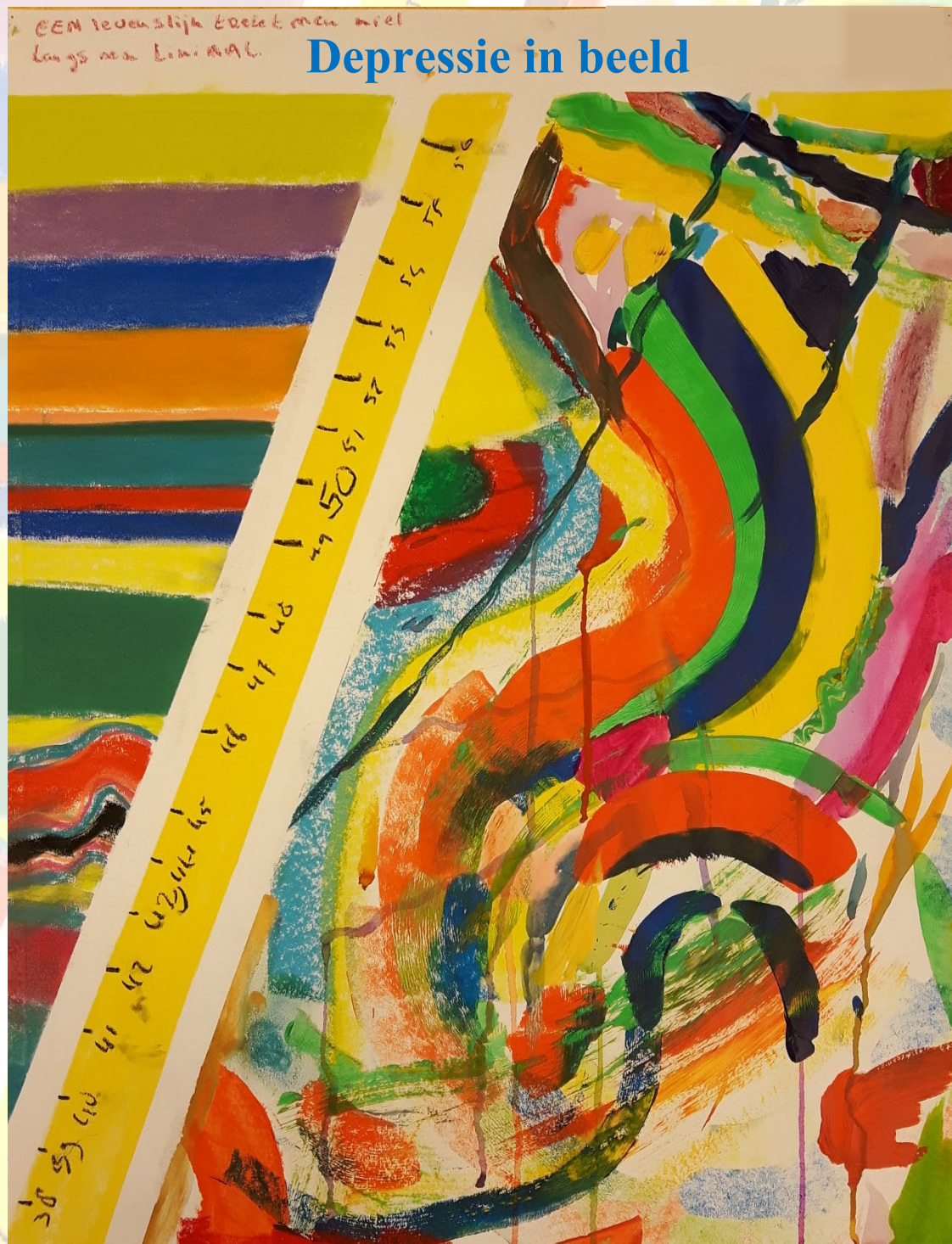




**Een onderzoek naar het effect van beeldende groepstherapie
op depressieve klachten bij een volwassene
binnen de 4-daagse Deeltijdbehandeling Depressie**

Nelette van den Berg

*Illustratie 1 van voorblad: Werkvorm: Kies een spreuk en werk deze uit.
'Een levenslijn trekt men niet langs een liniaal', 50x65cm.*

*Links van de liniaal is de rechte gekaderde levensloop te zien, waar de patiënt graag vanaf wil.
Rechts is de levendige, ongecontroleerde, vrolijke, soms lastige en losse manier van leven in beeld gebracht, zoals het werkelijke leven is en zoals de patiënt het graag wil ervaren.
Gemaakt door de patiënt in week 14 van de behandeling.*

Depressie in beeld

***Een onderzoek naar het effect van beeldende groepstherapie
op depressieve klachten bij een volwassene
binnen de 4-daagse Deeltijdbehandeling Depressie***



Nelette van den Berg

studentnummer 1559601

Bachelorscriptie Vaktherapie Beeldend vormen

Afstudeerperiode: maart tot en met december 2018

Academy of Healthcare

NHL Stenden Hogeschool Leeuwarden

Onderzoeksbegeleider

dr. Marinus Spreen

NHL Stenden Hogeschool Leeuwarden



Opdrachtgever

dr. Cees Boerhout, hoofd Therapieën

Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) UMCG, Groningen

Behandelend therapeut

Lise Zwitter, vaktherapeut beeldend



umcg

Universitair Centrum Psychiatrie

Leeuwarden, 24 januari 2019

Voorwoord

Voordat ik met de opleiding Vaktherapie Beeldend vormen begon, had ik een zeer beperkt beeld bij de mogelijke behandelingen van een depressie. Na in contact te zijn gekomen met de theorie, bij de hoorcolleges, heb ik tijdens mijn stage kennis gemaakt met de praktijk: patiënten die lijden aan een depressie en hiervoor in behandeling zijn bij het UCP. Hierdoor heb ik, vanuit de therapeutrol, inzage gekregen in de beleving van depressieve klachten, de diversiteit hiervan en vooral de impact die deze klachten hebben op de patiënt.

Door middel van het geven van beeldende therapie, kunnen veranderingen plaatsvinden bij deze patiënten. Maar waarom, en vooral hoe, werkt dat nou eigenlijk?

Voor u ligt de scriptie van mijn afstudeeronderzoek met betrekking tot de werking van beeldende vaktherapie. Ik ben heel blij met deze mooie onderzoeksopdracht, waarmee ik binnen het UCP de mogelijkheid heb gekregen een onderzoek te doen dat ertoe doet. Vanaf het begin van mijn studie wilde ik graag een onderzoek doen waar de praktijk belang bij heeft; waarmee ik een bijdrage kan leveren aan het vakgebied en een aandeel kan hebben in de bewijsvoering (evidence based) van dit fascinerende vak. Het uiteindelijk en voornaamste doel hiervan is uiteraard het verbeteren van het welzijn van de patiënten. Een zorgvuldige voorbereiding, gedegen planning, goede samenwerking, mooie interviews, vele uren verwerken, analyseren, schrijven en herschrijven, hebben geleid tot deze scriptie.

Ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken.

Als eerste de patiënt voor zijn enthousiaste medewerking. Ik waardeer het enorm dat hij mij heeft toevertrouwd mee te kijken bij zijn persoonlijke behandelproces en op al mijn vragen antwoord heeft gegeven. Daarnaast grote dank aan Lise Zwitser. Zij heeft het aangedurfd om ook 'onderwerp van onderzoek' te zijn; ik heb met mijn onderzoek het vergrootglas gelegd op de door haar uitgevoerde therapeutische interventies. Ook heeft ze veel tijd gestoken in het meewerken aan de interviews, meelesen en het zorgdragen voor de randvoorwaarden waardoor het onderzoek op geen enkel moment stagneerde. Marinus Spreen heeft mij enorm geholpen bij het creëren van structuur in zowel opzet als uitwerking en mij, vlot en met grote regelmaat, voorzien van feedback. Hartelijk dank daarvoor. Rento Heins en Jet Stegink, bedankt voor het meewerken als systeemleden, het meelesen en verschaffen van extra informatie. De informele netwerkleden van de patiënt bedank ik zeer voor hun getoonde betrokkenheid door het invullen van de vragenlijsten die ik ze heb toegestuurd. Cees Boerhout wil ik bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek uit te voeren binnen het UCP en het vertrouwen dat hij mij heeft gegeven om hier mijn eigen stempel op te drukken. Tineke Demmer en Mimy ter Braak, bedankt voor jullie vertrouwen in mij en het feit dat jullie mij in mezelf hebben leren geloven. Roos den Held en Tina Vink, bedankt voor jullie enthousiaste betrokkenheid en feedback. Ook grote dank aan mijn klasgenoten, docenten en andere medestudenten voor de aanmoedigingen tijdens onze heerlijke schoolperiode. En *last but not least* bedank ik mijn partner en kinderen voor hun geduld, emotionele steun, aanmoedigingen, 'verplichte' ontspanningsmomenten en niet aflatende vertrouwen.

Met dit onderzoek mag ik het spits afbijten in de vorm van een pilot-onderzoek.

Ik kijk uit naar de onderzoeken en uitkomsten die volgen!

Nelette van den Berg
Leek, 27 december 2018

Samenvatting

In het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) wordt al 20 jaar gebruik gemaakt van een behandelmodule beeldende therapie binnen de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie. Maar welk effect heeft beeldende therapie op depressieve klachten? Is dit effect te filteren uit het totaalaanbod van therapieën binnen de behandeling? Hoe ervaart de patiënt veranderingen in zijn klachten en is dit ook zichtbaar in zijn beeldend werk?

Met deze casestudy wordt het effect van beeldende groepstherapie op depressieve klachten onderzocht bij een volwassene binnen deze 4-daagse Deeltijdbehandeling Depressie.

Doelen van dit onderzoek zijn het aantonen van de werking van beeldende therapie bij één patiënt en het aanscherpen van de behandelmodule op basis van diens ervaringen.

Daarnaast dient dit pilotonderzoek als basis van een raamwerk voor N=1 onderzoek binnen het UCP.

De centrale vraag in dit onderzoek is:

In hoeverre draagt de module beeldende therapie bij aan de vermindering van depressieve klachten en het behalen van persoonlijke leerdoelen op dit vlak bij een volwassene in de Deeltijdbehandeling Depressie van het UCP?

Hiertoe wordt eerst beoordeeld in welke mate de depressieve symptomen bij de patiënt zijn afgenomen gedurende de behandeling. Daarna wordt onderzocht op welke wijze beeldende therapie heeft bijgedragen aan de vermindering van de depressieve klachten en op welke wijze de persoonlijke leerdoelen van de patiënt zijn behaald. Als laatste wordt beoordeeld hoe de vermindering van depressieve klachten zichtbaar is in het beeldend werk van de patiënt. Dit alles is gericht op de beleving van de patiënt.

Voor dit onderzoek is de systemische N=1 methode toegepast, waarbij één patiënt en vijf netwerkleden meewerken. Er wordt gebruik gemaakt van de gevalideerde vragenlijst Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR en IDS-C) voor het meten van depressieve symptomen. De effecten van beeldende therapie worden gemeten met verschillende vragenlijsten en interviews met patiënt en beeldend therapeut. Er zijn vier meetmomenten tijdens de 16 weken durende behandeling.

Uit dit onderzoek blijkt een significante daling van depressieve klachten van de patiënt. De voornaamste klachten, op het gebied van kwaliteit van de stemming, zelfbeeld en interpersoonlijke gevoeligheid, zijn volgens de patiënt in grote mate positief beïnvloed door beeldende therapie. Daarnaast kan hij meer plezier ervaren en meer genieten van activiteiten. De patiënt geeft aan dat hij bij beeldende therapie beter bij zijn gevoelens kan en meer wordt geconfronteerd met zichzelf dan bij de 'praattherapieën'. Aan het eind van de behandeling kan de patiënt eigenschappen, waarmee hij in het beeldend werken wordt geconfronteerd, accepteren als deel van zichzelf. Hierdoor is hij milder geworden. Hij stelt zich minder cognitief op, is gegroeid in zelfreflectie en heeft geoefend in ander gedrag. Het is onduidelijk in hoeverre dit gegeneraliseerd is naar het dagelijks leven. De interviews hebben mogelijk bijgedragen aan extra zelfreflectie door de patiënt.

Conclusie van dit onderzoek is dat beeldende therapie heeft bijgedragen aan de vermindering van depressieve klachten bij deze patient en dat het hem heeft geholpen bij het realiseren van zijn persoonlijke doelen op dit vlak. Vervolgonderzoek zal moeten aantonen of en op welke wijze dit voor andere patiënten geldt. Hierbij wordt aanbevolen om het aantal vragen(-lijsten) te beperken, zodat meer bewijs voor de werkzame aspecten van deze beeldende therapie module kan worden verkregen.

Keywords: vaktherapie beeldend vormen, beeldende therapie, deeltijdbehandeling, groepstherapie, depressie, volwassenen, systemisch N=1 onderzoek.

Summary

During the last 20 years the Universitair Centrum Psychiatrie (University Centre of Psychiatry) (UCP) has used an art therapy program in the treatment of depression. But what effect does art therapy have on depressive symptoms? Is it possible to filter out art therapy effects from the therapies of the entire treatment? Which changes does the patient experience in his depressive complaints and is this change visible in his art work?

This is a case study of the effect of art therapy on depression offered to a group of adults in the 4-days part-time treatment of depression. The objectives of this research are on the one hand to demonstrate that art therapy works for the individual patient and, on the other hand, to enhance the art therapy module based on this patient experiences. This pilot study is the first of a research framework, to be deployed for more case studies at the UCP.

The key question in this survey is:

To what extent does the art therapy module contribute in decreasing depressive symptoms and achieving the learning objectives for an adult in the treatment of depression at the UCP?

The extent in which the patient's depressive symptoms decrease during the treatment is examined first. Subsequently, the way in which art therapy contributes to the decrease of these depressive problems and in what way the learning objectives are achieved is examined. Finally, the way the decreasing depressive problems are visible in the patient's art work is assessed. The research focusses on patient experience.

This research is a systematic case study and involves one patient and five cooperating network members. A validated questionnaire, the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR en IDS-C) is used to measure the presence of depressive symptoms. The effects of art therapy are measured using different questionnaires and interviewing both the patient and the consultant art therapist. Throughout the 16 weeks' treatment, measurements are conducted at four specific moments.

This study shows a significant decrease of depressive complaints of the patient. The main complaints, regarding the quality of mood, self-image and interpersonal sensitivity, have been positively influenced by art therapy. In addition, the patient experiences more joy and enjoys activities more than he did before. The patient is able to relate to his feelings in a better way and he is confronted with himself more openly than during the cognitive therapies. At the end of the treatment the patient is able to accept the characteristics he has been confronted with, as being a part of him. He has become less judgemental towards himself. He is less cognitive, he has enhanced his self-reflection skills and he has practised new behaviour. However, it remains unclear whether this self-reflection and new behaviour has generalised into his daily life. The interviews in this research may have contributed to additional self-reflection by the patient.

This study draws the conclusion that art therapy has contributed to the reduction of depressive symptoms of this patient and it has helped him in achieving his personal learning objectives related to his depression. Further research will have to demonstrate if and in what way this applies to other patients. It is recommended to decrease the number of questionnaires, allowing future case studies to focus more specifically on the efficacious aspects of art therapy, enhancing the evidence based aspects of the current treatment program.

Keywords: art therapy, part-time treatment, group therapy, depression, adults, systemic case study.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Wat doet het UCP en welke plaats heeft beeldende Therapie?	1
1.3 Waar richt dit onderzoek zich op?	1
1.4 Depressie	2
Oorzaken van een depressie	3
Wat zijn de gevolgen van een depressie?	3
Behandeling van een depressie	3
1.5 4-daagse deeltijdbehandeling depressie binnen het UCP	4
1.6 Beeldende therapie	4
1.7 Module beeldende therapie binnen de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie	5
Hoofdstuk 2 Methode	7
2.1 Onderzoekspopulatie	7
2.2 Opzet van het onderzoek	8
2.3 Operationalisatie	9
2.4 Meetinstrumenten	9
2.4.1 Inventory of Depressive Symptomatology Self Rating: IDS-SR en IDS-C (Clinician)	9
2.4.2 Beeldende therapie vragenlijst: BTV	10
2.4.3 Interview met patiënt	10
2.4.4 Interview met beeldend therapeut	11
2.4.5 Eindevaluatie	11
2.5 Analyse	12
Hoofdstuk 3 Resultaten	13
3.1 Uitkomsten bij deelvraag 1	13
3.2 Uitkomsten bij deelvraag 2	15
3.2.1 Uitkomsten BTV	15
3.2.2 Interviews met de patiënt	17
3.2.3 Interviews met beeldend therapeut	19
3.2.4 Uitkomsten VME	21
3.2.5 BT-IDSV uitkomsten	22
3.2.6 Patiënten evaluatieformulier	23
3.3 Uitkomsten bij deelvraag 3	24
Hoofdstuk 4 Conclusie, discussie en aanbevelingen	26
Antwoorden op de deelvragen	26

Discussie en kanttekeningen	29
Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen	30
Eindconclusie	31
Literatuurlijst	32
Bijlagen	35
Bijlage 1 Depressie, de oorzaken en gevolgen	
Bijlage 2 Behandeling van een depressie binnen het UCP	
Bijlage 3 Werkwijze binnen de module beeldende therapie in de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie	
Bijlage 4 Beschrijving van de behandelmodule beeldende therapie binnen de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie	
Bijlage 5 IDS-SR, vragenlijst voor de patiënt	
Bijlage 6 IDS-C, vragenlijst voor naasten en behandelaren	
Bijlage 7 Vragenlijst effect beeldende therapie (BTV) voor patiënt	
Bijlage 8 Interviewvragen patiënt	
Bijlage 9 Interviewvragen beeldend therapeut	
Bijlage 10 Eindevaluatie/Patiënten evaluatieformulier	
Bijlage 11 Antwoorden uit vragenlijsten BTV, VME en BT-IDSV onderverdeeld naar eindtermen van de behandelmodule beeldende therapie	
Bijlage 12 Invloed van beeldende therapie op depressieve symptomen volgens patiënt en beeldend therapeut (BT-IDSV)	
Bijlage 13 Uitkomsten BTV per subcategorie op meetmoment 1 en 4 volgens patiënt	
Bijlage 14 Foto's van het beeldend werk van de patiënt (geanonimiseerd)	

Figuren- en tabellenlijst

Figuur 1 Kerncategorieën van effecten in een samenhangend model (Haeyen, 2011)	10
Figuur 2 IDS-scores volgens zelfrapportage	13
Figuur 3 IDS-scores volgens systeem	14
Figuur 4 BTV subcategorieën, meetmoment 1 t/m 4	15
Figuur 5 Waardering en profijt van beeldende therapie	16
Figuur 6 Behandeldoelen die volgens patiënt geraakt zijn	17
Figuur 7 Bijdrage beeldende therapie aan de vermindering van depressieve klachten volgens patiënt en beeldend therapeut	22

Tabel 1 Vergelijking tussen de meetmomenten aan de hand van de NAP-score en Cohen's d van de IDS-scores (totaal) van het systeem	15
Tabel 2 Uitkomsten Vragenlijst materiaal en effect (VME)	21

Lijst met afbeeldingen

Illustratie 1 van voorblad: Werkvorm: Kies een spreuk en werk deze uit. 'Een levenslijn trekt men niet langs een liniaal', 50x65cm.	
Illustratie 2 Week 1: 'Ik-dier in een omgeving', 50x65cm	
Illustratie 3 Week 8: Thema 'Mooi/lelijk' met materiaal naar keuze, A3-formaat	
Illustratie 4 Week 16: 'Maak een krachtbeeld' met materiaal naar keuze, A3-formaat	
Illustratie 5 1 ^e sociogram (week 2)	
Illustratie 6 2 ^e sociogram (week 15)	
Illustratie 7 Week 1: 'Ik-dier in een omgeving', 50x65cm	
Illustratie 8 Week 2: 'Prettige plek', 50x65cm	
Illustratie 9 Week 3: 'Waar zou je willen zijn?' 50x65cm	
Illustratie 10 Week 4: kleibeeld 'Nu en later'	
Illustratie 11 Week 5: 'Stilstand en beweging', A3-formaat	
Illustratie 12 Week 7: 'Boom in een omgeving met een vreemd object', 65x100cm	
Illustratie 13 Week 8: Thema 'Mooi-lelijk', A3-formaat	
Illustratie 14 Week 9: 'Mijn kernpersoonlijkheid, mijn bescherming, mijn omgeving', 50x65cm	
Illustratie 15 Week 10: 'Positief moment van afgelopen week', 50x65cm	
Illustratie 16 Week 11: Vrije opdracht, 70x100	
Illustratie 17 Week 13: Kleibeeld 'Valkuil en kracht'	
Illustratie 18 Week 14: Kies een spreuk en werk deze uit. 'Een levenslijn trekt men niet langs een liniaal', 50x65cm	
Illustratie 19 Week 16: 'Maak een krachtbeeld', A3-formaat	

Hoofdstuk 1 Inleiding

'Beeldende therapie draagt bij aan de vermindering van depressieve klachten. Is dat waar?'

1.1 Aanleiding

Het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) van het Universitair Medisch Centrum (UMCG) te Groningen wil een bijdrage leveren aan het evidence based maken van beeldende therapie. Binnen de opleiding Vaktherapie Beeldend Vormen bestaat het afstudeeronderzoek uit een systemisch N=1 onderzoek, oftewel een onderzoek naar de 'effectiviteit' van de gegeven interventies bij één patiënt, ondersteund door observaties van zijn of haar systeem. Omdat het uitvoeren van N=1 studies binnen het UCP nieuw is, is aangegeven dat er behoefte is aan een raamwerk voor N=1 studies, welke ook door toekomstige studenten gebruikt kan worden. Dit kan bijdragen aan de bewijsvoering (evidence based) van de 'effectiviteit' van de beeldende modules zoals gegeven in het UCP. Door het repliceren van hetzelfde onderzoek bij verschillende patiënten, kunnen uitkomsten van de onderzoeken gestapeld worden. Door middel van deze stapeling, waarbij de te onderzoeken interventie en doelgroep gelijk dienen te zijn, worden uitkomsten geldig als bewijs. Het voorliggende onderzoek is de eerste van deze N=1 studies en dient als een pilot-onderzoek. Hiermee wordt de basis gelegd voor vervolgonderzoek.

1.2 Wat doet het UCP en welke plaats heeft beeldende Therapie?

Het UCP biedt psychiatrische zorg voor volwassenen die kampen met psychosen, angst- en dwangstoornissen, depressies, ontwikkelingsstoornissen en/of somatoforme stoornissen. Daarnaast is er een afdeling voor ouderenpsychiatrie. Naast deze specialistische zorgprogramma's voor specifieke aandoeningen biedt het UCP algemene ambulante zorg en intensieve zorg (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), ZorgVanHetUCP, 2017). Binnen de diverse afdelingen wordt intensief samengewerkt door verschillende behandel disciplines, zoals psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten om de patiënten de meest effectieve behandeling te bieden, die past bij de ernst van de problematiek. Via de psychiatrische consultatieve dienst, het team medisch psychologen en de binnenkort te realiseren Medisch Psychiatrische Unit is er intensieve betrokkenheid bij de behandeling van patiënten op andere afdelingen van het UMCG. Beeldende therapie is vaak onderdeel van het behandelprogramma. Elke afdeling heeft een 'eigen' beeldend vaktherapeut binnen het behandelteam. Bij het UCP werken vier beeldend vaktherapeuten. Naast de groepstherapieën uit het behandelprogramma is het mogelijk om individuele beeldende therapie te krijgen (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), z.j.) (van den Berg, 2017).

1.3 Waar richt dit onderzoek zich op?

In overleg met het UCP is ervoor gekozen om dit onderzoek te richten op de module beeldende therapie binnen de Deeltijdbehandeling Depressie. In deze module zijn de te gebruiken werkvormen en interventies, de eindtermen, randvoorwaarden en de werkwijze beschreven voor de 16 weken durende behandeling. Deze module wordt reeds twintig jaar toegepast en is in de tussentijd meerdere keren aangescherpt. De beeldend therapeut merkt dat de module positieve invloed heeft op de vermindering van depressieve klachten en ook de behandelaren van de afdeling zijn positief over de therapie, mede omdat patiënten hier soms over vertellen. Ook blijkt de waardering van de patiënten uit de cijfers

die ze geven via het evaluatieformulier aan het eind van de behandeling. Zo waardeerden de patiënten in de periode 01-05-2017 t/m 17-05-2018 op een schaal van 1 tot 10 de gehele behandeling met een 7,2, terwijl beeldende therapie een 8,8 kreeg. Daarnaast was er een afname in depressieve klachten na afloop van de multidisciplinaire behandeling, gemeten met de Inventory of Depressive Symptomatology Self Rating (IDS-SR) van gemiddeld 36,8 naar 15,3.

De IDS-SR wordt ook binnen dit onderzoek gebruikt als meetinstrument (zie hoofdstuk 2). Enkele opmerkingen uit de patiëntevaluaties:

'Beeldende therapie heb ik goed ervaren. Hier kwam ik het dichtst bij mezelf. Sommige oefeningen raakten mij'.

'Ben hier mijzelf wel erg tegengekomen. Zat zo vast dat dit erg moeizaam ging. Maar door de rust en respect hierin ben ik ook hier dicht bij mijzelf gekomen en ben ik uit het doolhof van mijn hoofd gekomen. De opdrachten die aangeboden werden, hadden steeds effect op het vergroten van je mogelijkheden/kwaliteiten'.

'Je bekijkt het toch weer anders als je het moet uitbeelden in plaats van het in woorden vertellen. En ik heb mijn creatieve kant weer gevonden'.

Deze cijfers en opmerkingen zijn mooi. Het is in de praktijk echter lastig om deze uitspraken te onderbouwen en om vast te stellen hoe of waardoor de positieve veranderingen precies teweeggebracht worden. Ook is het interessant om de invloed van beeldende therapie te filteren uit het complete behandelaanbod van de deeltijdbehandeling.

De doelen van dit onderzoek zijn:

- In beeld krijgen bij één patiënt in hoeverre de module beeldende therapie van de 4-daagse deeltijdbehandeling Depressie van het UCP bijdraagt aan de vermindering van depressieve klachten;
- In beeld krijgen op welke specifieke doelen/symptomen beeldende therapie positieve invloed heeft bij deze patiënt en de mate waarin dat gebeurt;
- Bij de patiënt in beeld krijgen in welke fase van de module deze veranderingen (met name) plaatsvinden;
- Aanscherping van de module mogelijk maken op basis van de uitkomsten van het onderzoek;
- Aantoonbaar maken van de werking van beeldende therapie bij deze patiënt;

Het indirecte doel van dit onderzoek is het creëren van een raamwerk voor N=1 onderzoek, waardoor stapeling van uitkomsten mogelijk wordt.

Hierna worden de belangrijkste begrippen en het theoretisch kader uiteengezet.

1.4 Depressie

In Nederland worstelen jaarlijks 1 op de 20 mensen met een depressie en 1 op de 5 volwassen Nederlanders heeft ooit in zijn of haar leven een depressie meegemaakt (Trimbos-Instituut, 2016).

Een depressie houdt in dat iemand zich gedurende minimaal twee weken somber voelt en/of interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten heeft verloren. Daarnaast kampt diegene met problemen op meerdere van de volgende gebieden, zoals eetlust- en gewichtsverandering, slaapproblemen, rusteloosheid of juist vermindering van

beweeglijkheid, vermoeidheid, energieverlies, schuldgevoelens, concentratieproblemen en suïcidale gedachten (American Psychiatric Association, 2014). Deze symptomen veroorzaken significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociale, beroepsmatige of andere belangrijke terreinen. 1 op de 5 mensen is na twee jaar niet (volledig) hersteld, dan is de depressie chronisch geworden (Rijksoverheid, 2016).

Oorzaken van een depressie

Er is geen eenduidige oorzaak aan te wijzen voor het ontstaan van depressies. Een depressie wordt meestal veroorzaakt door een combinatie van omstandigheden die tegelijkertijd optreden. Dit kunnen lichamelijke, sociale of psychische oorzaken zijn. Voorbeelden hiervan zijn: erfelijkheid, bepaalde ziekten, gebruik van medicijnen, drugs of alcohol, overlijden van een dierbare, echtscheiding, te hoge werkdruk, karakter, jeugdervaringen en aangeleerde hulpeloosheid (Cuijpers, 1997).

In bijlage 1 wordt verder ingegaan op depressie en de mogelijke oorzaken daarvan.

Wat zijn de gevolgen van een depressie?

Iemand met een depressie heeft last van persoonlijk lijden in het dagelijks functioneren en wordt daarin beperkt. De mate waarin- verschilt per depressie en per persoon. Sommige mensen zijn niet meer in staat om voor zichzelf of anderen te zorgen, boodschappen te doen of te werken en hebben veel suïcidale gedachten. Anderen kunnen de dagelijkse activiteiten nog wel uitvoeren, maar sociale contacten onderhouden lukt bijvoorbeeld niet meer (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), 2018). Anderen worden stil en teruggetrokken of geïrriteerd en agressief. Sommigen zijn angstig in gezelschap van anderen of maken zich zorgen over relaties. De meeste mensen met een depressie hebben last van schuldgevoelens, waardoor de klachten vaak verergeren. Vaak komen lichamelijke klachten voor zoals vermoeidheid, gebrek aan energie, hoofdpijn of andere lichamelijke pijnklachten, waarvoor geen lichamelijke oorzaak te vinden is. Bij zeer ernstige depressies kunnen soms 'psychotische' verschijnselen optreden. Hierbij heeft de patiënt waan- denkbeelden en soms hallucinaties, meestal in de vorm van stemmen (Cuijpers, 1997). Een depressie heeft ook grote impact op familie, vrienden en anderen in de omgeving. Soms leidt een depressie tot ingrijpende praktische gevolgen, zoals niet meer in staat zijn om te werken, een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of financiële gevolgen zoals extra kosten voor bijvoorbeeld medische zorg en kinderopvang (Cuijpers, 1997). Voor depressieve patiënten bestaat een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden, door een ongezonde leefstijl, lichamelijke ziektes en suïcide.

