

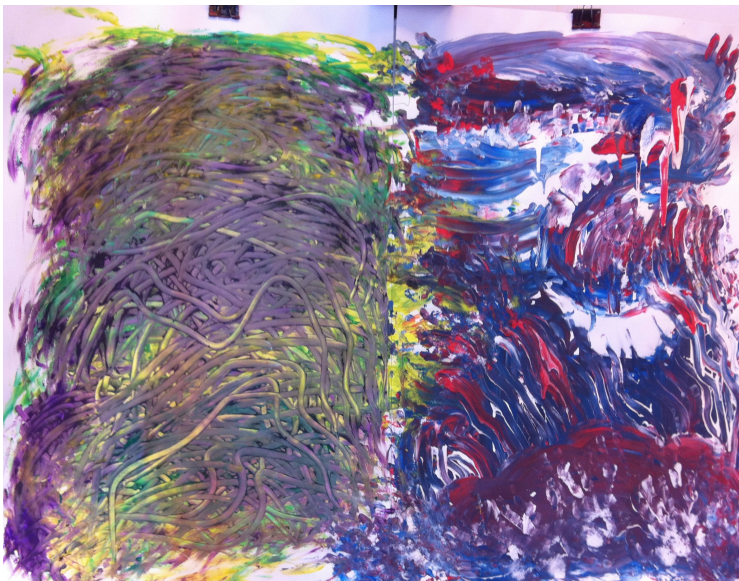
Praktijk Project

Omgaan met Verlies

Beeldende therapie-module voor het op gang brengen van een gestagneerd rouwproces bij volwassenen met angst- en stemmingsproblematiek

Einddocumentatie:

Vooronderzoek
Plan van Aanpak
Procesbeschrijving
Evaluatie



Auteur:

Nienke Beukers

Studentnummer:

1594813

Opleiding:

Hogeschool Utrecht, Amersfoort

Richting:

Creatieve Therapie Beeldend, deeltijd

Consulent:

Neel de Haan

1e Beoordelaar:

Bettina Hermelink

2e Beoordelaar:

Kees van Haaster

Dankwoord

Graag wil ik mijn moeder Lidy Vermeer en mijn vader Jan Willem Beukers bedanken voor het lezen en corrigeren van de beeldende therapie-module, het overleg, de onvoorwaardelijke morele en praktische steun (zoals ze een paar keer boodschappen en gezonde warme maaltijden brachten) en hun bemoedigend commentaar.

Daarnaast wil ik mijn vriend Henk Vergonet bedanken voor zijn hulp bij de opmaak, voor zijn liefdevolle aanmoediging, het geven van alle ruimte om me in isolement terug te kunnen trekken voor het schrijfwerk en af en toe zijn kritische commentaren.

Speciaal wil ik mijn stagebegeleidster en beeldend therapeut Claudia Piert (GGZ Centraal/Symfora Meander) bedanken voor haar steun, stagebegeleiding, waardevolle aanvullingen op de werkvormen uit mijn module, inzichtgevende vragen die ze me stelde en haar positieve feedback.

Tenslotte wil ik mijn evaluatiegroep bedanken; Claudia Piert (beeldend therapeut), Henk van der Heyden (educatief therapeut), Aleida van der Horst (sociotherapeut), Rita Yntema (eerstelijns psycholoog) en Elly Abas (gepensioneerd psycholoog/psychotherapeut), voor het voor het lezen en evalueren van de beeldende therapie-module, de positieve feedback, hun enthousiasme en aanmoediging.

Nienke Beukers, 21 mei 2013

(Schilderij op het voorblad is gemaakt door de cliënt samen met mij, bij de laatste sessie me vingerverf: cliënt heeft links geschilderd en gesmeerd)

Inhoudsopgave

Dankwoord	2
Voorwoord	4
1 Samenvatting	5
2 Vooronderzoek	6
2.1 Resultaat verkenning bestaande producten	6
2.2 Resultaat literatuur- en bronverkenning	7
2.3 Resultaat behoefteonderzoek in de praktijk	9
2.4 Conclusie vooronderzoek	9
3 Plan van Aanpak	10
3.1 Doelgroep, Adresgroep en Evaluatiegroep	10
3.2 Onderwerp en probleemanalyse	11
3.3 Resultaatbeschrijving	11
3.4 Eigen invalshoek	12
3.5 Verantwoording van keuzes voor de module	14
3.5.1 Kortdurende therapie voor rouw en verlies	14
3.5.2 Vertaling van groepstherapie naar individuele therapie	14
3.5.3 Co-therapeut	14
3.5.4 Verdelen van aandacht, tijd en ruimte over de cliënten	14
3.5.5 Verantwoording (evaluatie)formulieren	14
3.6 Opbouw van de module	15
3.6.1 De kennismakingsfase: drie sessies	15
3.6.2 De behandelfase: vijf sessies	15
3.6.3 Afrondingsfase: twee sessies	15
3.6.4 Structuur van de sessies	16
3.6.5 Duur van de sessies	16
3.6.6 Doelen	17
3.6.7 De voordelen van groepstherapie en die van individuele therapie	17
3.6.8 Huiswerkopdrachten	17
3.6.9 Beeldend dagboek rouw en verlies	17
3.6.10 Werkwijzen en methodieken	18
3.7 Kostenplaatje	18
4 Procesbeschrijving	19
4.1 Theorie	19
4.2 Beschrijven van vooronderzoek en schrijven van Werkboek	20
4.3 Planning	20
4.4 Evaluatie	20
Nawoord	29
Literatuurlijst	30
Bijlage 1: Planning	32
Bijlage 2: Urenverantwoording	33
Bijlage 3: Evaluatieformulier voor evaluatiegroep	35
Bijlage 4: Evaluatieformulier voor de cliënt – Kort	36
Bijlage 5: Evaluatieformulier met vragen voor de cliënt – Uitgebreid	37
Bijlage 6: Foto's van beeldend werk van de cliënt	38
Bijlage 7: Ingevulde evaluatieformulieren Evaluatiegroep	40

Voorwoord

Voor je ligt de Einddocumentatie van mijn Praktijk Project 'Omgaan met Verlies' Beeldende therapie-module voor gestagneerde rouw bij volwassenen met angst – en stemmingsstoornissen.

In de samenvatting leg ik het proces uit in enkele zinnen. Vervolgens volgt de uitgebreide beschrijving van het Vooronderzoek, het Plan van Aanpak, de Procesbeschrijving en de Evaluatie van dit project.

Ik heb dit deel apart gehouden van de module met het Werkboek, de flyer voor verwijzers en de folder voor cliënten omdat ik in de toekomst met het werkboek wil gaan werken en dan niet het hele vooronderzoek erbij hoeft te hebben in dezelfde binding. De module en de einddocumentatie zijn dus twee aparte werkstukken die bij elkaar worden gehouden door een mooie doos met een symbolische vormgeving.

De kleur wit staat voor de rouw in veel culturen. De 'verfrommelde' papieren deksel staat voor de deuken die een mens in zijn leven op doet door verschillende verliezen die hij lijdt. De twee bloemen staan voor de zuivere ziel die soms wel eens binnenste buiten wordt gekeerd door al het lijden. Dit is verbeeld door de bloem van de buitenkant en van de binnenkant te tonen. Het 'bakje' kun je met verschillende dingen associëren. Het is een brieven/postvakje, sorteerbakje of anderszins opbergsysteem wat op deze wijze met de deksel ook wel iets weg heeft van een (doods)kistje en de deksel als een soort grafsteen met grafschrift.

Ik hoop dat de lezer van dit omvangrijke werk er plezier en inspiratie uit kan halen. Er zit in ieder geval heel veel aandacht en zorg in verwerkt. Daarnaast hoop ik dat ik of anderen de module in de toekomst verder kunnen gaan toepassen en doorontwikkelen.

1 Samenvatting

Naar aanleiding van de minor Beroepsmatig omgaan met rouw- en verliessituaties die ik de eerste helft van dit studiejaar volgde, ben ik gaan onderzoeken wat er zoals wordt aangeboden aan specifieke hulpverlening bij gestagneerde rouw.

Op de instelling waar ik als beeldend therapeut stage liep bestond nog geen beeldend therapeutisch aanbod voor gestagneerde rouw en ook niet voor de doelgroep waarmee ik werkte; volwassenen met angst - en stemmingsstoornissen.

Na verder onderzoek in het Tijdschrift voor Vaktherapie, literatuurbronnen, afstudeerscripties en internet had ik nog steeds niet gevonden wat ik wilde gaan maken; een beeldende therapiemodule voor het op gang brengen van een gestagneerd rouwproces bij volwassenen met angst – en stemmingsstoornissen.

Er bleek eigenlijk überhaupt weinig specifiek aanbod beschreven en getest te zijn voor deze problematiek in combinatie met beeldende therapie.

De reacties op het plan binnen de instelling van mijn stage GGZ Centraal Symfora Meander, waren positief. Daarom ontwikkelde ik deze module en ging hem testen door hem aan te bieden aan een cliënt. Vervolgens heb ik de module verbeterd naar aanleiding van de ervaringen die ik opdeed met het aanbieden van de module aan deze cliënt.

Dit product heb ik, samen met een informatie flyer voor verwijzers en een informatiefolder voor cliënten, ter evaluatie aangeboden aan mijn evaluatiegroep. Zij hebben alles goed bekeken, mijn evaluatieformulier ingevuld en daarbij nog suggesties gedaan en feedback gegeven.

Deze antwoorden en feedback heb ik verwerkt en gebruikt om de module nog verder te verbeteren: mijn standpunten en motivatie heb ik meer verhelderd, de beschrijvingen heb ik meer genuanceerd en de werkvormen nog beter afgestemd op de (vaak geringe) draagkracht van de doelgroep.

Ik heb veel geleerd van dit hele proces en veel plezier en voldoening gehaald uit de uitvoering van de module in de praktijk. Niet in de laatste plaats omdat ik merkte hoezeer deze cliënt er gemotiveerd mee aan de slag ging en zich ontwikkelde gedurende de module. De cliënt gaf aan het eind aan beter te kunnen omgaan met zijn oorspronkelijk verlies, maar ook met verliezen in het algemeen. Hij had nogal wat extra verliezen geleden in de periode dat de module liep. Dit zorgde voor telkens nieuwe uitdagingen voor hem die daarom ook in de beeldende therapie steeds opnieuw aan de orde konden komen.

Al met al hoop ik dat al dit werk een vervolg zal krijgen doordat ik de module vaker mag gaan aanbieden en zo verder kan testen en vervolmaken. Dit zou goed zijn voor cliënten, voor instellingen, maar ook voor het vakgebied beeldende (vak)therapie wat daarmee meer bekendheid en waardering zou kunnen gaan oogsten.

2 Vooronderzoek

2.1 Resultaat verkenning bestaande producten

Bij de kennisbank heb ik gezocht naar scripties met de zoektermen: rouw en verlies, rouw, verlies, helpen bij rouw, afscheidsrituelen, beeldende therapie en beeldende therapie module. Daarbij vond ik veel scripties met betrekking tot rouw, maar niets over mijn doelgroep volwassenen, noch ambulant noch klinisch, niet met psychiatrische problematiek, geen vaktherapeutische module en daarmee ook geen beeldend therapeutische module voor volwassenen met stemming- en angststoornissen.

Van mijn medestudenten weet ik dat er meerdere zijn die het thema rouw en verlies hebben genomen voor hun onderzoek of product. Toch is er op dit moment binnen Creatieve Therapie, beeldend in deeltijd geen medestudent die dezelfde module schrijft of dezelfde doelgroep heeft.

Het enige creatief therapeutisch aanbod (beeldend) dat ik vond is onderdeel van een onderzoeksscriptie van een creatieve therapie (beeldend) student van de HAN (F. Spapens). Dit bestaat uit een bijlage gezien met bijbehorende website, met beeldend therapeutische werkvormen die (gezonde) mensen in de rouw zelfstandig uit kunnen voeren. Dit is echter niet in de praktijk getest en er wordt wel geadviseerd dat er een beeldend therapeut bij wordt betrokken, maar dat hoeft niet volgens de schrijfster.

Titels van scripties die ik bij de HBO Kennisbank heb gevonden, met betrekking tot zoektermen rouw en verlies, rouw, verlies (beeldende therapie module leverde als zoektermen geen resultaten op):

Titel, subtitel	Opleiding, Hogeschool	Auteur, Datum
Monumenten van herinnering: creatieve werkvormen die de mogelijkheid bieden op symbolische wijze de herinneringen aan een overleden dierbare vorm te geven.	Creatieve Therapie Beeldend, HAN	F. Spapens, 2010
Dood en rouw in het primair onderwijs	Leraar Basisonderwijs, CHE	M. Harms, 2011
De onmisbare functies van rouwrituelen	Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, CHE	L. Dros en W. Dekker, 2012
Ik rouw om jou ... : inzicht in rouw bij jongeren en het ontstaan van een steungroep rondom rouwverwerking binnen het reguliere voortgezet onderwijs	Pedagogiek, Fontys Hogeschool	A. Verlinde, 2008
Als de wolk niet meer zo roze is...: ouders die één of meer kinderen verloren hebben	Social Work, Windesheim	M. Jansen Schoonhoven, 2008
Verdriet 'Verdriet; iets groots of iets kleins'	Pabo Academie voor Pedagogisch Onderwijs, Avans Hogeschool	A.M.J. De Booij, 2012
Vluchtelingen en hun sociale netwerk	Social Work, Windesheim	S. Wouters 2008
Weet wat je doet bij rouw!: ondersteuning voor teamleiders en groepsleiding bij het handelen na overlijden van een jongere en in de begeleiding van jongeren in rouw	Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Haagse Hogeschool	Y. Linting Kalshoven, 2005
Verliezen doe je alleen, rouwen kun je samen.	Leraar Basisonderwijs, Christelijke Hogeschool Ede (CHE)	M. Van de Glind, 2009

In de rouw, wat nou?	Ergotherapie, Hogeschool Rotterdam	B. Franken, J. Laurijssen, S. van Opstal, 2006
Een veranderd leven!: Over PMT bij verliesverwerking van mensen met een lichamelijke beperking	Human Movement & Sports, Windesheim	L. den Hertog, 2012
De rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van ouderen die te maken hebben met verlies van gezondheid	Social Work, Windesheim	J.W. Vos, 2008
Handboek verliesbegeleiding voor (beginnende) fysiotherapeuten	Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam	C. Jacobs, A. Houtackers, 2002

Aanbevelingen

Ik ben geen voor mijn project interessante aanbevelingen tegengekomen, na doorbladeren van deze scripties die aan één of meer van mijn zoektermen als resultaat naar boven kwamen.

