

Een onderzoek naar de Florence Cane Methode bij een cliënt met schizofrenie en autisme binnen de langdurige rehabilitatie om in beweging te komen.

In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Melissa van Pijkeren

Leerling nummer: 47165663

GZ-VTH-3/4

Vaktherapie beeldend

Onderzoek: N=1 methode

NHL Stenden te Leeuwarden

Datum: 14-11-2023

Onderzoek docent: Celine Schweizer

Onderzoeksinstelling: Stichting Lentis, langdurige rehabilitatie

Praktijkbegeleider: Nima Roomez Khaksari

Aantal woorden: 10982

“MOVEMENT
IS A MEDICINE
FOR CREATING
CHANGE IN A
PERSON’S
PHYSICAL,
EMOTIONAL, AND
MENTAL STATES”.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting.....	6
Summary	7
Hoofdstuk 1 Inleiding	8
1.1 Context en analyse van het vraagstuk	8
1.1.1 Cliëntbeschrijving	8
1.1.2 Probleembeschrijving	9
1.2 Theoretisch kader	9
1.2.1 Schizofrenie	10
1.2.2 Autismespectrumstoornis	10
1.2.3 Overlappende autisme en negatieve symptomen schizofrenie	10
1.2.4 Apathie	11
1.2.5 Lichaamsbeleving bij schizofrenie	11
1.2.6 Rehabilitatie en herstelgerichte zorg	11
1.2.7 Beeldende therapie bij schizofrenie en apathie	12
1.3 De beeldende interventie	12
1.4 Waarde en belang voor het vakgebied, en de rehabilitatie	14
1.5 Afgebakende probleemstelling, centrale vraag, deelvragen en hypothese	14
Hoofdstuk 2: Methode	15
2.1 Systemische N=1 methode	15
2.2 Deelvraag 1	15
2.3 Deelvraag 2	17
2.4 Deelvraag 3	18
2.5 Interventie	20
2.6 Ethische overwegingen	21
Hoofdstuk 3 Resultaten	22
3.1 Resultaten deelvraag 1	22
3.2 Resultaten deelvraag 2	24
3.3 Resultaten deelvraag 3	27
Hoofdstuk 4 Conclusie	29
4.1 Conclusie	29
4.2 Discussie	31
4.3 Aanbevelingen	32
5. Literatuurlijst	33
Bijlagen	36

Bijlage 1: Geheimhoudingsformulier	36
Bijlage 2: Toestemmingsformulieren.....	37
Bijlage 3: Items van de apathy subscale uitgewerkt	41
Bijlage 4: Subscale Apathy.....	42
Bijlage 5: Ingevulde subscale apathy vragenlijsten	44
Bijlage 6: Topiclijst interviews	62
Bijlage 7: getranscribeerde interviews	63
Bijlage 8: ETC onderbouwing en observatiemodel	79
Bijlage 9: Ingevulde ETC observatiemodellen.....	84
Bijlage 10: interventies	88
Bijlage 11: Adviesrapport	91
Bijlage 12: Toestemmingsformulier HBO-Kennisbank.....	92

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie “een onderzoek naar de Florence Cane Methode bij een cliënt met apathie binnen de langdurige rehabilitatie”.

Namens de hogeschool NHL Stenden te Leeuwarden, mogen de studenten van de opleiding “beeldende therapie” een systemisch N=1 onderzoek uitvoeren op de praktijkplek. Het onderzoek is geschreven door Melissa van Pijkeren, student beeldende therapie bij de opleiding Vaktherapie, aan de Hogeschool NHL Stenden te Leeuwarden.

Vanaf 01-03-2022 t/m 01-03-2023 liep ik stage bij Lentis te Zuidlaren. Lentis is een grootschalige GGZ-instelling voor langdurige rehabilitatie. In deze periode heb ik maandag, dinsdag en woensdag mogen meelopen met beeldend therapeut Nima Roomez Khaksari, van wie ik veel heb mogen leren.

Tijdens mijn stageperiode viel het mij op, dat veel psychiatrische cliënten vastlopen in het dagelijks leven en daardoor niet kunnen terugkeren in de maatschappij. Het motiveren van deze cliënten is moeilijk, omdat ze een langere tijd op het terrein verblijven. Het lijkt alsof er geen uitweg meer is en de tijd stil staat. Velen hebben geen toekomstperspectief of een doel in het leven. Ze gaan door in hun dagelijkse ritme en vaste patronen die ze hebben ontwikkeld. Motivatie om activiteiten op te pakken of dingen te ondernemen is er niet of nauwelijks.

Maar waarom zijn deze cliënten zo passief? En hoe zou beeldende therapie kunnen bijdragen aan activatie, initiatief nemen, dagelijkse bezigheden oppakken en meer vrijheid ervaren? Hieruit ontstond de hoofdvraag ; “In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij, aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?”. In dit onderzoek wordt hier uitgebreider op ingegaan.

In mijn 4 jarige studie heb ik veel ervaring opgedaan, op diverse praktijkplekken met verschillende doelgroepen. Van licht verstandelijk beperkten naar kinderen met trauma, richting de volwassen psychiatrie. Dit was erg leerzaam en hier ben ik dankbaar voor. Met behulp van medestudenten en docenten heb ik mezelf beter leren kennen als persoon en ook als beeldend therapeut. Ik wil mijn mede studenten hartelijk danken voor de hulp die ik heb gehad bij het typen van mijn verslagen. Na deze 4 jaar kan ik zeggen dat mijn hart klopt voor de psychiatrie en dat ik graag meer ervaring hier zou willen opdoen tot beeldend therapeut. De doelgroep spreekt mij erg aan en is zeer leerzaam. Ik ben blij dat ik voor deze studie gekozen heb en dat ik mijzelf heb mogen ontwikkelen als beeldend therapeut en mij mag door-ontwikkelen. Ik kijk uit naar een mooie toekomst.

Ik wens u veel leesplezier!

Melissa van Pijkeren

Nieuwleusen, 08.12.2023

Samenvatting

Lentis is een langdurige rehabilitatie GGZ instelling waar cliënten met complexe psychiatrische problematiek begeleid en klinisch behandeld worden. Langdurige rehabilitatie houdt in dat de cliënten een langere tijd op het terrein wonen. Wanneer een cliënt weinig spreekt en weinig initiatieven neemt, hebben we het over negatieve symptomen. Bij cliënten met schizofrenie uit zich dit vaak in langdurig in bed liggen, weinig sociale contacten en weinig tot geen dag invulling. Deze symptomen doen zich bij een grote groep cliënten in mindere of meerdere mate voor. Net als bij andere neurologische aandoeningen, heeft apathie bij schizofrenie schadelijke effecten op de kwaliteit van leven.

Deze N=1 studie richt zich daarom op het in beweging brengen van de client, om apathie en hospitalisatie te verminderen. Veel van deze cliënten zijn in behandeling bij beeldende therapie. Tijdens de beeldende therapie worden cliënten gemotiveerd om meer initiatief te nemen. In dit onderzoek wordt de Florence Cane techniek gebruikt als een beeldende therapeutische methode om mensen letterlijk in beweging te brengen. De Florence Cane methode richt zich op de bewegingen die de mens maakt tijdens het beeldend werk.

Uit het voorgaande is de volgende onderzoeksvraag ontstaan; *In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij, aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?*

Om hier kwalitatief en kwantitatief antwoord op te geven, is middels de Scale for the Assessment of Negative Symptoms– apathy subscale (SANS) en een interview de apathie van de cliënt gemeten en in hoeverre hij in beweging is gekomen. Deze meetinstrumenten zijn voor, tijdens en na de interventie beantwoord door de hoofdbehandelaar, persoonlijk begeleider en beeldend therapeut van Lentis. Daarnaast is met het ETC ook gemeten of de cliënt daadwerkelijk meer in beweging is gekomen.

In de resultaten van de apathie subschaal komt een minimale afname van apathie naar voren, waargenomen door de hoofdbehandelaar, persoonlijk begeleider en beeldend therapeut van Lentis. In de interviews geven deze participanten aan dat de cliënt sinds dit jaar meer activiteiten onderneemt en actiever aanwezig is. De persoonlijk begeleider, hoofdbehandelaar en beeldend therapeut van Lentis hebben geen verschil gezien tijdens het onderzoek, maar zien sinds dit jaar wel vermindering van apathie bij de cliënt. Volgens de hoofdbehandelaar heeft het onderzoek er wel aan bijgedragen dat zij een betere vertrouwensband heeft opgebouwd met de cliënt. Het ETC observatiemodel maakte een verschuiving zichtbaar vanuit de bovenste lagen van het ETC naar de onderste lagen van het ETC. De cliënt is minder vanuit het denken gaan werken, en meer vanuit zijn gevoel. De beleving en het ervaren van het materiaal stonden centraal, en niet het eindresultaat. Ook is de cliënt meer ruimte in gaan nemen. Op beeldend vlak is de cliënt meer in beweging gekomen.

Er wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar beeldende therapie en hoe dit kan bijdragen aan vermindering van apathie bij een cliënt met schizofrenie (en autisme). Hierbij wordt aanbevolen dat de therapeut constant een motiverende houding aanneemt. Daarnaast wordt er aanbevolen dat er twee keer in de week een sessie plaats vindt in het atelier, gedurende een half jaar lang, om de cliënt te blijven activeren. Door breder onderzoek te verrichten kan de validiteit van de resultaten van dit onderzoek worden ondersteund.

Keywords: Apathie, rehabilitatie, Florence Cane methode (FCM), expressive therapy continuum (ETC), N=1 methode.

Summary

Lentis is a long-term rehabilitation mental health institution where clients with complex psychiatric problems are supervised and clinically treated. Long-term rehabilitation means that clients live in the institution for a longer period of time. When a client speaks little and takes few initiatives, we are talking about negative symptoms. In clients with schizophrenia, this often manifests itself in lying in bed for long periods of time, little social contact and little to no activity during the day. These symptoms occur to a greater or lesser extent in a large group of clients. As with other neurological disorders, apathy in schizophrenia has deleterious effects on quality of life. This N=1 study therefore focuses on getting the client moving to reduce apathy and hospitalization. Many of these clients are receiving art therapy treatment. During art therapy, clients are motivated to take more initiative.

In this research, the Florence Cane technique is used as an expressive therapeutic method to literally get people moving. The Florence Cane method focuses on the movement that people make during visual work and does not focus on the result.

From the foregoing, the following research question arose: *To what extent does the Florence Cane Method contribute to reducing the negative symptom of apathy in client x with schizophrenia and autism within a long-term rehabilitation setting?*

To provide a qualitative and quantitative answer to this, the client's apathy and the extent to which he has become more active were measured using the Scale for the Assessment of Negative Symptoms – apathy subscale (SANS) and an interview. These measuring instruments were answered before, during and after the intervention by the main practitioner, personal supervisor and art therapist. In addition, the ETC also measured whether the client has become more active.

The results of the apathy subscale show a minimal decrease in apathy, observed by the main practitioner, personal supervisor and art therapist. In the interviews, these participants indicate that the client has been undertaking more activities and is more actively present since this year. The personal counselor, main practitioner and art therapist saw no difference during the study, but have seen a reduction in apathy in the client for about a year. According to the main practitioner, the research has ensured that she has built a better relationship of trust with the client. The ETC observation model made a shift visible from the upper layers of the ETC to the lower layers of the ETC: the client started working less from his thinking and more from his feelings. The perception and experience of the material were central, and not the result. The client also started taking up more space. Visually, the client has become more active.

It is recommended that more research be conducted into art therapy and how it can help reduce apathy in a client with schizophrenia. It is recommended that the therapist constantly adopt a motivating attitude. In addition, it is recommended that a session take place in the studio twice a week, for six months, to continue to motivate the client. By conducting broader research, the validity of the results of this study can be supported.

Keywords: Apathy, rehabilitation, Florence Cane Method (FCM), Expressive Therapy Continuum (ETC), N=1 method.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Dit onderzoek vond plaats in het kader van het afstudeeronderzoek aan de opleiding beeldende therapie aan de Hogeschool NHL Stenden te Leeuwarden. Studenten uit het 4^{de} jaar beeldende therapie hebben de opdracht gekregen om een systemisch N=1 onderzoek uit te voeren. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Nima Roomez Khaksari, beeldend therapeut bij de langdurige rehabilitatie van Stichting Lentis GGZ te Zuidlaren.

1.1 Context en analyse van het vraagstuk

Dit onderzoek werd uitgevoerd op het terrein van Lentis in het atelier van de beeldende therapie. Lentis is een grootschalige GGZ instelling in Zuidlaren. Er wordt woonbegeleiding geboden en behandeling. Het is een grote organisatie met een breed scala aan zorgvormen en specialismen waarmee wordt beoogd om passende zorg te bieden. Op de locatie in Zuidlaren verblijven ± 130 mensen met psychische en psychiatrische problemen en mensen met ouderenproblematiek. Lentis (2022) biedt deskundige, kwalitatieve zorg vanuit verschillende zorggroepen en diensten. Cliënten die wonen op het terrein in Zuidlaren, worden behandeld op het terrein en doen mee aan verschillende activiteiten als dagbesteding. Behandelaren die de cliënten behandelen zijn, psychologen, psychiaters, vaktherapeuten en fysiotherapeuten. Daarnaast worden cliënten verzorgd door verplegers op de woongroepen. Bij de activiteiten komen de cliënten in aanraking met verschillende activiteitenbegeleiders. Op het terrein van Lentis in Zuidlaren zijn verschillende dagbestedingen te vinden: werkplaats voor fietsen, lijstenmakerij, houtbewerking, kledingwinkel en restaurant. Hier werken cliënten aan hun herstel, richting het werkveld en de maatschappij. Daarnaast heeft elke cliënt een persoonlijk begeleider die hen begeleidt naar herstel.

De meeste cliënten verblijven meerdere jaren binnen de langdurige rehabilitatie van Lentis. Dit zorgt ervoor dat veel cliënten gehospitaliseerd en apathisch zijn. Er is vaak geen doel meer in het leven of toekomstperspectief, daardoor zitten veel cliënten de tijd uit op het terrein. Dit is tevens de aanleiding voor dit onderzoek. Hoe kan een gehospitaliseerde en apathische cliënt weer in beweging komen? Is het mogelijk om in beweging te komen doormiddel van een beeldende interventie? Er zijn aanwijzingen dat beeldende therapie cliënten in beweging kan brengen. In dit onderzoek wordt onderzocht of de Florence Cane Methode, een beeldende interventie op beweging, kan bijdragen aan het verminderen van hospitalisatie en apathie.

Beeldende therapie is een behandelvorm waarbij ervaringen en ontwikkelingsprocessen van mensen centraal staan. De beeldend therapeut hanteert het proces van beeldend vormen (tekenen, schilderen, beeldhouwen en andere beeldende vormen) en de zichtbare en tastbare beeldende werken die hieruit voortkomen, als middel binnen de therapeutische relatie (Schweizer, 2009). Binnen een behandelsetting wordt beeldende therapie in combinatie met andere behandel- en begeleidingsvormen gericht op een specifiek behandel doel aangeboden om op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied een wenselijke verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te bewerkstelligen (Schweizer, 2009).

1.1.1 Cliëntbeschrijving

De cliënt die heeft meegedaan aan dit onderzoek wordt omschreven als cliënt X. Cliënt X woont al een langere tijd op het Lentis terrein. Het betreft een man van 34 jaar, bekend met schizofrenie, autismespectrumstoornis, polymiddelenmisbruik (thans in remissie). De basisschoolperiode was niet zijn favoriete schooltijd. Cliënt X kreeg vaak straf en werd de klas uitgestuurd, waarbij hij alleen op de trap moest zitten. Hij werd gepest en pestte zelf ook anderen. Hij noemt de hele situatie “wel prima”.. Vroeger had hij dagelijks ruzie met zijn moeder. Op de middelbare school had hij een goede tijd, maar werd toch weer gepest en pestte ook anderen. Hij heeft zijn diploma van de middelbare school

gehaald en begon op zijn 16^{de} aan een MBO koksopleiding. De opleiding was moeilijk door de Franse termen, hij heeft dit een jaar volgehouden. Toen hij op zichzelf woonde begon hij zich terug te trekken van de opleiding. Hij wou liever thuis zijn. Hij is hierna gestopt en heeft zichzelf laten afkeuren. Hij is rond zijn 18^{de} terecht gekomen in de psychiatrie, bij een psycholoog, met depressieve klachten. Hierna is hij uit behandeling gegaan en heeft twee jaar geen ondersteuning gekregen. Uiteindelijk is hij opgenomen in Heerenveen met een psychotisch beeld, onder andere wanen en angsten. Hierna werd hij regelmatig bij GGZ Friesland gedwongen opgenomen met een psychotisch toestandsbeeld. Vanwege agressief gedrag is hij vervolgens opgenomen binnen Lentis Zuidlaren. Tijdens deze opname werd een zeer afhankelijk en angstige man gezien met veel stemmenlast. In 2020 verhuist hij naar de Brink (afdeling op het Lentis terrein), de angsten verminderen langzaam, van stemmen blijft hij last houden. Op de Brink is hij aan de slag gegaan met leefstijl en het verbeteren van zijn zelfbeeld.

Huidige DSM-classificatie

Diagnoses (5)
299.00 Autismspectrumstoornis
295.90 Schizofrenie (H)
278.00 Overgewicht of obesitas
305.20 Stoornis in cannabisgebruik: licht
S113 Diabetes mellitus, type II/niet-insuline-afhankelijk

Bron: Lentis, 2023. *Vanuit het cliëntensysteem* ONS. Niet toegankelijk voor de lezer

1.1.2 Probleembeschrijving

De cliënt is veel op zijn kamer, onderneemt weinig dagelijkse bezigheden, moet gemotiveerd worden om bezig te gaan. Daarbij vertoont de cliënt verschijnselen van hospitalisatie: verminderd initiatief, apathie en weinig tot geen toekomstperspectief.

Sinds 2020 neemt de cliënt deel aan het atelier. In het beeldend medium is te zien dat de cliënt veel werkvormen afslaat. Hij heeft weinig concentratie en is kort bezig met een werkvorm. Hij vraagt veel aandacht en laat anderen voor hem werken. De positieve symptomen worden onderdrukt met antipsychotica. Deze worden dan ook niet gezien tijdens de beeldende therapie in het atelier. De negatieve symptomen worden bij cliënt X wel gezien. Vooral het gebrek aan activatie en initiatief nemen. De reden dat er in dit onderzoek wordt gefocust op het negatieve symptoom apathie bij een cliënt vanuit de langdurige rehabilitatie is, dat er verschillende factoren mee spelen bij de passiviteit van de cliënt. Apathie is een symptoom van meerdere problemen. Onder apathie wordt verstaan; verminderde verzorging en hygiëne, weinig doorzettingsvermogen, lichamelijke inactiviteit en wilszwakte. Hierbij spelen gebrek aan activatie en initiatief nemen ten gevolge van hospitalisatie een belangrijke rol. Je zou kunnen stellen dat apathie en hospitalisatie beiden invloed kunnen hebben op motivatie gebrek en het eigen initiatief nemen.

Met dit onderzoek werd onderzocht of beeldende therapie bij kan dragen aan het verminderen van apathie bij cliënt X in de langdurige rehabilitatie.

1.2 Theoretisch kader

In dit onderzoek wordt gefocust op een cliënt met schizofrenie en autisme. Daarbij speelt het negatieve symptoom apathie een belangrijke rol: en dan vooral het gebrek aan motivatie en initiatief nemen. Daarnaast komt hospitalisatie aanbod, aangezien dit meespeelt in de passiviteit van de cliënt. Er zijn dus meerdere factoren die ervoor zorgen dat de cliënt passief is naast het negatieve symptoom apathie.

1.2.1 Schizofrenie

Schizofrenie kenmerkt zich door wanen en hallucinaties. Dit worden positieve symptomen genoemd. Bij positieve symptomen gaat het om stoornissen in de waarneming, denken, (be)oordelen en in het handelen. Iemand ziet en/of hoort dingen die er niet zijn. Bij de positieve symptomen zijn antipsychotica effectief, bij negatieve symptomen heeft antipsychotica weinig tot geen invloed (Slooff, 2005). Wanneer een cliënt weinig spreekt en weinig initiatieven neemt, hebben we het over negatieve symptomen. Dit uit zich vaak in langdurig in bed liggen, weinig sociale contacten en weinig tot geen dag invulling. Deze symptomen doen zich bij een grote groep cliënten in mindere of meerdere mate voor (Slooff, 2005). Klassieke antipsychotica zijn weinig of niet in staat om primaire negatieve symptomen te bestrijden. Soms treedt wel enige activering op bij gebruik van klassieke antipsychotica, vooral wanneer de inhoud van wanen en hallucinaties de cliënten belemmerden in de activiteiten (Sloof, 2005).

1.2.2 Autismespectrumstoornis

Bij de diagnose autismespectrumstoornis (ASS), wordt informatie in de hersenen anders verwerkt dan bij de meeste mensen. De kenmerken zijn niet altijd hetzelfde en verschilt per persoon. Deze kenmerken hebben te maken met het omgaan met anderen, en hoe diegene zich gedraagt (Hersenstichting, 2022). Het kan bij mensen met een autismespectrumstoornis lastig zijn om anderen te begrijpen. Het inleven in hoe de ander denkt en voelt wordt als lastig ervaren. Andersom begrijpen mensen vaak ook niet hoe iemand met ASS dingen beleeft. Daarnaast is er een verschil in hoe mensen zich met ASS gedragen ten opzichte van anderen (Hersenstichting, 2022). Iemand met ASS kan helemaal opgaan in bepaalde onderwerpen die hij/zij interessant vindt, en waar hij/zij meer over wil weten. Iemand met ASS kan helemaal opgaan in bepaalde activiteiten of denkpatronen. Vaak wordt dit steeds herhaald (Hersenstichting, 2022).

1.2.3 Overlapping autisme en negatieve symptomen schizofrenie

Uit de literatuur blijkt dat autisme en schizofrenie een aantal overeenkomsten hebben. Diverse onderzoekers hebben door de jaren heen overlap tussen beide stoornissen gerapporteerd, met name op het gebied van negatieve symptomen (Spek & Wouters, 2012). Negatieve symptomen wordt in de DSM-IV omschreven als vervlakking van het affect, gecombineerd met gedachten- of spraakarmoede en apathie. Negatieve symptomen bij autismespectrumstoornis komen grotendeels voor bij tekortkomingen in sociaal-emotionele wederkerigheid en betrokkenheid. Mensen met autismespectrumstoornis delen minder vaak hun emoties en hebben moeite met sociale situaties, er zijn tekortkomingen in non-verbale communicatie en ze zijn communicatief minder sterk. Onder negatieve symptomen bij schizofrenie vallen, vlak of afgestompt affect, alogia, avolitie/apathie en anhedonie. Vlak en afgestompt affect houdt in dat zij minder oogcontact, gezichtsuitdrukkingen en gebaren gebruiken. Alogia kenmerkt zich door verarmde spraak, dit zou kunnen komen door problemen met de cognitie en het denken. Avolitie/apathie kenmerkt zich door gebrek aan energie, gedrevenheid en interesse. Anhedonie kenmerkt zich door gebrek aan sociale en recreatieve interesse en onoplettendheid. Deze beschrijvingen laten een overlap zien tussen autismespectrumstoornis en schizofrenie gerelateerd aan de afwezigheid van sociaal en communicatief gedrag. Het is dus duidelijk dat negatieve sociale en communicatieve symptomen bij autismespectrumstoornis en schizofrenie een gemeenschappelijke neurale oorsprong hebben die van invloed is op sociale cognitie (Trevisan, Foss-Feig, Naples, Srihari, Anticevic & McPartland 2020).

1.2.4 Apathie

Apathie is een multidimensionaal symptoom dat bestaat uit cognitieve, gedrags- en emotionele facetten, waaronder verminderde motivatie en verminderd doelgericht gedrag. Het is een veelvoorkomende maar over het hoofd geziene multidimensionale psychopathologische toestand bij personen met schizofrenie (Bortolon, Macgregor, Capdevielle & Raffard, 2017). Apathie wordt beschouwd als een belangrijk neuro psychiatrisch symptoom (Bortolon, Macgregor, Capdevielle & Raffard, 2017). Net als bij andere neurologische aandoeningen, heeft apathie bij schizofrenie schadelijke effecten op de kwaliteit van leven. Apathie behoort tot de negatieve symptomen van schizofrenie die de laatste jaren meer aandacht heeft gekregen, waaronder een groeiende belangstelling voor de beoordeling en de gevolgen van apathie. Toch worden de pathologische mechanismen en het multidimensionale aspect van dit symptoom nog onvoldoende onderzocht (Bortolon, Macgregor, Capdevielle & Raffard, 2017).

Andreasen (1983) geeft aan dat apathie te maken heeft met het gebrek aan wilskracht. Dit kenmerkt zich door gebrek aan energie, aandrift en interesse. Cliënten kunnen zichzelf er niet toe zetten om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie is wilszwakte bij schizofrenie relatief chronisch en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden (Andreasen, 1983).

