



SLINGEREN TUSSEN VERLIES EN HERSTEL

Beeldende therapie aan de hand van het duale procesmodel binnen het geriatriesch revalidatiecentrum

Een kwalitatief praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek.

Carmen den Heijer
Hogeschool Utrecht te Amersfoort
Contactgegevens: carmendenheijer@gmail.com
Opleiding Vaktherapie (Beeldend)
Opdrachtgever: Janneke Steentjes
Organisatie: AxionContinu
Afstudeeropdracht met focus op onderzoek
Aangepaste versie voor publicatie
13 juni 2019

SAMENVATTING

Dit is een praktijkgericht kwalitatief ontwikkelingsonderzoek waarbij onderzocht is hoe beeldend vaktherapeuten aan de hand van het Duale Procesmodel (DPM) volgens Stroebe en Schut (1999) kunnen werken aan verlies met CVA revalidanten binnen de GRZ (geriatrische revalidatiezorg). Rouwen wordt in dit model omschreven als het heen en weer slingeren tussen twee realiteiten: de realiteit van het leven dat nooit meer hetzelfde zal zijn (verlies), en de realiteit van het leven dat doorgaat (herstel).

Op kwalitatieve wijze is geanalyseerd op welke manier op dit moment het DPM geïmplementeerd kan worden binnen de beeldende therapie en toegepast op de specifieke context. Dit is gedaan middels het afnemen van half-gestructureerde interviews met vier deskundigen, het uitvoeren van observaties bij de opdrachtgever en het bestuderen van literatuurbronnen.

Het belangrijkste resultaat is dat er twee werkwijzen lijken te zijn waarmee beeldend therapeuten met het DPM kunnen werken binnen deze context. De eerste wijze is een waarbij psycho-educatie een belangrijke rol speelt in de beeldende therapie en het metaforisch uitwerken van de eigen beleving centraal staat. Er wordt gewerkt aan doelen om meer inzicht te krijgen in de eigen coping en deze verder te valideren en uit te breiden. Bij de tweede wijze gebruikt de therapeut zijn kennis over het DPM om de beeldend therapeutische behandeling beter aan te laten sluiten op de behoeftes van de cliënt. Er kan binnen de therapie gewerkt worden aan de herstel- of verlieskant, afhankelijk van waar de cliënt op dat moment in de slingerbeweging zit.

ABSTRACT

This is a practice oriented qualitative development research in which is investigated how art therapists can work stroke recovering clients with a focus on loss using the Dual Process Model of Stroebe and Schut (1999) within the geriatric rehabilitation care. Grieving in this model is described as the slinging back and forth between two realities that exist at the same time: The reality of the life that will never be the same again (loss), and the reality of the life that goes on (restoration). In a qualitative manner it has been researched how the Dual Process Model can be implemented in art therapy and applied to this specific context. This has been done by executing a semi-structured interview with four experts, taking observations in the field and studying literature sources. The foremost result of this research is that there seem to be two manners in which art therapists can work with the DPM in this context. The first is one where psychoeducation takes an important role in the art therapy, with the focus on the expression of the personal experiences in a metaphorical way. Goals that can be set are gaining more insight on personal coping styles, to validate these and expand the coping. In the second manner the art therapist uses their knowledge over the DPM to better adapt the treatment to the clients' needs. There can be worked on either loss or grief, depending of where in the swinging motion the client is at that time.

VOORWOORD

Met gepaste trots presenteer ik mijn afstudeeronderzoek 'Slingeren tussen verlies en herstel', over beeldende therapie aan de hand van het duale procesmodel binnen de CVA revalidatie. Dit afstudeeronderzoek heb ik uitgevoerd in het kader van mijn studie Vaktherapie richting Beeldend aan de Hogeschool van Utrecht te Amersfoort en in opdracht van Janneke Steentjes, vaktherapeut binnen AxionContinu. De keuze voor de toepassing van het DPM binnen de CVA revalidatie is in samenspraak met de opdrachtgever, Janneke Steentjes, bedacht. Hiervoor heb ik inspiratie gehaald uit mijn minor aan de Hogeschool van Utrecht, Beroepsmatig omgaan met rouw- en verliessituaties.