Er zijn ook gevolgen in de zin van maatschappelijke kosten. Het brengt hoge zorgkosten met zich mee (2% van de totale kosten van de gezondheidszorg (in 2011)), verminderd functioneren op het werk en hoge kosten voor ziekteverzuim (Trimbos-Instituut, 2016).

Behandeling van een depressie

Mensen die last hebben van een depressie kunnen hiervoor onderzocht en behandeld worden bij het UCP, wanneer ze na een eerdere behandeling elders niet of onvoldoende zijn hersteld (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) C, 2018). Dit kan op eigen initiatief, maar altijd met een verwijzing van de huisarts of een psychiater.

Binnen het UCP wordt een compleet zorgprogramma aangeboden voor mensen met een depressie, waarbij verschillende combinaties van therapieën mogelijk zijn met diversiteit in intensiviteit van behandeling (polikliniek, deeltijdbehandeling, opname) (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), 2018). De verschillende therapie-onderdelen staan vermeld in bijlage 2.

1.5 4-daagse deeltijdbehandeling depressie binnen het UCP

De polikliniek depressie biedt volwassenen tussen 18 en 65 jaar met een matig ernstige depressie (IDS-SR 30<>39) de mogelijkheid een 4-daagse deeltijdbehandeling te volgen (Haarman, Oziël, van der Meer, & Maat, 2016). Gedurende 16 weken komen de patiënten van maandag tot en met donderdag op de polikliniek voor diverse therapieën.

In het kort komt het erop neer dat de behandeling zich richt op het doorbreken van de negatieve vicieuze cirkel waarin depressieve patiënten zich bevinden. Hierbij ligt de focus op zowel het voelen, het denken als het doen. In bijlage 2 is een uitgebreide beschrijving opgenomen met de behandelingen die gegeven worden in deze deeltijdbehandeling. In deze scriptie wordt de beeldende therapie module onderzocht op zijn 'effectiviteit'.

1.6 Beeldende therapie

Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie. Het idee hierachter is dat gedachten en gevoelens niet alleen met cognitieve gedragstherapie (CGT) behandeld kunnen worden, omdat sommige gedachten en gevoelens alleen ervaren worden in een handelingssituatie. Binnen beeldende therapie wordt aangestuurd op expressie en het onderzoeken van de eigen beleving, het eigen gedrag en de zingeving. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van werkvormen en thema's die met een ruim aanbod van creatieve materialen uitgewerkt kunnen worden. Patiënten worden bij iedere sessie uitgenodigd stil te staan bij hun eigen denken, voelen en handelen. Eigen patronen worden indirect, op 'veilige afstand', via het werken met de materialen, inzichtelijk gemaakt. Met hulp van de beeldend therapeut leert de patiënt de eigen patronen te herkennen en krijgt hij gedragsalternatieven aangeboden. Er kan geoefend worden met dit nieuwe gedrag, waardoor het meer eigen wordt gemaakt. Na verloop van tijd kan het gegeneraliseerd worden naar het dagelijks leven van de patiënt. De beeldend therapeut richt zich op de problematiek zoals die naar voren komt in bijvoorbeeld het maken van eigen keuzes, ruimte innemen, controle loslaten of juist pakken, materiaalkeuze, materiaalvoorkeur of -afkeur, de omgang met het materiaal, de manier van werken (vormgeving en ruimte), thematiek en onderwerpen die de voorkeur hebben of juist niet en de manier van omgaan met de zichzelf, de groepsleden en de therapeut (relatie) (Schweizer & et al, 2009).

Binnen beeldende therapie is ruimte voor beleven, experimenteren, uiten, verwerken en het reflecteren op eigen houding en gedrag richting de patiënt zelf, het materiaal, de groepsgenoten en de therapeut. Er kan symbolisch, ervaringsgericht en gedragsmatig gewerkt worden.

Het bespreken van ervaringen binnen het werken en het bespreken van het werkstuk met groepsgenoten is een belangrijk onderdeel van beeldende therapie. Hierdoor worden mensen gestimuleerd te verbaliseren wat ze voelen, waardoor ze weer meer grip kunnen krijgen op hun gevoel (Zwitsers, 2018).

De (toegevoegde) waarde van beeldende therapie bij depressie is volgens Smeijsters ((2002) in Beeldende therapie Universitair Centrum Psychiatrie, 2017) als volgt:

- handelingsgericht: de vicieuze cirkel van passiviteit wordt doorbroken door actief handelen, dit leidt tot plezierige ervaringen en/of succeservaringen en versterkt de intrinsieke motivatie om te handelen door het onmiddellijke effect van de handeling.
- Interactioneel: starre interactiepatronen die de depressie in stand houden worden veranderd door te oefenen met nieuwe interactiepatronen.
- Lichaamsgericht: de inzet van het lichaam maakt dat fysieke patronen die de depressie in stand houden, worden doorbroken. Dit kan bijvoorbeeld door staand te

schilderen, met grote of juist kleine bewegingen te werken en door het experimenteren met nieuwe manieren van bewegen.

- Gevoelens krijgen een expliciete vorm: gevoelens worden tot expressie gebracht in plaats van naar binnen gekeerd, hetgeen vaak gebeurt bij depressie. Hierdoor worden innerlijke ervaringen zichtbaar en bekrachtigd, waardoor het zelfbeeld verstevigd wordt.

1.7 Module beeldende therapie binnen de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie

Het behandelprotocol beeldende therapie binnen de deeltijdbehandeling depressie gaat uit van het analoge procesmodel. Hierbij wordt uitgegaan van de analogie (overeenkomst) tussen het psychische proces en de wijze waarop de patiënt zich beeldend uit (Smeijsters, 2014). Dit vertoont parallellen aan het handelen in het dagelijks leven.

De werkwijze van de beeldend therapeut binnen deze module is eclectisch en afgestemd op de fase waarin een patiënt zich bevindt en op hetgeen de patiënt nodig heeft. Dit betekent dat de therapeut over het algemeen directief is, vaak supportief, maar ook meer confronterend en inzichtgevend of juist meer structurerend en stabiliserend (Zwitser, 2018). Er wordt aangesloten op de cognitieve gedragstherapie en de RET (zie bijlage 2). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van mindfulness, een manier van oefenen met achtzaamheid ontstaan door een samenwerking tussen cognitieve psychologie en boeddhisme (Rigter, 2014).

De therapeut is geschoold in het werken met 'Expressive Therapies Continuum' (ETC), een theoretisch model met betrekking tot beeldende therapie van de Amerikaanse gedragspsychologe en beeldend therapeute Lisa Hinz (2009). Aan de hand van het ETC kan onderzocht worden in hoeverre een patiënt meer rationeel en/of vanuit emotie informatie verwerkt en op welk niveau deze handelingen plaatsvinden binnen het beeldend werken. Daarnaast maakt de therapeut gebruik van Mentalization Based Treatment (MBT) van Verfaillie (2011). Met MBT worden patiënten door de mentalisatie bevorderende houding van de therapeut geholpen hun emotionele betrokkenheid te intensiveren en te vergroten (Verfaillie, M., Smet, G., & van der Ende, W., 2011).

De hulpvraag van de patiënt wordt vertaald in behandeldoelen voor beeldende therapie, waarbij naast de algemene doelen bij depressie, persoonlijke leerdoelen nagestreefd kunnen worden, voor zover ze samenhangen met de depressie. Voorbeelden hiervan zijn: loslaten van controle, in contact komen met eigen behoeftes, stilstaan bij eigen gevoelens, zelfwaardering, ruimte voor plezierbeleving, ruimte geven aan emoties en emoties kunnen begrenzen. Ook wordt rekening gehouden met omstandigheden van de patiënt tijdens iedere therapiesessie, die invloed kunnen hebben op de behandeling.

Bij deze behandelmodule wordt veel nadruk gelegd op het stilstaan bij de eigen beleving tijdens het werken met de materialen ('hoe voelt het wat ik doe?') en het komen tot een positieve beleving door te onderzoeken wat daarvoor nodig is. De patiënt werkt grotendeels zelfstandig aan zijn doelen en krijgt individuele opdrachten. Per 16 weken komen minimaal eenmaal een groepsopdracht en een samenwerkingsopdracht aan bod. Daarnaast wordt aan het begin en aan het eind van de behandeling een sociogram gemaakt tijdens een individuele sessie, met als doel dat de patiënt zicht krijgt op het eigen sociaal netwerk en de beleving daarvan, zicht krijgt op het zelfbeeld en in contact komt met wensen en verwachtingen voor de toekomst. Een groepstherapiesessie duurt 1 uur en 45 minuten. Er zijn wekelijks twee groepen van zes tot acht patiënten. Een uitgebreidere beschrijving van de behandelmodule en een overzicht van de verschillende werkvormen en te behalen eindtermen is opgenomen in bijlage 4.

1.8 Centrale vraagstelling bij dit onderzoek

Bovengenoemde aanleiding en theoretische onderbouwing leiden tot de volgende centrale vraag:

In hoeverre draagt de module beeldende therapie bij aan de vermindering van depressieve klachten en het behalen van persoonlijke leerdoelen op dit vlak bij een volwassene in de Deeltijdbehandeling Depressie van het UCP?

Om antwoord te krijgen op deze vraag wordt gebruik gemaakt van de volgende deelvragen:

1. In welke mate zijn depressieve symptomen bij de patiënt afgenomen door de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie?
2. Op welke wijze draagt beeldende therapie bij aan de vermindering van depressieve klachten en bij het behalen van de persoonlijke leerdoelen op dit vlak?
3. Hoe uit de vermindering van depressieve klachten zich in het beeldend werk?

Hoofdstuk 2 Methode

Dit onderzoek richt zich op één patiënt (N=1) en wordt ondersteund door 'het systeem' van de patiënt. Dit zijn mensen uit het formele (professionals) en informele netwerk (familie, vrienden, burens). Door het gebruikmaken van de observaties van (gedrags-)veranderingen van naasten en/of behandelaars van een patiënt, kan betrouwbaarder gesteld worden of een verandering daadwerkelijk aanwezig is. Zoals het systeem te maken heeft met de gevolgen van de depressie, zou het systeem mogelijk ook veranderingen bij de patiënt kunnen opmerken die door de behandeling worden bewerkstelligd.

Voorwaarden voor een N=1 onderzoek zijn:

- De inclusiecriteria bij wie een N=1 kan worden afgenomen, dienen controleerbaar/transparant te zijn.
- De te onderzoeken behandelmethode/-module moet beschreven zijn.
- De methode moet herhaalbaar zijn voor de stapeling.
- De structuur moet helder zijn.
- Er moet sprake zijn van triangulatie, oftewel het gebruik maken van meerdere meetinstrumenten en/of bronnen om iets te onderzoeken, waardoor sprake is van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Hiermee wordt de geldigheid van onderzoeksresultaten verhoogd (Verhoeven, 2014).

2.1 Onderzoekspopulatie

De inclusiecriteria waaraan een patiënt dient te voldoen in de onderzoekslijn van het UCP zijn:

- Volwassen man of vrouw met een leeftijd tussen 18 en 65 jaar en
- Gediagnosticeerd met een depressieve stemmingsstoornis (IDS-SR 30<>39) en
- Doorverwezen naar en geïndiceerd voor de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie en
- De persoonlijke leerdoelen zijn besproken bij de intake van de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie.

De patiënt mag medicatie gebruiken tijdens het onderzoek en hoeft geen creatieve vaardigheden of affiniteit te hebben met beeldend werken om deel te nemen.

Daarnaast dient de betreffende patiënt toestemming te geven voor gebruikmaking van de gegevens die worden verzameld bij hemzelf, zijn netwerkleden, de behandelaren en het digitale patiëntendossier.

De patiënt die in deze N=1 studie meewerkt, voldoet aan bovenstaande criteria.

Het betreft een 42-jarige man met een matig ernstige depressie (IDS-SR score bij intake 33). Hij is doorverwezen naar de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie van het UCP. Zijn depressieve klachten zijn ontstaan in 2016 en voordat hij bij het UCP kwam, heeft hij twee eerdere behandelingen gehad voor zijn depressieve klachten. Bij de laatste behandeling werd ook beeldende therapie gegeven. Hij maakt gebruik van antidepressiva. Zijn doelen binnen de behandeling zijn herstel van de depressie en goed functioneren. Subdoelen hierbij zijn: gezonde activatie, defusie van rumineren en negatieve emoties (MetaCT), positiever/rationeler denken (RET), verbeteren/herstel sociaal functioneren (IPT), een minder kritisch, positiever en vooral steviger zelfbeeld en herstel van talenten en mogelijkheden.

De behandeling heeft plaatsgevonden in de periode 16 juli 2018 t/m 1 november 2018.

Het systeem dat medewerking verleent aan dit onderzoek bestaat uit twee personen uit het informele en drie personen uit het formele netwerk. De informele netwerkleden zijn een man en een vrouw uit de vriendenkring van de patiënt met wie hij regelmatig contact heeft. Het formele netwerk bestaat uit de psycholoog, een verpleegkundige en de beeldend therapeut van de afdeling. Allen hebben toestemming gegeven voor het verwerken van de door hun verstrekte informatie.

2.2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit een kennismakingsgesprek, het invullen van vragenlijsten (kwantitatief) en interviews (kwalitatief). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van gegevens uit het patiëntendossier, waaronder de ingevulde IDS-SR vragenlijsten vanuit de ROM. De specifiek voor dit onderzoek gebruikte vragenlijsten worden via mail gestuurd, zowel naar de patiënt als naar de netwerkleden. Het kennismakingsgesprek en de interviews met patiënt en beeldend therapeut vinden plaats binnen het UCP tijdens behandeldagen. De onderzoeksperiode is gelijk aan de duur van de behandeling, te weten 16 weken. De volgende vragenlijsten worden afgenomen (zie §2.4 voor de gebruikte meetinstrumenten):

Wekelijks invullen van IDS-SR door patiënt

Zowel bij de intake als bij de start met de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie wordt de patiënt gevraagd een vragenlijst betreffende depressieve symptomen (IDS-SR) in te vullen (week -4 (intake is 4 weken van tevoren) respectievelijk week 1). Vervolgens wordt de IDS-vragenlijst wekelijks ingevuld door de patiënt gedurende 16 weken. Deze vragenlijst is 'standaard onderdeel' van de behandeling en levert relevante informatie voor dit onderzoek.

Beeldende therapie vragenlijst (BTV)

In het begin van week 4, 8, 12 en 16 krijgt de patiënt een beeldende therapie vragenlijst (BTV). Hierin worden vragen gesteld over zijn ervaringen bij en mening over de beeldende therapiesessies. Ook worden vragen gesteld over de mate waarin beeldende therapie invloed heeft op de verandering van zijn depressieve symptomen (maximaal 10 minuten invultijd).

Invullen van IDS-C door systeem

Op dezelfde vier meetmomenten wordt aan de leden van het informele en formele netwerk gevraagd om de IDS-C vragenlijst in te vullen (maximaal 10 minuten per keer).

Interview met patiënt

Aan de hand van de antwoorden die op de beeldende therapie vragenlijst (BTV) worden gegeven, wordt een interview gehouden met de patiënt, waarmee dieper op de materie ingegaan wordt. Deze interviews vinden plaats kort na het invullen van de BTV, te weten in week 4, 8, 12 en 16 en duren maximaal een uur.

Interview met beeldend therapeut

De beeldend therapeut wordt vier keer, iedere keer na invullen van de IDS-C, geïnterviewd over de patiënt. Vanwege vakantie wordt het interview van week 8 verplaatst naar week 9. Duur van het interview is een half uur.

Eindevaluatie

Als laatste wordt gebruik gemaakt van de eindevaluatie, zoals deze door de patiënt wordt ingevuld aan het eind van de deeltijdbehandeling (week 16).

2.3 Operationalisatie

Voor deelvraag 1 wordt gebruik gemaakt van de IDS-SR en IDS-C vragenlijsten. Deze lijsten meten depressieve symptomen, zoals gerapporteerd door de patiënt en zoals geobserveerd door de netwerkleden. Deze lijsten worden (vier-)wekelijks kwantitatief gescoord, waardoor het verloop gedurende de behandeling zichtbaar wordt. Hierbij worden de scores van de patiënt vergeleken met de scores zoals deze zijn ingevuld door het netwerk.

Voor het meten van de bijdrage van beeldende therapie aan de vermindering van depressieve symptomen (deelvraag 2) wordt gebruik gemaakt van de beeldende therapie vragenlijst (BTV), interviews met de patiënt en de beeldend therapeut en de eindevaluatie. Ook wordt onderzocht in hoeverre beeldende therapie bijdraagt aan het behalen van persoonlijke leerdoelen.

Voor de wijze waarop veranderingen in depressieve symptomen en/of leerdoelen zichtbaar worden in het beeldend werken, deelvraag 3, wordt gebruik gemaakt van de interviews met de patiënt en de beeldend therapeut en de eindevaluatie. Daarnaast wordt de beantwoording extra onderbouwd aan de hand van foto's van de door de patiënt gemaakte werkvormen.

2.4 Meetinstrumenten

2.4.1 Inventory of Depressive Symptomatology Self Rating: IDS-SR en IDS-C (Clinician)

Voor het meten van de depressieve symptomen en de ernst daarvan wordt binnen het UCP onder andere gebruik gemaakt van de Inventory of Depressive Symptomatology: IDS-SR (Rush, A.J., Nederlandse vertaling: Altrecht GGZ. Copyright ©, 1995/2005). Hiermee is het mogelijk om de voortgang van behandelingen te monitoren, deze met de patiënt te evalueren en de behandeling zo nodig bij te stellen. In de IDS worden alle negen DSM-symptoomdomeinen van een depressieve stoornis gemeten. Daarnaast zijn ook vragen over melancholische en atypische symptomen en vaak met depressie geassocieerde symptomen zoals angst en pijn opgenomen en geoperationaliseerd (Rush e.a. in Meesters, Duijzer, Nolen, Schoevers, & Ruhé, 2016).

Er zijn twee versies van de IDS, een zelfbeoordelvragenlijst (IDS-SR), welke door de patiënt wordt ingevuld en een gestandaardiseerd en gestructureerd interview welke door de behandelaar wordt afgenomen, een observatieversie (IDS-C). De structuur van beide vragenlijsten is hetzelfde. In de vragenlijst wordt de respondent gevraagd aan de hand van 30 items aan te geven hoe hij zich de afgelopen zeven dagen heeft gevoeld. Hierbij kan per vraag worden gescoord op een schaal van 0-3, waarbij de ernst en frequentie per symptoom duidelijk wordt. Rush e.a. (1996) hebben de vragen dusdanig opgesteld dat drie factoren onderscheiden kunnen worden: Cognitief/stemming, angst/arousal en regulatie van slapen en eetlust (Meesters, Duijzer, Nolen, Schoevers, & Ruhé, 2016).

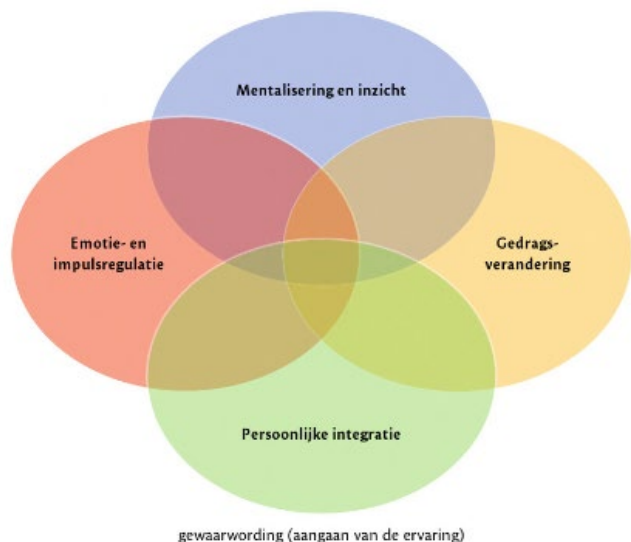
De te behalen scores liggen tussen 0 en 84. Bij een score groter dan 39 is sprake van een ernstige depressie. Een score tussen de 30 en 39 wordt aangeduid als een matig ernstige depressie (Haarman, Oziël, van der Meer, & Maat, 2016). Beide vragenlijsten zijn opgenomen in de bijlage.

2.4.2 Beeldende therapie vragenlijst: BTV

De beeldende therapie vragenlijst (BTV) is ontleend aan het boek *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie* van Suzanne Haeyen (2011). Hierin wordt een beeldende therapievragenlijst, de BTV-PS b/c, geïntroduceerd, die in haar onderzoek werd ontwikkeld om de effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek cluster B/C te onderzoeken. Met deze vragenlijst zijn zowel de resultaten als de waardering voor beeldende therapie te monitoren. In het boek is onderbouwd dat de BTV-PS b/c (Haeyen, 2011) een betrouwbaar en adequaat onderzoeksinstrument blijkt te zijn. Met een beschrijving van de wijze van afnemen van de vragenlijst en de scoringsmethode, worden anderen uitgenodigd deze vragenlijst ook te gebruiken.

De vragenlijst is ontwikkeld voor de doelgroep, patiënten met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C. De vragen zijn echter allemaal gericht op de patiënt en diens ervaring en beleving bij de beeldende therapie en niet zozeer 'stoornisgericht' beschreven. Grondige beoordeling en overleg hebben ertoe geleid deze vragenlijst niet aan te passen en in zijn geheel te laten vullen door de patiënt (53 vragen), omdat hiermee een breed beeld verkregen kan worden van de ervaringen van de patiënt. Zoals in hoofdstuk 3 Resultaten naar voren komt, wordt de analyse van deze vragenlijst in drie delen gedaan.

Ook wordt een onderverdeling gemaakt naar zeven kerncategorieën, waarvan vijf te zien zijn in Figuur 1. Gewaarwording wordt gezien als de meest basale kerncategorie van de effecten van beeldende therapie en ligt daarmee ten grondslag aan de vier getoonde effecten: persoonlijke integratie, emotie- en impulsregulatie, mentalisering en inzicht- en gedragsverandering. Daarnaast zijn vragen gesteld vallend onder condities en BT-kenmerken, de andere twee kerncategorieën. In hoofdstuk 4 Analyse worden de genoemde categorieën nader toegelicht.



Figuur 1 Kerncategorieën van effecten in een samenhangend model (Haeyen, 2011)

2.4.3 Interview met patiënt

Daar waar de patiënt in de beeldende therapie vragenlijst (BTV) aangeeft dat beeldende therapie heeft bijgedragen aan bepaalde doelen en/of inzichten, is dat aanleiding om in een interview door te vragen op de wijze waarop deze verandering tot stand is gekomen. Ook worden in het interview verdiepende vragen gesteld over het proces en de werkstukken van de beeldende therapiesessies. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij de persoonlijke leerdoelen, zoals deze bij de intake en in de observatieperiode zijn vastgesteld. Dit onderdeel is kwalitatief van aard; het verzamelen van gegevens is open en flexibel en er kan worden ingesprongen op onverwachte situaties (Verhoeven, 2014). Aan het eind van ieder interview wordt de patiënt gevraagd om aanvullend twee korte vragenlijsten in te vullen. De eerste bevat 16 stellingen over het materiaal, de opdrachten, het resultaat en de effecten van de beeldende therapiesessies (VME). Deze vragenlijst is ontleend aan *Vaktherapie in Noord Nederland* (Aerts, L.C., Busschbach, J.T. van, & Wiersma, D., 2011), waarin een studie is opgenomen naar de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid

van patiënten die vaktherapie hebben gehad binnen de GGZ in de drie noordelijke provincies. De daarin gehanteerde vragenlijst bevat 19 vragen. Omdat drie hiervan in voldoende mate terugkomen in de BTV, zijn deze hier achterwege gelaten. De andere vragenlijst bevat 20 vragen over het ervaren effect van beeldende therapie op de depressieve symptomen, zoals deze in de IDS worden uitgevraagd (BT-IDSV). Hierbij zijn verschillende vragen (met betrekking tot slapen, eetlust en gewicht) samengevoegd. Het doel van deze extra vragenlijsten is het verkrijgen van extra input en vergelijkingsmateriaal, alsmede een rechtstreekse link naar de veranderingen volgens de IDS.

2.4.4 Interview met beeldend therapeut

De beeldend therapeut wordt gedurende het onderzoek vier keer geïnterviewd, iedere keer na invullen van de IDS-C. Hierbij worden vragen gesteld over materiaalkeuze, materiaalvoorkeur en -afkeur, de materiaalhantering, de manier waarop de patiënt tot vormgeving komt en gebruik maakt van ruimte, thematieken en (voorkeurs-)onderwerpen en de manier waarop de patiënt contact maakt met de groepsleden en de therapeut. Ook wordt gevraagd naar bijzonderheden tijdens de therapiesessies en of en zo ja, waarom, er is afgeweken van het werkvoornemen uit de module. Daarnaast vult de beeldend therapeut haar observaties van de patiënt in met behulp van een korte vragenlijst met betrekking tot de doelen (BTV vraag 41 t/m 53) en de BT-IDSV. Hiermee wordt inzicht verkregen in de mate van gewaarwording door de patiënt in de ogen van de beeldend therapeut en haar observaties van het effect van beeldende therapie op zijn depressieve klachten.

2.4.5 Eindevaluatie

Na afloop van de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie (week 16) wordt door de patiënt een eindevaluatie ingevuld. Deze bevat vragen over de totale behandeling en over de afzonderlijke therapieën. Hierbij kan de patiënt per therapie een cijfer en feedback geven. Voor dit onderzoek wordt slechts gebruik gemaakt van hetgeen over beeldende therapie is ingevuld, de andere therapieën worden buiten beschouwing gelaten. Het eindevaluatieformulier is opgenomen als bijlage 10.

2.5 Analyse

Voor deelvraag 1 wordt gebruik gemaakt van grafieken (visuele inspectie), Test for Level change, de Non-overlap of All Pairs (NAP), de Cohen's d en de Gower Legendre Index (GLI).

Visuele inspectie

In een grafiek is het totale verloop van de aanwezigheid van depressieve klachten in een oogopslag zichtbaar, ook voor iemand die minder verstand heeft van statistische resultaten.

Test for Level change: is sprake van samenhang en consistentie?

Via het Simulation Modeling Analysis programma (Borckardt, 2006) worden de correlatie en de p-waarde berekend van de IDS-uitkomsten. De correlatie (r) geeft de mate van samenhang aan tussen de uitkomsten van de IDS van zowel voor als tijdens de behandeling weer en is een getal tussen -1 en 1. Een r-waarde dicht bij 1 of -1 (en verder af van 0) betekent een grotere samenhang. Met de p-waarde (probability) wordt berekend hoe uitzonderlijk (niet gebaseerd op toeval) en hoe betrouwbaar (consistent) het resultaat is. De p-waarde wordt statistisch significant gezien als $p < 0,05$. Deze norm geeft aan dat met 95% zekerheid gesteld kan worden dat het resultaat, in dit geval verandering in aanwezigheid van depressieve symptomen, veroorzaakt is door het volgen van de behandeling. Hoe kleiner de waarde, hoe uitzonderlijker en betrouwbaarder het resultaat (Maharishi Institute of Vedic Science VZW, 2018).

NAP-score: is sprake van vooruitgang?

NAP staat voor Non-overlap of All Pairs (Parker & Vannest, 2009 in Stenden Hogeschool, School Social Work & Art Therapies, 2017). Met de NAP-score wordt beoordeeld of sprake is van een afname van depressieve symptomen. Hierbij kunnen alle antwoorden als totaal op verschillende meetmomenten worden vergeleken, maar ook de antwoorden op iedere afzonderlijke vraag. De uitkomst van de NAP-score is significant (betekenisvol) als de score groter of gelijk is aan 0,65.

Cohen's d: hoe sterk is de vooruitgang?

Hoe hoger de NAP, hoe waarschijnlijker het is dat er daadwerkelijk vooruitgang is. De NAP zegt echter niets over de mate van verandering. Hiervoor wordt de Cohen's d gebruikt. Met de Cohen's d wordt het verschil in gemiddelde score tussen twee meetmomenten berekend. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de spreiding in de antwoorden die mensen hebben gegeven. Hoe hoger de Cohen's d (0,01-0,50 klein effect, vanaf 0,80 groot effect), hoe sterker het effect.

Gower Legendre Index: is er overeenstemming?

Met de GLI wordt berekend of de verschillende observatoren de vragen min of meer op dezelfde manier hebben beoordeeld, oftewel is er overeenstemming in de beoordeling van het gedrag van de patiënt? Wanneer er sterke overeenstemming is, wordt het waarschijnlijker dat het gedrag juist wordt weergegeven en kunnen de uitkomsten als betrouwbaar(-der) worden aangemerkt. De GLI wordt uitgedrukt in een getal tussen 0 en 1, waarbij een $GLI > 0,7$ wordt gezien als sterke overeenstemming.

Voor deelvraag 2 wordt een aantal grafieken en tabellen gegenereerd uit de ingevulde vragenlijsten. Er vindt een kwalitatieve analyse plaats van geschreven tekst uit de BTV en de korte vragenlijsten en gesproken tekst uit de interviews. Er wordt tekstueel beschreven welke betekenis wordt gegeven aan de werking van beeldende therapie voor de patiënt en op welke manier dat tot uiting komt.