1.2.5 Lichaamsbeleving bij schizofrenie

Volgens Klaver (2016) hebben mensen met schizofrenie een verstoord gevoel van lichaamseigendom, de ervaring van het eigen lichaam. Ook is gebleken uit onderzoek dat patiënten met de diagnose schizofrenie een tekort ervaren in hun gevoel van keuzevrijheid. De factoren die ten grondslag liggen aan deze verstoring van het lichaamseigendom blijven ongrijpbaar (Klaver, 2016).

Recente studies met gezonde deelnemers suggereren dat een verbeterd gevoel van keuzevrijheid gevoelens van lichaamseigendom verhoogt. Keuzevrijheid is het vermogen van een individu om onafhankelijk te handelen en eigen vrije keuzes te maken (Klaver, 2016). Het verminderde gevoel van keuzevrijheid bij schizofrene patiënten kan een factor zijn voor het verstoorde gevoel van lichaamseigendom (Klaver, 2016). Omgekeerd kan een verminderd gevoel van lichaamseigendom ook bijdragen aan een verminderd gevoel van keuzevrijheid. Klaver (2016) beveelt aan dat toekomstige studies zich moeten richten op de precieze relatie tussen lichaamseigendom en keuzevrijheid. Cliënten met schizofrenie hebben een andere lichaamsbeleving dan dat wij hebben.

1.2.6 Rehabilitatie en herstelgerichte zorg

Rehabilitatie is te vergelijken met “revalidatie” bij een lichamelijke aandoening of beperking en behoren tot de tertiaire preventie: het voorkomen of reduceren van beperkingen die samenhangen met een psychische stoornis (Van Deth, 2019). Het doel van rehabilitatie is om cliënten met ernstige en/of chronische stoornis te brengen tot een zo onafhankelijk mogelijk functioneren in de gemeenschap. We spreken ook wel van “resocialisatie”. Om dit te bereiken moet zowel aandacht geschonken worden aan de vaardigheden en zelfmanagement van de betrokken cliënten als aan de sociale omgeving waarin zij terechtkomen (Van Deth, 2019). Rehabilitatie wordt de laatste jaren ook wel herstelgerichte zorg genoemd. Dit heeft betrekking op het (weer) oppakken van allerlei sociale en maatschappelijk rollen en een zinvol leven (gaan) leiden. Net als rehabilitatie richt herstelgerichte zorg zich op de eigen regie van de cliënt en het benutten van hun mogelijkheden (Van Deth, 2019). Binnen Lentis verblijven cliënten voor een langere tijd om te werken aan hun doelen.

1.2.7 Beeldende therapie bij schizofrenie en apathie

Vaktherapie (2023) geeft aan dat wanneer de cliënt medicatie gebruikt, vaktherapie van grote betekenis kan zijn bij iemand met schizofrenie. De behandeling richt zich op het leren omgaan met de gevolgen van een psychose en het voorkomen van een volgende. De cliënt leert opnieuw contact maken met zichzelf en zijn omgeving. Het is belangrijk om contact met de realiteit te herstellen. Het ervaren van plezier en het aangaan van een creatief proces zijn factoren die een rol spelen in vaktherapie en bijdragen aan het vergroten van zelfvertrouwen en verbeteren van kwaliteit van leven.

Uit onderzoek van de Federatie Medisch Specialisten (2012) blijkt dat beeldende therapie een klein effect heeft op de negatieve symptomen van schizofrenie. Er wordt aangegeven dat verder onderzoek hiernaar nodig is.

Doelen binnen vaktherapie voor mensen met schizofrenie kunnen zijn: Leren in het lichaam te komen en te blijven, verbetering van sociale contacten, zelfvertrouwen opbouwen, rust leren inbouwen in het dagelijks leven, helderheid krijgen in onoverzichtelijke situaties en dagritme bewaken (Vaktherapie, 2023). Er is geen literatuur gevonden over apathie en beeldende therapie. Over lichaamsbeleving bij deze doelgroep geeft GGZ Standaarden (2022) aan, dat psychomotorische therapie gericht is op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag, waarbij de werkvormen de cliënt letterlijk in beweging kunnen brengen. Zo kan de cliënt zich richten op de beleving van het lichaam (GGZ Standaarden, 2022).

Door te werken vanuit beweging met beeldende materialen in beeldende therapie komt de cliënt fysiek in beweging. Dit draagt bij aan het richten van de aandacht op de beleving van het lichaam (Floor & Overman, 2011). De interactie van materiaal beeld en beweging brengt een verbinding tussen binnen- en buitenwereld teweeg. Tekenbewegingen bevorderen zelfbewustzijn en concentratie, creativiteit, oordeelvrije zelfreflectie, helder denken, zuiver voelen en effectief communiceren (Floor & Overman, 2011). Wanneer getekende bewegingen zijn vastgelegd op papier kan de cliënt kijken naar en reflecteren op het beeld en zich bewust worden van zijn eigen lichaamsbeleving. De beweging komt eerst. Het teken (de tekening) komt eruit voort en is de verschijningsvorm van de beweging (Floor & Overman, 2011).

1.3 De beeldende interventie

In dit onderzoek wordt de Florence Cane methode ingezet in beeldende therapie om te kijken in hoeverre de cliënt in beweging kan komen en of daarmee passiviteit kan worden opgeheven, lichaamsbeleving kan worden versterkt en de cliënt in het hier en nu kan blijven.

De grondlegger van deze methode, Florence Cane, heeft veel jaren tekenlessen gegeven vanuit haar functie als director of art bij het centrum voor begaafde kinderen van de New-York University School of Education. De Florence Cane methode bestaat uit een vaste opbouw van activiteiten (Cane, 1951) bewegingsoefeningen op papier en het maken en uitwerken van scribbles vormen de belangrijkste onderdelen. De bewegingsoefeningen zijn gestructureerd en worden staand uitgevoerd waarbij papier aan de muur is bevestigd. Er worden instructies gegeven voor de stand van de voeten en voor de houding. De bewegingen worden vooral met de schouders, armen en handen gemaakt (Cane, 1951). Er wordt steeds doorgedaan met bewegen, dus komen er veel lijnen op, over en naast elkaar terecht. Na deze opwarm oefeningen wordt de opdracht gegeven om een scribble te maken, door Cane gedefinieerd als: 'a kind of play with a freely flowing continuous line' (Cane, 1951). Hierbij kunnen de ogen open of dicht worden gehouden en kan het krijt in de linker- of rechterhand worden gehouden

of kan er met beide tegelijk gewerkt worden. Ten slotte wordt er naar de scribble gekeken. Daarbij wordt er gezocht naar een herkenbare vorm of een vormenspel dat aanspreekt. Dit wordt uitgewerkt door op en over de scribble door te werken met bijvoorbeeld andere kleuren of door lijnen te accentueren (Cane, 1951).

Volgens Cane leidt deze methode ertoe dat mensen zich vrijer gaan bewegen, minder faalangstig zijn, meer in contact komen met hun persoonlijke verbeelding en vormgeving.

De bewegingsoefeningen zorgen voor samenwerking tussen verschillende functies van het lichaam zoals ademhaling, beweging, verbeelding en vormgeving (Cane, 1951). Deze verschillende functies komen in één ritme en raken op elkaar afgestemd. De concentratie die hierbij ontstaat heeft een stimulerende werking op de verbeelding. Als effect van de bewegingsoefeningen met beide handen beschrijft zij: 'in de schouder lopen twee belangrijke zenuwen die betrokken zijn bij de informatieoverdracht van hersenen naar handen (Cane, 1951). Door de bewegingen wordt de overdracht versneld.

De Florence Cane methode kan zowel bij kinderen als volwassenen worden toegepast. Cane geeft immers aan dat "iedereen kan krassen", waardoor het een laagdrempelige werkvorm is (Cane, 1951). De herhaling van de werkvorm en heldere structuur zorgt ervoor dat het voorspelbaar is, wanneer de oefeningen worden herhaald geeft dit veiligheid. Daarbij leidt de uitwerking van de scribble vaak tot persoonlijke betekenisgeving en daarmee ontstaan kansen voor het verwerven van inzicht (Cane, 1951).

De Cane methode sluit aan bij een structurerende en directieve werkwijze. Er wordt een actieve en sturende rol van de behandelaar verwacht. De methode sluit aan bij methoden die gericht zijn op functietraining, zoals concentratietraining, training van het structurerende vermogen, training van de waarneming (Cane, 1951).

De Florence Cane methode komt overeen met de tekenbewegingsmethode (TBM). Het zijn beiden beeldende werkvormen waarbij beweging wordt toegepast. De TBM is gericht op het ontwikkelen van inzicht in jezelf en de wereld eromheen. Door beeldend materiaal in te zetten op beweging komen innerlijke processen opgang. Het lichaam, emoties, gedachten en beelden spelen hierin een belangrijke rol (Floor & Overman, 2011). De TBM is ontstaan vanuit de behandeling van trauma- en borderline problematiek, maar er blijkt ook goed resultaat zichtbaar te zijn bij meerdere doelgroepen. Een tekenbeweging is een beweging die een teken voortbrengt.

Het Expressive Therapies Continuum is ontwikkeld door Kagin & Lusebrink (1978) en later verder uitgebreid door Lusebrink (2004) en verder onderbouwd door Hinz (2009). Het ETC wordt ook wel omschreven als een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie en richt zich op de informatieverwerking van de cliënt (Fikke et al. 2017). Wanneer je op de kinesthetische informatieverwerkingscomponent werkvormen aanbiedt, zoals de Florence Cane techniek, zijn de doelen voornamelijk: in beweging komen, lichamelijke ervaring opdoen, experimenteren, de ervaring centraal stellen en bewustwording krijgen (Fikke, 2018); Hinz, 2009; Henskens, 2018; Lavrijsen, 2018; Péntzes, 2018; Schweizer, 2018). Ook kan een nadruk op beweging cliënten helpen om door fysieke en psychische verdoving heen te breken (Badenoch, 2008).

Door beeldend op beweging te werken kan de cliënt zich bewust worden van zijn eigen lichaamsbeleving en lichaamssensaties. De cliënt kan meer vrijheid ervaren en zal bewuster worden van zijn eigen lichaam en bewegingen.

1.4 Waarde en belang voor het vakgebied, en de rehabilitatie

Er wordt in deze tijd meer onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van beeldende therapie bij cliënten met schizofrenie. Daarbij zijn de negatieve symptomen vaker onderzocht binnen beeldende therapie bij cliënten met schizofrenie. White Swan Foundation (2015) geeft aan dat beeldende therapie nuttig is bij het aanpakken van negatieve symptomen zoals gebrek aan motivatie, sociale terugtrekking, slechte communicatie en non-verbale vaardigheden. Daarbij is er niet veel onderzocht naar het negatieve symptoom apathie en hoe beeldende therapie hier in kan bijdragen. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken of de cliënt meer in beweging kan komen doormiddel van beeldende therapie, zodat apathie kan worden verminderd. Het is van waarde en belang voor het vakgebied om te onderzoeken welke interventie werkzaam is op de negatieve symptomen, om duidelijkheid te vinden in wat werkt binnen beeldende therapie voor deze doelgroep. Ook is het van belang voor de cliënt om uiteindelijk terug te kunnen keren in de maatschappij. Daarbij is het voor Lentis en andere rehabilitatie instellingen van belang en waarde om te kijken wat hospitalisatie en apathie zou kunnen verminderen. Voor verzekeraars is het van belang om te weten wat beeldende therapie doet, en bewijs te leveren van werkzame interventies.

1.5 Afgebakende probleemstelling, centrale vraag, deelvragen en hypothese

In de praktijk is te zien dat cliënten op het terrein van Lentis een gebrek aan motivatie en eigen initiatief nemen ervaren. Cliënten liggen lang in bed, ondernemen weinig activiteiten op een dag, tonen geen tot weinig initiatief. Kortom, er is weinig motivatie om te werken aan doelen of terug te keren in de maatschappij. Dit hangt mede samen met apathie een van de negatieve symptomen van schizofrenie. Uit onderzoek blijkt dat met beeldende therapie negatieve symptomen verminderen. Maar niet op welk negatief symptoom en welke interventie.

De Florence Cane methode is een beeldende werkvorm om cliënten in beweging te krijgen en de lichaamservaring mogelijk te onderzoeken en te versterken.

Met dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre de Florence Cane Methode de cliënt in beweging kan brengen om apathie en hospitalisatie te verminderen. Daarom is er besloten om dit te gaan onderzoeken met de volgende hoofd en deelvragen.

Hoofdvraag: In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Deelvraag 1: In welke mate is er na de Florence Cane methode resultaat waarneembaar op het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?

Deelvraag 2: Welke veranderingen zijn er waargenomen in het dagelijks leven na de Florence Cane methode op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?

Deelvraag 3: Welke veranderingen zijn waarneembaar in beeldend werk gemaakt volgens de Florence Cane methode, op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme, binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Hypothese: De verwachting is dat de Florence Cane methode invloed zal hebben op het verminderen van apathie en hospitalisatie en dat de cliënt vanuit zichzelf meer initiatief zal nemen, zich actiever opstelt en zelf meer activiteiten zal ondernemen.

Hoofdstuk 2: Methode

2.1 Systemische N=1 methode

De N=1 methode is een onderzoeksmethode waarmee gedragsveranderingen van een individu kunnen worden vastgesteld. De methode heet een N=1 methode, omdat het niet bij meerdere personen wordt onderzocht, maar bij één persoon: de cliënt bij wie het onderzoek wordt afgenomen (Spreen, 2009). De veranderingen in het gedrag kunnen worden vastgelegd door verschillende meetmomenten in te plannen. Bij dit onderzoek wordt een meting gedaan voor de interventie, tijdens de interventie en na de interventie. Zo kan er worden gemeten of er gedragsverandering waarneembaar is na de interventies (Spreen, 2009). Het heet een systemisch N=1 methode omdat leden vanuit het sociale netwerk worden betrokken bij het onderzoek. Dit sociale netwerk kan bestaan uit familieleden, vrienden of professionele hulpverleners (Spreen, 2009).

In dit geval zijn er professionele hulpverleners ingezet als participanten, vanwege de woonsituatie van de cliënt en de hulpverleners het dichtst bij hem staan op het moment van het onderzoek.

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Kwantitatieve data wordt uitgedrukt in getallen, tabellen en grafieken, waarmee gedragsverandering meetbaar kan worden gemaakt. Kwalitatief onderzoek wordt vaak uitgedrukt in woorden. Dit type onderzoek wordt ingezet om inzicht te krijgen in onderwerpen waar nog weinig kennis over is. Vaak wordt hiervoor een interview of observatie gedaan (Merkus, 2023).

2.2 Deelvraag 1

In welke mate is er na de Florence Cane methode resultaat waarneembaar op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?

Deze deelvraag wordt beantwoord met kwantitatief onderzoek met stellingen over het gedrag dat samenhangt met de apathie van cliënt X. Hierbij is een likertschaal gebruikt: De Scale for the Assessment of Negative Symptoms– apathy subscale (SANS, Andreasen, 1983). Dit is een schaal waarmee de mate van het negatieve symptoom apathie bij een client in kaart kan worden gebracht.

De SANS is een schaal die professionals in de GGZ gebruiken om negatieve symptomen van patiënten met schizofrenie te meten. De schaal heeft 25 items van negatieve symptomen in 5 categorieën: affectieve afstomping, alogia, avolentie-apathe, anhedonie-asocialiteit en onoplettendheid. Elk item wordt beoordeeld op een schaal van 0 (geen) tot 5 (ernstig) (NP Psych Navigator, z.d.). Schaalvaliditeit: de kwestie van betrouwbaarheid en validiteit van de SANS is in meerdere onderzoeken uitgevoerd en de beoordelaars waren het eens over de betrouwbaarheid van de SANS (NP Psych Navigator, z.d.). De onderzoeksafdeling van Lentis heeft de sub-schaal apathie vertaald. Deze sub-schaal is ingezet in dit onderzoek.

In de SANS sub schaal apathie, wordt apathie gemeten met de volgende items: Verzorging en hygiëne, te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school, lichamelijke inactiviteit, subjectieve

klachten van wilszwakte en apathie, globale score van wilszwakte en apathie. Deze items zijn gedefinieerd in bijlage 3.

De schaal wordt bij het netwerk ingezet omdat verzorging en hygiëne, doorzettingsvermogen, lichamelijke inactiviteit, apathie en wilszwakte niet alleen worden gezien bij beeldende therapie, maar ook in andere settingen waar de cliënt zich begeeft.

Participanten

De personen die de likertschaal hebben ingevuld zijn: de beeldend therapeut van Lentis, persoonlijk begeleider en de hoofdbehandelaar (verpleegkundig specialist GGZ) van de cliënt, ook wel participanten genoemd (Poortinga, 2020).

Dataverzameling

Op 3 momenten is de SANS voorgelegd aan de beeldend therapeut, persoonlijk begeleider en de hoofdbehandelaar. Dit gebeurde voor, tijdens en na de interventie. De participanten vulden de likertschaal in door het cijfer te omcirkelen, dat het meest van toepassing was op dat moment bij de cliënt. De antwoorden van de participanten werden later met elkaar vergeleken en uitgewerkt met de N=1 tool, ontworpen door NHL Stenden.

Data analyse

De N=1 tool is een digitaal programma dat berekent of er verandering heeft plaats gevonden in gedrag door alle uitkomsten van voor, tijdens en na de interventie met elkaar te vergelijken. Ter voorbereiding wordt er een databestand gemaakt in Excel. In dit bestand worden de scores van de verschillende participanten op de likertschaal op 3 meetmomenten vastgelegd. Het Excel-bestand wordt vervolgens geïmporteerd in de N=1 tool om grafieken te maken (NHL Stenden Hogeschool, 2017). De resultaten worden zichtbaar in een grafiek waarin de antwoorden van de participanten tevens kunnen worden vergeleken.

Voor het analyseren zijn verschillende technieken mogelijk. Met de verschillende analyse-instrumenten binnen de tool (NAP, Cohen's d en GLI) worden berekeningen gedaan op verschillende aspecten die je met het blote oog niet kunt vergelijken en berekenen.

Om verandering van gedrag tussen meetmomenten te berekenen wordt de NAP ingezet (NHL Stenden Hogeschool, 2017). De NAP berekent het verschil tussen meetmoment 1, 2 en 3. NAP staat voor Non-overlap of All Pairs (Parker Vannest, 2009). Hierbij worden alle scores van het eerste meetmoment vergeleken met alle scores op een later moment. De NAP is altijd een waarde tussen 0-1, waarbij alle waarden < 0,5 voor achteruitgang staan en alle waarden > 0,5 voor vooruitgang (NHL Stenden Hogeschool, 2017). Je mag pas spreken van vooruitgang als de NAP > 0,65 is en achteruitgang als de NAP < 0,35 is (Postma-van Sloten, Bootsma & Spreen, 2013). Hoe hoger de NAP, hoe zekerder je kunt zijn dat er daadwerkelijk vooruitgang is bij de client.

Met de NAP heb je uitgerekend of er een verband is of niet en hoe groot de verandering is (NHL Stenden Hogeschool, 2017). De Cohen's d is informatiever. Hiermee reken je namelijk uit wat het verschil is tussen meetmoment 0 en 1, waarbij je ook rekening houdt met de spreiding van de scores die de participanten gegeven hebben. (NHL Stenden Hogeschool, 2017). De Cohen's d wordt als volgt geïnterpreteerd: 0.01-0.20 zeer klein verschil in gemiddelde scores, 0.20-0.50 klein, 0.50-0.80 matig, 0.80-1.20 groot en 1.20 of hoger als zeer groot. Omdat we in de analyse met systemische N=1 werken met verschillende observatoren, willen we ook weten of men de situatie min of meer hetzelfde beoordeeld (NHL Stenden Hogeschool, 2017).

Wanneer participanten sterk overeenstemmen in hun beoordeling over het gedrag van de cliënt, is het waarschijnlijker dat dit een juiste weergave is van zijn gedrag. Mocht het echter sterk verschillen, dan kan dat duiden op het gedrag van de cliënt in verschillende contexten. Het kan zijn dat hij niet met alle observatoren een even goede band heeft of een andere reden. Daarom wordt overeenstemming tussen observatoren bepaald met de Gower Legendre Index (GLI, Gower, 1971; Gower & Legendre, 1986). De GLI wordt als volgt geïnterpreteerd, hoe dichter GLI bij 1 komt, hoe sterker de overeenstemming is. GLI 1 betekent dat iedereen hetzelfde antwoord heeft gegeven. Als de $GLI > 0,70$ is, spreken we van voldoende overeenstemming om een analyse uit te voeren die betrouwbaar is. Is de $GLI < 0,70$ dan zijn de observaties onbetrouwbaar (omdat ze te veel verschillen) of is er een andere oorzaak (misschien verschilt het gedrag per context). Mocht de GLI klein zijn, dan is het belangrijk om uit te zoeken hoe het komt dat er geen overeenstemming is (NHL Stenden Hogeschool, 2017). Door de N=1 tool te gebruiken kun je dus nauwkeurig berekenen of de interventie invloed heeft gehad op het gedrag van de cliënt.

2.3 Deelvraag 2

Welke veranderingen zijn er waargenomen na de Florence Cane methode op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?

Deze deelvraag wordt beantwoord met behulp van kwalitatief onderzoek. In dit geval word er een interview afgenomen in een tweegesprek, waarin de beleving van de geïnterviewde centraal staat (Verhoeven, 2022). Om deelvraag 2 te beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van een half-gestructureerd interview, ook wel semigestructureerd onderzoek genoemd. Als onderzoeker werk je met één hoofdvraag en/of enkele sub-onderwerpen. Een half-gestructureerd onderzoek is geen diepte-interview, maar hanteert een topiclijst. In dit interview wordt gebruik gemaakt van topics (Verhoeven, 2022). In dit geval zullen de onderwerpen voor de topiclijst uit de SANS apathy subscale (Andreasen, 1983) worden gehaald. Dat zijn de volgende items; verzorging en hygiëne, doorzettingsvermogen, lichamelijke inactiviteit, wilszwakte en apathie, globale score. Deze items zijn van belang voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Zie bijlage 6 voor de topiclijst.

Participanten

De participanten, in dit geval de persoonlijk begeleider, hoofdbehandelaar en beeldend therapeut van Lentis werden geïnterviewd door de onderzoeker na de interventie.

Dataverzameling

De interviews werden opgenomen met een spraakrecorder, zodat de onderzoeker het terug kan luisteren en letterlijk kan noteren wat de participant heeft verteld. Het opnemen van het gesprek heeft verschillende voordelen. Zo kan de onderzoeker zijn/haar aandacht helemaal richten op de geïnterviewde en hoeft niet alles opgeschreven te worden (Verhoeven, 2022). Het terugluisteren van de opname verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2022). Er zal voor het opnemen van de interviews toestemming worden gevraagd aan de participanten.

Data-analyse

Om de antwoorden op de interviewvragen te analyseren en de deelvraag te beantwoorden werd er gebruik gemaakt van thematische analyse. Een thematische analyse is een methode om patronen in kwalitatieve data te identificeren, analyseren en rapporteren, met als doel de gegevens te ordenen en te interpreteren in het belang van de hoofdvraag (Verhoeven, 2020). De thematische analyse bestaat uit een zes stappenplan, die hieronder staat beschreven.

Verkennen

De eerste stap is het verkennen van de gegevens. De tekst wordt goed doorgelezen, tijdens het lezen verdeel je de tekst in tekstfragmenten die over 1 onderwerp gaan. Aan de hand hiervan wordt een lijst met suggesties gemaakt van waar de gegevens over gaan en wat de essentie is van de tekst. Het doel hierbij is om patronen in de tekst zichtbaar te maken (Verhoeven, 2020).

Coderen

De tweede stap is het coderen. Per fragment wordt het sleutelbegrip benoemt. Welk woord omschrijft het tekstfragment het best: je codeert het. De code wordt geplaatst aan de kantlijn. Het resultaat van deze stap is een lijst van codes (Verhoeven, 2020).

Thematiseren

Bij stap drie vindt het thematiseren plaats. Thematiseren wordt gedaan door codes te groeperen. De codes worden in groepen geplaatst die qua onderwerp bij elkaar horen (Verhoeven, 2020).

Reviseren en verfijnen

In deze stap zijn de thema's van stap 3 het uitgangspunt. Het doel is om na te gaan of de thema's een goede afspiegeling zijn van het materiaal. Er wordt bekeken of dit de juiste thema's zijn bij de betreffende codes. De codes moeten binnen de thema's voldoende samenhang hebben en tussen de thema's voldoende onderscheid (Verhoeven, 2020).

Vaststellen en structureren

Deze stap is een logisch vervolg van de vorige stap. Je zoekt hier naar verbanden tussen en binnen thema's, naar combinaties of associaties. Er worden hoofdgroepen en subgroepen gemaakt, hierbij wordt gekeken naar de betekenis van de thema's en codes in relatie tot elkaar. In deze stap stel je de thema's definitief vast (Verhoeven, 2020).