Vanaf januari 2019 tot en met juni 2019 ben ik bezig geweest met het uitvoeren en schrijven van mijn onderzoek en het bijbehorende eindproduct. Hoewel het tijdsbestek maar kort was op een mensenleven, voelde het als een lange reis. Nu ben ik aan het einde van deze reis, en kan ik terug kijken op de weg die ik heb bewandeld de afgelopen maanden. Dit was geen makkelijke weg, maar ik kan tevreden terug kijken dat ik alle hindernissen op mijn pad heb overwonnen. Hoewel ik het pad zelf belopen heb, had ik het niet gekund zonder mijn supporters aan de zijlijn. Janneke, ik wil jou ontzettend bedanken. Je bent een enorme inspiratie voor mij en leert mij elke keer meer. Ook mijn medestudenten/collega onderzoekers wil ik bedanken. Ik heb vaak met hen kunnen sparren over het onderzoek op effectieve wijze, wanneer ik vastliep. Ook wil ik mijn vriend bedanken voor zijn eeuwige geduld en ondersteuning tijdens het schrijfproces. Hij stond altijd klaar om mijn leed en gezeur aan te horen. Als laatste waren ook mijn ouders onmisbaar in dit proces. Bedankt dat ik altijd bij jullie terecht kan. Ook mijn groep respondenten en mijn evaluatiegroep zijn van onschatbare waarde geweest voor het mogelijk maken van dit onderzoek. Bedankt voor jullie tijd en energie.

Over het onderwerp van deze scriptie heb ik een enorme passie. Ik heb twee jaar met veel plezier, tranen en voldoening met deze doelgroep stage mogen lopen. Vandaar dat ik ook gedreven was om over deze doelgroep onderzoek te doen, bij te dragen aan kennis over beeldende therapie bij CVA revalidanten binnen het werkveld. Ook het thema rouw en verlies binnen de vaktherapie ligt mij dicht bij het hart. Ik hoop dat mijn passie voor de doelgroep en het onderwerp terug te lezen is in het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Carmen den Heijer

Amersfoort, 13 juni 2019

INHOUD

Samenvatting.....	2
Abstract	2
Voorwoord	3
Inleiding.....	6
Hoofdstuk 1 - Inhoudelijke oriëntatie	7
1.1 Geriatrisch revalidatiecentrum	7
1.2 Cerebro vasculair accident (CVA)	7
1.3 Rouw en verlies bij hersenletsel.....	8
1.4 Vaktherapie binnen revalidatie	11
1.5 Het duale procesmodel	11
1.6 Psycho-educatie	14
Hoofdstuk 2 - Onderzoekskwestie	15
Hoofdstuk 3 – Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen.....	16
3.1 Hoofdvraag.....	16
3.2 Deelvragen.....	16
3.3 Doelstellingen.....	16
Hoofdstuk 4 - Onderzoeksmethode	17
4.1 Onderzoeksbenadering	17
4.2 Onderzoekstype	17
4.3 Dataverzamelingstechnieken	17
4.4 Data-analyse	20
4.5 Kwaliteitscriteria.....	20
Hoofdstuk 5 – Resultaten	21
5.1 Deelvraag 1 - Indicatie.....	21
5.2 Deelvraag 2 - Doelen	23
5.3 Deelvraag 3 - Attitude	26
5.4 Deelvraag 4 - Werkvormen	28
5.5 Deelvraag 5 - Interventies	32
Hoofdstuk 6 – Conclusie	36
Hoofdstuk 7 – Aanbevelingen	39
7.1 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk	39
7.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek	39
Bibliografie	40
Bijlage 1 – Gedragscode HBO	44
Bijlage 2 – Transcriptie respondent Wieke Hoonte	45