Voor de beantwoording van deelvraag 3 wordt een samenvatting gemaakt van de gesproken tekst uit de interviews met patiënt en therapeut. Dit wordt extra onderbouwd door toevoeging van foto's van de beeldende werkstukken van de patiënt.

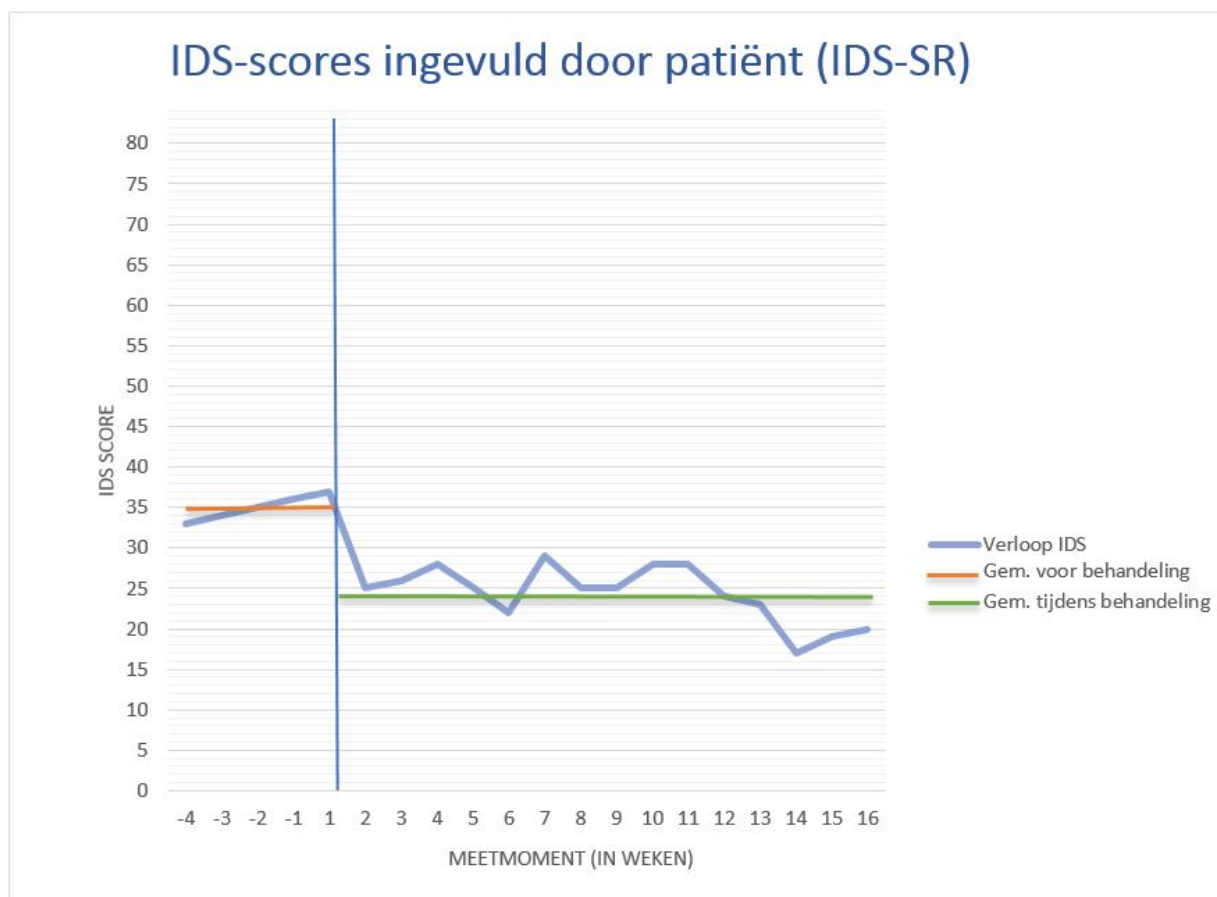
Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden per deelvraag de resultaten weergegeven.

3.1 Uitkomsten bij deelvraag 1

In welke mate zijn de depressieve symptomen bij de patiënt afgenomen door de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie?

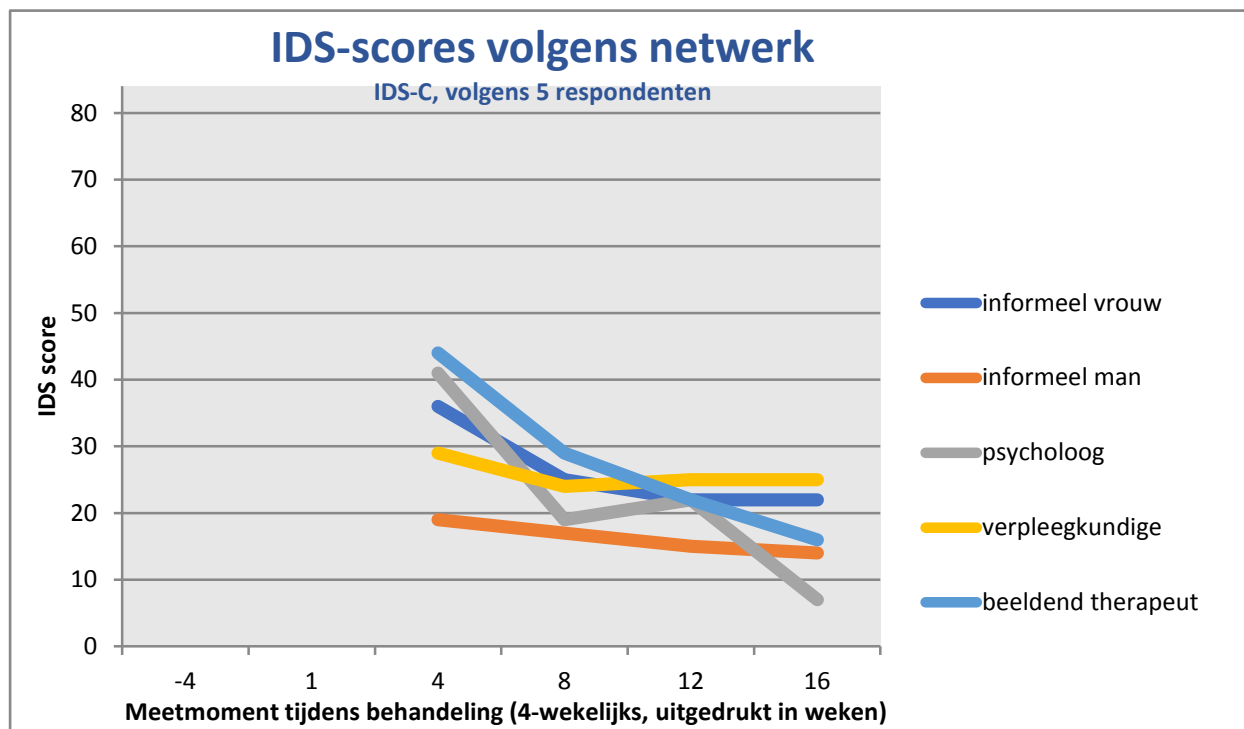
In onderstaande grafiek is het verloop van de IDS-scores te zien, zoals de patiënt zijn depressieve klachten via zelfrapportage heeft aangegeven.



Figuur 2 IDS-scores volgens zelfrapportage

Visuele inspectie van Figuur 2 laat zien dat de depressieve klachten van de patiënt geleidelijk afgenomen zijn gedurende het volgen van de behandeling. De gemiddelde IDS-score voor de start van de behandeling (bij intake IDS=33 en start IDS=37) is 35. Tijdens de behandeling scoort de IDS-SR tussen de 29 en 17 met een gemiddelde van 24,3. Deze daling is significant ($r=-0,84$; $p=0,003$). Dit betekent dat een duidelijke samenhang is te zien tussen de IDS-waarden van voor de start van de behandeling en de waarden tijdens de behandeling.

Is sprake van een vooruitgang, oftewel een (significante) afname van de depressieve klachten volgens de netwerkleden?



Figuur 3 IDS-scores volgens systeem

De netwerkleden hebben na 4, respectievelijk 8, 12 en 16 weken behandeling de IDS-C vragenlijst ingevuld. In Figuur 3 is te zien dat ook de netwerkleden een daling van depressieve klachten zien gedurende de behandeling. De Gower Legendre Index (GLI) van de totaalscores is op alle vier meetmomenten $GLI > 0,7$, respectievelijk $GLI1=0,888$, $GLI2=0,955$, $GLI3=0,962$ en $GLI4=0,929$. Dit betekent dat tussen respondenten een (zeer) sterke overeenstemming is in de beoordeling van de mate van depressieve klachten van de patiënt, zowel tussen de netwerkleden onderling, als tussen de netwerkleden en de patiënt.

Depressieve klachten die het 'hoogst' zijn gescoord aan het begin van de behandeling zijn **kwaliteit van de stemming, zelfbeeld** en **interpersoonlijke gevoeligheid**. Ook klachten op het gebied van **toekomstverwachting, energie/vermoeibaarheid, lichamelijke klachten** en **zwaar gevoel/lichamelijke energie** waren in grote mate aanwezig. Deze symptomen zijn aan het eind van de behandeling sterk afgenomen.

In Tabel 1 zijn de NAP-scores van de netwerkleden opgenomen van de vier meetmomenten tijdens de behandeling. Hierbij worden steeds twee meetmomenten met elkaar vergeleken. Meetmoment 1 (na 4 weken behandeling) met meetmoment 2 (na 8 weken behandeling), meetmoment 1 met 3 enz.

In de tabel is te zien dat op basis van de totale IDS-scores de veranderingen tussen de verschillende meetmomenten significant zijn bij 5 van de 6 berekeningen ($NAP > 0,65$). Deze zijn in de tabel met groen aangegeven.

Hoe sterk is de afname van depressieve klachten?

Op basis van de totaalscores kan gezegd worden dat een grote afname (donkergroen) van depressieve klachten heeft plaatsgevonden ($d = > 1,20$).

Tabel 1 Vergelijking tussen de meetmomenten aan de hand van de NAP-score en Cohen's d van de IDS-scores (totaal) van het systeem

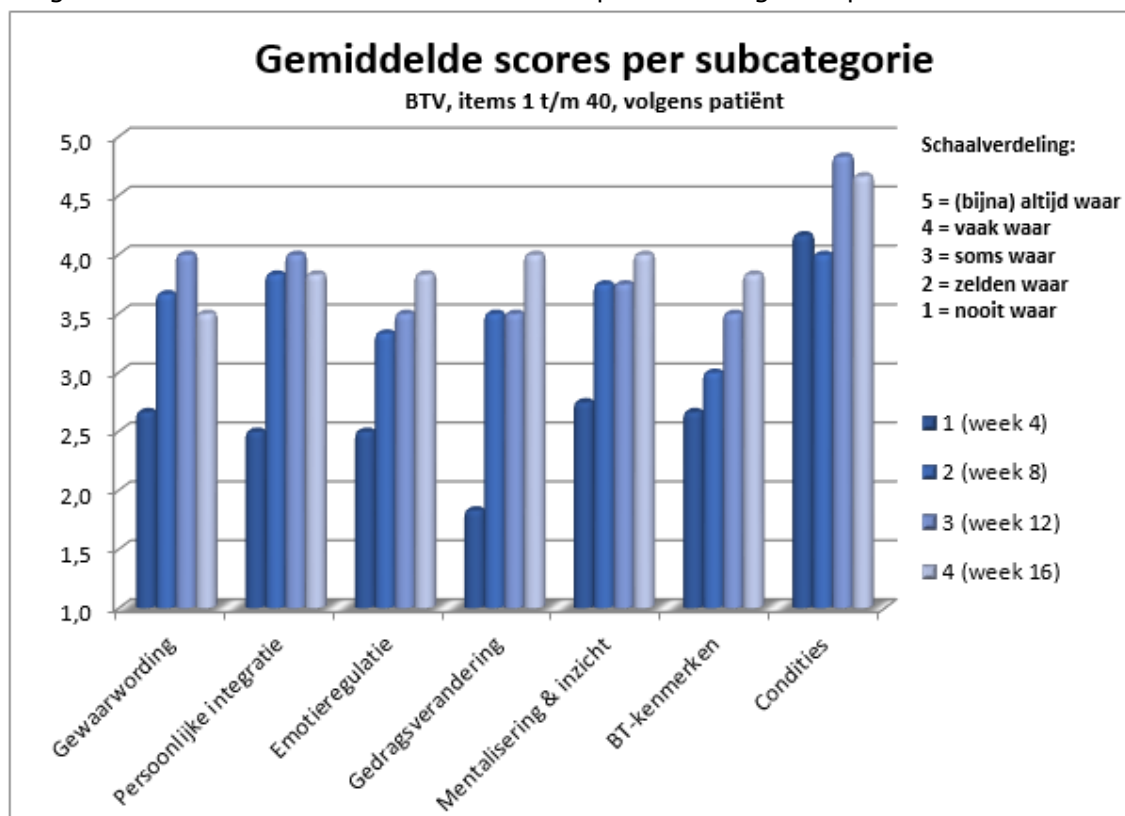
Meet moment	1 (week 4)		2 (week 8)		3 (week 12)		4 (week 16)	
	Gem.= 33,8 <i>sd</i> = 10,04		Gem.= 22,8 <i>sd</i> = 4,82		Gem.= 21,2 <i>sd</i> = 3,70		Gem.= 16,8 <i>sd</i> = 7,05	
	NAP	Cohen's d	NAP	Cohen's d	NAP	Cohen's d	NAP	Cohen's d
1 week 4								
2 week 8	0,84	1,40						
3 week 12	0,84	1,67	0,62	0,37				
4 week 16	0,92	1,96	0,78	0,99	0,68	0,78		

3.2 Uitkomsten bij deelvraag 2

Op welke wijze draagt beeldende therapie bij aan de vermindering van depressieve klachten en bij het behalen van de persoonlijke leerdoelen op dit vlak?

3.2.1 Uitkomsten BTV

De eerste 40 vragen van de BTV zijn onder te verdelen in subcategorieën. In Figuur 4 zijn de gemiddelden te zien van de antwoorden per subcategorie op de vier meetmomenten.

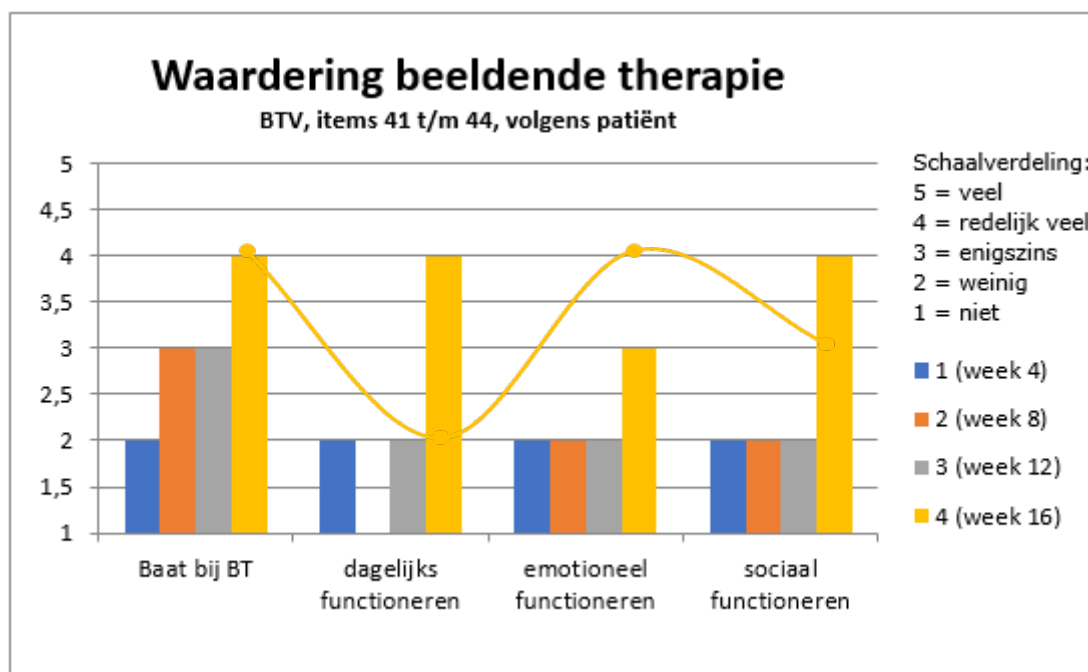


Figuur 4 BTV subcategorieën, meetmoment 1 t/m 4

Op de gebieden **BT-kenmerken** en **condities** is geen significante verandering te zien. Deze categorieën omvatten de voorwaarden om tot beeldend werken te komen. De vijf andere subcategorieën laten een significante vooruitgang zien tussen het eerste en het laatste meetmoment ($NAP > 0,65$).

Er is sprake van een sterke verbetering op het gebied van **emotieregulatie** ($d=1,04$) en **mentaliserend & inzicht** ($d=1,18$) en een zeer sterke verbetering van **persoonlijke integratie** ($d = 1,46$) en **gedragsverandering** ($d=1,25$). Dit resulteert in een verbetering van **gewaarwording** ($d=0,64$). Een nadere toelichting hierop is te vinden in hoofdstuk 4, de tabel met data is te vinden in bijlage 13.

Bij de vragen 41 t/m 44 heeft de patiënt aangegeven in welke mate hij baat heeft gehad bij beeldende therapie en in hoeverre hij dat merkt in zijn functioneren.



Figuur 5 Waardering en profijt van beeldende therapie

In Figuur 5 is te zien dat de patiënt gedurende de eerste 12 weken weinig tot enigszins baat heeft bij beeldende therapie en dat hij weinig verandering merkt in zijn functioneren. Aan het eind van de behandeling verandert dit naar enigszins en redelijk veel.

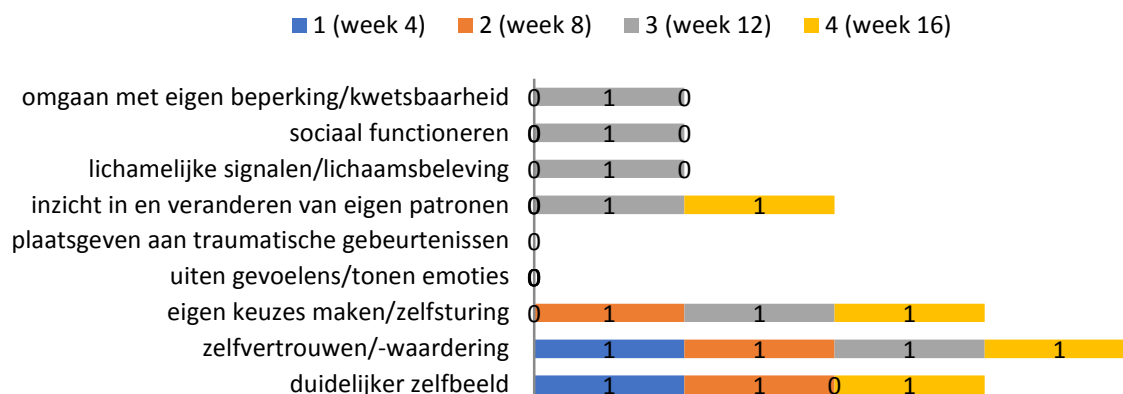
Op de vraag hoe, gaf hij aan:

‘Ik kan me vrijer bewegen, neem makkelijker initiatief, ben minder bedachtzaam. In mijn kledingkeuze ben ik bijvoorbeeld ook makkelijker geworden. Ik zou voorheen nooit in een korte broek bij het UCP zijn gekomen, dat heb ik nu wel gedaan en ik heb hier zelfs op blote voeten gelopen. Het ergste dat kan gebeuren, is dat je een opmerking krijgt. Dat is niet eens gebeurd’.

De gele lijn geeft de beantwoording door de beeldend therapeut weer aan het eind van de behandeling (meetmoment 4). Uit haar observaties van het (beeldend) proces van de patiënt, krijgt de beeldend therapeut de indruk dat hij op emotioneel vlak het meeste baat heeft gehad bij beeldende therapie. Ze heeft het idee dat de zelfreflectie en het nieuw geoefende gedrag nog onvoldoende genereert naar het dagelijks leven, daarom heeft ze het dagelijks functioneren en sociaal functioneren lager gescoord. Dit is opvallend anders dan de score van de patiënt.

Geraakte doelen bij beeldende therapie

BTV, items 45 t/m 53 volgens patiënt (nee = 0, ja = 1)



Figuur 6 Behandeldoelen die volgens patiënt geraakt zijn

Met de beantwoording van de stellingen 45 t/m 53 heeft de patiënt aangegeven welke gebieden bij hem zijn geraakt door beeldende therapie, oftewel aan welke doelen hij merkbaar heeft gewerkt tijdens de sessies. Dit zegt niets over de mate waarin de doelen zijn behaald. De doelen **zelfvertrouwen/-waardering**, **eigen keuzes maken/zelfsturing** en **duidelijker zelfbeeld** heeft hij gedurende de behandeling het vaakst ervaren. Het **plaats geven aan traumatische gebeurtenissen** was volgens de patiënt niet van toepassing. Het doel **uiten van gevoelens/tonen van emoties**, welke benoemd is als persoonlijk doel van de patiënt, is volgens zijn zeggen, niet geraakt. Hierin zijn zijn antwoorden niet consistent geweest.

Volgens de beeldend therapeut zijn bij de therapiesessies meer en in grotere mate doelen geraakt, dan wat de patiënt heeft aangegeven. Zonder van zijn antwoorden op de hoogte te zijn, gaf ze hierbij aan dat ze denkt dat de patiënt zich hiervan niet bewust is en dat bepaalde zaken (nog) niet generaliseren.

3.2.2 Interviews met de patiënt

Bij ieder interview met de patiënt is de beantwoording van de BTV startpunt geweest en is op verschillende antwoorden een toelichting gevraagd. Hieronder volgt een samenvatting van hetgeen de patiënt gezegd heeft bij verschillende stellingen. De nummering verwijst naar het betreffende interview (I1, I2, I3 of I4). De uitgeschreven interviews zijn uit privacyoverwegingen niet opgenomen in dit rapport, ze liggen ter inzage bij het UCP.

Aan het eind van de behandeling geeft de patiënt aan dat hij meer in contact met zijn gevoel had willen komen via het beeldend werken. Hij heeft gemerkt dat de doe-therapieën, ook arbeidstherapie, hem meer bij zijn gevoel brengen dan de praattherapieën, dit had hij graag meer gewild.

De eerste keren is hij opgewekt bij beeldende therapie. Hierbij vraagt hij zich af of dit door de werkvormen kwam of dat hij zijn echte gevoel aan het maskeren was (I1). De emoties die hij voelt, kunnen versterkt worden. En hij komt meer uit zijn hoofd.

‘Ik ervaar op dit moment angst voor de toekomst. Dit uit zich bij BT in dat ik passiever en terughoudender word, ik trek me terug en ik heb dan geen behoefte aan contact. Ik was me er niet zo van bewust dat ik het hieraan ook kan merken’ (I3).

In de beeldende therapie kan hij zijn gevoelens verbeelden. Door vrolijke kleuren te

gebruiken, wordt hij opgewekt. Bij de groepsopdracht heeft hij een groot aandeel gehad in het geheel. Dat doet hij alleen als hij zich zeker of sterk voelt.

'Dat was blijkbaar aan de orde en dat kan je zien. Dat dat zo zichtbaar wordt.....' (I2). Door het voelen van materialen ervaar ik echt wat er op dat moment in mij gebeurt.

'Bij klei kan ik weerstand voelen. Het is stug, droogt snel en brokkelt snel. Hierdoor kan ik niet zo lang doorwerken. Bij de warming-up bijvoorbeeld met een krijtje. Dit gaat soms niet soepel, dat merk je in je lichaam dat het stug gaat. Dat bekrachtigt het gevoel dat er dan is. Soms gaat het krijtje wel heel lekker en soepel. Dat bevestigt dan mijn opgewektere gevoel. Het versterkt de emotie' (I3).

Het woorden geven aan werkstukken helpt om tot een beter begrip van zichzelf te komen. Dit gebeurt vooral bij de nabespreking. Het krijgt verdieping en de patient krijgt een bevestiging.

'Dat ik datgene wat ik het leukst vind om te doen ook het grootst heb gemaakt. En dat dat er onbewust uitkomt. Toch mooi' (I2).

'De interactie met de beeldend therapeut helpt daarbij, vult aan. Ze zet me stil, dat is positief. Door de nabespreking en het benoemen, beklijft het meer' (I3).

In het beeldend werk is de patiënt bezig geweest om zaken op een andere manier aan te pakken. Hij heeft bewust andere materialen, gereedschappen en technieken gekozen en geeft aan dat het lekker voelt om vrijer, buiten de kaders, te werken.

De patiënt kreeg de eerste acht weken onvoldoende houvast geboden om tot beeldend werken te komen. Hij houdt van concrete opdrachten en dat het ergens aan moet voldoen. Hij herkent hierin duidelijk zijn patronen. De laatste acht weken lukt dit beter.

'De beeldend therapeut zet me stil, waardoor ik afstand kan nemen. Met feedback en steun van de beeldend therapeut lukt het. Ze heeft me handvatten aangereikt om tot een andere manier van werken te komen' (I3).

In het beeldend werk komen zijn persoonlijke thema's terug: perfectionisme, confrontatie met mezelf, angst om niet te voldoen. Dit kan hij tegen het eind van de behandeling accepteren.

'Nu ik naar mijn werk kijk, zie ik weer de neiging tot het perfectionistische. Je ziet dat je het weer doet. Dat vind ik wel confronterend en tegelijk is dat gewoon wie ik ben' (I4).

De patient geeft aan dat hij bij beeldende therapie zich beter kan focussen op zichzelf en dat het veiliger voor hem voelt dan bij verbale therapie.

'Bij interpersoonlijke therapie (IPT) focus ik me juist vooral op anderen. Daar kan ik makkelijker bij mezelf weggaan. Bij beeldend werken voelt het veel oordeellozer. Bij IPT is het lastiger om me kwetsbaar op te stellen. Daar denk ik veel na. Bij beeldend werken niet. Bij beeldend mag alles, voor mijn gevoel bij IPT niet. Daar kan je op je kop krijgen' (I2).

'Met woorden kan ik verder van mezelf verwijderd blijven. Bij beeldende therapie kom je er niet onderuit' (I3).

De patient heeft inzicht in zichzelf gekregen door beeldende therapie.

'Van groot werken naar klein, zoals mijn krachtbeeld. Er zit meer creativiteit in mij dan ik dacht. Ik krijg wel wat op papier en ik durf wat neer te zetten. De gedachte 'wat vindt een ander ervan?' kan ik beter loslaten. Ik ben meer aanwezig. In de groep, maar ook in het dagelijks leven. Ik durf weer mijn kleurige overhemden aan te trekken en opvallender te zijn. Ik verstop me minder' (I4).

Door hem gemaakte werkstukken kunnen helpen om een bepaald gevoel vast te houden. Hij had bijvoorbeeld genoten van het maken van de vrije opdracht (Illustratie 16) en kreeg als feedback van een groepsgeenoot dat hij uit het 'strakke jasje/kader' ging. Hier werd hij blij van. Als hij naar het werk kijkt, kan hij dat gevoel opnieuw ervaren.

De patiënt kan het nieuwe gedrag, waarmee hij in de beeldende therapie heeft

geëxperimenteerd, buiten de therapie proberen in te zetten.

'Ik ben een controlfreak en perfectionistisch. Ik zeg tegen mezelf: laat maar los. Ik heb laatst bij een feestje mijn mond gehouden tijdens een ongemakkelijke stilte. Normaal gesproken zou ik dan zorgen dat het gesprek weer verder zou gaan of ik zou een grapje maken. Nu dacht ik: dat is niet mijn verantwoordelijkheid. Ik vond het wel heel lastig om het niet te doen' (I1).

'Bij het maken van de groepsopdracht heb ik geoefend in het innemen van ruimte en om geen commentaar te leveren, waar ik dat normaal gesproken wel zou doen. Bij mijn ouders had ik iets vergelijkbaars. Ook daar heb ik mijn mond kunnen houden en kunnen denken dat dat van hun is en niet van mij. Wel lastig. Maarja, mijn ouders veranderen niet meer' (I2).

'Ik heb minder oordelen over mezelf en over anderen'(I4).

3.2.3 Interviews met beeldend therapeut

De interviews met de beeldend therapeut hebben zich vooral gericht op de wijze waarop de patiënt met het materiaal, de opdrachten, de groepsgenoten en de therapeut is omgegaan.

Opvallend was dat de patiënt in het begin vaak meldde dat hij niks met beeldende therapie kon en dat hij het belangrijk vond om hier eerlijk over te zijn. Hij was erg bezig met wat anderen van hem vonden en hij kon de zaken die gezegd werden niet goed plaatsen. Halverwege de behandeling zegt hij dit soort zaken minder vaak. Hij geeft aan dat hij de 'doe-therapieën' fijner vindt dan 'praat-therapieën'. Ook zegt hij dat hij het lastig vindt om de behandeling en wat hij binnen het UCP doet, samen te voegen met zijn 'normale wereld'. Na 12 weken behandeling blijft hij voor het behandelteam wat moeilijk om contact mee te krijgen en is nog niet in remissie gekomen met nog maar vier weken te gaan. Hierdoor is de therapeut vooral gericht op hem in de beleving te laten blijven en te laten stilstaan bij 'wat voel ik?'

Doelen die door de patiënt zelf benoemd zijn tijdens de therapiesessies, zijn **Minder conform verwachting van anderen handelen, Minder in het hoofd, Ontspanning, Vrijer worden, Plezier ervaren** en **Contact maken met het gevoel**.

