

Chronisch beter voelen

Beeldende therapie waarbij revalidanten lichaamssignalen leren herkennen om eigen regie te kunnen voeren over hun leven met een chronische somatische aandoening.

AUTEURS Marika Derickx, Teunie van Geresteijn, Ella Gerrits, Karin Schutten, Margôt Sleeboom (2021)

Context Chronisch somatische aandoeningen, generieke interdisciplinaire behandeling voor volwassenen binnen revalidatiesetting.

Probleemomschrijving

Dit product is geschreven voor revalidanten met een chronisch somatische aandoening (CSA) die moeite hebben met het registreren en interpreteren van eigen lichaamssignalen. Omdat vaktherapeutische interventies gekenmerkt worden door een stoornis overstijgend karakter sluit het denken in transdiagnostische factoren goed aan bij het leren omgaan met de complexe consequenties van een chronische aandoening (GGZ Standaarden, 2020). Bij deze product-beschrijving gaan we specifiek in op de transdiagnostische factoren: waarneming, arousal en sociale interactie.

Probleem

In een revalidatietraject speelt zelfmanagement een belangrijke rol. Volgens Lorig (2006) biedt zelfmanagement revalidanten met CSA de mogelijkheid om de regie te voeren over hun eigen leven, gezondheid en behandeling. De visie van De Positieve gezondheid sluit hierbij aan: “het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale problemen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren” (De Graaff, 2018). Om dit te bereiken, moet de revalidant o.a. inzicht krijgen in de eigen gezondheid, beslissingen kunnen nemen op basis van de juiste informatie en de eigen gezondheidstoestand kunnen monitoren (Lorig 2006). Lichaamssignalen spelen hierbij een belangrijke rol (Schulman et al., 2012). Wanneer revalidanten hun lichaamssignalen kunnen (h)erkennen, zijn ze zelf in staat om een toename van ziektesymptomen vroegtijdig te signaleren (Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, 2018). Lichaamssignalen kunnen onder andere aangeven dat een grens is bereikt. Om grenzen te bepalen, is het nodig dat revalidanten zich bewust worden van deze lichaamssignalen (Fellinger, Maliepaard & Tummer, 1999). Bij revalidanten met een CSA die moeite hebben met het registreren en interpreteren van hun lichaamssignalen kan een inadequate coping strategie, zoals vermijding (Terpstra, 2015), ertoe leiden dat de beleving van het lichaam en van de geestelijke binnenwereld als onbekend of bangstigend wordt ervaren. Adequaat reageren op de behoeften van het lichaam is dan lastig.

Gevolgen

Zelfmanagement is effectief als revalidanten zelf hun gezondheidstoestand kunnen monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties kunnen herkennen en verwoorden die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven (NPCF, 2009). Verminderde registratie en interpretatie van lichaamssignalen leiden tot een beperkte regie over de eigen gezondheidstoestand. Dit is belemmerend voor goede zelfzorg. Zonder passende behandeling kan dit resulteren in een nadelig ziekteverloop, een verslechterende gezondheidstoestand, een lagere kwaliteit van leven, stijgende ziektekosten en een hogere ziektelast (Riegel, Jaarsma, Lee, & Strömberg, 2018).

Doelgroep

De beschreven interventie richt zich op volwassen revalidanten in een tweede of derdelijns revalidatiesetting die beperkte regie ervaren over hun CSA doordat de waarneming van lichaamssignalen verstoord is. Er is sprake van beperkte eigen regie wanneer het dagelijks functioneren ontregeld wordt, wat leidt tot klachten op biologisch, sociaal en/of psychisch gebied (Revant Revalidatiecentrum, 2017).

Indicaties

- De revalidant heeft moeite met het herkennen en verwoorden van lichamelijke en psychische ervaringen;
- De revalidant is bang voor lichaamssignalen;
- De revalidant heeft de neiging lichaamssignalen te negeren;
- De revalidant is vooral cognitief georiënteerd.