2.2 Resultaat literatuur- en bronverkenning

Tijdschrift voor Vaktherapie

Bij zoekacties met de termen: rouw, verlies, rouw en verlies, rouwbegeleiding, verliesbegeleiding en volwassenen (psychiatrie); allen in combinatie met *geen beperking* op het soort vaktherapie (of met enkel beeldende therapie of één combinatie> voor een steekproef), leverde alles bij elkaar acht artikelen op. Daarvan waren er vier relevant (onderwerp: behandeling). Eén daarvan betrof muziektherapie bij verstoorde rouw, één betrof beeldende therapie met verlies en rouw en één beeldende therapie bij vrouwen die seksueel zijn misbruikt of slachtoffer zijn van geweld.

Muzikale biografie; een muziektherapeutische module bij verstoorde rouw / Gerlind Starniske
In: Tijdschrift voor vaktherapie - Hilversum - Jrg. 2011, nr. 02; p. 3-8.
muziek.

Verbeelden van verlies en rouw; interview met Larissa van der Molen / Sabina Roubos
In: Tijdschrift voor vaktherapie - Hilversum - Jrg. 2010, nr. 03; p. 28-32.
beeldend.

De kunst van het verwerken : beeldende creatieve therapie voor vrouwen met seksueel misbruik en geweld in hun geschiedenis. / Marian Kramers, Hannie van der Gijp
In: Tijdschrift voor Creatieve Therapie - Hilversum - Jrg. 2005, nr. 02; p. 04-12.
beeldend.

Waar woorden tekort schieten : psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen / Marijke Beljon, Marian Kramers, Sjoukje Verveld
In: Tijdschrift voor Creatieve Therapie - Hilversum - Jrg. 1999, nr. 02; p. 03-10.
alle media.

Literatuur via mediatheek en internet

Er is veel literatuur over rouw en verlies en mijn doelgroep te vinden; los van elkaar. Ook zijn er een flink aantal titels die direct of zijdelings interessant zijn en relevant voor mijn onderwerp en productidee. Ik onderscheid hierin boeken die gaan over rouw en/of verlies met verschillende doelgroepen, over (psycho)trauma en traumabehandeling, diverse achtergronden als kennis over (klinische) psychologie, hechting, oorlogsslachtoffers, methodieken gelinkt aan mijn doelgroep en zelfbeeld gerelateerde literatuur.

Gevonden literatuur naar aanleiding van de literatuur- en bronverkenning, zoektermen:

Beeldende therapie, creatieve therapie, rouw, verlies, afscheid, trauma, binnenste buiten, ontwikkelingspsychologie, psychiatrische stoornissen, angststoornis, stemmingsstoornis, depressie, hechting, zelf, zelfbeeld, groepstherapie en individuele therapie.

Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., Hoofdakker R.H. van den. (1998). *Depressie, theorie, diagnostiek & behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Beelen, F., Oelers, M. (2000). *Interactief: Creatieve therapie met groepen* (2e dr.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bout, J. van den, Veen, E. van der (red.) (1998). *Helpen bij rouw* (2e dr.). Utrecht: De Tijdstroom. Wallin

Eifert, G.H., Forsyth, J.P. (2007). *Acceptatie en commitment-therapie bij angststoornissen: behandelgids voor het gebruik van mindfulness, acceptatie en waardegerichte gedragsveranderingsstrategieën* (2e dr.). (R. Boissevain, Vert.). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2005)

Fiddelaars-Jaspers, R. (2009). *Jong verlies: rouwende kinderen serieus nemen* (7e dr.). Kampen: Uitgeverij Ten Have.

Fortuin, J., Kilsdonk, J. van, en anderen (1988). *Afscheid nemen van onze doden: rouwen en rouwgebruiken in Nederland*. Kampen: Kok.

Harris, T. (1976). *Ik ben o.k. Jij bent o.k.* (12e dr.). (E. Swildens, Vert.). Baarn: Amboboeken. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 1967)

Hart, O. van der. (red.) (2003). *Afscheidsrituelen: achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Hayes, S. C. (2011). *Uit je hoofd in het leven: een werkboek voor een waardevol leven met Mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie* (7e dr.). (S. Wagenaar & R. van de Weijer, Vert.). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2005)

Hogerzeil, S. J. (2012). *Gecomplceerde rouw*. Handout in het kader van de Minor *Beroepsmatig omgaan met rouw – en verliessituaties*.

Keijser, J. de, Schut, H. (1991). *Individuele rouwbegeleiding: een programma voor hulpverleners*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Keirse, M. (2003). *Helpen bij verlies en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener* (21e dr.). Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.

Longaker, C. (2008). *Het licht van afscheid: hoop vinden in leven en sterven* (3e dr.). (A. de Vries, Vert.). Amsterdam: Forum. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 1997)

Maes, J. (2007). *Leven met Gemin: Handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie* (2e dr.). Wijgmaal-Leuven: Uitgeverij Vzw Zorg-Saam.

Molen, H. T. van der, Perreijn, S., Hout, M.A. van den (1997). *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Mönnink, H. de (2010). *Verlieskunde: Handreiking voor de beroepspraktijk* (5e dr.). Maarssen: Elsevier.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2006). *Aandachtsgerichte cognitieve therapie bij depressie: een op mindfulness gebaseerde methode om terugval te voorkomen* (2e dr.). (S. Wagenaar & R. van de Weijer, Vert.). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2002)

Vries-Geervliet, L. de (2007). *Het begeleiden van mensen met een traumatische ervaring*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Wertheim-Cahen, T. (1991). *Getekend bestaan: beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*.

Utrecht: Icode.

Wertheim-Cahen, T., Festen, T. (red.) (1991). *Soms ben je uitgepraat: Het atelier en de geestelijke gezondheidszorg*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Wienese, I. (2010). *Troost voor tranen: Verhalen over Verlies en Rouw van Jongeren uit Verschillende Culturen*. Kampen: Uitgeverij Ten Have.

2.3 Resultaat behoefteonderzoek in de praktijk

Wat is er al?

Ik heb de volgende zoektermen gegoogeld: Beeldende therapie rouw en verlies (met en zonder volwassenen), rouw en verlies beeldende therapie. Doorgaans kwam alleen de eerste pagina tot relevante resultaten. Langs deze weg ben ik redelijk wat zelfstandige hulpverleners tegen gekomen, verspreid over heel Nederland, die een vorm van rouw- en verliesbegeleiding aanbieden (Virgine Hartmann). Daarvan is ongeveer twee derde opgeleid als beeldend therapeut. Echter slechts één daarvan; Saskia van Rijn, bood een kant en klare module aan voor beeldende therapie met rouw en verlies: *Module: Gestagneerde rouw en verliesverwerking actief benaderd in beeldende therapie*. Het was niet te achterhalen of deze module ook al was getest in de praktijk en in welk jaar dit werd aangeboden. Het ging in ieder geval niet om precies dezelfde doelgroep als die van mij.

Onderzoek op praktijkwerkplek en onder professionals

Onder collega's binnen het behandelteam; sociotherapeuten, educatief therapeuten, vaktherapeuten en psychiaters beek dat er zeker interesse is in een module beeldende rouwtherapie. Men juicht mijn initiatief om deze module aan te bieden ten zeerste toe. Er is geen beeldende therapie-module voor rouw op de werkplek en er zijn ook voldoende cliënten waarvoor zij deze module geïndiceerd achten. De reden waarom het uiteindelijk toch even duurde voordat er meer aanmeldingen kwamen was vanwege het management dat, mogelijk door bezuinigingen, nog moeilijker dan anders in beweging te krijgen was voor nieuwe initiatieven. Die ervaring onderschreven mijn collega's en betreuren dit, aangezien zij van mening zijn dat alles wat werkt voor cliënten moet worden ingezet. Toen ik met de uitvoering halverwege de module was, kwam er nog een aanmelding, die ik moest afwijzen vanwege het gesloten karakter van de module; eenmaal gestart konden er niet meer ingestapt worden. Als mijn stage nog wel was doorgegaan na het einde van deze module had ik makkelijk meer cliënten kunnen krijgen. Maar ik heb ook tijd nodig voor afstudeeropdrachten. Het duurt altijd een paar maanden voordat meer aanmeldingen binnenkomen en soms willen behandelaren eerst de resultaten van de pilot afwachten voor ze cliënten doorverwijzen.

2.4 Conclusie vooronderzoek

Het specifieke product dat ik wil ontwikkelen bestaat, voor zover mijn onderzoek reikt, nog niet. Niet voor deze doelgroep, niet doorontwikkeld, uitgeschreven noch getest in de praktijk. Ook voor andere doelgroepen bestaat nog zeer weinig concreet en getest beeldend therapeutisch aanbod voor behandeling van gestagneerde rouw. Hetgeen dat er wordt aangeboden gebeurt verre weg het meest vanuit privé praktijken door zowel beeldend therapeuten als psychologen, beeldend kunstenaars en therapeuten zonder specifieke opleiding of certificaten.

Het is dus een goed plan om een beeldende therapie-module te ontwikkelen voor de doelgroep volwassenen met angst- en stemmingsstoornissen die zijn gestagneerd in hun rouwproces.

3 Plan van Aanpak

3.1 Doelgroep, Adresgroep en Evaluatiegroep

Doelgroep	Volwassenen met angst- en stemmingsstoornissen en gestagneerde rouw
Adresgroep	Behandelteam: 2 vaktherapeuten, 1 educatief therapeut, 2 sociotherapeuten, 1 psychiater, manager
Evaluatiegroep	Uit het behandelteam; Beeldend therapeut, educatief therapeut, sociotherapeut, psychiater, Buiten de instelling; psycholoog/psychotherapeut, zelfstandig eerstelijns psycholoog
Totale veld van	Directie, managers, leidinggevend, psychiaters, sturend behandelaren, GZ psychologen, artsen, psychotherapeuten, vaktherapeuten, eerstelijns psychologen verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, sociotherapeuten, huisartsen, cliënten en familie.

Presentatie van het product aan de adresgroep

De presentatie aan de adresgroep verliep zowel per email, middels:

- Informatie flyer voor verwijzers over module verstuurd naar manager met de aankondiging van de module als behandelaanbod en de vraag om de module in het reguliere behandelprogramma op te nemen
- Informatie flyer voor verwijzers verstuurd met de aankondiging van de module als behandelaanbod

als mondeling tijdens het behandeloverleg, middels:

- Herhaling aankondiging van de module met daarbij een korte beschrijving van de module, de voorwaarden, indicaties/contra-indicaties, lengte, duur, dag en tijdstip.

Reactie van de adresgroep op de presentatie

Door de adresgroep werd de module met interesse en enthousiasme ontvangen. Men verwachtte dat er zeker cliënten binnen deze behandel setting voor in aanmerking zouden komen.

De afdelingsmanager, enkel per email benaderd omdat mijn stagebegeleidster dat zo wilde, liet lange tijd niets horen en gaf na enkele weken pas te kennen dat de module niet was opgenomen in het behandelprogramma, maar wel kon worden aangeboden. Daarvoor had zij aan alle behandelaren de aankondiging van de module, met informatie flyer, doorgestuurd.

Opzet voor de evaluatieprocedure

Tijdens de uitvoeringsfase zal er mondeling feedback worden gegeven door de evaluatiegroep. Na de uitvoeringsfase; aan het eind van de stage zal er tevens mondeling een evaluatie plaatsvinden tussen mij en de evaluatiegroep, tevens zal er een evaluatieformulier worden uitgereikt aan de evaluatiegroep om in te vullen en aan mij terug te geven.

Verantwoording (evaluatie)formulieren

De vragenlijst voor de evaluatiegroep (bijlage 3) is gebaseerd op 1. algemene indruk, 2. kwaliteitscriteria module, 3. therapeutische doelen. Voor cliënten bestaat er een korte en uitgebreide vragenlijst, anoniem in te vullen. Aan te bieden door de therapeut naar eigen inzicht over de hoeveelheid tijd en concentratievermogen van de cliënt. De formulieren kunnen ook worden aangeboden bij een eventuele follow-up bijeenkomst. De vraag over geboorteland en taal mag worden geschrapt of overgeslagen door de cliënt als deze daar bezwaar bij heeft (het is wel een anonieme vragenlijst). Deze vraag kan interessant zijn voor

mogelijk toekomstig praktijkonderzoek met betrekking tot cultuur en de effectiviteit van het aanbod.

3.2 Onderwerp en probleemanalyse

Onderwerp

Mijn onderwerp is gestagneerde rouw bij volwassenen, gericht op mensen met angst en stemmingsstoornissen. Om precies te zijn: het op gang brengen van een gestagneerd rouwproces bij volwassenen met behulp van een module beeldende therapie.

Dit heb ik gekozen naar aanleiding van de minor die ik heb gevolgd: Beroepsmatig omgaan met rouw- en verliessituaties. Er worden aardig wat producten rond rouw en verlies op de markt aangeboden. Echter, een specifieke module beeldende therapie voor volwassenen met gestagneerde rouw in combinatie met stemming- en angststoornissen, of andere psychosociale problematiek, bestaat nog niet (zie het hoofdstuk: Vooronderzoek, pag.3). Er bestaat in het algemeen zo goed als geen uitgeschreven aanbod van gediplomeerde vaktherapeuten, wat betreft deze methodiek voor de leeftijdsgroep volwassenen. Dat is dan ook het probleem: dat er een gebrek is aan beeldend therapeutisch aanbod voor volwassenen met angst- en stemmingsproblematiek die een groot verlies leden.

Probleemanalyse

Als je iemand verliest, raak je (tijdelijk) een stuk van jezelf kwijt en de band die je met deze persoon had. Veel mensen komen zelfstandig door deze periode van rouw heen, met steun uit hun directe omgeving. Er zijn ook mensen die hier, soms door bijkomende problematiek – zoals angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, een zwak steunsysteem, negatieve coping, meervoudig verlies en gecompliceerde rouw - niet uit kunnen komen en bijvoorbeeld ongewenst lang in isolement verblijven. Ze zijn dan niet in staat om zelfstandig weer plezier te kunnen beleven en komen niet verder. Als ze hier uit willen komen, maar merken dat het ze alleen niet lukt, dan kunnen ze daar psychologische hulp bij vragen.

Bijkomend probleem kan zijn dat het onmogelijk lijkt om de vele complexe en intense gevoelens, en gedachten, die door verlies worden opgeroepen, in een gesprek met woorden uit te drukken. Het geen woorden kunnen vinden kan mensen blokkeren. Andere mensen komen vast te zitten omdat ze teveel en te makkelijk praten en daardoor niet bij hun gevoelens kunnen komen. Een ervaringsgerichte, non-verbale therapie als beeldende therapie kan daarin een brug scheppen tussen de onbeschrijflijke veelzijdige pijn vanbinnen, waar tijd lijkt stil te staan, en het leven in de buitenwereld dat door gaat. Door verbeelding komt ook het verwoorden op gang.