Presenteren

Dit is de laatste stap. De gevonden structuur in de gegevens en onderlinge relaties tussen begrippen worden bloot gelegd en hierbij wordt de vraag beantwoord waarom bepaalde begrippen en volgordes van begrippen zijn aangetroffen. Dit wordt gedaan in een samenvatting (Verhoeven, 2020).

2.4 Deelvraag 3

Welke veranderingen zijn waarneembaar in beeldend werk gemaakt volgens de Florence Cane methode, op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme, binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Om deze deelvraag te beantwoorden werd er gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Het ETC observatiemodel wordt gebruikt om observaties te noteren. Het observatiemodel is te vinden in hoofdstuk 10 van het boek "Expressive Therapies continuüm: A Framework for Using Art in Therapy", geschreven door Hinz (2009). De onderbouwing en het observatiemodel staan beschreven in bijlage 7.

Operationalisatie

Het observatiemodel werd tijdens de eerste en tijdens de laatste sessie toegepast. Bij deze sessies heeft de therapeut-onderzoeker gekozen voor het onderwerp, het materiaal en is er samen gekozen voor de grootte van het papier. Er wordt geobserveerd in hoeverre cliënt x in beweging komt,

intensiteit van materiaalhantering en hoeveel ruimte hij inneemt op papier. Daarnaast wordt er door de onderzoeker geobserveerd in welke component van het ETC cliënt x zich uit.

Hieronder staan een aantal belangrijke items die in het observatiemodel staan. Hieronder vallen: voorkeur materiaal, interactie met het medium, stilistische en expressieve elementen van het eindproduct en verbale communicatie. Daarbij komen een aantal andere items aanbod die hieronder vallen die worden onderbouwt in bijlage 8.

Voorkeur materiaal

- Risico nemen

Cliënt x gebruikt veelal hetzelfde materiaal en bevindt zich vaak op de cognitieve/symbolische laag van het ETC. Hij wordt uitgedaagd door in dit onderzoek te werken op de kinesthetische component, om te experimenteren, te spelen en hierdoor in beweging te komen. Daarin is het voor hem een uitdaging om veel materiaal te gebruiken en ruimte in te nemen.

Interactie met het medium

- Ruimte innemen
- Energie niveau

Doordat er groot papier wordt gebruikt, wordt de cliënt uitgedaagd om meer ruimte in te nemen. De verwachting is dat cliënt x eerst klein gaat werken, de therapeut-onderzoeker gaat hem uitdagen om meer in beweging te komen en meer ruimte in te nemen. Er wordt verwacht dat het energie niveau laag zal zijn. De cliënt moet gemotiveerd worden om zichzelf actief op te stellen.

Stilistische en expressieve elementen van het eindproduct

- Ontwikkelingsniveau
- Lijn en vorm kwaliteit
- Ruimte gebruik
- Kleurgebruik
- Inhoud en symboliek
- Organisatorische functies

Er wordt verwacht dat de cliënt veel op de cognitieve, symbolische en perceptuele laag gaat werken. Echter dagen de sessies hem uit om in de onderste laag te gaan werken. De verwachting is dat lijn en vorm meer verdwijnt na een aantal sessies, en er meer plaats is voor de kinesthetische en sensorische laag. Qua ruimte gebruik wordt er verwacht dat de cliënt zichzelf meer gaat uitdagen om meer ruimte in te nemen. De verwachting van het kleurgebruik is dat de cliënt veelal donkere kleuren gaat gebruiken. Er zal veel symboliek te vinden zijn in de werken van de cliënt, maar de sessies zullen hem vragen om meer los te laten en meer in beweging te komen. De verwachting is dat de cliënt meer richting de onderste lagen van het ETC gaat bewegen, waarbij het om het proces gaat en niet het eindresultaat.

Verbale Communicatie

- Kwaliteit van verbale opmerkingen
- Snelheid en volume spraak

Er wordt verwacht dat de cliënt meer in zal gaan op de ervaring binnen het beeldend werken en het proces, dan het eindresultaat. Daarbij wordt er verwacht dat de cliënt zich meer durft te uiten via verbale communicatie.

Uitgebreide toelichtingen van de items staan in bijlage 8.

Participanten

De participant is de onderzoeker zelf. De therapeut-onderzoeker (ook uitvoerder van de interventie) zal bij sessie 1 en sessie 6 het observatiemodel invullen.

Dataverzameling

De data wordt op twee momenten tijdens het onderzoek verzameld. De onderzoeker zal het observatiemodel bij de eerste en laatste sessie invullen. Zo kan er worden vergeleken of er verandering heeft plaatsgevonden op de verschillende lagen van het ETC. Daaruit kan worden geobserveerd of de cliënt zich meer is gaan richten op het proces dan het eindresultaat van de sessies. Er wordt op alle componenten geobserveerd, omdat cliënt x veelal werkt in de bovenste componenten. Door alle componenten te gebruiken kan er geobserveerd worden of de cliënt ook richting de onderste componenten durft te bewegen.

Data-analyse

Met het ETC observatiemodel is het ETC observatiemodel tijdens de eerste en laatste sessie ingevuld. Hiermee kan in kaart gebracht worden in hoeverre verandering te zien is in het gedrag van cliënt x, en of er verandering heeft plaats gevonden tussen de twee sessies. Interpretatie van deze resultaten wordt uitgevoerd met uitleg en onderbouwing over wat verschillende uitkomsten kunnen betekenen (hoofdstuk 10, Hinz, 2009; zie verder In bijlage 8).

Daarnaast wordt visueel weergegeven of er verandering heeft plaats gevonden door de beeldende werkstukken van sessie 1 en 6 te vergelijken, op de componenten van het ETC. Door deze te vergelijken kan er worden geobserveerd of cliënt x van de bovenste laag zich durft te bewegen naar de onderste laag, om meer in beweging te komen op de kinesthetische component en sensorische component. Er is daarbij geobserveerd of de cliënt meer in beweging komt zonder zich vast te houden aan realistische vormgeving.

2.5 Interventie

De beeldende therapiesessies hebben 6 keer, 1 keer per week individueel plaats gevonden. Een sessie duurt 60 minuten en worden geleid door de therapeut onderzoeker. Elke sessie zal in het teken staan van de Florence Cane Methode. Er wordt elke sessie gewerkt op een papier van 1.57 x 1 meter om de cliënt uit te dagen in beweging te komen en alle ruimte in te nemen. Elke sessie wordt er gebruik gemaakt van ander materiaal. Zodat de cliënt niet blijft vasthouden aan bepaald materiaal, maar kan blijven experimenteren. De cliënt werkt staand, zodat hij met zijn hele lichaam in beweging kan komen. Het papier wordt daarom aan de muur bevestigd. De bewegingen die de cliënt mag maken zijn vrij, de therapeut-onderzoeker stuurt in snelheid en daagt de cliënt uit om meer in beweging te komen: snelle of trage bewegingen, kleine of grote bewegingen. Vervolgens wordt er afgesloten met een nabespreking waarin de therapeut-onderzoeker de cliënt vraagt hoe hij de beeldende werkvorm heeft ervaren, wat hij terugziet in zijn werk, of hij grote of kleine bewegingen heeft gemaakt etc. Aan de hand van deze open vragen wordt een parallel gelegd met gedrag in het dagelijks leven om inzicht en bewustwording te creëren.

De cliënt krijgt een dummy van de therapeut-onderzoeker. Deze neemt de cliënt mee naar de woongroep, zodat hij elke dag een scribble kan maken als huiswerk. Elke sessie neemt hij de dummy mee, zodat de onderzoeker kan controleren of de cliënt een scribble heeft gemaakt. Dit wordt elke week herhaalt, zodat de cliënt doordeweeks in beweging blijft.

De houding van de therapeut-onderzoeker tijdens de sessie is een orthopedagogische werkwijze, waarbij de cliënt wordt ondersteund en gemotiveerd. Bij deze werkwijze horen doelstellingen als: het

verbeteren van de waarneming, vasthouden van aandacht, vergroten van de concentratieboog en het opheffen van passiviteit. De therapeut-onderzoeker is bij deze activiteiten directief en de actieve werkvormen in meerdere of mindere mate gestructureerd (Smeijsters, 2008). Daarbij ondersteunt de therapeut-onderzoeker door zelf mee te doen op een eigen vel. Ook laat de therapeut-onderzoeker de cliënt nieuwe ervaringen opdoen, door tijdens de werkvorm te benoemen: probeer eens sneller over het vel heen te gaan, probeer rustiger over het vel te gaan, probeer eens grotere bewegingen of kleinere bewegingen te maken.

2.6 Ethische overwegingen

De cliënt deed vrijwillig mee aan het onderzoek. In verband met de privacy van de cliënt wordt de cliënt in dit onderzoek cliënt X genoemd. De participanten tekenden een toestemmingsverklaring om hun antwoorden vanuit de vragenlijsten anoniem te kunnen gebruiken in dit onderzoeksverslag. De therapeut-onderzoeker zelf heeft een geheimhoudingsformulier ingevuld, waarin zij ondertekent geen privé gegevens aan derden te verstrekken. Het onderzoek werd door de therapeut-onderzoeker opgeslagen op een usb-stick, hier kan alleen de therapeut-onderzoeker bij. De documenten werden verwijderd nadat het onderzoek was afgerond en beoordeeld met een voldoende. Het onderzoek zal bewaard worden tot juni 2023, en daarna worden verwijderd. Tenzij de onderzoeker het onderzoek moet aanpassen of herkansen, dan zal de datum worden verlengt.

De onderzoeker in dit onderzoek was tevens de (student) beeldend therapeut die de interventies heeft uitgevoerd.

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Resultaten deelvraag 1

In welke mate is er na de Florence Cane methode resultaat waarneembaar op het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?

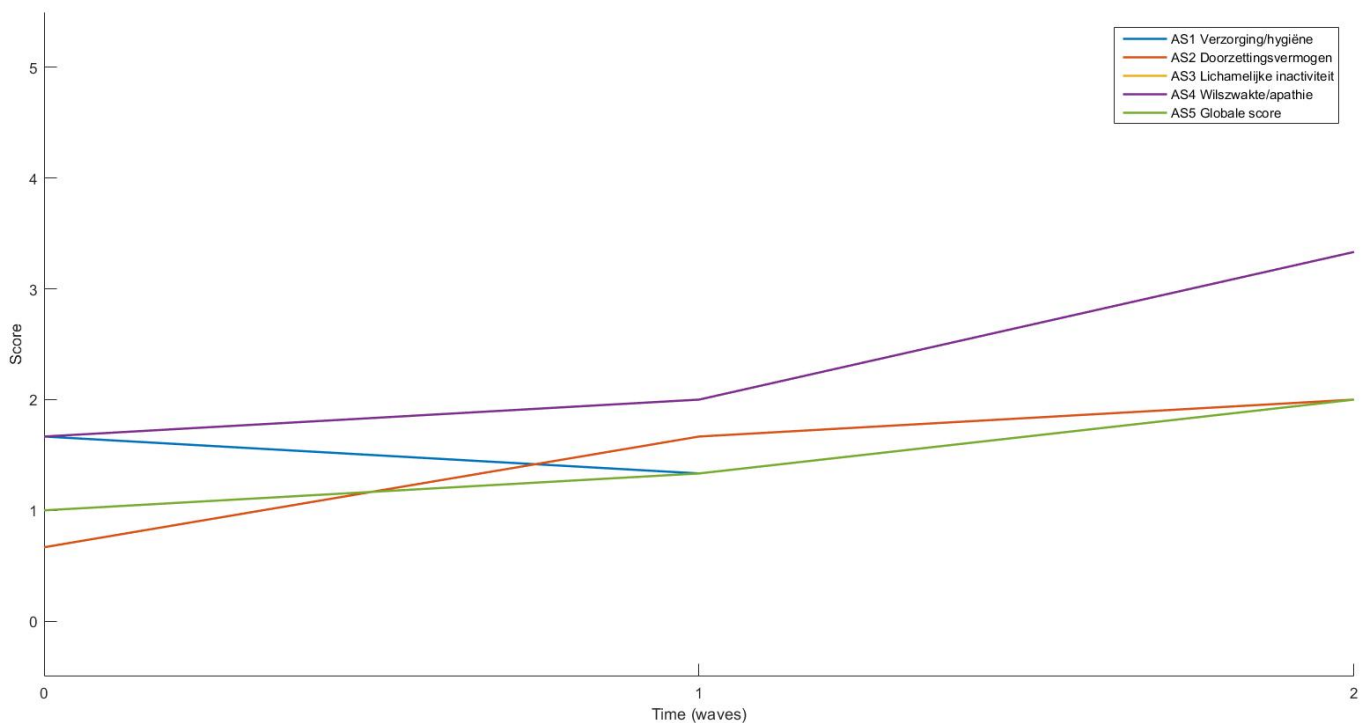
De resultaten van scores in de subschaal apathie van de SANS door de persoonlijk begeleider, hoofdbehandelaar en beeldende therapeut worden hier weergegeven.

De eerste grafiek geeft een overzicht van alle stellingen, waarbij de antwoorden van de participanten zijn samengevoegd. In de tweede grafiek zijn alle items en scores samengevoegd, waardoor in één lijn zichtbaar wordt of er verandering heeft plaatsgevonden.

AS staat voor Apathie sub schaal. De cijfers erachter staan voor de stellingen.

Figuur 1

Antwoorden SANS – apathy subscale alle participanten en stellingen per meetmoment.

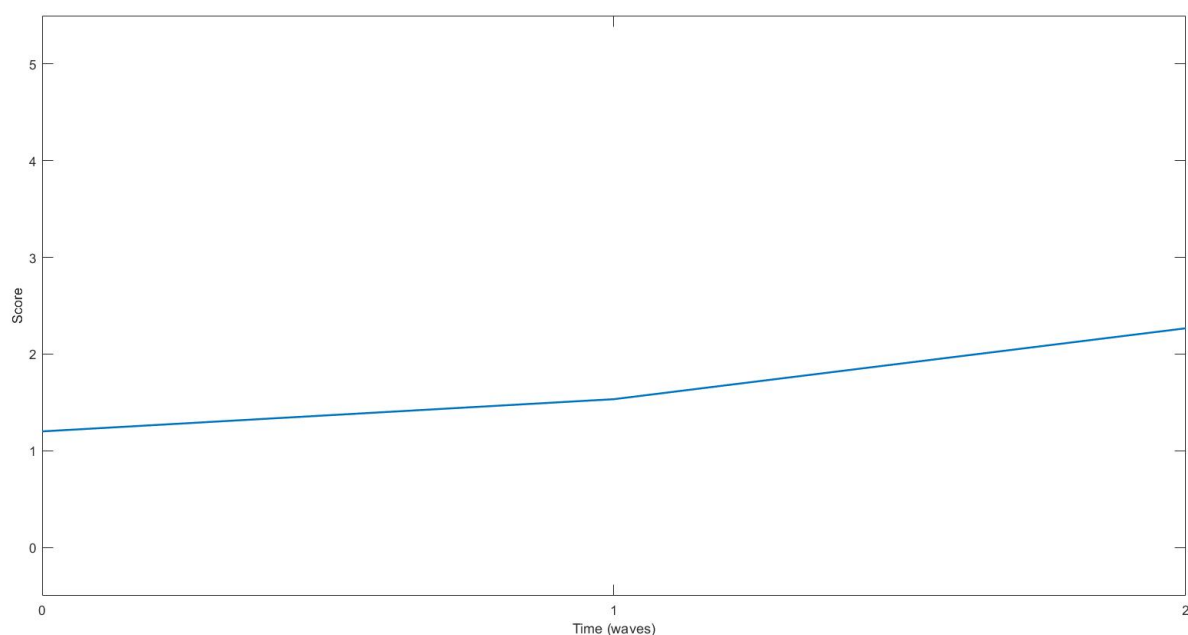


Noot: Antwoorden van antwoordopties 0-5 van de SANS – apathy subscale, weergegeven per stelling en per meetmoment van alle participanten

Figuur 1 toont dat alle items zijn toegenomen tussen meetmoment 0 en 2 op 1 na. Tussen meetmoment 0 en meetmoment 1 is een daling te zien bij verzorging en hygiëne, die tussen meetmoment 1 en 2 weer toeneemt. De lijn van lichamelijke inactiviteit ligt verscholen achter de lijn van de globale score. De antwoorden van de participanten zijn samengevoegd per item.

Figuur 2

Antwoorden SANS – apathy subscale, alle participanten en stellingen samengevoegd.



Noot: Antwoorden van antwoordopties 0-5 van de SANS – apathy subscale, weergegeven in één lijn door de antwoorden van alle participanten en stellingen samen te voegen.

Figuur 2 toont het gemiddelde van alle resultaten uit figuur 1. Hier is een toename te zien per meetmoment.

Beschrijvende statistieken

In tabel 1 zijn de gemiddeldes per meetmoment en per stelling berekend. Onderaan de tabel is zichtbaar wat de gemiddelde uitkomst is over alle stellingen per meetmoment. Rechts van de tabel staan 3 rijen met GLI M0, GLI M1, GLI M2. Hier wordt getoond hoe betrouwbaar de antwoorden zijn van de participanten.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken en intercodeerbetrouwbaarheid van de apathie sub schaal bij cliënt X

	Gemiddelde M0	Gemiddelde M1	Gemiddelde M2	GLI M0	GLI M1	GLI M2
AS1 Verzorging/hygiëne (0-5)	1,67	1,33	2	0,87	0,87	0,73
AS2 Doorzettingsvermogen (0-5)	0,67	1,67	2	0,87	0,87	0,73
AS3 Lichamelijke inactiviteit (0-5)	1	1,33	2	0,73	0,87	0,73
AS4 Wilszwakte/apathie (0-5)	1,67	2	3,33	0,87	0,73	0,73
AS5 Globale score (0-5)	1	1,33	2	1	0,87	0,73
Gemiddeld	1,2	1,53	2,27	0,87	0,84	0,73

Wanneer de GLI > 0,70 wordt er gesproken van voldoende overeenstemming tussen de participanten, om een analyse uit te voeren die betrouwbaar is. Deze zijn in het groen weergegeven. In dit geval is te zien dat op alle meetmomenten de GLI hoger dan 0,70 is, wat betekent dat de analyse betrouwbaar is.

Vergelijking tussen verschillende meetmomenten

Bij alle stellingen is er berekend of er verschil is tussen 2 meetmomenten en hoe groot het effect is.

Tabel 2 Vergelijking van de voor, tussen en nameting van de apathie sub schaal op basis van NAP en Cohens'd

	Meting tussen M0 en M1			Meting tussen M1 en M2			Meting tussen M0 en M2		
	NAP	Cohens'd	Effect	NAP	Cohens'd	Effect	NAP	Cohens'd	Effect
AS1 Verzorging/hygiëne	0,33	-0,58	Achteruitgang	0,72	0,82	Groot	0,61	0,41	Klein
AS2 Doorzettingsvermogen	0,89	1,73	Zeër groot	0,61	0,41	Klein	0,89	1,63	Zeër groot
AS3 Lichamelijke inactiviteit	0,61	0,82	Groot	0,72	0,82	Groot	0,78	1	Groot
AS4 Wilszwakte/apathie	0,61	0,41	Klein	0,83	1,23	Zeër groot	0,89	1,83	Zeër groot
AS5 Globale score	0,67	0,82	Groot	0,72	0,82	Groot	0,83	1,41	Zeër groot
Gemiddeld	0,61	0,51	Matig	0,71	0,85	Groot	0,78	1,22	Zeër groot

Tabel 2 toont het effect tussen 2 meetmomenten. Wanneer er achteruitgang is berekend wordt dit aangegeven met rood, oranje staat voor een kleine vooruitgang en groen staat voor een matige tot zeer grote vooruitgang en is positief.

3.2 Resultaten deelvraag 2

Welke veranderingen zijn er waargenomen na de Florence Cane methode op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?

Om kwalitatief antwoord te krijgen op deelvraag 2 zijn er bij de hoofdbehandelaar, persoonlijk begeleider en beeldend therapeut, interviews afgenomen.

In de bijlagen zijn de uitgeschreven interviews te vinden. Met daarbij een tabel met de belangrijkste uitspraken van de participanten, verdeeld per item van de apathie sub schaal.

1. Verzorging en hygiëne

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar merkt op dat er aandacht werd besteed aan de hygiëne van de cliënt. Een chauffeur van de transfer bus waarin de cliënt in vervoert werd, had geklaagd over zijn geur. Zij geeft aan dat de cliënt dit vervelend vond, en hierna bewuster bezig is geweest met zijn verzorging en hygiëne.

Beeldend therapeut van Lentis

De beeldend therapeut van Lentis geeft aan dat de cliënt een luie jongen is. Zijn hygiëne is aan de matige kant, hij wast zich alleen als dat nodig is. Daarnaast geeft de beeldend therapeut aan dat hij hierin aangestuurd moet worden om tot actie te komen. Dan lukt het de cliënt wel.

Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider geeft aan dat de cliënt over het algemeen zich slecht verzorgt. Hij heeft veel aansporing nodig om te douchen, uiteindelijk doet hij het, maar niet uit eigen initiatief. Daarnaast geeft zij aan dat hij vaak vieze kleding draagt, onverzorgd haar heeft en minimale mondverzorging. Dit is in de periode van het onderzoek volgens de persoonlijk begeleider niet verbeterd.

2. Doorzettingsvermogen

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar geeft aan dat de cliënt doorzettingsvermogen en competitiviteit vertoont. Hij is bereid zich in te zetten, omdat hij gemotiveerd is door zijn interesse, zoals beeldende therapie. Daarbij geeft zij aan, dat het doorzettingsvermogen afneemt als de activiteit niet in zijn belevingswereld past.

Beeldend therapeut van Lentis

De beeldend therapeut geeft aan, dat hij in eerste instantie het doorzettingsvermogen van de cliënt laag vindt. Zijn motivatie is, dat hij iets doet omdat het moet. Bij alles wat hij doet kijkt hij naar het eigen belang.

Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider geeft aan dat de cliënt weinig doorzettingsvermogen heeft, en dat hij constant moet worden aangespoord om dingen te ondernemen. Hij kan enthousiast beginnen met iets, maar kan geen nieuwe gewoonten vasthouden. Daarnaast geeft zij aan dat zij geen merkbare verandering heeft waargenomen in zijn doorzettingsvermogen tijdens het onderzoek.

3. Lichamelijke inactiviteit

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar geeft aan, dat de cliënt overgewicht heeft en daardoor fysieke belemmeringen ervaart tijdens activiteiten. Zij suggereert dat er mogelijk emotionele of traumatische oorzaken kunnen zijn voor zijn overgewicht en eetgedrag. Er is volgens haar geen significante verandering in lichamelijke activiteit waargenomen tijdens de metingen.

Beeldend therapeut van Lentis

De beeldend therapeut geeft aan, dat de cliënt ertoe neigt lichamenlijk inactief te zijn. Hij kan uren in een stoel zitten en onderneemt niets vanuit zichzelf. Voorheen kwam de cliënt zijn afspraken soms niet na, dat is sinds een jaar wel verbeterd. Hij komt nu wel zijn afspraken na, dus lichamenlijke inactiviteit is volgens de beeldend therapeut gering geworden.

Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider geeft aan, dat de cliënt over het algemeen inactief is en vaak op bed ligt. Hij moet worden aangespoord om uit bed te komen en neemt vaak de transferbus in plaats van te lopen. Zij geeft aan dat sinds dit jaar er verbetering is in zijn deelname aan activiteiten, maar hij blijft inactief. Hij moet constant geactiveerd worden.

4. Wilszwakte en apathie

Hoofdbehandelaar

Volgens de hoofdbehandelaar lijkt er verbetering te zijn in het gedrag van de cliënt, met betrekking tot wilszwakte en apathie. Zij geeft aan dat hij meer betrokkenheid toont en plezier heeft in de beeldende activiteiten. Het lijkt erop dat de cliënt meer tevreden is met zijn huidige situatie, doordat hij zich minder druk hoeft te maken of hij naar een andere setting moet.

Beeldend therapeut van Lentis

De beeldend therapeut geeft aan, dat hij bep. dingen vaak niet begrijpt en niet weet hoe hij iets moet aanpakken. Het niveau van concentratie is slecht, daardoor lijkt hij weinig mee te krijgen. Hij is ongeduldig en lui, je moet hem constant motiveren. Daarnaast denkt de beeldend therapeut dat gebruik van drugs en alcohol misschien invloed op hem hebben.

Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider geeft aan, dat de cliënt weinig energie en motivatie heeft. Zij benoemt dit als chronisch moe. Daarnaast geeft zij aan dat hij slecht te motiveren is en dat hij alleen moeite doet als het hem direct iets oplevert. Hij heeft geen toekomstperspectief en beschouwt zichzelf als een gepensioneerde.

5. Globale score

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar geeft aan, dat beeldende therapie heeft geholpen bij het opbouwen van een vertrouwensband tussen de cliënt en hoofdbehandelaar. Zij benoemt dat de cliënt meer toegankelijk, ontspannen is en meer bereid is om contact te maken. Daarnaast benoemt ze dat individuele aandacht en activiteiten die in zijn belevingswereld passen, hebben geholpen om de cliënt te motiveren en hem uit te dagen. Er lijkt sprake te zijn van een verbetering in sociaal contact en vertrouwen.