Contra-indicaties

- De revalidant is nog volop bezig met fysiek herstel of verkeert in een instabiele medische fase;
- De revalidant is onvoldoende in staat om instructies te begrijpen (b.v. als gevolg van hersenletsel);
- Er is bij de revalidant sprake van ernstige persoonlijkheidsproblematiek waardoor groepsbehandeling minder passend is.

Verwijzing en selectie

De revalidatiearts of psycholoog verwijst aan de hand van bovenstaande (contra)indicaties. Tijdens de intake bepaald de beeldend therapeut of de interventie geschikt is voor de betreffende revalidant.

Doelen

Hoofddoel

De revalidant voert regie over de eigen gezondheidstoestand door lichaamssignalen te registreren en adequaat te interpreteren.

Subdoelen

- De revalidant kan tijdens het beeldend werken prikkels via de zintuigen registreren en benoemen, bijvoorbeeld natte klei, vettig krijt, scherp potlood, geluiden van groepsleden, inspanning van de spieren;
- De revalidant neemt lichaamssignalen zoals pijn, benauwdheid of vermoeidheid waar in het beeldend werken en kan deze benoemen;
- De revalidant ziet en benoemt de relatie tussen lichaamssignalen en zijn/haar gedachten, gevoelens en handelingen;
- De revalidant kiest en handelt in het beeldende materiaal vaker op basis van zijn/haar behoeften en vertaalt deze in eigen initiatieven;
- De revalidant registreert en verwoordt vermijding of overbelasting;
- De revalidant is zich er bewust van dat het registreren van lichaamssignalen en de interpretatie daarvan van invloed is op de regievoering over de gezondheidstoestand en oefent met ander gedrag in de beeldende opdrachten.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

De behandeling bestaat uit zes tot acht wekelijkse sessies beeldende therapie van anderhalf uur. De interventie vindt plaats in een carrouselgroep van zes revalidanten, waarbij er maximaal één revalidant in- of uitstroomt. Doordat nieuwe revalidanten aansluiten bij een reeds draaiende groep, kent de interventie geen gefaseerde opbouw. De sessies zelf hebben een vaste structuur. Eerst wordt kennisgemaakt met de instromende revalidant en stilgestaan bij de lichaamssignalen van afgelopen week. Vervolgens wordt de opdracht uitgelegd en uitgevoerd en ter afsluiting vindt er een nabespreking plaats. Er wordt, indien van toepassing, afscheid genomen van een uitstromende revalidant.

Inhoud van de interventie

Deze interventie is gebaseerd op het ETC (Expressive Therapies Continuüm) van Hinz (2009), n.a.v. problemen in de transdiagnostische factoren waarneming (W), arousal (A) en sociale interactie (S). Het product richt zich op het eerste niveau van het ETC, de sensorische en kinesthetische informatieverwerking. Hierbij worden beeldende materialen en technieken ingezet om interne en externe prikkels in het lichaam waar te nemen. Bij sensorische opdrachten ligt de nadruk op de eigenschappen van het materiaal die worden waargenomen (W) via de zintuigen, zoals de beleving van diverse tekenmaterialen, verschillende hardheden van potloden en de geur en textuur van klei of was. Bij de kinesthetische opdrachten ligt de nadruk op de fysieke inspanning van het lichaam. Hierbij staat de beweging van het lichaam centraal tijdens het uitvoeren van de tekenbewegingsmethode (Floor & Overman, 2011) of tijdens het kneden en rollen van klei. Ook worden er leider/volger-tekeningen gemaakt met wasco en er wordt papier gescheurd. Bij de methode "stop, listen and look" (Verfaille, 2011) wordt de revalidant uitgenodigd om stil te staan bij de reactie van zijn lichaam op deze prikkels. De prikkels en signalen krijgen betekenis door ze bijvoorbeeld als prettig, onprettig, kriebelend of irriterend aan te merken (A). Hierdoor wordt de revalidant gevoeliger voor de waarneming van lichaamssignalen, behoeften en voorkeuren. Deze waarnemingen en ervaringen worden door de revalidant in een schrift

genoteerd. Vervolgens worden de ervaringen en persoonlijke betekenissen in de groep uitgewisseld (S) om de verschillen en overeenkomsten met de andere groepsleden zichtbaar te maken. Zo kan er verbondenheid worden ervaren en ontstaat er zicht op de persoonlijke beleving.