3.3 Resultaatbeschrijving

Resultaatbeschrijving

Mijn product zal bestaan uit een kant en klare, gestructureerde en uitgeschreven beeldende therapie module voor de behandeling van gestagneerde rouw bij volwassenen met angst – en stemmingsstoornissen. Dat is ook de doelgroep van mijn praktijkwerkplek. Ik liep stage op de poli voor Angst – en stemmingsstoornissen.

Op deze doelgroep wordt de module geschreven en getest, maar ik ben ervan overtuigd dat de mate van aanpassingen, die je moet doen om voldoende aan te kunnen sluiten bij de individuele verschillen van deze cliënten, vrijwel gelijkwaardig is aan de mate van aanpassingen die je moet doen om aan te sluiten bij cliënten zonder, of met andere psychosociale problematiek. Aansluiten, aanpassen, cliëntgericht en vraaggericht werken blijft altijd noodzakelijk.

Het product zal bestaan uit een werkboek voor beeldend therapeuten. Daarin staan tien sessies uitgeschreven met regels, sessieopbouw, een inleiding en afsluiting per sessie, werkvormen met vragen bij voor- en nabespreking, huiswerkopdrachten met vragen bij voor- en nabespreking, verantwoording, literatuurlijst, informatiefolder voor cliënten en een informatie flyer voor verwijzers en (sturend- en hoofd) behandelaren (zie het tweede bestand: Het Praktijk Product).

Kwaliteitscriteria voor de beeldende therapiemodule 'Omgaan met verlies'

- Er zit een duidelijke opbouw in; (voor een volledige beschrijving zie Het praktijkproduct 'Omgaan met verlies') met een kennismakingsfase, een behandelfase en een afrondingsfase. Uitgaande van het *Integratief Rouwmodel* (Maes, 2008) zijn de sessies als mede werkvormen, binnen elke fase!

uitwisselbaar.

- Biedt ruimte voor de individuele hulpvraag en ontwikkeling van de cliënt
- Ondersteunt het ontwikkelen van een therapeutische relatie, een sfeer van veiligheid en vertrouwen
- De uitvoering leidt tot het behalen van onderstaande doelen
- Vormt een waardevolle toevoeging op het reguliere behandelaanbod binnen een klinische setting
- Draagt bij aan de ontwikkeling en bekendheid van het vak Beeldende Therapie

Doelen van de beeldende therapiemodule 'Omgaan met verlies'

- De cliënt krijgt inzicht; in zijn emoties, gedachten, eigen kwaliteiten, het soort steun van zijn omgeving, interesses en in de steun van de band met de overledene
- De cliënt ervaart deze steun en kan er een beroep op doen
- De cliënt heeft vertrouwen in zijn vermogen om zonder hulpverlening uit een dal te klimmen
- Aan het eind kan de cliënt beter omgaan met zijn verlies en afscheid nemen in het algemeen

Voorwaarden

Voor een hulpverlener om gebruik van deze module te mogen maken stel ik dat deze de opleiding Creatieve Therapie, beeldend moet hebben afgerond en minimaal een minor van 15 studiepunten over rouw en verlies moet hebben voltooid. Vierdejaars mogen in overleg met mij de module op stage uittesten om verder te ontwikkelen. Post HBO specialisaties rond rouw en verlies voldoen uiteraard hierin ook. Maar de combinatie met de opleiding beeldende therapie acht ik van cruciaal belang.

3.4 Eigen invalshoek

Bij de behandeling van gestagneerde rouw is me opgevallen hoezeer de nabestaande verloren is, verdwaald en zichzelf en de zin of betekenis van alles kwijt is geraakt. Al zijn aandacht is gericht op de overledene en het gat, de leegte die hij of zij achterliet. Het is voor mij geheel begrijpelijk dat alle energie, om met iets anders dan het dragen (of vermijding daarvan) bezig te zijn, verdwenen is.

De Mönnink beschrijft die leegte in *Verlieskunde: Handreiking voor de beroepspraktijk* (2010, p. 58) als volgt: "Hoe diepgaand verlies ingrijpt in het leven, wordt duidelijk als we zien die het houvast dat werd ontleend aan een zinvolle wereld afbrokkelt door verlies. Verliesgebeurtenissen breken verbanden en relaties af, belangrijke bronnen van betekenis vallen weg en andere bronnen worden belangrijker. Deze toestand wordt door de getroffen beleeft als een existentieel vacuüm. De ingrijpende veranderingen veroorzaken desoriëntatie en een gevoel van leegte."

Afgezien van het gemis van de belangrijke ander, bestaat daarom het meest ernstige gemis, mijn inziens, uit gemis van: betekenis, troost en steun. Dat gemis zorgt ervoor dat de grond onder de cliënt zijn voeten is weggeslagen. Je zou het een existentiële leegte kunnen noemen die ook het contact met zichzelf (dat heet *identiteitsverlies* in *Verlieskunde* van de Mönnink: p. 59) in het zelfvertrouwen en het zelf helend vermogen bedreigt. Zolang hij geen zicht heeft op deze elementen is er enkel wanhoop. Overgeleverd aan bodemloos verdriet.

In verlieskunde spreekt de Mönnink van het verlies van de KERN; Controle, Eigenwaarde, Rechvaardigheidsbesef en Nu-in-relatie-tot-later (p. 60-63). Dat is een sterk theoretisch basisbegrip waarop je een theorie goed kunt baseren en waarmee je kunt werken in de praktijk. Toch denk ik dat in veel situaties de nadruk bij mensen van binnen meer op andere zaken ligt waar men het meest onder lijdt: Betekenis, troost en steun vormen mijns inziens de grond waardoor iemand zich gedragen kan voelen als hij wordt neergeslagen. Pas als deze grond onder zijn voeten voelbaar is en weer wordt vertrouwd kan hij het gevoel van vrijheid weer gaan ervaren. Dat gevoel van vrijheid (ultieme autonomie), al is het incidenteel, is nodig te kunnen genieten en geluk te ervaren.

Beeldende therapie bij rouw en verlies moet er daarom vooral op gericht zijn de cliënt deze elementen te

laten hervinden en versterken. Vanaf die grond kan hij omhoog klimmen en zich gezeerd en gedragen leren voelen door de hulplijnen van zijn steunsysteem en zijn band met de overledene. Bij ieder mens die verlies lijdt zal er iets anders zijn dat hem het zwaarst valt. Daarom blijft beeldende therapie maatwerk en moet de beeldend therapeut altijd het aanbod vertalen naar de individuele behoeften van de cliënt. Bij de één zal de nadruk liggen op het gebrek aan zelfvertrouwen of positief zelfbeeld. Dat vergt bijvoorbeeld een andere benadering dan bij een ander die een problematische relatie had met de overledene. Je dus werkt altijd cliëntgericht.

3.5 Verantwoording van keuzes voor de module

3.5.1 Kortdurende therapie voor rouw en verlies

Deze module bestaat uit tien sessies. Daar is voor gekozen om verschillende redenen:

- Er worden tegenwoordig steeds minder langdurige therapieën vergoed.
- Veel cliënten kunnen binnen dit tijdsbestek een flinke stap maken en zelfstandig verder met hun rouwproces.
- Mochten er na deze module nog steeds obstakels overblijven die door de cliënt niet zelfstandig genomen kunnen worden dan is dit in ieder geval nu duidelijk en kan er een passende vervolgbehandeling worden geformuleerd en, indien aanwezig, aangeboden.

3.5.2 Vertaling van groepstherapie naar individuele therapie

De module is in eerste instantie geschreven op groepstherapie, maar hij is enkel getest op één zeer gemotiveerde cliënt die al bekend was met beeldende therapie en zijn reguliere behandelprogramma aan het afronden was. Dit maakt dat je wel haast kunt spreken van een ideale cliënt en dat de testresultaten niet op alles en iedere verdere cliënt van toepassing kunnen zijn. Daarvoor moet de module eerst nog vaker de worden uitgevoerd en op effectiviteit worden onderzocht (zie aanbevelingen, p. 56). Ik heb er daarom voor gekozen om de module voor zowel een groep als voor individuele beeldende therapie te schrijven. Voor de groep en het individu zijn de opdrachten uit de eerste twee sessies identiek. Daarna splitst zich het programma zich op omdat:

- Een groep meer tijd en aandacht vergt voor kennismaking met elkaar.
- Een groep veelal als minder veilig wordt ervaren, met name door deze doelgroep, waardoor het thema wat meer wordt ingeleid.
- Er is minder tijd en aandacht per cliënt, dan bij individuele beeldende therapie. Dit zorgt ervoor dat de ontwikkeling doorgaans wat trager verloopt dan bij individuele therapie.

3.5.3 Co-therapeut

Bij een groepstherapie is het mogelijk om een co-therapeut (beeldend) erbij te hebben. Deze moet wel vanaf de eerste sessie aanwezig zijn en kan na de tweede sessie zeker niet meer starten. Hij mag maar één keer afwezig zijn, net als de cliënten. De hoofdtherapeut zelf moet altijd aanwezig zijn (tenzij door ziekte of overmacht).

3.5.4 Verdelen van aandacht, tijd en ruimte over de cliënten

De reden van het met name in groepstherapie benadrukken om het kort te houden is om de aandacht over cliënten gelijkmatig te verdelen en om niet (teveel) uit te lopen met de sessie.

Voor meer individuele begeleiding wordt verwezen naar de sturend behandelaar/hoofdbehandelaar, waar men bij terecht kan. Er is natuurlijk wel ruimte voor iedereen om iets te vertellen en de beeldend therapeut moet zelf aanvoelen en aangeven wanneer het verhaal moet worden afgerond ten behoeve van de groepsleden en de continuïteit van de therapie.

3.5.5 Verantwoording (evaluatie)formulieren

De vragenlijst voor de evaluatiegroep is gebaseerd op:

1. algemene indruk,
2. kwaliteitscriteria module,
3. therapeutische doelen

Voor cliënten bestaat er een korte (bijlage 3) en uitgebreide (bijlage 4) vragenlijst, anoniem in te vullen. Aan te bieden door de therapeut naar eigen inzicht over de hoeveelheid tijd en concentratie-vermogen van de cliënt. De formulieren kunnen ook worden aangeboden bij een eventuele follow-up bijeenkomst. De vraag over geboorteland en taal mag worden geschrapt of overgeslagen door de cliënt, als deze daar bezwaar tegen heeft (het is een anonieme vragenlijst). Deze vraag kan interessant zijn voor mogelijk toekomstig

praktijkonderzoek met betrekking tot cultuur en de effectiviteit van het aanbod.

Ten slotte is er nog een formulier voor het vragen van toestemming aan de cliënt voor het gebruik van foto's van zijn beeldende werkstukken.

Aan het begin van de module dient te worden vermeld welke formulieren/vragenlijsten er op het eind zullen worden gevraagd om in te vullen.

3.6 Opbouw van de module

3.6.1 De kennismakingsfase: drie sessies

Om bovengenoemde elementen te kunnen ontwikkelen moet je als beeldend therapeut eerst zicht hebben op waar de cliënt zich bij aanvang van de module precies bevindt: welke emoties staan op de voorgrond en hoe verhouden de emoties zich tot elkaar, hoe worden ze in werking gezet en door welke gedachten? In het boek *Individuele rouwbegeleiding* beschrijven de Keijser en Schut (1991, p. 30) de confrontatie-methode: 'Een belangrijke gedragstherapeutische techniek is confrontatie met hetgeen vermeden wordt. Door confrontatie kan geleidelijk gewenning aan het vermeden optreden en hoe meer gewenning, hoe minder vermijdingsgedrag. Door niet te vermijden kan integratie van problematische emoties plaatsvinden.'

Dit moet bij deze doelgroep uiteraard niet worden overdreven want vermijding heeft een belangrijke beschermende functie. Maar het kan toch worden ingezet, omdat zonder confrontatie met emoties die het verlies met zich meebrengen ook geen ontwikkeling of heling op gang kan komen. De relatie met de cliënt is heel belangrijk; hij moet je vertrouwen om zich over te kunnen geven. Hoe beter dat gaat hoe sneller hij vooruit komt. Daarom beslaat deze fase drie sessies voor de groep en twee voor de individuele therapie. Individueel heeft een cliënt alle aandacht van de beeldend therapeut en verloopt het kennismakingsproces en opbouw van vertrouwen doorgaans sneller dan in een groepstherapie.

3.6.2 De behandelfase: vijf sessies

Deze moet inzicht bieden in de relatie die de cliënt had met de overledene, de relaties die de cliënt nu heeft met zijn omgeving (steunsysteem) en de steun en afleiding die de cliënt ervaart uit activiteiten (hobby's, interesses). Alles bij elkaar moet zicht geven op wie hij was voor het verlies, en op wat daar volgens hem nog van over is, na het verlies. Dit in kaart te brengen geeft de cliënt niet alleen inzicht, maar biedt ook de aanknopingspunten tot verbetering.

Hoe beter de relatie met de overledene, hoe steviger de basis voor betekenis, troost en steun op dit vlak. Mocht de band slecht of ambivalent zijn geweest dan moet er alsnog zorgvuldig aandacht aan worden besteed totdat de cliënt het gevoel heeft hier zelfstandig mee verder te kunnen. Dit geldt ook voor de andere drie aspecten: de relatie tot zichzelf (zelfbeeld), de relatie tot het steunsysteem en de relatie tot afleidende activiteiten als werk, hobby's etc. Ze worden allemaal onder de loep genomen en in kaart gebracht; wat de cliënt er nu mee wil en kan.

Dit alles bij elkaar ontwikkelt bij de cliënt al snel een houding met meer positief realisme en brengt hem meer in het *hier en nu* met zijn aandacht. Verder wordt er nog ondersteuning geboden vanuit de cognitieve hoek (hoe ga ik om met gedachten en emoties, ups en downs, meer nare gebeurtenissen?) en wordt er, indien nodig, met sociale vaardigheden geoefend.

In *Handboek Beeldende Therapie* zeggen Schweizer et al. (2009, p. 309): 'Als cliënten hun eigen gedrag en de effecten ervan in het hier-en-nu gaan overzien en benoemen, zijn zij in staat tot het maken van eigen keuzes voor gedragsalternatieven, deze doelgericht te oefenen en zelf een betere toekomst te creëren.'

3.6.3 Afrondingsfase: twee sessies

Deze beslaat twee sessies, maar dat is ook weer afhankelijk van de persoonlijke aandachtspunten van de cliënt. De ene (groep) heeft er drie en de ander(e) maar één nodig. Afscheid nemen is het thema en biedt inzicht in hoe de cliënt hier nu mee omgaat, via het (opnieuw) afscheid nemen afscheid van de overledene

middels een afscheidsritueel en vervolgens van de beeldend therapeut.

