	51
8.6 de bevorderende factor van de positie van de beeldend therapeut.....	51
8.7 eindconclusie	51
Hoofdstuk 9. aanbevelingen	53
9.1 aanbevelingen voor de beroepspraktijk vaktherapie	53
9.5 voorstel praktijkproduct	53
Hoofdstuk 10. discussie	54
10.1 evaluatie Ontwikkelingsproces ten aanzien van het onderzoek	54
10.2 Persoonlijke ontwikkeling	55
Samenvatting	57
Summary	58
Bronnenverantwoording	59
Boeken & Artikelen	59
Folders	60
internetbronnen	60
Nawoord.....	61
Urenverantwoording	62
Bijlagen.....	63
Bijlage 1 Overzicht van activiteitentherapie en vaktherapie binnen de revalidatiecentra in Nederland	63
Bijlage 2. Aandachtvelden binnen beeldende therapie in de revalidatie	65
Bijlage 3. vragenlijsten interviews professionals	67

Je bent gelukkig, gezond, je hebt een gezin, een man en twee jonge kinderen. Je staat midden in het leven en geniet van elk moment, de zorg voor je kinderen, je hobby's, niks lijkt dit leventje te kunnen verstoren, maar dan gebeurt er plotseling iets vreselijks, het is als een bliksem die inslaat. Niets vermoedend ben je bezig met de ochtendrituelen en plotseling lig je op de koude badkamervloer, je hebt geen besef wat er gebeurt, je bewustzijn laat je in de steek.....het is als een waas, een droom, iets onwerkelijks.

Wanneer je weer een beetje bij bent zie je allemaal gezichten boven je hangen..... ONBEGRIJPELIJKwat is er gebeurd? Waar ben ik, wie ben ik? En al snel is daar de ambulance en het ziekenhuis... een ongeluk in de hersenen was de oorzaak, een herseninfarct.

Alles wordt vast weer de oude, het is een kwestie van tijd.....HOOP. Maar waarom beweegt mijn hand niet meer en mijn been, zullen die ooit nog kunnen functioneren. Waarom gaat praten zo moeilijk?TELEURSTELLING, ONZEKERHEID, ANGST. Nee! Het is blijvend, waarom ik?..... VERDRIET. Het huilen lijkt niet meer te stoppen. Wat heeft het leven nog voor zin?

Het doorzetten..... KRACHT, de revalidatie, het leerproces, opnieuw leren lopen, schrijven, de dagelijkse dingen weer oppakken, bewegen, hobby's uitvoeren, oefenen, oefenen en nog eens oefenen, vallen en opstaan, aanpassen aan je omgeving, leren omgaan met beperking en het trauma verwerken.

'Ik ga het revalidatiecentrum niet uit voordat ik weer kan traplopen'; Dit is wat mijn moeder 22 jaar geleden zei toen zij opgenomen was in revalidatiecentrum de Kastanjehof in Apeldoorn.

Ik was twee jaar toen mijn moeder een herseninfarct kreeg, ik kan mij er niets meer van herinneren, alleen gevoelsmatig heeft het veel indruk op mij gemaakt.

Door deze ervaring ben ik geïnteresseerd geraakt in de revalidatiegeneeskunde. Na wat gepraat met mijn moeder gaf zij aan dat er binnen het revalidatiecentrum maar weinig echte ondersteuning, door middel van therapie, was bij de emotionele verwerking van deze verlieservaring. Dit bracht mij op het onderwerp voor mijn onderzoek hoe beeldende therapie ingezet kan worden binnen de revalidatiegeneeskunde. Ik ben er van overtuigd dat beeldende therapie veel kan betekenen in de revalidatie behandeling, deze overtuiging is de aanleiding voor mijn onderzoek geweest.

Tijdens dit hele onderzoeksproces is mijn overtuiging van de combinatie beeldende therapie en de revalidatiebehandeling van mensen met een chronische ziekte of ongeval alleen maar bevestigd.

Graag wil ik de beeldend therapeuten en de meegewerkte disciplines van het multidisciplinair team van de longafdeling van het centrum voor revalidatie locatie Beatrixoord in Haren, de twee beeldende therapeuten van Universitair centrum voor chronische ziekten Dekkerswald bedanken voor het afnemen van de interviews en de bijdrage die ze hiermee hebben geleverd aan mijn onderzoek.

Dit onderzoeksverslag is het eindresultaat van het onderzoek dat ik heb gedaan naar de toepassing van beeldende therapie in de totale revalidatiebehandeling.

Het eerste hoofdstuk richt zich op de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling. De probleemstelling is het startpunt van het onderzoek. Hierin worden verschillende facetten uiteen gezet die betrekking hebben op de thematiek van het probleem. Daarbij zijn de aanleiding en de relevantie van dit onderzoek in meegenomen. In de vraagstelling stel ik een vraag die ik met dit onderzoek wil beantwoorden. De vraagstelling heeft betrekking op het werkveld revalidatie en de doelgroep volwassene die een revalidatiebehandeling volgt. De doelstelling geeft de richting aan van dit onderzoek en geeft weer wat ik met dit onderzoek wil bereiken. Het is gericht op het enerzijds verschaffen van nieuwe kennis en anderzijds heeft het betrekking op mijn overtuigen van de toepasbaarheid van beeldende therapie.

Daarop aansluitend hoofdstuk 2, daarin wordt het onderzoekstype, kwalitatief, en de onderzoeksmethode, triangulatie, uiteen gezet en verduidelijkt welke vorm van onderzoek ik gehanteerd heb en hoe deze is toegepast op de deelvragen.

In de hoofdstukken 3 tot en met 7 zijn de onderzoeksresultaten met betrekking tot de verschillende deelvragen beschreven. Elk hoofdstuk is onderverdeeld in meerdere onderdelen.

Door middel van hoofdstuk 3 en 4 breng ik de context in beeld van de revalidatiesetting, in hoofdstuk 3 beschrijf ik de mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval, waarin ik de algemene problematiek beschrijf zowel uit de literatuur als uit de praktijk.

En in hoofdstuk 4 beschrijf ik het bestaande behandelaanbod voor de psychosociale gevolgen van een ziekte of ongeval binnen de revalidatie. Waarin ik het biopsysociale model, en de verschillende disciplines nader omschrijf.

De hoofdstukken 5, 6 en 7 zijn gericht op beeldende therapie in de revalidatiesetting. Ik beschrijf in hoofdstuk 5 hoe beeldende therapie ingezet wordt binnen de revalidatiebehandeling, waarin ik methodieken, methode, werkwijze, werkvormen, doelstellingen en therapeutische houding beschrijf. Ook formuleer ik twee modules die binnen de revalidatiebehandeling worden gegeven en als laatst formuleer ik indicaties en contra-indicaties voor beeldende therapie in de revalidatie.

Het daarop volgende hoofdstuk, hoofdstuk 6 maak ik een omschrijving van de bijdrage van beeldende therapie in de totale revalidatiebehandeling, hierbinnen richt ik mij op communiceren met beeldende expressieve materialen, de kracht en doelstelling van beeldende therapie, hulpvraag van de cliënt en de ervaringen van cliënten.

Zo gaf bijvoorbeeld een cliënt met afasie die beeldende therapie volgt met haar echtgenoot aan dat *“door te tekenen en te schilderen en het gebruik maken van kleuren kan ik mijn emoties uiten”*. Haar man vulde aan *“voor mij is het een middel om mijn vrouw beter te kunnen begrijpen.”*

In hoofdstuk 7 beschrijf ik de waarde van beeldende therapie in de revalidatie, ik ga in op de emotiedriehoek doen-denken en handelen, sta stil bij de waarde van de andere psychotherapieën en bij de waarde van beeldende therapie.

In hoofdstuk 8 beschrijf ik mijn eindevaluatie. In de evaluatie wordt de nadruk gelegd op hoe beeldende therapie ingezet kan worden binnen de totale revalidatiebehandeling, hierin wordt de bijdrage en waarde van beeldende therapie beschreven voor de behandeling van de psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod.

In de discussie in hoofdstuk 9, wordt beschreven of en hoe de vraagstelling beantwoord is en of het voorgenomen doel behaald is. Hier zal ik reflecteren op de sterke en minder sterke punten van dit onderzoek en in hoeverre het bruikbaar en toepasbaar is voor de praktijk. Vervolgens zal ik de verkregen resultaten interpreteren en een beschrijving geven van mijn ontwikkeling als student beeldende therapie met betrekking tot het doen van onderzoek.

Tot slot is er achter in dit onderzoek een samenvatting te vinden die alle onderzoeksprocessen en bevindingen kort samenvat. De samenvatting kan afzonderlijk van de rest van dit onderzoek gelezen worden.

In dit onderzoek worden de mensen met een invaliderende ziekte of ongeval die behandeld worden in een revalidatiecentrum soms 'patiënt', 'cliënt' of 'revalidant' genoemd.

Een patiënt is iemand waaraan klinische, medische, paramedische en/of verpleegkundige hulp verleend word. Indien een persoon ambulante psychische hulp, psychiatrische zorg, of hulp van een maatschappelijk werker krijgt, spreekt men eerder van cliënt dan van patiënt.

In vaktherapie wordt in deze tijd gesproken van cliënt dus wanneer ik over therapiespecifieke onderwerpen schrijf gebruik ik deze term.

Een revalidant is een persoon met een tijdelijk of blijvende beperking, die kampt met functiestoornissen en invoegingstoornissen, voorkomend zijn primaire beperking en die de bereidheid heeft te revalideren.

HOOFDSTUK 1. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING

1.1 PROBLEEMSTELLING

Het belangrijkste hoofddoel van de revalidatiebehandeling is werken aan een zo zelfstandig mogelijke terugkeer in de maatschappij. Om dit doel te bereiken richt de revalidatiegeneeskunde zich op het voorkomen, terugbrengen en genezen van (te verwachten) gevolgen voor mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. Wanneer volledig herstel op korte termijn niet te verwachten is, wordt er geprobeerd te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, wordt er alles aan gedaan om de beperking zo goed mogelijk in het leven, omgeving en de maatschappij van de revalidant in te passen¹

Het behandelaanbod bestaat uit verschillende disciplines die dit hoofddoel nastreven. Elke therapie heeft weer een ander therapiedoel en levert zo een bijdrage aan het hoofddoel.

De hoofdbehandelaar is de revalidatiearts. De fysiotherapeut oefent de bewegingsmogelijkheden met de patiënt, de ergotherapeut is erop gericht dat de revalidant de dagelijkse activiteiten zo zelfstandig mogelijk kan uitvoeren, eventueel op aangepaste wijze. De logopedist biedt hulp bij taal-, stem- en/of spraakproblemen, evenals gehoorproblemen. De bewegingsagoog houdt zich bezig met sport, zwemmen en conditietraining, belangrijke oefenmethoden in de revalidatie. De activiteitentherapeut heeft als taak de patiënt zinvolle bezigheden aan te bieden en te helpen bij het ontwikkelen van hobby's die thuis voortgezet kunnen worden. De maatschappelijk werker kan de patiënt en de familie helpen bij het hervinden van de balans in het leven die verstoord kan zijn als gevolg van de handicap. De psycholoog zorgt voor individuele en/of groepsbegeleiding van revalidanten met als hoofddoel het verwerken van de beperking en het accepteren van de nieuwe situatie. De psycholoog heeft ook een belangrijke taak bij het onderzoeken van mentale functies, bij het geven van adviezen bij beroepskeuze en scholing.

Mensen komen de revalidatie binnen met een tijdelijk of chronisch fysieke (bewegingsapparaat, organische en neurofysiologische) aandoening. In eerste instantie liggen de doelstellingen en hulpvragen bij het zo goed mogelijk herstellen van het fysiek functioneren. In tweede instantie wordt er in de meeste gevallen naar sociaal en/of psychische functioneren gekeken.

Vooral wanneer een aandoening blijvend of ernstig is kan dat veel impact hebben op het welzijn van de mens en zijn omgeving. Zo is bijvoorbeeld bekend dat minstens één derde van de Cerebro Vasculair Accident (CVA) patiënten last krijgt van depressieve klachten. Cerebro Vasculair Accident, betekent 'ongeluk in de bloedvaten van de hersenen'. Dit kan een hersenbloeding of een herseninfarct zijn. Veelal is er links of rechts van het lichaam een verlamming. De psychosociale gevolgen hebben een negatief effect op het herstel van het motorisch functioneren en sociaal functioneren.²

Op emotioneel gebied maakt het plotselinge ziek zijn veel los. Verdriet, angst, onzekerheid, woede, pijn en frustratie zijn emoties die in korte tijd de overhand hebben. Het ineens iets niet meer kunnen wat eerder voor de ziekte vanzelfsprekend was. Dit gevoel kan veel invloed hebben op het zelfbeeld. Het (Rouw)verwerkingsproces, acceptatieproces en adaptatieproces spelen daarom een grote rol in de revalidatiebehandeling.

¹ http://www.revalidatie.nl/revalideren/wat_is_revalidatie

² http://www-fgg.eur.nl/mpp/publications/scriptie_b_cupido.pdf

Behandeling van de psychosociale gevolgen is noodzakelijk en zorgt er voor dat het fysieke herstel niet vertraagt.³ Een psycholoog kan hierin veel betekenen, namelijk door zich te richten op de problemen ten gevolge van de beperking. Dit kan doormiddel van gesprekken over de problemen en het toepassen van psychotherapie. Naast de psycholoog zijn er in veel revalidatiecentra nog weinig mogelijkheden voor de non-verbale behandeling van de psychosociale aspecten van de revalidatie voor mensen die het moeilijk vinden om hun gevoel onder woorden te brengen.

Naar mijn mening biedt voor deze cliënten vaktherapie veel mogelijkheden. Onder vaktherapie verstaan we beeldende therapie, muziek therapie, drama therapie, dans therapie en psychomotorische therapie. Doordat de therapieën ervaringsgericht zijn kan de cliënt zijn problemen door middel van het werken in en met het media ervaren. Het wordt hierdoor voelbaar, verteerbaar en zichtbaar, en daarmee helder, beter bespreekbaar en behandelbaar.

Aangezien mijn afstudeerrichting beeldende therapie is richt ik mij in dit onderzoek op beeldende therapie. Beeldende therapie biedt naar mijn mening voor revalidanten die moeite hebben met verbaal abstraheren en reflecteren of juist verbaliteit en rationalisering als afweer gebruiken. Het gaat dan om het leren ervaren, doen en oefenen in plaats van het praten over hun problematiek. Er zijn cliënten die moeilijk hun problematiek en daarbij hun gedrag inzichtelijk krijgen, door dit letterlijk in beeld te brengen kan de cliënt dit inzicht verkrijgen. Vooral voor cliënten die moeite hebben contact te maken met hun eigen beleavingswereld en die moeite hebben met continuïteit in het contact te ervaren biedt de revalidatiegeneeskunde een beperkt aanbod. Het voordeel van beeldende therapie is dat het beeldend werkstuk blijft bestaan.

Beeldende therapie biedt de cliënt door te experimenteren met materialen en vormgeving, het eigen handelen en het gedrag te ervaren. Door deze materiaalervaring en de vormgevingsprocessen kan de cliënt zijn emoties, gedrag en gedachten leren ordenen en begrenzen.

Voor cliënten voor wie zijn problematiek of ervaringen geen of moeilijk woorden te vinden zijn of cliënten waarbij sprake is van een taboe op praten of het benoemen van bepaalde ervaringen en voor cliënten waarbij de verbale communicatie moeilijk verloopt, kunnen gesprekken met de psycholoog moeilijk verlopen en niet effectief zijn. Beeldende therapie biedt de uitkomst.

Beeldende therapie kan op een andere manier een bijdrage leveren aan de psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte of ongeval.

Als we kijken naar de psychosociale gevolgen hebben die betrekking op het anders zijn, een beperkte toekomstverwachting hebben, afhankelijkheid, het hebben van beperkingen, het niet meer volledig kunnen uitvoeren van de dagelijkse verplichtingen, onvermogen aan zijn lot te ontsnappen en een beperkte vrijheid. Gevolgen kunnen zijn inactiviteit, een laag zelfbeeld, rationele problemen, in een isolement raken en kan een depressie veroorzaken.

Mijn vooronderzoek bestond uit het nagaan hoeveel revalidatiecentra in Nederland er zijn, de uitkomst is 23 revalidatiecentra. Binnen elk revalidatiecentrum heb ik onderzocht welke vaktherapeuten daar werkzaam zijn, om zo na te gaan of er binnen de revalidatiecentra een beeldend therapeut werkzaam is. Daaruit is gebleken dat er weinig vaktherapie wordt gegeven binnen de revalidatiegeneeskunde. Muziektherapie is het best vertegenwoordigd binnen de revalidatie. Psychomotorische therapie, drama therapie en beeldende therapie nauwelijks.

Danstherapie is helemaal niet vertegenwoordigd. Zie tabel bijlage 1, pagina 63

Uit mijn vooronderzoek bleek dat er in Nederland alleen binnen de revalidatiecentra in het centrum voor revalidatie van het universitair medisch centrum Groningen één beeldend therapeut werkzaam is.

³ http://www-fgg.eur.nl/mpp/publications/scriptie_b_cupido.pdf

Door het contact met deze beeldend therapeut ben ik daarnaast in contact gekomen met twee andere beeldend therapeuten, twee die werkzaam zijn binnen de revalidatie voor chronische ziekten, Universitair centrum voor chronische ziekten Dekkerswald in Groesbeek. Van deze bronnen heb ik veel informatie kunnen ontvangen voor mijn onderzoek.

Naast het vooronderzoek binnen de revalidatiecentra heb ik in het tijdschrift voor vaktherapie artikelen opgezocht over revalidatie behandeling. Ik heb drie artikelen gevonden over muziektherapie in het revalidatiecentrum. In het revalidatiemagazine, kwam ik een artikel 'Het gaat beter met muziek' tegen. In het boek 'Muziek therapie op maat, toepassingen in de revalidatie van kinderen en volwassenen', heb ik veel kunnen vinden over de toepassing en de meerwaarde van muziektherapie in de revalidatie. Over dramatherapie, danstherapie en psychomotorische therapie in de revalidatie is in de door mij gevonden literatuur weinig te vinden

Uit verschillende artikelen uit het tijdschrift voor vaktherapie, het revalidatiemagazine en uit het boek 'muziektherapie op maat, toepassingen in de revalidatie van kinderen en volwassenen', blijkt dat muziektherapie een goede effectieve aansluiting biedt binnen het behandelaanbod van de revalidatie. *'De ervaringen in de revalidatiecentra waar muziektherapie wel in de behandeling is opgenomen zijn zo gunstig dat naar verwachting deze vorm van therapie in de toekomst ook in andere centra ingang zal vinden'*.⁴

*De muziektherapeuten in de revalidatie zullen in de toekomst benadrukken dat het in de behandeling van motorisch gehandicapte kinderen en volwassene niet gaat om het lichaam of de geest, maar om beide. Ze zijn niet te scheiden en blijven elkaar voortdurend beïnvloeden.*⁵

Deze conclusie bracht mij op de vraag wat mogelijke oorzaken kunnen zijn waarom muziektherapie inmiddels in revalidatiecentra is opgenomen en beeldende therapie nog nauwelijks. Onbekendheid en beperkte kennis over het beroep beeldende therapie is mogelijk één van de oorzaken dat beeldende therapie niet tot nauwelijks in het behandelaanbod van de revalidatie te vinden is. Ook Financiën kunnen een rol spelen dat beeldende therapie niet in het behandelaanbod is opgenomen. Uit meerdere ervaringen van revalidatiecentra, te lezen in de artikelen uit het tijdschrift voor vaktherapie, het revalidatiecentrum en het boek 'muziektherapie op maat', heeft het bewijs geleverd dat muziektherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling. Dit is een belangrijk gegeven, bekendheid en erkenning van het effect van het vak.

In het revalidatiemagazine las ik een artikel 'erkenning voor een mooi vak' waarin de nadruk lag op de ontwikkeling van activiteitenbegeleiding, gericht op ontspanning en afleiding, naar activiteitentherapie als onderdeel van de behandeling. *'Middels creatieve activiteiten geven wij ze inzicht in hun gedrag en leren ze een balans te zoeken in ontspanning en belasting. Hierdoor bereiken we een revalidatiedoel'. Op veel plaatsen wordt nog gesproken van activiteitenbegeleiding maar activiteitentherapie dekt de lading beter'*.⁶

Hieruit zou je de conclusie kunnen trekken dat wanneer je weinig kennis hebt van beeldende therapie de activiteitentherapeut aan hetzelfde doel werkt als een beeldend therapeut. Het zou niet de eerste keer zijn dat er een discussie ontstaat tussen activiteitenbegeleiding en beeldende therapie⁷. Er zijn verschillen te ontdekken. Door hier in mijn vooronderzoek aandacht aan te besteden kwam ik terecht bij een eerder onderzoek van Celine Schweizer en Carina Visser, waarin onderzoek wordt gedaan naar het verschil tussen behandelen en begeleiden.⁸

⁴ Bruin de, Madeleen, (1994) Muziek therapie op maat, toepassingen in de revalidatie van kinderen en volwassenen, uitgeverij: Intro, Nijkerk.

⁵ Bruin de, Madeleen (1999/2), toepassingen van muziektherapie in de revalidatie in Nederland, Tijdschrift voor creatieve therapie,

⁶ Merckies, Anne, (2008/3), Erkenning voor een mooi vak, Revalidatie Magazine

⁷ <http://www.maartenstevens.nl/maarten/feitenenlabels.htm>

⁸ Schweizer, Celine en Visser, Carina, Verschil moet er zijn, ONDERZOEK KENNISKRING Social Work and Art therapies aan de CHN te Leeuwarden.

Een belangrijk verschil, is het opleidingsniveau. Activiteitenbegeleiding is een MBO opleiding en creatieve therapie is een HBO studie. Omdat je binnen activiteitenbegeleiding en beeldende therapie beide met kunstzinnige middelen en creatieve activiteiten bezig kan zijn wordt dit nog wel eens gezien als een vergelijkbaar vak. Muziektherapie heeft daarin tegen geen vergelijkbare MBO opleiding, zoals activiteitenbegeleiding bij beeldende therapie, dit kan misschien als voordeel werken voor de bekendheid en erkenning van het vak muziek therapie binnen de revalidatie. Het gegeven dat er een activiteitentherapeut in het behandelaanbod is opgenomen, speelt na mijn inziens waarschijnlijk wel mee, waarom beeldende therapie vaak niet in het behandelaanbod voor komt.

Over het algemeen zijn de psychosociale gevolgen voor elke aandoening in min of meerdere mate voor iedereen hetzelfde. Er zijn wel een aantal specifieke problemen te noemen voor de verschillende aandoeningen. In mijn onderzoek hou ik het bij de algemene psychosociale gevolgen om mijn onderzoek te beperken.

In hoofdlijnen hebben we in de revalidatie te maken met aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en/of van het centraal en perifeer zenuwstelsel en chronische ziekten of orgaanfalen zoals hart en longaandoeningen.

Mijn onderzoek richt ik op alle aandoeningen binnen de revalidatie, omdat ik van mening ben dat beeldende therapie breed inzetbaar is binnen de totale revalidatie.

De revalidatie is in de kinderrevalidatie en volwassen revalidatie (vanaf 18 jaar) in klinisch en poliklinisch onder te verdelen. Om een begrenzing te maken richt ik mij in dit onderzoek op de volwassen revalidatie zowel klinisch al poliklinisch.

Ik onderzoek hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij het bestaande behandelaanbod. Dit doe ik door de bijdrage die beeldende therapie geeft aan de psychosociale processen in de totale revalidatie behandeling te onderzoeken. Om mijn onderzoek te beperken richt ik mij op beeldende therapie, omdat dit het medium is waarin ik afstudeer. De revalidatiebehandeling bestaat uit een observatiefase, behandelfase en afronding/evaluatiefase.

In de door mij geraadpleegde vakliteratuur is op het gebied van muziektherapie in de revalidatie voldoende informatie te vinden. Over beeldende therapie is in de door mij geraadpleegde vakliteratuur niets te vinden over het onderzoeksonderwerp en daaruit concludeer ik dat mijn onderwerp nog niet onder de aandacht is geweest en onbekend is in het algemeen en onder vaktherapeuten.

Het onderzoek richt zich op het segment werken met/voor cliënten. Ik onderzoek of beeldende therapie een bijdrage levert aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod. Op het segment werken aan professionaliteit en professionalisering onderzoek ik na aanleiding van de bijdrage die beeldende therapie levert aan de totale revalidatiebehandeling, hoe beeldende therapie kan ingezet worden binnen het bestaande behandelaanbod.

1.2 DOELSTELLING

Dit onderzoek heeft tot doel na te gaan hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling. Met dit praktijkonderzoek wil ik de bijdrage die beeldende therapie kan hebben voor een patiënt met een invaliderende ziekte of ongeval in kaart brengen. Daarnaast wil ik met dit onderzoek het beroep beeldende therapie profileren in het werkveld, revalidatiegeneeskunde.

1.3 VRAAGSTELLING

Hoofdvraag

Hoe kan beeldende therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatie?

Deelvragen

1. Wat is er bekend over de mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval.
2. Wat is het bestaande behandelaanbod voor de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?
3. Hoe geeft de behandelvorm beeldende therapie inhoud en vorm aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?
4. Wat draagt beeldende therapie bij aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod?
5. Wat is de waarde van beeldende therapie binnen de revalidatiebehandeling gericht op psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?

HOOFDSTUK 2. ONDERZOEKSMETHODEN EN TECHNIEK

2.1 ONDERZOEKSMETHODEN EN TECHNIEK

Mijn praktijkonderzoek is een kwalitatief onderzoek. De onderzoeksmethoden die ik gebruik bij de beantwoording van mijn deelvragen is een open interview, literatuuronderzoek en inhoudsanalyse. De techniek die ik hierbij gebruik is triangulatie, deze techniek gebruik ik om de subjectiviteit van de resultaten op te vangen. Dit betekent dat ik gebruik maak van verschillende methode en bronnen, om mijn data te verzamelen. Ik werk met meerdere typen van dataverzameling en bij mijn data analyse laat ik meerdere theoretische perspectieven aan bod komen.