De vooraf benoemde doelen **exploreren van gevoelens, plezier mogen maken in het hier en nu, minder kritisch zijn, minder denken en meer beleven** zijn volgens de therapeut behaald. **Het laten zien wat er werkelijk speelt met minder façade** is twijfelachtig of het gelukt is, hij lijkt dingen nog steeds te doen 'omdat de juf het zegt'. **Het onderzoeken van 'Wie ben ik?' en bij zijn kern komen**, is deels gelukt. Hij heeft vooral ontdekt wie hij niet is. Aan het doel **meer nee-zeggen, meer voor zichzelf opkomen**, is niet actief gewerkt bij beeldende therapie.

De beeldend therapeut heeft tijdens de behandeling bepaalde werkvormen eerder aangeboden dan dat ze op de planning stonden, omdat de thema's op dat moment actueel waren en van belang voor de patiënt. Aan het eind van de behandeling zijn alle werkvormen uit de module aan bod gekomen.

De laatste vier weken is hij veel minder afwerend geweest. Hij heeft zich echt opengesteld voor beeldende therapie en hij heeft er uitgehaald wat hij kan. Hij is letterlijk en figuurlijk in beweging gekomen.

Materiaalkeuze

In het begin laat hij zich leiden door de werkvormen of door de therapeut. Langzamerhand kiest hij bewust voor het meer onderzoeken van wat hij met de verschillende materialen kan. Hij vindt het fijn om vrij te werken en beleeft veel plezier aan verrassingseffecten. Hij wordt minder perfectionistisch. Aan het eind van de behandeling maakt hij zijn eigen keuzes en is het plezier in het experiment goed zichtbaar.

Materiaalomgang

Hij beleeft meer plezier als hij zichzelf meer vrijheid geeft. Hier heeft hij hulp bij nodig. Hij bedenkt wat het moet worden, dit werkt beperkend. Het werken vanuit 'wat vind ik leuk?', maakt vrijer. Zijn neiging is perfectionistisch te werken, dat vindt hij minder prettig. Hij wil liever losser werken. Hij zit te veel in zijn hoofd. Na aanmoediging, waarbij hij weerstand laat blijken, lukt het hem om intuïtiever te werken.

Na acht weken is hij minder bezig met de neiging wat het moet worden en meer met plezier beleven. Eigenlijk doet hij het bij beeldende therapie heel goed. Hij heeft een omslag gemaakt, maar het generaliseert niet. Het blijft in het moment hangen en hij lijkt het op een later moment weer vergeten te zijn. De laatste weken is hij vrij in de materiaalomgang. Hij onderzoekt: 'Waar liggen grenzen? Hoe vind ik het het leukst?'

Vormgeving

In het begin heeft hij een losse, schetsmatige toets, mengt kleuren en hij maakt gebruik van de ruimte. Hij werkt onderzoekend. Perspectief en eigenheid komen naar voren.

Hij werkt strak, symbolisch, perfectionistisch en lineair, hier probeert hij los van te komen. Zijn beelden zijn in contrast met wat hij zegt en hij vindt het lastig om betekenis te geven aan zijn werk. Hij wil het wellicht 'goed doen voor de juf', waardoor hij minder eigenheid inbrengt.

Halverwege de behandeling werkt hij meer abstract, minder figuratief. Hij is vrijer in de vormgeving, is niet bezig met iets esthetisch neer te zetten. Het is vooral experimenteel, schetsmatig, beeldvullend, kaderbevestigend en hij gebruikt meer heldere, felle en veel kleuren. Aan het eind van de behandeling is zijn werk te omschrijven als abstract symbolisch en kader ontkennend. De strakke, duidelijke kaders zijn langzamerhand aan het verdwijnen. De kleuren zijn steviger aanwezig en zijn contrastrijk.

Zijn werk wordt minder statisch, er is meer beweging zichtbaar. Hij werkt aan een continu thema: uit de strakke normatieve kaders komen, 'hoe voel ik me vrijer?'. Hij probeert los te komen van 'word ik wel leuk gevonden? En 'voldoe ik wel?'

Interactie met groep

In de groep is de patiënt niet opvallend aanwezig, hij probeert betrokken te zijn, maar dit lijkt geen natuurlijke betrokkenheid te zijn. Hij uit zich erg cognitief en lijkt te veel bezig te zijn met wat anderen willen horen. Hij is amicaal en neemt ruimte in tijdens het werken. Dit doet hij niet bij de 'serieuze' nabespreking. Halverwege de behandeling wordt hij 'groepsoudste', hij is het langst aanwezig binnen de groep. Hij treedt meer op de voorgrond en is zich vrijer gaan gedragen.

Interactie met therapeut

In het begin van de therapie is de patiënt meewerkend, maar veel aan het benoemen wat hij wel en niet heeft met beeldende therapie. Hij merkt regelmatig op dat hij in zijn werk de dingen niet ziet die anderen zien. Hij vraagt weinig hulp en neemt ruimte in. Halverwege de behandeling stelt hij zich minder afhankelijk op en is hij iets opener. Aan het eind is hij duidelijk toegankelijker geworden en heeft hij zich kwetsbaarder opgesteld. Hij heeft benoemd hoe prettig hij het heeft gevonden.

Hij is bij beeldende therapie een enorme ontwikkeling doorgegaan. Hij is beter in contact met eigen behoeftes in het hier en nu, waardoor hij ze beter aan kan geven en gezondere keuzes kan maken. Hij heeft het nog niet kunnen generaliseren naar de buitenwereld. De therapeut gunt het hem dat hij meer bij zijn gevoel kan in sociale interacties. Bij beeldende therapie heeft hij steeds 'het beste jongetje van de klas willen zijn'. Het is nog geen natuurlijk gedrag en hij heeft nog steeds bevestiging nodig.

Zijn beeldend werk: leuk om naar te kijken, onderzoekend, buiten de kaders, speels.

3.2.4 Uitkomsten VME

De antwoorden op de stellingen met betrekking tot materiaal en effect zijn hieronder opgenomen.

Tabel 2 Uitkomsten Vragenlijst materiaal en effect (VME)

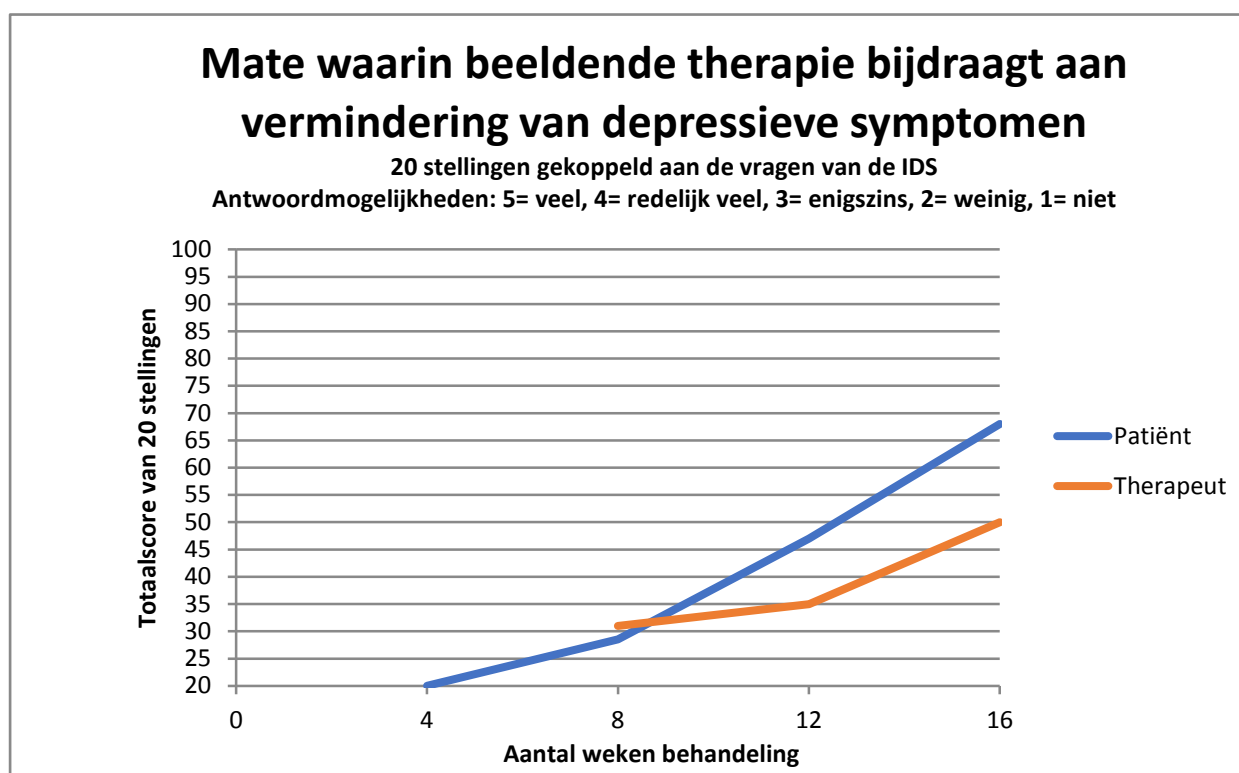
Tevredenheid over materiaal/opdrachten en resultaat/effect				
Stellingen over materiaal en opdrachten Schaalverdeling: 5=(bijna) altijd waar, 4=vaak waar, 3=soms waar, 2=zelden waar, 1=nooit waar	1 (week 4)	2 (week 8)	3 (week 12)	4 (week 16)
Veel geleerd van werken met materiaal	4	4	4	4
Voldoende uitleg over werken met materiaal	3	4	4	5
Opdrachten zijn begrijpelijk en uit te voeren	4	4	4	4
Therapieruimte is prettig om in te werken	4	4	4	5
Prettig om met opdrachten te werken	2	4	4	4
Prettig om vrij/naar eigen idee te werken	2	3	3,5	2
Ik krijg door BT weer grip op mijn leven	1	2	2	2
Zelfvertrouwen is verbeterd door BT	2	3	3	3
Bij BT kan ik nieuwe mogelijkheden uitproberen	4	4	4	5
Door BT heb ik gebeurtenissen een plek kunnen geven	1	1	1	1
BT helpt me inzicht in mezelf te krijgen	3	4	4	4
Beeldend werken helpt me om tot rust te komen	3	4	4	5
Beeldend werken helpt om me beter te concentreren	4	4	4	4
Geholpen om gevoelens bij werkstukken om te zetten in actie	3	4	3	4
Ik vind het waardevol dat ik mijn werkstukken terug kan zien	4	4	5	5
Door het werk te bekijken zie ik mijn eigen proces	3	3	2,5	5

In Tabel 2 is te zien dat het merendeel van de stellingen hoog is gescoord. De 'vaak waar' en '(bijna) altijd waar' zijn in groen aangegeven. In Figuur 6 *Behandeldoelen die volgens patiënt geraakt zijn* is zichtbaar dat de patiënt gedurende de gehele behandeling gewerkt heeft aan zijn zelfvertrouwen en zelfwaardering en dat dat voor hem als effect op de stelling **mijn zelfvertrouwen is verbeterd door beeldende therapie**: soms waar (3) heeft opgeleverd in Tabel 2. Het duidelijker zelfbeeld en meer zelfinzicht blijkt uit zowel figuur 7 als bovenstaande tabel (vaak waar).

Er zijn tussen de verschillende vragenlijsten en figuren meer kruisvergelijkingen te maken. Dat voert voor dit onderzoeksrapport te ver en kan wellicht in een vervolgonderzoek nader uitgewerkt worden.

3.2.5 BT-IDSV uitkomsten

Aan het eind van ieder interview heeft de patiënt een vragenlijst ingevuld met stellingen over de invloed van beeldende therapie op de depressieve symptomen volgens de IDS.



Figuur 7 Bijdrage beeldende therapie aan de vermindering van depressieve klachten volgens patiënt en beeldend therapeut

Na 4 weken behandeling was de invloed van beeldende therapie op de depressieve klachten nihil volgens de patiënt. Hij heeft op alle 20 stellingen geantwoord met 1=niet. De beeldend therapeut verwacht op meetmoment 1 dat de aanwezige klachten zijn verergerd, omdat de patiënt met de behandeling is begonnen. Ze heeft de vragenlijst niet ingevuld. Aan het eind van de behandeling wordt het effect van beeldende therapie door de patiënt en de beeldend therapeut gemiddeld beoordeeld met een 3,10 (sd=0,86) op een score van 1 tot 5. Hieruit is een grote invloed van beeldende therapie op depressieve klachten af te lezen, volgens de patiënt en de beeldend therapeut.

De patiënt heeft het hoogst gescoord op **Positieve invloed op de stemming** (gem.=3,00), **Meer plezier en genieten van activiteiten** (gem.=3,00) en **Minder snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst** (gem.=2,63).

Bij het tweede interview geeft de beeldend therapeut aan dat eventuele veranderingen waarschijnlijk zijn veroorzaakt door andere therapieën en dat de patiënt bij beeldende therapie vooral prikkelbaar is en weerstand toont. Veranderingen zijn al wel zichtbaar in zijn werk. De omslag moet nog plaatsvinden.

Aan het eind van de behandeling heeft de beeldend therapeut bij 12 van de 20 stellingen 'enigszins' (3) aangegeven. De stelling **Meer plezier en genieten van activiteiten** heeft als enige een score 'redelijk veel' (4) gekregen.

De door de patiënt en beeldend therapeut ingevulde scores zijn te vinden in bijlage 12.

3.2.6 Patiënten evaluatieformulier

In het evaluatieformulier gaf de patiënt zichzelf bij aanvang van de behandeling een cijfer 6 en bij ontslag een 7 (schaal van 1-10). De belangrijkste veranderingen hebben plaatsgevonden in zijn manier van denken: bewust worden van zijn eigen starre denken en te ver doorredeneren en dat zijn eigen gedachten hem de meeste last veroorzaken.

Op een 5-puntsschaal van heel slecht tot heel goed, heeft de patiënt beeldende therapie een gemiddeld gegeven. Hierbij gaf hij als toelichting:

‘Met beeldende therapie kwam ik meer uit mijn hoofd en het heeft mij geholpen wat losser te worden’.

Bij het laatste interview gaf de patiënt aan dat hij deze beoordeling wat laag vond, omdat hij echt wel wat aan beeldende therapie heeft gehad en hij vroeg zich af of hij het nog moest aanpassen. Dit is niet gebeurd. Het blijft wat ongrijpbaar voor hem.

3.3 Uitkomsten bij deelvraag 3

Hoe uit de vermindering van depressieve klachten zich in het beeldend werk?

De patiënt heeft bij de interviews zijn werkstukken laten zien en een toelichting gegeven op de werkvormen, het (maak-)proces en bijzonderheden die hij heeft ervaren en/of die hem van de nabesprekingen zijn bijgebleven. Bij het laatste interview zijn alle gemaakte werkstukken op chronologische volgorde gelegd en besproken. Drie van zijn werkstukken zijn hier te zien, van het begin, midden en eind van de behandeling. Deze dienen ter ondersteuning van hetgeen de patiënt heeft verteld over zijn beeldend werk en het beeldend proces dat hij heeft doorgeemaakt. Foto's van alle werkstukken van de patiënt zijn te vinden in bijlage 14.



Illustratie 2 Week 1: 'Ik-dier in een omgeving', 50x65cm

Veranderingen in het persoonlijk proces

De patiënt werkt in de eerste weken vooral figuratief, hierbij heeft hij kritiek op het resultaat: het is niet mooi genoeg. Dit verandert halverwege de behandeling naar steeds abstracter werken. Hij merkt gaandeweg dat hij dat leuker vindt.

'Het hoeft niet iets te zijn, het hoeft niet te kloppen, dit voelt veel vrijer'.

De patiënt wordt volgens eigen zeggen, in meerdere werkstukken geconfronteerd met zijn perfectionisme en dat hij veel in zijn hoofd zit. Op de vraag in hoeverre hij zichzelf herkent in zijn beeldend werk, gaf hij bij de opdracht van week 1 (Illustratie 2 Week 1: 'Ik-dier in een omgeving', 50x65cm) het volgende aan:

'De opdracht was om een huisdier te maken waarin je dingen van jezelf herkent. De kat die ik gemaakt heb, heeft een groot hoofd. Ik denk bijna altijd, zit veel in mijn hoofd. En het viel de therapeut op dat het hoofd niet met het lichaam is verbonden, dat klopt ook wel bij mij. Naderhand voelde ik me down. Ik vond dit best confronterend'.

Voor het vrijer kunnen werken, heeft hij regelmatig gekozen voor groot papier, met materialen waarbij hij weinig weerstand ervaart (pastelkrijt, acrylverf en ecoline) en gereedschappen waarover hij minder controle heeft (paletmes, spons, gooien van verf). Hierdoor had hij volgens eigen zeggen 'meer bewegingsvrijheid' en werd het makkelijker om te spelen en plezier te maken en zich niet met details te bemoeien.

Bij het thema 'mooi/lelijk' (Illustratie 3) begon de patiënt met een liniaal rechte lijnen te trekken. Hij is 40 minuten bezig geweest met het 'zo mooi en netjes mogelijk' maken van de bovenste helft van zijn werk. De onderste helft is zijn weergave van lelijk. Dit heeft hij in 10 minuten gemaakt. Hij gaf hierbij aan dat hij het niet mooi vindt, maar wel veel fijner om te doen. Hij kan in het beeldend werken veel kwijt.



Illustratie 3 Week 8: Thema 'Mooi/lelijk' met materiaal naar keuze, A3-formaat

'Ik vind het leuk om te experimenteren met verschillende materialen. Ik haal alles uit de kast'.

Bij zijn laatste werk, het krachtbeeld, heeft hij gekozen voor een kleiner formaat onder het mom van 'less is more'. Hij gaf aan dat hij door het 'groot werken', de focus op zichzelf verliest en hij zag dat als een 'vlucht', weg van wat er bij hemzelf speelt'. Met dit krachtbeeld wil hij stilstaan bij zichzelf en beginnen met kleine stappen.



*Illustratie 4 Week 16:
'Maak een krachtbeeld' met
materiaal naar keuze, A3-formaat*

Opvallende beeldaspecten

Strak, figuratief, symbolisch en perfectionistisch verandert naar abstract symbolisch, vrijer en experimeel werken. Hij gebruikt een losse, schetsmatige toets, veel kleur en veel kleurmenging. Dit verandert van zachte tinten naar fellere kleuren, duidelijker aanwezig. Het werk is contrastrijk. Het blad vullend werken met duidelijke grenzen verandert in het weglaten van grenzen en handhaven van witruimte.

'Ik vond eerst dat het papier vol moest, anders is het niet af. Bij mijn laatste werken heb ik meer wit zichtbaar gelaten en is het papier niet vol. En toch is het af'.

De patiënt zei bij de afsluiting dat hij het indrukwekkend vindt wat hij heeft gemaakt. Hij vond altijd dat hij niet kan tekenen, hij is hierin milder geworden. Hij is van plan het krachtbeeld thuis op te hangen, hij verwacht hier werkelijk kracht aan te kunnen ontleenen.

Hoofdstuk 4 Conclusie, discussie en aanbevelingen

Tijdens de voorbereiding van dit onderzoek, is de wens uitgesproken om in de breedte te onderzoeken bij welke depressieve symptomen verbetering plaatsvindt door het volgen van beeldende therapie binnen de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie, hoe deze verbetering tot stand komt, in hoeverre de persoonlijke leerdoelen zijn behaald en hoe dit zichtbaar wordt in het beeldend werk van de patiënt en hoe hij dit merkt in zijn functioneren.

Antwoorden op de deelvragen

Hiervoor is in eerste instantie een antwoord nodig op deelvraag 1:

In welke mate zijn depressieve symptomen bij de patiënt afgenomen door de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie?

Zowel de patiënt als zijn systeemleden hebben een significante daling van depressieve klachten opgemerkt. De patiënt is aan het eind van de behandeling in remissie (klachtenvrij). Hieruit kan geconcludeerd worden dat voor deze patiënt de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie succesvol is geweest.

Op welke wijze heeft beeldende therapie bijgedragen aan de vermindering van depressieve klachten? (Deelvraag 2)

De patiënt had voor de start van de behandeling het meest last van depressieve klachten op het gebied van **kwaliteit van de stemming, zelfbeeld en interpersoonlijke gevoeligheid**. De eerste twee zijn volgens de patiënt redelijk veel beïnvloed door beeldende therapie, de interpersoonlijke gevoeligheid enigszins.

Daarnaast zijn de klachten met betrekking tot **energie/vermoeibaarheid en zwaar gevoel/lichamelijke energie** enigszins beïnvloed door beeldende therapie en zijn **lichamelijke klachten** en **toekomstverwachting** redelijk veel verbeterd.

Als andere klachten die redelijk veel beïnvloed zijn door beeldende therapie, geeft de patiënt aan dat hij minder last heeft van **prikkelbare stemming, rusteloosheid/zenuwachtigheid** en **pijnklachten**. Ook gaf hij aan een **grotere interesse in andere mensen/activiteiten** te hebben en **meer plezier te ervaren en meer te genieten van activiteiten**.

Deze laatste is door de beeldend therapeut als hoogste gescoord met 'redelijk veel'.

Opvallend is dat de patiënt de invloed van beeldende therapie positiever heeft gescoord dan de beeldend therapeut. Zij heeft de andere bovengenoemde klachten gescoord met 'weinig' of 'enigszins' beïnvloed door beeldende therapie.

De netwerkleden hebben ook een afname van bovengenoemde depressieve symptomen vastgesteld aan het eind van de behandeling.

Hoe is deze positieve verandering tot stand gekomen?

Het beeldend proces van de patiënt is gedurende de eerste acht weken moeizaam geweest. In de ogen van de therapeut vertoonde de patiënt vooral weerstand, terwijl de patiënt zelf aangaf moeite te hebben met het daadwerkelijk voelen van wat er gebeurt tijdens de therapie, om dit op zichzelf te projecteren en te begrijpen hoe de samenhang is. Hij vond het vanaf het begin confronterend om zijn perfectionisme en zijn behoefte aan goedkeuring zo nadrukkelijk in het beeldend werk te zien en te ervaren. Het heeft hem inzicht gegeven in zijn neiging te willen voldoen aan 'hoe het hoort' en dat hij het lastig vindt om zijn eigen

weg te kiezen. Hij is doelbewust op onderzoek uitgegaan en heeft geëxperimenteerd met (combinaties van) materialen en technieken om te ervaren wat het met hem doet.

Uit de BTV blijkt dat op de gebieden **gewaarwording, emotieregulatie, mentalisering & inzicht, persoonlijke integratie** en **gedragsverandering** grote verbeteringen hebben plaatsgevonden bij de patiënt.

Bij **gewaarwording en het aangaan van de ervaring** heeft de patiënt effecten ervaren door het ontdekken en uitproberen van materiaal en mogelijkheden, het oefenen met het maken van eigen keuzes en het bewust worden van eigenheid in relatie tot het medium. De onderzoekende houding heeft geleid tot zelfreflectie en tot bijstelling van het zelfbeeld. Hij heeft ervaren dat kleurkeuze van betekenis is voor hem en dat hij in contact met zijn eigen gevoel kan komen, hoewel dit laatste nog moeizaam gaat. Hij heeft zelf de indruk dat hij dit ontwijkt. Toch heeft de patiënt laten zien een versterkt bewustzijn te hebben, waardoor hij beter in contact kan blijven met zichzelf en waar hij voor staat, ook in situaties buiten de therapie, waar hij bewust aan het oefenen is.

Hij is zich bewust geworden van beleving in het moment (*'het versterkt de emotie'*) en gewaarwording van lichamelijke signalen. Hij kan kanten van zichzelf waarmee hij moeite heeft, accepteren, zoals het perfectionisme en het 'anderen naar de zin willen maken'. Buiten de therapie zet dit proces zich voort. De patiënt heeft aangegeven met een meer open houding naar situaties te kunnen kijken en zijn rationele controle soms los te kunnen laten (Haeyen, 2011). Vooral de bodyscan en warming-up oefeningen hebben bijgedragen aan het 'uit zijn hoofd en in zijn lichaam' komen.

Op het gebied van **persoonlijke integratie** heeft de patiënt aangegeven zichzelf meer als eenheid te ervaren (hoofd EN lichaam) en meer in balans te zijn. In het beeldend onderzoek heeft hij persoonlijke thema's uitgewerkt, is zichzelf daardoor beter gaan leren kennen en kan zichzelf nu beter accepteren.

De **emotie-/impulsregulatie** is volgens beantwoording van de vragenlijst significant verbeterd. De patiënt heeft echter, volgens eigen zeggen, nog steeds moeite om bij zijn emoties te komen en deze te uiten. Hij houdt hierbij nog steeds teveel rekening met zijn omgeving. Hij is gaandeweg wel meer bij zijn opgewekte en vrolijke kant gekomen en heeft daarin ander gedrag kunnen toepassen in de omgang met zichzelf; hij kan spelen en genieten. Verankering van gevoelens/ervaringen van de beeldende therapie lijkt nog niet te hebben plaatsgevonden en hij lijkt zich onvoldoende bewust te zijn van de veranderingen die hebben plaatsgevonden.

Op het gebied van **gedragsverandering**, heeft de patiënt vooral geleerd om anders om te gaan met zichzelf, door zichzelf meer te accepteren en door zichzelf meer ruimte en vrijheid te gunnen en los te breken uit de kaders. Hij is ander gedrag gaan ontwikkelen, waarmee hij ook in sociale context zichzelf langzamerhand anders durft op te stellen.

Op het gebied van **mentaliseren en inzicht** is de patiënt tot bewustwording gekomen door naar zichzelf, zijn gevoelens, gedachten en gedrag te kijken via het beeldend werken. Hij verbaasde zich over deze analogie en was er blij mee. Dit heeft hem gestimuleerd om door te gaan met zijn zelfonderzoek. Hij heeft meer inzicht gekregen in zichzelf door zijn beeldend werk en via de nabesprekingen in anderen. Dit is gelukt door het oordeelvrij en ordenend reflecteren, waarbij de hulp van de groepsleden en therapeut een grote rol hebben gespeeld. Het zichzelf en zijn gevoelens duidelijk maken aan anderen in het dagelijks leven, vindt hij nog lastig, de patronen zijn hardnekkig. De patiënt kan terugkijken op zijn behandeling en reflecteren op zijn eigen proces. In hoeverre dit zelfinzicht gegeneraliseerd is, is nog onduidelijk.

Bovenstaande veranderingen zijn kenmerkend voor de analoge procestheorie van Smeijsters (2014). De analoge processen in het beeldend werken, spelen een rol op het niveau van het kernzelf. Het innerlijk proces wordt in een uiterlijke vorm weergegeven. Het beeldend werken maakt dat gevoelens kunnen optreden voordat er gedachten tot stand komen. Het beeldend werken betekent veelal 'niet denkend' bezig zijn en je, op basis van je intuïtie, al handelend overgeven in het hier en nu (Haeyen, 2011). Bovenstaande effecten kwamen ook naar voren in het onderzoek van Haeyen (2011) en bevestigen de invloed van beeldende therapie op deze effecten.

Op welke wijze heeft beeldende therapie bijgedragen aan het behalen van de persoonlijke leerdoelen op dit vlak? (Deelvraag 2)

Bij de intake van de behandeling zijn als persoonlijke doelen gezonde activatie, een minder kritisch, positiever en vooral steviger zelfbeeld en herstel van talenten en mogelijkheden benoemd. In combinatie met observaties uit de eerste sessies zijn beeldende therapiedoelstellingen vastgesteld. Er is gewerkt aan **het exploreren van gevoelens**. Dit is gelukt in het hier en nu tijdens beeldende therapie, vooral tijdens de warming up. Het generaliseert (nog) niet naar het dagelijks leven.

De doelen **plezier mogen maken in het hier en nu, minder kritisch zijn, minder denken en meer beleven** zijn behaald. **Het laten zien wat er werkelijk speelt met minder façade** is twijfelachtig of het gelukt is, hij lijkt nog steeds dingen te doen 'omdat de juf het zegt'. **Het onderzoeken van 'Wie ben ik?' en bij zijn kern komen**, is deels gelukt. Hij heeft vooral ontdekt wie hij niet is.

De patiënt is letterlijk en figuurlijk in beweging gekomen en heeft er uitgehaald wat hij kan. Doelen die de patiënt heeft benoemd tijdens de therapiesessies zijn: minder conform verwachting van anderen handelen, minder in het hoofd, ontspanning, vrijer worden, plezier ervaren en contact maken met het gevoel. Met uitzondering van de laatste, heeft de patiënt deze doelen, volgens eigen zeggen en volgens de beeldend therapeut, behaald. De wijze waarop deze doelen zijn behaald is hiervoor besproken.

Dit geldt ook voor de eindtermen van de module. Deze zijn allemaal in grote mate behaald: De depressieve symptomen worden door de patiënt herkend en ze worden hanteerbaar. De patiënt kan contact maken met zichzelf, zijn omgeving en zijn activiteiten. Het perspectief van de patiënt is veranderd, de focus is gericht op het positieve. De patiënt krijgt vertrouwen in eigen kunnen doordat hij hier ervaring in heeft opgedaan, hij kan mogelijkheden onderzoeken en hiermee experimenteren. De patiënt is actief, neemt initiatief en hij maakt toekomstplannen. De patiënt kan ontspanning en plezier ervaren (Beeldende therapie Universitair Centrum Psychiatrie, 2017).

Hoe uit de vermindering van depressieve klachten zich in het beeldend werk? (Deelvraag 3)

In de beeldaspecten is een verschuiving zichtbaar van figuratief symbolisch en perfectionistisch werken naar abstract symbolisch, vrijer en experimenteel werken te zien. De kleuren worden helderder en feller en zijn duidelijker aanwezig. De kaders worden gaandeweg losgelaten.