In *Afscheidsrituelen, achterblijven en verdergaan* (2003, p. 33) schrijft van der Hart: 'Een therapeutisch afscheidsritueel is een overgangsritueel, met behulp waarvan de cliënt een bepaalde toestand achter zich laat en een nieuwe toestand realiseert'

'De therapeut moet overigens de vorm en inhoud samen met de cliënt bepalen; ze moeten aansluiten bij de ervaringen van de cliënt en diens voorkeuren moeten in het ritueel worden verwerkt. De traditie kan men daarbij het best als inspiratiebron beschouwen, niet als norm waaraan men zich te houden heeft'

3.6.4 Structuur van de sessies

- **Inleiding:** Elke sessie start met een inleiding door de beeldend therapeut over het thema en doel van de sessie van die dag, gevolgd door een oefening bij wijze van warming-up.
- **Huiswerk nabespreken:** Omdat er elke week huiswerk wordt opgegeven is dit vanaf de tweede sessie een vast onderdeel.
- **Beeldende opdracht:** elke sessie wordt er een beeldende opdracht gegeven en uitgevoerd.
- **Nabespreking beeldende opdracht:** Deze beeldende opdracht wordt ook elke keer nabesproken. Hier staan vragen genoemd die de beeldend therapeut kan stellen aan de cliënten, ter reflectie.
- **Huiswerk:** Er wordt elke week nieuw huiswerk opgegeven; bestaande uit het bijhouden van het beeldend dagboek en een andere opdracht, vaak in de vorm van een uit te voeren activiteit
- **Afsluiting:** De beeldend therapeut sluit gezamenlijk de sessie af met een korte oefening. Daarna worden de laatste werkstukken en materialen opgeruimd en is de sessie ten einde.

3.6.5 Duur van de sessies

Groepssessies

Elke groepssessie duurt 90 minuten, met globaal de volgende tijdsindeling:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| • Inleiding: | 10 minuten |
| • Huiswerk nabespreken: | 15 minuten |
| • Beeldende opdracht: | 30 minuten |
| • Nabespreken beeldende opdracht: | 20 minuten |
| • Huiswerk: | 05 minuten |
| • Afsluiten: | 10 minuten |
| Totaal: | 90 minuten |

Ervaring leert dat deze tijd krap is, zeker bij grotere groepen. Maar uitlopen doet het toch ook als je de sessie verlengt. De concentratie is bovendien vaak na 90 minuten wel op. Check bij de eerste sessie welke cliënten er bezwaar tegen hebben als een sessie enkele minuten uitloopt of wie er direct weg moet. Dan kun je daar rekening mee houden met nabespreken. Nabespreken kun je ook een keer tot de volgende sessie bewaren. Dan moet je de module op een ander punt inkorten.

Individuele sessies

Elke individuele sessie duurt 60 minuten, met globaal de volgende tijdsindeling:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| • Inleiding: | 10 minuten |
| • Huiswerk nabespreken: | 10 minuten |
| • Beeldende opdracht: | 20 minuten |
| • Nabespreken beeldende opdracht: | 10 minuten |
| • Huiswerk: | 05 minuten |
| • Afsluiten: | 05 minuten |
| Totaal: | 60 minuten |

Ervaring leerde me ook dat zelfs bij individuele beeldende therapie in deze module een uur regelmatig te krap is. Bij sommige sessies is zestig minuten weer wel voldoende. Ook hier moeten afspraken worden gemaakt bij de eerste sessie met de cliënt in hoeverre hij er bezwaar tegen maakt als het een keer uitloopt.

Het streven is bij beide vormen van de module uiteraard om binnen de tijd te blijven. Soms moet er dan eerder worden gestopt en de opdracht in een andere sessie afgemaakt, of thuis, als dat binnen de mogelijkheden van het huiswerkprogramma valt.

N.B. Bij elke beeldende opdracht staat in het werkboek ook nog nader gespecificeerd hoeveel tijd cliënten voor sommige onderdelen krijgen.

3.6.6 Doelen

Aan het begin van elke sessie worden in het werkboek de doelen voor deze sessie genoemd. Ze worden tevens gespecificeerd bij de huiswerkopdrachten. Het benoemen van deze doelen is in eerste instantie bedoeld voor de beeldend therapeut en biedt vooraf snel inzicht hierin. Daarbij geeft het de beeldend therapeut de gelegenheid om bij deze doelen andere opdrachten aan te bieden dan die in deze module beschreven staan, maar wellicht net zo passend zijn.

3.6.7 De voordelen van groepstherapie en die van individuele therapie

Oorspronkelijk schreef ik de module voor groepstherapie, maar met enkel één aanmelding tegen de tijd dat ik moest starten om nog voldoende tijd te hebben voor de uitvoering, werd het toch individuele therapie. Het voordeel van groepstherapie is dat er sprake is van lotgenoten contact wat de drempel verlaagt om emoties te delen. Cliënten kunnen van elkaar leren, bijvoorbeeld hoe een ander met eenzelfde soort situatie, gevoel of gedachte anders omgaat dan jij. Tevens kunnen sociale vaardigheden beter worden geoefend.

Het voordeel van individuele therapie is dat de cliënt meer aandacht krijgt en dat er meer tijd is om dieper en uitgebreider op zijn beleving in te gaan. Door het één op één contact is het mogelijk voor de beeldend therapeut om direct te reageren op wat de cliënt beleeft, denkt en voelt en kan direct bijsturen.

Mijn ervaring is dat cliënten bij individuele therapie vaak een stuk sneller gaan in hun ontwikkeling, dan bij groepstherapie, maar precies hoeveel sneller; dat zou nog onderzocht moeten worden. Tenzij zijn probleem voornamelijk op het sociale vlak ligt, waardoor groepstherapie meer geïndiceerd is.

3.6.8 Huiswerkopdrachten

Door cliënten opdrachten mee te geven om thuis uit te voeren wordt de integratie van de ontwikkeling binnen de therapie met het dagelijks leven van de cliënt bevorderd. Een tweede voordeel is dat de cliënt bij de toepassing van het geleerde tijdens de module nog feedback, tips en bijsturing kan krijgen mocht hij tegen obstakels aanlopen.

Ook wordt direct duidelijk of men begrepen heeft wat er aan de orde is gekomen en werkt het als een middel om erachter te komen waar de cliënt staat in het rouwproces en hoe hij dat vorm geeft in het dagelijks leven. De reden waarom niet alle huiswerkopdrachten puur beeldend zijn, maar regelmatig worden gecombineerd met dagelijkse activiteiten (zoals je lievelingsgerecht koken voor anderen) is dat er een verbinding wordt gelegd tussen het beeldend therapeutische - en het dagelijkse aspect. Dit bevordert de integratie tussen binnen- en buitenwereld, beeldende therapielokaal en thuis, therapeut en steunsysteem. Dat is belangrijk om het gat, waarin de cliënt kan vallen als de therapie is beëindigd, zo klein mogelijk te maken. Want omdat er tijdens de module door de cliënt al steeds verbindingen zijn gelegd van de therapie naar thuis en andersom, wordt het gemakkelijker dat lichtjes ingesleten spoor te blijven volgen als de therapie eenmaal is afgelopen.

3.6.9 Beeldend dagboek rouw en verlies

Vanaf dat ik een jaar of acht was hield ik een dagboek bij. Dat deed ik voornamelijk in periodes waarin ik het moeilijk had en niet al mijn gedachten en gevoelens met anderen kon delen. Deze deelde ik dan met het papier. Dat heeft mij altijd enorm veel steun geboden; ik kon het ergens kwijt en papier oordeelt niet. Als ik het later terug las leerde ik er van door te zien hoe ik met die situatie was omgegaan, dát ik er door was

gekomen en op welke manier. Dat gaf me zelfvertrouwen en hoop voor de toekomst.

Niet iedereen houdt van schrijven en daarom is het ook een 'beeldend dagboek'. Cliënten kunnen er in schrijven en in tekenen, knippen en plakken. Het kan gaan over gedachten, gevoelens, herinneringen, ideeën etc. Aan het begin van de therapie zal er aandacht worden besteed aan verschillende symbolen die gevoelens kunnen verbeelden en je eigen symbolen die je hiervoor kunt scheppen. Dit kan een stimulans betekenen om het dagboek ook te gebruiken als je geen woorden kunt vinden. Cliënten kunnen het dagboek blijven bijhouden na afloop van de therapie, als ze dat willen. Er zal ook gewezen worden op de mogelijkheid om het altijd weer op te kunnen pakken en verder te gaan, al zit er een paar jaar tussen; wanneer je wilt, verder kun je altijd.

De cliënt aan wie ik deze module als eerste aanbod verbeeldde zijn gevoelens van die dag in de vorm van een weerbericht. Daarnaast zette zij enkele minpunten en enkele pluspunten van die dag onder elkaar. Dit gaf hem inzicht in feitelijke gebeurtenissen aan de ene kant en zijn beleving en omgaan ermee aan de andere kant. Het bood hem ook een soort structuur en houvast, wat hij erg prettig vond. Daarom gaf hij aan het einde van de module aan dat hij het boek in ieder geval door door wilde zetten tot het vol was een misschien nog wel daarna, als hij dat dan nog nodig had.

Een andere cliënt verbeeldde haar gevoel liever in de vorm van gevoels-cirkels, één van de (alternatieve) opdrachten uit deze module die ik ook bij een andere module had ingezet, met als onderwerp: zelfbeeld.

3.6.10 Werkwijzen en methodieken

Met deze beeldende therapie module bouw ik grotendeels voort op het *integratief rouwmodel* (Maes, 2007, p. 80). Men legt hierbij onder andere de nadruk op de persoonlijke realiteit en unieke betekenis van het verlies voor elk individu, gaat ervan uit dat rouw alle denkbare reacties kent, heeft een holistische benadering, is gericht op transformatie naar een nieuwe wereld in plaats van terugkeer naar vroegere en kadert rouw steeds in *de bredere familiale en sociale context* (Maes, p. 81)

Er wordt tijdens deze module inzichtgevend gewerkt, met name in de doelen van de beeldende opdrachten en met de nabespreking van het werkproces komt dit naar voren. Bij de huiswerkopdrachten ligt het accent iets meer op de re-educatieve, ortho(ped)pedagogische en supportieve werkwijze (Smeijsters, 2008, p. 56). Door het werken 'met- en in het medium' kunnen gevoelens en obstakels worden ervaren. Ervaren werkt vaak krachtiger dan praten, omdat de cliënt hiermee dichterbij zijn eigen gevoel komt.

Er zal verder naar eigen inzicht van de beeldend therapeut gebruik worden gemaakt van werkwijzen afkomstig van verschillende therapeutische stromingen. Er zullen voornamelijk elementen uit de cliëntgerichte therapie, de cognitieve (gedrags)therapie, als psychotherapeutische therapie worden ingezet, maar er is ook ruimte voor andere soorten van aanpak, als die op dat moment even goed zijn.

3.7 Kostenplaatje

Materiaalkosten € 10,- per cliënt, per 10 sessies	€ 100,-
Huur ruimte € 100,- per dagdeel x 10 sessies	€ 1000,-
Salaris therapeut € 65,- per uur x 30 uur incl. voorbereiding	€ 1950,-

Totaal

€ 3050,-

4 Procesbeschrijving

4.1 Theorie

Het begon allemaal in het najaar van 2012, met de minor Beroepsmatig omgaan met rouw- en verliesituaties die ik volgde. Daar heb ik heel erg veel geleerd van de theorie en praktijkvoorbeelden van verschillende (gast)docenten. Door deze combinatie; het koppelen van theorie aan anekdotes uit de praktijk, leerde ik het meest. Door in te zoomen en vervolgens uit te zoomen met de lesstof en binnen de lessen al verbanden te leggen, kreeg ik inzicht in de belangrijkste algemene aspecten van rouwprocessen, maar ook inzicht in het situatieafhankelijke en uiterst individuele aspect dat een rouwproces altijd in zich heeft. Daarnaast kreeg ik gereedschappen aangereikt om cliënten mee te helpen zelfinzicht te krijgen en hebben we daarmee geoefend om ze toe te leren passen.

Via intervisie kon ik leren van hoe mijn medestudenten met bepaalde situaties omgingen. Daarnaast hebben ook veel zelfonderzoek gedaan in de vorm van huiswerkopdrachten. Deze opdrachten moest je op je eigen verlieservaringen betrekken en tegelijk op die van cliënten die je tegenkwam op je praktijkwerkplek. Dat zorgde voor een koppeling met je eigen gevoelens en ervaringen. Alles bij elkaar heeft het veel bij me omgewoeld en heb ik de theorie, vermengd met eigen ervaringen en die van anderen, me goed geïntegreerd eigengemaakt.

4.2 Uitvoering en onderzoek in de praktijk

Eén van de tentamenopdrachten van de minor was om een product te schrijven voor rouw en verlies. Toen vatte ik het idee op om een module te gaan schrijven die ik op stage zou kunnen testen in de praktijk om hem vervolgens te gaan verbeteren voor mijn afstuderen. Zo is het ook gegaan.

Omdat ik op dat moment maar één cliënt kon regelen (via een behandeloverleg), ben ik de module die ik voor een groep schreef individueel gaan uitvoeren.

Elke sessie bereidde ik voor door na te denken over welke werkvormen ik zou aanbieden. Ik zorgde ervoor dat ik altijd twee tot drie werkvormen had voorbereid. De keuze zou afhangen van waar de cliënt op dat moment het meest mee bezig was en wilde zijn. De opdrachten lagen meestal wel binnen één en dezelfde fase van de module. Soms liet ik de keuze voor de werkvorm aan de cliënt zelf of deed een voorstel met daarbij de ruimte biedend om voor iets anders te kiezen. Elke sessie had ik ook een ontspannende werkvorm achter de hand, voor als de cliënt daar specifiek behoefte aan zou hebben. Omdat de cliënt daar niet voor koos heb ik die ontspannende werkvormen toch een paar keer doorgevoerd en een vaste plek gegeven in de module. Of deze opdrachten voor de cliënt ook werkelijk ontspannend werken, hangt deels af van de cliënt en van de manier waarop ze worden ingeleid en begeleid door de beeldend therapeut. Dit behoort de beeldend therapeut goed in de gaten te houden, te checken met - en af te stemmen op de cliënt.

Om de week (soms elke week) sprak ik met mijn stagebegeleidster de voortgang door en mijn ideeën voor de volgende sessie. Daarbij vond zij mijn plannen en voorbereiding steeds goed. Ze vulde af en toe aan met enkele goede tips en suggesties om nog wat fijner af te stemmen en de behandel-effecten te versterken middels enkele krachtige begeleidingstechnieken. Het belangrijkste wat ik van haar heb geleerd is hoe ik de cliënt kan uitnodigen verschillende beeldelementen uit zijn werkstuk met elkaar - en tegen hem zelf te laten spreken. Daarvan heb ik de zeer positieve uitwerking gezien door het gewoon te doen. Het voelde wel een beetje raar om dit aan de cliënt te vragen, maar door met eigen ogen te zien hoe krachtig dit voor hem werkte ben ik de waarde ervan gaan inzien en daarom zal ik het vaker als interventie gaan inzetten.