Rol van de therapeut

- De houding van de therapeut is open en onderzoekend (Verfaille, 2011). Hierdoor kan de revalidant reflecteren op de opgedane ervaring en zich bewust worden van zijn lichaamssignalen, persoonlijke voorkeuren en behoeften;
- De therapeut creëert structuur door een vaste sessieopbouw en het aanbieden van gerichte materialen en opdrachten. De groep wordt hierdoor veilig en productiever (Berk, 1986);
- De therapeut zorgt ervoor dat ieders ervaring de ruimte krijgt;
- De therapeut onderzoekt samen met de revalidant hoe de ervaringen binnen de sessie kunnen worden toegepast in de dagelijkse omgang met de chronische aandoening.

Materialen

Divers tekenmateriaal zoals potloden, wasco, soft pastelkrijt, grafietstiften, aquarelkrijt, oliepastels, diverse papiersoorten zoals 120 grams tekenpapier (50 x 65cm), kasakapapier (A3 en 50 x 65 cm), klei, was, schriften.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem?

In het bio-psycho-sociaal-model (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, 2002) worden de volgende oorzaken die kunnen leiden tot verminderde eigen regie onderscheiden:

Biologisch: Het leven met een CSA brengt veranderingen met zich mee. Het lichaam voelt en functioneert anders dan voorheen en dat vraagt om aanpassingen op fysiek, emotioneel en sociaal vlak;

Psychologisch: Revalidanten verschillen in de mate waarin ze lichaamssignalen waarnemen en lichamelijke grenzen herkennen. Het is een zeer persoonlijk informatieverwerkingsproces. Aandacht, persoonlijkheid en omgevingsfactoren spelen een rol (Kolk & De Haes, 2010). Daarnaast kan er in het huidige gedrag sprake zijn van experiëntiële vermijding. Door negatieve cognitieve controle (zoals piekeren) worden innerlijke gevoelens vermeden (Terpstra, 2015). Hierdoor wordt de beleving van het lichaam en de geestelijke binnenwereld als onbekend of beangstigend ervaren. Er ontstaat een verminderd bewustzijn van persoonlijke behoeften en grenzen. Angst voor de gevolgen van de CSA kan hierdoor toenemen. Deze psychische klachten belemmeren revalidanten bij het voeren van de eigen regie (Ali, Gammidge & Waller, 2014);

Sociaal: Het systeem van de revalidant kan de klachten verminderen of juist versterken. Revalidanten die niet in staat zijn om de eigen regie te voeren over hun aandoening kunnen moeite hebben om helder te communiceren met zorgverleners (Schillinger, Bindman, Wang, Stewart, & Pielt, 2004), nemen minder vaak beslissingen met betrekking tot de behandeling van hun ziekte (Sarkar, et al., 2011) en ervaren hierdoor meer problemen op het gebied van zelfmanagement in het behandelproces (Cavanaugh, Cutright, Luce, & Bettman, 2011).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De interventie richt zich op twee punten:

- De waarneming en interpretatie van lichaamssignalen: Met behulp van sensorische en kinesthetische opdrachten wordt er gewerkt aan het vermogen om lichaamssignalen te (durven) observeren en ervaren. Door deze ervaringen te beschrijven, de aandacht op het hier en nu te richten en een niet-veroordelende houding jegens deze ervaringen aan te nemen, kan interpretatie plaatsvinden (De Graaff, 2018). Interpretatie van de waarneming is nodig om grenzen te herkennen, te reageren en keuzes te maken;
- Het verwoorden van lichaamssignalen: Door ervaringen op te schrijven en te delen met groepsleden wordt er geoefend met het woorden geven aan wat men ervaart. Het kunnen verwoorden van lichaamssignalen helpt de revalidant beter te communiceren over zijn/haar klachten met de omgeving en dat ondersteunt het voeren van de eigen regie.