Bijlage 3 – Transcriptie respondent Ilse Meijer	46
Bijlage 4 – Transcriptie respondent Linda van de Zande	47
Bijlage 5 – Transcriptie respondent Janske van Kollenburg	48
Bijlage 6 – Topiclijst	49
Bijlage 7 – Observaties	51

INLEIDING

Voor u ligt het kwalitatieve praktijkgerichte ontwikkelingsonderzoek van Carmen den Heijer 'Slingeren tussen verlies en herstel'. Het onderzoek gaat over hoe beeldend therapeuten kunnen werken aan verlies aan de hand van het Duale Procesmodel (DPM) met CVA revalidanten binnen de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). De aanleiding van dit onderzoek is de afstudeeropdracht van de opleiding Vaktherapie, richting beeldend, van de Hogeschool van Utrecht. Deze afstudeeropdracht is uitgevoerd aan de hand van een vraag in de praktijk. De wijze waarop vaktherapeuten kunnen werken aan de hand van het DPM met CVA revalidanten binnen de GRZ bij het werken aan verlies, is voor het onderzoek opgedeeld in de onderdelen van mogelijke indicaties, doelen, therapeutische attitude, werkvormen en interventies.

Hoofdstuk 1 bevat een literatuurverkenning en documentatie over de praktijksituatie, de inhoudelijke oriëntatie. Deze verschaft achtergrondinformatie over het DPM, de context van de GRZ, een verkenning van CVA als ziektebeeld, rouw en verlies bij hersenletsel en vaktherapie binnen de revalidatiesetting. In hoofdstuk 2 staat de onderzoekskwestie beschreven. Hier wordt de relevantie en actualiteit van het onderzoeksonderwerp toegelicht op micro-, meso- en macroniveau. De praktijkkwestie wordt vanuit verschillende perspectieven toegelicht. In hoofdstuk 3 staat vervolgens de hoofdvraag uitgeschreven. Ook staan in hoofdstuk 3 de deelvragen waarin de hoofdvraag is opgedeeld beschreven en de doelstelling die het onderzoek heeft. In hoofdstuk 4 zijn de onderzoeksmethoden toegelicht. Hierin wordt de systematiek waarmee het onderzoek uitgevoerd is beschreven. Toegepaste onderzoeksmethode worden toegelicht en de verantwoording van de keuze hiervoor. Hoofdstuk 5 betreft de resultaten. Hierin wordt de data gevonden uit de bronnen per deelvraag toegelicht. In hoofdstuk 6 kan de conclusie van het onderzoek gevonden worden. Hierin worden de resultaten samengevat en wordt de centrale hoofdvraag beantwoord. In hoofdstuk 7 staan vervolgens de aanbevelingen van de onderzoeker voor zowel de beroepspraktijk als verder onderzoek.

Om de leesbaarheid van het onderzoek te verhogen kan er waar hij of zijn ook zij of haar gelezen worden.

HOOFDSTUK 1 - INHOUDELIJKE ORIËNTATIE

1.1 GERIATRISCH REVALIDATIECENTRUM

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) betreft kortdurende, geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op verwacht herstel van functioneren en maatschappelijke participatie bij relatief laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang (Verenso, 2010). Het doel is uiteindelijk om de patiënt terug te laten keren naar de oorspronkelijke woonsituatie (Actiz, 2019). Het verschil met een regulier medisch revalidatiecentrum betreft dat de cliënten vaak lager belastbaar zijn door multimorbiditeit en hun kwetsbaarheid (De Vos, Van Balen, Gobbens, & Bakker, 2017). De geriatrische revaliderende cliënten hebben gemiddeld vier nevenaandoeningen. Daarnaast hebben geriatrische revaliderende cliënten frequent problemen op het gebied van communicatie, gedrag, algemene dagelijkse levensverrichtingen, mobiliteit en stemming (Achterberg, 2013). Deze revalidanten hebben veelal ook een hogere leeftijd. Hoewel strikt gezien leeftijd niet als een criterium geldt voor de keuze voor revalidatie in de geriatrische revalidatiezorg, bedraagt de gemiddelde leeftijd van de patiënt 79,8 jaar (Verenso, 2010).