De verschillende bronnen die ik gebruik zijn; professionals binnen de revalidatiegeneeskunde, literatuur en beroepsorganisatie binnen de revalidatie. Ik sluit mijn onderzoeksmethode aan bij de deelvragen.

Open interview

Ik maak gebruik van een open interview. De interviewvorm die ik gebruik is de halfgestructureerde interview. Om de subjectiviteit van het halfgestructureerde interview te beperken maak ik een vragenlijst met open vragen. Tijdens het interview speel ik in op de situatie, hierdoor is er ruimte voor de eigen inbreng van de respondent.

Literatuuronderzoek

Ik maak gebruik van literatuuronderzoek om informatie te vinden over mijn onderwerp. Ik maak gebruik van primaire, secundaire en grijze literatuur. Primaire literatuur is literatuur over een onderwerp wat nieuw is en niet eerder behandelt is. Secundaire literatuur is literatuur waarin door andere auteurs over al bestaande onderwerpen wordt gerapporteerd, bijvoorbeeld op basis van nieuwe inzichten of onderzoek. Daarnaast maak ik gebruik van grijze literatuur zoals; folders, internetsites, onderzoeken en verslagen die niet in de gangbare boekencollecties zijn opgenomen.

Inhoudsanalyse

Door de inhoudsanalyse, analyseer ik de inhoud van de bestudeerde literatuur die ik heb gevonden en de interviews die ik heb gedaan. Hiervoor maak ik gebruik van een systeem van kwalitatieve variabelen. Van te voren bepaal ik welke kenmerken van de documenten ik onderzoek en welke aspecten van deze kenmerken ik gebruik. Met deze kwalitatieve variabelen bestudeer ik de teksten.

2.2 ONDERZOEKSMETHODEN GEKOPPELD AAN DEELVRAGEN

- *Deelvraag 1; Wat is er bekend over de mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval.*

Voor deelvraag 1 maak ik een combinatie van de onderzoeksmethoden; literatuur onderzoek, open interview en inhoudsanalyse. Om de mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval in beeld te brengen maak ik gebruik van literatuuronderzoek, waardoor ik een overzicht krijg van deze gevolgen en ter aanvulling gebruik ik hiervoor de interviews met de professionals binnen de revalidatiegeneeskunde, om zo de praktijk erbij te betrekken. De informatie die hieruit komt analyseer ik doormiddel van de methode inhoudsanalyse.

- *Deelvraag 2; Wat is het bestaande behandel aanbod voor de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?*

De verschillende bestaande behandelvormen voor de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte breng ik in beeld doormiddel van literatuur onderzoek, waardoor ik de verschillen tussen de behandelvormen duidelijk kan krijgen.

Daarnaast maak ik gebruik van de methode open interview en de beroepenorganisatie zoals werkgroep muziektherapie in de revalidatie, werkgroep psychomotorisch therapie in de revalidatie en werkgroep activiteitentherapeuten en activiteitenbegeleiders in de revalidatie, om de verschillende behandelvormen te beschrijven. Wat het één niet heeft kan het ander aanvullen.

- *Deelvraag 3; Hoe geeft de behandelvorm beeldende therapie inhoud en vorm aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?*

Om aan te geven hoe beeldende therapie inhoud en vorm geeft aan de behandeling, interview ik verschillende beeldend therapeuten in de revalidatie. Ik maak gebruik van de onderzoeksmethode open interview, halfgestructureerd, waarin ik naar aanleiding van een vragenlijst met open vragen inspeel op de situatie.

- *Deelvraag 4; Wat draagt beeldende therapie bij aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod?*

- *Deelvraag 5; Wat is de waarde van beeldende therapie binnen de revalidatiebehandeling gericht op psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?*

Om de deelvragen 4 en 5 te kunnen beantwoorden maak ik gebruik van de methode literatuuronderzoek. Daarnaast ga ik de verschillende professionals interviewen die psychotherapie geven in de revalidatiesetting, de methode die ik hiervoor gebruik is de open interview om de bijdrage en waarde van beeldende therapie te beschrijven. Ik maak gebruik van een interviewvorm, halfgestructureerd, waarin ik naar aanleiding van een vragenlijst inspeel op de situatie.

HOOFDSTUK 3. MOGELIJKE PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN VAN EEN INVALIDERENDE ZIEKTE OF ONGEVAL

Deelvraag 1; Wat is er bekend over de mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval.

Om een goed beeld te krijgen wat de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval zijn die binnen de beeldende therapie behandeld kunnen worden heb ik een literatuuronderzoek gedaan naar de psychosociale gevolgen en heb ik de professionals gevraagd wat zij voor psychosociale gevolgen in de praktijk tegen komen.

In paragraaf 3.1 maak ik eerst een beschrijving van de algemene problemen die de revalidanten ervaren na de invaliderende ziekte of ongeval die uit de literatuur na voren kwamen.

In paragraaf 3.2 maak ik een beschrijving van de psychosociale gevolgen die de professionals in de praktijk tegen komen.

3.1 ALGEMENE PROBLEMEN VAN DE INVALIDERENDE ZIEKTE OF ONGEVAL

Als we kijken naar wat bekend is in de literatuur over algemene problemen van de invaliderende ziekte of ongeval hebben die betrekking op; een beperkte toekomstverwachting hebben, het anders zijn en er niet meer bij horen, afhankelijk zijn, het niet meer volledig kunnen uitvoeren van de dagelijkse verplichtingen, het onvermogen aan zijn lot te ontsnappen en verlieservaring.

Klachten van deze gevolgen kunnen zijn inactiviteit, een laag zelfbeeld, in een isolement raken en kan een depressie veroorzaken.

3.1.1 BEPERKTE TOEKOMSTVERWACHTING

Elk mens is toekomstgericht. Zijn creativiteit en zijn activiteit richten zich op een doel dat in de toekomst ligt. Een groot deel van zijn motivatie tot inspanning komt hieruit voort. Je bent ergens mee bezig om tot iets te komen. Door de invaliderende ziekte of ongeval ontstaat er onevenwicht, de kwaliteit van leven wordt op de proef gesteld en het toekomstperspectief wordt minder helder en misschien zelfs negatief, het gevolg is inactiviteit, het nergens meer voor kunnen inzetten. Het niet meer 'gemotiveerd' zijn. Dit is (voor de omgeving) moeilijk te accepteren.

3.1.2 HET 'ANDERS' ZIJN

Het 'anders' zijn en je anders voelen is een probleem die je tijdens en na je revalidatiebehandeling lange tijd kan ervaren. Het heeft betrekking op het deel van je lichaam dat anders is, het anders zijn dan vroeger, en anders zijn dan anderen en het verliezen van 'vrienden'.

Een deel van het lichaam is anders.

Je hebt geen controle meer over het functioneren van dat lichaamsdeel, je kan het gaan haten en er niet meer aan herinnerd willen worden. Het is lastig wanneer de persoon geen vertrouwen meer heeft met zijn lichaamsdeel. Iemand die niet meer aan zijn gekwetste lichaamsdeel herinnerd wil worden zal niet of moeilijk kunnen accepteren dat het lichaamsdeel behandeld wordt, dat je er zelf mee moet oefenen. Het oefenen is dan erg confronterend en je wordt met de neus op de feiten gedrukt aan iets waar je liever niet meer aan herinnerd wil worden. Het is belangrijk dat je weer vertrouwd raakt met je lichaam, er weer naar durft te kijken en voor durft te zorgen om het te kunnen accepteren, dan pas kan een ander vertrouwd raken met de beperking.

3.1.3 HET ANDERS ZIJN DAN VROEGER

De herinnering die je blijft achtervolgen is die hoe je vroeger was en dat je kon wat je vroeger deed. Dit beeld van vroeger is een pijnlijk contrast met hoe je het nu ervaart. Het kan zo zijn dat je de dingen die je vroeger deed gaat vermijden om niet aan het verleden waar in je alles nog kon te willen worden herinnerd. Dit houdt in dat je de mogelijkheden niet ziet en contacten niet aangaat. De herinnering en vergelijking aan vroeger kan ook tot gevolg hebben dat je de vooruitgang in de revalidatie niet ziet, die voor anderen, de therapeuten duidelijk zichtbaar zijn. Het verleden en heden zijn onmogelijk van elkaar los te koppelen. Pas als de beperking geaccepteerd is kan het heden ook weer gezien worden, los van het verleden. En zelfs gezien worden als een uitdaging.

3.1.4 HET ANDERS ZIJN DAN ANDEREN

Het anders zijn dan anderen heeft als gevolg dat je opvalt. Ook de mensen op staat kunnen er niets aan doen dat de persoon met een beperking hun opvalt. De blik wordt door de vreemde aangetrokken om het bekend, vertrouwd te maken, om het te plaatsen. Die blik plaatst de persoon met beperking in een uitzonderingspositie, zo kan je het voelen, terwijl je zelf vindt, dat je er gewoon bij hoort. De reacties van beide die op dit eerste opvallen volgen, leiden maar al te gemakkelijk tot vervreemding en misverstanden. De kans wordt alleen groter als de persoon met beperking afwacht of zich door zijn toestand niet kan uiten.

Wanneer de andere persoon zich afwend kan het bij de gehandicapte al snel het gevoel geven dat hij buitengesloten wordt terwijl het een hele andere rede kan hebben bijvoorbeeld omdat hij schikt of niet goed weet hoe hij contact moet maken. Om tot echt contact te komen is het belangrijk dat de persoon met de beperking initiatief neemt en hij de ander leert hem zo te zien als ieder ander.

3.1.5 'ALS JE EEN HANDICAP KRIJGT, ONTDEK JE PAS WIE JE ECHTE VRIENDEN ZIJN'.

Niet alleen voor de persoon met beperking zelf is hij anders geworden maar ook voor de naasten. Het contrast met vroeger kan ook voor vrienden een belemmering zijn voor het voortzetten van het 'oude' contact. Daarnaast is het zo dat de één het beter aan kan zien dat een ander beperkt of ziek is. Nu kan juist dit een voorwaarde worden voor het contact.

Dit alles wil niet zeggen dat iedere persoon met een invaliderende ziekte of ongeval tegen dezelfde problemen aanloopt, ieder mens is uniek en heeft ook zijn eigen problemen.

3.1.6 ER NIET MEER BIJ HOREN

Het niet meer bij een groep kunnen horen door je invaliderende ziekte of ongeval is misschien nog wel het ergste probleem waaruit isolement kan leiden.

Het gevoel niet geaccepteerd te worden is voor een persoon zonder 'beperking' al vreselijk. Het niet durven aansluiten bij een groep en niet kunnen aansluiten bij een groep, omdat hij geen bijdrage kan leveren aan het groepsdoel, bijvoorbeeld een voetbalclub, maakt het lastig om tot contacten te komen met groepen mensen zonder 'beperking'.

3.1.7 AFHANKELIJKHEID

Naast de acceptatie van je functie beperking zelf, is het accepteren van het afhankelijk zijn een groot gevolg van je beperking. Zeker in het begin van de revalidatie, wanneer bijvoorbeeld de functies van je armen, handen of benen zijn uitgevallen, staat dit op de voorgrond. Het is erg moeilijk voor een mens die altijd zelfstandig zijn dagelijkse verzorging heeft kunnen doen om de intimiteit van de verzorging van het lichaam te moeten prijsgeven.

Zelfredzaamheid is een grote waarde in het leven van een mens. Wanneer je dit zelf niet meer kunt, voel je weer net een klein kind dat afhankelijk is van de verzorging van zijn ouders. Het accepteren dat je hulpbehoevend bent stelt ook hoge eisen aan de relatie met de vaste hulpverlener (familie, partner of verzorger). Het is niet alleen de afhankelijkheid van anderen in de verzorging van het lichaam ook de afhankelijkheid van de bewegingsbeperking.

Vragen is een kunst die de persoon met een beperking moet leren uit zelfbehoud. Wil je mij hier even mee helpen?, dit lukt mij niet wil je mij even helpen?, ik kom er net niet bij vanuit mijn rolstoel, wil je even helpen om iets helemaal achter uit de kast te halen? Denk maar aan de voorzorgsmaatregelen en voorrecht die men moet vragen wil men deelnemen aan de activiteiten in de maatschappij, die niet zijn aangepast aan de medemens met een beperking. Bijvoorbeeld een gebouw die niet toegankelijk is. Wanneer je dit niet wilt of kunt is er de kans dat je isoleert, je tot last voelt voor je omgeving en je schuldig voelt.

3.1.8 HET NIET MEER VOLLEDIG KUNNEN UITVOEREN VAN DE DAGELIJKSE VERPLICHTINGEN

Ontslagen zijn van zijn dagelijkse verplichtingen betekent in onze maatschappij voor velen, dat men moeilijk zin weet te geven aan zijn leven. De meeste voldoening halen velen uit hun dagelijkse werkzaamheden, wanneer deze weg vallen door de gevolgen van ziekte of ongeval, dan verdwijnt ook deze voldoening en tevredenheid. Dagelijkse werkzaamheden betekenen voor een ieder tijdsbesteding. Wanneer deze weg valt komt er tijd voor terug, veel tijd. Het niks doen, dreigt na een periode te vervelen. Er is heel wat zelfdiscipline nodig om zonder te moeten of in een kader bezig te zijn, activiteiten te ontwikkelen. Ook dit kan leiden tot inactiviteit en een gevoel geven van stuurloosheid, onvoldaan en onrustig. En kan ervaren worden als een last voor zichzelf en zijn omgeving.

3.1.9 HET ONVERMOGEN AAN ZIJN LOT TE ONTSNAPPEN

Vrijheid is belangrijk in het leven, wanneer de vrijheid door een ziekte of ongeval weg wordt genomen ben je aan het lot overgelaten. Het gevoel van machteloosheid komt dan snel om de hoek kijken. Machteloosheid leidt tot verzet, tot schuldgevoel, maar ook schuld geven. Machteloosheid heeft als gevaar dat het moeilijk is om vorm, inhoud en doel aan het leven te geven. Vooral wanneer werken niet meer mogelijk is.

3.1.10 VERLIESERVARING

‘Je voelt pas goed wat je gehad hebt, als je het moet missen’

Het missen van een lichaamsdeel is meer dan alleen een lichaamsdeel dat niet meer functioneert of er helemaal niet meer is. Je verliest ook je vroegere werk, waar je aan gehecht was, of een hobby of sport die je niet meer kan beoefenen. Dit waren ook gelegenheden, bijvoorbeeld de sportclub of het wandelen met je vrienden, de plaats waar je contacten kan leggen met anderen, ook die gaan verloren. En toekomstperspectief gaat verloren, je werk, maar misschien ook het vormen van een gezin.

Ook over de intieme relatie kan je je onzeker gaan voelen na een handicap, houdt hij nog wel ‘echt’ van mij nu ik zo anders ben? Ook al blijven de relaties in werk, gezin, vrije tijd en sociale contacten goed en ook als er vertrouwen is, verliest de persoon met een beperking vaak toch zijn oude rol of een aantal van zijn oude rollen. In je werk krijg je een andere functie, in je gezin kun je een aantal dingen niet meer doen ook al blijf je een moeder of vader.

3.2 PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN UIT DE REVALIDATIEPRAKTIJK IN BEELD

De professionals geven vooral aan dat er problemen spelen rond identiteit, communicatie, eenzaamheid, psychosomatisch, gedrag, seksualiteit en intimiteit, systeem (rol verandering in het gezin), relaties, acceptatie/verwerking, stemming en onflexibele copingstijlen.

Door deze problemen kun je alle mogelijke klachten krijgen: bijvoorbeeld in een sociaal isolement raken, vermindering van kwaliteit van leven, van het zelfvertrouwen en van de actieradius. Verlies van vertrouwen in de toekomst, uitzichtloosheid, aangeboren hulpeloosheid, inactiviteit, somberheid, depressie, verandering van zelfbeeld (negatief), niet begrepen voelen, grenzen negeren (lichamelijk en emotioneel) verdriet, angst, ingehouden boosheid, ontkenning en verzet.

De psycholoog voegt er aan toe dat er ook psychische stoornissen voorkomen binnen de revalidatie. Onder andere stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen, eetstoornissen enzovoort.

Dit zijn de meest voorkomende psychosociale gevolgen en dit is een globaal beeld, benadrukt wordt dat elke individu uniek is en kampt met andere klachten.

De beeldend therapeut Judith Glasmacher die ik heb geïnterviewd werkzaam in het universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald in Groesbeek gaf aan dat; *“Je van elke verandering in het leven last kan krijgen als deze niet voldoende geïntegreerd wordt en er geen sprake is van adaptatie of een inadequate copingstijl. De gevolgen van elke gebeurtenis in het leven zijn van mens tot mens individueel verschillend”*.

Hieronder zal ik in het kort de verschillende psychosociale gevolgen omschrijven.

3.2.1 IDENTITEITSPROBLEMEN

De gebeurtenis heeft veel impact. Er verandert op korte termijn veel. Je wordt geconfronteerd met je lichaam maar ook met jezelf, met je manier van denken, voelen en handelen en met wie je bent. Hoe ga je met situaties om, hoe verwerk je dit verlies en hoe ga je om met de omgeving die anders op jou reageert. Veel dingen die je vroeger kon willen nu niet meer, je lichaam is veranderd, je leven is veranderd, maar daarmee kan ook je beeld van jezelf veranderen. Je kunt je gaan afvragen wie ben ik eigenlijk? Je kunt hierdoor jezelf kwijt raken.

3.2.2 STEMMINGSPROBLEMEN

Een veel voorkomend gevolg van een invaliderende ziekte of ongeval is een depressie.

Wanneer je ziekte of beperking uitzichtloos lijkt of is, is het een grote opgave om nog wat van je leven te maken. Het besef wat er gebeurd is, wat je allemaal moet missen kan er voor zorgen dat je af gaat vragen wat het leven nog voor zin heeft. Sombere en depressieve gevoelens voeren dan de boventoon.

3.2.3 ACCEPTATIE/VERWERKINGSPROBLEMEN

Het onverwachte en ingrijpende karakter van de invaliderende ziekte of ongeval overrompelt de betrokkene zo dat hij meestal niet of nauwelijks in staat is zijn nieuwe situatie te overzien. Chaos en onzekerheid beheersen vooral in de begin periode het leven van een persoon. De gezonde volwassene is van het ene op het andere moment patiënt geworden, voelt zich machteloos en soms waardeloos. De confrontatie met de breekbaarheid van het leven en met het onomkeerbare van zijn veranderde situatie roepen heftige emoties op.

Gevoelens van ongeloof en ontkenning, gevoelens van schuld en woede: Waarom moest juist mij dit overkomen? Verdriet om het verlies van gezondheid, van toekomstverwachtingen, van mogelijkheden met betrekking tot relaties, werk, hobby's enzovoort, omdat er blijvende beperkingen zullen zijn. De invaliderende ziekte of ongeval maakt veel los op emotioneel gebied. De draaglast kan hoger worden dan de draagkracht van de patiënt en hij kan in een crisis terecht komen. Deze crisis wordt niet opgelost door het aanbieden van alleen motorische revalidatie, hoe belangrijk die ook is. Gespecialiseerde psychosociale begeleiding en behandeling zijn vaak nodig, bij voorkeur in een zo vroeg mogelijk stadium. In de eerste plaats voor de patiënt, maar daarnaast ook voor de partner en/of familie omdat hun leven ook veranderd.

Acceptatie door de omgeving

De acceptatie door de omgeving is bijna net zo belangrijk voor de revalidant als dat de revalidant zijn beperking accepteert. De mate waarin de omgeving iets accepteert is sterk afhankelijk van de soort, de ernst of de beperking (deels) te compenseren is met technische hulpmiddelen of deskundige menselijke hulp en de zichtbaarheid van de beperking. Zo worden motorische beperkingen zoals, een verlamming en amputaties makkelijker door de omgeving geaccepteerd dan communicatie beperking bijvoorbeeld afasie, een uithoudingsbeperking als een hart of longaandoening, een tempo beperking zoals, epilepsie, parkinson of multiple sclerose (MS) of een esthetisch handicap, zoals een huidziekte, verbranding of misvormingen.

3.2.4 COMMUNICATIEPROBLEMEN

Communicatieproblemen kunnen optreden bijvoorbeeld door het gevolg van hersenletsel waardoor één of meerdere onderdelen van het taalgebruik niet meer goed functioneren, afasie genoemd.

Afasie komt regelmatig voor na het overkomen van een hersenletsel.

Ook kunnen er spraakproblemen, zichtproblemen of gehoorproblemen ontstaan. Doofheid en spraakstoornissen zijn niet zichtbaar, maar je wordt hier mee overvallen in de communicatie. Het gevoel uitgesloten te zijn en er niet meer bij te horen kan hierdoor een mogelijk gevolg zijn. Een sociaal isolement staat op de loer. Het is moeilijk voor de omgeving om deze stoornissen te accepteren.

3.2.5 RELATIONELE PROBLEMEN

Relationele problemen wegen voor de meeste mensen met een beperking het zwaarst. Relatie is een belangrijk begrip als het gaat om de gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval. Bepaalde factoren als de omgeving en houding beïnvloeden het verloop van de relatie. Deze verschillende factoren kunnen er voor zorgen dat er problemen ontstaan in bestaande relatie, maar ook in het ontstaan van nieuwe relaties.

Relatie tot jezelf

In de psychologie is een relatie altijd subjectief en slecht indirect controleerbaar. Meer gegevens dan wat je zelf voelt of ervaart of wat de ander je vertelt, heb je niet tot je beschikking. Zo kan een zelfde soort relatie voor de één bevredigend zijn en voor de ander totaal onaanvaardbaar.

Een voorbeeld hierbij is dat voor de ene patiënt met een verlamde arm zijn beperking een uitdaging is en zal hij de relatie tot zichzelf ervaren als iets dat hem brengt tot prestaties die hij anders nooit verricht zou hebben, voor de ander zal de relatie negatief en deprimerend zijn, omdat hij zichzelf met zijn handicap niet kan accepteren.

Relatie tot anderen

Ieder mens heeft verschillende relatiepatronen met familie, vrienden, collega's en in de revalidatie ook met mederevalidanten en hulpverleners. Onder relatie wordt een gevoelsmatige betrekking tot iets of iemand verstaan. Wanneer een relatie steeds meer constant is spreken we van een relatiepatroon. Er kan een wisselwerking ontstaan in de gevoelsmatige betrekking tot elkaar, hierdoor kan er een relatie ontstaan met tegengestelde gevoelens, hierdoor kan de onderlinge relatie een tegenstrijdig karakter hebben. De omstandigheden waarin men opgroeit zijn hierbij van invloed.

Houding tegenover mensen met een beperking

Binnen een relatie heb je een bepaalde houding tegenover mensen met een beperking. Hierin kun je het onderscheid maken in emotionele houding en cognitieve houding. Vanuit de cognitieve houding weet je dat het geen reden is om iemand die een been mist, op een andere manier te benaderen dan iemand die deze beperking niet heeft. Je hebt geleerd dat je normaal moet doen tegen een persoon met een beperking. Deze verstandelijke houding wordt lang niet altijd gedekt door de emotionele houding. Emotioneel is er vaak veel eerder sprake van afkeer, afwijzing en de neiging tot ontlopen. Het kenmerk van deze houding als meer algemene houding bij mensen of groepen mensen komt hiermee nog eens extra tot uiting. Wat ook tot uiting komt is dat bij individuele personen de eigen houdingen met elkaar in conflict komen. Juist omdat de directe omgeving zal proberen de emotionele houding te verbergen ontstaan ongemakkelijk; en krampachtigheid die toch indirect tot uiting komt. De wisselwerking die voorwaarde was voor de opbouw van relaties is hierdoor verstoord. Het gevolg is een tweestrijdige relatie.

3.2.6 SYSTEMATISCHE PROBLEMEN

Reactie van het gezin op de beperking

Wanneer de patiënt een gezin heeft, heeft het plotseling ziek zijn van vader, moeder of partner ook net zo goed als dat het voor de patiënt gevolgen heeft, ook gevolgen voor het gezin.

In feite maakt het gezin ook een verwerkingsproces door. Angst en onzekerheid zijn de gevoelens in het begin die de gezinsleden misschien nog wel sterker voelen dan de patiënt zelf.

Angst voor de waarheid, schrik en afweer, ontkenning, de wereld zien instorten met mogelijk gevolg een depressie, protest tegen de beperking en tegen de situatie waarin we zijn gekomen, afkeer tegen de gevolgen bijvoorbeeld de verlamde hand van de ziekte of ongeval. En schuldgevoelens, had ik het kunnen voorkomen zijn de reacties die binnen het gezin zich afspelen op het ontstaan van de beperking.

Een blijvende beperking brengt nogal wat verandering teweeg. Er zijn nogal wat gevolgen voor de onderlinge relaties in het gezin, het huwelijk, de rollen en de onderlinge communicatie.

Relaties

Door de beperking wordt niet alleen de persoon maar ook het gezin op zichzelf teruggeworpen. De onderlinge relaties zijn niet meer vanzelfsprekend. Men gaat nadenken over hoe men tegenover elkaar staat, wat de ander betekent en wat er nu is veranderd. De persoon met beperking en de partner ervaren nogal eens dat ze veranderd zijn, waardoor ze anders op elkaar reageren en op situaties. Dit kan leiden tot onzekerheid, men weet niet meer hoe de partner zal reageren. Er is nog weinig van vroeger in elkaar te herkennen. Dit leidt tot teleurstelling en soms tot afstand. Het kan juist ook een positief effect hebben en er voor zorgen dat de positieve eigenschappen in elkaar ontdekt worden en de relatie verdiept.