In het beeldend proces en de wijze van werken is een verandering opgetreden van perfectionistisch, stram werken naar losser, vrijer, groter en met meer beweging. De patiënt heeft letterlijk en figuurlijk meer ruimte ingenomen.

In het door hem uitgevoerde onderzoek en experiment koos hij voor vloeiende materialen

en minder voor de hand liggende gereedschappen om zijn neiging tot controle los te laten. Gaandeweg kan de patiënt zijn perfectionisme accepteren als deel van zichzelf, evenals het feit dat hij erg cognitief is ingesteld en graag houvast en goedkeuring krijgt. Met deze acceptatie geeft hij zichzelf meer ruimte en wordt hij milder over zichzelf en zijn werk. Hij is uit zijn hoofd gekomen en heeft genoten van wat hij doet; plezier maken, experimenteren en spelen. Dit was te zien aan zijn bewegingen en ontspannen houding en te horen in de nabespreking. Hij is gegroeid in de zelfreflectie en daardoor bewust aan het oefenen in ander gedrag.

Discussie en kanttekeningen

Haeyen (2011) geeft aan dat uit haar onderzoek naar voren komt dat respondenten het opvallend belangrijk vinden dat ze via beeldende therapie in contact komen met hun ervaring en gevoelens. En wanneer dit proces moeizaam verloopt, dat dit vaak ook te maken heeft met hetzelfde punt; de patiënt heeft mogelijk weerstand tegen het gaan voelen en ervaren van wat er is. Dit is mogelijk ook aan de orde bij de patiënt van dit onderzoek. Hij heeft zichzelf dusdanig aangeleerd zijn gevoelens te onderdrukken en te voldoen aan hetgeen van hem verwacht wordt, dat het voor hem lastig is om zichzelf toestemming te geven bij zijn gevoelens te komen, wat ertoe kan leiden dat hij er (nog) niet bij kan. Daarom is voor hem het doel: 'onderzoeken wie ik ben' toegevoegd. Van hieruit kunnen mogelijk stappen gezet worden naar hetgeen voor hem belangrijk is, waardoor hij geleidelijk aan bij zijn gevoelens kan komen.

Daarnaast geldt dat binnen de module beeldende therapie bewust weinig aandacht wordt geschonken aan gevoelens. Mensen met een depressie voelen zich over het algemeen somber en zitten in een negatieve gevoels- en gedachtenspiraal. Wanneer deze gevoelens worden toegelaten, worden ze versterkt. Dat is binnen de module niet de bedoeling. Binnen beeldende therapie wordt juist ingezet op het stilstaan bij de beleving in het beeldend werken op dat moment en op positieve ervaringen in plaats van op sombere gedachten en gevoelens. Het kan zijn dat ook daardoor het doel 'contact maken met het gevoel', te weinig of op een minder werkzame wijze de aandacht krijgt. Het kan ook zo zijn dat dit doel niet realistisch is binnen deze behandeling. Hierover worden op dit moment geen uitspraken gedaan, dit zou een mogelijke uitkomst van vervolgonderzoek kunnen zijn.

Uit de verschillende interviews met de patiënt blijkt het grote belang van de juiste therapeutische houding. Het oordeelvrij, ruimte-gevend maar soms ook sturend, structurerend, ondersteunend en stimulerend interveniëren is voorwaardelijk voor het mogelijk maken van persoonlijke veranderingen. Daarnaast zijn veiligheid, vertrouwen in de therapeut en groepsleden en het hebben van voldoende eigen ruimte van groot belang. Ook heeft de patiënt meerdere keren benadrukt dat de warming-up oefeningen en bodyscans erg helpend zijn geweest om uit zijn hoofd te komen.

Bij dit onderzoek dienen enkele kanttekeningen geplaatst te worden.

De patiënt had gedurende de eerste 12 weken moeite met de zelfreflectie tijdens de beeldende therapiesessies. Tijdens de interviews bij dit onderzoek was van de door de beeldend therapeut geobserveerde weerstand geen sprake. De patiënt leek de extra mogelijkheid tot zelfreflectie juist te benutten om tot meer inzichten te komen, mede door het gesprek aan te gaan met de onderzoeker. Hierdoor lijken de interviews te hebben bijgedragen aan de mate van zelfreflectie door de patiënt, hetgeen de andere patiënten uit de behandelgroep niet hebben gehad. Hierdoor kan het onderzoek ook gezien worden als interventie.

De patiënt was erg coöperatief tijdens het onderzoek. Hij vindt het belangrijk om anderen te helpen bij studie en/of onderzoek en deze gunfactor was ten tijde van dit onderzoek merkbaar aanwezig. In hoeverre dit invloed heeft gehad op de uitkomsten van dit onderzoek is onduidelijk. Toch lijkt geen sprake te zijn van sociaal wenselijke beantwoording door de patiënt. Hij kwam oprecht over, door zich naast positief en zo nu en dan kritisch, ook negatief of met bedenkingen te uiten. Hij gaf aan dat hij zich veilig voelde tijdens de interviews, waardoor hij eerlijk durfde te zijn in de beantwoording. De VME en BT-IDSV vragenlijsten zijn iedere keer aan het eind van de interviews ingevuld. Toen dit tijdens het eerste interview was gebeurd, is bij de vervolginterviews bewust gekozen voor hetzelfde moment, om andere invloeden zoveel mogelijk te beperken. Hierbij is de onderzoeker zich ervan bewust geweest dat het gesprek van het interview de focus en beleving op de ervaringen bij beeldende therapie heeft gezet, waardoor de VME en BT-IDSV mogelijk positiever zijn beantwoord, dan wanneer deze vragenlijsten voorafgaand aan de interviews waren ingevuld. Deze kanttekening is mede geplaatst omdat de patiënt zijn eindevaluatie over beeldende therapie in positieve zin wilde aanpassen, nadat het laatste interview was geweest ('bij nader inzien'). Blijkbaar hebben de omgeving en omstandigheden van het moment van invullen van de eindevaluatie, invloed gehad op de beantwoording en waardering van de vragen over de therapieën. Deze invloed kan ook andersom, in positieve zin gelden, zoals bij de VME en de BT-IDSV. Gedurende de 4-daagse deeltijdbehandeling heeft de patiënt meerdere therapieën en -modules gevolgd. Het geheel aan therapieën heeft ertoe geleid dat zijn depressieve klachten zijn afgenomen. Het is het lastig om de werking van beeldende therapie uit dit geheel te filteren, omdat geen nader onderzoek is gedaan naar de werking van de andere therapieën. Toch kon de patiënt een duidelijk onderscheid maken tussen de effecten die hij heeft ervaren bij de 'doe-therapieën' en de 'praattherapieën'. Ook heeft hij verschillen ervaren en aangegeven in de mate waarin hij bij zijn gevoelens kon, de wijze van plezier maken en van confrontatie met zichzelf bij de verschillende therapieën. Hierbij stond hij in het begin sceptisch tegenover de zichtbare effecten in zijn beeldend werk. Gaandeweg heeft hij deze intuïtieve lagen van zichzelf meer toegelaten en is ze gaan waarderen. De patiënt heeft vanuit zijn beleving verschillende effecten kunnen toekennen aan de verschillende therapieën. Op die beleving is dit onderzoek gericht.

Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen

De onderzoeksvraag binnen deze opdracht is breed en voor de beantwoording hiervan is veel data verzameld. Binnen de gekaderde eisen van dit afstudeeronderzoek, is het niet mogelijk om alle data uitgebreid aan bod te laten komen. De grote hoeveelheid maakt daarnaast verwerking ervan erg bewerkelijk. Indien mogelijk is de aanbeveling om bij vervolgonderzoeken minder vragenlijsten te gebruiken, waardoor het geheel overzichtelijker kan blijven.

Vanwege de doorlooptijd van deze behandeling ten opzichte van de inleverdatum van dit rapport, was er geen mogelijkheid om een nameting uit te voeren aan de hand van een IDS, bijvoorbeeld na 3 of 6 maanden. Dit zou zinvolle informatie kunnen opleveren omtrent blijvende afwezigheid van depressieve klachten en generalisatie van inzichten en gedragsveranderingen.

De systeemleden hebben aangegeven dat het invullen van de IDS-C op een aantal onderdelen lastig was. Ze hebben weinig zicht op eventuele slaap-, eet- of stoelgangproblemen, behalve wanneer de patiënt dit zou vertellen. Wellicht is een andere vragenlijst, met aansluiting op de IDS, eenvoudiger in te vullen.

Indien de IDS als meetinstrument in gebruik blijft, is het interessant om de uitkomsten te

onderscheiden naar de drie factoren: Cognitief/stemming, angst/arousal en regulatie van slapen en eetlust (Rush e.a. (1996) in Meesters, Duijzer, Nolen, Schoevers, & Ruhé, 2016). Het is mogelijk om de patiënt te bevragen over eventuele verbanden tussen verandering van depressieve symptomen en de uitgevoerde werkvormen bij beeldende therapie. De uitkomsten van de wekelijks ingevulde IDS en de werkvormen in die weken, kunnen daartoe aan elkaar gekoppeld worden. Hiermee kan verdiepend onderzoek worden verricht op de behandelmodule.

Bij de vragenlijsten dient duidelijk te zijn of de stellingen gaan over de beleving en ervaring tijdens de beeldende therapiesessies of in het dagelijks leven. Hierover was verwarring. Het is mogelijkwerwijs interessant om bij de analyse van het beeldend werk van de patiënt gebruik te maken van het ETC (Hinz, 2009), omdat de behandelmodule op dit model gebaseerd is. Dit is in deze onderzoeksopdracht niet opgenomen en zou te ver voeren voor dit rapport. Wellicht is dit een aanknopingspunt voor een onderzoek gericht op de werkzaamheid, inclusief theoretische onderbouwing, van de module en de werkvormen.

De patiënt heeft aangegeven dat de bodyscans en warming-up oefeningen belangrijke onderdelen van de beeldende therapiesessies waren. Hierdoor kwam hij meer in contact met de ruimte en met zichzelf en kwam hij gemakkelijker los. Daarom wordt aanbevolen de warming-up oefeningen en bodyscans nadrukkelijker te beschrijven in de behandelmodule. Daarnaast wordt geadviseerd de modulebeschrijving te actualiseren en als interventiebeschrijving voor te leggen aan het CPMO met het verzoek om erkenning als werkzame vaktherapeutische interventie.

Eindconclusie

Met dit onderzoek is in beeld gebracht dat de module beeldende therapie van de 4-daagse deeltijdbehandeling Depressie van het UCP deels bijdraagt aan de vermindering van depressieve klachten en het behalen van persoonlijke leerdoelen op dit vlak bij een volwassene.

In dit onderzoek is duidelijk geworden op welke depressieve symptomen beeldende therapie volgens de patiënt vooral positieve invloed heeft gehad, alsmede de mate waarin dat is gebeurd. De veranderingen hebben vooral de tweede helft van de behandelmodule plaatsgevonden. De uitkomsten geven een mogelijkheid tot aanscherping van de behandelmodule.

De uitkomsten en conclusie zijn gebaseerd op de beleving van de patiënt die heeft meegewerkt aan dit onderzoek en bevestigd door zijn netwerkleden.

Vervolgonderzoek in de vorm van gerepliceerde N=1 studies wordt aangeraden om te beoordelen of deze uitkomsten voor meer patiënten gelden.

Literatuurlijst

- Aalbers, S. (2012). *N=1 Onderzoeksoepzet effectevaluatie kortdurende individuele actieve muziektherapie bij depressie met een systemische N=1 benadering*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.
- Aerts, L.C., Busschbach, J.T. van, & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland, Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: RGOc.
- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (dsm-5): Nederlandse vertaling van de desk reference to the diagnostic criteria from dsm-5*. Amsterdam: Boom.
- Beeldende therapie Universitair Centrum Psychiatrie. (2017). Aanbod Beeldende Therapie voor afdeling PSS, B2 groep Open opname Depressie. eigen document.
- Borckardt, J. (2006). *SMA Simulation Modeling Analysis, Time series analysis program for short time series data streams, User's Guide Version 8.3.3*. Opgehaald van www.clinicalresearcher.org op 5 september 2018 via URL: https://www.clinicalresearcher.org/SMA_Guide.pdf
- Cuijpers, P. (1997). *Depressie Gids voor familieleden*. Baarn: Uitgeverij Intro.
- Haarman, B., Oziël, R., van der Meer, D., & Maat, S. (2016, juli). *Handboek Opname Depressie, Stemmings- en Angststoornissen Universitair Centrum voor Psychiatrie UMCG*. Opgehaald van <https://docportal.umcg.nl/> op 5 september 2018 via URL: <https://docportal.umcg.nl/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=3cc9970b-d4c5-4d27-93b7-2c2273c7c666&NavigationHistoryID=16915859&PortalID=223&Query=toelichting+IDS>
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: introductie van een beeldende therapie vragenlijst*. Antwerpen: Garant.
- Hinz, L. (2009). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. Routledge.
- Maharishi Institute of Vedic Science VZW. (2018, 11 1). *Wat is een p-waarde?* Opgehaald van <https://transcendentemeditatie.be/wat-is-een-p-waarde/> op 5 september 2018 via URL: <https://transcendentemeditatie.be/wat-is-een-p-waarde/>
- Meesters, Y., Duijzer, W., Nolen, W., Schoevers, R., & Ruhé, H. (2016). Inventory of Depressive Symptomatology en verkorte versie in routine outcome monitoring van Stichting Benchmark GGZ. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48-54.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO). (2018, 3 15). *zorg-rondom-depressieve-stoornissen*. Opgehaald van ggzstandaarden.nl op 21 mei 2018 via URL: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/zorg-rondom-depressieve-stoornissen>
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) B. (2018). *individueel-zorgplan-en-behandeling/behandeling-en-begeleiding*. Opgehaald van ggzstandaarden.nl op 21 mei 2018 via URL: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling/behandeling-en-begeleiding>
- onbekende illustrator. (sd). afbeelding vergrootglas. Opgehaald van [surinametimes.com](http://www.surinametimes.com) op 29 april 2018 via URL: <http://www.surinametimes.com/extra-controle-bij-eetgelegenheden/>. Times of Suriname Redactie, Paramaribo.

- Rigter, J. (2014). *Het palet van de psychologie, Stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rijksoverheid. (2016). *Symptomen van een depressie*. Opgehaald van www.omgaanmetdepressie.nl op 11 april 2018 via URL: <https://www.omgaanmetdepressie.nl/over-depressie/symptomen-van-een-depressie>
- Rush, A.J., Nederlandse vertaling: Altrecht GGZ. Copyright ©. (1995/2005). *Meetinstrumenten: Inventory of Depressive Symptomatology-Self Rating IDS-SR*. Opgehaald van www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl op 17 april 2018 via URL: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/inginstrumenten/meetinstrumenten_66pdf.pdf
- Schweizer, C., & et al. (2009). *Handboek Beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Spreen, M. (2016). De rol van netwerkleden in N=1 studies. Symposium Personalized Healthcare 20 mei 2016 Leiden. *Microsoft PowerPoint - N1 Leiden presentatie 2016 (2).ppt*, <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/.../20162005-spreen.pdf>. Leeuwarden: Stenden Hogeschool.
- Stenden Hogeschool, School Social Work & Art Therapies. (2017). Handleiding N=1 Tool voor Systemisch N=1.
- Trimbos-Instituut. (2016). *Depressie enkele cijfers*. Opgehaald van [Trimbos.nl](https://assets.trimbos.nl/docs/fba2edcf-0ca9-4723-9c30-f90a53c22e87.pdf) op 11 april 2018 via URL: <https://assets.trimbos.nl/docs/fba2edcf-0ca9-4723-9c30-f90a53c22e87.pdf>
- Universitair Centrum Psychiatrie Groningen - Beeldende therapie. (2010). Beeldende therapie, afdeling Emotionele Stoornissen Dagbehandeling Depressies Individueel. Groningen: eigen document.
- Universitair Centrum Psychiatrie Groningen - Beeldende therapie. (2011). Beeldende therapie ambulant, concept december 2011. Groningen: eigen document.
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2017). Werkboek, uitleg over depressie en de psychologische behandelmethoden op de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie. Groningen: eigen uitgave.
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2017). *ZorgVanHetUCP*. Opgehaald van www.umcg.nl op 11 april 2018 via URL: https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/UCP/AlgemeneInformatie/ZorgVanHetUCP/Paginas/default.aspx
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2018). *Behandeling*. Opgehaald van www.umcg.nl op 11 april 2018 via URL: https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/Patienten/zob/depressie/Behandelvormen/Paginas/default.aspx
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) C. (2018). *PolikliniekDepressies*. Opgehaald van [umcg.nl](http://www.umcg.nl) op 21 mei 2018 via URL: https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/Patienten/Polikliniekbezoek/PolikliniekDepressies/Paginas/default.aspx
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) D. (2018). *Vragenlijsten - ROM/RoQua*. Opgehaald van www.umcg.nl op 21 mei 2018 via URL: https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/Patienten/over-UCP/Paginas/Rom_roqua_vragenlijsten.aspx
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (z.j.). Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) Beeldende therapie binnen het UCP. Patiënteninformatie UMCG. Universitair Medisch Centrum Groningen.

- van den Berg, N. (2017). *Opdracht A Observatieverslag 559601 Nelette van den Berg*.
Leeuwarden: Hogeschool Stenden.
- Verfaillie, M., Smet, G., & van der Ende, W. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*.
Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*.
Amsterdam: Boom.
- Zwitser, L. (2018). *tekst beeldende therapie (in bewerking)*. Groningen: UMCG.

Bijlagen

Bijlage 1 Depressie, de oorzaken en gevolgen

In Nederland worstelen jaarlijks 1 op de 20 mensen met een depressie, ook wel depressieve stoornis genoemd, en 1 op de 5 volwassen Nederlanders heeft ooit in zijn of haar leven een depressie meegemaakt (Trimbos-Instituut, 2016).

Maar wat is een depressie nu eigenlijk?

Volgens de DSM-5 van de American Psychiatric Association (2014) is sprake van een depressieve stoornis wanneer iemand (bijna) dagelijks gedurende een periode van tenminste twee weken een of beide kernsymptomen heeft, te weten een sombere stemming en/of het verlies van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten, merkbaar door eigen subjectieve beschrijving of geobserveerd door anderen.

Daarnaast geldt dat minimaal vier van onderstaande symptomen aanwezig zijn:

- Gewichtsverlies of -toename, verminderde of toegenomen eetlust;
- Slecht slapen, te veel slapen of slapeloosheid, bijna elke dag;
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd in bewegingen;
- Vermoeidheid en verlies aan energie;
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens, vaak onterecht en niet samenhangend met het ziek zijn;
- Moeite hebben met concentreren, nadenken en beslissingen nemen;
- Terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding.

De aanwezigheid van deze symptomen wijkt af van het eerder functioneren van de persoon en veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociale, beroepsmatige of andere belangrijke terreinen (Rijksoverheid, 2016).

Een depressie kan eenmalig zijn, maar keert ook regelmatig terug, tot wel zeven of acht keer in iemands leven. Ook de ziekteduur van de depressie kan enorm verschillen. De helft van de mensen herstelt binnen drie maanden. 1 op de 5 mensen is na twee jaar niet (volledig) hersteld, dan is de depressie chronisch geworden (Rijksoverheid, 2016).

Oorzaken van een depressie

Er is niet een duidelijke oorzaak aan te wijzen voor depressies. Wel is duidelijk dat bepaalde omstandigheden kunnen bijdragen aan het ontstaan van een depressie. Waarom deze omstandigheden bij de ene persoon wel leiden tot een depressie en bij een ander niet, is niet duidelijk. We weten wel dat een depressie meestal veroorzaakt wordt door een combinatie van omstandigheden die tegelijkertijd optreden. Dit kunnen lichamelijke oorzaken zijn, zoals erfelijkheid, bepaalde ziekten, menstruatie, bevalling, de overgang, gebruik van bepaalde medicijnen of alcohol en drugs. Sociale oorzaken kunnen zitten in het overlijden van een dierbaar persoon, echtscheiding, verlies van lichamelijke gezondheid, pensionering of werkloosheid, maar ook in langdurige belastende situaties, zoals een te hoge werkdruk en het zorgen voor een ziek familielid. Ook het ontbreken van steun uit de directe omgeving kan een oorzaak zijn. Als psychische oorzaken worden het karakter, jeugdervaringen, te weinig plezierige activiteiten, verkeerde denkpatronen en aangeleerde hulpeloosheid genoemd. Vaak ontstaat een depressie door een combinatie van twee of meerdere omstandigheden. Het komt regelmatig voor dat familieleden, bewust of onbewust, het idee hebben dat ze medeoorzaak zijn van de depressie en/of het in stand houden ervan. Wetenschappers zijn het er echter over eens dat familieleden of het gezin niet de oorzaak zijn van een depressie. Ook kunnen ze een depressie niet wegnemen, daar is professionele hulp voor nodig. Familieleden kunnen wel voorwaarden scheppen om verbetering mogelijk te maken (Cuijpers, 1997).

Wat zijn de gevolgen van een depressie?

Iemand met een depressie heeft last van persoonlijk lijden in het dagelijks functioneren en wordt daarin in meer of mindere mate beperkt. Daarbij is geen enkele depressie hetzelfde. Bij een matig ernstige of ernstige depressie zijn sommige patiënten niet meer in staat om voor zichzelf of anderen zorgen, boodschappen te doen, te werken of een opleiding te volgen en soms staan suïcidale gedachten voorop. Bij een lichte depressie kunnen veel mensen de gewone dagelijkse activiteiten nog wel uitvoeren, maar lukt bijvoorbeeld het contact zoeken met familie en vrienden niet meer (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO), 2018). Sommige mensen met een depressieve stoornis worden stil en teruggetrokken, terwijl anderen geïrriteerd en agressief kunnen worden. Sommigen zijn angstig in gezelschap van anderen en/of maken zich zorgen over de relatie met anderen. Heel vaak worden de klachten verergerd door schuldgevoelens. Bij anderen kunnen de symptomen zich uiten door het niet kunnen omgaan met bepaalde situaties, zoals het uiten van gevoelens of 'nee' zeggen. Ook worden vaak lichamelijke klachten gemeld zoals moeheid, futloosheid, gebrek aan energie, vermoeiend gespannen gevoel, hoofdpijn of andere lichamelijke pijnklachten. Voor deze laatste klachten is vaak geen lichamelijke oorzaak te vinden, hetgeen het piekeren en de wanhoop kan vergroten. Bij zeer ernstige depressies kunnen soms 'psychotische' verschijnselen optreden. Hierbij heeft de patiënt waandenkbeelden en soms hallucinaties, meestal in de vorm van stemmen (Cuijpers, 1997).

Daarnaast heeft het een grote impact op familie, vrienden en anderen in de naaste omgeving. Ze willen de depressieve persoon helpen en besteden daar veel tijd aan, ze maken zich zorgen (over de toekomst) en kampen met emoties zoals verdriet, angst, boosheid en schuldgevoelens. Ook zijn er mensen die niet goed weten hoe ze met een depressieve persoon om moeten gaan en laten daardoor weinig meer van zich horen of verbreken het contact. Ook kan een depressie ingrijpende praktische gevolgen hebben, zoals wanneer een depressieve persoon niet meer in staat is om te werken en daardoor de hele dag thuis zit, een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of financiële gevolgen als extra kosten voor kinderopvang, medische zorg of psychotherapie (Cuijpers, 1997).

Voor de depressieve patiënten bestaat een vergroot risico op vroegtijdig overlijden, door een ongezonde leefstijl, lichamelijke ziektes en suïcide.

Ook economisch gezien heeft het gevolgen. Het brengt hoge zorgkosten met zich mee (2% van de totale kosten van de gezondheidszorg (in 2011), hoge kosten voor ziekteverzuim en verminderd functioneren op het werk (Trimbos-Instituut, 2016).

Bijlage 2 Behandeling van een depressie binnen het UCP

Wanneer een eerdere behandeling onvoldoende effect heeft gehad, kunnen mensen met een depressie onderzocht en behandeld worden op de polikliniek van het UCP (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) C, 2018). Dit kan op eigen initiatief, maar altijd met een verwijzing van de huisarts of een psychiater. Binnen het UCP wordt een compleet zorgprogramma aangeboden voor mensen met een depressie.

Mogelijke behandelingen zijn:

- Psycho-educatie, voorlichting over ontstaan, behandelen en voorkomen van een depressie;
- Psychotherapie, inzicht krijgen in gedachten en gevoelens en anders leren omgaan met situaties, bijvoorbeeld met interpersoonlijke psychotherapie of cognitieve gedragstherapie;
- Medicatie;
- Chronotherapie, dit is het toedienen van extra licht op een vast tijdstip, in combinatie met slaaponthouding, hetgeen effect heeft op de stemming;
- Electroconvulsietherapie (ECT) kan worden toegepast bij een ernstige depressie als andere behandelingen onvoldoende effect hebben;
- Aanvullende therapieën, bestaande uit arbeidstherapie, trajectbegeleiding, sociale vaardigheidstraining, terugvalpreventie, psychomotorische therapie en beeldende therapie.

In overleg met de patiënt wordt de meest passende behandeling en de intensiviteit van behandeling vastgesteld. Hierbij is behandeling op de polikliniek (minst intensief), in deeltijdbehandeling (intensiever) en via opname (meest intensief) mogelijk. Samen met de behandelaar wordt een behandelplan opgesteld, om de meest doelmatige en goed afgestemde therapie te bewerkstelligen (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), 2018).

Indien mogelijk worden bij de intake en diagnostiek gezins- of familieleden of andere belangrijke personen betrokken. Hierbij wordt gepoogd om heteroanamnestische gegevens te verkrijgen en eventuele cognitieve stoornissen niet over het hoofd te zien (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO), 2018). Ook wordt uitleg gegeven over de werkwijze en behandeling.

4-daagse deeltijdbehandeling depressie binnen het UCP

Het UCP biedt volwassenen (tussen 18 en 65 jaar) met een matig ernstige depressie (IDS-SR 30<>39) (Haarman, Oziël, van der Meer, & Maat, 2016) de mogelijkheid een 4-daagse deeltijdbehandeling te volgen. Gedurende 16 weken komen de patiënten van maandag tot en met donderdag op de polikliniek voor diverse therapieën.

De behandeling richt zich op het doorbreken van de negatieve vicieuze cirkel waarin depressieve patiënten zich bevinden. Ze voelen zich somber, leeg, machteloos of ze voelen soms helemaal niets meer. Ze hebben nergens meer zin in en doen steeds minder omdat ze nergens meer plezier aan beleven. Alles kost moeite, ze denken negatief over zichzelf, over de wereld en over hun toekomst. Deze drie punten, het gevoel, het doen (gedrag) en het denken versterken elkaar tijdens de depressie.

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken omvat het behandelprogramma cognitieve therapie in de vorm van rationeel emotieve therapie (RET), waarbij de gedachtenpatronen veranderd worden (denken). Door middel van metacognitieve therapie wordt geleerd gedachten en gevoelens meer te accepteren en kan meer afstand van de gedachten en gevoelens worden genomen.

Het gedrag (doen) wordt binnen het behandelprogramma beïnvloed door een activiteitenplanning en dagstructurering. De patiënt wordt gestimuleerd actiever te worden, eerst vooral bij activiteiten die normaal gesproken plezierig of prettig zijn. Doordat de patiënt zichzelf doelen stelt en opdeelt in kleine stappen, is de kans op succeservaringen groter. Het werken met weekdoelen maakt de patiënt meer bewust van zichzelf, zijn doen en laten en zijn manier van denken. Deze ondersteunen deels het actiever worden, maar kunnen ook gericht zijn op de gedachten en anders leren kijken en beoordelen van zaken of situaties.

Bij interpersoonlijke therapie (IPT) ligt het accent op de contacten, de relaties en de omgang met anderen. Problemen in persoonlijke relaties kunnen soms oorzaak zijn van een depressie, maar vaker heeft een depressie juist grote gevolgen voor het interpersoonlijk functioneren. Bij deze gesprekstherapie wordt steeds een verband gelegd met het gevoel en wordt gewerkt vanuit het hier en nu.

Bij arbeidstherapie en trajectbegeleiding wordt de situatie rond werk, scholing en vrijetijdsbesteding op een rij gezet en worden doelen voor de toekomst opgesteld, bijvoorbeeld re-integratie op de huidige werkplek of oriëntering op werk, opleiding of dagbesteding. Er wordt gewerkt met verschillende handvaardigheidstechnieken om de eigen arbeidsvaardigheden te onderzoeken en te oefenen.

Naast bovengenoemde gesprekstherapieën worden twee vaktherapieën gegeven.

Bij psychomotorische therapie (PMT) wordt gebruik gemaakt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties. De therapeut richt zich op de problematiek zoals die naar voren komt in bewegingsgedrag, lichaamstaal, lichamelijke spanningen, lichaamshouding, lichaamssensaties en lichaamsbeleving. Daarnaast wordt voldoende en gezond bewegen gestimuleerd. Het programma bestaat uit running, Nordic Walking, fitness en een zaalprogramma.

De andere vaktherapie is beeldende therapie. Deze handelings- en ervaringsgerichte therapie daagt de patiënt uit om te experimenteren met teken- en schildermateriaal, ruimtelijke materialen zoals klei, steen of wol, collagetechnieken of een combinatie hiervan. Het werken met deze materialen is voelbaar. Hierdoor worden gevoelens opgeroepen. Bij beeldende therapie wordt ruimte gemaakt om deze gevoelens te onderzoeken. Ook ontstaat ruimte om eigen kwaliteiten te ontdekken en eigen keuzes te maken. Doordat een werkstuk wordt gemaakt, worden ervaringen letterlijk zichtbaar gemaakt en wordt meer zelfinzicht verkregen. Ook kan met beeldende therapie geoefend worden met nieuw gedrag.