Beeldend therapeut van Lentis

De beeldend therapeut geeft aan, dat hij de globale score eerst laag had ingezet en later matig. Hij heeft vertrouwen in de behandeling opgebouwd en heeft een vertrouwensband gecreëerd, wat de cliënt gemotiveerder heeft gemaakt.

Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider geeft aan, de cliënt niet hoog gescoord te hebben op alle items van de topics. Ze hoopte op meer voortuitgang en verbetering in zijn gedrag, maar merkte dat verandering langzaam gaat en constante herhaling vereist. Ondanks de uitdagingen heeft de cliënt in de loop der tijd wel vooruitgang geboekt, vooral in vergelijking met vorige instellingen. Ze hoopt op verdere verbetering in de toekomst.

6. Andere veranderingen in het gedrag

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar benadrukt het belang van persoonlijke aandacht en individuele benadering voor cliënten met langdurige psychiatrische problemen. Ze suggereert dat herhaling van activiteiten en het aanbieden van kansen voor succeservaringen essentieel zijn voor deze groep mensen. Zij geeft aan dat zij beeldende therapie ziet als een waardevol middel om dit te bereiken.

Beeldend therapeut van Lentis

De beeldend therapeut heeft geen andere veranderingen in het gedrag van de cliënt opgemerkt of iets anders opvallends waargenomen.

Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider heeft net als de beeldend therapeut geen andere veranderingen in het gedrag van de cliënt waargenomen.

3.3 Resultaten deelvraag 3

Welke veranderingen zijn waarneembaar in beeldend werk gemaakt volgens de Florence Cane methode, op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme, binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Volgens de resultaten zoals ingevuld in het ETC observatie model (zie bijlage 7) zijn de belangrijkste uitkomsten van sessie 1 in vergelijking met sessie 6 hieronder weergegeven.

Voorkeur materiaal

Het materiaal is in elke sessie gekozen door de onderzoeker. De cliënt leek in de laatste sessie wel meer voorkeur te hebben voor olieverf dan de eerste sessie met oliekrijt. Cliënt x werkt vanuit zichzelf veel met vloeiend materiaal en hier ligt dan ook zijn voorkeur bij. De therapeut-onderzoeker heeft voor elke sessie gekozen om te werken met groot papier, minimaal 1m bij 1m. Cliënt leek het de eerste sessie moeilijk te vinden om gebruik te maken van het hele papier, dit lag buiten zijn comfortzone. In de laatste sessie heeft hij het hele papier kunnen vullen en heeft hij zichzelf dus uitgedaagd (risico genomen). Door in beweging te komen is cliënt x uit zijn comfortzone gestapt en heeft dus meer risico durven nemen.

Interactie met materiaal

De eerste sessie was er weinig interactie met het materiaal. De cliënt nam het niet heel serieus, werkte het snel af. Had weinig concentratie. Hij heeft niet het hele papier gebruikt. De laatste sessie was de cliënt langer bezig met het werk en geconcentreerder. Hij leek meer toegewijd te zijn aan zijn werk. De bewegingen gingen snel, maar hij was meer geconcentreerd en bleef langer in beweging dan de eerste sessie. Wat opvalt aan beide sessies is dat hij drie dezelfde kleuren gebruikt. Tijdens de eerste sessie blauw, geel en rood. Bij de laatste sessie ook blauw, geel en rood in andere tonen. Hij heeft beide sessies dezelfde primaire kleuren gebruikt.

Stilistische of expressieve elementen van het eindproduct

De eerste sessie heeft cliënt x vooral vanuit de bovenste lagen van het ETC gewerkt. Cognitief, symbolisch en perceptueel. Hier is de cliënt het meest mee bekend en hier ligt dan ook zijn voorkeur. Hij maakt vaak figuratieve beelden en wil dit zo realistisch mogelijk weergeven. De cliënt had al een idee en dit wilde hij uitvoeren, terwijl de opdracht was om op beweging te krassen. Het werk van de eerste sessie bestaat uit symbolische figuren. Het lijkt over religie te gaan. Perceptueel heeft hij gekeken waar hij figuren zou plaatsen en waar niet. Hij heeft gebruik gemaakt van de primaire kleuren, blauw, rood en geel. Verder zijn veel figuren leeg. In tegenstelling tot de laatste sessie waar het hele papier is gevuld. De laatste sessie heeft de cliënt gewerkt op de onderste laag van het ETC. De kinesthetische en sensorische laag. Hij heeft op beweging en met zijn handen gewerkt. Hierdoor leek hij de vormen meer los te kunnen laten. In alle sessies verschenen er vormen en lijnen behalve in deze sessie. Hij bewoog snel over het papier en was geconcentreerd aan het werk. De bewegingen die hij heeft gemaakt zijn goed zichtbaar. Hij heeft ronde vegen gemaakt, die zich lijken te volgen in een ronde vorm of spiraal. De inhoud gaat over bewegen er is geen symboliek en er zijn ook geen duidelijke vormen zichtbaar. Het valt op dat cliënt x dezelfde kleuren heeft gebruikt als in sessie één.

Verbale communicatie

In de verbale communicatie is de cliënt rustig en spreekt op een normale toon. Hij houdt van humor, serieuze gesprekken komen vaak niet op gang. Als de therapeut-onderzoeker vragen stelt over het beeldend werk reageert cliënt x kort. Wanneer er diepgaande vragen worden gesteld, antwoordt hij daar liever niet op. Cliënt x vraagt weinig vanuit zichzelf. Hij vraagt wel vaak hulp, want volgens hem

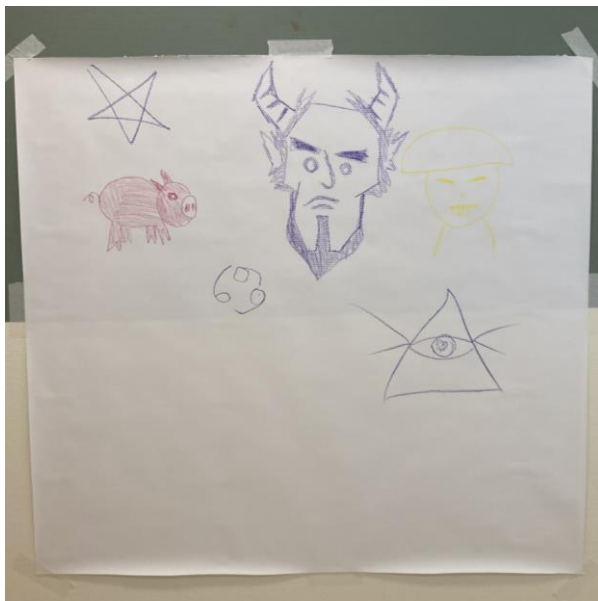
kan een ander het altijd beter. Bij sessie 6 zei hij “die van mij is mooier dan die van jou”, hij was trots op wat hij zelf gemaakt had. Verder valt het op dat hij vaak elke sessie hetzelfde vraagt: “ga je mee naar de supermarkt?”, “Wil je me even helpen want ik kan dit niet”, “Ga je mee naar de Mac?”, “Zullen we toeren?”. Hij wil graag samen dingen doen met anderen. De therapeut-onderzoeker heeft hem gevraagd hoe hij het vond om samen te werken en te helpen met het onderzoek, daarop antwoordde hij “ja, wel leuk hoor”.

Extra observaties

Het viel de therapeut-onderzoeker op dat naar verloop van de sessies de cliënt meer vrijheid, flexibiliteit en plezier in het beeldend werk liet zien. Daarnaast was hij trots op zijn eigen werken. De therapeut-onderzoeker zag meer zelfvertrouwen.

Hieronder zijn de werken van sessie 1 en sessie 6 te zien. Allebei op een andere laag van het ETC gemaakt. Het kleurgebruik van cliënt x is hetzelfde gebleven.

Sessie 1



Sessie 6



Hoofdstuk 4 Conclusie

4.1 Conclusie

In de praktijk viel het de onderzoeker op, dat veel psychiatrische cliënten vastlopen in het dagelijks leven en daardoor niet kunnen terugkeren in de maatschappij. Het motiveren van deze cliënten is moeilijk, omdat ze een langere tijd op het terrein verblijven. Velen hebben geen toekomstperspectief of een doel in het leven. Ze gaan door in hun dagelijkse ritme en vaste patronen die ze hebben ontwikkeld. Motivatie om activiteiten op te pakken of dingen te ondernemen is er niet of nauwelijks. Ook is er weinig motivatie om te werken aan doelen of terug te keren in de maatschappij. Dit hangt mede samen met apathie, een van de negatieve symptomen van schizofrenie. Uit onderzoek blijkt dat met beeldende therapie negatieve symptomen verminderen. Maar niet op welk negatief symptoom en welke interventie.

Het is gebleken dat beeldende therapie een klein effect heeft op de negatieve symptomen van schizofrenie. Er wordt aangegeven dat verder onderzoek hiernaar nodig is.

Er is onderzocht hoe beeldende therapie kan bijdragen aan activatie, initiatief nemen, dagelijkse bezigheden oppakken en meer vrijheid ervaren.

Naar aanleiding van deze probleemsituatie ontstond de hoofdvraag ; “In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij, aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?”.

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag worden eerst de resultaten van de deelvragen beantwoord.

Conclusie deelvraag 1: *In welke mate is er na de Florence Cane methode resultaat waarneembaar op het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?*

In de grafieken is af te lezen, dat alle participanten vooruitgang hebben waargenomen bij de cliënt op alle items van de apathie subschaal, tussen het eerste en laatste meetmoment van het onderzoek. De grafiek is gestegen. Daarmee geeft het systeem aan, dat ze vermindering van apathie en wilszwakte hebben waargenomen. Er kan dus geconcludeerd worden dat apathie en wilszwakte volgens het systeem significant is verminderd.

Conclusie deelvraag 2: *Welke veranderingen zijn er waargenomen na de Florence Cane methode op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting, volgens zijn omgeving?*

Volgens de hoofdbehandelaar heeft de behandeling bijgedragen aan beter sociaal contact en een vertrouwensband met de cliënt. De beeldend therapeut van Lentis geeft aan, dat de cliënt vertrouwen heeft gecreëerd in de therapieën en dat hij daarom steeds gemotiveerder is. De persoonlijk begeleider had gehoopt op meer verbetering en vooruitgang, zij geeft aan geen verandering in het gedrag te hebben waargenomen tijdens het onderzoek. Alle 3 de participanten geven daarnaast aan, dat de cliënt sinds dit jaar meer activiteiten oppakt en zelfstandig overal naar toe gaat. De 3 participanten geven aan dat zij niet weten in hoeverre het onderzoek hieraan heeft bijgedragen. Ook geven alle 3 de participanten aan, dat de cliënt constant gemotiveerd moet blijven worden.

Conclusie deelvraag 3: *Welke veranderingen zijn waarneembaar in beeldend werk gemaakt volgens de Florence Cane methode, op het negatieve symptoom apathie bij cliënt X met schizofrenie en autisme, binnen een langdurige rehabilitatie setting?*

Er zijn een aantal veranderingen waargenomen in het beeldend werk van de cliënt. De cliënt is na een aantal sessies meer ruimte in gaan nemen op het papier. Bij de eerste sessie volgde hij niet de instructies op van de therapeut-onderzoeker. De cliënt heeft kunnen bewegen van de bovenste componenten van het ETC naar de onderste componenten van het ETC.

De eerste sessie van de interventie werkte hij niet vanuit de beweging, maar vanuit wat binnenin hem speelde. Dit gaf hij weer vanuit de cognitieve en symbolische component van het ETC. Daarentegen heeft hij de volgende sessies de werkvormen wel uitgevoerd op beweging. Hij bevond zich hierbij op de kinesthetische en sensorische component van het ETC. Hij is meer op beweging gaan werken naarmate de sessies vorderden.

In de verbale communicatie liet hij merken dat hij trots was op zijn werken. Voordat hij de Florence Cane Methode kreeg aangeboden en werkte in het atelier, vond hij het werk van anderen altijd “beter en mooier” dan zijn eigen werk. Hij gaf dan vaak aan “ik kan dit niet, wil je mij helpen want jij kunt dit veel beter”. Nu kon hij na een aantal sessies aangeven dat hij trots was op zijn werk door te zeggen “ik vind die van mij mooier”. Hij kon trots zijn op zijn eigen werk, wat zorgde voor versterking van het zelfvertrouwen.

Conclusie hoofdvraag: *In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij, aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?*

Er kan geconcludeerd worden dat er weinig tot geen verandering heeft plaatsgevonden in het verminderen van apathie bij een cliënt met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting.

Vanuit de resultaten van deelvraag 1 is te zien dat er vermindering van apathie plaats heeft gevonden bij de cliënt door stijging van de grafiek. De participanten geven aan dat sinds dit jaar ook te hebben gezien. Zij geven in het interview aan dat hij actiever is geworden in het ondernemen van activiteiten. Daarnaast geeft de hoofdbehandelaar aan dat het sociale contact tussen de cliënt en haar is versterkt tijdens het onderzoek. Vanuit het medium is te zien dat de cliënt wel meer in beweging is gekomen en meer ruimte durft in te nemen. Hij is uit zijn comfortzone gestapt en durfde zich te bewegen richting de onderste lagen van het ETC. Dit leek te zorgen voor meer vrijheid, flexibiliteit en plezier in het beeldend werk. Daarnaast heeft hij trots kunnen zijn op zijn eigen werken. Wat hij voorheen nooit was. Dit heeft bijgedragen aan versterking van het zelfvertrouwen.

4.2 Discussie

Sterke kanten van het onderzoek

Het is duidelijk geworden dat het meer in beweging komen en groter werken heeft bijgedragen aan positieve resultaten voor de cliënt met schizofrenie en apathie tijdens de beeldende therapie.

Het belang van het onderzoek was om in kaart te brengen in hoeverre een cliënt met schizofrenie en het negatieve symptoom apathie baat heeft bij in beweging komen met beeldende therapie. De cliënt is binnen beeldende therapie en door constante activatie wel in beweging gekomen.

Verandering waargenomen in resultaten van de interventie, maar geen verandering waargenomen bij de participanten tijdens het onderzoek.

In de resultaten van de interventie is er verandering waargenomen in het verminderen van apathie. Tegelijkertijd is er geen verandering waargenomen bij de participanten tijdens de interventie. Het kan zijn dat de cliënt meer in beweging kwam doordat de therapeut-onderzoeker werkvormen aanbood op beweging en daarbij de cliënt motiveerde. Uit de resultaten is gebleken dat de cliënt constant geactiveerd moet worden. Het zou kunnen zijn dat de cliënt dus gemotiveerd is tijdens de sessie door de activatie van de therapeut-onderzoeker, maar dat hij zelf dit niet uitstraalt in het dagelijks leven.

Als de cliënt bezig is in het medium moet hij geactiveerd worden. Elke sessie opnieuw moest hij gemotiveerd worden om in actie te komen. Als hij eenmaal bezig is blijft hij actief. Na een sessie ging hij vaak bij de activiteiten therapie nog actief bezig. Alle participanten geven ook aan dat hij constante motivatie nodig heeft om in beweging te komen, vanuit zichzelf doet hij dit niet.

Langdurige rehabilitatie

Omdat de cliënt zich bevindt op de langdurige rehabilitatie en hier al een tijd woont kun je spreken van hospitalisatie. De Amerikaanse onderzoeker Erving Goffman analyseerde in zijn boek "Asylums" de invloed die instituten, zoals gevangenissen, kloosters, ziekenhuizen, kostscholen, kazernes en psychiatrische instellingen, hebben op het individu. Erving Goffman maakt vooral duidelijk, dat het hospitalisatie-syndroom ontstaat wanneer mensen langdurig in grote instellingen verblijven (Goffman, 1962). De cliënt geeft ook aan dat hij al met pensioen is, dat hij geen toekomst perspectief heeft, en dat hij het prima vindt zoals het nu gaat. Daardoor kan het zijn dat de cliënt minder gemotiveerd is om bepaald gedrag te veranderen of aan te pakken. Veranderingen worden afgewezen; alles wat nieuw is zal als een bedreiging worden gevoeld (Goffman, 1962).

Interview

De therapeut-onderzoeker had met de interviews meer kunnen doorvragen aan de participanten. De interviewer had meer gebruik kunnen maken van gesprekstechnieken (Verhoeven, 2022). Daarbij had de therapeut-onderzoeker dieper in kunnen gaan op de vraag, waarom de grafiek wel was gestegen, maar de participanten aangaven (in het interview) weinig verandering te hebben gezien in apathie tijdens het onderzoek. Dit kan een momentopname zijn. Er kunnen ook andere factoren van invloed zijn geweest, zoals bijvoorbeeld de buschauffeur die aangaf dat de cliënt slechte hygiëne heeft.

Cliëntparticipatie

Cliëntenparticipatie betekent dat cliënten een actieve rol hebben in activiteiten of beslissingen in het onderzoeks- of ontwikkelingsproces. Er zijn meerdere redenen waarom cliëntenparticipatie belangrijk is. Ten eerste verbeterd het de kwaliteit en relevantie van het onderzoek (Moser & von Helden-Lenzen, 2019). Ten tweede hebben cliënten als belangrijke, maar soms vergeten belanghebbenden, het recht op invloed en (mede)zeggenschap in projecten die hun betreffen. Ten derde vergroot het de

betrokkenheid van cliënten en sterkt het hen in hun gevoel van gelijkwaardigheid (Moser & von Helden-Lenzen, 2019).

De cliënt is in dit onderzoek niet meegenomen. Daar is voor gekozen omdat dit bij de cliënt kan zorgen voor spanning en overvraging. Maar daardoor is het niet duidelijk of de cliënt zelf verandering heeft waargenomen tijdens het onderzoek.

Therapeut-onderzoeker

De onderzoeker in dit onderzoek is tevens de therapeut die de interventie heeft uitgevoerd. Doordat de onderzoeker zelf ook de interventie uitvoert kan het zijn dat hij/zij al bepaalde verwachtingen heeft van het onderzoek. Dit wordt bevestigingsbias genoemd. Bevestigingsbias of bevestigingsvooroordeel is de neiging om informatie te zoeken en te selecteren die onze bestaande overtuigingen ondersteunt. Tegelijkertijd zijn we geneigd informatie die deze overtuigingen tegensprekt te negeren (Nikolopoulou, 2023). Het kan zijn dat de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek hierdoor minder is.

4.3 Aanbevelingen

Vanuit dit onderzoek is niet duidelijk geworden in hoeverre de beeldende interventie heeft bijgedragen aan het verminderen van apathie bij een cliënt met schizofrenie en autisme in de langdurige rehabilitatie. Uit de resultaten is te zien dat apathie verminderd is tijdens beeldende therapie. De participanten geven ook aan dat er sinds dit jaar vermindering van apathie is gezien in het dagelijks leven. Het is alleen niet duidelijk in hoeverre het onderzoek hieraan heeft bijgedragen. Daarom is het van belang dat hier meer onderzoek naar wordt gedaan.

Er wordt aanbevolen om de cliënt een volgende keer mee te nemen in het onderzoek. De cliënt wordt er dan bij betrokken en dit kan zorgen voor meer inzicht en bewustwording van het eigen gedrag. Daarnaast kan de cliënt aangeven of de interventies bijdragen aan vermindering van apathie en zorgen voor meer activatie of niet.

Wanneer dit onderzoek bij meerdere cliënten wordt uitgevoerd kan inzicht verkregen worden in hoeverre de interventie kan bijdragen aan activering.

Uit verschillende resultaten en uit de antwoorden van participanten is het duidelijk dat constante motivatie nodig is. De cliënt heeft motivatie nodig om geactiveerd te worden. Daarom wordt er aanbevolen om de werkvormen op beweging twee keer in de week aan te bieden voor een half jaar. Cliënten in de langdurige rehabilitatie laten blijven bewegen om stabiliteit te behouden en verdere passiviteit, hospitalisatie en apathie te verminderen of tegen te gaan.

De laatste aanbeveling zou zijn om een beeldend therapeut de sessies te laten uitvoeren die niet tegelijkertijd de onderzoeker is. Hiermee wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

5. Literatuurlijst

Moser, A., & von Helden-Lenzen, S. (2019). Cliënten- en burgerparticipatie in onderzoek binnen EIZT Wat? Waarom? Hoe? Zuyd Hogeschool: Heerlen.

Andreasen, NC (1982) Negatieve symptomen bij schizofrenie: definitie en betrouwbaarheid . Archief Algemene Psychiatrie , 39 , 784 – 788 . Geraadpleegd op 29-03-2023.

Andreasen , NC (1983) De schaal voor de beoordeling van negatieve symptomen (SANS) . Iowa City, Iowa : De Universiteit van Iowa . Geraadpleegd op 29-03-2023.

Andreasen , NC (1984) De schaal voor de beoordeling van positieve symptomen (SAPS) . Iowa City, Iowa : De Universiteit van Iowa . Geraadpleegd op 29-03-2023.

Bortolon, C., Macgregor, A., Capdevielle, D., & Raffard, S. (2017). Apathy in schizophrenia: A review of neuropsychological and neuroanatomical studies. *Neuropsychologia*, 118, 22–33. Geraadpleegd op 24-02-2023, van <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.09.033>

Cane, F. (1951). *The artist in each of us, art therapy publications*. Washington DC: Craftsby Common.

Cultureel Woordenboek. (z.d.). *Cultureel Woordenboek. Online woordenboek met ruim 9.500 woorden en begrippen!* . Geraadpleegd op 6 januari 2023, van <https://www.cultureelwoordenboek.nl/levenswetenschappen/hospitalisatie/>

Dingemanse, K. (2021, oktober 26). *Observatie als onderzoeksmethode in je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 3 april 2023, van: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observaties/>

Federatie Medisch Specialisten. (2012). *Effect beeldende therapie bij schizofrenie*. Richtlijndatabase. Geraadpleegd op 4 april 2023, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schizofrenie/psychosociale_interventies_bij_schizofrenie/vaktherapie_bij_schizofrenie/effect_beeldende_therapie_bij_schizofrenie.html

Floor, L., & Overman, D. (2011). *In tekenbeweging zijn: de tekenbewegingsmethode in theorie en praktijk*.

GGZ Standaarden. (2022) *Generieke module Vaktherapie*. Vaktherapie in de zorg. Geraadpleegd op 4 april 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/vaktherapie-in-de-zorg>

Goffman, E. (1962). Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. *American Sociological Review*, 27(4), 555. <https://doi.org/10.2307/2090043>

Groos, D. (2022, 5 augustus). *Schizo affectieve stoornis*. De Psycholoog. Geraadpleegd op 24-02-2023, van <https://www.depsycholoog.nl/schizo-affectieve-stoornis/>

Hersenstichting. (2022b, september 7). *Wat zijn Autismespectrumstoornissen (ASS) ? - Hersenstichting*. <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/autismespectrumstoornissen-ass/>

Hinz, L. D. (2009). Expressive Therapies continuum: A Framework for Using Art in Therapy.

Klaver, M. (2016, 17 juni). *Bodily Experience in Schizophrenia: Factors Underlying a Disturbed Sense of Body Ownership*. Frontiers. Geraadpleegd op 6 januari 2023, van <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2016.00305/full>

Lentis. (2022b, april 4). Werken bij Lentis. *Over Lentis*. Geraadpleegd op 3 januari 2023, van <https://www.werkenbijlentis.nl/over-lentis/>

Lentis, 2023. *Vanuit het cliëntensysteem ONS*. Niet toegankelijk voor de lezer. Geraadpleegd op 18 januari 2023.

Merkus, J. (2023). Verschil tussen kwalitatief & kwantitatief onderzoek | Voorbeelden. Geraadpleegd op 24 mei 2023, van Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-vs-kwantitatief-onderzoek/>

NHL Stenden Hogeschool (2017). *Handleiding N=1-Tool voor Systemisch N=1*. Geraadpleegd op 29-03-2023.

Nikolopoulou, K. (2023, 21 april). *Confirmation bias (Bevestigingsbias) | Betekenis & Voorbeelden*. Scribbr. Geraadpleegd op 7 december 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksbias/confirmation-bias-betekenis/>

NP Psych Navigator. (z.d.) Scales for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Geraadpleegd op 11 april 2023, van [https://www.nppsychnavigator.com/Clinical-Tools/Psychiatric-Scales/Scales-for-the-Assessment-of-Negative-Symptoms-\(SA](https://www.nppsychnavigator.com/Clinical-Tools/Psychiatric-Scales/Scales-for-the-Assessment-of-Negative-Symptoms-(SA)

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367. DOI: 10.1016/j.beth.2008.10.006

Poortinga, E. (2020, 27 april). *Kwalitatief en kwantitatief onderzoek: het verschil - Studiemeesters*. Studiemeesters. Geraadpleegd op 2 maart 2023, van <https://www.studiemeesters.nl/studietips/wat-het-verschil-tussen-kwalitatief-en-kwantitatief-onderzoek/>

Postma-van Sloten, C., Bootsma, M., & Spreen, M. (2013). Klinkende klanken. Een voorbeeld van een systemisch N=1 onderzoek naar behandelresultaten van muziektherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 9(3), 11-18. Retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/283343960/>

Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Bohn Stafleu van Loghum. Geraadpleegd op 6 januari 2023.