De genoemde kenmerken van de geriatrisch revalidant zorgen ervoor dat ze de behandeling in een regulier medisch revalidatiecentrum niet aankunnen vanwege de intensiteit (Verenso, 2010). Ook is er in het geriatrisch revalidatiecentrum meer aandacht voor bijkomende aandoeningen (Diabetes Mellitus, verminderde nierfunctie, cognitieve- en stemmingsstoornissen, hartfalen, COPD, artrose etc.) en nemen deze in het revalidatietraject een grotere plaats in. De zorg wordt in een geriatrisch revalidatiecentrum geleverd door een multidisciplinair team bestaande uit: verpleegkundigen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen, diëtisten, maatschappelijk werkers, geestelijke verzorgers en mogelijk ook andere therapeuten, zoals muziektherapeuten. Deze werken allemaal onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde (Vos et al., 2017)

1.2 CEREBRO VASCULAIR ACCIDENT (CVA)

Een cerebrovasculair accident (ook wel beroerte genoemd) is het plotseling optreden van neurologische uitvalsverschijnselen doordat er iets misgaat in de bloedvoorziening van de hersenen. Het is een veel voorkomende ziekte in Nederland, waarmee een aanzienlijke kans op sterfte gepaard gaat (Witteveen, Admiraal, Visser, & Wilken, 2010). CVA's zijn onder te verdelen in twee verschillende soorten.

HERSENINFARCT (ONBLOEDIG CVA)

Hierbij is er sprake van stagnatie van de bloedstroom van de hersenen. De oorzaak ligt vaak in het dichtslippen van een bloedvat of een verstopping door een propje dat elders in het lichaam gevormd is (embolie) (Palm, 2012). Het gedeelte van de hersenen dat door het bloedvat van zuurstof en voedingsstoffen werd voorzien, loopt door een gebrek hieraan schade op en sterft mogelijk af (Zanen, 2002).

HERSENBLOEDING (BLOEDIG CVA)

Bij deze variant is er sprake van een scheur in de vaatwand, waardoor bloed naar buiten stroomt en terechtkomt op een plek in de hersenen waar het niet hoort (Palm, 2012). Bloedige CVA's kunnen veel schade aanrichten. Niet alleen doordat cellen geen toevoer meer hebben, maar ook omdat het bloed andere hersencellen kapot drukt (Zanen, 2002).

1.2.1 INDELING IN FASEN

Bij het herstel van een CVA wordt er onderscheid gemaakt in drie verschillende fasen. Dit betreft de acute fase (eerste weken), de revalidatiefase of subacute fase (tot ongeveer een half jaar) en de chronische fase (de rest).

ACUTE FASE

In de acute, vaak levensbedreigende fase ligt de nadruk op medische diagnostiek en medische beslissingen over het behandelbeleid (Vink, Falck, & Deelman, 2002). In deze fase is er nog veel onduidelijkheid over de prognose, het leven is sterk ontwricht. Het is sterk gericht op herstel en het beperken van de schade (Kruijver, 2011).

REVALIDATIEFASE OF SUBACUTE FASE

In de revalidatiefase staat medisch herstel sterk op de voorgrond. Onder revalidatie wordt het complexe proces van zowel medische als psychosociale zorg verstaan. De effecten van de revalidatie in termen van herstel en functie van activiteiten is het grootst in de eerste weken tot maanden na hersenletsel (Witteveen et al., 2010). Dit onderzoek zal zich gaan richten op deze fase van het herstelproces.

CHRONISCHE FASE

In de chronische fase kan er nauwelijks meer wezenlijk herstel verwacht worden (Vink et al., 2002). Hoewel er na enige maanden dus geen herstel meer plaatsvindt, wil niet zeggen dat in de jaren na de beroerte de CVA-patiënt stabiel is. In de loop van de tijd kunnen problemen ontstaan en verergeren doordat de uitwerking van de beperkingen op het dagelijks leven pas na langere tijd echt duidelijk wordt. Patiënten realiseren zich na maanden herstel pas dat er ook grenzen zijn aan dit herstel, en worden zich bewust van de consequenties (Willems, De Boer-Fleischer, Schepers, Van De Port, & Visser-Meily, 2012).