Verder waren alle sessies met de cliënt het meest leerzaam in het proces, want dan merk je wat er werkt, waarom het werkt of juist niet werkt.

Wat me opviel in het uitvoeringsproces is dat; ook als een opdracht door de cliënt niet wordt begrepen dat dit waardevol is. Op die momenten kwam ik op nieuwe werkvormen die wel heel goed bleken te werken of ik veranderde ze ter plekke, afgestemd op de cliënt. Deze veranderingen heb ik veelal overgenomen in het huidige Werkboek, als het verbeteringen bleken te zijn.

Wat me nog meer opviel is dat ik er enorm veel plezier in had en dat dit me rust gaf. Samen met de overzichtelijke situatie van individuele therapie gaf dit me de rust om te kunnen improviseren en goed mijn theorie en intuïtie samen te laten werken. De goede uitwerking op de cliënt versterkte ook mijn vertrouwen. Sommige dingen vond ik wel spannend om uit te proberen. Zou ik niet teveel van hem vragen? Vroeg ik

mezelf nog wel eens af. Dat gevoel kon ik sussen door de cliënt elke keer de ruimte te bieden om iets anders te kiezen. Dat was voor mij een soort testmethode om te zien of hij van die 'escape' gebruik zou maken. Dat deed hij eigenlijk nooit. Het enige wat voor hem echt niet hoefde was een afscheidsritueel vormgeven en uitvoeren. Dus dat hebben we dan ook niet gedaan.

Ik merkte dat de cliënt zich aan mij ging hechten, wat ook duidelijk merkbaar was bij het afronden van de module. Op navraag gaf hij aan dat hij die laatste week of twee wat minder goed in zijn vel zat door het op handen zijnde afscheid. Hij realiseerde zich dat pas op het moment dat we het erover hadden. Daarnaast gaf hij aan dat hij het prettig vond om een vorm van nazorg te krijgen. Zijn regulier behandelprogramma had hij aan het begin van deze module afgesloten, maar eens per week had hij nog een gesprek met een therapeut en mocht dan even bij de groep en sociotherapie langs om te 'effe te buurten'.

De cliënt gaf aan dat hij aan het eind van de module beter met verlies om kon gaan. Dat had hij ervaren doordat er een groepsgeenoot, een ander familielid en enkele dorpsgeenoten van hem waren overleden in de periode dat hij de module volgde. Hij kon deze beeldende therapie-module iedereen aanraden, zei hij.

Voor mezelf maakte ik aantekeningen over het verloop van de sessies en ik schreef een tussenevaluatie en eindevaluatie voor het behandelteam. Ook heb ik er mondeling iets over verteld tijdens het behandeloverleg.

4.3 Beschrijven van vooronderzoek en schrijven van Werkboek

Door het uitermate drukke studiejaar kon ik pas in april starten met het beschrijven van het vooronderzoek. Toen ben ik ook begonnen met het aanpassen van de module aan mijn bevindingen in de praktijk. Van mijn stagebegeleidster had ik al feedback gekregen op de eerste versie van mijn cliëntfolder, dus die heb ik direct aangepast. De flyer was al goed, dus daar heb ik weinig aan veranderd.

Voor wat betreft het Werkboek vond ik het zonde om alleen groepstherapie sessies of alleen individuele sessies te beschrijven. Daarom koos ik voor beide. Tijdens het beschrijven van de sessies merkte ik ook dat er best een aantal sessies overeenkwamen en dat verlaagde de drempel om beide te doen.

Wat ik al schrijvende aan het Werkboek merkte was; dat alles bij elkaar het toch een flinke hoeveelheid tekst werd. Om het overzicht te bewaren, en de beeldend therapeut die met de module gaat werken inzicht te geven in de verschillende en overeenkomstige sessies voor groepstherapie en individuele therapie, heb ik een verkorte weergave gemaakt. Dit zou ook voor de evaluatiegroep prettig zijn om overzicht over beide te krijgen.

Tot slot vond ik het belangrijk om ook in het werkboek de theoretische verantwoording op te nemen. De evaluatiegroep bestaat uit mensen uit het werkveld en ik zie dit product, in de vorm van een beeldende therapie-module, toch als mijn visitekaartje. Dat heb ik dan ook zo goed mogelijk geprobeerd af te krijgen naar mijn eigen maatstaven, alvorens het ter evaluatie aan te bieden.

4.4 Planning

De planning uit mijn Plan van Aanpak heb ik grotendeels aangehouden, behalve dat ik me niet op meer dan twee afstudeeropdrachten tegelijk kon richten, eigenlijk zelfs maar op één tegelijk. Dit betekende dat ik in blokken van een week telkens aan één afstudeeronderdeel tegelijk werkte, op enkele uitzonderingen na; zoals de communicatie met de evaluatiegroep en andere prioriteiten die zich voordeden.

Alles kost altijd toch meer tijd dan je verwacht. Vooral de afwerking, vele correctierondes, bijstellingen en inbinden bij een drukkerij of copyshop. Met als gevolg dat ondanks goede planning en gedisciplineerd hard werken ik toch nog de meeste dagen 16 uur per dag maakte. Ik heb mezelf begin mei twee dagen weekend en drie dagen in een vakantiehuisje gegund, met een enkele avond televisie kijken tussendoor. Verder heb ik in isolement alleen maar gewerkt. Alle afstudeeronderdelen bij elkaar blijkt teveel voor een half jaar (deeltijd) studie. Vanuit de opleiding zou hier vooraf meer nadruk op gelegd mogen worden.

4.5 Evaluatie

Evaluatiegroep

De evaluatiegroep heb ik samengesteld uit mensen uit het behandelteam van verschillende disciplines, maar ook een eerstelijns psycholoog en een sinds kort gepensioneerd psychotherapeut buiten de instelling. Twaalf mensen heb ik voor evaluatie van mijn product benaderd. Van vijf heb ik het evaluatieformulier

teruggekregen. Door de meivakantie en vakantiespreiding waren er verschillende mensen met vakantie of om andere redenen niet telefonisch bereikbaar.

Van mijn vriend heb ik de tip gekregen om iedereen uit de evaluatiegroep persoonlijk per telefoon te bellen omdat dit de respons zou vergroten. Dat bleek ook zo te zijn. Van de zes mensen die ik telefonisch wist te bereiken en het dus direct aan ze heb gevraagd hebben er vijf ook daadwerkelijk iets gestuurd. De mensen (dramatherapeut, sturend behandelaar en een leidinggevende) die ik het alleen heb gemaaild, in combinatie met inspreken van het antwoordapparaat, die hebben niet gereageerd. Eén persoon; een zorgmanager van Symfona Meander heb ik telefonisch niet kunnen bereiken en heb ik daarom ook niets gestuurd, omdat ik haar nog nooit had ontmoet. Een ander; voormalig beeldend therapeut van een andere instelling en andere doelgroep, die zelf een dergelijke module aan het ontwikkelen is heb ik nog via een medestudent gevraagd om mijn product te evalueren, maar zij wilde niet wegens tijdgebrek. Nog een muziektherapeut die ik wel goed ken heb ik de module gestuurd, maar die heeft niets toegezegd of teruggestuurd.

De uiteindelijke evaluatiegroep bestaat uit drie collega's bij GGZCentraal/Symfona Meander: een beeldend therapeut (mijn stagebegeleidster), een sociotherapeut (die de cliënt die ik met de module heb behandeld heeft begeleid) en een educatief therapeut, die zelf in het verleden ook rouw – en verlies begeleiding heeft gegeven op deze instelling. De andere twee zijn een eerstelijns psycholoog die in haar eigen praktijk ook mensen heeft behandeld in rouw en verliessituaties, en een sinds kort gepensioneerd psycholoog/psychotherapeut die werkte in Het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk.

E was mij ook nog de suggestie gedaan om iemand in de evaluatiegroep op te nemen die vanuit de grafische hoek komt, maar zo iemand heb ik niet kunnen vinden.

Aan de ene kant is het belangrijk om een evaluatiegroep genoeg de tijd te geven om de module te lezen en te evalueren. Aan de andere kant kunnen mensen met teveel tijd de deadline uit het oog verliezen is mijn ervaring in het verleden. Dan moet je ze vaker een herinneringsmail sturen om ze aan te sporen. Ik was niet eerder klaar met mijn product dan 6 mei en heb de evaluatiegroep twee weken de tijd gegeven om het evaluatieformulier terug te sturen. Sommigen minder tijd omdat ik ze eerder niet kon bereiken. Idealiter had ik het product eerder ter evaluatie aangeboden, maar zelfs met constant keihard werken lukte me dat niet. Vlak voor de vakantie sturen had ook niet geholpen omdat de mail dan op een berg terecht komt en die men na de vakantie niet meer terug kan vinden. Omdat het praktijkproject niet bepaald het enige tijdrovende afstudeeronderdeel is en ik steeds goed doorgewerkt heb was het gewoon niet anders mogelijk dan zoals het nu is gegaan.

Ik ben blij met de vijf evaluaties die ik heb ontvangen. Ze vulden elkaar goed aan. Ik heb er dus zeker wat aan gehad en mee gedaan.

4.6 Evaluatieformulieren

Veel mensen hadden problemen met het openen van het Word bestand, wat mijn eigen schuld was omdat ik onbewust een type bestand had gestuurd dat niet voor iedereen te openen was. Een aantal schrokken terug voor de moeite om het uit te printen, in te vullen, in te scannen en terug te sturen per mail of per post. Later heb ik de vragen van het formulier nog in twee andere bestanden gestuurd. Van het formulier dat ik uiteindelijk in de mail zelf heb geplakt is twee keer gebruik gemaakt. Het evaluatieformulier is daarbij alsnog twee keer ingevuld en gescand teruggestuurd en één persoon heeft de vragen zelf overgenomen in de mail. Het was de eerste keer dat ik over de mail werkte met een evaluatieformulier. Dit heb ik in vier verschillende type documenten verstuurd en in drie verschillende types teruggekregen.

Hier heb ik van geleerd dat ik het bestandstype goed moet checken voordat ik het verstuur, maar beter nog lijkt het me om volgende keer een online enquête ter evaluatie te maken, die door iedereen online gezien en ingevuld kan worden. Dat is gebruiksvriendelijker omdat er niets gestuurd hoeft te worden en het minder gevoelig is voor fouten. Want pas bij het noteren van de antwoorden zag ik dat ik bij het plakken van de evaluatievragen naar de mail de laatste vraag niet heb meegenomen. Hierdoor zie je op de laatste vraag maar drie antwoorden. Dat is typisch zo'n fout die ik er niet uit filterde omdat ik onder hoge druk stond.

Voor medestudenten heb ik een aantal keren een online enquête ingevuld en dat werkte voor mij als respondent gemakkelijk en gebruiksvriendelijk. Dit wordt voornamelijk voor onderzoek gebruikt, maar zo'n evaluatieformulier is eigenlijk ook een minionderzoek. Omdat het sneller is om te maken, in te vullen en te verwerken, is het bij een online enquête ook niet te belastend om wat meer specifieke vragen te stellen. Een maand geleden was ik niet op dit idee gekomen. Het lijkt me een goed idee voor een volgende keer. Hieronder volgen de antwoorden op de vragen van het evaluatieformulier:

Bijlage 3:**Evaluatieformulier voor evaluatiegroep****Wat vindt je van de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?**
☐ niet interessant **2x** interessant **3x** erg interessant
Hoe werd de module aan je gepresenteerd?
☐ onvoldoende **2x** voldoende **3x** goed
Is de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies' volgens jou relevant voor creatieve therapie?
☐ niet relevant **3x** relevant **2x** zeer relevant
Geef aan in welke mate de module 'Omgaan met verlies' voldoet aan onderstaande kwaliteitscriteria:

Er zit een duidelijke opbouw in:
Een kennismakingsfase, een behandelfase, afrondingsfase.

5x ja ☐ nee ☐ weet niet

Biedt ruimte voor de individuele hulpvraag en ontwikkeling van de cliënt

5x ja ☐ nee ☐ weet niet

Ondersteunt het ontwikkelen van een therapeutische relatie, een sfeer van veiligheid en vertrouwen

5x ja ☐ nee ☐ weet niet

Vormt een waardevolle toevoeging op het reguliere behandelaanbod binnen een klinische setting

5x ja ☐ nee ☐ weet niet

Draagt bij aan de ontwikkeling en bekendheid van het vak Beeldende Therapie

3x ja ☐ nee **2x** weet niet
De uitvoering (door een beeldend therapeut) kan leiden tot het behalen van onderstaande doelen:

De cliënt krijgt inzicht; in zijn emoties, gedachten, eigen kwaliteiten, het soort steun van zijn omgeving, interesses en in de steun van de band met de overledene

5x ja ☐ nee ☐ weet niet

De cliënt ervaart deze steun en kan er een beroep op doen

5x ja ☐ nee ☐ weet niet

De cliënt heeft vertrouwen in zijn vermogen om zonder hulpverlening uit een dal te klimmen

4x ja ☐ nee **1x** weet niet

Aan het eind kan de cliënt beter omgaan met zijn verlies en afscheid nemen in het algemeen

3x ja ☐ nee ☐ weet niet
Heb je een suggestie voor aanvulling en verbetering?

Naam:
Instelling:
Functie:
Datum:

Bedankt voor je medewerking!**4.7 Conclusie evaluatieformulier**

Overwegend is men erg positief.

Misschien gaat die vraag - over de mogelijke bijdrage aan de bekendheid van het vak Beeldende Therapie- ook wat te ver voor een module, en helemaal voor een afstudeerproject. Toch vond ik het interessant om er naar te vragen. Of dit wel of niet een bijdrage levert aan de bekendheid van het vak Beeldende Therapie is denk ik afhankelijk van meerdere factoren die ook altijd grotendeels buiten een module als deze liggen zoals; het aanvankelijke en uiteindelijke draagvlak van dit aanbod binnen de instelling. De bekendheid en

daarmee het draagvlak moet altijd groeien binnen een instelling en dat duurt als snel een jaar of twee. Het duurt ook al een half jaar voordat aanmeldingen vanzelf binnenkomen vertelde mijn stagebegeleidster. Die tijd had ik niet, waardoor ik zelf actief ben gaan werven binnen het behandelteam.

Het enige evaluatiegroepslid dat niet weet of "de cliënt vertrouwen heeft in zijn vermogen om uit een dal te klimmen" zegt dit omdat hij of zij dit heel serieus neemt. Het is nogal een uitspraak waar je ja op zegt. Ware het niet dat ik in de vraagstelling al ruimte heb ingebouwd door te vragen of "de uitvoering (door de beeldend therapeut) kan leiden tot het behalen van onderstaande doelen". Dit is in de eerste plaats afhankelijk van de beeldend therapeut, maar ook van de ernst van de problematiek van de cliënt (die ik in het evaluatieformulier niet heb benoemd) en daarnaast gaat het om een 'mogelijkheid', een 'kans' die deze module wel of niet schept. Maar eigenlijk vind ik het niet zo belangrijk om hier nu verder heel gedetailleerd op in te gaan. Meer praktijkonderzoek is hoe dan ook nog nodig om zoiets te kunnen vaststellen. Het evaluatieformulier betrof een algemene indruk.