Theoretische verantwoording

Het ETC geeft het kader aan waarin de vaktherapeut informatie over lichaamssignalen kan aanbieden (Pénzes, Van Hooren, Dokter, Smeijsters, & Hutschemaekers, 2015). Het uitgangspunt van het ETC is dat er tijdens het beeldend werken informatie op verschillende niveaus wordt verwerkt (Botterman, 2018). Het sensorische en kinesthetische niveau is het meeste basale niveau waarop het lichaam informatie tot zich kan nemen. Daarnaast zijn er de transdiagnostische factoren, die stoornis overstijgende psychische factoren beschrijven. Het werken hiermee maakt een meer persoonlijke diagnose en behandeling mogelijk en het sluit beter aan op de klachten van de revalidanten (De Graaff, 2018). Met name de factoren waarneming, arousal en sociale interactie zijn cruciaal voor het opmerken van lichaamssignalen.

Werkzame elementen

Het gaat bij deze interventie om verbeterde waarneming van lichaamssignalen ter ondersteuning van het voeren van de eigen regie. Dit gebeurt door het inzetten van beeldend materiaal, op sensorisch en kinesthetisch niveau (ETC). Bij de kinesthetische component ligt de focus op de lichamelijke bewegingen en niet op het resultaat (Hinz, 2009). Hierbij wordt gewerkt met beeldende materialen die actie uitlokken of weerstand bieden. Dit leidt tot het ontladen van energie en afname/toename van spanning, zonder dat dit bedreigend is (Tesselaar, 2018). Deze benadering sluit aan bij de transdiagnostische factor 'arousal': het reguleren van spanning, reduceren van stress en leren ontspannen (De Graaff, 2018). Bij de sensorische component ligt de focus op bewustwording van zintuigelijke ervaringen en niet op de vormgeving van het werkstuk Hinz (2009). Hierbij wordt gewerkt met materialen die de zintuigen betrekken in het proces (Tesselaar, 2018). Deze benadering sluit aan bij de transdiagnostische factor 'waarnemen': het leren voelen en bepalen van grenzen, het herkennen van lichaamssignalen en het verbeteren van lichaamsbeleving (De Graaff, 2018). Door het werken in groepsverband wordt ook de transdiagnostische factor 'sociale interactie' aangesproken: het verbeteren van sociaal functioneren en het leren hanteren en aangeven van grenzen (De Graaff, 2018).

Vaktherapeutische behandelvisie

Vaktherapie geeft revalidanten de mogelijkheid gevoelens, emoties en lichaamssignalen te onderzoeken, uit te drukken en te leren verwoorden. Beeldend materiaal nodigt uit om het contact met de eigen lichaamssignalen te versterken. Eigen grenzen worden zo verkend, herkend, en erkend. De kinesthetische en sensorische informatieverwerkingscomponenten van het ETC bieden hiervoor een goed behandelkader. Wanneer men een materiaal als onprettig ervaart kan er letterlijk afstand worden genomen door het weg te leggen. Of men kiest ervoor om het onprettige gevoel met een onderzoekende houding te benaderen. Door, via beeldende handelingen, de opmerkzaamheid van de revalidant te trainen kan deze de lichaamssignalen leren herkennen die specifiek bij de CSA horen. Hierdoor wordt het voor de revalidant gemakkelijker om met de omgeving over deze signalen te communiceren en de regie over de aandoening te voeren. De beeldende therapie maakt een abstracte ervaring, zoals een lichaamssignaal, concreet doordat deze letterlijk zichtbaar en aanraakbaar wordt in het materiaal en in het beeld. Op datgene wat in het beeldend medium zichtbaar is gemaakt door middel van een vorm, lijn of kleur kan gereflecteerd worden.