1.2.2 GEVOLGEN VAN EEN CVA

Een CVA kan ernstige beperkingen tot gevolg hebben. Welke beperkingen dit zijn, is sterk verschillend per patiënt. Dit hangt namelijk af van in welk deel van de hersenen de beschadiging is opgetreden en hoeveel weefsel er beschadigd is (Hersenstichting, 2019). De ene patiënt kan dus hele andere verschijnselen hebben dan de ander. Omdat de lijst van mogelijke verschijnselen te lang is om op te noemen doordat de hersenen zo veel regelen, staat hieronder een kort overzicht van de meest voorkomende gevolgen:

- Verlamingsverschijnselen, meestal aan één kant van het lichaam
- Uitval van gezichtsvermogen, meestal aan één kant van het lichaam
- Verstoorde waarneming, zoals nog maar één kant van een bord eten zien
- Spraakstoornissen, niet de juiste woorden gebruiken
- Taal moeilijker spreken én begrijpen
- Concentratieproblemen, vergeetachtigheid
- Zware vermoeidheid
- Vertraging van het denkproces
- Stoornissen in gedrag, emoties en/of denken; zoals depressiviteit, zelfoverschatting, snel geëmotioneerd of boos zijn (OLVG, 2017)

1.3 ROUW EN VERLIES BIJ HERSENLETSEL

1.3.1 KENMERKEN VAN ROUW EN VERLIES BIJ HERSENLETSEL

Rouwen doet men vaak in eerste plaats denken aan het verdriet na het sterven van een dierbaar iemand. Echter brengt niet de dood van een naaste rouw met zich mee, maar kan men ook gelijkaardige gevoelens beleven na andere belangrijke verlieservaringen, zoals het verlies van gezondheid (Keirse, 2003). Overlevenden van een CVA worden veelal teruggeslingerd naar een babyachtige staat van hulpeloosheid en afhankelijkheid, met een bijkomend verlies van controle over lichaam-geest koppelingen en basale lichaamsfuncties (Michaels, 2010). Eilander, Van Belle-Kusse en

Vrancken (2006) noemen dat bij iemand die hersenletsel heeft opgelopen, er toekomstverwachtingen op de helling komen staan, die eerst min of meer vanzelfsprekend leken. Er komt hierbij een proces op gang waarbij die toekomstverwachtingen moeten worden bijgesteld aan de nieuwe situatie waarin verlies van gezondheid is door het CVA. Nochi (1998) vond tijdens een kwalitatief onderzoek om de verschillende dimensies van de verlieservaring van NAH-patiënten in kaart te brengen, drie centrale thema's. Deze drie thema's zullen hieronder besproken worden. Als eerste noemt hij dat personen die hersenletsel oplopen een verlies van zelfkennis zullen ervaren. Je 'zelf' hangt samen met je fysieke en mentale staat, je weet niet meer wie je bent met het hersenletsel. Daarbij speelt mee dat sommige patiënten door de geheugenstoornis niet meer weten wie hij of zij vroeger waren, en deze zijn daardoor vaak op zoek naar het terugvinden van die informatie. Het tweede thema wat Nochi (1998) vond was de vergelijking met vroeger. Dit is de meest klassieke vorm van verlieservaring, waarbij men de huidige toestand vergelijkt met wie men vroeger was. Het verschil tussen wie men vroeger was en wie men nu geworden is zorgt ook voor onzekerheid over het te verwachten herstel (Van Bost, Lorent, & Crombez, 2005). Het derde thema is het verlies van het beeld dat andere mensen van de eigen persoon hadden (ideaal meta zelf). De persoon die het verlies heeft doorgemaakt krijgt vaak signalen van de omgeving dat deze hem niet meer ziet als vóór het hersenletsel. Er worden bijvoorbeeld pathologische etiketten opgeplakt en mensen gaan anders met je om. Ook word je vaak minder betrokken bij beslissingen (Nochi, 1998). De ervaring om niet meer voor vol aangezien te worden, heeft vaak een negatief effect op de ervaren levenskwaliteit van de patiënt (Seibert, et al., 2002).