4.8 Feedback

De feedback die ik heb gekregen was overwegend zeer positief. Hieronder volgt een samenvatting op volgorde van binnenkomst, uitgesplitst in complimenten en Opmerkingen/suggesties (zie bijlage 6 voor de originele evaluatieformulieren):

Functie:	++	Opmerkingen/Suggesties:
Beeldend therapeut	Een hele mooie module, mijn complimenten!	1. Inleiding: Ik mis het benoemen van taboe-gevoelens zoals boosheid en onverschilligheid
	Inleiding: zorgvuldig, veel aspecten, diepgaand, mooi: de focus op de ver/hernieuwde band Samenvatting module: Mooie integratie van flexibiliteit in zoiets vaststaands als een module. Verkorte weergave van de module: Sessie 8: mooie opdracht!	Verkorte weergave van de module: 2. sessie 4 groep: de impact verbeelden of de verlieservaring zelf? Is verschil, waarom deze keuze? 3. sessie 6: individueel :hoe verbeelden van steun ?
	p.42 mooie tegenhanger: een opdracht tot bezinken, niet doorhaasten en (té) hard werken. Zou ook een vlucht kunnen zijn p. 44 prachtige opdracht zelfbeelden voor-na verlies.	4. p. 10 Tip; Nabesprekingen kan je ook voorstructureren en inkorten door bijv. een korte titel met de essentie erop bij je werk te voegen en dat iedereen bij een ander werkstuk korte mondelinge feedback geeft waardoor per cliënt één cliënt reageert. 5. p. 16 Heb mijn vraagtekens bij 2.5.7 mbt voordelen individuele therapie (gaat sneller). Vindt ik te snel geconcludeerd. De kunst is wel de groep optimaal te benutten/ aan te sturen voor de nabespreking en feedback op elkaar. Kan middels opdrachten.
	Lijkt me heel goed als je met een speelse opdracht afscheid neemt en plezier met elkaar hebt naast ruimte voor verdriet (ea gevoelens) en feedback.	6. p. 30 sessie 4 groep: een zeer spannende opdracht voor zwakkere cliënten. Ik zou in de opdracht zelf al de keuze inbouwen hoe ver je erin wilt gaan het verlies zelf (de gebeurtenis) uit te beelden door bijvoorbeeld een lijst te laten maken rondom de ervaring die bijvoorbeeld met een enkele stip aangegeven zou kunnen worden tot aan veel groter en gedetailleerder, naar

		behoefte. De lijst kan in dikte variëren en bevat de geleden gevoelens van de cliënt in kleuren, woorden, bewegingen en niet de gebeurtenis zelf. 7. p. 46 hoe combineer je het als sommigen het wel willen, anderen niet? Bijv. door de 'nieters' iets in perspectief van 'verder-weg' te laten schilderen., stilleven of zo?
Educatief therapeut	Fijn dat er een gedifferentieerd aanbod komt voor de patiënt!	8. Binnen de instelling is de afspraak om te spreken over patiënt en niet over cliënt. Klinische setting nog van toepassing?
		9. Ben ook werkzaam binnen de sociale psychiatrie en daar wordt de module Acceptatie & Verlies benut voor verschillende soorten rouw. Op indicatie individueel, anders in groepsverband. Bij de kennismaking ben ik in 1e instantie getuige van hun verhaal, veelal een vervolg bij de 2e bijeenkomst. Vaak kunnen patiënten verschillen in rouw benoemen, sommigen duiden mbt bv het verschil in rouw met dierbaren en hier het verschil in, mbt tot het ziektebeeld, scheiding, fysiek misbruik, verlies werk. Enkelen hebben al ervaring met het bespreken van (verlies)verwerking. Door een nieuw verlies, of door in een nieuwe levensfase = levensloop, te komen. Binnen sas een uitzondering voor mij. Voorheen ook bij spoedeisende psychiatrie, psychotische stoornissen - nu door de ontwikkelingen niet meer van toepassing.
Eerstelijns psycholoog	Ik heb alles bekeken en vind het een knap stukje werk. Je hebt alles zo goed geordend en uitgewerkt, bijna pasklaar. Ook goed ingebed in theorie en visie. Daarbij vind ik de lay-out van de folder erg mooi en aansprekend. Ook alles heel helder beschreven.	10. Het is helemaal niet mijn vakgebied maar ik kan me wat rouwverwerking betreft er goed iets bij voorstellen, mits mensen er affiniteit mee hebben. Je hoeft geen kunstenaar te zijn maar het moet wel passen bij jouw manier om bij gevoelens te komen. (Ik moest ook regelmatig in opleidingen iets creatiefs doen, met gevoel, en dan ging ik steeds minder voelen, het lukte me nooit en ik kreeg er een hekel aan) Ik denk dat mensen daarin verschillen.
	De flyer is heel duidelijk en daarin vond	11. Dat miste ik wat in de

	ik ook terug dat je de opdrachten bespreekt. Ik zie ook dat dat in het programma voldoende ruimte krijgt.	beschrijving eerder en in de folder. Het viel me denk ik speciaal op omdat ik altijd geleerd heb dat gevoelens en intuïtieve ervaringen vooral effect hebben als er ook verbaal betekenis aan gekoppeld wordt. Meer aangeven over de werkvormen: Hoe ziet het programma eruit, wat voor opdrachten en ook het bespreken daarvan aangeven.
		12. Volgens mij staat er in de DSM 4 wel een diagnose voor rouw en problematische rouw als vorm van depressie. Niet belangrijk verder.
		13. Bij de inleiding: punt 4: De enige x dat ik dacht, wat staat hier, wel 3x lezen, misschien wat simpeler formuleren.
	Nou, Nienke, ik vond het interessant. Je zult er een hele klus aan gehad hebben maar ik denk dat je er goed mee scoort.	14. Overigens denk ik dat het met rouw altijd heel erg om 'zijn' gaat. Heftige gevoelens, ook al zijn ze soms overdekt en minder voelbaar, maken je heel erg van jezelf bewust, heel erg zijn dus. 15. Ook denk ik niet dat mensen als persoon veranderen door heftige rouw, wel een belangrijke ervaring erbij, zoals je ook al aangeeft.
Psycholoog/ Psychotherapeut	Ik vind je stuk erg goed in elkaar zitten. Helder, overzichtelijk en to the point. Prima opbouw van de sessies, met ruimte voor individuele verschillen. De folders zijn goed, zowel voor de cliënten als voor verwijzers.	16. In de inleiding vind ik de tekst op een paar plekken niet helder: Bij de zin: je zou die 'belangrijke ander' ook kunnen ...etc. Eerder gebruikte je die term niet. Je zou bijvoorbeeld kunnen zetten: verlieservaringen kunnen ook betrekking hebben op je vaderland, idealen etc.
	Mijn complimenten voor je werkstuk. Het ziet er heel goed uit, leest vlot, zit goed in elkaar. Het komt duidelijk over dat je er veel werk van gemaakt hebt, ook door ingewikkelde zaken op vrij compacte wijze te beschrijven.	17. De zin: het verlies van een baan is vaak een verlies dat gepaard gaat met etc. Die begrijp ik niet goed. Verlies van werk houdt toch niet in dat iemand ook onderdak of ene relatie verliest?
	Het lijkt me leuk om er nog eens met je over te praten: op mijn werk heb ik, wel heel wat jaren geleden, ook een tijd met de beeldende therapeut samen een verliesgroep begeleid. Toen nog wel met heel wat minder structuur (dat was toen in de mode). Maar het was een heel goede ervaring.	18. Wat ik wel jammer vind is de tendens om alles zo kort mogelijk te houden. Wij hadden destijds nog de mogelijkheid om iemand minstens een half jaar in de groep te houden, eenmaal per week. En dan nog mogelijkheid om drie maanden te verlengen. Bij gecompliceerde problematiek

		toch absoluut niet te lang. Maar de tijden veranderen.
Sociotherapeut	Gaf geen extra feedback of opmerkingen	

4.9 Wat heb ik met de feedback gedaan?

Hieronder zal ik puntsgewijs aangeven wat ik met elke (genummerde) feedback, suggestie of opmerking heb gedaan.

1. **"Inleiding: Ik mis het benoemen van *taboe gevoelens* zoals boosheid en onverschilligheid"** Boosheid had ik in een eerdere versie erin staan, maar met een lelijke zin samen gewist en vergeten terug te plaatsen. Samen met onverschilligheid of *niet voelen* heb ik deze teruggeplaatst in de inleiding, omdat ik het een terechte opmerking vond. Sommige mensen voelen niets, onverschilligheid of vooral woede en dat zijn emoties die men niet altijd even goed kan plaatsen of durft te uiten.
2. **"Sessie 4 groep: De impact verbeelden of de verlieservaring zelf? Is verschil, waarom deze keuze?"** Door dit punt ben ik mijn beschrijving opnieuw gaan lezen en realiseerde me dat ik hierin inderdaad niet duidelijk ben en het over twee verschillende dingen heb. Omdat er later nog een kritiekpunt volgt over dat de opdracht uit deze groepsessie heel goed te hoog gegrepen kan zijn voor deze doelgroep, heb ik besloten om ruimte voor beide mogelijkheden te scheppen door twee opdrachten in de sessie op te nemen die beide een ander aspect benadrukken. Dit heb ik iets duidelijker in de verkorte weergave omschreven en in het werkboek naar voren laten komen.
3. **"Sessie 6: individueel: hoe verbeelden van steun?"** Ook bij dit punt werd ik me bewust van enige onduidelijkheid van de beschrijving in de verkorte weergave en heb ik besloten op welke van de twee mogelijke opdrachten ik de nadruk zou leggen. Ook dit heb ik aangepast in de verkorte weergave en in het werkboek.
4. **"p. 10 Tip; Nabesprekingen kan je ook voorstructureren en inkorten door bijv. een korte titel met de essentie erop bij je werk te voegen en dat iedereen bij een ander werkstuk korte mondelinge feedback geeft waardoor per cliënt één cliënt reageert."**
Dit vond ik een goede suggestie vanwege het voorgestructureerde en tijd sparende aspect, die ik heb onthouden en heb toegevoegd aan de negende sessie (voor de groep en individueel). Dit omdat ik verwacht dat als cliënten een afscheidsritueel gaan vormgeven dat het een drukke en intense sessie is, die wel wat extra structuur en duidelijkheid over de hoeveelheid spreektijd kan gebruiken. Dit kan natuurlijk altijd worden uitgebreid, binnen een andere sessie ingezet worden of een variatie op worden bedacht, afgestemd op wat op dat moment voor die groep juist is.
5. **"p. 16 Heb mijn vraagtekens bij 2.5.7 mbt voordelen individuele therapie (gaat sneller). Vind ik te snel geconcludeerd. De kunst is wel de groep optimaal te benutten/ aan te sturen voor de nabespreking en feedback op elkaar. Kan middels opdrachten."**
De tekst bij dit punt heb ik iets meer genuanceerd met: "Mijn ervaring is dat cliënten bij individuele therapie *soms* sneller *lijken* te gaan in hun ontwikkeling, dan bij groepstherapie. Als dat al zo is dan zou nog onderzocht moeten worden hoe dat nu precies komt en hoeveel sneller dat dan is."
6. **"p. 30 sessie 4 groep: een zeer spannende opdracht voor zwakkere cliënten. Ik zou in de opdracht zelf al de keuze inbouwen hoe ver je erin wilt gaan het verlies zelf (de gebeurtenis) uit te beelden door bijvoorbeeld een lijst te laten maken rondom de ervaring die bijvoorbeeld met een enkele stip aangegeven zou kunnen worden tot aan veel groter en gedetailleerder, naar behoefte. De lijst kan in dikte variëren en bevat de geleden gevoelens van de cliënt in kleuren, woorden, bewegingen en niet de gebeurtenis zelf."**
Zie mijn antwoord op nr. 4 hierboven
7. **"p. 46 hoe combineer je het als sommigen het wel willen, anderen niet? Bijv. door de 'nieters' iets in perspectief van 'verder-weg' te laten schilderen, stilleven of zo?"**
Goede suggestie vond ik dat; zowel om een alternatieve opdracht op te nemen voor de mensen die geen afscheidsritueel willen vormgeven (als sommigen het wel willen), als de opdracht zelf. Dus die heb ik overgenomen en ingevoegd.