Scriptium. (2022b, november 3). *Interviews coderen – het kwalitatieve proces van objectieve resultaten*. Geraadpleegd op 7 maart 2023, van: Scriptium.nl. <https://www.scriptium.nl/interviews-coderen/>

Slooff, C. J. (2005). *Behandelprotocollen bij schizofrenie en verwante psychosen* (1e editie). Koninklijke Van Gorcum. Geraadpleegd op 5 januari 2023.

Smeijsters, H. J. M. F. (2008). *Handboek creatieve therapie*.

Spek, A.A. & S.G.M. Wouters. (2012). Autisme en schizofrenie bij volwassenen: verschillen en overeenkomsten. Wetenschappelijk tijdschrift autisme. Geraadpleegd op 5 april 2023, van: <https://www.anneliesspek.nl/wp-content/uploads/2018/03/Autisme-en-schizofrenie-WTA.pdf>

Spreen, M. (2009). Lector Social Work and Arts Therapies. N=1 methode. Stenden hogeschool. Leeuwarden. Geraadpleegd op 27-03-2023.

Tekenbeweging. (z.d.). *Wat is TBM – De Tekenbewegingsmethode*. Geraadpleegd op 6 januari 2023, van <http://tekenbeweging.nl/wat-is-tbm.html>

Tesselaar, J. (2018b, november 28). Werkvormen in een raamwerk ETC. Issuu. Geraadpleegd op 18-11-2022, van

https://issuu.com/vaktherapiebeeldend/docs/werkvormen_in_een_raamwerk_ect_jannine

Trevisan D.A., Foss-Feig J.H., Naples A.J., Srihari V., Anticevic A. & McPartland J.C. (2020). Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. Volume 11. [Frontiers | Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms \(frontiersin.org\)](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00581/full)

Vaktherapie. (2023). Schizofrenie. Geraadpleegd op 4 april 2023, van <https://www.vaktherapie.nl/schizofrenie>

Verhoeven, N. (2022). *Wat is onderzoek? praktijkboek voor methoden en technieken* (7de editie). Boom uitgevers Amsterdam. Geraadpleegd op 29-03-2023.

White Swan Foundation. (2015, 9 oktober). *Role of art therapy in treating schizophrenia*. Geraadpleegd op 5 januari 2023, van <https://www.whiteswanfoundation.org/mental-health-matters/understanding-mental-health/role-of-art-therapy-in-schizophrenia>

Bijlagen

Bijlage 1: Geheimhoudingsformulier

Bijlage 1:

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door onderzoeker

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door

studentonderzoeker

Student: Melissa van Pijkeren

Studentnummer: 47165663

Opleiding: Vaktherapie beeldend

Hierbij verklaar ik dat:

1. Ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze praktijk- en afstudeergids 3/4. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan

houden zolang ik studeer aan de NHL Stenden hogeschool;

2. Ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;

3. Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

● Bij deze verleen ik toestemming aan NHL Stenden hogeschool om de ruwe data van dit onderzoek anoniem te gebruiken voor verder onderzoek.

Datum: 08-05-2023

Handtekening: 

Bijlage 2: Toestemmingsformulieren

Bijlage 2:

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Verantwoordelijke onderzoeker: Melissa van Pijkeren

Hierbij verklaar ik dat:

1. Ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
 2. De studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
 3. Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
 4. Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.
 5. Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgave van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.
- ☒ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.
- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan NHL Stenden hogeschool om de ruwe data van dit onderzoek anoniem te gebruiken voor verder onderzoek.

Naam deelnemer: [redacted]

Datum: 28-04-23 Handtekening deelnemer: [redacted]

Bijlage 2:

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Verantwoordelijke onderzoeker: Melissa van Pijkeren

Hierbij verklaar ik dat:

1. Ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
2. De studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
3. Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
4. Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.
5. Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgave van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat

het niet meer tot de persoon is te herleiden.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan NHL Stenden hogeschool om de ruwe data van dit onderzoek anoniem te gebruiken voor verder onderzoek.

Naam deelnemer:

Datum: 10-5-23 Handtekening deelnemer:

Bijlage 2:

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?

Verantwoordelijke onderzoeker: Melissa van Pijkeren

Hierbij verklaar ik dat:

1. Ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
2. De studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
3. Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
4. Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.
5. Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgave van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat

het niet meer tot de persoon is te herleiden.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan NHL Stenden hogeschool om de ruwe data van dit onderzoek anoniem te gebruiken voor verder onderzoek.

Naam deelnemer: [Redacted]

Datum: 11-05-2023 Handtekening deelnemer: [Redacted]

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker:

Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De

deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Melissa van Pykeren

Datum: 10-5-30 Handtekening onderzoeker: 

Bijlage 3: Items van de apathy subscale uitgewerkt

Verzorging en hygiëne is vanaf de buitenkant te zien, dus is ook zichtbaar voor anderen zoals de hoofdbehandelaar, persoonlijk begeleider en beeldend therapeut.

Doorzettingsvermogen kan worden gezien als het handelen van de cliënt. Hoelang kan de cliënt zijn concentratie vasthouden en hoe lang kan hij actief zijn. Hoelang kan hij doorzetten als het moeilijk is. Dit kan gezien worden aan het gedrag van de cliënt, wat ook weer door behandelaren kan worden waargenomen.

Lichamelijke inactiviteit kan worden gezien bij activiteiten en aan de lichaamsuitstraling/houding van de cliënt. Ook bij lichamelijke inactiviteiten zoals lang in bed liggen, veel tv kijken, veel zitten. Hier heeft de persoonlijk begeleider meer zicht op, maar het kan ook waargenomen worden bij beeldende therapie en bij de hoofdbehandelaar.

Met wilszwakte word gekeken naar hoe zwak of sterk de wil is van de cliënt. Zet de cliënt door als het moeilijk is? Is er de wil om iets af te maken of niet? Heeft hij de wil om mee te werken? Dit kan worden gezien aan het gedrag en activiteiten die de cliënt onderneemt. Dit kunnen alle behandelaren waarnemen.

Bijlage 4: Subscale Apathy

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:.....
Naam interviewer:.....
Meetmoment (T):.....
Datum afname:.....

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilszwakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5 — geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3 — gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- 2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- 1 — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5- geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 - dubieus
- 3 - geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- 2 - matig; beslist aanwijzingen.
- 1 - opvallende aanwijzingen
- 0— ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3. Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijke inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit “te nietsen”. Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- 1 — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4. Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve (“niets kan me meer schelen”) of op een cognitieve (“ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden”) manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- 2 — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5. Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	2	1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	2	1	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	2	1	0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	2	1	0
5. Globale score	5	4	3	2	1	0

Totaalscore	
--------------------	--

Bijlage 5: Inge vulde subscale apathy vragenlijsten

Inge vulde vragenlijsten meetmoment T0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Hoofdbehandelaar*
Meetmoment (T): *T0*
Datum afname: *10-5-23*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne

4 — dubieus

3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk

2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit

1 — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit

0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school

4 — dubieus

3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen

2 — matig; beslist aanwijzingen.

1 — opvallende aanwijzingen

0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- ☒ 2 — matige inactiviteit
- 1 — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- ☒ 2 — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- ☒ 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	☒ 2	1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	2	☒ 1	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	☒ 2	1	0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	☒ 2	1	0
5. Globale score	5	4	3	2	☒ 1	0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Persoonlijk begeleider*
Meetmoment (T): *T.P.*
Datum afname: *10-5-23*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswaakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- 2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- ① — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- 2 — matig; beslist aanwijzingen.
- ① — opvallende aanwijzingen
- 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- ① — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- ② — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- ① — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	2	①	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	2	①	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	2	①	0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	②	1	0
5. Globale score	5	4	3	2	①	0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Beeldend Therapeut*
Meetmoment (T): *T0*
Datum afname: *10-5-23*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- ☒ 2— matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- 1 — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- 2 — matig; beslist aanwijzingen.
- 1 — opvallende aanwijzingen
- ☒ 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- 1 — opvallende inactiviteit
- ☒ 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- 2 — matig ernstige klachten
- ☒ 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- ☒ 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	☒ 2	1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	2	1	☒ 0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	2	1	☒ 0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	2	☒ 1	0
5. Globale score	5	4	3	2	☒ 1	0

Inge vulde vragenlijsten meetmoment T1

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: <i>Hoofd behandelaar</i>
Meetmoment (T): <i>T1</i>
Datum afname: <i>20-6-2023</i>

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- 2** — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- 1 — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- 2** — matig; beslist aanwijzingen.
- 1 — opvallende aanwijzingen
- 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- ② — matige inactiviteit
- 1 — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- ③ — weinig klachten, wel zeker
- 2 — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- ② — matig
- 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	②	1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	②	1	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	②	1	0
4. Subjectieve klachten	5	4	③	2	1	0
5. Globale score	5	4	3	②	1	0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *persoonlijk begeleider*
Meetmoment (T): *1*
Datum afname: *19-6-2023*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswaakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- 2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- 1** — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- 2 — matig; beslist aanwijzingen.
- 1** — opvallende aanwijzingen
- 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamenlijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamenlijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamenlijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- ① — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- ② — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- ① — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	2	①	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	2	①	0
3. Lichamenlijke inactiviteit	5	4	3	2	①	0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	②	1	0
5. Globale score	5	4	3	2	①	0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Beeldend Therapeut*
Meetmoment (T): *T1*
Datum afname: *20-6-2023*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- 2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- 1**— opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- 2** — matig; beslist aanwijzingen.
- 1 — opvallende aanwijzingen
- 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- ☒ 1 — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- 2 — matig ernstige klachten
- ☒ 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- ☒ 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	2	☒ 1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	☒ 2	1	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	2	☒ 1	0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	2	☒ 1	0
5. Globale score	5	4	3	2	☒ 1	0

Ingevulde vragenlijsten meetmoment T2

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Hoofdbehandelaar*
Meetmoment (T): *T2*
Datum afname: *10-7-2023*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

5 — geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne

4 — dubieus

③ 3 — gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk

2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit

1 — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit

0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school

4 — dubieus

③ 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen

2 — matig; beslist aanwijzingen.

1 — opvallende aanwijzingen

0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- ② — matige inactiviteit
- 1 — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- ④ — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- 2 — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- ③ — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	③	2	1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	③	2	1	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	3	②	1	0
4. Subjectieve klachten	5	④	3	2	1	0
5. Globale score	5	4	③	2	1	0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Persoonlijk begeleider*
Meetmoment (T): *T2*
Datum afname: *26-7-2023*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakke bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5 — geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3 — gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- ☒ 2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- 1 — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- ☒ 2 — matig; beslist aanwijzingen.
- ☒ 1 — opvallende aanwijzingen
- 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

3 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamenlijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamenlijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamenlijk actief
- 4 — dubieus
- 3 — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- ① — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

4 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- 4 — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- ② — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

5 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- 2 — matig
- ① — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	②	1	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	2	①	0
3. Lichamenlijke inactiviteit	5	4	3	②	①	0
4. Subjectieve klachten	5	4	3	②	1	0
5. Globale score	5	4	3	2	①	0

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)– apathy subscale

Onderzoeksnr. Bewoner:
Initialen bewoner:
Naam interviewer: *Beeldend Therapeut*
Meetmoment (T): *T2*
Datum afname: *5-7-2023*

Gebrek aan wilskracht manifesteert zich als een kenmerkend gebrek aan energie, aandrift en interesse. Patiënten kunnen zichzelf er niet toe brengen om iets te beginnen of af te maken. In tegenstelling tot de verminderde energie of interesse bij depressie, is wilswakte bij schizofrenie relatief chronisch en persisterend en wordt gewoonlijk niet begeleid door een sombere of depressieve stemming. Deze symptomen leiden vaak tot ernstige sociale en financiële moeilijkheden.

1. Verzorging en hygiëne.

De patiënt toont minder interesse voor verzorging en hygiëne dan normaal. De kleding is vaak slordig, vuil of ouderwets. De patiënt neemt zelden een bad, verzorgt zijn haar, nagels en tanden niet. Hij ziet er verwaarloosd en slordig uit. In extreme gevallen neemt hij ook de moeite niet meer om naar het toilet te gaan en is incontinent.

- 5— geen aanwijzingen voor slechte zelf verzorging en hygiëne
- 4 — dubieus
- 3— gering; licht maar onmiskenbaar inattent op het uiterlijk
- 2 — matig; pat. ziet er een beetje onverzorgd uit
- ① — opvallend; pat. ziet er zeer onverzorgd uit
- 0 — ernstig; pat. ziet er extreem onverzorgd uit.

2. Te weinig doorzettingsvermogen wat betreft werk of school.

De patiënt ondervond moeilijkheden bij het zoeken en behouden van werk of scholing, dat paste bij zijn leeftijd en sekse. Bijv. scholier of student: hij maakt geen huiswerk, spijbelt of volgt geen colleges en haalt slechte cijfers. Bijv. op het werk: hij vindt het moeilijk om zijn baan te behouden, omdat hij zijn taken niet kan afmaken, en lijkt geen verantwoordelijkheidsgevoel meer te hebben. Hij verschijnt onregelmatig op het werk, gaat eerder weg, maakt taken niet af, of op een chaotische manier. Het kan zijn, dat hij thuis zit en niets om handen heeft, geen werk zoekt of dat onregelmatig of chaotisch doet. Bijv. huisvrouw of gepensioneerde: het huishoudelijk werk wordt niet afgemaakt of het wordt op een zorgeloze en nonchalante manier gedaan.

- 5 — geen tekenen van niet kunnen behouden van werk of school
- 4 — dubieus
- 3 — geringe aanwijzingen voor een stoornis in het doorzettingsvermogen
- ② — matig; beslist aanwijzingen.
- 1 — opvallende aanwijzingen
- 0 — ernstig; pat. toont steeds, dat hij werk of school niet volhoudt.

1 Lichamelijke inactiviteit.

De patiënt neigt ertoe lichamelijk inactief te zijn. Hij zit uren achtereen in een stoel en onderneemt niets uit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen, dan lukt dat slechts kort en gaat hij snel weer ergens alleen zitten. Hij brengt uren door met betrekkelijk geestloze en lichamelijk inactieve bezigheden als TV kijken, patience spelen e.d. De familie meldt vaak, dat hij merendeels thuis zit "te nietsen". Thuis of in de kliniek trekt hij zich vaak terug op zijn kamer.

- 5 — lichamelijk actief
- 4 — dubieus
- ③ — geringe inactiviteit
- 2 — matige inactiviteit
- 1 — opvallende inactiviteit
- 0 — ernstige inactiviteit

2 Subjectieve klachten van wilszwakte en apathie.

De patiënt kan zich ervan bewust zijn, dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve ("niets kan me meer schelen") of op een cognitieve ("ik kan mijn gedachten er niet meer bijhouden") manier uiten, maar deze aspecten behoren te worden ondergebracht bij affect of aandacht. Ondanks objectieve aanwijzingen voor extreem wilszwakte klaagt de patiënt hier niet vaak over. Slechts de subjectieve klachten dienen hier gescoord te worden.

- 5 — geen subjectieve klachten van wilszwakte
- ④ — dubieus
- 3 — weinig klachten, wel zeker
- 2 — matig ernstige klachten
- 1 — opvallende klachten
- 0 — ernstige klachten

3 Globale score van wilszwakte en apathie.

Dit geeft de algehele ernst aan van de apathie, rekening houdend met de leeftijd en sociale status van de patiënt. Bij deze waardering mag men veel belang hechten aan één of twee items als deze erg opvallend zijn.

- 5 — geen wilszwakte — apathie
- 4 — dubieus
- 3 — gering, maar aanwezig
- ② — matig
- 1 — opvallend
- 0 — ernstig

Scoring

1. Verzorging en hygiëne	5	4	3	2	①	0
2. Te weinig doorzettingsvermogen	5	4	3	②	1	0
3. Lichamelijke inactiviteit	5	4	③	2	1	0
4. Subjectieve klachten	5	④	3	2	1	0
5. Globale score	5	4	3	②	1	0

Bijlage 6: Topiclijst interviews

Topiclijst

1.	Verzorging/hygiëne
2.	Doorzettingsvermogen
3.	Lichamelijke inactiviteit
4.	Wilszwakte/apathie
5.	Globale score

Bijlage 7: getranscribeerde interviews

HB = hoofdbehandelaar, BT = beeldend therapeut, PB = Persoonlijkbegeleider, O = onderzoeker

Participant 1: Hoofdbehandelaar

O: De eerste stelling gaat over de verzorging en hygiëne van de cliënt wat kunt u hierover vertellen?

HB: uhm, nou gedurende het onderzoek, tijdens het onderzoek dat we af en toe vragenlijsten kregen. Toen is de chauffeur van de heen en weer bus toevallig op kantoor geweest. Die kwam even melden dat er een aantal dingen in de bus zouden veranderen. En of wij ook een beetje aandacht wouden hebben voor zijn hygiëne. De bus die rook wel eens heel sterk als hij eruit kwam. Dit vond hij heel vervelend, of wij dit met hem wouden bespreken. Dat heb ik niet persoonlijk gedaan maar dat heeft zijn Pb'er of een aanwezig verpleegkundige met hem besproken.

O: En heb je zelf nog iets gemerkt aan zijn verzorging en hygiëne?

HB: Daarna heeft hij er zeker wat aangedaan, wat hij vond dit wel vervelend. Hij heeft mij terloops ook wel er wat over genoemd.

O: Dus hij heeft het er wel over gehad?

HB: Ja, en ik denk dat hij er ook wel wat aangedaan heeft, want hij vond het volgens mij wel vervelend.

O: Ja precies, dus je zou kunnen stellen dat hij er mee bezig is?

HB: Ja, hij is er mee bezig. En doordat ik vaak bij zijn werken kwam kijken, als hij wat gemaakt had en hij mij zelf dingen had laten zien was het wat makkelijker om het met hem te bespreken. Ook als behandelaar. Het is niet direct mijn taak om het over zijn hygiëne te hebben. Tenzij het tot problemen leidt. Als ik op een laagdrempelige manier kan zeggen "joh misschien even lekker douchen ofzo?", of complimenteren als iemand lekker ruikt of geurtje op heeft dat je daarover begint.

O: Ja precies dat motiveert weer een beetje, om wat meer er mee bezig te zijn.

HB: Ik ga niet gauw zeggen tegen iemand goh wat ruik je. Ik heb de tijd nodig om dat te zeggen, om een niet afrekenende manier het te zeggen.

O: Ja precies je bedenkt een omweg?

HB: Ja precies met een omweg, maar als het direct moet kan ik dat ook zeggen. Ik kon met cliënt x doordat ik meer met zijn kunst ging, was de drempel lager om dingen heen en weer te vertellen. En hij had mij ook al verteld over de heen en weer bus.

O: Wat mooi dat je via het beeldend werken een soort van vertrouwensband op kunt bouwen.

HB: Ja, dat er dan juist wat er ter tafel komt heel veel dingen. Ik loop heel vaak over de AT ook dat is even mijn temperatuurmeter om interesse te tonen in beelden van cliënten en materialen te tonen. Geeft je weer stof tot gesprek.

O: Mooi! Dan had ik nog een vraag, tussen de eerste en tweede meting geef je aan dat hygiëne en verzorging matig is. Maar tussen de tussenmeting en de eindmeting heb je wat verbetering gezien daar heb je gering aangekruist. Kun je vertellen wat je voor verandering hebt gezien tussen de tussenmeting en eindmeting?

HB: Uhm, misschien toch wel dat hij aangesproken is. Dat iemand heeft gezegd joh je moet er wel wat aan doen. Dat dat toch verbeterd is. Hij noemde dat zelf ook aan mij dat hij daar een opmerking over had gehad. Dat vond ik al heel waardevol dat hij dat zegt. Nogmaals het zijn moment opnames dat ik hem zie. Ik heb bij hem nooit zoiets van wat zie jij er vies uit of wat ruik jij, niet in die zin. Daar heeft de PB'er misschien meer zicht op.

O: oke, duidelijk. Dan ga ik door naar de volgende vraag, dat gaat over doorzettingsvermogen. Kunt u daar wat over vertellen? Of wat u heeft gezien?

HB: Nee, het laatste jaar ben ik heel laagdrempelig contact met hem aan het leggen. Ik zoek hem ook op. Ook met zijn werk, beeldende dingen die hij maakt. Kom ik even op zijn kamer en dan heeft hij van die magic kaarten. Als ik bij zijn kamer langs kom, klop ik even aan. Hij gaat ook naar de kringloop en koopt die leuke spulletjes. Wat was ook alweer de vraag?

O: Uhm doorzettingsvermogen wat je daarvan kunt zien bij de cliënt?

HB: Als cliënt x echt iets wil, vooral wat in zijn eigen wereld zit, dan is hij echt fanatiek. Ik geloof dat als je een game met hem doet of wat jij met hem deed, heel snel wie het eerst papier vol heeft, kan hij echt wel zijn best doen en is hij wel competitief.

O: Ja, hij is wel heel competitief.

HB: Ja, alleen wel vooral de dingen die hem interesseren.

O: Ja, ja.

HB: Ja, uhm wil je nog iets specifiek weten?

O: Nee, nah, dat heb ik ook wel gemerkt. Tijdens de sessies was hij best snel klaar en dan vroeg ik "oh ben je nu al klaar?". Dan ging hij even uitrusten en dan ging hij wel weer aan de slag. Competitief zie je wel dat hij heel snel klaar is maar dan is het ook een wedstrijdje wie het eerst klaar is. Waar we nu mee bezig zijn met beeldende therapie is dat hij langer doorgaat met een schilderij dus ook bevordering van het doorzettingsvermogen. Totdat hij trots is op zijn werk.

HB: Ja, zolang het in zijn belevingswereld zit en zolang hij het leuk vindt, vindt hij dat prima. Op het moment dat het afzakt of dat het niet in zijn belevingswereld zit dan wordt het lastig, om hem te motiveren. Dan haakt hij vrij snel af. Begint hij te zweten en wordt hij wat ongemakkelijk dat zie je echt aan hem als hij er klaar mee is.

O: Ja, als wij iets aanbieden wat hij totaal niet wil dan zal hij het ook zeker niet doen inderdaad.

HB: Ja, en hij is ook wel doelgericht, hij krijgt uiteindelijk wel klaar wat hij wil. Afgelopen vrijdag had hij een cadeautje voor zijn moeder. Hij vindt inpakken moeilijk, dus of er iemand was die het voor hem wou inpakken. Toen kwam ik die ochtend AT binnen en toen had diegene hem ingepakt. Ik zeg "oh heb je eindelijk iemand gevonden die het wil inpakken?".

O: Ja, ja precies!

HB: Daar is hij dan wel mee bezig en je ziet dat hij dat dan wel voor elkaar krijgt.

O: Ja precies dat hij dat een ander laat doen. Hij laat soms een beetje....

HB: Ja, iemand voor zijn karretje spannen.

O: Ja, dat wel een beetje, dat doorzettingsvermogen kan misschien wat meer. Hij laat het vaak aan anderen over.

HB: Hij is soms wel wat gemakkelijk hoor. Soms laat hij een mede cliënt van 80 spant hij voor het karretje en die heeft niet veel geld en dan krijgt hij fooi van cliënt x. Zo zet hij wel mensen in. Dat is een beetje zijn manier.

O: Ja, wat je ziet aan de vragenlijsten is dat het eigenlijk tussen de meetmoment wat stijgt. Kun je zeggen dat doorzettingsvermogen is verbeterd of zeg je van daar kan die nog wel aan werken?

HB: Nou ik denk dat het nog wel een terugkerend ding blijft. Ja, dat denk ik wel.

O: Ja, ja oke duidelijk. Dan de derde vraag die gaat over lichamelijke inactiviteit wat kunt u daarover vertellen?

HB: Nou, cliënt x heeft natuurlijk vors overgewicht. Uhm, dat blijft wel een ding bij hem, dat dingen hem inspanning kosten. Het wordt dan moeilijker om in beweging te komen.

O: Ja, ja zou je zeggen dat doordat dat zo is dat hij ook minder activiteiten oppakt?

HB: Ja, nou dat is het kip en het ei verhaal. Ik denk wel dat dit hem fysiek belemmert. Je kunt je afvragen wat er allemaal achter zit dat je zoveel overgewicht hebt, dat je zoveel weg eet. Trauma's of emoties. Als je elke dag zoveel kilo's moet meedragen, daar word je niet fitter van. Maar aan de andere kant hoe kom je daar? Dat heeft ook vaak met heel veel dingen te maken.

O: Ja, wat daar achter ligt. Klopt. Je geeft ook aan dat het gelijk blijft tussen alle metingen. Dat lichamenlijk inactiviteit matig blijft.

HB: Ik denk wel dat wanneer hij zich betrokken voelt, hij een uitdaging krijgt wat in zijn belevingswereld zit en hij leuk vindt. Dan heb je hem eerder in beweging.