1.3.2 ROL VOOR ROUW EN VERLIES IN DE VERSCHILLENDE FASEN BIJ HERSENLETSEL

ACUTE FASE

In de acute fase ligt, zoals eerder genoemd, het accent op overleven en het bereiken van een medisch stabiele toestand. Er is in deze fase weinig of geen ruimte voor verliesverwerking (Eilander et al., 2006).

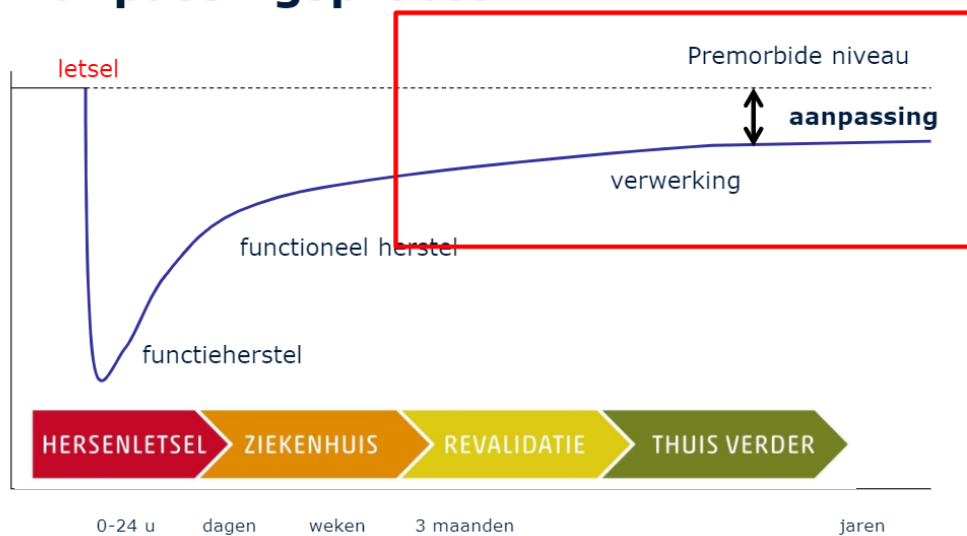
REVALIDATIEFASE

In de revalidatiefase is alles gefocust op herstel, de toekomst. Er is, voornamelijk in het begin, weinig ruimte om stil te staan bij wat je verloren hebt. Het is moeilijk om gelijktijdig bezig te zijn met werken aan herstel en het gelijktijdig werken aan het accepteren van restbeperkingen (Kemps, Farenhorst, & Vrancken, 2015). Het andere ingewikkelde aspect is dat je niet weet hoe je het revalidatiecentrum zal verlaten, omdat je vaak veel herstelt. Je weet dus niet op welk verlies je uiteindelijk moet instellen. Aan het einde van de revalidatiefase komt de patiënt vaak tot een besef dat er geen grote vooruitgang meer valt te verwachten, en begint de eigenlijke verliesverwerking (Bost et al., 2005). Zoals te zien in figuur 1 wordt er tijdens die fase duidelijk wat het uiteindelijke hiaat is tussen de situatie vóór het hersenletsel en de situatie ná het hersenletsel. Dat hiaat is hetgeen wat uiteindelijk voor een stressor zal zorgen door het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie.

CHRONISCHE FASE

In de laatste fase is hersenletsel te vergelijken met een chronische ziekte: een onomkeerbare aandoening zonder uitzicht op een volledig herstel bij een gemiddeld lange levensduur.