Naast deze therapieën krijgen sommige patiënten medicatie (biologische therapie).

Ook de lunch- en koffiepauzes zijn onderdeel van de behandeling. Vanuit maatschappelijk werk worden onder andere informatiebijeenkomsten voor familie en thema-avonden voor omstanders georganiseerd en kunnen, indien nodig, individuele gesprekken plaatsvinden (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), 2017).

Bijlage 3 Werkwijze binnen de module beeldende therapie in de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie

Het behandelprotocol beeldende therapie dat gehanteerd wordt binnen de deeltijdbehandeling depressie gaat uit van het analoge procesmodel. Hierbij wordt uitgegaan van de analogie (overeenkomst) tussen het psychische proces en de wijze waarop de patiënt zich beeldend uit (Smeijsters, 2014). Dit vertoont parallellen met het handelen in het dagelijks leven.

De werkwijze van de beeldend therapeut binnen deze module is eclectisch en afgestemd op de fase waarin een patiënt zich bevindt en op hetgeen de patiënt nodig heeft. Zo zal de therapeut over het algemeen directief zijn, maar vaak ook supportief. Wanneer iemand het aankan, is de therapeut meer confronterend en inzichtgevend en op andere momenten juist meer structurerend en stabiliserend.

De eerste fase van de behandeling is vooral gericht op valideren, er wordt erkenning gegeven aan de worsteling die iemand doormaakt in het werken met de materialen. Deze fase is grotendeels directief, door het steeds herhalen van waar de focus op moet liggen en gebruikmaking van opdrachten die min of meer vastliggen. Gaandeweg ontstaat meer ruimte voor experiment en het spelend en onderzoekend werken. Hierdoor ontstaat steeds meer ruimte voor autonomie, wat zich onder andere vertaalt in meer vrije opdrachten en tot slot in meer inzichtgevende en confronterende opdrachten in de laatste fase (Zwitsers, 2018). Er wordt aangesloten op de cognitieve gedragstherapie en de RET. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van mindfulness, een manier van oefenen met achtzaamheid ontstaat door een samenwerking tussen cognitieve psychologie en boeddhisme (Rigter, 2014).

De therapeut is geschoold in het werken met 'Expressive Therapies Continuum' (ETC), een theoretisch model met betrekking tot beeldende therapie van de Amerikaanse gedragspsychologe en beeldend therapeute Lisa Hinz (2009). Aan de hand van het ETC kan onderbouwd worden in hoeverre een patiënt meer rationeel en/of vanuit emotie handelt en op welk niveau deze handelingen plaatsvinden binnen het beeldend werken. Daarnaast maakt de therapeut gebruik van Mentalization Based Treatment (MBT) van Verfaillie (2011). Met MBT worden patiënten door de mentalisatie bevorderende houding van de therapeut geholpen hun emotionele betrokkenheid te intensiveren en te vergroten (Verfaillie, M., Smet, G., & van der Ende, W., 2011).

De hulpvraag van de patiënt wordt vertaald in behandeldoelen voor beeldende therapie, waarbij naast de algemene doelen bij depressie, persoonlijke leerdoelen nagestreefd kunnen worden, voor zover ze samenhangen met de depressie. Voorbeelden van persoonlijke leerdoelen zijn: loslaten van controle, in contact komen met eigen behoeftes, stilstaan bij eigen gevoelens, zelfwaardering, ruimte voor plezierbeleving, ruimte geven aan emoties en emoties kunnen begrenzen. Ook wordt bij iedere therapiesessie rekening gehouden met specifieke omstandigheden van de patiënt op dat moment, die invloed kunnen hebben op de behandeling. Hierdoor kan het voorkomen dat de therapeut afwijkt van het werkvormaanbod uit de module en kiest voor een werkvorm die op dat moment het best passend is voor de patiënt. De beeldend therapeut maakt veel gebruik van het observeren van de manier waarop patiënten met zichzelf, de opdrachten en hun expressieve vermogens omgaan en kan van daaruit interveniëren.

Bij beeldende therapie wordt bij mensen met een depressie veel nadruk gelegd op het stilstaan bij de eigen beleving tijdens het werken met de materialen ('hoe voelt het wat ik doe?') en het komen tot een positieve beleving. Er wordt onderzocht wat het ervaren hiervan in de weg zit en wat ervoor nodig is om wel tot een positieve beleving te komen.

Vaak vindt een verschuiving plaats van het eindproductgericht werken naar het procesgericht werken. Waar eerst alles gericht is op het zo mooi en perfect mogelijk te doen, het binnen de tijd af te krijgen en het 'goed' te doen in de ogen van een ander, verandert de focus naar het ervaren van het proces. Men gaat de waarde inzien van het stilstaan in het moment en het goed luisteren naar de eigen behoeftes. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor plezierbeleving en expressie in het hier en nu. Het beeldend werken gaat als het ware uit de kramp, gestolde energie kan weer gaan stromen. Hierdoor kan iemand tot eigen authentieke vormgeving komen, wat bijdraagt aan een behoefte die lange tijd ondergesneeuwd is geraakt.

Er wordt continue aangespoord om te focussen op de 'plussen', oftewel datgene wat goed gaat, met vragen als: Welke dingen gaan goed? Wat vind ik leuk en waar wil ik meer van? Wat kan je doen om in het hier en nu focus te krijgen, waardoor je je beter gaat voelen? Het nut en de noodzaak hiervan worden binnen de behandeling met grote regelmaat onder de aandacht gebracht, onder het mom: 'dat wat je voedt, groeit'.

De aard van de opdrachten vraagt van patiënten vaker gebruik te maken van hun intuïtie en in beweging te zijn zonder dat daar vooraf actief over wordt nagedacht. De balans tussen denken en voelen wordt onderzocht (Zwitsers, 2018). Er wordt niet (alleen) gekeken naar problemen of beperkingen, maar juist naar mogelijkheden, dit sluit aan bij de lijn van de deeltijdbehandeling te focussen op de plussen. De patiënt werkt grotendeels zelfstandig aan zijn doelen en krijgt individuele opdrachten, dit wordt ook wel 'individueel in de groep' genoemd. Per 16 weken komt er minimaal 1 maal een groepsopdracht voorbij en 1 keer een samenwerkingsopdracht.

Afhankelijk van de fase van behandeling variëren de instructies van eenduidig gestructureerd tot meer complex. De module van 16 weken is de eerste vier weken gericht op kennismaking en observatie. Dan volgt een doorwerkfase van negen weken. De laatste drie weken zijn gericht op afronden, terugblikken en preventie. Daarnaast zijn er twee individuele sessies waar observatie en evaluatie met gebruikmaking van het beeldend sociogram centraal staan.

Iedere sessie wordt gestart met een korte losmaakoefening, soms voorafgegaan door een korte bodyscan. Dit is een belangrijk onderdeel van de beeldende therapie met als doel de vicieuze cirkel van vaste handelingspatronen tijdelijk te doorbreken. Ook wordt in de warming up duidelijk welke doelen op dat moment belangrijk zijn voor de patiënt om rekening mee te houden, omdat hij gevraagd wordt te voelen waar de behoefte op dat moment ligt of om op te merken wat opvalt tijdens de warming up. Vervolgens wordt stilgestaan bij de doelen voor dat moment en de therapeut biedt de opdracht aan. De patiënten worden aangemoedigd mee te denken over de gepastheid van de opdracht en of ze daarmee met hun doelen aan de slag kunnen. Indien nodig wordt de opdracht aangepast naar de vraag van de patiënt op dat moment. Het autonoom denken wordt aangemoedigd. Tijdens iedere sessie legt de therapeut een moment de sessie stil en vraagt de patiënten bewust stil te staan bij hun beleving op dat moment. Ook vraagt de therapeut de patiënten afstand te nemen van hun werk en te kijken naar wat ze zien. Daarnaast wordt gevraagd om aan de hand van de voorgenomen doelen te beoordelen of verder gewerkt kan worden of dat een verandering nodig is in de omgang met zichzelf, de opdracht of het materiaal om goed aan de doelen te kunnen werken. 'Wat heb ik nodig en wat is nu goed voor mij om te doen?' is hierbij een terugkerende vraag.

Aan het eind van iedere sessie vindt een bespreking plaats van het gemaakte werk. Hierbij ligt de nadruk op stabilisatie, structuur en activering of juist op verdieping en reflectie, afhankelijk van het thema. Ook wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en toekomstverwachtingen. Patiënten worden bij de nabespreking aangemoedigd ook op

elkaar en elkaars werk te reflecteren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van methodes van Verfaillie (2011) om met MBT het mentaliserend vermogen te vergroten (Beeldende therapie Universitair Centrum Psychiatrie, 2017), (Zwitser, 2018).

Een therapiesessie duurt 1 uur en 45 minuten. Er zijn wekelijks twee groepen van zes tot acht patiënten.

Een korte beschrijving van de behandelmodule met de verschillende werkvormen en te behalen eindtermen is opgenomen in bijlage 4.

Bijlage 4 Beschrijving van de behandelmodule beeldende therapie binnen de 4-daagse deeltijdbehandeling depressie

De module is opgebouwd uit drie behandelfasen.

De inventarisatie-/observatiefase duurt drie weken. Daarin wordt geobserveerd hoe iemand zich gedraagt en beweegt en welke voorkeuren de patiënt laat zien in de keuze van materialen (bekend of iets nieuws, waar liggen kwaliteiten, welke uitdagingen komt de patiënt tegen?).

De werkvormen in deze fase zijn:

1. Maak een dier in een omgeving met oliekrijt en ecoline.
2. Beeld een 'prettige plek voor jou' uit met pastelkrijt en pigmentpoeder opgelost in behangplaksel.
3. Maak twee beelden van klei en beeld daarmee 'nu en later' op eigen manier uit.

Daarnaast wordt in de tweede week een sociogram gemaakt in een individuele sessie.

Hierin komt de patiënt door gebruikmaking van verschillende materialen, kleuren en symbolen, in contact met de gevoelsmatige beleving van zijn sociale contacten. De patiënt wordt gevraagd uit te beelden welke mensen in zijn omgeving veel energie vragen/krijgen en hoe de relatie en afstand/nabijheid tussen de patiënt en deze mensen ervaren wordt (Universitair Centrum Psychiatrie Groningen - Beeldende therapie, 2010). Aan de hand van bovengenoemde werkvormen worden persoonlijke leerdoelen helder en deze kunnen concreet gemaakt worden.

In de negen weken die volgen, wordt gewerkt aan reductie van depressieve symptomen en aan de persoonlijke leerdoelen. Dit gebeurt aan de hand van de observaties van de eerste weken en de besproken leerdoelen.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van de volgende werkvormen:

4. Breng met aquarelmaterialen stilstand en beweging tot uitdrukking.
5. Maak met acrylverf en grove gereedschappen (paletmes) een boom en een omgeving in een seizoen met een vreemd object.
6. Werken in tweetal: ieder maakt een cirkel en maakt vanuit het eigen stuk contact met de ander. De materiaalkeuze wordt afgestemd op het tweetal.
7. Thema mooi-lelijk met materiaal naar eigen keuze.
8. Beeld een positief moment van de afgelopen week uit met materiaal naar eigen keuze.
9. Vrije opdracht.
10. Beeld met klei een sterke vorm/kant van jezelf uit en een zwakke kant/valkuil.
11. Maak een werkstuk naar aanleiding van een gedicht, verhaal, haiku, zin of spreuk met een uitdagend materiaal.
12. Groepsopdracht: maak een eigen aandeel in een geheel van eilanden.

De laatste fase is de consolidatiefase. Hierin maakt de patiënt zelfstandig keuzes en neemt de verantwoordelijkheid voor zijn eigen beeldende proces. Hierbij wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en toekomstverwachtingen.

Werkvormen die hierbij gebruikt worden, zijn:

13. Thema: mijn kern (onveranderlijk). Mijn persoonlijkheid, mijn bescherming, mijn omgeving. Thema vormgeven op eigen manier.
14. Opdracht naar waarneming (bijvoorbeeld een kaart of object natekenen in eigen stijl).

In week 14 wordt een tweede sociogram gemaakt in een individuele sessie.

15. en 16. Krachtbeeld/ EHBO-doos (iets wat je kracht geeft) om mee naar huis te nemen. Aan welke dingen moet je jezelf herinneren? Wat zijn helpende gedachten, aandachtspunten of eigenschappen?
16. Vervolg krachtbeeld/EHBO-doos en bekijken en bespreken eerder gemaakt werk met de therapeut (evalueren) en keuze maken welke werkstukken meegenomen worden en welke achterblijven (Beeldende therapie Universitair Centrum Psychiatrie, 2017).

Eindtermen bij deze module zijn:

- De depressieve symptomen worden door de patiënt herkend en ze worden hanteerbaar.
- De patiënt kan contact maken met zichzelf, zijn omgeving en zijn activiteiten.
- Het perspectief van de patiënt is veranderd, de focus is gericht op het positieve.
- De patiënt krijgt vertrouwen in eigen kunnen doordat hij hier ervaring in heeft opgedaan, hij kan mogelijkheden onderzoeken en hiermee experimenteren.
- De patiënt is actief, neemt initiatief en hij maakt toekomstplannen.
- De patiënt kan ontspanning en plezier ervaren (Beeldende therapie Universitair Centrum Psychiatrie, 2017).

De met de depressie samenhangende persoonlijke leerdoelen lopen als rode draad door de module mee.

ZELFENVULLIJST DEPRESSIEVE SYMPTOMEN
(INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY: IDS-SR)¹
(In te vullen door patiënt)

Naam: Datum: - -

Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat de afgelopen zeven dagen het meest op u van toepassing was

1. In slaap vallen:

- ☐ 0. Het duurt nooit langer dan 30 minuten om in slaap te vallen.
- ☐ 1. Het duurt tenminste 30 minuten om in slaap te vallen, minder dan de helft van de week.
- ☐ 2. Het duurt tenminste 30 minuten om in slaap te vallen, meer dan de helft van de week.
- ☐ 3. Het duurt meer dan 60 minuten om in slaap te vallen, meer dan de helft van de week.

2. Slaap gedurende de nacht:

- ☐ 0. Ik word 's nachts niet wakker.
- ☐ 1. Ik slaap onrustig en licht en word een aantal keren per nacht even wakker.
- ☐ 2. Ik ben tenminste één keer per nacht klaar wakker, maar val weer gemakkelijk in slaap.
- ☐ 3. Ik word vaker dan één keer per nacht wakker en blijf dan 20 minuten of langer wakker, meer dan de helft van de week.

3. Te vroeg wakker worden:

- ☐ 0. Meestal word ik niet eerder dan 30 minuten voordat ik op moet staan, wakker.
- ☐ 1. Ik word meer dan 30 minuten voordat ik op moet staan wakker, meer dan de helft van de tijd.
- ☐ 2. Ik word tenminste 1 uur voordat ik op moet staan wakker, meer dan de helft van de tijd.
- ☐ 3. Ik word tenminste 2 uur voordat ik op moet staan wakker, meer dan de helft van de tijd.

4. Te veel slapen:

- ☐ 0. Ik slaap niet langer dan 7-8 uur per nacht, zonder overdag een dutje te doen.
- ☐ 1. Ik slaap niet langer dan 10 uur binnen één etmaal (inclusief dutten).
- ☐ 2. Ik slaap niet langer dan 12 uur binnen één etmaal (inclusief dutten).
- ☐ 3. Ik slaap langer dan 12 uur binnen één etmaal (inclusief dutten).

5. Sombor voelen:

- ☐ 0. Ik ben niet somber.
- ☐ 1. Ik ben minder dan de helft van de tijd somber.
- ☐ 2. Ik ben meer dan de helft van de tijd somber.
- ☐ 3. Ik ben bijna altijd somber.

¹ Nederlandse vertaling: Altrecht GGZ. Copyright © 1995/2005

Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat de afgelopen zeven dagen het meest op u van toepassing was

6. Prikkelbaar voelen:

- ☐ 0. Ik voel mij niet prikkelbaar.
- ☐ 1. Ik voel mij minder dan de helft van de tijd prikkelbaar.
- ☐ 2. Ik voel mij meer dan de helft van de tijd prikkelbaar.
- ☐ 3. Ik voel mij bijna altijd heel erg prikkelbaar.

7. Angstige of gespannen voelen:

- ☐ 0. Ik voel mij niet angstig of gespannen.
- ☐ 1. Ik voel mij minder dan de helft van de tijd angstig of gespannen.
- ☐ 2. Ik voel mij meer dan de helft van de tijd angstig of gespannen.
- ☐ 3. Ik voel mij bijna altijd uiterst angstig of gespannen.

8. De invloed van prettige gebeurtenissen op uw stemming:

- ☐ 0. Bij prettige gebeurtenissen verbetert de stemming gedurende een aantal uren tot een normaal niveau.
- ☐ 1. Bij prettige gebeurtenissen verbetert de stemming, maar ik voel mij niet zoals gewoonlijk.
- ☐ 2. Mijn stemming klaart slechts op bij een beperkt aantal zeer gewenste en aangename gebeurtenissen.
- ☐ 3. Mijn stemming klaart helemaal niet op, ook al gebeuren er prettige dingen in mijn leven.

9. Stemming in relatie tot de tijd van de dag:

- ☐ 0. Er is geen duidelijk verband tussen mijn stemming en de tijd van de dag.
- ☐ 1. Mijn stemming houdt vaak verband met de tijd van de dag tengevolge van omgevingsfactoren (bv alléén zijn, werken).
- ☐ 2. Over het algemeen is mijn stemming meer gerelateerd aan de tijd van de dag dan aan gebeurtenissen in mijn leven.
- ☐ 3. Mijn stemming is duidelijk en voorspelbaar beter of slechter op een bepaald tijdstip van de dag.

9A. Is uw stemming typisch slechter in de (één aankruisen):

- ☐ 0. Ochtend?
- ☐ 1. Middag?
- ☐ 2. Avond?

9B. Zijn uw stemmingswisselingen toe te schrijven aan de omgeving? (één aankruisen)

- ☐ 0. Ja
- ☐ 1. Nee

10. Kwaliteit van uw stemming:

- ☐ 0. De stemming (innerlijke gevoelens) die ik ervaar is vaak een normale stemming.
- ☐ 1. Mijn stemming is somber, maar deze somberheid lijkt sterk op verdriet.
- ☐ 2. Mijn stemming is somber, maar deze somberheid is enigszins anders dan wat ik bij verdriet zou voelen.
- ☐ 3. Mijn stemming is somber, maar deze somberheid voelt geheel anders dan verdriet.

Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat de afgelopen zeven dagen het meest op u van toepassing was

Beantwoord nu óf vraag 11 óf vraag 12 (dus niet beide)

11. Verminderde eetlust:

- ☐ 0. Mijn eetlust is niet anders dan gewoonlijk.
- ☐ 1. Ik eet wat minder vaak of kleinere hoeveelheden dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Ik eet veel minder dan gewoonlijk en alleen met inspanning.
- ☐ 3. Ik eet nauwelijks binnen een etmaal en alleen met extreme inspanning of op aandringen van anderen.

12. Toegenomen eetlust:

- ☐ 0. Mijn eetlust is niet anders dan gewoonlijk.
- ☐ 1. Ik voel vaker dan gewoonlijk de behoefte om te eten.
- ☐ 2. Ik eet regelmatig vaker en grotere hoeveelheden dan gewoonlijk.
- ☐ 3. Ik voel een sterke neiging om tijdens en tussen de maaltijden door te veel te eten.

Beantwoord nu óf vraag 13 óf vraag 14 (dus niet beide)

13. Gewichtsafname gedurende de afgelopen 2 weken:

- ☐ 0. Geen gewichtsverandering.
- ☐ 1. Ik heb het gevoel dat ik wat ben afgevallen.
- ☐ 2. Ik ben 1 kg of meer afgevallen.
- ☐ 3. Ik ben 2½ kg of meer afgevallen.

14. Gewichtstoename gedurende de afgelopen 2 weken:

- ☐ 0. Geen gewichtsverandering.
- ☐ 1. Ik heb het gevoel dat ik wat ben aangekomen.
- ☐ 2. Ik ben 1 kg of meer aangekomen.
- ☐ 3. Ik ben 2½ g of meer aangekomen.

15. Concentratie/besluitvaardigheid:

- ☐ 0. Er is geen verandering in gebruikelijke concentratievermogen of in besluitvaardigheid.
- ☐ 1. Ik voel mij nu en dan besluiteloos of merk dat ik mijn aandacht er niet bij kan houden.
- ☐ 2. Ik heb bijna altijd grote moeite om mijn aandacht vast te houden en om beslissingen te nemen.
- ☐ 3. Ik kan mij niet goed genoeg concentreren om te lezen of kan zelfs niet de kleinste beslissingen nemen.

16. Zelfbeeld:

- ☐ 0. Ik vind mijzelf even waardevol en nuttig als een ander.
- ☐ 1. Ik maak mijzelf meer verwijten dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Ik heb sterk de indruk dat ik anderen in moeilijkheden breng.
- ☐ 3. Ik denk voortdurend aan mijn grotere en kleinere tekortkomingen.

17. Toekomstverwachting:

- ☐ 0. Ik heb een optimistische kijk op de toekomst.
- ☐ 1. Ik ben af en toe pessimistisch over mijn toekomst, maar meestal geloof ik dat het wel weer beter zal gaan.
- ☐ 2. Ik ben er vrij zeker van dat mijn nabije toekomst (1-2 maanden) niet veel goeds te bieden heeft.
- ☐ 3. Ik heb geen hoop dat mij in de toekomst iets goeds zal overkomen.

Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat de afgelopen zeven dagen het meest op u van toepassing was

18. Gedachten aan dood en zelfmoord:

- ☐ 0. Ik denk niet aan zelfmoord of aan de dood.
- ☐ 1. Ik heb het gevoel dat mijn leven leeg is en vraag me af of het nog de moeite waard is.
- ☐ 2. Ik denk enkele malen per week wel even aan zelfmoord of aan de dood.
- ☐ 3. Ik denk een aantal keren per dag serieus na over zelfmoord of de dood, óf ik heb zelfmoordplannen gemaakt, óf ik heb al een poging gedaan om mijn leven te beëindigen.

19. Algemene interesse:

- ☐ 0. Geen verandering van mijn normale interesse in andere mensen en activiteiten.
- ☐ 1. Ik merk dat ik minder geïnteresseerd ben in anderen en in activiteiten.
- ☐ 2. Ik heb alleen nog interesse in één of twee dingen die ik voorheen deed.
- ☐ 3. Ik heb vrijwel geen interesse meer in dingen die ik voorheen deed.

20. Energie:

- ☐ 0. Geen verandering in mijn gebruikelijke energie.
- ☐ 1. Ik word sneller moe dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Ik heb grote moeite met het beginnen aan of volhouden van gebruikelijke dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld boodschappen doen, huiswerk, koken, of naar het werk gaan).
- ☐ 3. Ik ben niet in staat om mijn normale dagelijkse activiteiten uit te voeren vanwege een gebrek aan energie.

21. Plezier en genieten (seksuele leven buiten beschouwing laten):

- ☐ 0. Ik geniet net zoveel van aangename bezigheden als gewoonlijk.
- ☐ 1. Ik heb minder plezier in aangename bezigheden dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Ik heb nauwelijks plezier bij welke activiteit dan ook.
- ☐ 3. Ik kan nergens meer van genieten.

22. Belangstelling voor seks (scoor belangstelling en niet activiteit):

- ☐ 0. Ik heb evenveel belangstelling voor seks als gewoonlijk.
- ☐ 1. Mijn belangstelling voor seks is wat minder dan gewoonlijk, of ik beleef niet meer hetzelfde plezier aan seks als vroeger.
- ☐ 2. Ik heb weinig behoefte aan seks of beleef er zelden plezier aan.
- ☐ 3. Ik heb absoluut geen interesse in seks of beleef er geen plezier aan.

23. Gevoel van traagheid:

- ☐ 0. Ik denk, spreek en beweeg in mijn normale tempo.
- ☐ 1. Mijn denken is vertraagd en mijn stem klinkt vlak en saai.
- ☐ 2. Ik heb enkele seconden nodig om te antwoorden op vragen, en mijn denken is zeker vertraagd.
- ☐ 3. Het kost me zeker veel moeite om te reageren op vragen.

24. Rusteloos gevoel:

- ☐ 0. Ik voel mij niet rusteloos.
- ☐ 1. Ik ben vaak zenuwachtig, ik wring met mijn handen en ik kan niet rustig op een stoel zitten.
- ☐ 2. Ik heb de neiging te bewegen en ben nogal rusteloos.
- ☐ 3. Ik kan vaak niet stilzitten en loop dan te ijsberen.

Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat de afgelopen zeven dagen het meest op u van toepassing was

25. Pijnklachten:

- ☐ 0. Ik heb geen zwaar gevoel in mijn armen of benen en geen andere pijnklachten.
- ☐ 1. Soms heb ik hoofd-, buik-, rug- of gewrichtspijn, maar deze pijnen zijn af en toe aanwezig en belemmeren mij niet dingen te doen.
- ☐ 2. Bovenstaande pijnen heb ik vaak.
- ☐ 3. Deze pijnen zijn zo erg dat ik moet stoppen met mijn bezigheden.

26. Andere lichamelijke klachten:

- ☐ 0. Ik heb geen last van versnelde of onregelmatige hartslag, wazig zien, zweten, warme en koude golven, oorsuizingen, pijn in de borst of beven.
- ☐ 1. Ik heb enkele van deze klachten maar ze zijn licht en slechts af en toe aanwezig.
- ☐ 2. Ik heb meerdere van deze klachten en heb daar behoorlijk last van.
- ☐ 3. Deze klachten zijn zo erg dat ik moet stoppen met mijn bezigheden.

27. Paniek/fobische klachten:

- ☐ 0. Ik heb geen paniekaanvallen of specifieke angsten (fobieën) zoals voor dieren of hoogtevrees.
- ☐ 1. Ik heb lichte paniekaanvallen of angsten die gewoonlijk mijn gedrag niet veranderen en mij niet verhinderen te functioneren.
- ☐ 2. Ik heb duidelijke paniekaanvallen of angsten waardoor mijn gedrag moet aanpassen, hoewel ik kan blijven functioneren.
- ☐ 3. Ik heb tenminste één keer per week paniekaanvallen of ernstige angsten waardoor ik mijn dagelijkse activiteiten moet onderbreken.

28. Verstopping/diarree:

- ☐ 0. Er is geen verandering in de normale stoelgang.
- ☐ 1. Ik heb af en toe last van lichte verstopping of diarree.
- ☐ 2. Ik heb vaak last van verstopping of diarree zonder dat dit mijn dagelijks functioneren beïnvloedt.
- ☐ 3. Ik heb last van verstopping of diarree waarvoor ik medicatie neem of waardoor mijn dagelijkse activiteiten worden beïnvloed.

29. Gevoeligheid:

- ☐ 0. Ik voel mij niet snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen.
- ☐ 1. Ik voel mij soms afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd en gekwetst door anderen.
- ☐ 2. Ik voel mij vaak afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd en gekwetst door anderen, maar dit heeft slechts weinig invloed op mijn relaties of werk.
- ☐ 3. Ik voel mij vaak afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd en gekwetst door anderen en deze gevoelens verstoren mijn relaties en werk.

30. Zwaar gevoel/lichamelijk energie:

- ☐ 0. Ik ervaar geen zwaar gevoel in mijn lichaam en geen verminderde lichamelijke energie.
- ☐ 1. Ik ervaar af en toe een zwaar gevoel in mijn lichaam en het ontbreken van energie, maar zonder negatieve invloed op werk, school of op mijn activiteiten.
- ☐ 2. Meer dan de helft van de tijd heb ik een zwaar gevoel in mijn lichaam (ontbreken van lichamelijke energie).
- ☐ 3. Ik voel mij een aantal uren per dag, een aantal dagen per week zwaar in mijn lichaam (ontbreken van lichamelijke energie).

Totaal score:

Dank u voor uw medewerking !



BEOORDELINGSSCHAAL DEPRESSIEVE SYMPTOMEN¹
(INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY: IDS-C)
(in te vullen door behandelaar/persoonlijke naaste van de patiënt)



Ingevuld door:

Datum: - -

Instructie:

Hieronder ziet u 30 items die te maken hebben met depressieve symptomen, die in meer of mindere mate van toepassing kunnen zijn op de patiënt. Wanneer u twijfelt over een antwoord, probeert u dan een zo goed mogelijke inschatting te maken van de aanwezigheid en ernst van de klacht.

Bij elke vraag graag **één antwoord** aankruisen, dat in de **afgelopen vier weken** het meest op de patiënt van toepassing was.

In de digitale versie kunt u dit doen door eenmaal te klikken op het vakje van het door u gekozen antwoord. Wanneer u uw antwoord wilt corrigeren, kan dit eenvoudig door nogmaals op het hokje te klikken. Hierdoor verdwijnt het kruisje weer.

1. Inslaap stoornis:

- ☐ 0. Het duurt nooit langer dan 30 minuten om in slaap te vallen.
- ☐ 1. Het duurt tenminste 30 minuten om in slaap te vallen, minder dan de helft van de week.
- ☐ 2. Het duurt tenminste 30 minuten om in slaap te vallen, meer dan de helft van de week.
- ☐ 3. Het duurt meer dan 60 minuten om in slaap te vallen, meer dan de helft van de week.

2. Doorslaap stoornis:

- ☐ 0. Wordt 's nachts niet wakker.
- ☐ 1. Slaapt onrustig en licht; wordt weinig wakker.
- ☐ 2. Wordt tenminste één keer per nacht wakker, maar valt weer gemakkelijk in slaap.
- ☐ 3. Wordt vaker dan één keer per nacht wakker en blijft dan 20 minuten of langer wakker, meer dan de helft van de week.