Rollen

In het rollenpatroon verandert veel. Zo kan een deel van de rollen vervallen en anderen kunnen veranderen. Dit kan er voor zorgen dat je de rol die je zo graag vervult kwijt raakt en hiermee ook een stukje van jezelf. Wanneer een man zorgt voor het onderhoud van het gezin kan de wisseling van rol naar huisvader moeilijk te verteren zijn. Het besef niet meer als kostwinnaar voor het gezin kun functioneren, kan een inbreuk zijn op zijn eigenwaarde. De ouderrol kan 'minder goed' worden vervuld door de beperking en er kan een gevoel van minderwaardig ouder ontstaan.

Problemen rond intimiteit en seksualiteit

Een probleem rond intimiteit en seksualiteit is de gestoorde lichamelijkheid. Wanneer je zelf niet accepteert dat je lichaam anders is, is het moeilijk voor de ander dit te accepteren. De revalidant schaamt zich vaak voor zijn lichaam. Dit kan een grote belemmering zijn voor intimiteit en seksualiteit. Acceptatie is daarom een belangrijk begrip als het gaat om intimiteit en seksualiteit. Naast het menselijk verlangen naar tweezaamheid, intimiteit en seksualiteit speelt voor de persoon met beperking een andere factor een rol: de angst voor eenzaamheid.

Communicatie

Soms zien we dat, vooral het praten over gevoelens moeilijk is binnen gezinnen. Vooral wanneer er zo'n impact is, is het belangrijk om te spreken over de gevoelens met betrekking tot de plotselinge gebeurtenis. Men durft angsten, verdriet, teleurstellingen en onzekerheid niet te uiten.

Maar ook het praten over de betekenis van de beperking voor de onderlinge relatie, het samen overdenken van de consequenties voor de toekomst gebeurt niet veel. Er ontstaat een afstand tussen de gehandicapte en het gezin.

Plaats in het gezin

De persoon met beperking heeft vaak een bijzondere positie in het gezin, het kan een uitzonderingspositie, centrale plaats krijgen in het gezin of juist een onvolwaardige positie krijgen. Natuurlijk kan de persoon ook een gewone volwaardige plaats krijgen in het gezin.

Ervaring met tegenslagen

De reactie op beperking is ook bepalend of er al eerder ervaring is opgedaan met eerdere tegenslagen in het leven.

Sociale relaties

De beperking van een gezinslid beïnvloedt ook de sociale relaties van het gezin. Hierin is het belangrijk hoe de sociale relaties waren voor het ontstaan van de handicap.

Het kan zo zijn dat een gezin met een persoon met een beperking op den duur sociaal geïsoleerd raakt.

3.2.7 EENZAAMHEIDSPROBLEMEN

De beperking heeft niet alleen invloed op de psychische processen van de volwassene, maar ook op alle rollen die in het sociale leven belangrijk zijn, zoals die van partner, ouder, familielid, vriend, burger, werknemer enzovoort. Bepalend voor de omvang van de gevolgen in het sociaal functioneren zijn in eerste plaats de aard en de ernst van de beperkingen. Daarnaast spelen persoonlijkheidskenmerken van de patiënt en de reacties van de omgeving een belangrijke rol. Wanneer de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving niet goed verloopt, is de kans groot dat hij zich nog onzekerder en minderwaardiger gaat voelen dan dat hij al was, zich terugtrekt en in een sociaal isolement terecht komt en zijn beperking zal ervaren als een grote last.

Een ander veel voorkomend patroon in de interactie met de omgeving is de te grote afhankelijkheid die de patiënt toont als de omgeving te veel overneemt, waardoor zijn eigen initiatief en activiteit meer dan gezien de ernst van de beperking nodig zou zijn verminderen. Ook deze houding belemmert de patiënt in zijn sociale contacten.

Sociaal isolement is één van de meest voorkomende klachten van de gevolgen van een handicap. En komt bij veel gevolgen van de beperking naar voren. Niet geaccepteerd voelen, je anders voelen, er niet meer bij horen, de dingen niet meer kunnen doen die je eerder wel deed zorgen er voor dat je minder in contact met mensen komt en je in een sociaal isolement dreigt te raken.

3.2.8 PSYCHOSOMATISCHE PROBLEMEN

Psychosomatische klachten zijn onverklaarde lichamelijke klachten, onbegrepen klachten en somatoforme stoornissen. Die zich opdoen bij stress. Het revalidatieproces kan gepaard gaan met stress en stress kan zich lichamelijk manifesteren, hierdoor kan naast de invaliderende ziekte of ongeval onverklaarbare lichamelijke klachten ontstaan.

3.2.9 GEDRAGSPROBLEMEN

Door een hersenletsel kan verandering van gedrag optreden en dit kan gedragproblemen veroorzaken.

3.2.10 ONFLEXIBELE COPINGSTIJLEN

Ieder mens reageert op zijn eigen manier op verschillende situaties. Grofweg zijn deze primaire reacties te verdelen in twee verschillende gedragspolen. Allereerst is er de emotiegerichte copingstrategie. Mensen die deze strategie hanteren hebben de neiging emotioneel op situaties te reageren. Daarnaast bestaat de probleemgerichte copingstrategie. Mensen die deze strategie volgen, proberen voor elk probleem direct een oplossing te zoeken. Binnen deze beide gedragspolen bestaat een breed scala aan mogelijke gedragsstijlen die echter allen te herleiden zijn tot de twee genoemde hoofdstromen. Mensen die altijd vanuit een van beide strategieën reageren, ervaren problemen in het dagelijks functioneren. Wanneer één situatie vraagt om een andere wijze van reageren dan wat voorhanden is, levert dit conflicten, stress en mogelijk ziekte op. Via therapie kan men zich richten op het herkennen van de gedragsstijlen en copingsvaardigheden als reactie op verschillende situaties. In een groep kunnen mensen ervaren welke de verschillende gedragsstijlen zijn en dat wat door de één met groot gemak wordt gedaan, voor de ander een flinke opgave is. Omdat de ene situatie vraagt om een emotionele reactie en de andere vooral vraagt om doen, verdient het de voorkeur beide strategieën in het gedragsrepertoire te hebben. De manier van reageren is zeer persoonsgebonden, waardoor het doorzettingsvermogen en inzet vergt om ook in de praktijk de nieuw verworven strategieën toe te passen.

Door de confrontatie met de invaliderende ziekte of ongeval wordt men ook geconfronteerd met de manier waarop hij hier op reageert, wanneer hij erg emotioneel reageert kan hij moeite hebben met de acceptatie of die juist erg probleemgericht reageert, kan snel over zijn grenzen gaan en dit kan voor een blokkade zorgen in de behandeling en al helemaal voor de terugkeer in de maatschappij

HOOFDSTUK 4. BESTAANDE BEHANDELAANBOD VOOR DE PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN VAN EEN INVALIDERENDE ZIEKTE OF ONGEVAL BINNEN DE REVALIDATIESETTING

Deelvraag 2; Wat is het bestaande behandelaanbod voor de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?

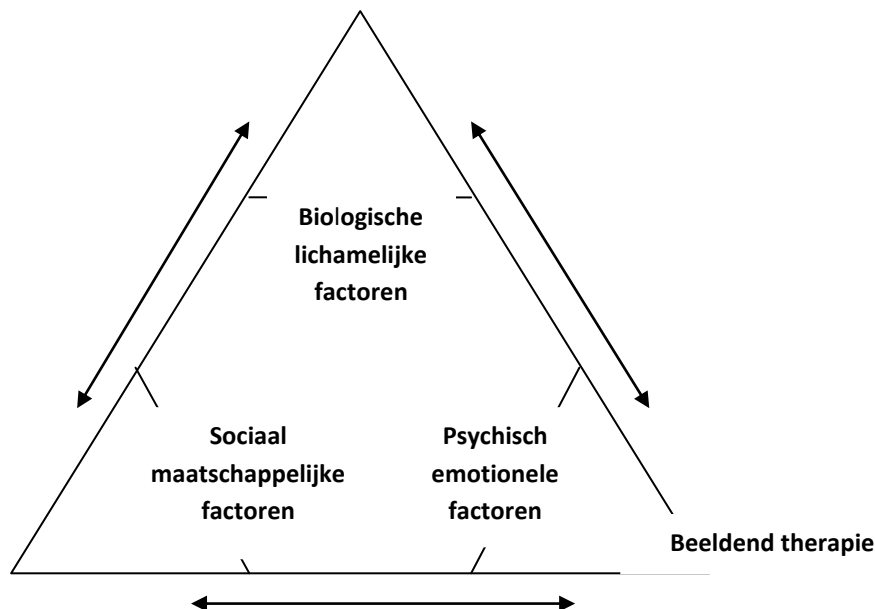
Om te kunnen achterhalen hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling, maak ik eerst een overzicht van het bestaande behandelaanbod binnen de revalidatiezorg. Over het algemeen is het behandelaanbod binnen de verschillende revalidatie centra gelijk. Om mij te beperken ben ik uitgegaan van het behandelaanbod op de longafdeling van het centrum voor revalidatie Beatrixoord.

In probleemstelling gaf ik al een beknopt beeld van de verschillende behandelvormen in dit hoofdstuk omschrijf ik de verschillende behandelvormen uitgebreider.

Ik begin met de beschrijving van het biopsychosociaal model waarmee gewerkt wordt binnen de revalidatiebehandeling om zo de context aan te geven hoe er binnen de revalidatie behandeling gewerkt wordt en de mens gezien wordt als een geheel. Vervolgens komen de verschillende disciplines van aan bod.

4.1 BIOPSYCHOSOCIALE MODEL.

Binnen de revalidatie wordt gebruik gemaakt van het biopsychosociale behandel model. Dit betekent dat er steeds meer op een integrale holistische manier naar de revalidant wordt gekeken. Naast de biologische aspecten worden ook de psychische en sociale aspecten en de interactie tussen deze aspecten in kaart gebracht om een zo totaal mogelijk beeld te krijgen van de revalidant en zijn omgeving. Hierdoor spelen in de visie op revalidatie psychosociale aspecten een uitlokkende, onderhouden en/of oorzakelijke rol bij een lichamelijke aandoen en de vereiste behandeling hiervoor. Dit houdt in dat er een biologische verstoring aanwezig is, maar dat er ook sprake kan zijn van een psychologische en sociale verstoring bij de revalidant.



Het model bestaat uit biologische/lichamelijke, psychologische en de daarbij behorende emotionele en sociaal maatschappelijk factoren, die elkaar wederzijds beïnvloeden. Biologische/lichamelijke factoren staan voor fysieke toestand, eet; en leefgewoonten en milieu.

Psychisch emotionele factoren staan voor persoonlijkheid, overtuigingen, gedachten en bezieling. Sociaal maatschappelijke factoren staan voor cultuur, gezin en sociale interacties.

Een verstoring op één van de genoemde gebieden leidt tot een verstoring op de twee andere gebieden of tot een verstoring van het evenwicht. Uitgaande dat elk mens streeft naar een optimaal evenwicht, wanneer een somatische aandoening met blijvende gevolgen leidt tot een verstoring van het evenwicht, zal het één streven naar een nieuw evenwicht door gebruik te maken van zijn vertrouwde strategieën en vaardigheden. Het gaat hierbij om het zoeken naar een nieuwe afstemming tussen het somatisch, psychisch en het sociaal functioneren. Bij dit proces kan hulp noodzakelijk zijn. Het streven naar nieuw evenwicht kan op verschillende wijzen plaatsvinden. De doelstelling van het therapeutisch ingrijpen, kan primair gericht zijn op het verbeteren of verstevigen van één van de drie domeinen (de bio-, -psycho- en sociale domeinen). Door verbetering van één van de drie domeinen kan een gunstig effect optreden op de andere domeinen en op het evenwicht hiertussen.

Therapie kan bijvoorbeeld aangrijpen op het verstoorde lichaamsbeeld (één domein). Dit heeft dan volgens Bergsma (1991-1994) impliciet effect op de andere domeinen, namelijk op een verstoorde zelfbeleving en een verstoorte identiteit.

Als de mens zich niet thuis voelt in zijn lichaam, door bijvoorbeeld een lichamelijke aandoening, voelt hij zich ook niet thuis in de wereld. Door positieve beïnvloeding van het lichamelijk functioneren (biologisch/lichamelijk domein) gaat de mens zich weer thuis voelen in zijn lichaam (psychisch/emotioneel domein) wat een voorwaarde is om zich weer thuis te voelen in de wereld (sociaal/maatschappelijk domein)

Beeldende therapie in de revalidatie richt zich expliciet op de integratie tussen de drie domeinen, met als aangrijpingspunt het psychisch en emotioneel functioneren.

Een somatische aandoening, resulteert in blijvende beperkingen, zal vragen om het vinden van nieuwe psychosociale afstemming. De patiënt krijgt te maken met verlies van fysieke mogelijkheden. Een rouwverwerkingsproces ligt voor de hand. Hij moet de ontstane beperkingen en de gevoelens die deze met zich meebrengen leren integreren. Er zijn mensen die dit rouwproces zonder problemen doorlopen. Maar er kunnen ook allerlei psychische en emotionele verstoringen voorkomen, die leiden tot stagnatie van het rouwproces, de zogenaamde rouwtaken van Van Bout en Kleber (1994) worden dan niet goed uitgevoerd. Onder rouwtaken wordt verstaan; aanvaarden van het verlies, doorleven van de pijn, het verdriet en frustratie, aanpassing aan een nieuw leven waarin het verloren gedane niet meer aanwezig is en het verloren gedane een plaats geven, de draad van het leven weer oppakken. Mogelijke gevolgen van deze stagnatie in het rouwverwerkingsproces zijn pijn, angst, onverwerkt trauma, beperkte copingstijlen, depressie en gebrek aan zelfvertrouwen. Hier door apathie door ontstaan.

De psychosociale oorzaken zorgen ook voor een stagnatie in de revalidatiebehandeling. Ingrijpen in de gevolgen van de stagnatie is noodzakelijk om de behandeling te kunnen voortzetten.

4.2 MEDISCHE DISCIPLINES

4.2.1 REVALIDATIEARTS

De revalidatiearts houdt zich primair bezig met aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. De taken van een revalidatie arts zijn, stellen van de diagnose, indien nodig aanvullend medisch onderzoek doen, medicijnen voorschrijven en/of injecties geven, bijvoorbeeld bij behandelbare pijn of spasticiteit, indien geïndiceerd schoenaanpassingen, spalkbehandelingen, othese of prothese voorschrijven en een voorstel maken voor een revalidatieprogramma; na de observatiefase kan dit programma samen met de revalidant en het revalidatieteam aangepast worden en ook het leiden van de revalidatieteambespreking.

4.3 PARAMEDISCHE DISCIPLINES

4.3.1 FYSIOTHERAPIE

De fysiotherapeut kent binnen de uitvoering van zijn vak de volgende mogelijkheden: oefentherapie, massage en fysische therapie. Het doel van oefentherapie kan zijn het mobiliseren van gewrichten, versterken van spieren, beïnvloeding van tonus (spierspanning), ontspanning, het verbeteren van de coördinatie en het verbeteren van de lichamelijke conditie. Verder kan de fysiotherapeut aandacht besteden aan bijvoorbeeld rolstoeltraining, aanpassing van apparatuur en daarmee oefenen bijvoorbeeld fietsen. In de revalidatie zal de fysiotherapeut vooral gebruik maken van oefentherapie.

4.3.2 ERGOTHERAPIE

De ergotherapeut houdt zich bezig met het oefenen van activiteiten van het dagelijks leven. Indien nodig vindt arm-handfunctietraining plaats. Ook worden activiteiten doelgericht geoefend in specifiek gekozen situaties op het gebied van arbeid, huishoudelijk werk en vrijetijdsbesteding. Waar nodig worden activiteiten geoefend met gebruikmaking van aanpassingen en hulpmiddelen. bijvoorbeeld elektrische rolstoel. Tevens worden adviezen gegeven over het aanpassen van de woning. Daarnaast vindt samenwerking plaats met de psycholoog waarin onderzoek en specifieke trainingen plaats vindt bij patiënt met cognitieve functiestoornissen.

4.3.3 LOGOPEDIE

De logopedist doet onderzoek naar en behandelt problemen op het gebied van spraak, taal en primaire mondfuncties (zoals eten en slikken) Ook worden adviezen gegeven ten aanzien van aanpassing van eet,- drinkgerei. Indien nodig wordt gehooronderzoek gedaan.

4.4 PSYCHOSOCIALE-CULTURE DISCIPLINES

4.4.1 MAATSCHAPPELIJK WERKER

De maatschappelijk werker houdt zich bezig met de psychosociale problemen die de beperking met zich mee brengt. De bemoeienissen betreffen niet alleen de patiënt zelf maar ook het gezin, eventueel werk en overige omgeving. De bemiddeling die de maatschappelijk werker kan verlenen kan zowel materieel als immaterieel gericht zijn.

4.4.2 PSYCHOLOOG

De psycholoog in het revalidatieteam houdt zich bezig met een drietal te onderscheiden werkzaamheden. Een belangrijke taak van de psycholoog is de begeleiding van het verwerkingsproces van de patiënt. Een tweede taak is het verrichten van neuropsychologisch onderzoek met als doel een antwoord te kunnen geven op een aantal specifieke vragen, die door het team gesteld worden. Voorbeelden hiervan zijn: Welk beroep zou voor de patiënt in aanmerking kunnen komen, hoe zijn de cognitieve functies van een patiënt met een hersenletsel. Bij het neuropsychologisch onderzoek zal de psycholoog gebruik maken van standaard testen, observaties en interviews. De derde taak is de coaching van de disciplines die met de patiënt te maken hebben om zo een optimale invalshoek voor de behandeling te verkrijgen.

4.4.3 SOCIOTHERAPEUT

De sociotherapeut richt zich vooral op de toezicht van het revalidatieproces en biedt ondersteuning aan de patiënt en zijn omgeving maar ook geven zij ondersteuning aan andere behandelaars.

De sociotherapeut wordt ingezet als casemanager, als nazorg consulent en als gespreksleider van een groepsgesprek. Daarnaast zijn er ondersteunende taken. Bijvoorbeeld aanwezig zijn bij het zwembad als tweede persoon of mee wandelen tijdens de wandeltraining. Die ondersteunende taken hebben vooral met preventie te maken. Er wordt wel gezegd dat de sociotherapeuten het cement zijn tussen de stenen. Zij zorgen voor de verbinding. Verbinding tussen de teamleden maar ook met de familie. Familieparticipatie is dan ook belangrijk. Als er nazorg geregeld moet worden in de vorm van dagopvang dan gaat de sociotherapeut met de patiënt in gesprek. Ook komt het voor dat er een huisbezoek wordt gedaan. Als een patiënt naar een dagbesteding besluit te gaan dan gaat er iemand van de sociotherapie mee(drempelverlagend)

Ze werken met de RAP(Revalidatie Activiteiten Plan)-domeinen, en dan liggen de doelen voornamelijk bij het domein dagbesteding. Een belangrijk aandachtspunt is de nazorg in de vorm van dagopvang. Maar ook hoe het zit met de dagindeling komt aan de orde tijdens de voortgang gesprekken gedurende de revalidatie.

4.4.4 ACTIVITEITENTHERAPEUT

De activiteitentherapie richt zich op het ontwikkelen van een zinvolle dagbesteding, waarin er gewerkt wordt aan het omgaan met de beperkingen en het inspelen op de mogelijkheden van de patiënt. Er kunnen binnen activiteitentherapie oude hobby's worden opgepakt en er kunnen nieuwe vaardigheden worden aangeleerd. De doelen die worden gesteld zijn afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt. Ze zijn veelal gericht op dagbesteding. Zoals het, oppakken van dagbesteding van voorheen, reactivering, het aanleren van nieuwe technieken, bijvoorbeeld creatief, - computer, - werk en tuin gerelateerd. Binnen activiteitentherapie houdt de patiënt binnen de activiteiten rekening met belasting/belastbaarheid, voelt aan en anticipeert op signalen van overbelasting, doet onderzoek naar zijn eigen mogelijkheden ter bevordering van de acceptatie van de beperkingen, doet succeservaringen op en maakt kennis met aanpassingen bijvoorbeeld op het gebied van tuinieren, vissen, klussen enzovoort. Daarnaast is er de mogelijkheid om hulp te krijgen bij het voortzetten van dagbesteding buitenshuis, bijvoorbeeld door inzet van een zorgboerderij. Binnen de activiteiten kunnen de motoriek en cognitie geoefend worden.

4.4.5 ACTIVITEITENBEGELEIDING

De activiteitenbegeleiding zorgt voor ontspanning en afleiding op de revalidatieafdeling. Het is vrijblijvend en speelt zich af in een open ruimte waar de patiënten bezig kunnen zijn met recreatie. Activiteitenbegeleiding is voor iedereen en je kunt op elk moment van de dag deelnemen.

4.4.6 VAKKHERAPIE

Vaktherapie is een behandelvorm om de volwassene te begeleiden en te ondersteunen in het verwerkingsaanpassingsproces. Het is een middel bij de communicatie, expressie, ontspanning en ontwikkeling van creativiteit. Het belangrijke hoofddoel van vaktherapie is de patiënt weer in balans krijgen zodat hij zijn kwaliteit van leven weer inziet. Doormiddel van vaktherapie, worden de problemen voor de patiënt zichtbaar en hanteerbaar, kan de patiënt uit drukken wat moeilijk onder woorden te brengen is, ander gedrag oefenen, nieuwe vaardigheden aanleren en het aanleren van copingstrategieën. Dus het biedt manieren om anders met bepaalde situatie om te gaan en emoties te uiten.

HOOFDSTUK 5. BEHANDELFORM BEELDENDE THERAPIE IN DE REVALIDATIE

Deelvraag 3; Hoe geeft de behandelvorm beeldende therapie inhoud en vorm aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?

In het vorige hoofdstuk heb ik een zo compleet mogelijk beeld gegeven van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval. Om te onderzoeken hoe beeldende therapie ingezet kan worden binnen de behandeling van deze psychosociale gevolgen heb ik als eerst gekeken naar welke methodieken, methodes, werkwijze, werkvormen, doelen en therapeutische houdingen er binnen de beeldende therapie worden gebruikt in de revalidatiebehandeling. Dit om een beeld te krijgen hoe de behandelvorm beeldende therapie inhoud en vorm geeft binnen de revalidatiebehandeling. Dit hoofdstuk is opgebouwd uit de zes verschillende onderdelen, 5.1 methodieken, 5.2 methodes, 5.3 werkwijze, 5.4 werkvormen 5.5 doelstellingen binnen beeldende therapie en 5.6 de therapeutische houding.

Belangrijk is wanneer je beeldende therapie inzet binnen de revalidatie dat je duidelijk de indicatie stelt en contra-indicatie, dit geeft een richtlijn aan waarom er voor beeldende therapie gekozen kan worden, of waarom beeldende therapie in het behandel aanbod aanwezig is.

De informatie heb ik verkregen uit de interviews die ik heb gedaan met de beeldend therapeuten van centrum voor revalidatie (CvR) Beatrixoord in Haren en Universitair Centrum voor Chronische Ziekten (UCCZ) Dekkerswald.

5.1 METHODIEKEN

Uit ervaring heb ik gemerkt dat er nogal eens verwarring is binnen de definitie van de begrippen methodes en methodieken.

Een methode is een specifieke en overdraagbare manier van werken om een gesteld doel te bereiken. Het gaat om een weloverwogen, systematische, stapsgewijze, doelgericht (op efficiency gerichte) werkuitvoering. Het individuele niveau is een methode ontstegen.

Als we het hebben over een methodiek hebben we het over een samenhangend geheel van methodes waarbinnen over het algemeen afzonderlijk werkwijze en systemen van beperkter orde te onderscheiden zijn. Beeldende therapie in de revalidatiezorg is de methodiek die gebruikt wordt binnen de revalidatiebehandeling. Omdat de revalidatiesetting een bepaalde setting is en je te maken hebt met een invaliderende ziekte of ongeval ligt de behandeling van de psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte op de voorgrond. Er wordt binnen de beeldende therapie vooral gewerkt aan het verwerkingsproces, adaptatieproces en acceptatieproces.

5.2 METHODES

In beide revalidatiecentra wordt geen gebruik gemaakt van één duidelijke methode, er wordt uitgegaan van de behoefte van de patiënt en het doel wat de patiënt wil bereiken. Hierop wordt de methode aangesloten. Binnen Universitair Centrum voor Chronische Ziekten (UCCZ) Dekkerswald, werken ze eclectisch, dat wil zeggen dat ze de methodes, werkwijzen en werkvormen per revalidant afstemmen op wat deze revalidant nodig heeft. Ze maken bijvoorbeeld gebruik van elementen uit de Gestalttherapie, dialectische therapie, de visie van de Rationeel-emotieve gedragstherapie (RET) omzetten naar beeldende opdrachten, innerlijke (familie)beelden, systeem betrekken op partner/familiedagen, werken met symboliek en beeldend proces.

Er wordt door alle therapeuten gewerkt vanuit verschillende psychotherapeutische stromingen.

5.2.1 MANDALA TEKENEN

De methode die als intakeopdracht wordt gebruikt binnen Dekkerswald is het mandala tekenen. Judith Glasmacher deed in 2006 tijdens haar afstuderen onderzoek naar in hoeverre zich voor de instromende revalidanten in de longrevalidatie Dekkerswald door afname van de Mandalaopdracht een creatief therapeutische diagnose gesteld kan worden. Deze intakeopdracht wordt voor de kennismaking toegepast en dient ter inventarisering van inadequaate of inflexibele (coping)gedrag, die een optimale adaptatie aan de aandoening in de weg zou kunnen staan. Door het ontwikkelingsonderzoek werd een gedragsobservatie methode ontwikkeld en de al bestaande interviewvragenlijst ter nabespreking toegespitst. Hierdoor konden gegevens geconcretiseerd, de revalidanten spoediger en betrouwbaarder geschat en aandachtspunten opgesteld worden.