Aanpassingsproces



FIGUUR 1. OVERGENOMEN VAN “OOK DE CHRONISCHE FASE NA HERSENLETSEL KENT BEHANDELMOGELIJKHEDEN”, DOOR HEUGTEN, C., (21-1-2016).

1.3.3 OBSTAKELS DIE HET WERKEN AAN VERLIES KUNNEN BEMOEILIJKEN BIJ HERSENLETSEL

Diverse factoren kunnen ervoor zorgen dat dat het verwerkingsproces bij hersenletsel wordt gecompliceerd:

- Er is nog geen eindsituatie bereikt of in zicht
- Intellectuele achteruitgang
- Emotionele veranderingen
- Gedragmatige veranderingen
- Veranderde persoonlijkheidskenmerken
- Verminderde communicatieve vaardigheden
- Inadequate copingstijl
- Onvoldoende confrontatie met beperkingen
- Onvoldoende of geen ziekte-inzicht (anosognosie) met als gevolg onvoldoende realiteitsbesef
- Andere cognitieve stoornissen, bijvoorbeeld op het gebied van geheugen, overzicht, verbanden leggen, abstractievermogen enzovoort (Kemps et al., 2015)

De hierboven genoemde factoren kunnen het verwerkingsproces bij hersenletsel bemoeilijken. Dit is ook de oorzaak dat er bij mensen die een CVA hebben gehad vaak sprake is van gecompliceerde rouw (Palm, 2012).

1.3.4 ACTUALITEIT

De meest recente cijfers laten zien dat in 2017 de prevalentie van beroertes binnen Nederland 477.800 personen bedroeg (RIVM, 2019). Van deze groep gaat na ontslag uit het ziekenhuis ongeveer 10% naar een revalidatiecentrum toe (NHG, 2018). Dat betekent dus dat van deze doelgroep er naar schatting 47.780 mensen per jaar in een revalidatiecentrum terecht komen.

Dit getal zal over de jaren steeds meer toenemen, door twee huidige trends binnen de prevalentie van beroertes. De eerste daarvan is de vergrijzing. De prevalentie van CVA's neemt sterk toe met de

leeftijd. Het is een logisch gevolg dat er verwacht wordt dat het aantal beroertes tussen nu en 2025 met 40% zal gaan toenemen door de vergrijzing (Van Etten, 2018). De tweede trend is de vooruitgang in de urgentiegeneeskunde. De sterfte naar aanleiding van een beroerte is door deze trend in de periode 1980 tot 2017 sterk gedaald, met meer dan de helft (RIVM, 2019; NHG, 2018). Hierdoor overleven steeds meer mensen een beroerte, maar is de kans op ernstige blijvende beperkingen wel groter (Van Bost et al., 2005).

1.4 VAKTHERAPIE BINNEN REVALIDATIE

Hoewel vaktherapeuten in een medische setting onderdeel zijn van het (para)medische team, gaat hun werk meer over zijn met de patiënten in hun ervaringen en belevingen, dan over het behandelen van hun medische problematiek (Councill & Phlegar, 2013). Beeldende therapie wordt ingezet binnen de revalidatie omdat er gedacht wordt dat het de door de patiënt beleefde stress vermindert en de algehele motivatie voor de revalidatie verhoogt (Kim, Kim, Lee, & Chun, 2008).

Wanneer iemand een fysiek trauma doorgemaakt heeft, kan het maken van kunst helpen. Een dergelijke gigantische shock kan extreme gevoelens doen ontwaken (Rubin, 2010), waarvoor het vaak moeilijk is om woorden te vinden. Beeldende kunst kan dan voor ontlading zorgen, door te helpen te uiten en het containen van gevoelens die anders overweldigend of overspoelend zouden zijn (Rubin, 2010). Verder noemt Rubin dat vaktherapeuten in medische context kunnen ondersteunen in symptoombestrijding.

Ook in de communicatie kunnen vaktherapeuten een belangrijke rol spelen. Het maken van de kunst en het delen hiervan kan voor beter inzicht zorgen tussen patiënten, families en het medisch personeel (Robb & Councill, 2011). Daarnaast noemen Robb en Councill (2011) dat binnen de vaktherapie in een medische setting de persoon als geheel wordt gezien, en niet alleen het stuk waar medisch wat mee aan de hand is.