O: Ja dat je hem eerder in beweging hebt als hij iets leuk vindt om te doen, dat denk ik ook. Dan zijn we bij vraag vier, dat gaat over wilswakke en apathie. Kunt u hier iets over vertellen?

HB: Ik weet de scores niet meer uit mijn hoofd. Daar weet ik zo niet meer de antwoorden op. Ik vind hem wel wat toegankelijker het laatste half jaar drie kwart jaar. Er ligt ook niet veel druk op hem dat hij naar iets anders moet. Het geeft moeder ook rust. Hij doet het hier best heel goed.

O: Dus hoe het nu gaat is prima zeg maar?

HB: Ja, er ligt weinig druk op hem dus hij krijgt meer ruimte om de dingen te doen wat hem in beweging brengt.

O: Ja precies, want ik zie dat in de voor en tussen meting stijgt die met één en met de tussen en eindmeting ook. Dus op het einde zeg je eigenlijk wilswakke en apathie is dubieus?

HB: Ja, ja. Het zijn allemaal momentopnamen, maar ik zag wel dat hij heel veel plezier had om beeldend bezig te gaan ook. In de relatie die wij hebben vond ik hem ook ontspannener. En we kwamen tot de conclusie dat hij best wel een redelijk gevuld programma heeft. Veel meer dan ruim een jaar geleden.

O: Ja, dus zou je kunnen stellen dat hij meer activiteiten al onderneemt?

HB: Ja, ja en waar dat dan aan ligt? of jij met hem..

O: Ja, dat zullen meerdere factoren zijn.

HB: Ja en ook de rust dat hij niet naar een andere setting hoeft te kijken en dat geeft moeder ook heel veel rust. Niet steeds waarover waar hij nou naar toe moet. Hij heeft al in jaren niet zo gefunctioneert

als bij jullie. Uhm, ja dat is dan toch de omgeving. En we laten hem met rust tot zo ver. We zijn wel betrokken en zien we hem. Waar bijgestuurd moet worden proberen we op een positieve manier te doen. En dat geldt voor meerdere cliënten.

O: Ja dat zie ik ook wel, hij vindt het prima om beeldende bezig te zijn. Ik heb hem niet teveel gevraagd, want als ik dat zou doen klapte die dicht. Dus het echt bij het beeldend beeld gehouden. Nou dan is het laatste item de globale score. Dat houdt in alles bij elkaar, zoals je de cliënt ziet kun je daar iets over vertellen?

HB: Uhm ja daar hebben we het net in het voorgesprek al even over gehad. Juist hem zien als hij beeldend bezig is of met wat hij gemaakt heeft biedt zoveel ingang tot een gesprek over wat dan ook. Het is altijd een heel mooi middel om ook de dingen te bespreken, of wat een cliënt aangeeft. Maar ook dingen te bespreken die in de agenda staan. Soms moet je dingen in een gesprek meteen aanbod laten komen. In de wandelgang en tijdens AT en dat hij zelf dingen aan mij komt laten zien. Dat geeft hem eigenlijk een makkelijk iets om met mij in contact te komen.

O: Dus het zorgt eigenlijk voor een soort verbinding?

HB: Ja een soort verbinding, maar ook dat hij mij dus nu ook op mijn kantoor opzoekt. Waar ik zijn tekeningen heb opgehangen. Dat is voor hem een hele grote drempel om voor hem te doen. Hij komt hier alleen voor Zag gesprekken en dan is het zweten en zo snel mogelijk weg willen. Maar hij komt nu wel naar me toe.

O: Zou je dan kunnen zeggen dat er iets is veranderd in het sociaal contact? Of hoe hij sociaal contact legt?

HB: Nah ik denk dat zijn vertrouwen richting mij toe. Daar ben ik natuurlijk al een langere tijd mee in op bouw heb ik van zijn basisarts ook gehoord dat het niet veel zin heeft om te pushen en in gesprekken te vragen nou vertel maar eens wie je bent en wie ik ben en wat wij aan elkaar kunnen hebben en wat niet. Dat werkt bij hem niet, het is op spelenderwijs in contact komen. Rustig opbouwen en het vertrouwen krijgen. Ook grapjes maken kan nu gewoon, ik kan met cliënt x nu ook grapjes maken terwijl ik dat eerst niet zo snel deed. Dan keek hij me altijd zo aan van wat moet je van mij en kan ik jouw wel vertrouwen.

O: Wat ik merk bij beeldende therapie is ook dat hij niet snel een nieuwe stagiaire zou vragen om te helpen maar blijft bij diegene die hij al kent. Meestal sturen wij dan diegene aan om contact te maken en rustig een vertrouwensband op te bouwen.

HB: Ja, als je hem direct van "nou ik ben die en die" dan verval je. Je moet hem zelf ook de kans geven om contact te zoeken en vertrouwen geven dat je niet eng bent ofzo. Dus dat initiatief ligt wel voor een deel ook bij hem en het is ook de manier hoe je als behandelaar of therapeut daarmee omgaat. Dat je hem ruimte geeft maar af en toe ook even pakt op een manier dat voor hem niet bedreigend is. Positieve manier. Hem wat laten maar ook wat moeite doen om via de dingen die hij leuk vindt om contact te zoeken en dan heb je hem. Dan wordt de vertrouwensbasis wat groter.

O: Dan kun je ook rustig hem wat meer uitdagen als je zijn vertrouwen hebt. Hij wil dan ook wat meer doen voor jou zeg maar.

HB: Ja, dan wil hij voor je aan het werk eigenlijk wel. Zijn Pb'er heeft natuurlijk intenser contact met hem, doet af en toe een uitje met hem ergens naartoe. Die kan hem ook best wel veel dingen zeggen.

O: Ja precies, omdat ze meer contact met elkaar hebben.

HB: Ja precies, en ook vanuit het vertrouwen kun je al meer de diepte in en wat strenger of meer gestructureerd, directief aan het werk. Als je daar mee begint zonder dat je hem kent dan raak je hem kwijt, dan wordt het niks. Dat is eigenlijk het spel, of spel, het is eigenlijk vingerspitsen. Even kijken wanneer schrikt die en ben je hem kwijt en hoe daag je hem uit dat hij een uitgestoken hand aanneemt en hij je vertrouwt en met problemen bij je komt. En de Pb'er is daar het beste in die doet dat met veel humor en dat contact is intenser en dat heb ik wat minder en dat is ook niet nodig.

O: Ja inderdaad, je moet eerst wat meer met hem mee bewegen eerst en dan kun je wat directiever zijn inderdaad.

HB: Ja, en hem ook aanpreken op bepaalde dingen die niet goed gaan. Dat hoeft je niet te doen als je hem niet kent want dan ben je hem echt kwijt.

O: Ja, nou dan ben ik door de 5 items heen van de vragenlijst. Overige vraag is eigenlijk of je verder nog verandering hebt waargenomen in gedrag of dat je iets is opgevallen?

HB: Nou hij vond het heel leuk om met jouw bezig te zijn met het beeldend werken. Hij maakt ook hele leuke en mooie dingen heeft die gemaakt. Dat gaf hem ook een goed gevoel. Ik zie hem nu minder op de afdeling bezig. Dus dat is eigenlijk wat je met deze jongen, zo hebben we nog een aantal cliënten, die heel talentvol zijn.

O: Ja, die je eigenlijk moet motiveren

HB: Die je ook best wel een stukje mag geven van dit is anders dan gewone AT, dat stukje individuele aandacht.

O: JA, ik denk ook dat heel veel hier dat nodig zijn. Dat stukje individuele vindt hij heel fijn en leuk om samen bezig te zijn. Dat stukje wat hij misschien vroeger niet heeft gehad in de tijd dat hij gepest is. Dat stukje dat hij heeft gemist is denk ik heel belangrijk, dat stukje individuele aandacht.

HB: JA en de AT is een heel fijn middel en daar kan iedereen naar binnen of met een kleine groep. Maar dat je echt bezig bent met een creatief proces waar dan ook van

O: Ja en wat meer de diepgang opzoekt

HB: Ja, wat meer ook de diepgang opzoekt en frustraties wat bepaalde dingen oplevert. Of juist moet je eens kijken het is gelukt, succeservaringen opdoen. Heel veel aandacht en persoonlijke aandacht doet veel mensen goed.

O: Ik denk dat dat ook het belangrijkste is.

HB: We hebben heel wat creatieve geesten hier zitten, die mooie en boeiende dingen kunnen maken.

O: Ja, en vooral veel vanuit zichzelf en expressief, gevoel en emoties kunnen ze erin leggen. Ik vind het ook jammer dat ik de activiteiten begeleider niet heb meegenomen in het onderzoek die gaf aan dat hij na een sessie altijd heel productief was bij de AT. Het activeert hem misschien dan toch ergens wel.

HB: Ja, alleen die motor blijft bij hem niet draaien.

O: Nee, dus het moet constant herhaalt worden.

HB: Dat moet eigenlijk wel aangeboden worden, en de ene periode is die andere periode ook niet dus dat zal ook niet altijd werken. Dat het wel regelmatig terugkomt.

O: Ja, ja zijn sessies vond ik ook wel weinig en wou eerst meer doen. Maar omdat ik met tijd zelf zat voor school vindt ik het jammer dat ik dat niet heb gedaan. Ik denk dat als je het op langere termijn

herhaalt dus 1 of 2 keer in de week een jaar of 2 jaar. Dat het herhalen “van herhaling leert men” dus het is de herhaling ik denk dat dat hem wel zou doen.

HB: Ja ik denk dat dat wel goed zou zijn. En juist voor deze populatie die in de krochten van de psychiatrie blijft zitten, langdurig. Dat je toch op deze manier ook zelf geprikkeld raakt, succeservaringen op kunt doen, met onverwerkte dingen bezig kunt. Of nou het is zeker een mooie vorm om mensen het gevoel van het zijn en mogen zijn.

O: Ja, eigen regie en stukje autonomie

HB: Ja, een beetje ik-versterking kunnen ze wel gebruiken. Ik hoop dat jij je voor deze club mensen in kan gaan zetten.

O: Dan wou ik hiermee afsluiten, bedankt voor uw tijd.

Participant 2: Beeldend therapeut van Lentis

O: De eerste vraag gaat over de verzorging en hygiëne van de cliënt. Wat kunt u hier over vertellen?

BT: De cliënt is een hele luie jongen. Hij probeert uit veel situaties eronder uit te komen. Uhh, hij doet vanuit zichzelf niet zoveel. Heeft heel veel stimulatie en structuur nodig om tot actie te komen. Hygiëne is aan de matige kant. Hij kan wel als je hem goed stuurt door hem te motiveren doet hij het. Vanuit hem zelf doet hij het niet. Hij is slordig eet veel en wast zich als het nodig is. Hij moet wel aangestuurd worden. Hij maakt heel vaak grapjes maar ook serieuzer met hem bezig zijn. Niet de gelegenheid geven om met grapjes ergens onderuit te komen.

O: Je hebt bij verzorging en hygiëne heb je voor de sessies aangegeven dat het matig is en daarna gaat het achteruit want bij de tussenmeting heb je opvallend aangekruist en ook bij de eindmeting. Dat het opvallend is.

BT: Ja klopt, ik denk dat de therapie goed is voor zijn structuur het bijhouden dat hij niet in depressie of eenzaamheid komt. Maar van het leren zie ik bij hem weinig beweging. Hij leert niet zo goed. Bij het sociale leven en vaardigheden is er wel aansluiting maar het leren van gedragsverandering is minder te zien.

O: Ja klopt, de hoofdbehandelaar gaf ook aan dat hij actiever was tijdens het onderzoek en dat hij het constant moet herhalen om in beweging te blijven dat valt wel op. Dan de tweede vraag gaat over doorzettingsvermogen. Wat kunt u daarvan zien bij de cliënt?

BT: Uhm in eerste instantie vind ik het doorzettingsvermogen heel laag. Na veel therapieën en veel aandacht is hij opgang gekomen alleen nog steeds niet voldoende. Zijn motivatie is dat hij iets doet omdat hij moet.

O: Als hij iets leuks vindt dan gaat hij er wel voor maar anders wil hij het liever niet doen, of inderdaad als iets moet.

BT: Ja, en hij kijkt naar het eigen belang overal, wat kan hij er voor zichzelf uithalen. Eigen dingen doen en maken. In eigen belang is hij gemotiveerd.

O: Ja, dat gaf de hoofdbehandelaar ook al aan. Uhhh ja, want uit de eerste meting heb je gezegd dat het ernstig is en daarna naar matig bij de tussen en eindmeting. Dus je ziet een kleine vooruitgang?

BT: Ja, een kleine vooruitgang.

O: Oke, dat is duidelijk. Dan lichamelijke inactiviteit dat is de derde stelling. Wat kunt u hier over vertellen?

BT: lichamelijke?

O: inactiviteit. Ik zal hem even toelichten. De cliënt neigt er toe lichamenlijk inactiviteit te zijn, hij zit uren in een stoel en onderneemt niets vanuit zichzelf. Als hij aangemoedigd wordt om aan iets mee te doen dan lukt dat slecht en kort en gaat hij weer snel ergens alleen zitten. Het zijn dingen waar hij zeg maar stil zit niet in beweging is.

BT: Uhm, ik heb aan het begin ook gezegd dat hij best wel heel lui is. Door het overgewicht komt hij ook moeilijker in actie. Hij vindt het leuk om te zitten, eten en te chillen. Aan het begin was het heel ernstig. Maar omdat hij moet naar de activiteiten komen, komt het wel wat meer opgang. Hij komt wel afspraken na. Dat is positief. Daarom heb ik de tweede keer het hogere cijfers gegeven.

O: Ja, klopt want het stijgt per meting. Op een gegeven moment heb je bij de eindmeting ook aangegeven dat de lichamelijke inactiviteit gering is.

BT: Ja, omdat hij komt wel. Hij gaat niet afzeggen. Vroeger zei hij vaak af. Ik kan niet komen blablabla. Maar nu niet meer.

O: Oke, dat is wat je ziet bij beeldende therapie?

BT: Ja.

O: Duidelijk. Dan heb ik nog stelling vier dat gaat over wilszwakte en apathie, hoe kunt u dat bij de cliënt zien?

BT: uhh nog een keer?

O: uhm de vierde stelling gaat over wilszwakte en apathie en hoe u dit ziet bij de cliënt. Dus uhm de cliënt kan zich ervan bewust zijn dat hij minder energie en aandrift heeft. Hij kan dit op een affectieve "niets kan me schelen" of op een cognitieve "ik kan mijn gedachten er niet meer bij houden" uiten. Maar deze aspecten worden ondergebracht bij affect en aandacht.

BT: Ik denk dat hij het niet beseft, maar later wel. Hij is cognitief uhm niet heel slim. Hij is niet heel slim om het te begrijpen.

O: Hij ziet het zelf niet zeg maar?

BT: Nee, hij begrijpt het wel maar hij weet niet hoe hij het moet aanpakken. Ook als je hem helpt begrijpt hij het niet, omdat hij niet goed luistert. Het niveau van concentratie is slecht, daarom komt heel weinig aan bij hem.

O: Ja, dat klopt ik heb tijdens de sessies ook gezien dat hij snel klaar is met iets. Hij heeft motivatie nodig om langer te concentreren.

BT: Ja, hij is ongeduldig, lui en ook uhm. Je moet hem gewoon constant motiveren.

O: Ja, constante motivatie. En aan het eind geef je aan dat wilszwakte en apathie dubieus is. Dus dat het wat is afgenomen. Kun je dat ook zien in de beeldende therapie?

BT: Ja, hij doet het soms heel goed. Ik vind hem in de grens. Soms is hij goed bij, maar ik denk dat drugs of alcohol ook veel invloed op hem heeft.

O: Ja, denk je dat hij veel alcohol of drugs gebruikt?

BT: Ik heb het niet gezien ook niet geroken maar het lijkt soms wel zo.

O: Nee, ik ook niet. Ik heb hem er wel eens over gehoord en dat hij een lijst liet zien met wat er allemaal te koop is. Maar niet dat hij gebruikt ofzo

BT: Nee daarom, je komt er bij hem niet achter. Daarom dubieus.

O: Dan heb ik nog een vraag over de globale score, hoe hij scoort op alle items. Kunt u daar iets over vertellen?

BT: Nou eerst laag daarna was het matig. In het algemeen heeft hij vertrouwen nu in ons na alle therapieën. Een band opgebouwd. Door de band en manier van behandelen is hij gemotiveerder geworden. Ik zie die beweging wel. Dat hij een vertrouwensband heeft gecreëerd. Dat is heel goed.

O: Ja, eens dat heeft hij echt wel nodig om zich te kunnen uiten. Dan ben ik door de vragenlijst heen. Heeft u nog andere veranderingen waargenomen in het gedrag? Of is u iets opgevallen.

BT: Nee

O: Oke, dan zijn we er snel doorheen dat was hem. Bedankt voor uw tijd.

Participant 3: Persoonlijk begeleider

O: Het interview gaat vooral over de vragenlijst en over de topics. De eerste vraag gaat over verzorging en hygiëne. Wat kunt u hier over vertellen?

PB: Uhm. Over het algemeen is hij slecht verzorgd. Heeft veel aansporing nodig om te douchen. Heeft vaak vieze kleding aan, onverzorgd haar, mondzorg nihil. Hij is veel aansporing nodig.

O: Ja, dus als je hem aanspoort dan werkt hij er zelf aan?

PB: Ja, dan doet hij het wel. We vragen ons soms wel af in hoeverre hij dit doet. Hij is natuurlijk wel heel zwaar lijvig. Wij hebben zoiets van als mensen het zelf nog kunnen, moeten ze het zelf ook doen. Ik denk niet dat hij hulp aanvaardt. We vragen ons wel af in hoeverre hij alles kan douchen zeg maar, alles schoonhouden. Maar hij gaat wel douchen.

O: Ja, precies met wat motivatie?

PB: Ja.

O: Dus hij zou nooit vanuit zichzelf dat oppakken?

PB: Nee, nee

O: Dan zie ik dat u bij de eerste en tussenmeting allebei gelijk zijn, ziet er zeer onverzorgd uit. En na de eindmeting toe heb je matig, dus zie je dat het een stukje vooruit gaat?

PB: Mwah ik denk dat dit toevallig is geweest. Want bij hem wisselt het wel eens. Hij heeft ook wel eens een periode waarin hij vraagt wil je wat aan mijn haar doen? Een staartje ofzo. Dat lijkt natuurlijk al wat beter. Dat hij op een gegeven moment ook klachten kreeg over zijn lichaamsgeur van de mensen van het heen en weer busje. Dat hij eerst moet douchen voordat hij in het busje ging. Dit doet hij dan wel zonder aansporing. Maar dan is de aansporing vanuit hun.

O: Ja, dus dan benoemt iemand het en dan vindt hij het vervelend en dan doet hij er wel wat aan?

PB: Ja dan doet hij er wel wat aan

O: Ja, dat is duidelijk. Dan gaan we door naar de volgende. Dat is doorzettingsvermogen wat kunt u daarover vertellen bij de cliënt?

PB: Ja nou ik vind dat hij weinig doorzettingsvermogen heeft. Hij moet eigenlijk zolang hij hier is constant aangespoord worden om dingen te ondernemen. In ieder geval om het vast te houden. Toen hij hier net was hebben we heel veel dingen met hem opgepakt ook qua voeding. Dan gaan we eerst met je naar de winkel om te kijken wat gezondere keuzes zijn qua voeding. Dan is hij heel enthousiast en dan laat hij ook zien wat hij heeft gekocht. Daarna laat je hem alleen gaan en dan gaat het goed, en dan laat hij het zien bij de deur kijk wat ik heb gekocht. En de tweede keer loopt hij de deur voorbij want dan heeft hij het al niet meer gedaan.

O: Oh zo dus hij houdt het eigenlijk niet vast?

PB: Nee, hij houdt het niet vast. En dat is eigenlijk met alles.

O: Ja, dus eigenlijk heeft hij een soort van aansporing nodig en constant het herhalen, herhalen.

PB: Ja, ja.

O: Oke, ja want met de metingen heb ik ook gezien dat u opvallende aanwijzingen aan hebt gekruist en eigenlijk bij alle metingen. Dus je ziet bij doorzettingsvermogen weinig tot geen verandering.

PB: Ja, geen verandering. Maar dat is ook echt wel zolang hij hier is en wat ik teruglees van vorige afdelingen ook.

O: Dat het blijvend is?

PB: Ja

O: Denkt u dat uhm, met nog meer aansporing daar wel verbetering in komt of dat zo blijft?

PB: Ik denk echt dat je dan 1 op 1 begeleiding in moet zetten. Maar dat is in de praktijk niet haalbaar, hier helemaal niet.

O: Nee precies. Dan is de derde lichamelijke inactiviteit. Wat valt u daar aan op bij de cliënt?

PB: Dat hij heel inactief is. Ik moet wel zeggen er zijn een aantal punten die nu wel goed gaan. Uhm misschien heb ik het ook een beetje heel streng ingevuld hoor. Als ik erover na denk gaat hij zelf wel naar de fysio en doet mee met sport en spel. Maar als je zeg maar over de hele dag kijkt, ligt hij voornamelijk in bed. Je moet hem in de ochtend echt aansporen om uit bed te komen hij is bijna niet wakker te krijgen. Hij ligt soms ook als hij niks te doen heeft hele middagen in bed en dan slaapt hij ook echt. En in de avond zie je hem ook wel dingen doen maar over het algemeen is hij gewoon heel moe. Zegt die ook steeds, "ik ben heel moe". Hij neemt ook altijd het busje naar het dorp, in plaats van lopend te gaan. Dus misschien had ik hem op matig kunnen zetten, omdat hij het laatste jaar dit beter doet. Dat hij naar meer activiteiten gaat.

O: Ja, want ik wou nog vragen. Is dit van de laatste tijd dat hij meer activiteiten heeft of al een langere tijd?

PB: Ik denk ongeveer sinds een jaar. Daarvoor moesten we hem met alles aansporen naar AT gaan, beeldende therapie, bij fysio kwam hij niet opdagen. Sinds een jaar ongeveer is dat beter. Het zit wel in zijn systeem. Dan nog vindt ik hem voor zo'n jonge vent heel inactief.

O: Ja wat je daarvoor ook al zei, hij moet constant aangespoord worden en herhalen. Ummm. Dan de vierde subjectieve klachten van wilszwakte en apathie. Kunt u daar iets over vertellen?

PB: Ummm. Even kijken hoor. Heb ik daarover nagedacht.

O: Het gaat vooral over energie en aandrift.

PB: Ja, ik denk dat dit met al het vorige overeenkomt. Hij heeft gewoon geen energie, hij is gewoon moe. Chronisch moe. Hij heeft natuurlijk constant aansporing nodig. Hij is slecht te motiveren ook, hij moet het echt heel erg leuk vinden. Enerzijds eigen belang speelt ook wel mee, als het hem wat oplevert dan wil hij er wel veel voor doen. Voor een ander niet altijd.

O: Nee. Terwijl bij beeldende therapie zien we wel dat hij veel weggeeft hij wil het niet altijd houden.

PB: Ja, maar dat doet hij ook wel bij mij. Daar is hij dan heel attent in. Laatst was hij naar de kringloop geweest had hij voor mij een notitieboekje meegenomen met honden erop, omdat hij weet dat ik van honden hou. Dat vindt ik heel lief. Daar denkt hij dan wel aan. Met dat soort dingen is hij heel attent. Maar umm ja, ik vind het ook wel lastig hoor. Wat er ook staat, wilszwakte, tja is het een wil.

O: Ja, aphantie en wilszwakte is een beetje de houding, wat passief en niet echt toekomstperspectief.

PB: Nee dat heeft hij helemaal niet. Zolang hij hier is. Hij is hier nu een jaar of drie. Heeft hij altijd gezegd ik hoef niks meer ik ben al met pensioen.

O: Ja, dat heb ik ook wel eens gehoord dat hij dat zei inderdaad.

PB: Dat zegt die ja.

O: Oke, die blijft ook gelijk dus matig. Dan zijn we bij vraag 5 dat is de globale score. Dus hoe vindt u dat hij scoort op alle items van de topics? Kunt u daar iets over vertellen?

PB: Ja, ik heb hem inderdaad niet heel hoog gescoord. Nee.

O: maar dat is niet erg het is vooral hoe u het ziet.

PB: Nee dat is ook zo. Ik kan er ook niet heel veel meer van maken. Ik denk echt hij doet zijn best en op zijn manier. Maar voor zijn leeftijd dan denk ik ja, we hadden wel gehoopt dat er wat meer in zou zitten. Wat meer voortgang ook, verbetering er in.

O: Ja, dat is wat de beeldend therapeut ook al aangaf. Hij leert niet zo snel.

PB: Nee, je moet het constant herhalen wil het inderdaad ook iets doen.

O: Ja, daarom vindt ik het ook jammer dat ik zo weinig sessies heb gedaan. Ik denk wel dat het zou aanslaan om actief te blijven, als je het 1 of 2 keer in de week hebt en dan jaren lang.

PB: Ja dat denk ik ook. Denk dat dit inderdaad te kort is om echt verandering ook voor jouw te kunnen zien. Het was leuk geweest als je een opbouw zag.