Een mandala betekent letterlijk cirkel of centrum en komt uit het Sanskriet. De cirkel is het symbool voor het 'Zelf'. In de oosterse betekenis van de mandala, vooral in Tibet, is het een uitdrukking van een meditatief en helend ritueel. Het gaat hier om een universele betekenis.

Volgens Carl G. Jung die de mandala ontdekte als therapeutisch hulpmiddel ter bevordering van zelfintegratie, brengt de mandala het verschillende bewustzijnsniveau, denken, gevoel, intuïtie en gewaarwording, binnen het individu in beeld en ook de energie die hen verenigt en gezond maakt. Bij het mandala tekenen wordt de tekenopdracht op een vaste manier aangeboden bij de start van een beeldende therapie. Na het maken van de tekenenlijst wordt de bijbehorende vragenlijst ingevuld.

Door de tekening en de vragenlijst te bespreken worden werkpunten voor de beeldende therapie geformuleerd. De intakeopdracht brengt de copingstijl van de revalidant in beeld door het werkstuk, observatie en bespreken van de vragenlijst. De bevindingen en behandeldoelen worden uitgewerkt in een vast format en naar het behandelteam gerapporteerd. Het doel van de mandala tekenopdracht is een analyse verkrijgen van de copingstijl, cognities, beleving en het zelfbeeld van de cliënt door de therapeut, om beeldende behandeldoelen vast te stellen. Tegelijkertijd wordt getoetst of de revalidant in staat is te reflecteren over zichzelf en om van daaruit aan zijn behandeldoelen te willen werken.

Binnen Beatrixoord maakt Loretta binnen haar therapie gebruik van elementen uit de cognitieve gedragstherapie, zoals het benoemen van hoe je je lichamelijk voelt en dit te verbinden met een cijfer van schaal 0-10 en ook maakt ze gebruik van de Rationeel-emotieve gedragstherapie (RET). Een therapievorm die werkt vanuit het inzicht dat hoe we over onze situatie en onszelf *denken* bepaalt hoe we ons in die situatie *voelen* en hoe we daarin *handelen*. Dit is vergelijkbaar met de emotiedriehoek van doen-denken-voelen die ik later bij deelvraag 5 behandel. Daarin worden de opdrachten gericht op het bewust worden van gedachten en gevoelens door die uit te beelden in materiaal.

5.3 WERKWIJZEN

In beide revalidatiecentra kwam naar voren dat er gewerkt wordt met alle vijf de werkwijzen van H. Smeijsters; de orthopedagogische, supportieve, palliatieve, re-educatieve en reconstructieve werkwijze. Hieronder beschrijf ik in het kort de vijf verschillende werkwijzen van H. Smeijsters

5.3.1 ORTHOPEDAGOGISCHE WERKWIJZE

De orthopedagogische werkwijze heeft als algemene doelstelling het ondersteunen van de ontwikkeling bij gehandicapten. Het medium activiteit is gericht op de ontwikkeling van psychomotorische, sensormotorische spraak; en taalvaardigheden en perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden.

5.3.2 SUPPORTIEVE WERKWIJZE

De supportieve werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Men probeert de problemen niet weg te nemen, maar de omgang met de problemen te verbeteren. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend en ontwikkelingsgericht karakter. De werkwijze is niet gericht op het doorwerken van de problematiek. Inzicht in het waarom van het eigen gedrag krijgt bij deze werkwijze geen aandacht, evenmin bestaat de intentie het probleemgedrag te willen veranderen.

5.3.3 PALLIATIEVE WERKWIJZE

De palliatieve werkwijze biedt net zoals de supportieve werkwijze ondersteuning in het leren omgaan met problemen. De werkwijze heeft het verzachten van fysieke pijn, het verzachten en ondersteunen van valideren bij psychische problematiek als doelstelling. Het gaat om cliënten met een chronische problematiek.

5.3.4 RE-EDUCATIEVE WERKWIJZE

De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Hiertoe behoren enerzijds het via gestructureerde, traininggerichte activiteiten veranderen van het probleemgedrag, anderzijds het behandelen van eventuele psychische conflicten die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen. Bij deze werkwijze staat het eigen gedrag en beleven in het hier en nu en de directe oorzaken hiervan centraal. Het gaat om datgene wat de cliënt hier en in relatie met de creatief therapeut en de mede cliënten beleeft.

5.3.5 RECONSTRUCTIEVE WERKWIJZE

De reconstructieve werkwijze is gericht op het doorwerken van problemen. Het gaat om het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten, die vaak terug te voeren zijn tot de kinderjaren. Een psychisch conflict is onbewust wanneer een gevoel psychisch zo onverenigbaar is met een gevoel of persoonlijke norm, dat het conflict uit het bewustzijn wordt verdrongen. Van een onbewust conflict kan sprake zijn als bij de cliënt in bepaalde situaties emoties optreden die hijzelf niet begrijpt.

In Dekkerswald wordt met de werkwijzen (Smeijsters) flexibel gewerkt. Het is niet concreet te bepalen met welke werkwijze er per cliënt gewerkt wordt. De indeling is meer gericht op bepaalde onderwerpen, waarbij de werkwijzen eclectisch zijn; educatie, cognitieve gedragstherapie, RET, Gestalttherapie, Systemische therapie. Ze noemt deze werkwijze en psychotherapeutische stromingen de psychosociale gereedschapskist, waarin je gereedschappen uit haalt wanneer deze van toepassing zijn op de cliënt. Dat gebeurt zowel in groepsverband als ook individueel.

5.4 WERKVORMEN

De werkvormen zijn heel breed. Ze gebruiken veelal meerdere werkvormen naast elkaar. Binnen Dekkerswald wordt er gewerkt individueel in de groep, mensen werken dus aan hun persoonlijke aandachtspunten en worden daarbij begeleid. Er is geen vaste opbouw. Er is wel sprake van een intakeopdracht, de mandala opdracht, waardoor ze kennis maken en waarna ze de geschikte methode en werkvormen worden gekozen.

Behalve houtbewerking en metaalbewerking (i.v.m. geur en stof) worden alle materialen aangeboden.

Binnen Beatrixoord worden in de observatiefase vooral laagdrempelige opdrachten gegeven, om de weerstand te verkleinen, dan wordt er vooral gekeken naar de behoefte van de patiënt en daarbij een passende werkvorm bij gevonden.

5.5 DOELSTELLINGEN BINNEN BEELDEND THERAPIE

Binnen Dekkerswald levert beeldende therapie een bijdrage aan het bewerken van de algemene doelstellingen adaptatie, acceptatie, verwerking, in balans komen, aanleren nieuwe coping en het bijstellen van irreële cognities. De vaktherapeutische doelen zijn een vertaalslag van de algemene doelen die per revalidant bij aanvang van revalidatie geformuleerd worden. Creatief therapeutische doelen die gesteld worden zijn erg individueel en afhankelijk van de patiënt. Afstemming op de vraag van de patiënt is erg belangrijk. Veel voorkomende doelen zijn binnen- en buitenkant afstemmen, zelfbeeld onderzoeken en bijstellen, ruimte geven voor (onderdrukte) emoties, contact maken met (tijd nemen en afstemmen op je) eigen werk en zo naar je (on)mogelijkheden kijken. Ruimte zoeken binnen de beperking. Strijd vormgeven tussen willen-kunnen, moeten-mogen, voelen-denken. Aandachtsvelden voor het formuleren van creatief therapeutische doelen hebben betrekking op ik-functie, cognitief functioneren, emotioneel functioneren, sociaal functioneren, fysiek functioneren en handelingsvaardigheid. In bijlage 2, pagina 65 is een lijst te vinden met de aandachtsvelden waarnaar de therapeutische doelen worden gesteld.

Binnen Beatrixoord worden de algemene creatief therapeutische doelen gekoppeld aan de werkwijze van H. Smeijsters die binnen de revalidatiebehandeling voornamelijk voor komen zijn:

Orthopedagogische werkwijze

- vergroten van de gerichtheid op de ander
- Opheffen van passiviteit

Supportieve werkwijze

- Zo snel mogelijk een emotioneel evenwicht bereiken (rustig worden, minder huilen)
- Versterken van bestaande afweer(niet snel overstuur raken, je niet laten meeslepen)

Palliatieve werkwijze

- Het verminderen van (psycho)somatische klachten
- Het verwerken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworpen handicap
- Het afscheid kunnen nemen van het leven

Re-educatieve werkwijze

- Uiten en reguleren van emoties
- Vergroten van de frustratietolerantie
- Verbeteren van de realiteitsoriëntatie
- Grenzen leren trekken
- Verminderen van faalangst
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld
- Ontwikkelen van zelfreflectie
- Versterken van het zelfvertrouwen

Reconstructieve werkwijze

- Overdrachtrelaties en projecties inzichtelijk maken

De doelstellingen binnen beeldende therapie in de revalidatiebehandeling zijn vergelijkbaar met de doelstellingen die gesteld worden in de behandeling van beeldende therapie in de psychiatrie. Een duidelijk verschil met de psychiatrie is dat de revalidanten vaak comorbiditeit en complexe (systeem) thuissituaties hebben maar geen psychiatrische problematiek. Je richt je daarom minder op inter-persoonlijke en intra-persoonlijke conflicten.

5.6 THERAPEUTISCHE HOUDING

Belangrijk is het afstemmen op het mens/ervarings/wereldbeeld van de revalidant en op zijn wensen. De algemene houding is ordenend en mogelijke valkuilen/leerpunten formulerend en teruggevend. Tijdens het proces, wordt de houding afgestemd op wat de revalidant nodig heeft in zijn eigen ontwikkeling/onderzoekstocht. De therapeutische houding is wisselend, de ene keer confronterend de andere keer steunend, volgend, leidend, meewerkend, op afstand, verbaal, non-verbaal, met humor, met ernst, ruimte gevend, kaderend en het belangrijkste is; respectvol.

5. 7 MODULE OMGAAN MET EN MODULE VAARDIGHEDEN

5.7.1 MODULE OMGAAN MET

In het centrum voor revalidatie Beatrixoord wordt op de afdeling longrevalidatie de module omgaan met en de module vaardigheden aangeboden. Deze module richt zich op het op gang brengen en ondersteunen van het acceptatie- en verwerkingsproces van de beperkingen ten gevolge van een longaandoening.

De module wordt gevolgd door longpatiënten waarbij dit acceptatie- en verwerkingsproces is gestagneerd, waardoor het optimaal kunnen functioneren wordt belemmerd. Het is een gesloten groep dat wil zeggen dat er geen nieuwe patiënten instromen. Binnen de module wordt er aangegrepen op coping strategieën die bij deze patiënten ineffectief zouden zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om verdringing van de klachten of de gevolgen ervan, angst, frustratie of de aanwezigheid van psychosomatiek. Specifieke thema's die in de behandeling naar voren komen zijn boosheid, verdriet, rouw, (verstoorde) communicatie met de omgeving en onbegrip. De behandeling bestaat uit beeldende therapie, groepsgebesprek met de psycholoog en de sociotherapeut, psychomotorische therapie (zwembad en sportzaal). Er wordt op een eclectische wijze inhoud gegeven aan de genoemde thema's. Door middel van therapeutische techniek als spiegelen, 'mondeling' structureren en steunen wordt de patiënt in de gelegenheid gesteld naar zijn eigen gedrag en achterliggende motieven (gevoelens en gedachten) te kijken en die eventueel aan te passen. Het uiteindelijke doel van de module is dat de patiënt door acceptatie weer beter gaat functioneren op psychosociaal vlak, waardoor de patiënt ook beter kan participeren in het dagelijkse leven.

5.7.2 MODULE VAARDIGHEDEN

Binnen de module vaardigheden ligt het accent op het leren omgaan met de beperkingen ten gevolge van de longaandoening. Het gaat om de aanpassing (adaptatie) aan deze beperkingen en niet om de acceptatie. Deze module wordt gevolgd door de longpatiënten die een verstoord rust-activiteitenbalans hebben. Dat wil zeggen dat het in de eerste instantie gaat om patiënten die 'teveel' doen, waardoor zij overbelast raken. Dat kan zijn doordat zij teveel activiteiten combineren of een verkeerde ademhalingstechniek hanteren. Daarnaast kunnen ook patiënten die 'te weinig' doen de module volgen.

Dat kan zijn dat de zij vervallen in passiviteit en/of de eigen mogelijkheden onderschatten. Met het structureren van de dagindeling en activiteiten zou de module kunnen bijdrage tot activering. De module bestaat uit fysiotherapie, ergotherapie, bewegingsagogie en beeldende therapie. Met behulp van creatieve werkvormen, die vooral gericht zijn op het leven voelen en interpreteren van lichaamssignalen en daaraan gekoppeld het leren vinden van een balans in activiteiten en rust. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de stoplichtmethode en BORG-schalen. De patiënt moet voor zichzelf nagaan hoe hoog de intensiteiten van de lichaamssignalen op schaal 0-10 (BORG-schaal) is of van groen, oranje tot rood (stoplicht). Het uiteindelijke doel van de module is het beter hanteren van de balans tussen rust en activiteit waardoor zijn lichamelijke beperkingen hanteerbaar zijn en op den duur leidt tot een fysiek actieve(re) leefstijl. Deze module wordt theoretisch onderbouwd door het belasting-belastbaarheidsmodel

Belasting-belastbaarheidsmodel

Het model belasting-belastbaarheid is gebaseerd op de veronderstelling dat het menselijk lichaam het best functioneert als de mate van belasting in balans is met de belastbaarheid van datzelfde lichaam. De mate van belasting staat voor de mate waarin het lichaam fysiek en psychisch belast wordt, bijvoorbeeld door lichamelijke activiteiten of psychische stress. De mate van belastbaarheid is de mate waarin het lichaam in staat is de belasting te dragen zowel fysiek als psychisch. Het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid kan zowel vanuit de kant van de belasting als vanuit de kant van de belastbaarheid verstoord raken. Datzelfde evenwicht kan ook vanuit twee zijden hersteld worden: door de belastbaarheid van het lichaam te vergroten (fysieke training) of door de belasting te verlagen (bijvoorbeeld door vaker te rusten, minder zwaar te tillen, minder te werken en een goede afwisseling tussen activiteiten te hanteren).

5.8 INDICATIE VOOR BEELDENDE THERAPIE

Wanneer een patiënt laag autonomie, laag zelfbeeld, moeite met verbaal communiceren heeft. Of overspoelt raakt door emoties, moeilijk zelf inzicht kan krijgen in het hier en nu, in het verleden en de toekomst en moeilijk inzicht kan krijgen wie ben ik, wat voel ik, wat wil ik? Stelt de arts of psycholoog de indicatie voor beeldende therapie.

Wanneer de patiënt moeite heeft met het uiten van emoties, geen plezier of ontspanning kan ervaren, blokkeert wordt door emoties en dit moeilijk kan reguleren of onverwerkte traumatische ervaring, verliesverwerking, onvoldoende assertiviteit heeft kan dit een rede zijn om een verwijzing te doen naar beeldende therapie.

Binnen Dekkerswald is beeldende therapie een vast onderdeel van het programma. Het accent ligt op copingstijl, oplossend vermogen, cognities uitdagen, ruimte geven aan onderdrukte emoties. Dit is afhankelijk van de individuele doelen van de revalidant.

Als de psycholoog vastloopt in de behandeling (cognitieve gedragstherapie) wordt soms expliciet gevraagd om een emotie door te werken.

Als de problematiek van die aard is dat het standaard programma in de groep niet voldoende is om de diepte in te gaan wordt beeldende therapie ingezet. Doorverwijzing voor individuele behandeling kan op verzoek van patiënt, team, of door de psycholoog of maatschappelijk werker als een proces moeizaam verloopt, of het wordt door een beeldend therapeut zelf bepaald.

Algemene omschreven indicatie voor beeldende therapie kan worden geïndiceerd wanneer cliënten:

- Geen woorden voor ervaringen, gedachten of gevoelens kunnen vinden;
- Moeite hebben met het accepteren van hun beperkingen
- Veel rationaliseren, dan wel zich verhullen in taal
- Moeite hebben hun binnenwereld naar buiten te brengen

- Moeite hebben met het ordenen en begrenzen van emoties
- Een overwerkte traumatische ervaring hebben
- Verlieservaringen hebben
- Problemen hebben met boosheid en agressie
- Het moeilijk vinden om voor zichzelf op te komen
- Onzekerheid en angst ervaren
- Geen plezier meer kunnen ervaren

5.9 CONTRA INDICATIE

Een contra indicatie wordt gesteld wanneer blijkt dat het beeldend werken voor de cliënt te veel prikkels geeft en zich te veel overgeleverd voelt aan het materiaal en overspoelt raakt door zijn emoties en daardoor zich onveilig gaat voelen.

5.10 POSITIE BEELDEND THERAPEUT IN HET MULIDISCIPLINAIR TEAM

De positie van de beeldende therapeut in het multidisciplinair team is afhankelijk van de integratie, periode van het geven van beeldende therapie, bekendheid en waardering van het vak. Binnen Dekkerswald wordt er al bijna 20 jaar beeldende therapie gegeven. Binnen deze instelling is de beeldend therapeut volledig geïntegreerd, bekend, gewaardeerd en hoeft zich niet te verantwoorden. Binnen het team heeft elk teamlid dezelfde positie en ze gaan uit van gelijkwaardigheid. De positie van de beeldend therapeut wordt dus gezien als een deel van het disciplinair team waarin ieder zijn eigen aandeel in de behandeling, binnen zijn expertise, heeft. Binnen Beatrixoord is de positie van de beeldend therapeut afhankelijk van de afdeling, binnen de longrevalidatie is de positie duidelijk. En is beeldende therapie onderdeel van het team en de psycholoog die de verwijzingen doet is goed op de hoogte van beeldende therapie. Op de andere afdeling, reuma, hersenletsel en amputatie is de positie minder duidelijk, de beeldend therapeut werkt op consult basis voor deze afdelingen en de weg naar de beeldend therapeut is nog niet altijd te vinden en staat in ontwikkeling.

Binnen het team staat het samen zorgen voor het terugvinden van het balans in het leven van de patiënt, samen met de patiënt voorop. Maar je hebt te maken met hiërarchie en concurrentie. Artsen denken vaak medisch en somatisch, waarbij de lichamelijke aspecten op de voorgrond komen te staan en waardoor sommige artsen weinig beeld hebben van wat de professie inhoudt van de verschillende disciplines. Zo gaf Loretta Bruin, beeldend therapeut op Beatrixoord het voorbeeld van een bespreking over een module stemming, waar volgens de arts alleen de psycholoog mee te maken heeft, terwijl er meer behandelvormen zijn die daarop inspelen, bijvoorbeeld beeldende therapie. Je moet je dan erg sterk maken op je vak te vertegenwoordigen en met argumenten komen waarin beeldende therapie kan bijdragen aan de behandeling van de stemmingsproblematiek. Daarnaast is profilering een belangrijk punt, je moet laten zien wat je kan en doet. Dit heeft tijd nodig, en hierdoor komt de profilering steeds meer in ontwikkeling doordat er resultaat wordt ervaren.

Je moet kunnen pionieren, je bent telkens bezig met je positie te verduidelijken en neer te zetten. Acht jaar geleden heeft Loretta Bruin zelf beeldende therapie opgezet binnen de revalidatiecentrum. Ze had geen vaste eigen ruimte en ging met een kar materialen de afdelingen af, inmiddels heeft ze haar eigen ruimte. Je bent telkens bezig met nieuwe voorwaarde scheppen voor een volgende stap, je moet hierbij veel geduld en doorzettingsvermogen hebben om te bereiken wat je wil en gaan staan voor je vak. Het is een ontwikkeling die tijd nodig heeft. Het vraagt van je om te werken binnen de mogelijkheden en je doelen klein te houden. Door de solistische functie is het belangrijk om je kenbaar te maken je te laten zien, te vertellen wat je doet en de disciplines te laten ervaren wat je doet. Je moet ook prioriteiten stellen om je eigen grenzen te bewaken.

HOOFDSTUK 6. BIJDRAGE BEELDEND THERAPIE BINNEN DE TOTALE REVALIDATIEBEHANDELING

Deelvraag 4; Wat draagt beeldende therapie bij aan de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod?

Ik heb nu een beeld van de psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte of ongeval, het bestaande behandelaanbod, hoe beeldende therapie ingezet wordt in de behandeling binnen de revalidatiecentra.

In dit hoofdstuk maak ik een beschrijving van de bijdrage van beeldende therapie binnen de revalidatiebehandeling. Om beeldende therapie in te zetten binnen de behandeling van de psychosociale gevolgen vind ik het belangrijk de bijdrage die beeldende therapie kan hebben binnen het bestaande aanbod vast te stellen om zo de inzet van beeldende therapie te garanderen.

Als eerste sta ik stil bij de uitspraak die beeldend therapeut Judith Glasmacher deed over beeldende therapie in de revalidatie, daarna maak ik een omschrijving van 6.1 beeldende therapie in de revalidatiesetting, 6.2 communiceren met beeldend expressieve materialen binnen de beeldende therapie, 6.3 bijdrage beeldende therapie in de revalidatiebehandeling, 6.4 waarom beeldende therapie, 6.5. De emotionele verwerking van een invaliderende ziekte of ongeval, 6.6. Het bieden van compensatie en het vergroten van het gevoel van eigenwaarde, 6.7, Het stimuleren van contact en communicatie, 6.8 Doel van beeldende therapie in de revalidatie, 6.9 hulpvraag revalidant, 6.10 module omgaan met, 6.11 module vaardigheden, 6.12 De ervaring van de patiënten in beeldende therapie en als laatste onderdeel 6.13 Ervaring patiënt met afasie en echtgenoot.

6.1 BEELDEND THERAPIE IN DE REVALIDATIESSETTING

Als we kijken naar de bijdrage van beeldende therapie in de revalidatie zijn er veel overeenkomsten met de bijdrage van beeldende therapie in de psychiatrie, de uitspraak van Judith Glasmacher werkzaam als beeldend therapeut bij Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald (UCCZ) in Groesbeek sluit hierbij aan. Zij beschreef hoe beeldende therapie onafhankelijk van de diagnose inzetbaar is: *‘Wij gaan er van uit, dat je binnen beeldende therapie op elk mens kunt afstemmen en iets kunt bieden en dat dit in eerste instantie los staat van de diagnose. De diagnose zegt iets over klachten en symptomen, maar niet over oorzaken en menselijke thema’s. Hoe dus een menselijk thema met al zijn valkuilen zich lichamelijk manifesteert of in hoeverre lichamelijke klachten er dan voor zorgen dat mensen met de neus op de feiten gedrukt worden, maakt eigenlijk niet uit. Het lichaam spiegelt vaak hun draaglast en/of zorgt er dan voor, dat mensen met de rug tegen de muur staan en eindelijk de leerpunten/copingsstrategieën wel aan moeten gaan, die ze al hun hele leven hebben. De aandoening zorgt er eigenlijk meestal alleen maar voor, dat mensen in hun denken, voelen en handelen vastlopen.*

6.2 COMMUNICEREN MET BEELDEND EXPRESSIEVE MATERIALEN

Praten is voor cliënten het meest vertrouwde communicatie middel en het ook meest bekende. Met woorden kun je gevoelens uitspreken en zelf bepalen wat je wel en niet wilt uitspreken. Soms bewust maar ook onbewust.

Werken met beeldend expressieve materialen is vaak minder vertrouwd bij cliënten. Het doet beroep op je zintuigen. Verf kun je ruiken, kleuren kun je zien, je hoort het krassen van de houtskool en je voelt de klei tussen je handen. Lang niet alle cliënten zijn gewend te werken met beeldende materialen, hoewel veel mensen wel eens beeldend aan het werk zijn geweest zijn al is het alleen op de basisschool, of ooit binnen een cursus. Veel volwassene zijn de speelsheid en creativiteit kwijt geraakt, waar je als kind over beschikt.

Het spelen wordt dan belemmerd door het realistisch, mooi en netjes zijn. Een belangrijke voorwaarde voor effectieve toepassing van beeldende middelen is dat de therapeut en de cliënt zich niet gehinderd voelen door esthetische of morele eisen.

Door de verminderende rationele controle ontstaan soms onverwachte, ongewilde of onthullende beelden.

Van materialen als klei, krijt of verf gaat een uitnodigende werking uit. Beeldend werken biedt de mogelijkheid tot een directe manier om emoties als boosheid, machteloosheid, wanhoop en verdriet te voelen, te externaliseren en in een context te plaatsen. Beeldend werken brengt iemand in beweging ook letterlijk, het heeft een psychomotorische kant. Je armen, schouders, nek, romp en het hele lichaam komen in actie, hierdoor reactiveert het mogelijke verborgen, onderdrukte emoties. In de omgang met beeldend materiaal wordt in stapjes de eigen kracht en creativiteit ingezet. Contact met het materiaal geeft energie, die omgezet wordt in activiteit, het toegeven aan de impuls leidt tot interactie met het materiaal, op dat moment ontstaat vorm, het concrete beeld maakt de innerlijke beleving en behoefte zichtbaar.

Wanneer er betekenis wordt gegeven aan het zichtbare biedt dit een handvat voor het bepalen van behoeften en daarmee voor verandering. Dit kan niet van het één op het ander moment dat moet stapje voor stapje gebeuren. Een beeld kan overspelend en confronterend zijn voor de cliënt.

6.3 BIJDRAGE VAN BEELDEND THERAPIE IN DE REVALIDATIEBEHANDELING

Voor mensen met een invaliderende ziekte of ongeval kan beeldend werken een krachtig middel zijn in de adaptatie en het verwerkingproces. Mensen met een invaliderende ziekte of ongeval kunnen te kampen hebben met een scala aan gevoelens: controle verlies, machteloosheid en ontredde; depressie, uitzichtloosheid, passiviteit, vermoeidheid, rouw vanwege functieverlies of veranderd levensperspectief; beangstigende gedachten, pijn of zorgelijke gedachten met pijn die zinvolle dagbesteding bemoeilijkt.