8. **"Binnen de instelling is de afspraak om te spreken over patiënt en niet over cliënt. Klinische setting nog van toepassing?"**
 Hier heb ik goed over nagedacht. Het is een terecht punt en ik neigde er eerst naar om automatisch overal het woord *cliënt* door het woord *patiënt* te vervangen in mijn stuk. Dat lijkt het meest logische omdat dit binnen de kliniek (eis van de verzekeraar?) de afspraak is.
 Mijn argumenten hiertegen bestaan eruit dat deze module wel is geschreven in opdracht voor deze kliniek, maar dat het in eerste instantie een afstudeeropdracht is die nog helemaal geen garantie heeft om binnen de kliniek te worden uitgevoerd. Het betreft bovendien cliënten van de poli-kliniek; waartussen veel mensen die wekelijks alleen voor beeldende therapie en/of één gesprek naar de instelling komen. Ik heb er persoonlijk moeite mee om al deze mensen bij voorbaat patiënten te noemen. Een woord waar ik van nature al moeite mee heb omdat het uitgaat van de zieke mens. Patiënt (zeker binnen de GGZ) vind ik een heftig begrip en ik vind ook dat mensen in het huidige zorgsysteem (dankzij de eisen van de verzekeraars) veel te snel en te makkelijk een diagnose krijgen en gestigmatiseerd worden, nog voordat goed is onderzocht wat ze werkelijk mankeren. Artsen en psychiaters worden door verzekeraars gedwongen om bij intake al direct een diagnose te stellen, nog voor enige observatie en degelijke gesprekken zijn gevoerd. Daar ben ik het niet mee eens. In de verantwoording van het werkboek heb ik vermeld dat ik het woord patiënt zal bezigen zodra mijn module concreet zal worden toegevoegd aan het behandelprogramma of als het wordt uitgegeven. Eerder lijkt me dat voor een afstudeerscriptie niet noodzakelijk.
9. **"Ben ook werkzaam binnen de sociale psychiatrie en daar wordt de module Acceptatie & Verlies benut voor verschillende soorten rouw. Op indicatie individueel, anders in groepsverband.**
 Bij de kennismaking ben ik in 1e instantie getuige van hun verhaal, veelal een vervolg bij de 2e bijeenkomst. Vaak kunnen patiënten verschillen in rouw benoemen, sommigen duiden mbt bv het verschil in rouw met dierbaren en hier het verschil in, mbt tot het ziektebeeld, scheiding, fysiek misbruik, verlies werk. Enkelen hebben al ervaring met het bespreken van (verlies)verwerking. Door een nieuw verlies, of door in een nieuwe levensfase = levensloop, te komen.
 Binnen sas een uitzondering voor mij. Voorheen ook bij spoedeisende psychiatrie, psychotische stoornissen - nu door de ontwikkelingen niet meer van toepassing."
 Daar heb ik niet veel toe te voegen, behalve dat het me leuk lijkt om nog eens met deze educatief therapeut over zijn ervaringen met het geven van zo'n module Acceptatie & Verlies te spreken.
10. **"Het is helemaal niet mijn vakgebied maar ik kan me wat rouwverwerking betreft er goed iets bij voorstellen, mits mensen er affiniteit mee hebben. Je hoeft geen kunstenaar te zijn maar het moet wel passen bij jouw manier om bij gevoelens te komen.**
 (Ik moest ook regelmatig in opleidingen iets creatiefs doen, met gevoel, en dan ging ik steeds minder voelen, het lukte me nooit en ik kreeg er een hekel aan) Ik denk dat mensen daarin verschillen. Dat miste ik wat in de beschrijving eerder en in de folder. Het viel me denk ik speciaal op omdat ik altijd geleerd heb dat gevoelens en intuïtieve ervaringen vooral effect hebben als er ook verbaal betekenis aan gekoppeld wordt. Meer aangeven over de werkvormen: Hoe ziet het programma eruit, wat voor opdrachten en ook het bespreken daarvan aangeven."
 Naar aanleiding van deze opmerking heb ik nog twee regels in mijn verantwoording toegevoegd waarin ik even stilsta bij het feit at beeldend therapie niet voor iedereen geschikt is.
11. **"Dat (programma module en nabespreking) miste ik wat in de beschrijving eerder en in de folder. Het viel me denk ik speciaal op omdat ik altijd geleerd heb dat gevoelens en intuïtieve ervaringen vooral effect hebben als er ook verbaal betekenis aan gekoppeld wordt.**
 Meer aangeven over de werkvormen: Hoe ziet het programma eruit, wat voor opdrachten en ook het bespreken daarvan aangeven."
 Hoewel ik niet alles in de folder en de verkorte weergave kan opnemen, omdat ik er niet té veel tekst in wil zetten (om het nog overzichtelijk te houden) vond ik dit toch waardevolle feedback waar ik wat mee gedaan heb: In de verkorte weergave heb ik het woord nabespreking wel terug laten komen voor de volledigheid. Het zou geen verkorte weergave meer zijn als ik alle vragen ter nabespreking er ook nog in zou vermelden. Dat is praktisch ook niet noodzakelijk lijkt me. In de folder heb ik de inzichtgevende functie van de nabespreking alsnog genoemd en enkele beeldende opdrachten die langs (kunnen) komen.

12. **"Volgens mij staat er in de DSM 4 wel een diagnose voor rouw en problematische rouw als vorm van depressie. Niet belangrijk verder."** Dat klopt, maar dit gaat om problematische rouw die de DSM-IV onder depressie schaaft. Het komt er daarmee wel in voor, maar niet als op zichzelf staande diagnose. Terwijl in de praktijk is gebleken dat behandeling voor depressie bij rouwproblematiek echt niet werkt. Dit heb ik in de verantwoording nog ietsje meer genuanceerd aangegeven.
13. **"Bij de inleiding: punt 4: De enige x dat ik dacht, wat staat hier, wel 3x lezen, misschien wat simpeler formuleren."**
Daar kon ik me helemaal in vinden toen ik het terug las en ik heb er een beter lopende - en meer begrijpelijke zin van gemaakt.
14. **"Overigens denk ik dat het met rouw altijd heel erg om 'zijn' gaat. Heftige gevoelens, ook al zijn ze soms overdekt en minder voelbaar, maken je heel erg van jezelf bewust, heel erg zijn dus."**
Mee eens, maar heb ik niet direct iets mee gedaan.
15. **"Ook denk ik niet dat mensen als persoon veranderen door heftige rouw, wel een belangrijke ervaring erbij, zoals je ook al aangeeft."**
Daar ben ik het wel mee eens. Met veranderen bedoelde ik in mijn rouwproduct ook niet dat mensen wezenlijk veranderen qua karakter. Doorgaans niet, heel soms misschien wel. Maar mensen die een heftige verlies leden kunnen het gevoel hebben dat alles op losse schroeven staat, inclusief hun identiteit. Ze zijn zichzelf, zoals ze waren voor het verlies, even kwijt en moeten zichzelf weer zien te hervinden. Maar dat 'zelf' is hoe dan ook niet meer exact hetzelfde als daarvoor. Al was het alleen maar omdat elke ervaring een mens vormt en een beetje anders in het leven kan doen staan, met een andere visie en misschien ook wel andere gevoelens en gedachten die hij eerder wellicht niet kende van zichzelf.
Wat ik hiermee gedaan heb is dat ik met name de tekst over mijn visie in de folder wat heb genuanceerd; de nadruk heb ik iets minder op de veranderde persoon gelegd, maar iets meer op wat de cliënt zelf zou willen veranderen of (terug) vinden.
16. **"In de inleiding vind ik de tekst op een paar plekken niet helder: Bij de zin: je zou die 'belangrijke ander' ook kunnen ...etc. Eerder gebruikte je die term niet. Je zou bijvoorbeeld kunnen zetten: verlieservaringen kunnen ook betrekking hebben op je vaderland, idealen etc."**
Deze suggestie heb ik letterlijk overgenomen omdat ik het een duidelijke verbetering vond op wat er stond. Het werd er inderdaad meer begrijpelijk door. Een nog niet eerder geïntroduceerd nieuw begrip kan afleidende ruis opleveren voor de lezer.
17. **"De zin: het verlies van een baan is vaak een verlies dat gepaard gaat met etc. Die begrijp ik niet goed. Verlies van werk houdt toch niet in dat iemand ook onderdak of een relatie verliest?"**
Hier werd me duidelijk dat ik het causale verband niet zorgvuldig genoeg had beschreven. Dat heb ik verbeterd in de tekst halverwege de inleiding.
18. **"Wat ik wel jammer vind is de tendens om alles zo kort mogelijk te houden. Wij hadden destijds nog de mogelijkheid om iemand minstens een half jaar in de groep te houden, eenmaal per week. En dan nog mogelijkheid om drie maanden te verlengen. Bij gecompliceerde problematiek toch absoluut niet te lang. Maar de tijden veranderen."**
Helemaal mee eens. Ik ben de eerste die dit zal beamen. Voor de huidige tijd, waarbij er geen ruimte meer is om nieuwe dingen uit te proberen omdat het teveel geld kost, omdat zorg de verzekeraar überhaupt wat meer kost (maar die merken daar zelf weinig van dankzij de verhoogde premies), is een pilot voor een behandelmodule met beeldende therapie van tien sessies, minder moeilijk aan de man te brengen dan een langdurige behandeling. Als het werkt en aanslaat bij cliënten en behandelaren, dan kan het nog worden uitgebreid en is de aandacht in ieder geval meer gevestigd op de specifieke rouwverwerkingsproblematiek. Dat is al heel wat in deze tijd.

Wat heeft de feedback opgeleverd

De voornaamste drie dingen die de feedback heeft me heeft opgeleverd, naast positieve bevestiging:

1. Nuancering in mijn theoretische onderbouwing en beschrijvingen, die de geloofwaardigheid ten goede is gekomen.
2. Zaken waar ik over na moest denken om mijn standpunt hierin beter en preciezer te bepalen. Daardoor sta ik sterker in de motivatie van mijn keuzes.
3. Verbetering van de beeldende therapie-module zelf door deze vooraf nog beter af te stemmen op de draagkracht van de doelgroep, wat hem nog efficiënter en effectiever heeft gemaakt.

Nawoord

Tot slot wil ik Maes citeren uit *Leven met Gemin: Handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie* (2007, p. 149): "De meeste mensen die een verlies meemaken kunnen daar heel goed mee omgaan. Een minderheid ontwikkelt psychische problemen. Onderzoek heeft laten zien dat circa 10 tot 20 % van de mensen na een verlies last hebben van depressieve klachten en angstklachten (Bonanno & Kaltman, 2001). Naast deze klachten kunnen mensen ook gecompliceerde rouw ontwikkelen. Rouwreacties behorend bij gecompliceerde rouw zijn niet anders dan die welke horen bij 'normale rouw'. Evenals normale rouw wordt gecompliceerde rouw gekenmerkt door verdriet, verlangen, moeite met geloven van het verlies, en gevoelend van doelloosheid. Maar waar deze reacties bij normale rouw slechts van tijdelijk aard zijn, houden deze verschijnselen bij gecompliceerde rouw langdurig aan en staan zij het normale functioneren in de weg."

Wat me tijdens de ontwikkeling van deze module vaker is opgevallen in de literatuur over rouw en verlies en tijdens het werken met cliënten in de praktijk is dat angst- en stemmingsproblemen, posttraumatische stressklachten of persoonlijkheidsproblematiek symptomen kunnen zijn van rouw en verlies. Ze treden in ieder geval vaak tegelijkertijd op met *Prolonged Grief Disorder* (Hogerzeil, 2012, p. 1,3).

In de DSM-IV staat rouwproblematiek als een mogelijke oorzaak van depressie vermeld. Hoe het er in de nieuwe DSM-V in staat weet ik nog niet. Zal de diagnose *Prolonged Grief Disorder* (PGD Syndroom) daarin een eigen plekje hebben verworven?

Hoewel ik een tegenstander ben van startdiagnoses stellen en ik vind dat mensen in de psychiatrie veel te snel een ziekte krijgen toebedeeld, ben ik een voorstander van het opnemen van gestagneerde rouw in de DSM als aparte diagnose. Dat vind ik omdat in deze tijd een mens helaas nu eenmaal geen psychologische of psychiatrische behandeling vergoed krijgt als zijn stoornis niet in de DSM staat vermeld. Nu worden mensen vaak onterecht voor een veel 'zwaardere' diagnose behandeld, wat ook nog eens vaak niets uit blijkt te halen.

Het PGD Syndroom zou enkele specifieke overtuigingen noemen die iemand heeft en die niet voorkomen bij andere stoornissen, zoals; 'als ik het besef van het verlies toe zou laten dan zou het mij overspoelen' (Hogerzeil, 2012, p. 5).

Dat vind ik een heel concrete aanwijzing waarop je iemand kunt bevragen om mogelijke gestagneerde rouw vast te kunnen stellen of uit te kunnen sluiten.

Het thema blijft me boeien en ik hoop in de toekomst als beeldend therapeut veel profijt van dit werkstuk te kunnen hebben en mijn ervaringen hierop te kunnen baseren, mijn inzicht verder te vergoten en mijn denken hierover verder te kunnen nuanceren.

Nienke Beukers, 21 mei 2013

Literatuurlijst

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hart, O. van der. (red.) (2003). *Afscheidsrituelen: achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger. (p. 33)
- Hogerzeil, S. J. (2012). *Gecomplieerde rouw*. Hand-out in het kader van de Minor *Beroepsmatig omgaan met rouw – en verliessituaties*. (p. 1-5)
- Keijser, J. de, Schut, H. (1991). *Individuele rouwbegeleiding: een programma voor hulpverleners*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. (p. 30)
- Longaker, C. (2008). *Het licht van afscheid: hoop vinden in leven en sterven* (3e dr.) (A. de Vries, Vert.). Amsterdam: Forum. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 1997) (p. 90)
- Maes, J. (2007). *Leven met Gemin: Handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie* (2e dr.). Wijkmaal-Leuven: Uitgeverij Vzw Zorg-Saam. (p. 18, 80, 81)
- Mönnink, H. de (2010). *Verlieskunde: Handreiking voor de beroepspraktijk* (5e dr.). Maarssen: Elsevier. (p. 22, 23, 41, 49, 58, 59, 60-63)
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3e dr.). Bussum: Coutinho. (p. 56, 176)
- Schweizer, C., Bruyn, J. de, Hayen, S., Henskens, B., Visser, H. & Rutten-Saris, M (red.)(2009) *Handboek Beeldende Therapie: uit de verf*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. (p. 309)
- Tatelbaum, J. (1980). *The Courage to Grieve: Creative Living, Recovery and Growth through Grief*. New York: Harper & Row. (p. 107)

Afstudeerscripties en producten van anderen

- De Booij, A.M.J. (2012). *Verdriet; 'Verdriet; iets groots of iets kleins'*. Pabo Academie voor Pedagogisch Onderwijs, Avans Hogeschool
- Dros, L., Dekker, W. (2012). *De onmisbare functies van rouwrituelen*. Ongepubliceerde scriptie Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, CHE
- Franken, B., Laurijssen, J., Opstal, S. van (2006). *In de rouw, wat nou?* Ongepubliceerde scriptie Ergotherapie, Hogeschool Rotterdam
- Glind, M. van de (2009). *Verliezen doe je alleen, rouwen kun je samen*. Ongepubliceerde scriptie Leraar Basisonderwijs, Christelijke Hogeschool Ede (CHE)

- Harms, M. (2011). *Dood en rouw in het primair onderwijs*. Ongepubliceerde onderzoeksscriptie Leraar Basisonderwijs, CHE
- Hertog, L. den (2012). *Een veranderd leven!: Over PMT bij verliesverwerking van mensen met een lichamelijke beperking*. Ongepubliceerde scriptie Human Movement & Sports, Windesheim
- Jacobs, C., Houtackers, A. (2002). *Handboek verliesbegeleiding voor (beginnende) fysiotherapeuten*. Ongepubliceerde scriptie Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam
- Jansen Schoonhoven, M. (2008). *Als de wolk niet meer zo roze is...: ouders die één of meer kinderen verloren hebben*. Ongepubliceerde scriptie Social Work, Windesheim
- Linting Kalshoven, Y. (2005). *Weet wat je doet bij rouw!: ondersteuning voor teamleiders en groepsleiding bij het handelen na overlijden van een jongere en in de begeleiding van jongeren in rouw*. Ongepubliceerde scriptie Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Haagse Hogeschool
- Saskia van Rijn. *Module: Gestagneerde rouw en verliesverwerking actief benaderd in beeldende therapie*. (In mei 2013 via Google gevonden, PDF zonder website)
- Spapens, F. (2010). *Monumenten van herinnering: creatieve werkvormen die de mogelijkheid bieden op symbolische wijze de herinneringen aan een overleden dierbare vorm te geven*. Ongepubliceerde onderzoeksscriptie, Creatieve Therapie, HAN
- Verlinde, A. (2008). *Ik rouw om jou ... : inzicht in rouw bij jongeren en het ontstaan van een steungroep rondom rouwverwerking binnen het reguliere voortgezet onderwijs*. Ongepubliceerde scriptie Pedagogiek, Fontys Hogeschool
- Vos, J.W. (2008). *De rol van het maatschappelijk werk ten aanzien van ouderen die te maken hebben met verlies van gezondheid*. Ongepubliceerde scriptie Social Work, Windesheim
- Wouters, S. (2008). *Vluchtelingen en hun sociale netwerk*. Ongepubliceerde scriptie Social Work, Windesheim