O: Ja, ja maar dat had ik er al een beetje berekend. Dan had ik als laatste vraag of je nog andere veranderingen hebt gezien in het gedrag van de cliënt?

PB: Nee, wat ik zei in het laatste jaar wel. Eigenlijk zijn we met het hele team, mag ik niet zeggen, maar moe ervan. Dat we denken wat moeten we nou met iemand. Hij doet natuurlijk veel in eigen belang en is moeilijk te motiveren. Als je over de hele periode kijkt dat hij hier is dan is hij wel degelijk vooruit gegaan. Toen hij hier net was, was het een hele angstige timide jongen die

voornamelijk op zijn kamer zat en niet naar buiten durfde. Dus als je dat bekijkt met nu, als je dat gaat vergelijken. Is hij een heel stuk vooruit gegaan. Hij gaat naar jullie uit zichzelf, naar de fysio, AT, sport en spel en kickboksen. Dat zijn dingen die hij wel volhoudt en dat vindt hij ook leuk. Dus als je over de hele linie kijkt dan is hij wel vooruit gegaan. Hopen over een paar jaar dat dat nog wat meer is.

O: Ja precies. Er zit dus wel vooruitgang in, maar dat heeft langer de tijd nodig voor verandering.

PB: Ja, dat klopt.

O: Oke, dat waren al mijn vragen. Bedankt voor jouw tijd.

Codering

Participanten	Codering	Uitspraak
Hoofdbehandelaar	Verzorging/hygiëne	HB: Toen is de chauffeur van de heen en weer bus toevallig op kantoor geweest. Die kwam even melden dat er een aantal dingen in de bus zouden veranderen. En of wij ook een beetje aandacht wouden hebben voor zijn hygiëne. De bus die rook wel eens heel sterk als hij eruit kwam. Dit vond hij heel vervelend, of wij dit met hem wouden bespreken. Dat heb ik niet persoonlijk gedaan maar dat heeft zijn Pb'er of een aanwezig verpleegkundige met hem besproken. O: En heb je zelf nog iets gemerkt aan zijn verzorging en hygiëne? HB: Daarna heeft hij er zeker wat aangedaan, wat hij vond dit wel vervelend. Hij heeft mij terloops ook wel er wat over genoemd. O: Dus hij heeft het er wel over gehad? HB: Ja, en ik denk dat hij er ook wel wat aangedaan heeft, want hij vond het volgens mij wel vervelend. O: Ja precies, dus je zou kunnen stellen dat hij er mee bezig is? HB: Ja, hij is er mee bezig. En doordat ik vaak bij zijn werken kwam kijken, als hij wat gemaakt had en hij mij zelf dingen had laten zien was het wat makkelijker om het met hem te bespreken.
Beeldend therapeut	Verzorging/hygiëne	BT: De cliënt is een hele luie jongen. Hij probeert uit veel situaties eronder uit te komen. Uhh, hij doet vanuit zichzelf niet zoveel. Heeft heel veel stimulatie en structuur nodig om tot actie te komen. Hygiëne is aan de matige kant. Hij kan wel als je hem goed stuurt door hem te motiveren doet hij het. Vanuit hem zelf doet hij het niet. Hij is slordig eet veel en wast zich als het nodig is. Hij moet wel aangestuurd worden.
Persoonlijk begeleider	Verzorging/hygiëne	O: Het interview gaat vooral over de vragenlijst en over de topics. De eerste vraag gaat over verzorging en hygiëne. Wat kunt u hier over vertellen? PB: Uhm. Over het algemeen is hij slecht verzorgd. Heeft veel aansporing nodig om te douchen. Heeft vaak vieze kleding aan, onverzorgd haar, mondzorg nihil. Hij is veel aansporing nodig. O: Ja, dus als je hem aanspoort dan werkt hij er zelf aan? PB: Ja, dan doet hij het wel. We vragen ons soms wel af in hoeverre hij dit doet. Hij is natuurlijk wel heel zwaar lijvig. Wij hebben zoiets van als mensen het zelf nog kunnen, moeten ze het zelf ook doen. Ik denk niet dat hij hulp aanvaardt. We vragen ons wel af in hoeverre hij alles kan douchen zeg maar, alles schoonhouden. Maar hij gaat wel douchen. O: Ja, precies met wat motivatie? PB: Ja.
Hoofdbehandelaar	Doorzettingsvermogen	O: Uhhh doorzettingsvermogen wat je daarvan kunt zien bij de cliënt? HB: Als cliënt x echt iets wil, vooral wat in zijn eigen wereld zit, dan is hij echt fanatiek. Ik geloof dat als je een game met hem doet of wat jij

		met hem deed, heel snel wie het eerst papier vol heeft, kan hij echt wel zijn best doen en is hij wel competitief. HB: Ja, zolang het in zijn belevingswereld zit en zolang hij het leuk vindt, vindt hij dat prima. Op het moment dat het afzakt of dat het niet in zijn belevingswereld zit dan wordt het lastig, om hem te motiveren. Dan haakt hij vrij snel af. HB: Hij is soms wel wat gemakkelijk hoor. Soms laat hij een mede cliënt van 80 spanen voor het karretje en die heeft niet veel geld en dan krijgt hij fooi van cliënt x. Zo zet hij wel mensen in. Dat is een beetje zijn manier. O: Ja, wat je ziet aan de vragenlijsten is dat het eigenlijk tussen de meetmomenten wat stijgt. Kun je zeggen dat doorzettingsvermogen is verbeterd of zeg je van daar kan die nog wel aan werken? HB: Nou ik denk dat het nog wel een terugkerend ding blijft. Ja, dat denk ik wel.
Beeldende therapeut	Doorzettingsvermogen	BT: Uhm in eerste instantie vind ik het doorzettingsvermogen heel laag. Na veel therapieën en veel aandacht is hij opgang gekomen alleen nog steeds niet voldoende. Zijn motivatie is dat hij iets doet omdat hij moet. O: Als hij iets leuks vindt dan gaat hij er wel voor maar anders wil hij het liever niet doen, of inderdaad als iets moet. BT: Ja, en hij kijkt naar het eigen belang overal, wat kan hij er voor zichzelf uithalen. Eigen dingen doen en maken. In eigen belang is hij gemotiveerd.
Persoonlijk begeleider	Doorzettingsvermogen	PB: Ja nou ik vind dat hij weinig doorzettingsvermogen heeft. Hij moet eigenlijk zolang hij hier is constant aangespoord worden om dingen te ondernemen. In ieder geval om het vast te houden. Toen hij hier net was hebben we heel veel dingen met hem opgepakt ook qua voeding. Dan gaan we eerst met je naar de winkel om te kijken wat gezondere keuzes zijn qua voeding. Dan is hij heel enthousiast en dan laat hij ook zien wat hij heeft gekocht. Daarna laat je hem alleen gaan en dan gaat het goed, en dan laat hij het zien bij de deur kijk wat ik heb gekocht. En de tweede keer loopt hij de deur voorbij want dan heeft hij het al niet meer gedaan. O: Oh zo dus hij houdt het eigenlijk niet vast? PB: Nee, hij houdt het niet vast. En dat is eigenlijk met alles. O: Ja, dus eigenlijk heeft hij een soort van aansporing nodig en constant het herhalen, herhalen. PB: Ja, ja.
Hoofbehandelaar	Lichamelijke inactiviteit	HB: Nou, cliënt x heeft natuurlijk vóór overgewicht. Uhm, dat blijft wel een ding bij hem, dat dingen hem inspanning kosten. Het wordt dan moeilijker om in beweging te komen. O: Ja, ja zou je zeggen dat doordat dat zo is dat hij ook minder activiteiten oppakt? HB: Ja, nou dat is het kip en het ei verhaal. Ik denk wel dat dit hem fysiek belemmert. Je kunt je afvragen wat er allemaal achter zit dat je zoveel overgewicht hebt, dat je zoveel weg eet. Trauma's of emoties.

		Als je elke dag zoveel kilo's moet meedragen, daar word je niet fitter van. Maar aan de andere kant hoe kom je daar? Dat heeft ook vaak met heel veel dingen te maken.
Beeldend therapeut	Lichamelijke inactiviteit	BT: Uhm, ik heb aan het begin ook gezegd dat hij best wel heel lui is. Door het overgewicht komt hij ook moeilijker in actie. Hij vindt het leuk om te zitten, eten en te chillen. Aan het begin was het heel ernstig. Maar omdat hij moet naar de activiteiten komen, komt het wel wat meer opgang. Hij komt wel afspraken na. Dat is positief. O: Ja, klopt want het stijgt per meting. Op een gegeven moment heb je bij de eindmeting ook aangegeven dat de lichamelijke inactiviteit gering is. BT: Ja, omdat hij komt wel. Hij gaat niet afzeggen. Vroeger zei hij vaak af. Ik kan niet komen blablabla. Maar nu niet meer. O: Oke, dat is wat je ziet bij beeldende therapie? BT: Ja.
Persoonlijk begeleider	Lichamelijke inactiviteit	PB: Dat hij heel inactief is. Ik moet wel zeggen er zijn een aantal punten die nu wel goed gaan. Uhhh misschien heb ik het ook een beetje heel streng ingevuld hoor. Als ik erover na denk gaat hij zelf wel naar de fysio en doet mee met sport en spel. Maar als je zeg maar over de hele dag kijkt, ligt hij voornamelijk in bed. Je moet hem in de ochtend echt aansporen om uit bed te komen hij is bijna niet wakker te krijgen. Hij ligt soms ook als hij niks te doen heeft hele middagen in bed en dan slaapt hij ook echt. En in de avond zie je hem ook wel dingen doen maar over het algemeen is hij gewoon heel moe. Zegt die ook steeds, "ik ben heel moe". Hij neemt ook altijd het busje naar het dorp, in plaats van lopend te gaan. Dus misschien had ik hem op matig kunnen zetten, omdat hij het laatste jaar dit beter doet. Dat hij naar meer activiteiten gaat. O: Ja, want ik wou nog vragen. Is dit van de laatste tijd dat hij meer activiteiten heeft of al een langere tijd? PB: Ik denk ongeveer sinds een jaar. Daarvoor moesten we hem met alles aansporen naar AT gaan, beeldende therapie, bij fysio kwam hij niet opdagen. Sinds een jaar ongeveer is dat beter. Het zit wel in zijn systeem. Dan nog vindt ik hem voor zo'n jonge vent heel inactief.
Hoofdbehandelaar	Wilszwakte/apathie	HB: Ik vind hem wel wat toegankelijker het laatste half jaar drie kwart jaar. Er ligt ook niet veel druk op hem dat hij naar iets anders moet. Het geeft moeder ook rust. Hij doet het hier best heel goed. O: Dus hoe het nu gaat is prima zeg maar? HB: Ja, er ligt weinig druk op hem dus hij krijgt meer ruimte om de dingen te doen wat hem in beweging brengt. HB: Ja, ja. Het zijn allemaal momentopnamen, maar ik zag wel dat hij heel veel plezier had om beeldend bezig te gaan ook. In de relatie die wij hebben vond ik hem ook ontspannener. En we kwamen tot de conclusie dat hij best wel een redelijk gevuld programma heeft. Veel meer dan ruim een jaar geleden.

		HB: Ja en ook de rust dat hij niet naar een andere setting hoeft te kijken en dat geeft moeder ook heel veel rust. Niet steeds waarover waar hij nou naar toe moet. Hij heeft al in jaren niet zo gefunctioneert als bij jullie
Beeldend therapeut	Wilszwakte/apathie	BT: Nee, hij begrijpt het wel maar hij weet niet hoe hij het moet aanpakken. Ook als je hem helpt begrijpt hij het niet, omdat hij niet goed luistert. Het niveau van concentratie is slecht, daarom komt heel weinig aan bij hem. BT: Ja, hij is ongeduldig, lui en ook uhm. Je moet hem gewoon constant motiveren. BT: Ja, hij doet het soms heel goed. Ik vind hem in de grens. Soms is hij goed bij, maar ik denk dat drugs of alcohol ook veel invloed op hem heeft.
Persoonlijk begeleider	Wilszwakte/apathie	PB: Ja, ik denk dat dit met al het vorige overeenkomt. Hij heeft gewoon geen energie, hij is gewoon moe. Chronisch moe. Hij heeft natuurlijk constant aansporing nodig. Hij is slecht te motiveren ook, hij moet het echt heel erg leuk vinden. Enerzijds eigen belang speelt ook wel mee, als het hem wat oplevert dan wil hij er wel veel voor doen. Voor een ander niet altijd. O: Ja, apathie en wilszwakte is een beetje de houding, wat passief en niet echt toekomstperspectief. PB: Nee dat heeft hij helemaal niet. Zolang hij hier is. Hij is hier nu een jaar of drie. Heeft hij altijd gezegd ik hoef niks meer ik ben al met pensioen.
Hoofdbehandelaar	Globale score	HB: Juist hem zien als hij beeldend bezig is of met wat hij gemaakt heeft biedt zoveel ingang tot een gesprek over wat dan ook. Het is altijd een heel mooi middel om ook de dingen te bespreken O: Dus het zorgt eigenlijk voor een soort verbinding? HB: Ja een soort verbinding, maar ook dat hij mij dus nu ook op mijn kantoor opzoekt. Waar ik zijn tekeningen heb opgehangen. Dat is voor hem een hele grote drempel om voor hem te doen. Hij komt hier alleen voor Zag gesprekken en dan is het zweten en zo snel mogelijk weg willen. Maar hij komt nu wel naar me toe. O: Zou je dan kunnen zeggen dat er iets is veranderd in het sociaal contact? Of hoe hij sociaal contact legt? HB: Nah ik denk dat zijn vertrouwen richting mij toe.
Beeldend therapeut	Globale score	BT: Nou eerst laag daarna was het matig. In het algemeen heeft hij vertrouwen nu in ons na alle therapieën. Een band opgebouwd. Door de band en manier van behandelen is hij gemotiveerder geworden. Ik zie die beweging wel. Dat hij een vertrouwensband heeft gecreëerd. Dat is heel goed.

Persoonlijk begeleider	Globale score	PB: Nee dat is ook zo. Ik kan er ook niet heel veel meer van maken. Ik denk echt hij doet zijn best en op zijn manier. Maar voor zijn leeftijd dan denk ik ja, we hadden wel gehoopt dat er wat meer in zou zitten. Wat meer voortgang ook, verbetering er in. O: Ja, dat is wat de beeldend therapeut ook al aangaf. Hij leert niet zo snel. Pb: Nee, je moet het constant herhalen wil het inderdaad ook iets doen
Hoofdbehandelaar	Andere veranderingen in het gedrag	O: Ja, nou dan ben ik door de 5 items heen van de vragenlijst. Overige vraag is eigenlijk of je verder nog verandering hebt waargenomen in gedrag of dat je iets is opgevallen? HB: Nou hij vond het heel leuk om met jouw bezig te zijn met het beeldend werken. Hij maakt ook hele leuke en mooie dingen heeft die gemaakt. Dat gaf hem ook een goed gevoel. Ik zie hem nu minder op de afdeling bezig HB: Ja, wat meer ook de diepgang opzoekt en frustraties wat bepaalde dingen oplevert. Of juist moet je eens kijken het is gelukt, succeservaringen opdoen. Heel veel aandacht en persoonlijke aandacht doet veel mensen goed. HB: Ja, alleen die motor blijft bij hem niet draaien. O: Nee, dus het moet constant herhaalt worden. HB: Dat moet eigenlijk wel aangeboden worden, en de ene periode is die andere periode ook niet dus dat zal ook niet altijd werken. Dat het wel regelmatig terugkomt. HB: Ja ik denk dat dat wel goed zou zijn. En juist voor deze populatie die in de krochten van de psychiatrie blijft zitten, langdurig. Dat je toch op deze manier ook zelf geprikkeld raakt, succeservaringen op kunt doen, met onverwerkte dingen bezig kunt. Of nou het is zeker een mooie vorm om mensen het gevoel van het zijn en mogen zijn. O: Ja, eigen regie en stukje autonomie HB: Ja, een beetje ik-versterking kunnen ze wel gebruiken
Beeldend therapeut	Andere veranderingen in het gedrag	Heeft u nog andere veranderingen waargenomen in het gedrag? Of is u iets opgevallen. BT: Nee
Persoonlijk begeleider	Andere veranderingen in het gedrag	PB: Nee, wat ik zei in het laatste jaar wel. Eigenlijk zijn we met het hele team, mag ik niet zeggen, maar moe ervan. Dat we denken wat moeten we nou met iemand. Hij doet natuurlijk veel in eigen belang en is moeilijk te motiveren. Als je over de hele periode kijkt dat hij hier is dan is hij wel degelijk vooruit gegaan. Toen hij hier net was, was het een hele angstige timide jongen die voornamelijk op zijn kamer zat en niet naar buiten durfde. Dus als je dat bekijkt met nu, als je dat gaat vergelijken. Is hij een heel stuk vooruit gegaan.

Bijlage 8: ETC onderbouwing en observatiemodel

Onderbouwing ETC onderdelen voor het observatiemodel

Voorkeur materiaal: Welk materiaal een cliënt gebruikt en hoe vaak hij/zij dit gebruikt, zegt veel over de cliënt. Het materiaal waar een cliënt voorkeur voor heeft helpt therapeuten te ontdekken hoe een cliënt beslissingen maakt, welke emotionele reacties er ontstaan en hoe ze actie ondernemen. Wanneer cliënten telkens hetzelfde materiaal gebruiken, is hun voorkeur voor informatieverwerking waarschijnlijk onverzettelijk en kan dit erop wijzen dat een bepaald materiaal overmatig wordt gebruikt, of dat andere materialen of input worden genegeerd of onderdrukt. Flexibiliteit bij het verkrijgen van toegang tot en verwerken van informatie vanuit alle lagen is wenselijk. Balans vinden tussen deze lagen is belangrijk en zorgt voor kracht en een goed functionerend individueel (Hinz, 2009). Een ander item dat hieronder valt is:

- Risico nemen

Door steeds hetzelfde materiaal te gebruiken kan het zijn dat een cliënt bang is om risico te nemen. Een doel van beeldende therapie is om de cliënt risico's te laten onderzoeken binnen een veilige omgeving zoals beeldende therapie, zodat ze op alle lagen informatie kunnen gaan verzamelen. Het nemen van risico's kan later worden gegeneraliseerd naar andere gebieden van het leven (Hinz, 2009).

Interactie met het medium

De manier waarop cliënten materialen gebruiken om beelden te vormen, laten zien hoe de cliënt zijn organisatieprocessen demonstreert tijdens de informatieverwerking, als reactie op grenzen en limieten en hun toewijding tot de sessie. Bovendien biedt de manier van interactie met het materiaal de mogelijkheid om inzicht te krijgen in het energieniveau van de cliënt, evenals de copingvaardigheden die in situaties kunnen worden toegepast (Hinz, 2009).

- Limieten en grenzen

Het observeren van limieten en grenzen is een belangrijke taak van de therapeut. Hoeveel materiaal gebruikt de cliënt? Hoe groot is het papier? Over het algemeen zorgt groter papier ervoor dat er meer gedachten, ideeën en emoties ervaren worden. Een beperkte interactie met grenzen kan wijzen op het vermijden van affectieve inbreng en expressie (Hinz, 2009).

- Toewijding en frustratie

Toewijding betekent zorgvuldig en aandachtig een taak uitvoeren. Frustratie kan ontstaan wanneer dingen niet gaan zoals verwacht, en wordt in verband gebracht met teleurstelling en boosheid. Cliënten die snel stoppen met een taak vanuit frustratie, hebben een lage frustratie tolerantie, zij reageren snel vanuit emotie. Vanuit de affectieve component. Sommigen kunnen lang in een werk blijven hangen en hebben de gewoonte om veel na te denken. Overdenken en overwerken, kan een indicatie zijn van cognitieve informatieverwerking (Hinz, 2009).

- Energie niveau

De interesse en motivatie van de cliënt. Een hoog energie niveau wordt beschouwd als interesse en motivatie. Een hoog energieniveau kan in verband staan met de kinesthetische laag (Hinz, 2009).

- Coping vaardigheden

Coping is de manier waarop je geneigd bent om met stressvolle situaties en tegenslagen om te gaan (Mentaal Beter, 2022).

Stilistische en expressieve elementen van het eindproduct

In het werk van de cliënt (het eindproduct) wordt visuele expressie weergegeven. Verschillende componenten zoals ontwikkelingsniveau, lijn- en vormkwaliteit, ruimtegebruik, kleurgebruik,

organische indicatoren en inhoud en symboliek komen aanbod en kunnen worden geobserveerd. Binnen het raamwerk van het Expressieve Therapies Continuum bieden deze elementen aanwijzingen over dominante organisatiefuncties (Hinz, 2009).

- Ontwikkelingsniveau

Het ontwikkelingsniveau wordt in verband gebracht met het ETC. Het ETC geeft weer op welk niveau een cliënt informatie verwerkt. Informatieverwerking begint simpel bij de kinesthetische en sensorische laag, en eindigt complexer bij de cognitief en symbolische laag (Hinz, 2009).

- Lijn en vorm kwaliteit

Fijne details, zorgvuldig gevormde vormen die gedachten, precisie en planning vereisen duiden over het algemeen op een voorkeur voor de cognitieve laag. Bij de perceptuele laag wordt er nadruk gelegd op vorm, lijn, ruimte, kleur en expressie. Vervormde vormen, een te grote nadruk op sommige delen van de vorm, of het verdwijnen van details duiden op het functioneren op de affectieve laag. Een slechte lijn kwaliteit kan in verband worden gebracht met een overmatige betrokkenheid bij de kinesthetische laag (Hinz, 2009).

- Ruimte gebruik

Het gebruik van ruimte in het uiteindelijke beeld kan ook de voorkeur aangeven voor informatieverwerking en beeldvorming. Een groot ruimte gebruik duidt op overmatig gebruik van de affectieve laag. Het gebruik van heel weinig ruimte en het creëren van kleine figuren zou een aanwijzing kunnen zijn voor de perceptuele informatieverwerking en een lagere affectieve expressie, zoals bij depressieve stoornissen. Ruimtegebruik op de kinesthetische laag is als het papier bedekt zou zijn met markeringen als gevolg van toegenomen beweging en energieniveau. Bij de perceptuele en cognitieve laag is het ruimte gebruik waarschijnlijk strategisch gepland en goed uitgevoerd (Hinz, 2009).

- Kleurgebruik

Kleurgebruik hang samen met het oproepen van emoties. Bij het beoordelen van kunst wordt kleurgebruik op verschillende manieren geassocieerd met emotionele betrokkenheid. Zo neigen donkere kleuren zoals zwart, bruin en blauw of helemaal geen kleur naar depressie. Heel veel en gevarieerde kleuren kunnen neigen naar een manische fase bij iemand met een bipolaire stoornis (Hinz, 2009)

- Inhoud en symboliek

Dit gaat over de werken van de cliënt. Wat de cliënt heeft gemaakt en wat het betekent. Er kan hier worden gekeken naar een thema, onderwerp en of symbolen die de cliënt gebruikt en wat dit betekent voor de cliënt (Hinz, 2009).

- Organisatorische functies

Deze functie laat zien op welke manier een persoon in het dagelijks leven informatie verzamelt om beelden te vormen. Deze komen overeen met de 6 lagen van het ETC. In hoofdstuk 10 staan in tabel 10.2 de functies beschreven (zie hieronder). Deze tabel geeft inzicht in de verschillende lagen en hoe zich dit uit in beelden van cliënten. En op welke laag de cliënt zich het meest bevindt en welke laag een uitdaging kan zijn (Hinz, 2009).

Hieronder staan de verschillende lagen uit het ETC weergegeven.