Beeldende therapie is voor cliënten met dergelijke problemen een middel waarmee ze vorm en uitdrukking kunnen geven aan hun verdriet, angst, pijn en woede. Beeldende therapie stimuleert het vinden van beeld en woord voor het lichamelijk ervaren, het psychomotorisch uiten daarvan in beeldende handelingen en het doorvoelen van de betekenis van de beperkingen van de invaliderende ziekte of ongeval. (Tineke Demmer en Ineke Boschloo, 2004)

Beeldend therapeut Loretta Bruin, werkzaam op centrum voor revalidatie Beatrixoord, gaf aan dat een belangrijke bijdrage van beeldende therapie het non-verbale, het ervaringsgerichte en het inspelen op de belevingswereld door middel van beeldende materialen is. De beeldende materialen zijn tastbaar en doen een appél op je. Je kunt ervaringen verkrijgen op het 'voelen'.

Het allerbelangrijkste is misschien nog wel dat je iets tastbaars hebt, wat je vast kan houden en wat je kan bewaren. Het tastbare heeft een betekenisvolle symbolische waarde. Dat wat je hebt gemaakt blijft bestaan en je kan er op terug kijken.

Het draagt bij dat het een vorm van therapie is die non-verbaal is en gericht is op het ervaren. Het is een ander middel om, om te gaan met, en het accepteren van de problemen. Beeldende therapie biedt mogelijkheden om via een andere weg naar je problemen te kijken door ze te ervaren in het materiaal door ze letterlijk in beeld te brengen.

Het geeft de cliënt de mogelijkheid om hun probleem te kunnen nuanceren. Het sluit aan bij de belevingswereld van de patiënt, het geeft de patiënt tools om te kunnen uiten om dingen beter te kunnen verwoorden, om contact te krijgen met het gezin, partner, om elkaar beter te begrijpen. Beeldend therapeut Judith Glasmacher, werkzaam op Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald (UCCZ) gaf aan dat de grootste bijdrage aan de ene kant het actief ervaren van andere copingmogelijkheden is. En aan de andere kant is het ook het ordenen van het denken, voelen en handelen door middel van oefeningen (ervaringen) en reflectie (uitwisseling) en ook het doorwerken en daardoor integreren van emotionele en systematische blokkades.

Het is een geschikte behandelvorm voor mensen met een onflexibele copingstijl of een emotionele disbalans. Het actief inzicht krijgen in oude patronen en oefenen met nieuw gedrag. Het ervaringsgerichte onderdeel is waardevol, net zoals de mogelijkheid om op een afstand naar zichzelf te kijken of door middel van symboliek, technieken of beweging uiting te geven aan emoties. In de aanpak en vormgeving komt de revalidant zichzelf met zijn aanpak, eisen (aan zichzelf en materiaal) mogelijkheden en onmogelijkheden tegen. Dit kan dienen als ingang voor interventie voor probleemoplossend vermogen. En dat is onder andere iets wat je nodig hebt om je aan te passen aan je beperkingen. Er kan, al heb je nog zo weinig lucht, toch vormgegeven worden terwijl je bij de grotere bewegingsinspanningen (lopen/wandelen) eerder de fysieke grenzen tegenkomt. Daarnaast leent het gebruik van symbolische werkvormen zich goed voor het doorwerken van thema's. Het heeft zijn eigen beeldende invalshoek die anders is dan de beweging, conditionele of cognitief gedragsmatige invalshoek. "Beelden" en beeldende werkvormen hebben hun eigen taal, symboliek en gevoelswaarden.

Uit de andere interviews die ik gedaan heb met het behandelteam waarin Loretta Bruin werkzaam is bleek voornamelijk het 'andere' middel van communiceren, het non- verbale als belangrijke bijdrage aan de behandeling van de psychosociale gevolgen gezien te worden.

Zo zei de sociotherapeut uit het team ' Soms is praten aan de hand van beeldende technieken beter dan een ander moment praten. Het is belangrijk dit goed af te stemmen in het team'.

Psychomotisch therapeut zei; *"Deze behandelvorm kan goed aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Net als PMT gaat het om een ervaringsgerichte therapie, waarbij men zich bewust wordt van zijn denken voelen en handelen. Deze bewustwording is een voorwaarde om verder te kunnen werken aan bepaalde revalidatiedoelstellingen."*

De Activiteitentherapeut voegt hier aan toe; *"Beeldende therapie bied een bijdrage daar de mogelijkheid om specifieke hulpvragen te behandelen op het gebied van bijvoorbeeld rouwverwerking, problemen bij acceptatie, lichaamsbeleving, aanboren eigen kracht. Waarbij er een ingang is voor creativiteit."*

De Psycholoog zei : *"Binnen beeldende therapie is ervaren en doorvoelen van emoties vooral bij mensen die rationeler van aard zijn een grote bijdrage. "*

6.4 DE KRACHT BEELDENDEN THERAPIE

Expressie in beeldend materiaal biedt de cliënt de mogelijkheid om via dat materiaal op een nieuwe wijze contact te maken met zichzelf en eventuele anderen. Elk verschillend materiaal doet appél op emoties en motoriek en biedt gelegenheid tot experimenteren en spelen. Klei is met je handen vormbaar, met hout heb je andere technieken nodig, zoals slaan, zagen krassen of steken. Krijt is zacht, korrelig en dik en potlood is hard en dun. Door het werken met het materiaal bereik je een ander effect. Het letterlijk in actie, in beweging komen en ervaren wat je kunt, vergroot je zelfvertrouwen. Door sturing te geven aan het eigen beeldende proces kan een begin worden gemaakt met sturing geven aan je eigen leven. Vooral voor mensen met een invaliderende ziekte of ongeval geeft het in expressie brengen van de innerlijke beelden van kracht, angst, pijn, levenslust en verdriet, sturing waardoor ze tastbaar en zichtbaar worden en daarmee betekenis krijgen, de mogelijkheid de regie over het eigen leven te hernemen en zich minder slachtoffer te voelen. Het praten over de ervaringen en resultaten helpt de patiënt om te beseffen wat er in hem omgaat, er betekenis aan te geven en zo meer vat te krijgen op eigen behoeften en mogelijkheden. Door de ervaringsgroei kan hij tevens meer visie op, en controle over de eigen situatie verkrijgen.

6.5 DOEL VAN BEELDENDE THERAPIE IN DE REVALIDATIE

Het belangrijke hoofddoel van beeldende therapie is de patiënt weer in balans te krijgen zodat hij zijn kwaliteit van leven weer inziet. Door middel van beeldend te werken, worden de problemen voor de patiënt zichtbaar en handteerbaar, kan de patiënt uitdrukken wat moeilijk onder woorden te brengen is, ander gedrag oefenen, nieuwe vaardigheden aanleren en aanleren van copingstrategieën. Dus het biedt manieren om anders met bepaalde situatie om te gaan en emoties te uiten.

6.6 HULPVRAAG PATIËNT

Soms is de hulpvraag van de cliënt met lichamelijke klachten heel breed. Het is belangrijk om binnen de beeldende therapie goed af te stemmen en aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt op dat moment.

Vooraf in de beginfase van het therapeutisch contact kan beeldend werken voor de cliënt een manier zijn om in contact te komen met het eigen innerlijk, zonder dat de taal hierbij op de voorgrond staat. Ook voor de beeldende therapeut wordt zichtbaar wat de cliënt beleefd in het beeldend bezig zijn. Het beeldend werk zorgt voor een concreet en zichtbaar aanknopingspunt voor de verbale communicatie. Losmaakoefeningen, zoals het krassen met houtskool of het spelen met klei of het bijhouden van een schetsboekje kunnen helpen om de hulpvraag te verhelderen.

6.7 DE EMOTIONELE VERWERKING VAN EEN INVALIDERENDE ZIEKTE OF ONGEVAL

In hoofdstuk 3 over de mogelijke psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval kwam naar voren het verlies ervaringen. Er zijn heel wat dingen die je allemaal moet missen na de invaliderende ziekte of ongeval. Hierdoor kunnen acceptatie en verwerkingsproblemen ontstaan. Van belang is dat je binnen het rouwproces van de verlieservaring je gevoelens durft toe te laten en te uiten. Als dit niet of onvoldoende gebeurt is de kans groot dat het rouwproces vastloopt en een depressie ontstaat of aanhoudt. Omdat de confrontatie met de eigen kwetsbaarheid vaak heel pijnlijk is en veel verdriet veroorzaakt, is vooral in de beginfase een minder directe benadering de meest geschikte manier om dit proces te ondersteunen en te begeleiden. Een therapievorm die aan deze voorwaarde kan voldoen is beeldende therapie. Vooral het non-verbale karakter van de beeldende materialen en een indirecte manier van werken sluiten goed aan bij de behoefte van de patiënt in dit stadium.

Er is een grote verscheidenheid aan literatuur over dit zogenoemde rouwproces verschenen. Sommigen zien het als een lineair proces, waarin de achtereenvolgende fasen van ontkenning, woede, onderhandelen, depressie en aanvaarding elkaar opvolgen. Anderen beschouwen het meer als een circulair proces, waarin de volgorde van de fasen niet vastligt, verschillende gevoelens naast elkaar kunnen voorkomen en terugkoppelingen, mogelijk zijn, dat wil zeggen dat gevoelens in een later stadium weer terug kunnen komen in een door de andere gevoelens beïnvloedende vorm

Over de eindfase van het proces de aanvaardingacceptatie zijn alle schrijvers het over eens en is het best haalbare.

Ik sta stil bij het rouwproces beschreven door Bowlby, ik koppel hieraan hoe beeldende therapie kan bijdragen aan het rouwproces.

6.7.1 ROUWPROCES

Bowlby heeft een vergelijking gemaakt tussen wat je door moet maken als je een dierbare verlies, het rouwen en de wijze waarop mensen reageren op et verlies of het gemis van iets belangrijks. Als persoon met een beperking maak je een rouwproces door, je hebt rouw om wat dat je verloren hebt aan lichaamdelen of functies, bezigheden, contactmogelijkheden, mogelijkheden, die je in je toekomst had willen realiseren. Het proces bestaat uit een aantal fasen. Binnen beeldende therapie kun je de cliënt volgen bij het doorlopen van de fasen. Door met materiaal aan te sluiten en afstemmen bij de verschillende behoeften en mogelijkheden binnen deze fase. Wel moet je er op letten dat je het natuurlijke rouwproces niet verstoort.

OVERDONDERINGS FASE

De eerste fase is de fase van overdonderen, de persoon begrijpt nauwelijks wat er aan de hand is. Je voelt je bevangen in een boze droom van een nachtmerrie.

ONTKENNINGSFASE

Dan volgt de fase van ontkenning, het ontkennen van de feiten van bijvoorbeeld de verlamde arm. Het kan ook zijn dat je de gevolgen van die feiten ontkent, terwijl je wel de feiten zelf erkent, bijvoorbeeld het plannen van een vakantie alsof je daar volgende maand zo weer aan kan deelnemen. Vaak komt ook gedurende een langere periode voor dat men de feiten wel erkent, maar dat de gevoelens die hier natuurlijkerwijs verboden aan zijn, ontbreken. Men verdraagt het verlies schijnbaar bewonderenswaardig goed. Men doet of er eigenlijk niks of weinig belangrijks veranderd is. Deze fase heeft tijd nodig en wordt vaak onderschat.

Beeldende therapie zou een goede aansluiting kunnen vinden bij deze fase in het rouwproces, om de gevoelens die bij het verlies horen in beeld te brengen, zodat het verlies verwerkt kan worden. Wat lastig is in deze fase dat is de omgeving de ontkenning kan gaat aanmoedigen en het knap vind dat de persoon zo positief is. Als de cliënt denkt dat de invaliderende ziekte of ongeval weinig voor hem heeft veranderd, kan hij ongemotiveerd raken voor de revalidatiebehandeling.

In de beeldende therapie moet je letten in deze fase op kleine vormen van ontkenning, zoals het niet opnemen of vertekenen van informatie die verstrekt word. Hierin is het belangrijk dat je instructies en uitleg vaak herhaald, zodat ze geleidelijk over komen.

Het overschatten van eigen mogelijkheden, men sluit de ogen voor de consequenties van de handicap. Het zich terugtrekken uit een actieve medewerking, oppervlakkig past men zich goed aan, ondergaat de behandeling goed en opgewekt, maar men leert weinig of niets. Ontkenning is niet alleen maar negatief. Ontkenning is een normale creatieve reactie op een situatie van grote acute en

chronische stress. De persoon met een beperking kan ontkenning nodig hebben om zichzelf te beschermen, om niet overspoeld te worden door alle consequenties van de handicap tegelijkertijd. Dit is een manier om het stukje bij beetje te verwerken.

PROTEST FASE

Wanneer de waarheid begint door te dringen, je beseft dat je sommige dingen niet meer kan, beseft wat je hebt verloren en je vraagt je af waarom nou ik, begint de fase van protest. Het niet kunnen accepteren van de beperking en het niet eerlijk vinden dat hun dit is aangedaan. Het kwalijk nemen van anderen en de wereld dat het is gebeurd hoort ook bij deze fase. Het prikkelbaar en cynisch worden kan hierbij meespelen. Als men op deze manier verder moet leven doet men niet meer mee. Er zijn mensen met een beperking die in deze fase blijven hangen. Zij blijven hun leven lang mopperen. Zij bijten zich vast in een cynische levensinstelling of in een onuitputtelijke kritiek op de maatschappij, het ziekenhuis, de artsen of hun omgeving. In deze fase is het moeilijk om te kijken naar jezelf naar je beperkingen en mogelijkheden. Het is belangrijk dat omstanders deze kritiek niet persoonlijk opvatten. De persoon is bezig te protesteren tegen het gedwongen worden om iets te accepteren waarom ze niet gevraagd hebben en tegen de afhankelijkheid, waarin ze verkeren en waarvan ze zich zouden willen bevrijden, ook al is dit niet mogelijk. Het protest kan ook de vorm aannemen van het weigeren van bepaalde oefeningen of therapieën, om zo de confrontatie niet aan te hoeven gaan.

DEPRESSIEVE FASE

Een vaak volgende fase is een depressieve reactie. De persoon kan zich gaan afvragen wanneer hij beseft hoe beroerd hij er aan toe is en wat men allemaal moet missen, of het leven nog zin heeft. Je ziet alleen wat je mist, en wat er overblijft is niet meer de moeite waard. Men schrijft zichzelf af en blijft daardoor bespaard voor nieuwe teleurstellingen. Voor de omgeving is deze fase moeilijk te verdragen, omdat men zich machteloos voelt.

De omgeving kan de persoon gaan ontwijken. Het belangrijkste in deze fase, ook binnen de beeldende therapie, is dat je erkenning uit over hoe de cliënt zich voelt, je invoelt en accepteert hoe verschrikkelijk het moet zijn om van alles te moeten missen, in plaats van hem te vermijden of op te beuren. Er voor de persoon zijn is op dat moment het beste. Hierin moet je goed op jezelf letten dat je niet mee gaat in het gevoel en jezelf zo gaat voelen. De depressieve reactie is belangrijk voor de verwerking en heeft als functie dat in de depressie tot uiting komt dat het innerlijk los maken van datgene waaraan je gehecht was pijn doet.

ACCEPTATIE FASE

De laatste fase is de fase van acceptatie. Met acceptatie wordt bedoeld dat de persoon met de beperking vrede heeft met zijn beperking en zich niet minderwaardig voelt als persoon. Het kan nog wel ervaren worden als lastig en beperkend maar het er niet meer voor schamen betekent dat je het hebt geaccepteerd. Het wordt weer mogelijk om te waarderen wat je nog hebt en je voelt je de moeite waard.

In de acceptatiefase zou beeldende therapie aan kunnen sluiten bij de mogelijkheden die er voor de cliënt zijn en te (her)ontdekken welke andere dingen de moeite waard zijn om voor te leven. Met herontdekken bedoel ik zoeken naar mogelijke aanpassingen die er voor zorgen dat je de dingen kunt doen die je graag doet.

In de praktijk verschilt het of beeldende therapie in de observatiefase al wordt ingezet of pas in de behandelphase. Er wordt in ieder geval in beide gevallen in de observatiefase al gekeken naar de vraag van de patiënt en of hier beeldende therapie bij kan aansluiten.

In de interviews met de professionals kwam naar voren dat je binnen beeldende therapie je aan sluit, invoegt en af stemt op de fase waarin de patiënt staat en wat voor de individuele revalidant

belangrijk is of waar zijn behoefte ligt. En dat kan ook betekenen dat je daar niet expliciet aandacht aan geeft als de revalidant dit niet wil. Je stemt af op de beleving/denk/gevoelswereld van de ander daarvan uit ga je op pad. Samen met de patiënt ga je zoekend naar passende werkvormen/uitingsmogelijkheden.

Beeldende therapie biedt handvaten bij de verschillende fasen in het rouwproces. De materialen kunnen helpen bij de verwerking van het verlies door het inzichtelijk te maken.

Je kunt aansluiten bij een blokkade in het rouwproces om het rouwproces zo goed mogelijk te laten verlopen.

Beeldende therapie kan er ook voor zorgen dat het rouwproces wordt versneld. Soms is er geen tijd om lang te rouwen en is een snelle terugkeer in de maatschappij belangrijk, bijvoorbeeld in verband met werk en gezin. Je kunt dan in beeldende therapie een beeld krijgen van wat je opgeeft en waar je aan moet toegeven en je weer richten op de toekomst.

Het is belangrijk dat je normaliseert, dat je benoemt dat de fase in het rouwproces, het verdriet begrijpelijk is en normaal en menselijk is.

6.8 HET BIEDEN VAN COMPENSATIE EN HET VERGROTEN VAN HET GEVOEL VAN EIGENWAARDE

Naast gevoelens van angst, woede en verdriet heeft de beperking te kampen met gevoelens van onzekerheid, machteloosheid en minderwaardigheid. De minderwaardigheidsgevoelens worden vaak veroorzaakt door lichamelijke veranderingen, persoonlijkheidsveranderingen, afhankelijkheid van hulp van anderen en verminderende mogelijkheden ten aanzien van relaties, maatschappij, arbeid en vrije tijd. Vooral in de beginperiode van de revalidatiebehandeling heeft hij hoop op herstel.

Wanneer steeds duidelijker blijkt dat veel beperkingen blijvend zullen zijn, veranderend de hoop echter vaak in teleurstelling. Vooral in deze fase is het belangrijk om samen met de patiënt te zoeken naar alternatieven en nieuwe mogelijkheden te ontwikkelen die waardevol zijn. Dit kan binnen de beeldende therapie een doel zijn. Zodat hij tegenover het verlies ook weer als perspectief ziet dat de kwaliteit van zijn leven niet alleen door de beperking bepaald hoeft te worden. Bovendien kunnen positieve ervaringen zijn gevoel van eigenwaarde versteken en zijn zelfvertrouwen vergroten.

6.9 HET STIMULEREN VAN CONTACT EN COMMUNICATIE

6.9.1 AANGAAN VAN CONTACTEN

Bij het oefenen tijdens de verschillende therapieën in de revalidatieperiode is de confrontatie met de verworven beperkingen groot, maar veel groter nog als de patiënt zich buiten het revalidatiecentrum gaat, waar hij weer in aanraking komt met de 'gewone' maatschappij en zeker als hij tenslotte weer thuis is. Het aangaan van sociale contacten is lastig wanneer je onzeker voelt over je handicap en afhankelijk bent.

Het is daarom belangrijk bij de volwassene in de revalidatie dat er tijdig mogelijkheden worden aangeboden tot contact en communicatie en hen te ondersteunen bij het overwinnen van gevoelens van schaamte en minderwaardigheid en bij het weer aangaan van sociale contacten.

Groepstherapie zou hierbij goed aansluiten. Gezien aan groepstherapie genezende factoren, zoals het gevoel niet de enige te zijn, wekken van hoop, catharsis (spuien) en altruïsme (ontvangen door te geven). Beeldende therapie kan in dit verband een geschikte therapievorm zijn. Voor volwassene biedt het samenwerken bij beeldend werken mogelijkheden tot interacties, leren van elkaar, contact, communicatie, ondersteuning en correctie. Eerst is het nodig dat de patiënt zijn onzekerheid en angst probeert te overwinnen, omdat die hem belemmeren bij het leggen van sociale contacten, om daarna deze sociale vaardigheden opnieuw te leren toepassen in een veranderde leefsituatie.

Belangrijk daarbij is dat de negatieve ideeën die de patiënt over zichzelf heeft, veranderen in een

positiever beeld, onder meer door het opdoen van positieve ervaringen. Als therapeut is het belangrijk dat je ondersteunend en sturend aanwezig bent.

6.9.2 COMMUNICATIE

Beeldende therapie biedt mogelijkheden wanneer door een hersenletsel de spraak en taalfunctie is aangetast. Juist wanneer praten moeilijk gaat biedt non verbale therapie een uitkomst om gevoelens te kunnen uiten.

6.10 DE ERVARING VAN DE PATIENTEN IN BEELDENDЕ THERAPIE

De ervaringen van de patiënten zijn heel verschillend. Sommigen vinden beeldende therapie het onderdeel waar ze het meest aan gehad hebben met betrekking tot het onderzoeken van het eigen gedrag en uiten/ruimte krijgen voor het persoonlijk verhaal. Anderen vinden het maar “flauwekul”. De ervaring van de patiënt heeft te maken met waar iemand staat in het verwerkingsproces en hoe open een patiënt staat voor nieuwe dingen. Het ligt ook aan de coping en het karakter van de cliënt: Als een persoon open staat, maar niet weet wat beeldende therapie is, dan is er meestal snel een positieve verrassing, dat het je iets oplevert, je helpt emoties te uiten of te ervaren dat er meerdere wegen naar Rome zijn. Als iemand openstaat voor alles, dan gaat deze persoon er misschien meteen intensief gebruik van maken. En als een persoon heel erg in het verzet tegen de ziekte en tegen al het nieuwe is, dan zal hij/zij er moeite mee hebben er contact mee te maken. Maar in de loop van de weken merken veel mensen toch, dat het aangaan van thema’s en nieuwe dingen iets oplevert. Het verzet neemt af en beeldende therapie lever steeds meer voor de patiënt op.

6.11 ERVARING PATIENT MET AFASIE EN ECHTGENOOT

Ik heb een echtpaar gesproken die beeldende therapie volgen bij Loretta Bruin.

Mevrouw heeft afasie, na de gevolgen van een hersenletsel, ik heb met haar en haar man gepraat over de bijdrage van beeldende therapie binnen de revalidatie en een vergelijking gemaakt met de andere therapieën die ze had gevolgd.

Voor mevrouw had beeldende therapie een belangrijke waarde, omdat ze door middel van het materiaal, voornamelijk door te tekenen en te schilderen en het gebruik maken van kleuren haar een manier gaf om emoties te uiten, omdat dit verbaal moeizaam verloopt. Voor haar man was het een middel om zijn vrouw beter te kunnen begrijpen. Hij gaf aan een hechte band te hebben met zijn vrouw en dat ze voor de ziekte van zijn vrouw soms maar een paar woorden nodig hadden om elkaar te begrijpen en ze elkaar goed aanvoelen, dit is nu wel een voordeel. Maar soms is het lastig om haar gevoel te begrijpen, daarbij helpt beeldende therapie hem. Haar werk kan veel zeggen en duidelijk maken over haar gevoelens.

Door het maken van een werkstuk kan hij zich focussen, dat is in het dagelijks leven soms moeilijk en ben je snel geneigd niet stil te staan bij je gevoel. Door de beeldende therapie sta je letterlijk even stil bij je gevoel, je richt je aandacht op wat er op dat moment speelt dat geeft inzicht.

Ze waren niet over alle therapieën te spreken. Het was ook bepalend hoe de therapeut was, of er een klik is met de therapeut. Sommige therapieën sloten niet goed aan en vond ze niet leuk, bijvoorbeeld ergotherapie, de koppeling maken naar thuis was moeilijk voor haar dus het bracht haar niet veel. Nu hebben ze ergotherapie aan huis en dat is praktischer, ze leert het in haar eigen omgeving en is makkelijker toepasbaar voor haar. Haar man vulde aan dat ze zelf weinig initiatief nam en er meer had uit kunnen halen.

Binnen activiteitentherapie vond ze het fijn om te zingen en djembé te spelen, ze vond het fijn dat de therapeut muzikaal was. Zingen vind ze erg fijn.

Fysiotherapie was erg verschillend, ze had twee therapeuten gehad en de ene sloot beter aan dan de ander.

Maatschappelijk werk zorgde voor veel frustratie omdat ze zelf maatschappelijk werker was en ze zelf wist wat ze moest regelen maar het niet duidelijk kon maken aan haar man.

Over de verpleging waren ze erg te spreken, vooral dat iedereen op de hoogte is.

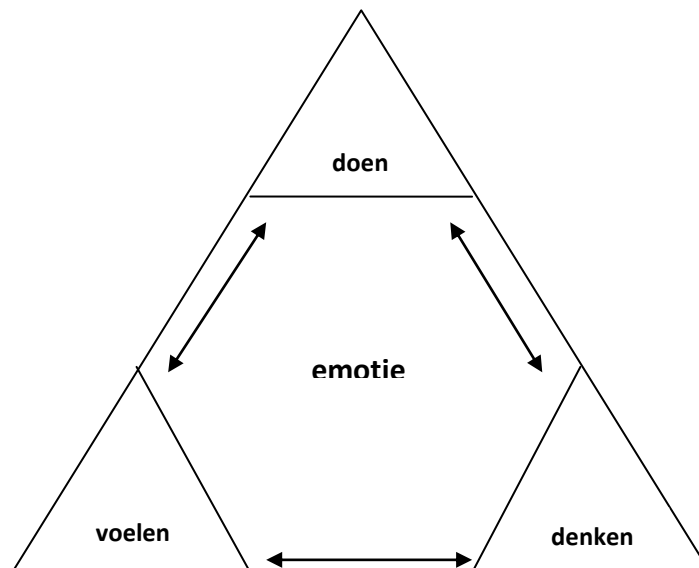
Ze gaven aan dat het behandelaanbod erg breed en compleet is, soms mistte ze de specificiteit van de therapeuten, ze hadden het idee dat wanneer de ene therapeut bijvoorbeeld fysiotherapie zich op een specifiek onderdeel zou richten de behandeling nog effectiever word. En dat het niet nodig is om van alles wat af te weten.