Websites

- Trimbos-Instituut (2013). GGZ-richtlijnen vaktherapie – algemeen. Geraadpleegd op 5 mei 2013 via http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1547&richtlijn_id=66
- Beeldend therapeut Virgine Hartman. Website geraadpleegd op 20 mei 2013: <http://virginehartmann.nl/RV-verwerking.php>

Bijlage 1: Planning

Planningsschema Praktijkproject					
Fase	Les week	Kalender week	Data	Activiteit	Info
Stap 1	B2	47	19/11-25/11	Startkeuzes maken: onderwerp bepalen, stage/minor	
Deel I				Oriëntatie en plan van aanpak	
Oriëntatie fase	B3	48	26/11-2/12	Start vooronderzoek, stage/minor	
	B4	49	3/12-9/12	Afronding vooronderzoek, stage/minor	
Ontwerpfase PvA	B5	50	10/12-16/12	Start ontwikkeling BT module 'Omgaan met verlies' Werkversie!, stage/minor	
Presentatie	B6	51	17/12-23/12	Factsheet mbt module, Presentatie module bij Adresgroep: creatief therapeuten stageplek, werving cliënten voor module bij teamoverleg, stage/minor	
	Kerst	52	24/12-30/12	Verdere ontwikkeling BT module 'Omgaan met verlies', stage/minor	
	Vak.	1	31/12-6/1	Afronding ontwikkeling BT module 'Omgaan met verlies' stage/minor	
	B7	2	7/1-13/1	Einde aanmeldingsperiode cliënten voor module, stage/minor	
Deel II				Uitvoering	
Uitvoering	B8	3	14/1-20/1	Start uitvoering BT module 'Omgaan met verlies' stage/minor	Sessie 1
	B9	4	21/1-27/1	Stage, Minor	Sessie 2
	B10	5	28/1-3/2	Stage, Minor	Sessie 3
	C1	6	4/2-10/2	Contact met consulent	Sessie 4
Evaluatie	C2	7	11/2-17/2	Stage, Andere afstudeerwerkzaamheden	
	C3	8	18/2-24/2	Tussenevaluatie van modulevoortgang met cliënt en behandelteam	Sessie 5
	C4	9	25/2-3/3	Stage, Andere afstudeerwerkzaamheden	
	C5	10	4/3-10/3	Stage, Andere afstudeerwerkzaamheden	Sessie 6
	C6	11	11/3-17/3	Stage, Andere afstudeerwerkzaamheden	Sessie 7
	C7	12	18/3-24/3	Stage, Andere afstudeerwerkzaamheden	Sessie 8
	C8	13	25/3-31/3	Afronding uitvoering BT module 'Omgaan met verlies' Eind-evaluatie met Evaluatiegroep: behandelteam	Sessie 9
	C9	14	1/4-7/4	Andere afstudeerwerkzaamheden	
	C10	15	8/4-14/4	Anders afstudeerwerkzaamheden	
	D1	16	15/4-21/4	Definitieve beschrijving klaar van vooronderzoek, plan van aanpak en einddocumentatie, andere	
Eind-documentatie	D2	17	22/4-28/4	Vooronderzoek en Plan van aanpak klaar Contact met consulent voor correctie en bijsturing	
	D3	18	29/4-5/5	Afronding einddocumentatie, andere afstudeerwerkzaamheden	
	D4	19	6/5-12/5	Afronding PraktijkProduct en versturen naar EvaluatieGroep, contacten met EG, andere afstudeerwerkzaamheden	
	D5	20	13/5-19/5	Afronding, correctie en inbinden PraktijkProject+ Einddocu.	
	D6	21	20/5-26/5	Praktijkproject met einddocumentatie inleveren!	

Bijlage 2: Urenverantwoording

Fasering	Uur	Activiteiten
Stap 1 keuze	5	SH lezen, hoorcollege volgen
Deel I		
Oriëntatie fase	15	Stagebegeleiding, consulent tijd, klankbordtijd
	40	Vooronderzoek (literatuur, vaktijdschrift, internet, beschrijving, opmaak, correctie
Plan van Aanpak	40	Plan van aanpak, tijdsplanning maken, schrijven, opmaken
Ontwerpfase	80	Module ontwikkelen en beschrijven, eerste versie info folder en flyer
Presentatie	15	Presentatie: correspondentie, overleg, flyer correctie, werving cliënten
Deel II		
Uitvoering	140	Sessies, voorbereiding, opruimen, rapportage, behandelbesprekingen
Evaluatie	20	(Tussen)evaluaties schrijven en mondeling overdragen aan team en stagebegeleider
	20	Bijstellen product nav evaluatie feedback
Eind-documentatie	45	Afronding product en Einddocumentatie, vormgeving, opmaak, correctie en inbinden praktijkproject
Totaal	420	

Bijlage 3: Evaluatieformulier voor evaluatiegroep

Evaluatieformulier voor evaluatiegroep

Wat vindt je van de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

☐ niet interessant ☐ interessant ☐ erg interessant

Hoe werd de module aan je gepresenteerd?

☐ onvoldoende ☐ voldoende ☐ goed

Is de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies' volgens jou relevant voor creatieve therapie?

☐ niet relevant ☐ relevant ☐ zeer relevant

Geef aan in welke mate de module 'Omgaan met verlies' voldoet aan onderstaande kwaliteitscriteria:

Er zit een duidelijke opbouw in:
Een kennismakingsfase, een behandelfase, afrondingsfase.

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Biedt ruimte voor de individuele hulpvraag en ontwikkeling van de cliënt

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Ondersteunt het ontwikkelen van een therapeutische relatie, een sfeer van veiligheid en vertrouwen

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Vormt een waardevolle toevoeging op het reguliere behandelaanbod binnen een klinische setting

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Draagt bij aan de ontwikkeling en bekendheid van het vak Beeldende Therapie

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

De uitvoering (door een beeldend therapeut) kan leiden tot het behalen van onderstaande doelen:

De cliënt krijgt inzicht; in zijn emoties, gedachten, eigen kwaliteiten, het soort steun van zijn omgeving, interesses en in de steun van de band met de overledene

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

De cliënt ervaart deze steun en kan er een beroep op doen

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

De cliënt heeft vertrouwen in zijn vermogen om zonder hulpverlening uit een dal te klimmen

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Aan het eind kan de cliënt beter omgaan met zijn verlies en afscheid nemen in het algemeen

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Heb je een suggestie voor aanvulling en verbetering?

Naam:
Instelling:
Functie:
Datum:

Bedankt voor je medewerking!

Bijlage 4: Evaluatieformulier voor de cliënt – Kort

Wat vindt u goed aan de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

Wat vindt u minder goed aan de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

Wilt u verder nog iets kwijt over de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

Cliëntgegevens

Wat is uw leeftijd?	
Wat is uw geslacht	M/V
Wat is uw geboorteland?	
Welke taal spreekt u het meest?	
Wanneer is de hulpverlening gestart?	 - (maand-jaar)
Wanneer is de hulpverlening beëindigd?	 - (maand-jaar)
Datum van invullen	 – – (dag-maand-jaar)

Bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 5: Evaluatieformulier met vragen voor de cliënt – Uitgebreid

Wat vindt u goed aan de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

Wat vindt u minder goed aan de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

Wilt u verder nog iets kwijt over de beeldende therapie module 'Omgaan met verlies'?

Welke van onderstaande doelen heb je met deze module behaald?

Ik heb (meer) inzicht in: mijn emoties, gedachten, eigen kwaliteiten, het soort steun van mijn omgeving, interesses, en in de steun die mijn band met de overledene kan bieden

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Ik ervaar deze steun en kan er een beroep op doen

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Ik ben in staat om (meer) zelfstandig zonder hulpverlening uit een dal te klimmen

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Aan het eind van de module kan ik beter omgaan met afscheid nemen in het algemeen en mijn verlies in het bijzonder

☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

Heb je een suggestie voor aanvulling of verbetering?

Wat is je leeftijd?

Wat is je geslacht M/V

Wat is je geboorteland?

Welke taal spreek je het meest?

Wanneer is de hulpverlening gestart? - (maand-jaar)

Wanneer is de hulpverlening beëindigd? - (maand-jaar)

Datum van invullen - - (dag-maand-jaar)

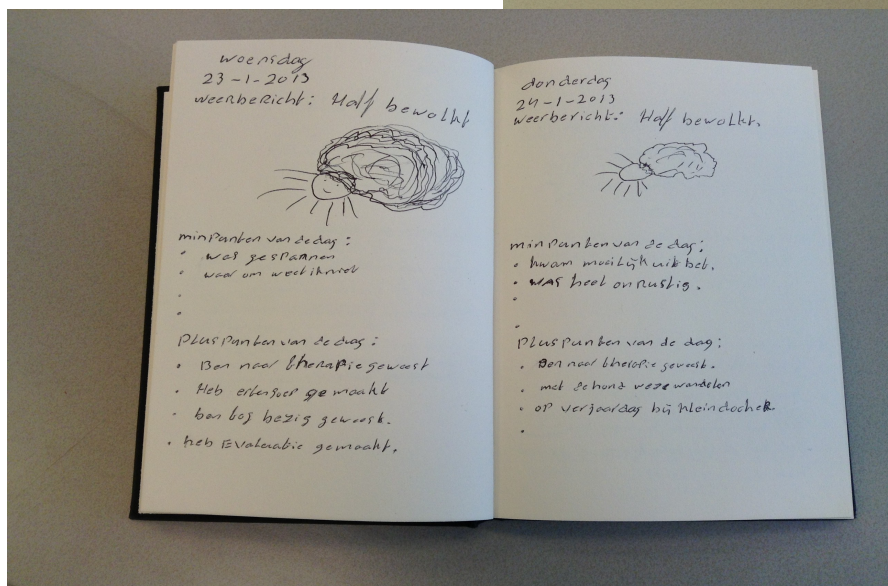
Bedankt voor je medewerking!

Bijlage 6: Foto's van beeldend werk van de cliënt



Sessie 1: Emoties met legenda

Sessie 2: Collage van steun en troost

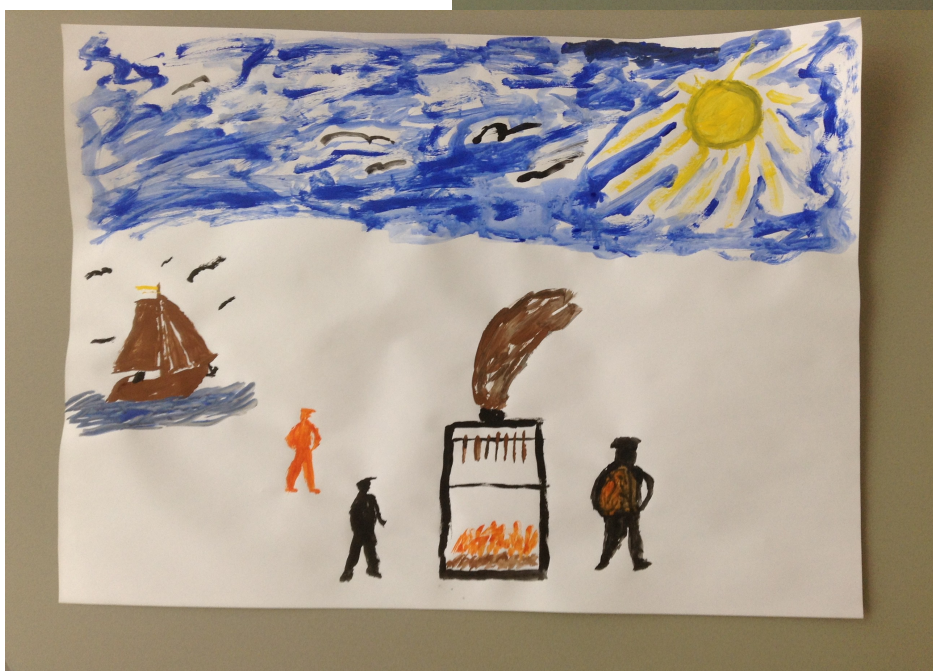
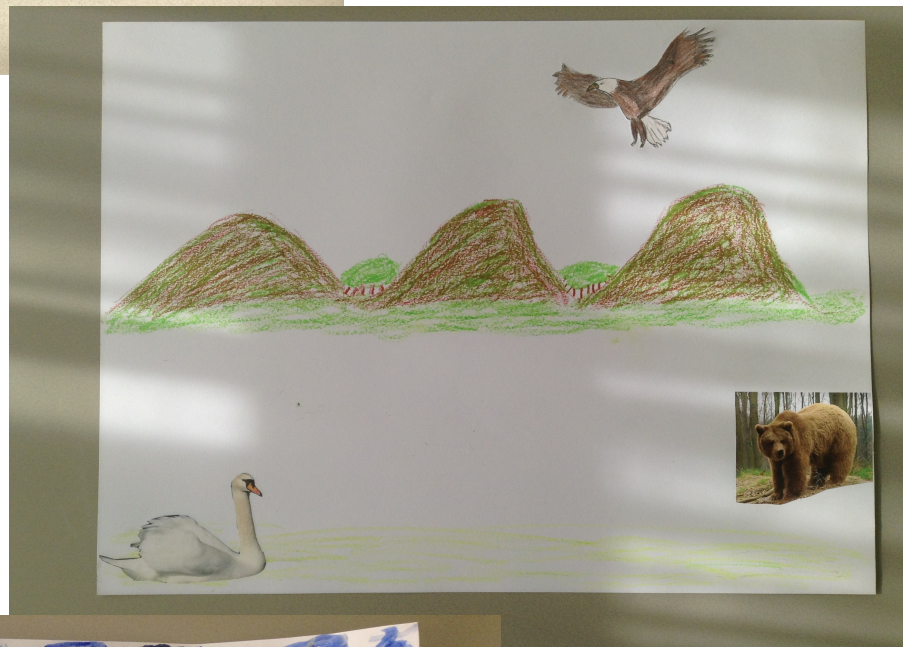


Beeldend Dagboek Rouw en verlies



Sessie 3: In klei vormgeven wat je wil veranderen. (Heeft de bovenkant geopend).

Sessie 4: Symbolische plek
en 5: Het voortzetten van
de band.



Sessie 6: Verbeelden van steun en troost

(Toekomst gericht)

Bijlage 7: Ingevulde evaluatieformulieren Evaluatiegroep