K = Kinesthetische component		CR = Creatieve overgang	S = Sensorische component	
Nadruk ligt op expressie en actie			Nadruk ligt op sensaties en sensorische verkenningen	
KX (-) Overmatig of ondermatig gebruik van de laag	K (+)	CR K-S	S (+)	SX (-) Overmatig of ondermatig gebruik van de laag
-Geagiteerde krabbels -Slechte lijn kwaliteit -Punten en strepen -Materiaal gooien -Papier ruimte negeren	-Krabbelen -Steken -Bekladden -Rollen	-Dynamische kinesthetische expressie met gelijktijdig sensorische feedback	-Zintuigelijke verkenning van materialen en texturen -Zintuigelijke verkenning van oppervlakken	-Teveel in de zintuigelijke ervaringen blijven hangen. -Stilte of zeer langzame bewegingen -Vermijden van zintuigelijke ervaringen -Gebrek aan sensorische integratie -Extreme zintuigelijke gevoeligheid
P = Perceptuele component		CR = Creatieve overgang	A = Affectieve component	
Nadruk ligt op vormen en individuele afbeeldingen			Nadruk ligt op affectieve expressie	
PX (-) Overmatig of ondermatig gebruik van de laag	P (+)	CR P-A	A (+)	AX (-) Overmatig of ondermatig gebruik van de laag
-Geometrie van vormen -Stereotiepe beelden -Slecht geïntegreerde vormen -Overwicht van contouren -Te veel nadruk op details -Zeer kleine vormen -Minimaal kleurgebruik -Verminder ruimtegebruik	Vormoverheersing -Mix tussen lijn en vorm -Vormvariaties -Differentiatie van details -Voldoende gebruik van de ruimte	-Levendige kleuren -Abstract of realiteitsgericht -Dynamische vormen -Betrokkenheid bij expressie	-Open vormen -Ordering van vormen -Schemavariaties -Overlappende vormen -Kleurgebruik overheerst -Affectief expressieve vormen	-Desintegratie van vormen -Geagiteerde vormen -Botsende vormen -Affectieve afbeeldingen als hallucinaties -Overdreven groot of dreigende vormen -Meer ruimte gebruik
C = Cognitieve component		CR = Creatieve overgang	SY = Symbolische component	
Nadruk ligt op cognitieve activiteiten			Nadruk ligt op symbolische expressie	
CX (-)	C (+)	CR C-SY	SY (+)	SYX (-)

Overmatig of ondermatig gebruik van de laag				Overmatig of ondermatig gebruik van de laag
-Verlies van conceptuele betekenis -Stijve structuren -Overmatig gebruik van woorden -Extreme armoede aan beelden - Onlogische of onvolledige relaties tussen vormen	- Conceptvorming -Objectieve betekenis -Ruimtelijke integratie -Abstracties Probleemoplossing -Woordinsluiting -Stapsgewijs plannen -Pictogrammen	-intuïtieve probleemoplossing -Zelfontdekking -Spirituele zoektocht -Zelfacceptatie	-Symbolische betekenis -Symbolische relatie tussen vormen -intuïtieve conceptvorming -Subjectieve betekenis -Zelf zoekende	-Over identificeren met symbolen -Eigenzinnige symbolen -Obscure symboliek -Symbolische percepties van de werkelijkheid -Symbolen gebruiken als verdediging

Tabel 10.2 uit Expressieve Therapies Continuum van Hinz (2009), ETC Componenten.

Verbale Communicatie

Verbale communicatie is belangrijk in de beeldende therapie. Cliënten kunnen hun werken toelichten en gevoelens bespreken die zij ervaren tijdens het werken (Hinz, 2009).

- Kwaliteit van verbale opmerkingen

Opmerkingen van cliënten kunnen hints geven aan therapeuten over hoe zij informatie verwerken en welke voorkeur ze hebben. Wanneer cliënten vooral spreken over de sensorische aspecten van een werk, wordt informatie sensorisch verwerkt. Wanneer cliënten gefocust zijn op hun emoties zitten zij als snel op de affectieve laag. Cliënten die gefocust zijn op de visuele aspecten van het werk, bevinden zich op de perceptuele laag. De cognitieve informatieverwerking wordt in verband gebracht met cliënten die een stappenplan hebben uitgevoerd tijdens het werken. Wanneer een cliënt veel ingaat op de symbolische kant van het werk, wordt er op de symbolische laag veel informatie verwerkt (Hinz, 2009).

- Snelheid en volume spraak

Wanneer een cliënt langzaam en/of overwogen spreekt, kan dit een indicatie zijn van een overheersend denkproces. Dit sluit aan bij de cognitieve laag. Wanneer cliënten snel en luid spreken, kan dit een indicatie zijn van een bipolaire stoornis. Als cliënten weinig spreken en niet spontaan reageren, kan dit duiden op een depressie (Hinz, 2009).

Observatiemodel

Datum:

Sessie:

Voorkeur voor materiaal	
Voorkeur materiaal	
Het nemen van risico	
Interactie met het materiaal	
De grootte van het papier	
Hoeveelheid materiaal dat wordt gebruikt	
Toewijding en frustratie	
Energie niveau (motivatie, interesse)	
Coping vaardigheden	
Stilistische of expressieve elementen van het eindproduct	
Ontwikkelings- niveau	
Lijn en vorm	
Ruimte gebruik	
Kleur gebruik	
Inhoud en symboliek	
Organisatorische functies	
Verbale communicatie	
Verbale opmerkingen	
Snelheid en volume spraak	

Bijlage 9: Ingevulde ETC observatiemodellen

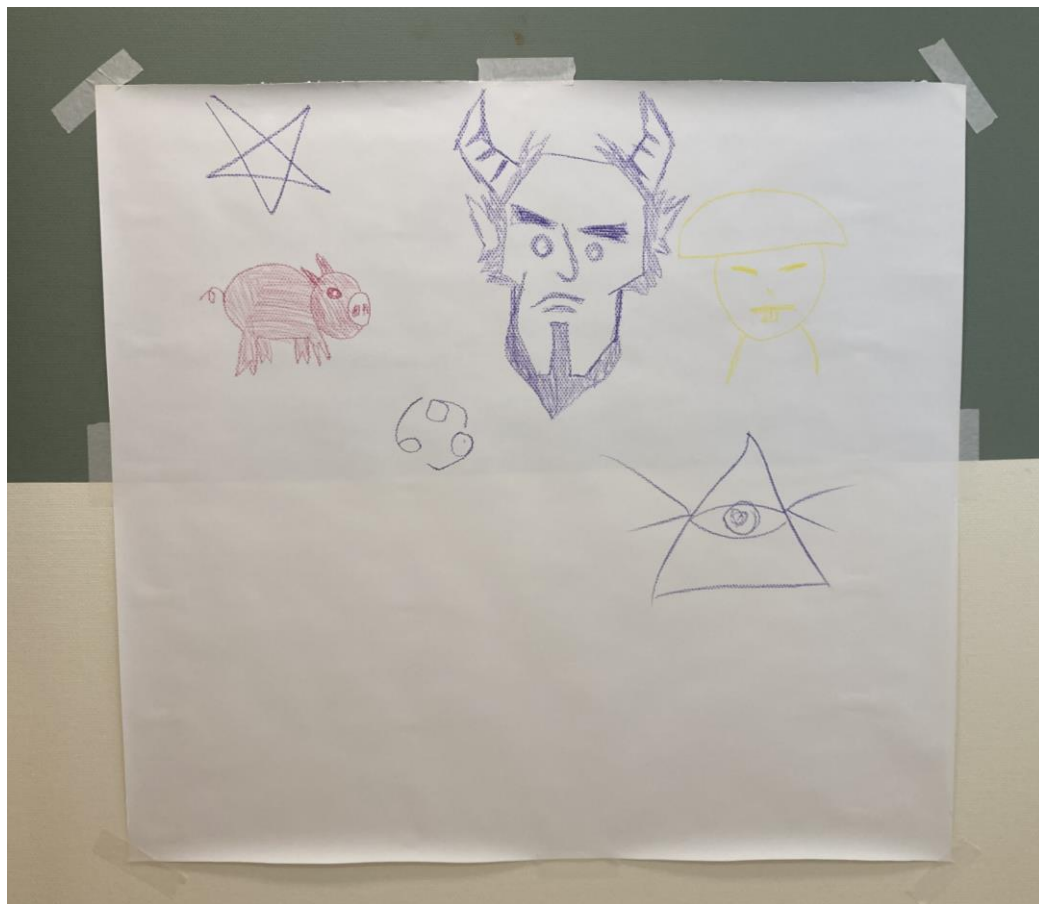
Observatiemodel

Datum: 01-06-2023

Sessie: 1

Voorkeur voor materiaal	
Voorkeur materiaal	Materiaal was gekozen door de onderzoeker. Oliekrijt. Kleuren heeft de cliënt zelf gekozen. Voorkeur lag bij de kleuren
Het nemen van risico	Cliënt x nam weinig risico. Hem gevraagd op beweging te werken, maar cliënt x bleef binnen zijn comfortzone en creëerde figuratieve beelden. Nam geen risico om het hele papier te gebruiken.
Interactie met het materiaal	
De grootte van het papier	Ongeveer 1m bij 1m. De grote van het papier is samen bepaald. De opdracht van de sessie was om het papier te vullen met de oliekrijtjes op beweging. Cliënt x heeft niet het hele papier gebruikt. Hij gaf aan dat hij moeilijk kan bukken en dus onderin er niet bij kwam.
Hoeveelheid materiaal dat wordt gebruikt	Cliënt x heeft 3 kleuren gebruikt. Rood, geel en blauw.
Toewijding en frustratie	Hij is snel klaar met het werk. Heeft er 9 minuten over gedaan. Lijkt het niet heel serieus te nemen, gebruikt humor. Raakt niet snel gefrustreerd. Laat de meeste figuren leeg en eentje wordt ingekleurd.
Energie niveau (motivatie, interesse)	Gaat snel te werk, heeft weinig concentratie. Maakt figuratieve beelden, wat vertrouwt is voor cliënt x. Is al snel klaar.
Coping vaardigheden	Eerst niet willen beginnen, moe zijn. Met motivatie wil cliënt x wel beginnen. Moet gemotiveerd worden. In de nabespreking wil hij niet veel loslaten.
Stilistische of expressieve elementen van het eindproduct	
Ontwikkelings- niveau	Cognitief/symbolisch en perceptueel. Cognitief omdat cliënt x al een idee had van wat hij ging maken. Symbolisch omdat het figuren zijn die iets betekenen iets willen zeggen. Het zijn tekens. Perceptueel hij kijkt waar hij dingen neerzet en welke delen of welk figuur hij invult met kleur.
Lijn en vorm	Veel verschillende vormen, van rond naar hoekig. Geometrische vormen. Veel lijnen en minder opvulling.
Ruimte gebruik	Het deel boven aan het papier is redelijk vol. Heeft niet alle ruimte genomen die er is. Onderin veel lege ruimte, net als tussen de figuren.
Kleur gebruik	Blauw, rood en geel. Gebruik gemaakt van primaire kleuren. Vooral veel figuren die niet zijn ingevuld met kleur en leeg zijn.
Inhoud en symboliek	Veel symbolische beelden. Een duivel, chinees, varken, alziend oog, ster en 3 keer de 6, teken van de duivel. Ogen komen vaak terug in zijn werken. Inhoud lijkt over religie te gaan. Wil niet veel kwijt over wat de betekenis hiervan is.

Organisatorische functies (Zie Bijlage 7)	CX (-) Extreme armoede aan beelden, weinig beelden en weinig ruimte ingenomen. Onlogische of onvolledige relaties tussen vormen, het is niet bij elke vorm/figuur duidelijk met welke vorm hij in relatie staat. C (+) Stapsgewijs plannen, cliënt x had al een idee wat hij ging maken. Pictogrammen, de figuren lijken op pictogrammen/symbolen. SY (+) Symbolische betekenis, de beelden hebben een betekenis. Symbolische relatie tussen vormen, tussen sommige vormen is een relatie te zien. P (+) Vormoverheersing, cliënt x heeft veel vormen gebruikt.
Verbale communicatie	
Verbale opmerkingen	Eerst geconcentreerd aan het werk. Gaat vanuit zichzelf niet snel vragen stellen. Hem gevraagd hoe hij het vindt om dit te doen is het antwoord meestal altijd "ja wel prima". Wanneer de onderzoeker vraagt waarom de ruimte onderin het papier nog leeg is, geeft cliënt x het volgende aan "daar kan ik moeilijk bij komen". Verder maakt cliënt x veel grapjes. Vraagt regelmatig of de onderzoeker met hem naar de supermarkt wil of naar de Mac.
Snelheid en volume spraak	Cliënt x praat rustig op een normale toon. Gebruikt vaak humor, is minder snel serieus.



Observatiemodel

Datum: 03-07-2023

Sessie: 6

Voorkeur voor materiaal	
Voorkeur materiaal	Olieverf, de cliënt leek hier graag mee te werken. Dat we gingen schilderen met de handen gaf weerstand "dan krijg ik vieze handen". Kon zich hier wel snel overheen zetten en heeft het toch gedaan.
Het nemen van risico	Is beter instaat om risico's aan te gaan. Hij heeft de hele papier gebruikt, en heeft gewerkt met zijn handen waar hij eerst tegenop zag.
Interactie met het materiaal	
De grootte van het papier	Grote van het papier was ongeveer 1m bij 1m
Hoeveelheid materiaal dat wordt gebruikt	De cliënt heeft 3 kleuren gebruikt. Blauw, okergeel en een bordeaux rood.
Toewijding en frustratie	De cliënt is toegewijd aan het werk. Raakt niet gefrustreerd, want er ligt minder druk op hem om "iets moois te maken". Is 15 minuten bezig geweest op beweging.
Energie niveau (motivatie, interesse)	Was actief aan het bewegen over het papier. Snelle bewegingen. Spelende kind kwam naar voren.
Coping vaardigheden	Komt langzaam en passief over. Moet gemotiveerd worden om bezig te gaan. In de nabespreking beantwoordt cliënt x kort vragen. Gaat hier niet diep op in.
Stilistische of expressieve elementen van het eindproduct	
Ontwikkelings- niveau	Kinesthetische laag, door te bewegen over het papier heen. Hele papier te vullen. Sensorische laag, door te werken met de handen. Direct in contact met de zintuigen.
Lijn en vorm	Duidelijke zichtbare bewegingen die zijn gemaakt. Dynamische bewegingen die in een ronde/spiraal achtige vorm zijn weergegeven.
Ruimte gebruik	Alle ruimte is gebruikt. Af en toe komt er wit door het werk heen.
Kleur gebruik	Blauw rood, geel. De primaire kleuren.
Inhoud en symboliek	Geen symboliek zichtbaar. Inhoud is op beweging. Werken vanuit beweging. Veel contrast zichtbaar.
Organisatorische functies (Zie bijlage 7)	K (+) Bekladden, met de handen werken op het papier. CR K-S Dynamische kinesthetische expressie met gelijktijdig sensorische feedback. Werken op beweging op een groot papier en sensorisch door met de handen te werken. Allebei kwamen aanbod. S (+) Zintuigelijke verkenning van materialen, door te werken met de handen. Zintuigelijke verkenning van oppervlakken, door op een groot papier te werken.
Verbale communicatie	
Verbale opmerkingen	Gebruikt veel humor. Vraagt geregeld of de onderzoeker met hem naar de winkel wil of Mac. "Ik vindt mijn werk mooier dan die van jou". Wat vind je mooi aan je werk? "De licht donker contrasten

	vind ik mooi". Het eerste werk en laatste werk samen bekeken. Gevraagd waar bij welk werk hij het meest plezier had. "Het laatste werk". Gevraagd welk werk volgens hem het beste resultaat heeft. "Ook het laatste werk, de kleuren en contrasten vind ik mooi".
Snelheid en volume spraak	Rustige toon. Snelheid van praten is normaal.



Bijlage 10: interventies

Bij alle interventies kiest de onderzoeker de materialen uit. Alle sessies staan in het teken van de Florence Cane methode, dus werken op beweging. Aan het begin van de sessie wordt een check-in gedaan om te kijken hoe de cliënt er die dag bij zit. Elke sessie wordt er gewerkt met groot papier. De grootte van het papier is minimaal 1m, het liefst groter. De cliënt staat elke sessie, want het papier is op de wand geplakt. Daarbij is het de taak van de onderzoeker om de cliënt zoveel mogelijk te motiveren en activeren om in beweging te komen.

Hieronder zijn in het kort de sessies beschreven.

De apathie subschaal vragenlijst, wordt verstuurd naar de participanten voor de eerste sessie.

Sessie 1:

De eerste sessie sluit aan op de Florence Cane Methode. Krassen met oliekrijt op een papier van 1m bij 1m. Het doel is om in beweging te komen. Er is voor oliekrijt gekozen omdat dit lekker rolt over het papier. Bij deze sessie staat de cliënt en hangt het papier aan de wand. De onderzoeker motiveert en activeert de cliënt om in beweging te komen. Door de beweging wordt er gewerkt vanuit de kinesthetische laag van het ETC.

Sessie 2:

De tweede sessie staat in het teken van samenwerken en motiveren. Door samen te werken elkaar motiveren en activeren. Hierbij bewegen de onderzoeker en cliënt samen staand op een papier van 1m bij 2m ongeveer. Het doel is om de cliënt in beweging te krijgen. Het materiaal dat wordt gebruikt is pastelkrijt. Door het te kunnen uitvegen komt de cliënt nog meer in beweging. Door in beweging te komen en te voelen (het uitvegen van het materiaal), wordt er gewerkt op de kinesthetische en sensorische laag van het ETC.

Sessie 3:

De derde sessie staat in het teken van de tekenbewegingsmethode (TBM). Het doel is om in beweging te komen. Hierbij hebben de cliënt en onderzoeker allebei een eigen papier van 1m bij ongeveer 1m, of groter. Er wordt gewerkt met houtskool, dit is ook uit te vegen op het papier net als pastelkrijt waardoor er wordt ingezet op extra beweging. Door in beweging te komen en te voelen (het uitvegen van de houtskool), wordt er weer gewerkt op de kinesthetische en sensorische laag van het ETC.

De apathie subschaal vragenlijst, wordt verstuurd naar de participanten voor de tussenmeting.

Sessie 4:

De vierde sessie wordt er geactiveerd door zo snel mogelijk het hele papier te vullen. Een competitieve sessie. De onderzoeker en cliënt gaan wedstrijdje doen wie het eerst het papier gevuld heeft. Het doel is om te activeren, plezier te ervaren en te experimenteren. Er worden verschillende materialen neergelegd zoals, rollers, grote blokkwasten, vegers enz. Hierdoor kan de cliënt experimenteren met verschillende materialen. Met deze werkvorm wordt er gewerkt op de kinesthetische laag van het ETC.

Sessie 5:

De vijfde sessie wordt er gewerkt met allebei de handen om in beweging te komen. Er wordt gewerkt met stiften, in elke hand een andere kleur. De bedoeling is dat de cliënt met beide handen tegelijk

beweegt. De onderzoeker geeft aan met welke vorm ze beginnen. Dit kan zijn ronde bewegingen met beide handen, of constant van boven naar beneden te werken. Het doel is om in beweging te komen. Met deze sessie wordt er weer gewerkt op de kinesthetische laag van het ETC.

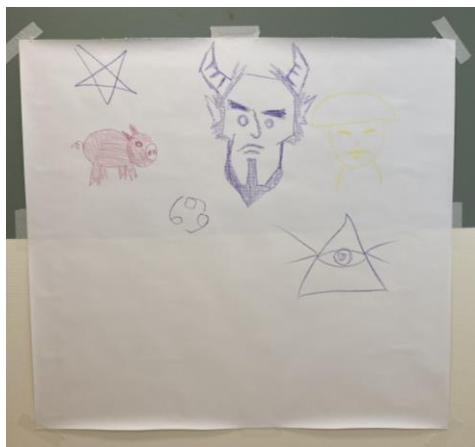
Sessie 6:

De zesde en tevens laatste sessie staat in het teken van bewegen en voelen. Het doel is vooral door te werken op beweging, in beweging te komen. Er wordt gewerkt met olieverf op een papier van 1m bij ongeveer 1m of groter. Hierbij worden de handen gebruikt om de olieverf op het papier te brengen. Met olieverf aan de handen wordt er bewogen over het papier. Er wordt met deze sessie gewerkt vanuit de kinesthetische en sensorische laag van het ETC. Door bewegen en voelen te combineren.

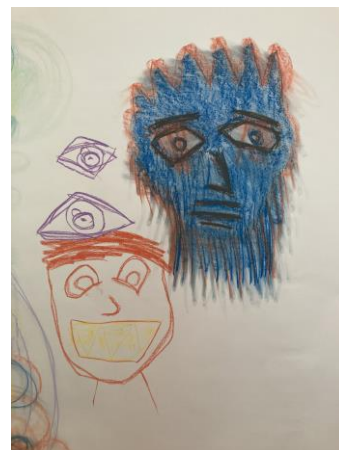
De apathie subschaal vragenlijst, wordt verstuurd naar de participanten voor de eindmeting.

Uitwerking van de sessies

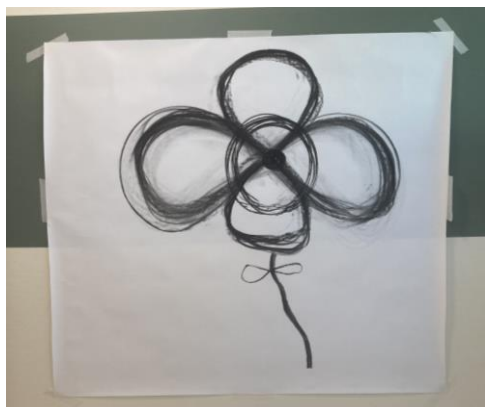
Sessie 1



Sessie 2



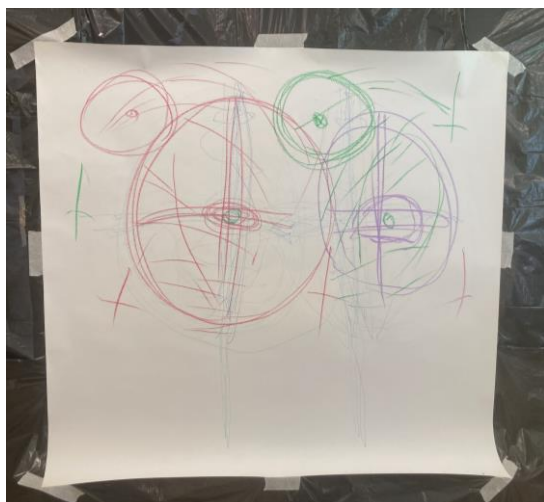
Sessie 3



Sessie 4



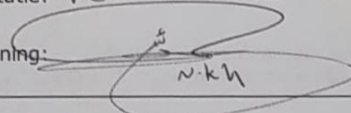
Sessie 5



Sessie 6



Bijlage 11: Adviesrapport

Naam student-onderzoeker: Melissa van Pijkeren Opleiding: Beeldende therapie Relatienummer: 47165663 Naam en functie onderzoeksbegeleider praktijk: Nima Roomez khaksari: Beeldend therapeut Datum: 13-11-2023
Wat vindt u sterke onderdelen van het afstudeeronderzoek (concept)? 1. Innovatieve methode (beweging, Florence care en ETC) 2. Goede vakliteratuur (ETC) 3. Mooi hoe je het Beeldend werken erbij betrekt (deelnemers) (en uitgebreid geanalyseerd) Argumentatie:
Wat is uw advies aan de student ter verbetering van het afstudeeronderzoek en waarom? 1. Zou mooi zijn als je de cliënt ook als participant kan betrekken in het onderzoek (vragenlijst) 2. Meer literatuur in de discussie!! bgv. activatie bij deze doelgroep en autonomie. Zijn er ook onderzoeken naar activatie in de GGZ? 3. Ook je aanbevelingen kunnen uitgebreider!! Argumentatie:
Wat is uw oordeel over de wijze waarop de student het onderzoeksproces gestalte heeft gegeven (goed/ voldoende/onvoldoende): Argumentatie: goed
Wat is uw oordeel over de bruikbaarheid van het onderzoek (goed/ voldoende/onvoldoende): Argumentatie: voldoende Handtekening:  N.K.H.

Bijlage 12: Toestemmingsformulier HBO-Kennisbank

NHL
STENDEN
hogeschool

Toestemmingsformulier

Toestemming voor publicatie in de HBO-Kennisbank

- De student is zich ervan bewust dat de HBO-Kennisbank een full-text database is waarin scripties digitaal worden aangeboden. Hierdoor zijn de scripties wereldwijd publiek toegankelijk via het internet.
- De student is ervan op de hoogte dat hij/zij houder blijft van het intellectuele eigendom en ten alle tijden de toestemming tot publicatie kan intrekken.
- De student is ervan op de hoogte dat het afstudeeronderzoeksrapport uitsluitend in de database opgenomen wordt indien deze beoordeeld wordt met een 7 of hoger en indien student en stage instelling voor akkoord hebben getekend.
- De student is ervan op de hoogte dat hij/zij verantwoordelijk is voor het onnavolgbaar en onherkenbaar maken van privacygevoelige inhoud van het afstudeeronderzoeksrapport voor derden

Maak een keuze uit:

Toestemming

- Hierbij verleen ik toestemming voor publicatie van de digitale versie van de scriptie in de HBO-Kennisbank voor een periode van 5 jaar.

Toestemming met embargo

- Hierbij verleen ik toestemming voor publicatie van de digitale versie van de scriptie in de HBO-Kennisbank na een embargoperiode van ... maanden.

Geen toestemming

- Hierbij geef ik geen toestemming voor publicatie van de digitale versie van de scriptie in de HBO-Kennisbank.

Naam student: Melissa van Pijkeren

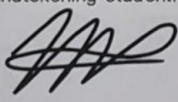
Studentnummer: 47165663

Titel scriptie: In hoeverre draagt de Florence Cane methode bij aan het verminderen van het negatieve symptoom apathie bij cliënt x met schizofrenie en autisme binnen een langdurige rehabilitatie setting?

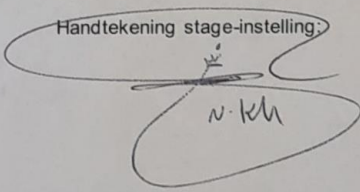
Opleiding: Vaktherapie beeldend

Datum: 08-11-2023

Handtekening student:



Handtekening stage-instelling:



n.kh