HOOFDSTUK 7 WAARDE BEELDENDE THERAPIE IN DE REVALIDATIE

Deelvraag 5; Wat is de waarde van beeldende therapie binnen de revalidatie zorg gericht op psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval?

In hoofdstuk 3 heb ik een omschrijving gemaakt van het behandelaanbod. Elk behandelaanbod heeft zo zijn waarde binnen de behandeling. Om de inzet van beeldende therapie bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval vast te stellen wil ik onderzoeken wat de waarde van beeldende therapie is ten aanzien van de psychotherapieën binnen het behandelaanbod. Als eerst sta ik stil bij de emotiedriehoek van doen, denken en voelen, die binnen de behandeling van beeldende therapie centraal staat. Dit model kan als een vertaalslag worden gezien van het biopsychosociale model die in de revalidatiebehandeling wordt gehanteerd.

7.1 EMOTIE DRIEHOEK VAN DOEN-DENKEN-VOELEN



Emotiedriehoek doen-denken-voelen

Binnen de beeldende therapie worden de patiënten aangesproken op de termen, doen, denken en voelen om inzicht in hun beeldend gedrag en daarmee ook hun 'gewone' gedrag en copingstrategieën te krijgen en wellicht adequater gedrag aan te leren. Beeldend werk wordt geïnterpreteerd als de relatie die de mens aangaat met zijn omgeving. Het beeldend werken functioneert in de therapie als middel om het denken, voelen en doen (het gedrag) positief te beïnvloeden en te leren kennen. Rode draad in de therapie is eerst verkennen, herkennen en vervolgens erkennen van gedrag. Vervolgens kan er geëxperimenteerd worden met nieuw, wellicht adequater gedrag.

Daarnaast wordt binnen de beeldende therapie de emotiedriehoek gebruikt om de emotieregulatie van de cliënt te beoordelen. Emotie wordt gezien als een complex samenspel van affectieve, cognitieve en gedragsmatige processen. Voelen heeft betrekking op het zintuiglijke en het affectieve voelen. Denken heeft betrekking op het hebben van inzicht en cognitie heeft betrekking op gedrag en fysiek. Door deze indeling kunnen de verschillende hoeken met elkaar worden verbonden.

Het fysiek en de affecten zijn sterk vertegenwoordigd in het heden; hoe zit je er nu bij en wat voel je nu? Gedrag en cognitie zijn vertegenwoordigd in de toekomst; wat denk je en hoe wil je het gaan aanpakken en zintuiglijk en inzicht vertegenwoordigt in het verleden; het voelt als of ik.....

Fink onderscheid op deze wijze een zestal aandachtsgebieden met betrekking tot emotieregulatie. Het zicht hebben op emotieregulatie leidt tot het schatten van de behoeften van de cliënt, het formuleren van therapeutische doelstellingen en het kiezen van technieken. Het denken-voelen-doen model kan ingezet worden om te komen tot diagnostiek en behandeldoelen met betrekking tot de emotieregulatie en het gebruik van het lichaam. (Fink)

7.2 WAARDE VAN DE PSYCHOTHERAPIEËN BINNEN HET BEHANDELAANBOD VAN DE REVALIDATIE

7.2.1 PSYCHOTHERAPIE BINNEN DE REVALIDATIE

Psychotherapie is het volgens bepaalde methode helpen bij het verwerken van moeilijkheden. Deze moeilijkheden zijn heel erg breed. Problemen die voor psychotherapie in aanmerking komen zijn onder andere, angsten die verergeren, vaardigheden die verloren gaan, lichaamsgebrek als isolement en kapstok en stagnatie in het rouwproces. Ook al de psychosociale problemen die ik in hoofdstuk 3 heb besproken worden binnen de psychotherapieën behandeld.

Angsten, die verergeren

Angst en vrees zijn gevoelens, die voor iedereen bekend zijn. Wanneer iemand een beperking heeft, verandert zijn beleving van de ruimte. Wat vroeger een paar passen lopen was, is nu een zware opdracht. Maar ook bang voor de toekomst, bang om de werkelijkheid onder ogen te zien, bang voor de emoties die het krijgen van een invaliderende ziekte of ongeval met zich mee brengen en bang voor het aangaan van contacten.

Vaardigheden, die verloren gaan

Door het ongeval of ziekte kan je handelingen die men dagelijks uitvoerde, ineens niet meer uitvoeren op de manier die je gewend was. Je moet je opnieuw aanpassen aan je omgeving. Dit is een proces die tijd nodig heeft en verwerking.

Beperking als isolement

Wanneer je een beperking hebt kan je je isoleren van de omgeving. Door bijvoorbeeld uit schaamte jezelf niet te willen laten zien aan anderen. Of door anderen de moeilijkheden te laten opknappen. Zo kan ook het verbergen van regelmatig terugkerende pijn tot isolement leiden.

Stagnatie in het rouwproces

Wanneer je je ogen gesloten houdt voor de realiteit, waarin je niet meer kan wat je vroeger kon, bijvoorbeeld omdat je de confrontatie niet aan kan, kan dit tot stagnatie leiden in het rouwproces. Ze blijven irreëel optimistisch over de toekomst en ontkennen daarmee hun beperking. Hierdoor verliezen ze het gevoelscontact met hun naaste omgeving. De mensen in de omgeving zien de realiteit namelijk wel maar kunnen er niet met ze over praten. De persoon met een beperking kan ook blijven steken in de protestfase. Gevoelens van verongelijkheid, verontwaardiging en verbittering blokkeren dan de eigen ontwikkeling en de contacten met anderen. Of men kan niet over het punt heen komen, dat men door de beperking alles verloren heeft dat men vroeger de moeite waard vond om voor te leven. Men kan moeilijk de mogelijkheden zien. Ook kan het zijn dat men niet uit de depressie kan komen.

Beperking als kapstok

De beperking kan ook gebruikt worden als oorzaak van problemen en conflicten die men in het leven ervaart. Hierdoor neemt de patiënt niet de eigen verantwoordelijkheid.

Als je onnodig gebeurtenissen op je beperking betreft, is er sprake van projecteren. Door middel van psychotherapie is het mogelijk iemand te leren zijn projecties terug te nemen. Men leert dan ontdekken, dat het gedrag van anderen niet alleen wordt opgeroepen door de beperking.

Binnen Centrum voor revalidatie Beatrixoord heb ik naast het interview met de beeldend therapeut het behandelteam geïnterviewd waarbinnen de beeldend therapeute werkzaam is. En de verschillende disciplines gevraagd naar wat voor hen de belangrijkste waarde is van hun vak en de waarde van beeldende therapie in de revalidatie. Het team bestaat uit een maatschappelijk werker, sociotherapeut, activiteitentherapeut, psycholoog en psychomotorisch therapeut.

Bij de vraag over de waarde kwam vooral naar boven dat het multidisciplinaire van het team juist effectief is. Zo levert elke discipline een belangrijke bijdrage in de totale revalidatiebehandeling en vullen elkaar aan. Belangrijk is hierin een goede afstemming binnen het team.

7.2.2 WAARDE VAN HET VAK

PSYCHOLOGIE

Psychologie wordt gegeven door middel van therapeutische interventies, cognitieve gedragstherapie, RET, ontspanningsoefeningen, EMDR. Er worden ook huiswerkopdrachten gegeven, zoals bv. registratie van gedrag, gevoel en gedachten.

De patiënt leert omgaan met de ziekte, depressie en angsten aanpakken, motiveren, sociale vaardigheden, grenzen toepassen. Ook gaat het om de patiënt inzicht te geven in gedachten, gevoelens en gedrag en de samenhang daartussen.

Persoonlijke en externe factoren kunnen binnen de revalidatie belemmerend gedrag veroorzaken of aan de andere kant van invloed zijn op het welslagen van een revalidatietraject. Deze factoren zijn bijvoorbeeld, persoonlijkheidsproblematiek, angst- en stemmingsstoornissen of bv. een sterk positief/negatief betrokken partner of familie (sociale steun). De psycholoog werkt aan de aanpak van de depressie, adaptatie aan en acceptatie van de ziekte. Ook geeft de psycholoog inzicht in standhoudende factoren, ziekteproces, leren grenzen aangeven en rust /activiteitenbalans zoeken.

ACTIVITEIENTHERAPIE

De belangrijke waarde van activiteitentherapie is dat je de patiënt begeleidt bij de zingeving van het leven. Met als doel het eigen kunnen te bekrachtigen en het zo goed mogelijk het eigen leven weer oppakken met als hoofddoel de kwaliteit van leven te vergroten. Het biedt de patiënt steun op sociaal emotioneel vlak, zingeving, inzicht in het kwaliteit van leven. En het brengt een patiënt invulling van zijn leven, succeservaringen en een grotere zelfstandigheid. Voor de andere disciplines in het team geeft de activiteitentherapie vaak een andere invalshoek, minder gericht op het lichaam, vaak komt binnen therapie veel naar boven, bijvoorbeeld stemmingsproblemen.

SOCIOTHERAPIE

De sociotherapie is vooral voorwaarde scheppend bezig. Maar ook stimulerend, de behandelende therapeuten zijn hierin leidend.

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE.

PMT is een ervaringsgerichte therapie, waarbij het gedrag van de patiënt heel goed zichtbaar wordt. Het gedrag tijdens PMT-vormen is voor de patiënt vaak heel herkenbaar vanuit andere situaties vanuit het dagelijks leven.

Hierdoor wordt de patiënt zich bewust van eigen denken, voelen en handelen. (betekenis verlenen)
Door deze bewustwording zijn er aangrijpingspunten om mee verder te gaan. Wanneer dit lastgevend is bijvoorbeeld oefenen met ander gedrag. (verkennen-herkennen-erkennen)

7.2.2 WAARDE VAN HET VAK BEELDEND THERAPIE

PSYCHOLOGIE

Beeldende therapie is ervaren en doorvoelen van emoties vooral bij mensen die rationeler van aard zijn een grote bijdrage. Geeft meerwaarde door bewustwording.

ACTIVITEITENTHERAPIE

Binnen beeldende therapie kan er gewerkt worden aan specifieke hulpvragen op het gebied van bv rouwverwerking, problemen bij acceptatie, lichaamsbeleving, aanboren eigen kracht. Waarbij er een ingang is voor creativiteit.

SOCIOTHERAPIE

Soms is praten aan de hand van beeldende technieken beter een ander moment praten. Het is belangrijk dit goed af te stemmen in het team.

De sociotherapie gaat niet zo de diepte in met patiënten. Voor de ene patiënt is dat goed maar voor een andere patiënt is het juist goed om beeldende therapie in te zetten om zaken te verwerken. Of om bijvoorbeeld te leren anders naar jezelf te kijken aan de hand van beeldende zaken.

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE.

De psychomotorische therapeut gaf aan dat juist de non-verbale aspecten van beeldende therapie een belangrijke bijdrage leveren. Het in de ervaring zitten, door te doen raak je meer dingen en blijf het langer hangen het heeft direct een leereffect.

De PMT ster aan dat het niet gaat om het middel, het lichaam, de beweging of binnen beeldend therapie de beeldende materialen maar om de ervaring, het doen.

Het middel beeldend kan beter aansluiten bij de patiënt dan het middel bewegen. Beeldende therapie is heel zichtbaar en tastbaar, hierdoor bied het de mogelijkheid dat de mensen makkelijker grip kunnen krijgen op hun gevoelens.

7.3 WAARDE VAN BEELDEND THERAPIE

7.3.1 WAARDE VAN VAKTHERAPIE

De belangrijkste waarde van beeldende therapie is dat het een non-verbaal en daarmee een ervaringsgerichte therapie is en het inspeelt op de belevingswereld van de patiënt. Beeldende materialen bieden een andere ingang voor gesprek en de ervaring is soms al genoeg. Vooral voor patiënten waarbij de verbale communicatie moeizaam verloopt is vaktherapie een meerwaarde.

Vaktherapie geeft de mogelijkheid, gevoelens die moeilijk in woorden zijn uit te drukken, aan de hand van beeld, muziek, dans of beweging bespreekbaar en daarmee ook hanteerbaar te maken. De werking van de expressieve uitingsvormen, beeldende vormen, muziek, drama en dans staan, actief of receptief, centraal. Dit vormt de basis van het therapeutisch werken. Aan de hand van gerichte methodes wordt hierbij geappelleerd aan de directe emotionele en zintuiglijke beleving

van de mens. Het effect kan emotionele verwerking, verrijking of inzicht zijn, maar ook verbetering van het cognitieve of lichamelijke functioneren.

Een belangrijke meerwaarde van vaktherapie in de revalidatie is dat het een experimentele therapievorm is, dat wil zeggen dat de cliënt in een ervaringsproces gebracht wordt. De essentie van de therapie is dus de directe ervaring. Er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens. Daarmee onderscheidt de vaktherapie zich van de primair verbale psychotherapievormen.

7.3.1.1 OVEREENKOMSTEN

Net als andere psychotherapievormen wordt geprobeerd binnen vaktherapie verandering, ontwikkeling- en of acceptatieprocessen te bewerkstelligen bij personen met problemen in emotionele beleving, gedrag, lichamelijke handicaps of cognitieve beperkingen.

7.3.2 WAARDE VAN BEELDDE THERAPIE

De belangrijkste meerwaarde van beeldende therapie is het tastbare, zichtbare beeld met al zijn zeggingskracht. De verschillende beeldende therapeuten antwoorden op de belangrijkste waarde van beeldende therapie het volgende;

Yvonne van Kolck; *'Dat revalidanten door de intakeopdracht ervaren dat hun gewoontegedrag zichtbaar is in hun werk en dat je eigen werk/vormgeving dus een weergave is hoe je leven vormgeeft. Maar ook wordt duidelijk dat waar je altijd goed in bent geweest (bv. hard werken) nu niet de beste copingstijl meer is. Het heeft zijn eigen beeldende invalshoek die anders is dan de beweging, conditionele of cognitief gedragsmatige invalshoek. "Beelden" en beeldende werkvormen hebben hun eigen taal, symboliek en gevoelswaarden.'*

Judith Glasmacher; *'Het actief inzicht krijgen in oude patronen en oefenen met nieuw gedrag. Het ervaringsgerichte onderdeel is waardevol, net zo als de mogelijkheid om met een afstand naar zichzelf te kijken of d.m.v. symboliek, technieken of beweging uiting te geven aan emoties.'*

Loretta Bruin; *'Het non-verbale, het ervaringsgerichte en het inspelen op de belevingswereld door middel van beeldende materialen. De beeldende materialen zijn tastbaar doen een appel op je. Het allerbelangrijkste is misschien nog wel dat je iets tastbaar hebt, het heeft een betekenisvolle symbolische waarde. Dat wat je hebt gemaakt blijft bestaan en je kan er op terug kijken. Ervaringen kunnen verkrijgen op het voelen.'*

7.3.3 IN VERGELIJKING MET ACTIVEITENTHERAPIE

In mijn probleemstelling kwam kort aan bod dat er een verschil is tussen activiteitentherapie en beeldende therapie. Binnen activiteitentherapie gaat het om het ontdekken van een zinvolle dagbesteding, het ervaren van ontspanning. Het gaat om de verwerking, acceptatie en het leren omgaan met de beperking.

Activiteitentherapie en begeleiding spelen zich af in een open ruimte, waarin minder de veiligheid is en het moeilijker is om je te uiten en je ervaring verdieping en betekenis te geven.

Beeldende therapie biedt een veilige vertrouwde plek/ruimte waarin er beleefd en geuit mag worden en hier betekenis aan gegeven kan worden.

Activiteitentherapie is bovenal gericht op dagbesteding, uiteraard komt verwerking hierbij aan de orde maar de focus ligt hier niet. Als de focus vooral ligt bij verwerking ligt, dan heeft beeldende therapie hierin een meerwaarde.

Het is belangrijk dat elke discipline zijn grenzen hierin bewaakt en professioneel handelt. Het is belangrijk wanneer je merkt dat een patiënt een ander behandelvorm nodig heeft dit aangeeft en toegeeft dat het niet binnen jouw takenpakket valt. Je moet bewust zijn wat je kan en wat je de patiënt kan aanbieden. Je observatie hierin navragen bij de patiënt is hierin heel belangrijk.

7.3.4 IN VERGELIJKING MET PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE EN MUZIEKTHERAPIE

Psychomotorische therapie en muziektherapie zijn andere middelen, bij psychomotorische therapie haak je in op het lichamelijke bij beeldende therapie op het tastbare, je bent met de materialen iets aan het creëren. Beeldende therapie is veel minder fysiek dan psychomotorische therapie. De nadruk ligt niet op het fysieke. Wanneer blijkt dat fysiek uiten moeilijk is kan beeldende therapie een ingang bieden.

Eén van de belangrijkste meerwaarde naast de ervaring is dat wat je maakt blijft bestaan. De muziek verdwijnt, de beweging ook het werkstuk blijft bestaan. Het kan je kracht geven en je ontwikkeling in beeld brengen zodat je er op terug kan kijken en je bewust maakt van waar je staat in het proces. Het resultaat is zichtbaar, het is blijvend en tastbaar en beeldende therapie is de enige therapie waarin het betekenisvolle resultaat overblijft. Het is meer als een boek met letters, het is te vergelijken met een schatkist waarin gevoelens en ervaringen van de maker in zijn opgeslagen.

Muziektherapie naast de waarde die zij heeft in het verwerkingsproces een belangrijke waarde binnen de revalidatie als het gaat om communicatieproblemen zoals bij afasie. Binnen sommige revalidatiecentra wordt door de muziektherapeut in combinatie met de logopedie gewerkt aan het verbeteren van de taal en spraakfuncties. Zang blijkt hierin een belangrijk gegeven te zijn.

7.4 BREED INZETBAAR

In centrum voor revalidatie Beatrixoord is de beeldend therapeut werkzaam op de longafdeling en kan in consult worden gevraagd voor de afdeling amputatie, reuma en hersenletsel. Binnen Dekkerswald wordt er beeldende therapie gegeven aan patiënten met een chronische ziekte en binnen Ciro, wordt beeldende therapie gegeven aan patiënten met chronisch orgaanfalen. Hieruit kan je concluderen dat beeldende therapie breed inzetbaar is en een bijdrage kan leveren binnen de totale revalidatie ongeschikt de aandoening. Dit is ook al wat de beeldend therapeuten eerder aangaven in het interview .

HOOFDSTUK 8. EINDCONCLUSIE

In dit hoofdstuk evalueer ik het onderzoek en geeft ik antwoord op mijn hoofdvraag; *‘Hoe kan beeldende therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van de revalidatiebehandeling.’*

In deze eindconclusie beschrijf ik wat de inzet is van beeldende therapie bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van de revalidatiebehandeling.

Ik begin met een beschrijving van; 8.1, behandeling van de psychosociale gevolgen. Daarnaast beschrijf ik de bepalende aspecten voor de wijze van het inzetten van beeldende therapie, die verdeelt zijn in; 8.2, de algemene doelstelling van beeldende therapie in de revalidatie; 8.3, de bijdrage van beeldende therapie in de revalidatie; 8.4, de waarde van beeldende therapie in de revalidatie; 8.5, indicatiestelling van beeldende therapie in de revalidatie; 8.6, de bevorderende factor van de positie van de beeldend therapeut en als laatst 8.7, de eindconclusie

8.1 BEHANDELING VAN DE PSYCOSOCIALE GEVOLGEN

Binnen de revalidatie blijkt uit mijn praktijkonderzoek dat heel wat psychosociale gevolgen op te noemen zijn van de invaliderende ziekte of ongeval. Het is niet alleen het verlies van functioneren het gaat verder en in de meeste gevallen is het verlies van kwaliteit van leven. Het is daarom belangrijk om deze psychosociale gevolgen te behandelen om de patiënt weer het kwaliteit van het leven in te laten zien. Hierin speelt verwerking acceptatie, en adaptatie een belangrijke rol.

Lange tijd was de revalidatie vooral gericht op het directe fysieke gevolgen en kregen de psychosociale gevolgen minder de aandacht.

Doordat tegenwoordig binnen de revalidatie behandeld wordt via het biopsychosociaal model, wordt binnen de revalidatie behandeling zowel op het fysieke, psychische en sociale gebied gericht. Hierdoor is er al lange tijd een ingang voor verschillende therapie die zich richten op de psychosociale gevolgen. In mijn onderzoek komt naar voren dat het vak beeldende therapie breed inzetbaar is binnen verschillende werkvelden en binnen de revalidatie. Je kunt de behandeling op elk persoon met welke diagnose afstemmen, dat staat in de eerste instantie los van de diagnose. De diagnose zegt iets over de symptomen en klachten, maar niet over de menselijke thema's en valkuilen waar ze tegenaan lopen. Het gaat niet alleen om de lichamelijke aandoening. De lichamelijke aandoening is een aanleiding voor hoe mensen aanlopen tegen hun thema's en valkuilen. Mensen lopen al hun hele leven met deze leerpunten. De lichamelijke aandoening zorgt er alleen maar voor dat mensen in hun denken, voelen en handelen vastlopen.

Het iets niet meer kunnen door een functionele of motorische beperking wat voorheen vanzelfsprekend was vraagt kwaliteiten van je op het gebied van adaptatie, verwerking en acceptatie. Het kan zijn dat je moeite hebt om gebeurtenissen te verwerken, om te gaan met veranderende situaties of met accepteren van verandering in je lichaam en functioneren. Door het hebben van een beperking wordt je geconfronteerd met je onmogelijkheden. Voor veel mensen is deze confrontatie van gezond zijn naar beperkt zijn moeilijk te verwerken, accepteren en adapteren.

Uit mijn onderzoek blijkt dat het vak beeldende therapie kan ingezet worden om deze psychosociale gevolgen de behandelen.

Beeldende therapie kan ingezet worden binnen de revalidatiebehandeling door de methode, creatief therapeutische doelstellingen, werkwijze, werkvormen en therapeutische houding te koppelen aan de algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling op psychosociaal gebied. Door aan te sluiten bij de algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling op psychosociaal gebied, de bijdrage en waarde die beeldende therapie heeft en de indicatiestelling kan beeldende

therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling. De positie van de therapeut is een bevorderende factor bij de inzet van beeldende therapie in de revalidatiebehandeling.

Zo wordt er binnen het centrum voor revalidatie Beatrixoord twee modules aangeboden waarvan beeldende therapie een onderdeel is. De ene module richt zich op het op gang brengen en ondersteunen van het acceptatie- en verwerkingsproces en het leren omgaan met de beperkingen ten gevolg van de longaandoening. Het gaat om de aanpassing (adaptatie) aan deze beperkingen en niet om de acceptatie.

8.2 DE ALGEMENE DOELSTELLING VAN DE REVALIDATIEBEHANDELING OP PSYCHOSOCIAAL GEBIED.

Adaptatie, verwerking en acceptatie zijn de grootste belangrijkste behandel doelen binnen de revalidatiebehandeling als het gaat om de psychosociale gevolgen. Daarnaast zijn in balans komen, aanleren van nieuwe coping, en bijstellen van irreële cognities met betrekking tot denken, voelen en handelen niet weg te denken. Elk patiënt is uniek en heeft zo zijn eigen menselijke problemen en valkuilen. Daarom zijn er natuurlijk vele andere individuele behandel doelen die per patiënt verschillen.

Als ik kijk naar de verschillende methodes, werkwijze en werkvormen worden deze vooral eclectisch ingezet, waarbij het niet concreet te bepalen is wanneer met welke werkwijze wordt gewerkt. Dat wil zeggen dat er dus vooral gekeken wordt welke werkwijze, methode of werkvorm het best aansluit bij de hulpvraag en het doel van de patiënt op dat moment.

methode

Binnen de methodes heb je specifieke methodes die goed binnen de revalidatie toepasbaar zijn zoals de mandala tekenen die als intakeopdracht voor de kennismaking wordt toegepast en dient ter inventarisering van inadequaaf of inflexibel (coping)gedrag, die een optimale adaptatie aan de aandoening in de weg zou kunnen staan.

werkwijze

De indeling van de therapie richt zich meer op bepaalde onderdelen als verwerking, grenzen aangeven, autonomie vergroten, dan het werken aan een bepaalde werkwijze of methode. Zo blijkt uit de verschillende interviews met de beeldend therapeuten dat de werkwijzen van H. Smeijsters flexibel in worden gezet.

werkvorm

Wat betreft de werkvormen heb je soms te maken met materialen die ongeschikt zijn voor de behandeling omdat je te maken hebt met de gezondheid van de patiënt. Bijvoorbeeld de materialen hout, metaal en steen zijn in verband met geur en stof niet geschikt voor patiënten van de longrevalidatie.

doelstellingen

In vergelijking met de inzet van beeldende therapie in de psychiatrie is de revalidatie behandeling met zijn de doelstellingen minder gericht op de inter-, en intrapsychische problemen. Dit blijkt vooral uit de doelstellingen waarbinnen beeldende therapie gewerkt wordt.

Therapeutische houding

Tijdens het proces, wordt de houding afgestemd op wat de revalidant nodig heeft in zijn eigen ontwikkeling/onderzoekstocht. De therapeutische houding is wisselend

Zo wordt er binnen het centrum voor revalidatie Beatrixoord twee modules aangeboden waarvan beeldende therapie een onderdeel is. De ene module richt zich op het op gang brengen en ondersteunen van het acceptatie- en verwerkingsproces en het leren omgaan met de beperkingen ten gevolge van de longaandoening. Het gaat om de aanpassing (adaptatie) aan deze beperkingen en niet om de acceptatie.