3. Vroeg ontwaken:

- ☐ 0. Wordt minder dan de helft van de week niet meer dan 30 minuten voordat het nodig is wakker.
- ☐ 1. Wordt meer dan 30 minuten voordat het nodig is wakker, meer dan de helft van de week.
- ☐ 2. Wordt tenminste 1 uur voordat het nodig is wakker, meer dan de helft van de week.
- ☐ 3. Wordt tenminste 2 uur voordat het nodig is wakker, meer dan de helft van de week.

4. Hypersomnie:

- ☐ 0. Slaapt niet langer dan 7-8 uur per nacht, zonder overdag een dutje te doen.
- ☐ 1. Slaapt niet langer dan 10 uur binnen een etmaal (inclusief dutten).
- ☐ 2. Slaapt niet langer dan 12 uur binnen een etmaal (inclusief dutten).
- ☐ 3. Slaapt langer dan 12 uur binnen een etmaal (inclusief dutten).

¹Bron: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_65pdf.pdf
Nederlandse vertaling: Altrecht GGZ Copyright © 1995/2005

5. Sombere stemming:

- ☐ 0. Is niet somber.
- ☐ 1. Is minder dan de helft van de tijd somber.
- ☐ 2. Is meer dan de helft van de tijd somber.
- ☐ 3. Is bijna altijd erg somber.

6. Prikkelbare stemming:

- ☐ 0. Voelt zich niet prikkelbaar.
- ☐ 1. Voelt zich minder dan de helft van de tijd prikkelbaar.
- ☐ 2. Voelt zich meer dan de helft van de tijd prikkelbaar.
- ☐ 3. Voelt zich bijna altijd heel erg prikkelbaar.

7. Angstige of gespannen stemming:

- ☐ 0. Voelt zich niet angstig of gespannen.
- ☐ 1. Voelt zich minder dan de helft van de tijd angstig of gespannen.
- ☐ 2. Voelt zich meer dan de helft van de tijd angstig of gespannen.
- ☐ 3. Voelt zich bijna altijd uiterst angstig of gespannen.

8. Beïnvloedbaarheid van de stemming:

- ☐ 0. Bij positieve gebeurtenissen verbetert de stemming gedurende een aantal uren tot een normaal niveau.
- ☐ 1. Bij positieve gebeurtenissen verbetert de stemming, maar voelt zich niet zoals gewoonlijk.
- ☐ 2. Stemming klaart slechts op bij een beperkt aantal zeer gewenste gebeurtenissen.
- ☐ 3. Stemming klaart helemaal niet op, zelfs niet bij zeer positieve gebeurtenissen.

9. Stemming in de loop van de dag:

- ☐ 0. Er is geen duidelijk verband tussen stemming en de tijd van de dag.
- ☐ 1. De stemming houdt vaak verband met de tijd van de dag tengevolge van omgevingsfactoren.
- ☐ 2. Over het algemeen is de stemming meer gerelateerd aan de tijd van de dag dan aan gebeurtenissen.
- ☐ 3. De stemming is op een vaste tijd iedere dag duidelijk en voorspelbaar beter of slechter.

→ 9A. Is de stemming typisch slechter in de (één aankruisen):

- ☐ 0. ochtend?
- ☐ 1. middag?
- ☐ 2. avond?

→ 9B. Worden de stemmingswisselingen door de patiënt toegeschreven aan de omgeving (één aankruisen)?

- ☐ 0. Ja
- ☐ 1. Nee

10. Kwaliteit van de stemming:

- ☐ 0. De stemming is bijna ongestoord of is vrijwel hetzelfde als de gevoelens die optreden bij rouw.
- ☐ 1. De stemming is grotendeels zoals het verdriet bij rouw, hoewel niet verklaarbaar, gaat gepaard met meer angst, of is van een veel grotere intensiteit.
- ☐ 2. Minder dan de helft van de tijd verschilt de stemming kwalitatief van verdriet en is daarom moeilijk aan anderen uit te leggen.
- ☐ 3. De stemming is bijna altijd kwalitatief anders dan verdriet.

Beantwoord 11 óf 12 (niet beide)

11. Verminderde eetlust:

- ☐ 0. De eetlust is niet anders dan gewoonlijk.
- ☐ 1. Eet wat minder vaak en/of kleinere hoeveelheden dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Eet veel minder dan gewoonlijk en alleen met eigen inspanning.
- ☐ 3. Eet nauwelijks binnen één etmaal en alleen met extreme eigen inspanning of op aandringen van anderen.

12. Toegenomen eetlust:

- ☐ 0. De eetlust is niet anders dan gewoonlijk.
- ☐ 1. Voelt vaker dan gewoonlijk de behoefte om te eten.
- ☐ 2. Eet vaker en/of grotere hoeveelheden dan gewoonlijk.
- ☐ 3. Voelt een sterke neiging om tijdens en tussen de maaltijden door te veel te eten.

Beantwoord 13 óf 14 (niet beide)

13. Gewichtsafname gedurende de afgelopen 2 weken:

- ☐ 0. Geen gewichtsverandering.
- ☐ 1. Heeft het gevoel dat hij/zij wat is afgevallen.
- ☐ 2. Is 1 kg of meer afgevallen.
- ☐ 3. Is 2,5 kg of meer afgevallen.

14. Gewichtstoename gedurende de afgelopen 2 weken:

- ☐ 0. Geen gewichtsverandering.
- ☐ 1. Heeft het gevoel dat hij/zij wat is aangekomen.
- ☐ 2. Is 1 kg of meer aangekomen.
- ☐ 3. Is 2,5 kg of meer aangekomen.

15. Concentratie/besluitvaardigheid:

- ☐ 0. Geen verandering in gebruikelijke concentratievermogen en in besluitvaardigheid.
- ☐ 1. Voelt zich nu en dan besluiteloos of merkt dat de aandacht vaak afdwaalt.
- ☐ 2. Heeft meestal grote moeite om de aandacht vast te houden of om beslissingen te nemen.
- ☐ 3. Kan zich niet goed genoeg concentreren om te lezen of kan zelfs geen kleine beslissingen nemen.

16. Zelfbeeld:

- ☐ 0. Vindt zichzelf even waardevol en nuttig als anderen.
- ☐ 1. Maakt zichzelf meer verwijten dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Meent anderen in moeilijkheden te brengen.
- ☐ 3. Denkt voortdurend aan grotere of kleinere tekortkomingen van zichzelf.

17. Toekomstverwachting:

- ☐ 0. Ziet de toekomst met gebruikelijk optimisme.
- ☐ 1. Is af en toe pessimistisch, maar dit pessimisme kan worden verdreven door anderen of door gebeurtenissen.
- ☐ 2. Is in hoge mate pessimistisch over de nabije toekomst.
- ☐ 3. Heeft geen hoop dat eigen situatie zal verbeteren.

18. Suïcidegedachten:

- ☐ 0. Denkt niet aan suïcide of aan de dood.
- ☐ 1. Ervaart het leven als leeg of niet de moeite waard om te leven.
- ☐ 2. Denkt enkele malen per week kortdurend aan suïcide of de dood.
- ☐ 3. Denkt een aantal keren per dag serieus na over suïcide of de dood, of heeft zelfmoordplannen gemaakt, of heeft al een suïcidepoging ondernomen.

19. Algemene interesse:

- ☐ 0. Geen verandering van gebruikelijke interesse in andere mensen en activiteiten.
- ☐ 1. Merkt afname in vroegere interesses of activiteiten.
- ☐ 2. Heeft alleen nog interesse in één of twee dingen.
- ☐ 3. Heeft vrijwel geen interesse meer in vroegere activiteiten.

20. Energie/vermoeibaarheid:

- ☐ 0. Geen verandering in gewoonlijke energie.
- ☐ 1. Wordt sneller moe dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Heeft grote moeite met het beginnen aan of volhouden van gewone dagelijkse bezigheden.
- ☐ 3. Is niet in staat om de gewone dagelijkse bezigheden uit te voeren vanwege een gebrek aan energie.

21. Plezier en genieten (sluit seksuele activiteiten uit):

- ☐ 0. Neemt deel aan aangename bezigheden en geniet daarvan net als gewoonlijk.
- ☐ 1. Heeft minder plezier in aangename bezigheden dan gewoonlijk.
- ☐ 2. Kan nog slechts zelden genieten van welke bezigheid dan ook.
- ☐ 3. Kan nergens meer van genieten.

22. Belangstelling voor seks (scoor belangstelling en niet activiteit):

- ☐ 0. Heeft gewone belangstelling voor of plezier in seks.
- ☐ 1. Belangstelling voor seks is wat minder dan gewoonlijk of heeft iets minder plezier in seks dan vroeger.
- ☐ 2. Heeft weinig behoefte aan seks of beleeft er zelden plezier aan.
- ☐ 3. Heeft absoluut geen belangstelling voor seks of beleeft er geen plezier aan.

23. Psychomotorische retardatie:

- ☐ 0. Denkt, gebaart en spreekt in normaal tempo.
- ☐ 1. Vertraagd in het denken en de modulatie van de stem is verminderd.
- ☐ 2. Heeft enkele seconden nodig om de meeste vragen te beantwoorden; meldt vertraagd denken.
- ☐ 3. Zonder duidelijke aansporing worden de meeste vragen niet beantwoord.

24. Psychomotorische agitatie:

- ☐ 0. Geen versnelling of desorganisatie in denken en van gebaren.
- ☐ 1. Is zenuwachtig, handenwringend en kan niet rustig op een stoel zitten.
- ☐ 2. Beschrijft de neiging om te bewegen en vertoont motorische onrust.
- ☐ 3. Is niet in staat om stil te zitten, loopt te ijsberen.

25. Lichamelijke klachten:

- ☐ 0. Zegt geen zwaar gevoel of pijn in de ledematen te hebben.
- ☐ 1. Heeft soms klachten van hoofd-, buik-, rug- of gewrichtspijn, maar deze zijn niet belemmerend.
- ☐ 2. Deze pijnklachten zijn meestal aanwezig.
- ☐ 3. Deze pijnklachten geven beperkingen in het functioneren.

26. Vegetatieve klachten:

- ☐ 0. Geen: hartkloppingen, tremoren, wazig zien, oorsuizingen, overmatig zweten, kortademigheid, warme en koude golven, pijn op de borst.
- ☐ 1. Bovenstaande klachten zijn licht en slechts af en toe aanwezig.
- ☐ 2. Bovenstaande klachten zijn matig, en meer dan de helft van de tijd aanwezig.
- ☐ 3. Bovenstaande klachten geven beperkingen in het functioneren.

27. Paniek/fobische klachten:

- ☐ 0. Heeft geen paniekaanvallen of fobische symptomen.
- ☐ 1. Heeft lichte paniekaanvallen of fobieën die gewoonlijk het gedrag niet veranderen en die het functioneren niet hinderen.
- ☐ 2. Heeft duidelijke paniekaanvallen of fobieën waardoor het gedrag moet worden aangepast, maar die het functioneren niet hinderen.
- ☐ 3. Heeft invaliderende paniekaanvallen tenminste één keer per week of ernstige fobieën die leiden tot volledig en/of regelmatig vermijdingsgedrag.

28. Gastro-intestinaal:

- ☐ 0. Er is geen verandering in de gewoonlijke stoelgang.
- ☐ 1. Heeft af en toe last van lichte verstopping en/of lichte diarree.
- ☐ 2. Heeft last van verstopping en/of diarree zonder dat het dagelijks functioneren wordt beïnvloed.
- ☐ 3. Heeft last van verstopping en/of diarree waarvoor medische behandeling nodig is of waardoor het dagelijkse functioneren wordt beïnvloed.

29. Interpersoonlijke gevoeligheid:

- ☐ 0. Voelt zich in het geheel niet snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen.
- ☐ 1. Voelt zich soms afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen.
- ☐ 2. Voelt zich vaak afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen, maar dit resulteert niet in verminderd sociaal of beroepsmatig functioneren.
- ☐ 3. Voelt zich vaak afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen en dit resulteert in verminderd sociaal of beroepsmatig functioneren.

30. Zwaar gevoel/lichamelijk energie:

- ☐ 0. Ervaart geen zwaar gevoel in het lichaam en het ontbreken van lichamelijke energie.
- ☐ 1. Heeft soms last van een zwaar gevoel in het lichaam en het ontbreken van lichamelijke energie, maar zonder negatieve invloed op het werk, school of op activiteiten.
- ☐ 2. Meer dan de helft van de tijd heeft hij/zij een zwaar gevoel in het lichaam (ontbreken van lichamelijke energie).
- ☐ 3. Voelt zich, meestal een aantal uren per dag, een aantal dagen per week zwaar in het lichaam (ontbreken van lichamelijke energie).

Totaal score:

Bijlage 7 Vragenlijst effect beeldende therapie (BTV) voor patiënt



Vragenlijst onderzoek naar effect van Beeldende Therapie

Naam:

Datum:

Hieronder ziet u een aantal uitspraken die in meer of mindere mate op u van toepassing kunnen zijn. Lees de uitspraken zorgvuldig en beantwoord ze vlot. Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat in de afgelopen vier weken het meest op u van toepassing was.

	Stelling	1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
1	Er wordt door de beeldend therapeut oordeelvrij op mij gereageerd.					
2	Ik kom in contact met mijn gevoel via het beeldend werken.					
3	Ik herken mezelf niet in wat ik maak tijdens de beeldende therapie.					
4	Als ik boos, bang, verdrietig of juist blij ben, dan ervaar ik dat in hoe ik bezig ben in het beeldend werken.					
5	Ik ontdek wat mij wel of niet ligt in het werken met materialen.					
6	Ik ervaar geen verschil tussen de diverse kleuren in welke gevoelswaarde deze voor me hebben.					
7	Ik voel me serieus genomen in de beeldende therapie.					
8	In de beeldende therapie kan ik mijn gevoelens verbeelden.					
9	Door het voelen van materialen ervaar ik echt wat er op dat moment in mij gebeurt.					
10	Impulsen (<i>bijvoorbeeld iets kapot willen maken, willen krassen of juist iets mooi te willen maken</i>) kan ik in het beeldend werk uitleven.					
11	Door beeldende therapie ga ik zien hoe ik me gedraag.					
12	Ik krijg voldoende vrijheid om mijzelf in het beeldend werk te kunnen uitdrukken.					
13	Door het woorden geven aan werkstukken kom ik tot een beter begrip van mijzelf.					
14	In het beeldend werken ervaar ik eigen keuzes.					
15	Via het beeldend werken kan ik gevoelens uiten.					
16	In het beeldend werk ben ik bezig om iets op een andere manier aan te pakken (<i>bijv. proberen vrijer te werken of minder negatief te oordelen over eigen werk</i>).					
17	Het lukt mij om in het beeldend werken wat meer uit m'n hoofd te komen.					
18	Door mijn beeldend werk kom ik erachter wat er bij mij speelt.					

Stelling	1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
19 Ik krijg in de sessie onvoldoende houvast geboden om tot beeldend werken te komen.					
20 Beeldend werken is voor mij een soort uitlaatklep.					
21 Beeldend werken brengt me meer in contact met mijn gevoelens dan het praten in gesprekstherapie.					
22 Het groeps karakter van beeldende therapie heeft voor mij geen meerwaarde.					
23 Ik krijg inzicht in mijzelf door beeldende therapie.					
24 Ik kan mijn eigen beeldend werk niet accepteren.					
25 Ik denk na over wat ik tegenkom in de beeldende therapie.					
26 In mijn beeldend werk komen persoonlijke thema's terug.					
27 Ik leer in beeldende therapie om meer contact te leggen met anderen.					
28 Mijn beeldend werk heeft niks met mij te maken.					
29 Ik ervaar steun van mijn groep in de beeldende therapie.					
30 In het beeldend werk kan ik zaken een plek geven.					
31 In verbale therapie kan ik me beter op mezelf concentreren dan in beeldende therapie.					
32 In de verbale therapie ben ik meer bezig met wat de interactie met de ander bij mij oproept dan in beeldende therapie.					
33 Ik kan in het beeldend werk niks kwijt.					
34 Een werkstuk dat ik gemaakt heb, kan me helpen om een bepaald gevoel vast te houden.					
35 Samenwerkingsoefeningen zijn vreselijk: ik leer er niets van.					
36 Beeldend werken ervaar ik als veiliger dan praten tijdens gesprekstherapie.					
37 Ik heb liever gesprekstherapie dan beeldende therapie omdat ik daarin beter controle kan houden.					
38 Het nieuwe gedrag, waarmee ik in de beeldende therapie heb geëxperimenteerd, kan ik buiten de therapie proberen in te zetten.					
39 Door werkstukken te bespreken ga ik beter begrijpen wat zich in de maker ervan afspeelt.					
40 Beelden komen bij mij later dan woorden.					

Voor de volgende vragen wordt u gevraagd om uw antwoord aan te geven in de volgende schaal:		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel	5 Veel
41	Heeft u baat gehad bij beeldende therapie?					
42	Mijn dagelijks functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>dagelijkse activiteiten zoals werk, huishouden, studie, gezins- en vrijetijdsactiviteiten, zelfverzorging</i>).					
43	Mijn emotioneel functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>ervaren van emoties, deze kunnen hanteren en sneller rustig worden na heftige emoties</i>).					
44	Mijn sociaal functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>omgaan met anderen zoals groepsgenoten, partner, vrienden, familie</i>).					

Welke gebieden zijn bij u geraakt door de beeldende therapie? (U kunt met ja of nee antwoorden)		Ja	Nee
45	Duidelijker zelfbeeld (wie ben ik, wat wil ik, wat kan ik)		
46	Vergroten zelfvertrouwen, zelfwaardering		
47	Eigen keuzes maken, zelfsturing		
48	Uiten van gevoelens en tonen van emoties		
49	Plaats geven aan traumatische gebeurtenissen		
50	Herkennen van, inzicht in en veranderen van patronen in gevoel, gedrag en gedachten		
51	Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld)		
52	Verbetering van sociaal functioneren (omgang met anderen)		
53	Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid		

Bron: Haeyen, S. (2011). De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: introductie van een beeldende therapie vragenlijst. Maklu.

In het binnenkort te houden gesprek gaan we verder in op de door u gegeven antwoorden. Doel hiervan is om meer inzicht te krijgen in de toegevoegde waarde van beeldende therapie en mogelijke verbeterpunten in het gehanteerde programma.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!



Interview vragenlijst
onderzoek naar effect van Beeldende Therapie

Naam: _____ **Datum:** _____

Stelling	1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
1 Er wordt door de beeldend therapeut oordeelvrij op mij gereageerd.					
Hoe is dat?					
2 Ik kom in contact met mijn gevoel via het beeldend werken.					
Hoe?					
3 Ik herken mezelf niet in wat ik maak tijdens de beeldende therapie.					
Kan je hier iets over vertellen?					
4 Als ik boos, bang, verdrietig of juist blij ben, dan ervaar ik dat in hoe ik bezig ben in het beeldend werken.					
Hoe merk je dat?					
5 Ik ontdek wat mij wel of niet ligt in het werken met materialen.					
Kan je hier iets meer over vertellen?					
6 Ik ervaar geen verschil tussen de diverse kleuren in welke gevoelswaarde deze voor me hebben.					
Kan je dit toelichten?					
7 Ik voel me serieus genomen in de beeldende therapie.					
Waar merk je dat aan?					
8 In de beeldende therapie kan ik mijn gevoelens verbeelden.					
Kan je daar iets meer over vertellen?					
9 Door het voelen van materialen ervaar ik echt wat er op dat moment in mij gebeurt.					
Kan je daar een voorbeeld van geven?					

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
10	Impulsen (bijvoorbeeld iets kapot willen maken, willen krassen of juist iets mooi te willen maken) kan ik in het beeldend werk uitleven					
Kan je daar een voorbeeld van geven?						
11	Door beeldende therapie ga ik zien hoe ik me gedraag.					
Waar zie je dat aan?						
12	Ik krijg voldoende vrijheid om mijzelf in het beeldend werk te kunnen uitdrukken.					
Toelichting?						
13	Door het woorden geven aan werkstukken kom ik tot een beter begrip van mijzelf.					
Kan je dat toelichten? Misschien met een voorbeeld?						
14	In het beeldend werken ervaar ik eigen keuzes.					
Hoe ga je daarmee om?						
15	Via het beeldend werken kan ik gevoelens uiten.					
Mag ik je vragen hoe je dat doet?						
16	In het beeldend werk ben ik bezig om iets op een andere manier aan te pakken (bijv. proberen vrijer te werken of minder negatief te oordelen over eigen werk).					
Toelichting?						
17	Het lukt mij om in het beeldend werken wat meer uit m'n hoofd te komen.					
Hoe is dat?						
18	Door mijn beeldend werk kom ik erachter wat er bij mij speelt.					
Hoe merk je dat?						
19	Ik krijg in de sessie onvoldoende houvast geboden om tot beeldend werken te komen.					
Toelichting?						
20	Beeldend werken is voor mij een soort uitlaatklep.					
Kan je dat toelichten?						

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
21	Beeldend werken brengt me meer in contact met mijn gevoelens dan het praten in gesprekstherapie.					
Kan je dat toelichten?						
22	Het groepskarakter van beeldende therapie heeft voor mij geen meerwaarde.					
Toelichting?						
23	Ik krijg inzicht in mijzelf door beeldende therapie.					
Kan je daar iets meer over vertellen?						
24	Ik kan mijn eigen beeldend werk niet accepteren.					
Toelichting?						
25	Ik denk na over wat ik tegenkom in de beeldende therapie.					
Toelichting?						
26	In mijn beeldend werk komen persoonlijke thema's terug.					
Wil je daar wat meer over vertellen?						
27	Ik leer in beeldende therapie om meer contact te leggen met anderen.					
Hoe merk je dat?						
28	Mijn beeldend werk heeft niks met mij te maken.					
Wat maakt dat je dat zegt?						
29	Ik ervaar steun van mijn groep in de beeldende therapie.					
Hoe ervaar je dat?						
30	In het beeldend werk kan ik zaken een plek geven.					
Kan je dat toelichten?						
31	In verbale therapie kan ik me beter op mezelf concentreren dan in beeldende therapie.					
Weet je waar dat door komt?						

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
32	In de verbale therapie ben ik meer bezig met wat de interactie met de ander bij mij oproept dan in beeldende therapie.					
Hoe dan?						
33	Ik kan in het beeldend werk niks kwijt.					
Heb je een idee waardoor dat komt?						
34	Een werkstuk dat ik gemaakt heb, kan me helpen om een bepaald gevoel vast te houden.					
Hoe doe je dat?						
35	Samenwerkingsoefeningen zijn vreselijk: ik leer er niets van.					
Toelichting?						
36	Beeldend werken ervaar ik als veiliger dan praten tijdens gesprekstherapie.					
Kan je dit toelichten?						
37	Ik heb liever gesprekstherapie dan beeldende therapie omdat ik daarin beter controle kan houden.					
Toelichting?						
38	Het nieuwe gedrag, waarmee ik in de beeldende therapie heb geëxperimenteerd, kan ik buiten de therapie proberen in te zetten.					
Kan je hier iets meer over vertellen?						
39	Door werkstukken te bespreken ga ik beter begrijpen wat zich in de maker ervan afspeelt.					
Kan je dit toelichten? Geldt dit voor jezelf en/of voor de anderen?						
40	Beelden komen bij mij later dan woorden.					
Toelichting:						
Wat vind je van de warming-up oefeningen?						
Wat zou je graag anders zien? (Vraag toegevoegd bij interview III)						

Ik heb een aantal stellingen/vragen over het materiaal en de opdrachten die je krijgt. Ook wil ik je vragen of je verbeterpunten hebt.						
	Het materiaal/de opdrachten					
	Ik leer veel van het werken met materialen					
	Ik krijg voldoende uitleg over hoe ik met materiaal moet werken					
	De opdrachten zijn begrijpelijk en uit te voeren					
	De therapieruimte is een prettige ruimte om in te werken					
	Ik vind het prettig om met opdrachten te werken					
	Ik vind het prettig om vrij en naar eigen idee te werken					
	Vragen over het resultaat/effect					
	Door beeldende therapie krijg ik weer grip op mijn leven					
	Mijn zelfvertrouwen verbetert door beeldende therapie					
	Bij beeldende therapie kan ik nieuwe mogelijkheden uitproberen					
	Door beeldende therapie heb ik gebeurtenissen een plek kunnen geven					
	Beeldende therapie helpt me inzicht in mezelf te krijgen					
	Beeldend werken helpt me om tot rust te komen					
	Beeldend werken helpt om me beter te concentreren					
	Het heeft me geholpen om gevoelens die mijn werkstukken bij mij oproepen om te zetten in een actie					
	Ik vind het waardevol dat ik mijn werkstukken terug kan zien					
	Door het werk te bekijken zie ik mijn eigen proces					
Toelichting:						

Voor de volgende vragen wordt u gevraagd om uw antwoord aan te geven in de volgende schaal:		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel	5 Veel
41	Heeft u baat gehad bij beeldende therapie?					
42	Mijn dagelijks functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>dagelijkse activiteiten zoals werk, huishouden, studie, gezins- en vrijetijdsactiviteiten, zelfverzorging</i>).					
43	Mijn emotioneel functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>ervaren van emoties, deze kunnen hanteren en sneller rustig worden na heftige emoties</i>).					
44	Mijn sociaal functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>omgaan met anderen zoals groepsgenoten, partner, vrienden, familie</i>).					
Eventuele toelichting:						
Welke gebieden zijn bij u geraakt door de beeldende therapie? (U kunt met ja of nee antwoorden)					Ja	Nee
45	Duidelijker zelfbeeld (wie ben ik, wat wil ik, wat kan ik)					
46	Vergroten zelfvertrouwen, zelfwaardering					
47	Eigen keuzes maken, zelfsturing					
48	Uiten van gevoelens en tonen van emoties					
49	Plaats geven aan traumatische gebeurtenissen					
50	Herkennen van, inzicht in en veranderen van patronen in gevoel, gedrag en gedachten					
51	Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld)					
52	Verbetering van sociaal functioneren (omgang met anderen)					
53	Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid					
Toelichting:						

In hoeverre heeft beeldende therapie invloed op de depressieve symptomen, zoals u deze wekelijks invult in de IDS?						
		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel	5 Veel
	Beeldende therapie draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van slapen					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak somber					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak prikkelbaar					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak angstig of gespannen					
	Beeldende therapie heeft positieve invloed op mijn stemming					
	Beeldende therapie heeft positieve invloed op mijn eetlust en gewicht					
	Door beeldende therapie is mijn concentratievermogen en besluitvaardigheid verbeterd:					
	Door beeldende therapie is mijn zelfbeeld positiever geworden					
	Door beeldende therapie is mijn beeld van de toekomst positiever geworden					
	Door beeldende therapie is het aantal keren dat ik aan dood of zelfmoord denk, verminderd					
	Door beeldende therapie is mijn interesse in andere mensen en activiteiten vergroot					
	Mijn energieniveau is verbeterd door beeldende therapie					
	Door beeldende therapie beleef ik weer meer plezier bij en/of geniet ik weer meer van mijn bezigheden en activiteiten					
	Mijn tempo van denken, spreken en bewegen is verbeterd door beeldende therapie:					
	Ik voel me minder vaak rusteloos en/of zenuwachtig dankzij beeldende therapie					
	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van pijnklachten					
	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van andere lichamelijke klachten					
	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van paniekaanvallen of specifieke angsten					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen					
	Ik heb een minder zwaar gevoel in mijn lichaam en mijn lichamelijke energie is verhoogd dankzij beeldende therapie					



**Interview vragenlijst met beeldend therapeut
onderzoek naar effect van Beeldende Therapie**

Naam:	Datum:
PROGRAMMA	
Welke werkvormen heeft de patiënt gedaan?	
Week 1:	
Week 2:	
enz.	
Waren er bijzonderheden en/of afwijkingen van het programma?	
Heb je het sociogram afgenomen bij de patiënt? Kwamen er bijzonderheden naar voren?	
Zijn er opvallende zaken die van belang zijn om te melden over het gedrag en/of de aanwezigheid van de patiënt?	
Welke behandeldoelen zijn afgesproken?	
MATERIAAL	
Hoe gaat de patiënt om met materiaalkeuze?	
Hoe is de materiaalomgang van de patiënt?	
VORMGEVING	
Kan je iets vertellen over de vormgeving van de patiënt?	
THEMATIEK	
Kan je iets vertellen over de thematiek van de patiënt?	
RELATIE	
Hoe gedraagt de patiënt zich in de groep?	
Hoe gedraagt de patiënt zich richting therapeut?	
Andere bijzonderheden en/of zaken die van belang zijn voor het onderzoek?	

Hoe schat je onderstaande vragen in voor de patiënt?

Voor de volgende vragen wordt u gevraagd om uw antwoord aan te geven in de volgende schaal:		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel	5 Veel
41	Heeft u baat gehad bij beeldende therapie?					
42	Mijn dagelijks functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>dagelijkse activiteiten zoals werk, huishouden, studie, gezins- en vrijetijdsactiviteiten, zelfverzorging</i>).					
43	Mijn emotioneel functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>ervaren van emoties, deze kunnen hanteren en sneller rustig worden na heftige emoties</i>).					
44	Mijn sociaal functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>omgaan met anderen zoals groepsgenoten, partner, vrienden, familie</i>).					
Eindterm 2: de patiënt kan contact maken met zichzelf, zijn omgeving en zijn activiteiten						
Toelichting:						
Welke gebieden zijn volgens de therapeut bij de patiënt geraakt door de beeldende therapie? (U kunt met ja of nee antwoorden)					Ja	Nee
45	Duidelijker zelfbeeld (wie ben ik, wat wil ik, wat kan ik) Eindterm 2					
46	Vergroten zelfvertrouwen, zelfwaardering Eindterm 4					
47	Eigen keuzes maken, zelfsturing Eindterm 5					
48	Uiten van gevoelens en tonen van emoties Eindterm 1?					
49	Plaats geven aan traumatische gebeurtenissen Eindterm 3					
50	Herkennen van, inzicht in en veranderen van patronen in gevoel, gedrag en gedachten Eindterm 1					
51	Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld) Eindterm 2 en 6					
52	Verbetering van sociaal functioneren (omgang met anderen) Eindterm 2					
53	Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid Eindterm 3					
Toelichting:						

In hoeverre heeft beeldende therapie invloed op de depressieve symptomen van de patiënt volgens de IDS?