Praktijkervaring

Tijdens de opdracht waarbij papier gescheurd wordt, kunnen er sterke lichaamssignalen worden ervaren. Te denken valt aan het krijgen van kippenvel of een spanning in schouders en armen als er weerstand is tegen het scheuren van het papier. Bij de beleving van materiaal dat door de revalidant als prettig wordt ervaren, kan een gevoel van ontspanning worden opgemerkt. Tijdens het werken met klei worden verschillende lichaamssignalen ervaren. Lichaamssignalen als pijn en stijfheid in de handen als de klei nog koud en stug is. De geur van de klei, de kleiresten op de handen en de afdrucken van de vingers in de klei. Als er langer gewerkt wordt met klei, wordt er zowel in het materiaal als in de spieren van het lichaam meer warmte en soepelheid ervaren. De handen maken grotere en intensievere bewegingen.

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering

- Besloten en rustig gelegen ruimte, groot genoeg voor een groep;
- Verscheidenheid aan materiaal. Het materiaal ziet er uitnodigend en verzorgd uit. Materialen staan op een toegankelijke plaats zodat revalidanten de materialen zelf kunnen pakken;
- Beeldende ruimte moet toegankelijk zijn voor mindervaliden. Het lokaal is ruim opgezet en gelijkvloers, zodat cliënten in een rolstoel of met rollator zich kunnen bewegen;
- Aangepast meubilair voor mensen met een handicap;
- Ruimte met een wastafel;
- Voor longrevalidanten: geurloze materialen op waterbasis;
- Voor revalidanten die eenzijdig functioneren, een tafelblad met antislipondergrond of klemborden.

Randvoorwaarden voor de cliënt

- Beheersing van de Nederlandse taal;
- Er zijn pictogrammen beschikbaar die de communicatie met revalidanten met afasie kunnen ondersteunen;
- Indien nodig krijgt de cliënt ondersteuning van zorgpersoneel om naar de therapie te komen of naar toilet te gaan;
- De cliënt is in staat om wekelijks de therapie te volgen;
- De cliënt is op de hoogte van de inhoud van de therapie.

Opleiding en competenties

HBO-opleiding Beeldende vaktherapie, met kennis van het ETC. Ervaring met de doelgroep 'Patiënten met een CSA'. Ervaring met beeldende therapie in combinatie met lichaamsgericht werken.

Kosten van de interventie

- De kosten van de uren van de beeldend therapeut: 6 tot 8 sessies van 90 min. directe behandeltime en 6 tot 8 keer 60 minuten indirecte- en voorwaarde scheppende tijd, bij zes deelnemers;
- De kosten voor het beeldend materiaal;
- Eventuele kosten voor de huur van een ruimte voor beeldende therapie.

Locatie en uitvoerders

De interventie kan zowel binnen als buiten een instelling (bijvoorbeeld door een zelfstandig beeldend therapeut) gegeven worden.

Subtypen

- Gesloten groep in plaats van een open groep;
- Alleen vrouwen of alleen mannen in plaats van gemengd;
- Meerdere therapeuten (bij een grote groep) met een andere vakdiscipline in plaats van alleen een beeldend therapeut;
- Langdurige behandelvorm waarbij de aandacht verschuift van bewustwording naar verdieping en een actievere toepassing in het dagelijks leven.

Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Er zijn beeldend therapeuten betrokken bij de productbeschrijving die werkzaam zijn in revalidatiecentra of een zelfstandige behandelpraktijk hebben. De doelgroep is alleen indirect betrokken geweest door deel te nemen aan de interventie (in wording), zij hebben niet meegeschreven aan de interventie-aanpak.