8.3 DE BIJDRAGE VAN BEELDEND THERAPIE IN DE REVALIDATIE

Als we kijken naar hoe beeldende therapie in de behandeling ingezet kan worden is het belangrijk wat de bijdrage is van beeldende therapie in de revalidatiebehandeling omdat de bijdrage van beeldende therapie veel aanknopingspunten geeft voor hoe beeldende therapie ingezet kan worden binnen de behandeling.

Wat vooral blijkt is dat beeldende therapie een belangrijke bijdrage levert binnen problemen rond om het adaptatie en acceptatie en verwerkingsproces. Beeldende therapie is een middel waarmee de patiënten vorm en uitdrukking kunnen geven aan hun emoties. Omdat de confrontatie met de eigen kwetsbaarheid vaak heel pijnlijk is en veel verdriet veroorzaakt, is vooral in de beginfase een minder directe benadering de meest geschikte manier om dit proces te ondersteunen en te begeleiden. Een therapievorm die aan deze voorwaarde kan voldoen is beeldende therapie. Vooral het non-verbale karakter van de beeldende materialen en een indirecte manier van werken sluiten goed aan bij de behoefte van de patiënt in dit stadium.

Beeldend werken biedt de mogelijkheid tot een indirecte manier om emoties als boosheid, machteloosheid, wanhoop, verdriet te voelen, te externaliseren en in een context te plaatsen. Beeldend werken brengt iemand in beweging ook letterlijk, het heeft een psychomotorische kant. Je armen, schouders, nek, romp en het hele lichaam komt in actie, hierdoor reactiveert het mogelijke verborgen, onderdrukte emoties. Beeldende therapie stimuleert het vinden van beeld en woord voor het lichamelijk ervaren, het psychomotorisch uiten daarvan in beeldende handelingen en het doorvoelen van de betekenis van de beperkingen van de invaliderende ziekte of ongeval.

Als we kijken naar de bijdrage van beeldende therapie heeft het daarnaast ook betrekking op , het ervaringsgerichte, actief ervaren van andere copingsmogelijkheden, het ordenen van het denken, voelen en handelen door middel de oefeningen waardoor er wordt ervaren, de reflectie waardoor er uitwisseling plaats vind en ook het doorwerken en daardoor integreren van emotionele en systemische blokkades. Het op een ander manier inspelen op de belevingswereld door middel van beeldende materialen maakt het tot een belangrijke bijdrage.

Daarnaast krijg je inzicht in je mogelijkheden waardoor je zelfvertrouwen vergroot.

Het allerbelangrijkste binnen beeldende therapie is misschien nog wel dat je iets tastbaar hebt, wat je vast kan houden en wat je kan bewaren. Het tastbare heeft een betekenisvolle symbolische waarde.

8.4 WAARDE VAN BEELDEND THERAPIE

Net als de bijdrage is het belangrijk dat de waarde van beeldende therapie wordt meegenomen in de wijze waarop beeldende therapie wordt ingezet in de revalidatiebehandeling met als zelfde reden dat het aanknopingspunten biedt voor het inzetten van beeldende therapie.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de waarde van beeldende therapie voor de beeldende therapeuten hem vooral zit het middel 'beeldend vormen'. *Het heeft zijn eigen beeldende invalshoek die anders is dan de beweging, conditionele of cognitief gedragsmatige invalshoek. "Beelden" en beeldende werkvormen hebben hun eigen taal, symboliek en gevoelswaarden.* De waarde van de beeldende werkstukken ligt in het tastbaar en zichtbaar beeld met al zijn betekenisvolle symbolische waarde, de zeggingskracht van het beeldend werkstuk.

Daarnaast is de ervaringgerichte onderdeel belangrijk, het actief inzicht krijgen in oude patronen en oefenen met nieuw gedrag. *"Dat revalidanten door de intakeopdracht ervaren dat hun gewoontegedrag zichtbaar is in hun werk en dat je eigen werk/vormgeving dus een weergave is hoe je leven vormgeeft. Maar ook wordt duidelijk dat waar je altijd goed in bent geweest (bv. hard werken) nu niet de beste copingstijl meer is.*

Daarnaast biedt beeldende therapie de mogelijkheid om met een afstand naar jezelf te kijken of door middel van symboliek, technieken en beweging uiting te geven aan emoties.

De disciplines denken niet veel anders over de waarde van beeldende therapie, hier komt ook uit dat het middel een waarde is, beeldende therapie is heel zichtbaar en tastbaar, hierdoor biedt het de mogelijkheid dat de mensen makkelijker grip kunnen krijgen op hun gevoelens. *Beeldende therapie is heel zichtbaar en tastbaar, hierdoor biedt het de mogelijkheid dat de mensen makkelijker grip kunnen krijgen op hun gevoelens.* Het ervaringsgerichte en het doorvoelen van emoties staat op de voorgrond *"praten aan de hand van beeldende technieken is beter dan een ander moment praten."* *"Beeldende therapie is ervaren en doorvoelen van emoties vooral bij mensen die rationeler van aard zijn een grote bijdrage, het geeft een waarde door de bewustwording"*

8.5 INDICATIESTELLING VAN BEELDEND THERAPIE IN DE REVALIDATIE

Hoe beeldende therapie geïndiceerd wordt is bepalend voor de wijze waarop beeldende therapie wordt ingezet. De indicatie zorgt voor een richtlijn die er voor zorgt dat verwijzing naar beeldende therapie mogelijk wordt. Hierdoor wordt overzichtelijk wanneer beeldende therapie aansluiting kan bieden bij problemen op psychosociaal gebied. Wat vooral belangrijk is voor het inzetten van beeldende therapie is dat verwijzers op de hoogte zijn van de mogelijkheden, bijdrage en waarde van beeldende therapie.

8.6 DE BEVORDERENDE FACTOR VAN DE POSITIE VAN DE BEELDEND THERAPEUT.

Wanneer een beeldend therapeut een gelijkwaardige positie heeft binnen het behandelteam, volledig geïntegreerd is, waardering en acceptatie krijgt voor het vak en de beeldend therapeut zich niet hoeft te verantwoorden, heeft dit een andere betekenis wanneer dit niet het geval is. Wanneer je dus niet volledig geïntegreerd bent in een behandelaanbod, heb je als extra taak je vak te profileren en integreren in de revalidatiebehandeling. Dit is bepalend voor mogelijkheden hoe je beeldende therapie inzet binnen de revalidatiebehandeling. Wanneer je volledig geïntegreerd bent in het behandelaanbod biedt dit voorwaarden tot het aanbieden van gezamenlijke modules, het opzetten van groepstherapieën en zelfs misschien meer behandeluren, daardoor meer tijd en wat er voor zorgt dat er meer plek is voor individuele hulpvragen.

8.7 EINDCONCLUSIE

In de eindconclusie geef ik antwoord op de vraag; *'Hoe kan beeldende therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling.'*

Gegeven de onderzoeksmethode kom ik tot het volgende antwoord; het vak beeldende therapie kan ingezet worden binnen de revalidatiebehandeling door de methode, creatief therapeutische doelstellingen, werkwijze, werkvormen en therapeutische houding te koppelen aan de algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling op psychosociaal gebied.

Door hiermee aan te sluiten bij de bijdrage en waarde die beeldende therapie heeft en de indicatiestelling kan beeldende therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling. De positie van de therapeut is een bevorderende factor bij de inzet van beeldende therapie in de revalidatiebehandeling.

HOOFDSTUK 9. AANBEVELINGEN

9.1 AANBEVELINGEN VOOR DE BEROEPSPRAKTIJK VAKTHERAPIE

Vanuit de setting waar in het praktijkonderzoek heeft plaats gevonden wil ik graag een aanbeveling doen voor vervolgonderzoek voor de beroepspraktijk. Dit heeft betrekking op de vraag hoe zou beeldende therapie invulling kunnen geven aan een nazorgtraject 'vaktherapie' na de afrondingsfase van de revalidatiebehandeling. De revalidatiebehandeling bestaat uit drie hoofdfasen. De observatiefase, behandelfase en afrondingsfase. De observatiefase die enkele dagen tot enkele weken duurt, heeft als doel om zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de patiënt zijn problemen en mogelijkheden. De verschillende therapeuten van het behandelteam overleggen samen met de patiënt over de behandeling en stellen een behandelplan op. Tijdens de behandelfase volgt de patiënt verschillende, op elkaar afgestemde therapieën. Dit kunnen zowel individuele als groepstherapieën zijn. De duur van de behandelfase is afhankelijk van de patiënt zijn specifieke situatie. Het behandelteam komt regelmatig bijeen om de voortgang te bespreken. Wanneer het nodig is, stellen zij in overleg met de patiënt het behandelplan bij. Tijdens de afrondingsfase bereidt de patiënt zich samen met de behandelaars voor op de periode na de revalidatiebehandeling. De therapieën worden afgebouwd. Het kan zijn dat de patiënt hulpmiddelen nodig heeft zoals aanpassingen in de woon- of werksituatie, of dat de patiënt extra hulp van bijvoorbeeld wijk- of gezinszorg kan gebruiken. Het is mogelijk dat de patiënt verder wordt behandeld door een therapeut buiten het revalidatiecentrum. Dit wordt allemaal geïnventariseerd tijdens de afrondingsfase, zodat de behandelaars de patiënt kunnen helpen met het vinden van geschikte oplossingen. Na de afrondingsfase volgt vrijwel altijd een controle- of evaluatiegesprek met de revalidatiearts. In mijn onderzoek heb ik mij gericht op de totale revalidatiebehandeling en gemerkt wat beeldende therapie voor bijdrage heeft in de totale behandeling. Binnen het revalidatiecentrum oefenen je met als doel zo zelfstandig mogelijke terug te keren in de maatschappij. Ik kan mij zo voorstellen als je eenmaal teruggekeerd bent in die maatschappij, je juist tegen dingen aanloopt, ook al ben je voorbereid binnen de revalidatiebehandeling. Het kan elke keer weer confronterend zijn wanneer de dingen niet lukken of wanneer je moeite hebt je beperking te accepteren. Dan kan de terugkeer in de maatschappij een grote opgave zijn. Ik vraag mij af wat een 'nazorgtraject'vaktherapie' hierin voor mogelijkheden kan bieden. Tijdens de afrondfase kan dit nazorgtraject vaktherapie aangeboden worden. Dit onderzoek zal plaats kunnen vinden in een revalidatiecentrum waar vaktherapie al aangeboden wordt om zo de overgang kleiner te maken. Het onderzoek zal tijd nodig hebben, omdat je te maken hebt met een nieuw concept dat de praktijk opgezet en uitgevoerd moet worden.

9.5 VOORSTEL PRAKTIJKPRODUCT

Tijdens het zoeken naar literatuur over beeldende therapie binnen de revalidatiesetting, was er weinig tot niets te vinden. Als we kijken naar de andere vaktherapieën zoals muziektherapie en psychomotorische therapie in de revalidatie is hier het één en ander over te vinden. Voor danstherapie en dramatherapie is in de door mijn opgezochte literatuur helemaal niets te vinden en het blijkt ook uit mijn vooronderzoek haast niet voor te komen binnen de revalidatiesetting. Mijn voorstel voor het praktijkproduct is het maken van twee artikelen. Eén voor in het revalidatie magazine en de andere voor in het tijdschrift voor vaktherapie. Beide met als doel de bijdrage van een beeldend therapeut in de revalidatiesetting bekender te maken en hiermee het vak beeldende therapie te profileren. In de artikelen kunnen de gegevens uit mijn praktijkonderzoek gebruikt worden.

HOORDSTUK 10. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk staat de kwaliteit van mijn onderzoek centraal. In de discussie blik ik terug op het ontwikkelingsproces van het onderzoek en mijn ontwikkeling als student beeldende therapie. Ik beschrijf de kwaliteit van de gebruikte onderzoeksmethode en techniek, of het doel behaald is, of mijn vraag beantwoord is, waar nog nader onderzoek naar gedaan moet worden en als laatst beschrijf ik mijn leerpunten rond om het doen van onderzoek.

10.1 EVALUATIE ONTWIKKELINGSPROCES TEN AANZIEN VAN HET ONDERZOEK

10.1.1 KWALITEIT GEBRUIKTE, METHODE EN TECHNIEK

Mijn praktijkonderzoek is een kwalitatief onderzoek. Voordelen van het kwalitatieve onderzoek is dat je je kunt richten op het verkrijgen van informatie over wát er leeft onder een bepaalde doelgroep en waaróm. Het biedt mogelijkheid om dóór te vragen, de mogelijkheid om de vraagstelling en de methodiek tijdens de looptijd van het onderzoek bij te sturen aan de hand van reeds behaalde resultaten. Een nadeel van een kwalitatief onderzoek is dat je te maken hebt met subjectiviteit die vermeden moet worden.

Doordat ik gebruik heb gemaakt van triangulatie heb ik geprobeerd de subjectiviteit te voorkomen en de betrouwbaarheid van mijn resultaten te verhogen.

Binnen de methodes heb ik gebruik gemaakt van drie kwalitatieve onderzoeksmethodes, open interview, literatuuronderzoek en inhoudsanalyse. Binnen de dataverzameling heb ik gebruik gemaakt van drie verschillende bronnen, interviews met professionals binnen de revalidatiegeneeskunde, literatuur en beroepsorganisatie binnen de revalidatie.

KWALITEIT GEBRUIKTE ONDERZOEKSMETHODEN

Open interview

Door middel van de interviews met de professionals heb ik veel informatie kunnen verkrijgen over mijn onderzoeksonderwerp. Door gebruik te maken van een vragenlijst heb ik geprobeerd de subjectiviteit te voorkomen. Wat lastig is bij het afnemen van een interview, al eigenlijk in de vraagstelling, om niet je eigen opvattingen mee te laten spelen. Het uitwerken van de interviews is een grote tijd investering, daarom heb ik er voor gekozen om een deel van de interviews schriftelijk af te nemen. Een nadeel hiervan is dat je niet kan inspelen op de situatie en niet kan doorvragen. Een voordeel hiervan is dat het scheelt in tijd en de antwoorden kernachtig zijn en minder beïnvloed worden door eigen interpretaties.

Literatuuronderzoek

Door gebruik te maken van verschillende literatuur, boeken, artikelen, internet, folders en eerdere onderzoeken. Heb ik voornamelijk gebruikt om de gegevens uit de interview te versterken. Door de beperkte literatuur over mijn onderwerp heb ik toch veel gegevens uit de interviews gehaald, vooral met betrekking op de inzet, bijdrage en waarde van beeldende therapie.

Binnen het literatuuronderzoek vond ik het soms lastig om de relevantie van de literatuur te bepalen voor mijn onderzoek. Wanneer ik de literatuur aan het bestuderen was kwam ik veel interessante stukken tegen die geen directe verbinding hadden met mijn onderzoek. Hierin moest ik mij beperken om bij de kern te blijven en geen onnodig informatie aan mijn onderzoek toe te voegen

Inhoudsanalyse

Het maken van kwalitatieve variabele was effectief, maar dit kostte mij veel tijd en heb deze methode toegepast om deelvraag 1 te beantwoorden. Door het analyseren van de inhoud van verschillende

teksten over psychosociale gevolgen heb ik relatie en betekenissen uit de teksten gebruikt om conclusies te trekken. Hierdoor worden je onderzoekgegevens verdiept. Ik vond het lastig om deze methode toe te passen omdat ik er tegen aan liep hoe diep en uitgebreid ik de documenten moest analyseren.

BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT ONDERZOEK

Omdat mijn praktijkonderzoek een kwalitatief onderzoek is, is het belangrijk de betrouwbaarheid van mijn onderzoek te waarborgen. Bij kwalitatief onderzoek is het belangrijk dat het uitgevoerde onderzoek inhoudelijk generaliseerbaar is. Dat wil zeggen in welke mate de conclusies in soortgelijke situaties gelden. Dit kan worden verkregen door de werkelijkheid, de situatie die je onderzoekt, zoveel mogelijk intact te laten.

Ik heb geprobeerd het onderzoek valide te maken door gesprekstechnieken te gebruiken bij het open interview, als doorvragen, parafraseren en samenvatten, om zo een zo goed mogelijk antwoord te krijgen. Ik heb geprobeerd de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te beantwoorden door mij te richten op de onderzoeksresultaten. Om de betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen heb ik gebruik gemaakt van triangulatie, een logboek bijgehouden, een zo uitgebreide mogelijke probleemstelling en goede onderzoeksopzet te maken.

10.1.2 EVALUATIE DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING

Mijn praktijkonderzoek heeft tot doel de inzet doormiddel van de bijdrage en waarde die beeldende therapie kan hebben in de behandeling van psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval in beeld te krijgen binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling. Het profileren van het beroep staat hierin centraal.

Mijn vraagstelling was hierbij *‘Hoe kan beeldende therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatie’*.

Door het doen van de interviews en literatuuronderzoek heb ik gegevens verzameld die er voor gezorgd hebben dat ik mijn doel van mijn onderzoek heb kunnen bereiken. Ik heb een ruim beeld gekregen van hoe beeldende therapie ingezet kan worden binnen de revalidatiebehandeling en wat de bijdrage, meerwaarde en indicatiestelling van beeldende therapie hier voor rol in speelt. Ik denk dat mijn onderzoek een eerste aanzet kan zijn voor de bekendheid van het vak binnen de revalidatiesetting. In mijn praktijkonderzoek heb ik alleen respondent en gevraagd die bekend zijn met beeldende therapie of die zelf beeldende therapie geven. Wat nog nader zou kunnen worden onderzocht is hoe beeldende therapie in andere revalidatiecentra, waar geen beeldend therapeut werkzaam is, kan aansluiten bij het bestaande behandelaanbod.

10.2 PERSOONLIJKE ONTWIKKELING

Voor mij als beeldend therapeut in opleiding heeft het doen van dit onderzoek veel bijgedragen aan mijn ontwikkeling. In de eerste plaats heb ik niet eerder een onderzoek opgezet en uitgevoerd. Het hele proces van opzetten, uitvoeren en beschrijven was een nieuwe ervaring.

Wat nieuw was aan deze ervaring was voornamelijk het creëren van je eigen onderzoeksopzet.

De dingen waar ik tegenaan ben gelopen is het schrijven van een uitgebreide probleemstelling.

Omdat ik niet te maken had met een vraag uit de praktijk, maar doordat ik zelf een onderwerp heb gekozen vond ik het vooral in het begin lastig om bij mijn onderwerp een probleemstelling te schrijven. Ik was snel geneigd alle kanten op te willen en had moeite met beperken. Ook het formuleren van de hoofd en deelvragen hebben heel wat veranderingen door gemaakt.

Ik heb gemerkt hoe lastig het is om een goede hoofdvraag en deelvragen te formuleren, die voortvloeien uit je probleemstelling en om duidelijk en concreet te zijn.

Door een goede onderzoeksopzet te maken heb ik ervaren dat dit veel invloed heeft op het verloop van je onderzoek. Ik ben hier erg mee aan het stoeien geweest, maar uiteindelijk is het mijn wel gelukt om een goed onderzoeksopzet te maken. Dit maakte het beantwoorden en formuleren van mijn deelvragen en het formuleren van de eindconclusie een stuk gemakkelijker.

Binnen de onderzoeksmethode open interview, heb ik gemerkt dat ik het lastig vond om goed vragen te formuleren voor het interview. Dit was voor mij de eerste keer dat ik een 'echt' interview heb opgesteld en merkte dat ik hierin nog heel wat te leren had. Ongemerkt laat je toch je eigen opvattingen doorschemeren. Ik heb dit ook als feedback meegekregen van één beeldend therapeut die mijn vragenlijst had ingevuld. Ze gaf aan dat mijn vragen soms te specifiek en daar tegenovergesteld ook te breed zijn, wat het lastig maakt mijn vragen te beantwoorden. Er waren af en toe ook soortgelijke vragen. Daarnaast gaf ze aan dat er veel motivatie nodig is om voor zo een lange lijst te gaan zitten. Mijn interview kost erg veel tijd en kan niet tijdens werktijd ingevuld worden. Deze feedback heb ik meegenomen en mijn vragenlijst aangepast, ik vond het fijn om dit feedback te ontvangen en ik heb hier veel van geleerd.

Daarnaast heb ik geleerd dat het wanneer je te maken hebt met respondenten je hier veel tijd voor moet uittrekken. Zo had ik een interview gepland met één van de beeldend therapeuten, via haar kreeg ik contacten voor mogelijk aanvullende interviews. Dit had ik van te voren niet gepland en kwam dus in tijdsnood. Rekening houden met de tijdinvestering van je interview is dus erg belangrijk.

In contact komen met de praktijk vond ik leerzaam, hierdoor heb ik een breder beeld gekregen van hoe beeldende therapie in de praktijk ingezet wordt en ik heb veel gegevens uit de praktijk weten te verzamelen. Het ordenen van deze gegevens ging mij goed af, dat is een kwaliteit van mij die ik tijdens het doen van onderzoek goed heb kunnen inzetten. Soms vond ik het lastig om de gegevens goed te analyseren en interpreteren, het selectief kijken naar wat ik wel kan gebruiken en wat niet vond ik lastig. Vaak was ik geneigd om te veel informatie te gebruiken die niet zinvol was voor mijn onderzoek en heb veel moeten schrappen om tot de kern te komen. Dat is wel een leerpunt geweest omdat mijn verslagen vaak heel uitgebreid zijn en minder gericht tot de kern. Tijdens mijn onderzoek heb ik hier aan moeten werken.

Tijdens het interviewen, literatuuronderzoek en beschrijven van mijn onderzoek merkte ik dat mijn eigen kennis en ervaringen meer inhoud kreeg. Dat ik dingen herkende die ik hoorde en las en deze koppelde aan mijn ervaringen tijdens mijn stage in het 3^e studiejaar.

Naast de opgedane ervaring omtrent het doen van onderzoek, heb ik kennis gekregen over mijn vak beeldende therapie. Ik vond het erg interessant om de interviews af te nemen of terug te lezen bij schriftelijke interviews, vooral om de overeenkomsten en verschillen te ontdekken. Ik heb inzicht gekregen hoe beeldende therapie wordt gegeven binnen de revalidatiesetting en wat de positie van de beeldende therapeut hier voor invloed op heeft.

SAMENVATTING

Vanuit interesse in de revalidatiegeneeskunde en mijn overtuiging dat beeldende therapie binnen het revalidatieproces een bijdrage kan leveren ben ik onderzoek gaan doen naar, hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatie. In het praktijkonderzoek staat de bijdrage die beeldende therapie kan hebben voor een patiënt met een invaliderende ziekte of ongeval en het profileren van het beroep in de revalidatiesetting centraal. Het vooronderzoek heeft zich gericht op de situatieanalyse van de revalidatiecentra in Nederland om een overzicht te krijgen binnen welke revalidatiecentra een beeldend therapeut werkzaam is. Dit bleek er één te zijn, werkzaam in een centrum voor revalidatie, 'Beatrixoord' in Haren. Via deze beeldend therapeut ben ik in contact gekomen met twee andere beeldend therapeuten, alle twee werkzaam in Universitair centrum voor chronische ziekten, 'Dekkerswald' in Groesbeek. Daarnaast draag ik in het vooronderzoek aan wat de bijdrage kan zijn van beeldende therapie in de revalidatiesetting. Naast de resultaten van de interviews met de beeldend therapeuten heb ik de resultaten van de interviews met de disciplines van het behandelteam van de longafdeling van het centrum voor revalidatie 'Beatrixoord' en literatuur gebruikt in mijn onderzoek.

Het belangrijkste hoofddoel van de revalidatiebehandeling is werken aan een zo zelfstandig mogelijke terugkeer in de maatschappij. Van belang is dat er weer balans komt in het kwaliteit van leven van de patiënt. Sinds dat er in de revalidatiegeneeskunde behandeld wordt vanuit het biopsychosociaal model, is er aandacht voor de psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte of ongeval. Het biopsychosociale model gaat uit van de mens als een geheel, zo wordt niet alleen de lichamelijk aandoening behandeld, maar ook problemen op het sociale en psychische vlak. Dit biedt mogelijkheden voor het inzetten van beeldende therapie in de revalidatie.

De algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling op psychosociaal gebied is aanpassen aan, omgaan met, acceptatie van en de emotionele verwerking van de beperking. Wat vooral blijkt is dat beeldende therapie een belangrijke bijdrage levert binnen problemen rondom het adaptatie, acceptatie en verwerkingsproces. Beeldende therapie is een middel waarmee de patiënt vorm en uitdrukking kan geven aan zijn emoties. Vooral in het eerste stadium van de behandeling is de confrontatie met de eigen kwetsbaarheid vaak heel pijnlijk en veroorzaakt veel verdriet. Het non-verbale karakter van de beeldende materialen en de indirecte manier van werken biedt een goede aansluiting bij de behoefte van de patiënt in dit stadium. Het ervaringsgerichte, het op een ander manier inspelen op de belevingswereld door middel van beeldende materialen biedt daarnaast een belangrijke bijdrage aan het revalidatieproces. Door je beperking kan je je onzeker gaan voelen. Door te werken met materialen krijg je inzicht in je mogelijkheden en word je zelfvertrouwen vergroot.

Als ik kijk naar de verschillende methodes, werkwijzen en werkvormen binnen beeldende therapie, worden deze vooral eclectisch ingezet. Dat wil zeggen dat er vooral gekeken wordt welke werkwijze, methode of werkvorm het best aansluit bij de hulpvraag en het behandeldoel van de patiënt op dat moment. Dit geldt eigenlijk ook voor de therapeutische houding, die wordt afgestemd op wat de revalidant nodig heeft in zijn eigen ontwikkelingstocht.