Eindterm 1: de depressieve symptomen worden door de patiënt herkend en ze worden hanteerbaar.		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel	5 Veel
	Beeldende therapie draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van slapen					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak somber					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak prikkelbaar					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak angstig of gespannen					
	Beeldende therapie heeft positieve invloed op mijn stemming					
	Beeldende therapie heeft positieve invloed op mijn eetlust en gewicht					
	Door beeldende therapie is mijn concentratievermogen en besluitvaardigheid verbeterd:					
	Door beeldende therapie is mijn zelfbeeld positiever geworden					
	Door beeldende therapie is mijn beeld van de toekomst positiever geworden					
	Door beeldende therapie is het aantal keren dat ik aan dood of zelfmoord denk, verminderd					
	Door beeldende therapie is mijn interesse in andere mensen en activiteiten vergroot					
	Mijn energieniveau is verbeterd door beeldende therapie					
	Door beeldende therapie beleef ik weer meer plezier bij en/of geniet ik weer meer van mijn bezigheden en activiteiten					
	Mijn tempo van denken, spreken en bewegen is verbeterd door beeldende therapie:					
	Ik voel me minder vaak rusteloos en/of zenuwachtig dankzij beeldende therapie					
	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van pijnklachten					
	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van andere lichamelijke klachten					
	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van paniekaanvallen of specifieke angsten					
	Door beeldende therapie voel ik mij minder snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen					
	Ik heb een minder zwaar gevoel in mijn lichaam en mijn lichamelijke energie is verhoogd dankzij beeldende therapie					

Patiënten evaluatie formulier

Jaartal 20.. Naam patiënt:

1. Hoe heeft u de volgende therapieën inhoudelijk ervaren?

- a. IPT: 0 heel goed
 0 goed
 0 gemiddeld
 0 slecht
 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

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

Heeft u in de IPT nog iets gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

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

- b. CGT: 0 heel goed
 0 goed
 0 gemiddeld
 0 slecht
 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

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

Heeft u nog iets in de CGT gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

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

Er zijn wegwerkzaamheden.

Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



umcg

- c. PMT: 0 heel goed
 0 goed
 0 gemiddeld
 0 slecht
 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

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

Heeft u iets in de PMT gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

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

- d. AT: 0 heel goed
 0 goed
 0 gemiddeld
 0 slecht
 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

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

Heeft u iets in de AT gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

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

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl

Patiënten eindevaluatie formulier



umcg

- e. BT: 0 heel goed
 0 goed
 0 gemiddeld
 0 slecht
 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

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

Heeft u iets in de BT gemist of kan er nog iets verbeterd worden?

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

- f. Arts: 0 heel goed
 0 goed
 0 gemiddeld
 0 slecht
 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

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

Heeft u in het contact met de arts nog iets gemist of kan er nog iets verbeterd worden?

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

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



2. Hoe heeft u de volgende programma onderdelen inhoudelijk ervaren?

a. Weekend voorbespreking / Weekevaluatie:

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u nog wat verbeterd worden?

.....

.....

.....

b. Weekend nabespreking / Weekopening:

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u nog wat verbeterd worden?

.....

.....

.....

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



umcg

c. De extra huiswerkbegeleiding RET (door psychologen):

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

.....

.....

.....

.....

3. Hoe heeft u het werken met een weekdoel ervaren?

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

.....

Heeft u hierin wat gemist of kan er volgens u wat aan verbeterd worden?

.....

.....

.....

.....

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



umcg

Verpleegkundige begeleiding

4.a Hoe heeft u de huiswerkbegeleiding RET, door verpleegkundigen, ervaren?

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u iets aan verbeterd kunnen worden?

.....

.....

.....

.....

4.b Hoe heeft u de hulp van de verpleegkundige ervaren bij het formuleren van een weekdoel?

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u iets aan verbeterd worden?

.....

.....

.....

.....

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



umcg

4.c Hoe heeft u de individuele gesprekken met de verpleegkundige ervaren?

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

.....

.....

.....

.....

5. Hoe heeft u het programma / rooster in zijn algemeenheid gevonden?

- 0 heel goed
- 0 goed
- 0 gemiddeld
- 0 slecht
- 0 heel slecht

Probeer uw antwoord toe te lichten:

.....

.....

.....

.....

Heeft u hierin iets gemist of kan er volgens u nog iets verbeterd worden?

.....

.....

.....

.....

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



umcg

6. Geef uzelf een cijfer over de uw toestand bij aanvang van de behandeling? (van 0 t/m 10)(0 = extreem slecht & 10 = extreem goed)

.....

7. Geeft uzelf een cijfer over uw toestand nu met ontslag? (van 0 t/m 10)(0 = extreem slecht & 10 = extreem goed)

.....

8. Kunt u in het kort aangeven welke belangrijke veranderingen er in de loop van 16 weken bij u zijn opgetreden?

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

9. Probeer in het kort aan te geven waardoor dit (bij u) volgens u vooral gebeurd is.

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

10. Geef een beoordeling voor de gehele behandeling. (van 0 t/m 10)

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

11. Hier nog ruimte voor andere suggesties, ideeën en/of opmerkingen:

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

Er zijn wegwerkzaamheden.
Check voor vertrek www.groningenbereikbaar.nl



umcg



**Antwoorden uit vragenlijsten BTV, VME en BT-IDSV
onderverdeeld naar eindtermen van de behandelmodule Beeldende Therapie**

Datum: I = 08-08-2018, II = 05-09-2018, III = 03-10-2018, IV = 31-10-2018

Eindtermen bij de behandelmodule zijn:

1. De depressieve symptomen worden door de patiënt herkend en ze worden hanteerbaar.
2. De patiënt kan contact maken met zichzelf, zijn omgeving en zijn activiteiten.
3. Het perspectief van de patiënt is veranderd, de focus is gericht op het positieve.
4. De patiënt krijgt vertrouwen in eigen kunnen doordat hij hier ervaring in heeft opgedaan, hij kan mogelijkheden onderzoeken en hiermee experimenteren.
5. De patiënt is actief, neemt initiatief en hij maakt toekomstplannen.
6. De patiënt kan ontspanning en plezier ervaren.

Bij de stellingen zijn de antwoorden van meetmoment 4 ingekleurd volgens de legenda:

	nooit waar/ nee
	zelden waar
	soms waar
	vaak waar
	(bijna) altijd waar/ ja

Stelling	1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
Eindterm 1: De depressieve symptomen worden door de patiënt herkend en ze worden hanteerbaar.					
8 In de beeldende therapie kan ik mijn gevoelens verbeelden.	I: X		II: X III: X	IV: X	
4 Als ik boos, bang, verdrietig of juist blij ben, dan ervaar ik dat in hoe ik bezig ben in het beeldend werken.			II: X III: X	IV: X	I: X
11 Door beeldende therapie ga ik zien hoe ik me gedraag.		I: X	II: X III: X IV: X		
26 In mijn beeldend werk komen persoonlijke thema's terug.				I: X II: X III: X IV: X	
48 Uiten van gevoelens en tonen van emoties					I: X II: X III: X IV: X
50 Herkennen van, inzicht in en veranderen van patronen in gevoel, gedrag en gedachten				III: X IV: X	I: X II: X
51 Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan					I: X

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
	met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld)				III: X	II: ? IV: X
53	Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid				III: X	I: X II: nvt? IV: X
Eindterm 2: De patiënt kan contact maken met zichzelf, zijn omgeving en zijn activiteiten.						
2	Ik kom in contact met mijn gevoel via het beeldend werken.	I: X		II: X III: X IV: X		
3	Ik herken mezelf niet in wat ik maak tijdens de beeldende therapie.		III: X	I: X II: X IV: X		
4	Als ik boos, bang, verdrietig of juist blij ben, dan ervaar ik dat in hoe ik bezig ben in het beeldend werken.			II: X III: X	IV: X	I: X
9	Door het voelen van materialen ervaar ik echt wat er op dat moment in mij gebeurt.	I: X	IV: X	II: X III: X		
10	Impulsen (bijvoorbeeld iets kapot willen maken, willen krassen of juist iets mooi te willen maken) kan ik in het beeldend werk uitleven.	II: X	I: X III: X		IV: X	
11	Door beeldende therapie ga ik zien hoe ik me gedraag.		I: X	II: X III: X IV: X		
13	Door het woorden geven aan werkstukken kom ik tot een beter begrip van mijzelf.		I: X		II: X III: X IV: X	
18	Door mijn beeldend werk kom ik erachter wat er bij mij speelt.		I: X	III: X IV: X	II: X	
21	Beeldend werken brengt me meer in contact met mijn gevoelens dan het praten in gesprekstherapie.				I: X II: X IV: X	III: X
22	Het groeps karakter van beeldende therapie heeft voor mij geen meerwaarde.	II: X III: X IV: X	I: X			
23	Ik krijg inzicht in mijzelf door beeldende therapie.	I: X		II: X	III: X IV: X	

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
26	In mijn beeldend werk komen persoonlijke thema's terug.				I: X II: X III: X IV: X	
27	Ik leer in beeldende therapie om meer contact te leggen met anderen.	I: X III: X	II: X	IV: X (x)		
28	Mijn beeldend werk heeft niks met mij te maken.	I: X III: X	II: X IV: X			
29	Ik ervaar steun van mijn groep in de beeldende therapie.				I: X II: X III: X IV: X	
31	In verbale therapie kan ik me beter op mezelf concentreren dan in beeldende therapie. (Concentreren heeft voor de patiënt de betekenis van 'nadenken over', bij BT heeft hij meer focus op zichzelf)		I: X		II: X III: X	IV: X
32	In de verbale therapie ben ik meer bezig met wat de interactie met de ander bij mij oproept dan in beeldende therapie.				I: X II: X IV: X	III: X
35	Samenwerkingsoefeningen zijn vreselijk: ik leer er niets van.	I: nvt II: X III: X IV: X				
38	Het nieuwe gedrag, waarmee ik in de beeldende therapie heb geëxperimenteerd, kan ik buiten de therapie proberen in te zetten.	II: X verplaat- sen naar		I: X	II: X III: X IV: X	
39	Door werkstukken te bespreken ga ik beter begrijpen wat zich in de maker ervan afspeelt.				I: X II: X IV: X	III: X
40	Beelden komen bij mij later dan woorden.				II: X IV: X	I: X III: X
45	Duidelijker zelfbeeld (wie ben ik, wat wil ik, wat kan ik)				I: X II: X IV: X	III: X
48	Uiten van gevoelens en tonen van emoties					I: X II: X III: X IV: X
51	Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld)				III: X	I: X II: ? IV: X

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
52	Verbetering van sociaal functioneren (omgang met anderen)				II: X III: X	I: X IV: X
Eindterm 3: het perspectief van de patient is veranderd, de focus is gericht op het positieve.						
6	Ik ervaar geen verschil tussen de diverse kleuren in welke gevoelswaarde deze voor me hebben.	I: X III: X	II: X IV: X		(x)	
24	Ik kan mijn eigen beeldend werk niet accepteren.	II: X III: X IV: X			I: X	
30	In het beeldend werk kan ik zaken een plek geven.		I: X	IV: X	II: X III: X	
33	Ik kan in het beeldend werk niks kwijt.	II: X III: X IV: X	I: X			
49	Plaats geven aan traumatische gebeurtenissen					I: X II: nvt III: nvt IV: nvt
53	Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid				III: X	I: X II: nvt? IV: X
Eindterm 4: de patient krijgt vertrouwen in eigen kunnen doordat hij hier ervaring in heeft opgedaan, hij kan mogelijkheden onderzoeken en hiermee experimenteren.						
1	Er wordt door de beeldend therapeut oordeelvrij op mij gereageerd.					I: X II: X III: X IV: X
5	Ik ontdek wat mij wel of niet ligt in het werken met materialen.		I: X		II: X III: X IV: X	
7	Ik voel me serieus genomen in de beeldende therapie.				II: X	I: X III: X IV: X
12	Ik krijg voldoende vrijheid om mijzelf in het beeldend werk te kunnen uitdrukken.				IV: X	I: X II: X III: X
15	Via het beeldend werken kan ik gevoelens uiten.	I: X		II: X III: X		

Stelling	1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
			IV: X		
16 In het beeldend werk ben ik bezig om iets op een andere manier aan te pakken (bijv. proberen vrijer te werken of minder negatief te oordelen over eigen werk).			I: X	II: X III: X IV: X	
21 Beeldend werken brengt me meer in contact met mijn gevoelens dan het praten in gesprekstherapie.				I: X II: X IV: X	III: X
24 Ik kan mijn eigen beeldend werk niet accepteren.	II: X III: X IV: X			I: X	
25 Ik denk na over wat ik tegenkom in de beeldende therapie.		III: X		I: X II: X IV: X	
36 Beeldend werken ervaar ik als veiliger dan praten tijdens gesprekstherapie.	I: X			III: X IV: X	II: X
37 Ik heb liever gesprekstherapie dan beeldende therapie omdat ik daarin beter controle kan houden.		III: X IV: X		I: X	II: X
46 Vergroten zelfvertrouwen, zelfwaardering				I: X II: X III: X IV: X	
50 Herkennen van, inzicht in en veranderen van patronen in gevoel, gedrag en gedachten				III: X IV: X	I: X II: X
53 Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid				III: X	I: X II: nvt? IV: X
Eindterm 5: de patient is actief, neemt initiatief en hij maakt toekomstplannen.					
14 In het beeldend werken ervaar ik eigen keuzes.				I: X II: X III: X IV: X	
16 In het beeldend werk ben ik bezig om iets op een andere manier aan te pakken (bijv. proberen vrijer te werken of minder negatief te oordelen over eigen werk).			I: X	II: X III: X IV: X	
19 Ik krijg in de sessie onvoldoende houvast geboden om tot beeldend werken te komen.	III: X			I: X	II: X

Stelling		1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
		IV: X				
34	Een werkstuk dat ik gemaakt heb, kan me helpen om een bepaald gevoel vast te houden.		I: X	II: X	III: X IV: X	
47	Eigen keuzes maken, zelfsturing				II: X III: X IV: X	I: X
Eindterm 6: de patient kan ontspanning en plezier ervaren.						
17	Het lukt mij om in het beeldend werken wat meer uit m'n hoofd te komen.			I: X	II: X IV: X	III: X
18	Door mijn beeldend werk kom ik erachter wat er bij mij speelt.		I: X	III: X IV: X	II: X	
20	Beeldend werken is voor mij een soort uitlaatklep.	I: X			II: X III: X IV: X	
51	Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld)				III: X IV: X	I: X II: ?
Het materiaal/de opdrachten						
	Ik leer veel van het werken met materialen				I: X II: X III: X IV: X	
	Ik krijg voldoende uitleg over hoe ik met materiaal moet werken			I: X	II: X III: X	IV: X
	De opdrachten zijn begrijpelijk en uit te voeren				I: X II: X III: X IV: X	
	De therapieruimte is een prettige ruimte om in te werken				I: X II: X III: X	IV: X
	Ik vind het prettig om met opdrachten te werken		I: X		II: X III: X IV: X	
	Ik vind het prettig om vrij en naar eigen idee te werken		I: X	II: X		

Stelling	1 Nooit waar	2 Zelden waar	3 Soms waar	4 Vaak waar	5 (Bijna) altijd waar
		IV: X	III: X	III: X	
Vragen over het resultaat/effect					
Door beeldende therapie krijg ik weer grip op mijn leven	I: X	II: X III: X IV: X			
Mijn zelfvertrouwen verbetert door beeldende therapie		I: X	II: X III: X IV: X		
Bij beeldende therapie kan ik nieuwe mogelijkheden uitproberen				I: X II: X III: X	IV: X
Door beeldende therapie heb ik gebeurtenissen een plek kunnen geven	I: X II: X III: X IV: X	Nvt			
Beeldende therapie helpt me inzicht in mezelf te krijgen			I: X	II: X III: X IV: X	
Beeldend werken helpt me om tot rust te komen			I: X	II: X III: X	IV: X
Beeldend werken helpt om me beter te concentreren				I: X II: X III: X IV: X	
Het heeft me geholpen om gevoelens die mijn werkstukken bij mij oproepen om te zetten in een actie			I: X III: X	II: X IV: X	
Ik vind het waardevol dat ik mijn werkstukken terug kan zien				I: X II: X	III: X IV: X
Door het werk te bekijken zie ik mijn eigen proces		III: X	I: X II: X III: X		IV: X

Eindterm 2: de patient kan contact maken met zichzelf, zijn omgeving en zijn activiteiten					
Voor de volgende vragen wordt u gevraagd om uw antwoord aan te geven in de volgende schaal:		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel
41	Heeft u baat gehad bij beeldende therapie?		I: X	II: X III: X	III: X IV: X
42	Mijn dagelijks functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>dagelijkse activiteiten zoals werk, huishouden, studie, gezins- en vrijetijdsactiviteiten, zelfverzorging</i>).	II: X	I: X III: X		IV: X
43	Mijn emotioneel functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>ervaren van emoties, deze kunnen hanteren en sneller rustig worden na heftige emoties</i>).		I: X II: X III: X	IV: X	
44	Mijn sociaal functioneren is door beeldende therapie verbeterd (<i>omgaan met anderen zoals groepsgenoten, partner, vrienden, familie</i>).		I: X II: X III: X		IV: X
Welke gebieden zijn bij u geraakt door de beeldende therapie?					Ja Nee
45	Duidelijker zelfbeeld (wie ben ik, wat wil ik, wat kan ik) Eindterm 2			I: X II: X IV: X	III: X
46	Vergroten zelfvertrouwen, zelfwaardering Eindterm 4			I: X II: X III: X IV: X	
47	Eigen keuzes maken, zelfsturing Eindterm 5			II: X III: X IV: X	I: X
48	Uiten van gevoelens en tonen van emoties Eindterm 1 en 2				I: X II: X III: X IV: X
49	Plaats geven aan traumatische gebeurtenissen Eindterm 3				I: X II: nvt III: nvt IV: nvt
50	Herkennen van, inzicht in en veranderen van patronen in gevoel, gedrag en gedachten Eindterm 1 en 4			III: X IV: X	I: X II: X
51	Aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsbeleving (kunnen ontspannen, omgaan met afstand en nabijheid, lichaamsbeeld) Eindterm 2 en 6			III: X	I: X II: ? IV: X
52	Verbetering van sociaal functioneren (omgang met anderen) Eindterm 2			II: X III: X	I: X IV: X
53	Omgaan met eigen beperking en/of kwetsbaarheid Eindterm 1, 3 en 4				I: X II: nvt? III: X

					IV: X
In hoeverre heeft beeldende therapie invloed op de depressieve symptomen, zoals u deze wekelijks invult in de IDS?					
Eindterm 1: de depressieve symptomen worden door de patient herkend en ze worden hanteerbaar.		1 Niet	2 Weinig	3 Enigszins	4 Redelijk veel
5 Veel					
1	Beeldende therapie draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van slapen	I: X II: X III: X	IV: X		
2	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak somber	I: X II: X		III: X IV: X	
3	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak prikkelbaar	I: X II: X		III: X	IV: X
4	Door beeldende therapie voel ik mij minder vaak angstig of gespannen	I: X II: X		III: X	IV: X
5	Beeldende therapie heeft positieve invloed op mijn stemming	I: X		II: X	III: X IV: X
6	Beeldende therapie heeft positieve invloed op mijn eetlust en gewicht	I: X II: X III: X	IV: X		
7	Door beeldende therapie is mijn concentratievermogen en besluitvaardigheid verbeterd:	I: X II: X III: X		IV: X	
8	Door beeldende therapie is mijn zelfbeeld positiever geworden	I: X II: X	III: X		IV: X
9	Door beeldende therapie is mijn beeld van de toekomst positiever geworden	I: X II: X	III: X		IV: X
10	Door beeldende therapie is het aantal keren dat ik aan dood of zelfmoord denk, verminderd	I: X II: X III: X		IV: X	
11	Door beeldende therapie is mijn interesse in andere mensen en activiteiten vergroot	I: X II: X		III: X	IV: X
12	Mijn energieniveau is verbeterd door beeldende therapie	I: X II: X	III: X	IV: X	
13	Door beeldende therapie beleef ik weer meer plezier bij en/of geniet ik weer meer van mijn bezigheden en	I: X		II: X	

	activiteiten				III: X IV: X	
14	Mijn tempo van denken, spreken en bewegen is verbeterd door beeldende therapie:	I: X II: X	III: X	IV: X		
15	Ik voel me minder vaak rusteloos en/of zenuwachtig dankzij beeldende therapie	I: X II: X		III: X	IV: X	
16	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van pijnklachten	I: X II: X		III: X	IV: X	
17	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van andere lichamelijke klachten	I: X II: X	III: X		IV: X	
18	Beeldende therapie heeft bijgedragen aan een vermindering van paniekaanvallen of specifieke angsten	I: X II: X	III: X	IV: X		
19	Door beeldende therapie voel ik mij minder snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen	I: X		II: X III: X IV: X	II: X	
20	Ik heb een minder zwaar gevoel in mijn lichaam en mijn lichamelijke energie is verhoogd dankzij beeldende therapie	I: X	III: X	II: X IV: X		

Bijlage 12 Invloed van beeldende therapie op depressieve symptomen volgens patiënt en beeldend therapeut (BT-IDSV)

Meetmoment	1 (week 4)		2 (week 8)		3 (week 12)		4 (week 16)		Gemiddel de 1-4
	Patiënt	B.ther.	Patiënt	B.ther.	Patiënt	B.ther.	Patiënt	B.ther.	
1. Verbetering kwaliteit van slapen	1		1	1	1		2	3	1,25
2. Minder somber	1		1	2	3	2	3	3	2,00
3. Minder vaak prikkelbare stemming	1		1	1	3	2	4	3	2,25
4. Minder vaak angstig of gespannen	1		1	2	3	2	4	2	2,25
5. Positieve invloed op de stemming	1		3	1	4	3	4	3	3,00
6. Positieve invloed eetlust en gewicht	1		1	1	1	1	2		1,25
7. Concentratievermogen en besluitvaardigheid verbeterd	1		1	2	1	1	3	3	1,50
8. Zelfbeeld positiever geworden	1		1	2	2	3	4	3	2,00
9. positievere toekomstverwachting	1		1	2	2	1	4	2	2,00
10. Aantal suïcidegedachten verminderd	1		1	2	1	2	3		1,50
11. Grotere interesse in andere mensen/activiteiten	1		1	2	3	3	4	2	2,25
12. Verbeterd energieniveau	1		1	2	2	2	3	3	1,75
13. Meer plezier en genieten van activiteiten	1		3	3	4	3	4	4	3,00
14. Verbeterd tempo van denken, spreken, bewegen	1		1	1	2	1	3	3	1,75
15. Minder vaak rusteloos en/of zenuwachtig	1		1	1	3	1	4	2	2,25
16. Minder pijnklachten	1		1	1	3	1	4	3	2,25
17. Minder andere lichamelijke klachten	1		1	1	2	1	4	3	2,00
18. Minder paniekaanvallen of specifieke angsten	1		1	1	2	2	3	2	1,75
19. Minder snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst	1		3,5	1	3	2	3	3	2,63
20. Minder zwaar gevoel en verhoogde lichamelijke energie	1		3	2	2	2	3	3	2,25

*Gemiddelde van meetmomenten 2,3 en 4. Meetmoment 1 is buiten beschouwing gelaten, omdat daarop niet gescoord is door de beeldend therapeut.

Bijlage 13 Uitkomsten BTV per subcategorie op meetmoment 1 en 4 volgens patiënt

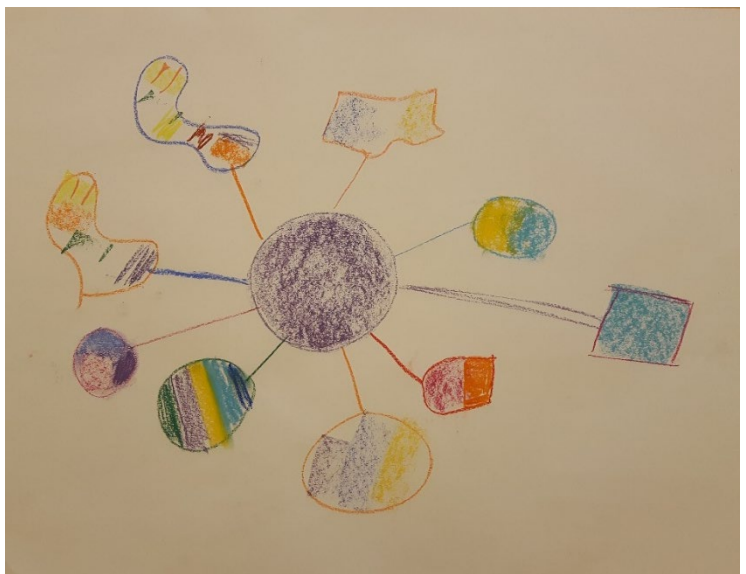
Subcategorie	N of items (40)	Totaalscore 1 (week 4)	Totaalscore 4 (week 16)	Gem. 1 (week 4)	Gem. 4 (week 16)	NAP moment 1 en 4	Cohen's d moment 1 en 4
Gewaarwording	6	16	21	2,67	3,50	0,67	0,64
Persoonlijke integratie	6	15	23	2,50	3,83	0,85	1,46
Emotieregulatie	6	15	23	2,50	3,83	0,75	1,04
Gedragsverandering	6	11	24	2,67	4,00	0,67	1,25
Mentalisering & inzicht	4	11	16	2,75	4,00	0,75	1,18
BT-kenmerken	6	16	23	2,67	3,17	0,60	0,35
Conditie	6	25	28	4,17	4,67	0,61	0,55
Totaal	40	109	158	2,85	3,85	0,71	0,85

Bijlage 14 Foto's van het beeldend werk van de patiënt (geanonimiseerd)

Illustratie 5
1^e sociogram (week 2)



Illustratie 6
2^e sociogram (week 15)



Illustratie 7
Week 1:
'Ik-dier in een omgeving', 50x65cm



Illustratie 8
Week 2:
'Prettige plek', 50x65cm



Illustratie 9
Week 3:
'Waar zou je willen zijn?' 50x65cm



Illustratie 10
Week 4:
kleibeeld 'Nu en later'



Illustratie 11
Week 5:
'Stilstand en beweging', A3-formaat



In week 6 is een groepsopdracht gemaakt: Schilder een rivier, 2x4m. Omdat geen toestemming is gevraagd aan de groepsleden van de patiënt, is dit werk niet opgenomen in dit onderzoeksrapport.

Illustratie 12
Week 7:
'Boom in een omgeving met een vreemd object', 65x100cm



Illustratie 13
Week 8:
Thema 'Mooi-lelijk', A3-formaat



Illustratie 14
Week 9:
'Mijn kernpersoonlijkheid, mijn bescherming,
mijn omgeving', 50x65cm



Illustratie 15
Week 10:
'Positief moment van
afgelopen week',
50x65cm



Illustratie 16
Week 11:
Vrije opdracht, 70x100

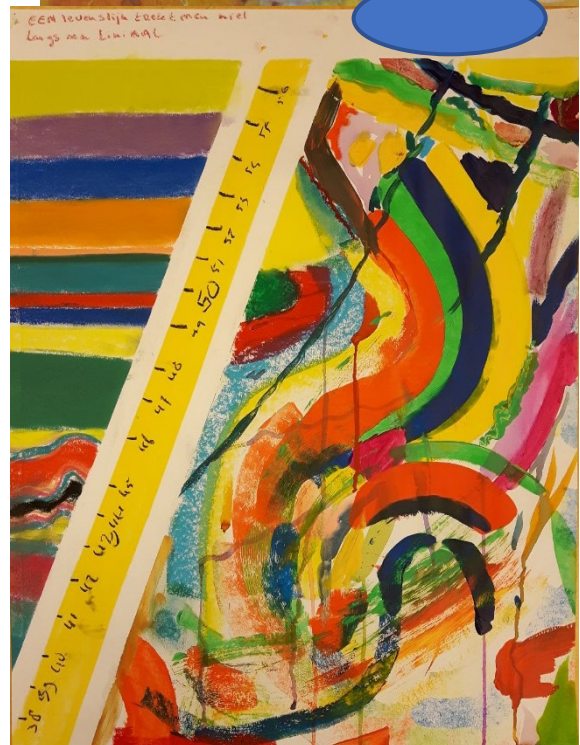


In week 12 is een samenwerkingsopdracht gemaakt in tweetallen, werkvorm: Maak een cirkel. Omdat van de groepsgenoot geen toestemming is gevraagd, is van dit werk geen foto opgenomen in dit onderzoeksrapport.

Illustratie 17
Week 13:
Kleibeeld 'Valkuil en kracht'



Illustratie 18
Week 14:
Kies een spreuk en werk deze uit.
'Een levenslijn trekt men niet langs een liniaal',
50x65cm



In week 15 is het 2^e sociogram gemaakt. Deze is te zien in Illustratie 6.

Illustratie 19

Week 16:

'Maak een krachtbeeld', A3-formaat