Literatuur

- Ali, K., Gammidge, T., & Waller, D. (2014). Fight like a ferret: A novel approach of using art therapy to reduce anxiety in stroke patients undergoing hospital rehabilitation. *Med Humanit*, 56-60.
- Berk, T. (1986). *Groepstherapie. Theorie en techniek*. Houten: Springer Media B.V.
- Botterman, N. (2018). *Het ETC en de zeven transdiagnostische factoren*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- Cavanaugh, L., Cutright, K., Luce, M., & Bettman, J. (2011). Hope, pride, and processing during optimal and nonoptimal times of the day. *Emotion*, 11, 38-46.
- Floor, L., & Overman, D. (2011). *In tekenbeweging zijn*. Haarlem: Back2base Publishing BV.
- Gemmeke, M. (2013). *Zingevingproblematiek of psychiatrische aandoening? Demoralisatie bij schizofreniepatiënten*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek. Retrieved from UniversiteitVoorHumanistiek.nl: <https://repository.uvh.nl/uvh/bitstream/handle/11439/93/SCRIPTIEdefinitiefPDFuvh.pdf?sequence=1>
- De Graaff, T. (2018). *Ontwikkelingen GGZ 2015 – 2020 en de betekenis daarvan voor beeldend therapeuten*. Utrecht: Nederlandse vereniging voor Beeldende therapie.
- GGZ Standaarden. (2020). *Generieke Modules/Vaktherapie/9. Achtergronddocumenten/9.1 Transdiagnostische factoren en vaktherapie/9.1.1 Transdiagnostische factoren*. Opgehaald van GGZStandaarden.nl: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/achtergronddocumenten/transdiagnostische-factoren-en-vaktherapie>
- Hinz, L. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A Framework for Using Art in Therapy*. New York: Taylor & Francis Group.
- Hoeymans, N., Van Loon, A., & Schoemaker, C. (2014). *Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: RIVM.
- Jansen, G., & Batink, T. (2017). *Time to ACT! Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Kolk, A.M.M., De Haes, J.C.J.M. (2010). *Symptoomperceptie*. In A.A. Kaptein (red.), *Medische Psychologie* (pp. 25 - 31). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Lorig, K.R., Ritter, P.L., Laurent, D.D., Plant, K. (2006) *Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial*. Retrieved from Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063127>
- NPCF. (2009). *Zelfmanagement 2.0. Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

- Pénzes, I., Van Hooren, S., Dokter, D., Smeijsters, H., & Hutschemaekers, G. (2015). Material interaction and art product in art therapy. *Arts & Health*, 2-16.
- Revant Revalidatiecentrum. (2017). *Revalidatie bij pijn en gewrichtsaandoeningen*. Breda: Revant Revalidatiecentrum.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C., & Strömberg, A. (2018). Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in nursing science*, 1-10. Retrieved from ResearchGate.net: https://www.researchgate.net/publication/329094704_Integrating_Symptoms_Into_the_Middle-Range_Theory_of_Self-Care_of_Chronic_Illness
- Sarkar, U., Schillinger, D., Bibbins-Domingo, K., Nápoles, A., Karliner, L., & Pérez-Stable, E. (2011). Patient–physicians’ information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart? *Patient Education and Counseling*, 85, 173-179.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piett, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52, 315-323.
- Schulman - Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., McCorkle, R., Redeker, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 136-144.
- Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie*. Uit de verf. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Terpstra, C. (2015). *De verklarende rol van experiëntiële vermijding bij piekeren en mindfulness op psychische klachten*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Tesselaar, J. (2018). Werkvormen in een raamwerk, Expressive Therapies Continuum. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- Van Osch, Y. (2018). *Mens bovenal. Pleidooi voor positieve psychologie bij chronische lichamelijke aandoeningen*. Retrieved from ZonMw.nl: https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Kwaliteit_van_zorg/Organisatie_van_zorg/Zelfmanagement/ZonMw_170x240-PositievePsychologie_def2-LR__websiteversie_.pdf
- Van Weel-Bethesda Ziekenhuis. (2018). *COPD carousel*. Dirksland: Het van Weel-Bethesda Ziekenhuis.
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Antwerpen: Maklu Uitgevers.
- WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. (2002). *ICF, Nederlandse vertaling*. Bilthoven: RIVM.