Uit mijn onderzoek blijkt dat beeldende therapie ingezet kan worden binnen de revalidatiebehandeling door de methode, creatief therapeutische doelstellingen, werkwijze, werkvormen en therapeutische houding te koppelen aan de algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling op psychosociaal gebied. Door hiermee aan te sluiten met de bijdrage, waarde die beeldende therapie heeft en de indicatiestelling, kan beeldende therapie ingezet worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatiebehandeling. De positie van de therapeut is een bevorderende factor bij de inzet van beeldende therapie in de revalidatiebehandeling.

SUMMARY

From interest in rehabilitation medicine, and my conviction that art therapy within the rehabilitation process can help me study will look into how art therapy can be used to treat the psychosocial effects of a debilitating illness or accident within the present treatment offer the rehabilitation. In our research, the contribution that art therapy can impact on a patient with a debilitating illness or accident and the profile of the profession in the rehabilitation setting is crucial. The research has focused on the situation analysis of rehabilitation in the Netherlands to see a list within what a visual rehabilitation therapist works. This proved to be one, working in a rehabilitation center, "Beatrixoord" in Haren. Through this visual therapist, I am in contact with two other therapists, all working in two university center for chronic diseases, "Dekkerswald" in Groesbeek. In addition, I dedicate the research to the contribution of art therapy may be in the rehabilitation setting. Besides the results of interviews with therapists, I have the results of interviews with the disciplines of the medical team of the pulmonary division of the Centre for Rehabilitation "Beatrixoord" and literature in my research.

The main objective of the rehabilitation treatment is to work as independently as possible a return to society. Importantly, there is balance again in quality of life of the patient. Since that in rehabilitation medicine is addressed from the biopsychosocial model, attention is paid to the psychosocial consequences of debilitating illness or accident. Biopsyosociale The model is based on man as a whole, it is not just the physical illness behavior, but also problems in the social and psychological level. This gives scope for the use of art therapy in rehabilitation.

The overall objective of psychosocial rehabilitation treatment area adapt to, cope with, and emotional acceptance of softening of the restriction. What is especially clear that art therapy is an important contribution in issues surrounding the adaptation and acceptance and processing. Visual therapy is a means by which the patient's shape and can express his emotions. Especially in the first stage of treatment is to confront their own vulnerability often very painful and causes much grief. The nonverbal nature of plastic materials and indirect way of working offers a good connection to the need of the patient at that stage. The experiential, it had a different experience to respond to the world through visual materials also offer an important contribution to the process of rehabilitation. Because you can reduce you to feel insecure. By working with materials you will understand your options and get your confidence increases.

When I look at the different methods, practices and methods within art therapy, those used mainly eclectic. This means that especially with respect the process, method or form of work best suited to the demand for care and treatment goals of the patient at that time. This goes for the therapeutic approach, which is consistent with what the patient needs in his own development journey.

My research shows that art therapy can be used in rehabilitation therapy by the method of creative therapeutic goals, methods, methods and therapeutic approach linking the overall objective of psychosocial rehabilitation treatment area. By this to connect with the contribution, value art therapy, and the needs assessment, art therapy can be used to treat the psychosocial consequences of a debilitating illness or accident within the existing range of rehabilitation therapy treatment. The position of the therapist is a contributory factor to the use of art therapy in the rehabilitation treatment.

BRONNENVERANTWOORDING

BOEKEN & ARTIKELEN

Bruin de, Madeleen, (1994) *Muziek therapie op maat, toepassingen in de revalidatie van kinderen en volwassenen*, uitgeverij: Intro, Nijkerk.

Bruin de, Madeleen (1999/2), toepassingen van muziektherapie in de revalidatie in Nederland, Tijdschrift voor creatieve therapie

Eilander, Henk(2005) verder kijken, ontwikkelingen in de revalidatiepsychologie, Harcourt Assessmetn BV Amsterdam

Merkies, Anne, (2008/3), *Erkenning voor een mooi vak*, Revalidatie Magazine

Merkies, Anne (2009 2), *Het gaat beter met muziek*, revalidatie Magazine

Moor, J.M.H, (1990), *revalidatiepsychologie*, uitgeverij: Van Gorcum Assen-Maastricht

Radewalt, Vincent, (1991 1) *Muziektherapie in een revalidatiecentrum*, Tijdschrift voor creatieve therapie

Scheiris, J (2003), *Geheugenstoornissen: revalidatie en psychosociale zorg*, Acco, Leusden

Schweizer, Celine en Visser, Carina, *Verschil moet er zijn*, ONDERZOEK KENNISKRING Social Work and Art therapies aan de CHN te Leeuwarden.

Schweizer, Celine (2006 2), *‘Verschil moet er zijn, begeleiden en behandelen door de creatief therapeut en de ‘creatief agogisch werker’*, Tijdschrift voor vaktherapie

Schweizer, Celine, (2009) *‘Handboek beeldende therapie “uit de verf”* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Smeijsters, H. , (2003) *“Handboek Creatieve therapie”*, Bussum: coutinho

Palm, Jenny, (2003) *leven na een beroerte*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Pool, Grieteke, (2004) *handboek psychologische interventies bij chronische somatische aandoeningen*, uitgeverij: Koninklijke van Gorcum B.V., Assen

Verhoeven, Nel (2006) *Wat is onderzoek, praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs*, uitgeverij: Boom, Amsterdam

Verkuyl.A, (1977) *gehavend en wel, psychosociale aspecten van revalidatie*, uitgeverij: Samson Uitgeverij, Alpen aan den Rijn

Woudstra, Drs G.A(2008) *Ziektespecifieke en ziektegericht aspecten binnen hart-en longrevalidatie*

FOLDERS

Revalidatie Psychomotorische therapie Centrum voor revalidatie Beatrixoord Academische ziekenhuis Groningen

Beeldende therapie, Centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Universitair Medisch Centrum Groningen

NVPMT werkgroep PMT in de revalidatie, Visie omstrent Psychomotorische Therapie in de revalidatiesetting 2009

INTERNETBRONNEN

http://www.revalidatie.nl/revalideren/wat_is_revalidatie

http://www-fgg.eur.nl/mpp/publications/scriptie_b_cupido.pdf

<http://intranet.cvr.umcg.nl-default.asp?hoofdmenu&submenu=65>

<http://intranet.cvr.umcg>

Dit onderzoek heeft mij inzicht gegeven dat beeldende therapie breed ingezet kan worden en het belangrijkste is dat je de beeldende therapie afstemt op en aansluit bij de patiënt. Eigenlijk is beeldende therapie, een behandelvorm die in veel werkvelden ingezet kan worden. Uit mijn onderzoek blijkt, dat is ook de mening die ik deel, dat het binnen het geven van therapie niet gaat om de diagnose, maar om de problemen waar de patiënt tegen aan loopt.

Beeldende therapie heeft een belangrijke bijdrage in de revalidatiebehandeling net zo als de andere disciplines in het behandelteam. Samen met de patiënt werk je aan verbetering van kwaliteit van leven, de balans terug te winnen, om weer zo zelfstandig mogelijk in de maatschappij terug te keren. Voor de patiënt die moeilijk bij zijn belevingswereld kan komen, vast loopt in zijn acceptatie of verwerkingsproces, moeilijk om kan gaan met zijn beperking en zijn emoties kan uiten heeft beeldende therapie een belangrijke waarde. Door middel van beeldend te werken, worden de problemen voor de patiënt zichtbaar en hanteerbaar, kan de patiënt zich uitdrukken wat anders moeilijk onder woorden te brengen is, ander gedrag oefenen, nieuwe vaardigheden aanleren en het aanleren van copingstrategieën.

Beeldende therapie kan ingezet worden binnen de revalidatiebehandeling, door aan te sluiten bij de algemene doelstelling van de revalidatiebehandeling, bijdrage, de waarde en indicatiestelling van beeldende therapie te benadrukken. De positie van de beeldend therapeut heeft een belangrijke factor bij de inzet van beeldende therapie in de revalidatiesetting.

Ik heb ontdekt dat er geen onderzoek naar beeldende therapie in de revalidatiesetting is gedaan. Dit maakte het zoeken naar bruikbare informatie moeilijk. Tijdens het zoeken naar informatie heb ik steun ervaren van de beeldend therapeuten en disciplines van het behandelteam die meegewerkt hebben aan mijn onderzoek.

Door het maken van dit praktijkonderzoek heb ik ervaringen opgedaan voor het opzetten van een praktijkonderzoek. Ik heb gemerkt dat ik tegen een aantal dingen ben aangelopen en heb dit benoemt in mijn discussie. Onderzoek doen is een leerzaam proces voor mij geweest. Vooral het opstellen van een interview is mij tegengevallen. Het was voor mij de eerste keer dat ik een interview voor een praktijkonderzoek heb opgesteld. Ik heb dit onderschat en gemerkt hoe lastig het is goede vragen te stellen, zonder een eigen overtuiging erin te leggen en de indrukken die je daarmee wekt bij je respondent.

Het praktijkonderzoek heeft mij kennis opgeleverd over de revalidatiebehandeling, de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte en hoe het behandelaanbod binnen het revalidatiecentrum eruit zien.

Met betrekking tot beeldende therapie heb ik kennis opgedaan over de effecten en de betekenis van beeldende therapie, maar ook hoe beeldende therapie vorm en inhoud kan krijgen binnen de revalidatiesetting.

Ik hoop dat ik met dit onderzoek mogelijk aanleiding kan geven tot meer bekendheid over beeldende therapie in de revalidatiesetting en wat de bijdrage kan zijn aan de behandeling van psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte of ongeval.

Mijn onderzoek kan ook de aanleiding zijn tot vervolg onderzoek of een eerste kennismaking met de behandelvorm beeldende therapie in de revalidatiesetting. Ik hoop in ieder geval dat ik met mijn onderzoek een bijdrage heb kunnen leveren aan de praktijk vaktherapie.

Misschien biedt mijn praktijkonderzoek mogelijkheden voor het inzetten van beeldende therapie in meerdere revalidatiecentra. Wie weet komt mijn toekomstwens uit en werk ik over 5 jaar als beeldend therapeut in een revalidatiecentrum.

URENVERANTWOORDING

Onderdelen onderzoek	weken	Aantal uren
Vooronderzoek (revalidatiecentra Nederland benaderen, beroepenverenigingen, literatuur opzoeken relevantie screenen enz.)	4	50
Onderzoekopzet: probleemstelling, hoofdvraag, meevragen en onderzoeksmethode (veranderen, checken, veranderen, checken, veranderen enz.)	4	60
Verzamelen van onderzoekdata (contacten lege, interviewen, literatuurstudie, interviews uitwerken enz.)	8	100
Analyseren van de onderzoekdata (literatuur uitwerken, interviews analyseren enz.)	8	100
Verslaglegging van de onderzoekbevindingen (beschrijvingen literatuur en interviews enz.)	1	20
Voorstel praktijkproduct	1	10
Het samenstellen van het onderzoeksverslag (tekst typen, in goede volgorde zetten, lay out enz.)	6	80
<i>Totaal aantal weken en uren:</i>	32	420

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 OVERZICHT VAN ACTIVITEITENTHERAPIE EN VAKTHERAPIE BINNEN DE REVALIDATIECENTRA IN NEDERLAND

Revalidatie centra	Plaats, provincie	Activiteiten Begeleider/ therapeut	Psycho- motorisch therapeut	Beeldend therapeut	Muziek therapeut	Drama therapeut
Centrum voor revalidatie van het UMC Groningen	Haren-Groningen	X	X	X		
Revalidatie Friesland	Beetsterszwaag-Friesland	X			X	
Centrum voor revalidatie De Volgelanden	Zwolle, Overijssel	X	X			
Centrum voor revalidatie Het Roessingh	Enschede, Overijssel	X			X	X
Revalidatiecentrum Viareva	Apeldoorn, Gelderland					
Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal	Arnhem, Gelderland				X	
Revalidatiecentrum de hoogstraat	Utrecht, Utrecht	X			X	
Militair revalidatiecentrum Aardenburg	Doorn, Utrecht	X				
Revalidatiecentrum de Trappenberg	Huizen, Noord-Holland	X			X	
Revalidatiecentrum Heliomare	Wijk aan Zee, Noord Holland	X			X	
Jan van Breemeninstituut	Amsterdam, Noord Holland					
Revalidatiecentrum Amsterdam	Amsterdam, Noord Holland	X				
Rijnlands Revalidatiecentrum	Leiden, Zuid Holland	X				
Sophia Revalidatie Den Haag	Den Haag, Zuid Holland	X			X	
Revalidatiecentrum Rijndam	Rotterdam, Zuid Holland	X			X	
Revalidatiecentrum de Waarden	Dordrecht, Zuid Holland	X				
Revalidatiecentrum Tolbrug	's Hertogenbosch, Noord Brabant	X				
Revalidatiecentrum Leijpark	Tilburg, Noord Brabant	X				
Revalidatiecentrum Blixembosch	Eindhoven, Noord Brabant	X				
Stichting revalidatie Brede	Breda, Noord Brabant	X				
Stichting revalidatie Geneeskunde Zeeland revalidatiecentrum de	Goes, Zeeland	X			X	

Lindenhof						
Stichting revalidatie Limburg Revalidatiecentrum Hoensbroek	Hoensbroek, Limburg	X				

BIJLAGE 2. AANDACHTVELDEN BINNEN BEELDEND THERAPIE IN DE REVALIDATIE

Beeldend therapeute Judith de Haas-Glasmacher
Universitair centrum voor chronische ziekten Dekkerswald Groesbeek

Ik-Functie

- Concentratie
- Initiatief
- Doorzettingsvermogen
- Gevoel van eigenwaarde
- Zelfvertrouwen
- Frustratietolerantie
- Angstbeheersing
- Hier en Nu beleving
- Verantwoordelijkheidsgevoel

Cognitief functioneren

- Structurerend vermogen
- Geheugen
- Aanleer-vermogen
- Tempo
- Planning
- Energieverdeling
- Bekwaamheid tot verbaliseren
- Informatieverwerking
- Inzicht
- Herkennen van gedrag
- Abstractievermogen

Emotioneel functioneren

- Stemming
- Omgaan met kritiek
- Accepteren van correcties
- Handelingspatronen
- Belevingsaspecten
- Moed tot experimenteren
- Contact met gevoelsbeleving
- Herkennen en uiten van emoties
- Hier en nu beleving
- Stemming
- Uitdrukkingsvaardigheid
- Expressie
- Balans ratio-gevoel
- Autonomie
- Aangaan van een binding

Sociaal functioneren

- Samenwerking
- Betrokkenheid
- Rekening houden met de ander en met zichzelf

- Aangaan van contacten
- Zorg voor anderen en voor zichzelf
- Conflicthantering
- Assertiviteit
- Afstand-Nabijheid
- Empathisch vermogen
- Beïnvloedbaarheid
- Positie/ rol

Fysiek functioneren

- Lichaamsbeleving
- Beweging (Energie en tempo)
- Motoriek
- Zintuiglijke bewustwording
- Lichamelijke gebreken en beperkingen
- Aanpassen met hulpmiddelen
- Ervaren van mogelijkheden

Handelingsvaardigheid

- Beeldend- technische vaardigheden
- Precisie
- Tempo
- Verbaal en non-verbale vaardigheden
- Expressievaardigheden
- Effectieve en flexibele Copingstijlen

Interview met: Beeldend therapeut Loretta Bruin

Revalidatiecentra UMCG

Locatie; Haren Beatrixoord

Interview met: Beeldend therapeute Yvonne van Kolck en Judith Glasmacher

Universitair centrum voor chronische ziekten Dekkerswald

Groesbeek

Revalidatiebehandeling algemeen

1. Hoe ziet een revalidatiebehandeling eruit?
2. Welke behandelvormen worden aangeboden op het psychosociale gebied naast beeldend therapie?
3. Welke behandelingsdoelen worden binnen de revalidatie gesteld?
4. Hoe komen de observaties van de verschillende disciplines samen?

Kennis invaliderende ziekte of ongeval

5. Over welke kennis moet je beschikken over de problematiek op het gebied van de invaliderende ziekte of ongeval?
6. Welke psychische en sociale gevolgen kom je tegen binnen de revalidatie?
7. Hoe wordt er gewerkt aan de psychosociale gevolgen van de invaliderende ziekte of ongeval? (Gevolgen kunnen zijn inactiviteit, een laag zelfbeeld, rationele problemen, in een isolement raken en kan een depressie veroorzaken)

Beeldende therapie in de revalidatie

8. Hoe wordt beeldende therapie ingezet in de revalidatie?
9. Welke bijdrage levert beeldende therapie binnen het revalidatieproces?
10. Wat is het hoofddoel van beeldende therapie binnen de revalidatie?
11. Over welke competenties moet je beschikken om beeldende therapie te geven binnen de revalidatie?
12. Krijgt iedere revalidant beeldende therapie?
13. Wat zijn de indicaties voor beeldende therapie?/ Wanneer wordt er na beeldende therapie verwezen?
14. Wat is de bijdrage van beeldende therapie aan de totale revalidatiebehandeling?
15. Wat zijn de ervaringen van patiënten met beeldende therapie?

Beeldende therapie in vergelijking met de andere therapieën in het behandel aanbod

16. Ik kom vaak binnen revalidatiecentra activiteitentherapie tegen, wat is het verschil met beeldende therapie?
17. Wat is het verschil tussen activiteitentherapie en activiteitenbegeleiding?
18. Wat is het belang/waarde van beeldende therapie in de revalidatie?
19. Wat zou de mogelijke meerwaarde zijn van beeldende therapie ten opzichte van activiteitentherapie/ begeleiding?

20. Wat zou de mogelijke meerwaarde zijn van beeldende therapie ten opzichte van de andere vaktherapieën zoals muziektherapie, psychomotorische therapie en dramatherapie?
21. Wat zou de mogelijke meerwaarde zijn van beeldende therapie ten opzichte van psychologie, sociotherapie en maatschappelijk werk?

Positie beeldende therapie

22. Welke positie heeft de beeldend therapeut binnen het team?
23. Hoe wordt er vanuit de andere disciplines naar beeldende therapie gekeken?

Inhoud en vorm één beeldende sessie.

24. Hoe ziet de behandeling eruit gericht op beeldende therapie? Hoe ziet één sessie eruit.
25. Welke methodieken worden gebruikt?
26. Welke methode wordt er gebruikt?
27. Welke werkwijze wordt toegepast?
28. Welke werkvormen worden gebruikt?
29. Welke creatief therapeutische doelen worden er gesteld?
30. Wordt er individueel gewerkt of wordt er samengewerkt in een groep?/ Hoe groot is de groep?
31. Wat is de houding van de therapeut?
32. Hoe speel je in, sluit je aan bij de behoefte van de cliënt?

Rouwproces en beeldende therapie

33. Wat kun je zeggen over het rouwproces?
34. Hoe zorg je er voor dat je het natuurlijk rouwproces niet verstoort?
35. Hoe ga je in beeldende therapie om met het rouwproces van de cliënt?
36. Hoe sluit je aan en hoe stem je af bij de verschillende fase in het rouwproces?
37. Wat zijn therapeutische doelen die je stelt in de verschillende fase?
38. Hoe lopen de fasen van het rouwproces binnen de therapie, parallel of richt je je op één fase?

Interview met Psychomotorisch therapeut Inge Boonstra en Anne Heins
Centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren, onderdeel van UMCG

Psychomotorische therapie in de revalidatie

1. Wat zijn de behandeldoel en van psychomotorische therapie?
2. Welke therapeutische doelen worden binnen psychomotorische therapie gesteld?
3. Welke werkwijze wordt toegepast?
4. Welke methodieken worden gebruikt?
5. Welke activiteiten worden ondernomen?
6. Hoe wordt psychomotorische therapie ingezet in de revalidatie?
7. Wordt er individueel gewerkt of wordt er samengewerkt in een groep/ Hoe groot is de groep?
8. Wat is de houding van de therapeut?
9. Over welke kennis moet je beschikken over de problematiek op het gebied van de invaliderende ziekte of ongeval met betrekking op het vak PMT?
10. Wat kun je zeggen over het rouwproces?
11. Over welke competenties moet je beschikken om psychomotorische therapie te geven
12. Hoe ziet één uur eruit. Hoe ziet de behandeling eruit gericht op psychomotorische therapie?
13. Welke bijdrage levert psychomotorische therapie binnen het revalidatieproces

Psychomotorische therapie in vergelijking met de andere therapieën in het behandelaanbod

14. Welke positie heeft psychomotorische therapie binnen het team?
15. Wat is de belangrijkste waarde van psychomotorische therapie in vergelijking met de andere therapieën
16. Wat zijn de indicaties voor psychomotorische therapie?
17. Wat is de bijdrage van psychomotorische therapie aan de totale behandeling?

Beeldende therapie in vergelijking met psychomotorische therapie

18. Wat draagt beeldende therapie bij aan het bestaande behandelaanbod
19. Wat zou de mogelijke weerwaarde zijn van beeldende therapie ten op zichte van psychomotorische therapie?

Interview met: Socio therapeut Frouwke Wolters

Centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren, onderdeel van UMCG

Sociotherapie in de revalidatie

1. Wat zijn de behandeldoel en van sociotherapie?
2. Welke therapeutische doelen worden binnen sociotherapie gesteld?
3. Welke werkwijze wordt toegepast?
4. Welke methodieken worden gebruikt?
5. Welke activiteiten worden ondernomen?
6. Hoe wordt sociotherapie ingezet in de revalidatie?
7. Wordt er individueel gewerkt of wordt er samengewerkt in een groep/ Hoe groot is de groep?
8. Wat is de houding van de therapeut?
9. Over welke kennis moet je beschikken over de problematiek op het gebied van de invaliderende ziekte of ongeval met betrekking op sociotherapie?
10. Wat kun je zeggen over het rouwproces?
11. Over welke competenties moet je beschikken om sociotherapie te geven
12. Hoe ziet één uur eruit. Hoe ziet de behandeling eruit gericht op sociotherapie?
13. Welke bijdrage levert sociotherapie binnen het revalidatieproces

Sociotherapie in vergelijking met de andere therapieën in het behandelaanbod

14. Welke positie heeft sociotherapie binnen het team?
15. Wat is de belangrijkste waarde van sociotherapie in vergelijking met de andere therapieën
16. Wat zijn de indicaties voor sociotherapie?
17. Wat is de bijdrage van sociotherapie aan de totale behandeling?

Beeldende therapie in vergelijking met sociotherapie

18. Wat draagt beeldende therapie bij aan het bestaande behandelaanbod
19. Wat zou de mogelijke weerwaarde zijn van beeldende therapie ten op zichte van sociotherapie?

Interview met: Maatschappelijk werker, Hilde Numan

Centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren, onderdeel van UMCG

Maatschappelijk werk in de revalidatie

1. Wat zijn de behandeldoelen binnen maatschappelijk werk?
2. Welke werkwijze wordt toegepast?
3. Welke methodieken/methodes worden gebruikt binnen maatschappelijk werk?
4. Welke activiteiten worden ondernomen?
5. Hoe wordt maatschappelijk ingezet in de revalidatie?
6. Wordt er individueel gewerkt of wordt er samengewerkt in een groep/ Hoe groot is de groep?
7. Wat is de houding van de therapeut?
8. Over welke kennis moet je beschikken m.b.t. de problematiek op het gebied van de invaliderende ziekte of ongeval?
9. Op welke wijze wordt maatschappelijk werk ingezet met betrekking tot het rouwproces?
10. Over welke competenties moet je beschikken om maatschappelijk werk te geven?
11. Hoe ziet de behandeling eruit gericht op maatschappelijk werk?/ Hoe ziet één therapie uur eruit?
12. Welke bijdrage levert maatschappelijk werk binnen het revalidatieproces?

Maatschappelijk werk in vergelijking met de andere therapieën in het behandelaanbod?

13. Welke positie heeft maatschappelijk werk binnen het team?
14. Wat is de belangrijkste waarde van maatschappelijk werk in vergelijking met de andere therapieën?
15. Wat zijn de indicaties voor maatschappelijk werk?
16. Wat is de bijdrage van maatschappelijk werk aan de totale behandeling?

Beeldende therapie in vergelijking met maatschappelijk werk?

17. Wat draagt beeldende therapie bij aan het bestaande behandelaanbod?
18. Wat zou de mogelijke meerwaarde zijn van beeldende therapie ten op zichte van maatschappelijk werk?

Interview met: activiteitenbegeleidster, Gwen Venema

Centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren, onderdeel van UMCG

Activiteitentherapie in de revalidatie

1. Wat zijn de behandeldoelen van activiteitentherapie?
2. Welke werkwijze wordt toegepast?
3. Welke methodieken/methodes worden gebruikt binnen activiteitentherapie?
4. Welke activiteiten worden ondernomen?
5. Wordt er individueel gewerkt of wordt er samengewerkt in een groep/ Hoe groot is de groep?
6. Wat is de houding van de therapeut?
7. Over welke kennis moet je beschikken m.b.t. de problematiek op het gebied van de invaliderende ziekte of ongeval?
8. Op welke wijze wordt activiteitentherapie ingezet met betrekking tot het rouwproces?
9. Over welke competenties moet je beschikken om activiteitentherapie te geven?
10. Hoe ziet de behandeling eruit gericht op activiteitentherapie?/ Hoe wordt maatschappelijk werk concreet ingevuld?
11. Welke bijdrage levert activiteitentherapie binnen het revalidatieproces?

Activiteitentherapie in vergelijking met de andere therapieën in het behandelaanbod

12. Welke positie heeft activiteitentherapie binnen het team?
13. Wat is de belangrijkste waarde van activiteitentherapie
14. Wat zijn de indicaties voor activiteitentherapie?
15. Wat is de bijdrage van activiteitentherapie aan de totale behandeling?

Beeldende therapie in vergelijking met activiteiten therapie

16. Wat draagt beeldende therapie bij aan het bestaande behandelaanbod?
17. Wat zou de mogelijke meerwaarde zijn van beeldende therapie ten op zichte van activiteitentherapie?
18. Wat is een belangrijke waarde van beeldende therapie binnen het revalidatieproces?