Vaktherapie maakt over het algemeen geen vast deel uit van het revalidatieprogramma van de patiënt. Het is complementair, wanneer daar een indicatie voor is en/of de patiënt er behoefte aan heeft. Het wordt op basis van behoefte ingezet.

1.5 HET DUALE PROCESMODEL

Het duale procesmodel (DPM) is een 1999 ontwikkeld model over de coping bij rouw door Margaret Stroebe en Henk Schut. Het beschrijft hoe men na een verlies verder gaat door balans te vinden (Moors, 2015). Coping verwijst in dit verband naar processen, strategieën, of manieren om om te gaan met (verminderen, beheersen, aanvaarden), van de situatie waar de individu zich in bevindt als gevolg van een verlies (Stroebe & Schut, 2010). Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee verschillende stressoren: verlies- en herstelgerichte stressoren. De aandacht voor andere bronnen van stress die tijdens het rouwen het hoofd geboden moeten worden, maakt het DPM uniek (Stroebe, 2009). In eerste instantie was het model alleen gericht op het specifieke verlies van het overlijden van een dierbare. Later zijn er ook andere toepassingen onderzocht (Stroebe & Schut, 2010). Belangrijk hierbij is het emotie regulerende copingsproces, genoemd oscillatie, die de slingerbeweging omschrijft tussen de hersteloriëntatie en de verliesoriëntatie (Stroebe & Schut, 2016). Het duale procesmodel is veel onderzocht en blijkt, hoewel het in eerste instantie bedacht was op het verlies van een naaste, toepasbaar op vele soorten van verlies (Stroebe & Schut, 2010; Wijngaards, et al., 2008; Hunt, 2004; Selby, et al., 2010; Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005), zo ook het verlies van gezondheid.

1.5.1 ONTSTAAN VAN EN RATIONALE VAN HET DUALE PROCESMODEL

Rond de tijd dat het DPM in ontwikkeling was, waren er meerdere geaccepteerde rouwmodellen, die claimden richtlijnen te geven voor een 'succesvol resultaat' bij het rouwen. De populairste waren het Fase Model van Bowlby, het Takenmodel van Worden en de Fasetheorie van Kübler Ross. De

modellen waren leidend in het ontwerpen van begeleiding en therapie voor mensen met een hulpvraag rondom rouw. De basis voor deze beide modellen was 'rouwarbeid', het cognitieve proces waarbij je het verlies moet doorwerken en de confrontatie met het verlies moet aangaan. Hieronder valt ook het constant in je hoofd herhalen van de gebeurtenissen rondom het verlies, het focussen op herinneringen en het toewerken naar het loslaten en onthechten van het verlorene. Volgens deze denkwijze, moet iemand geconfronteerd worden met de ervaring van de rouw om aanvaarding te bereiken, wat nadelige gezondheidsproblemen zou voorkomen (Stroebe & Schut, 2010). Stroebe en Schut geven in hun artikel uit 1999 aan serieuze bedenkingen te hebben gehad over de adequaatheid van hoe deze modellen aanpassende coping bij verlies uitlegt:

Het eerste argument wat zij noemen is dat er andere manieren zijn om in het reine te komen met verlies. De manier om het hoofd te bieden aan verlies blijkt niet universeel te zijn. Ook is gebleken dat het vermijden van de confrontatie met verlies, dat beschreven wordt als noodzakelijk, niet systematisch gelinkt is met mal-adaptatie. Ten tweede wordt rouw in de zogenoemde trechtermodellen, omschreven als iets passiefs wat je overkomt, en waar je zelf weinig actief voor hoeft te doen. Dit rijmt niet met de inspanning en strijd wat een groot onderdeel uitmaakt van het rouwproces. Ten derde mist er in deze theorieën het belang van het doseren van de rouw. Het is zwaar en vermoeiend om te rouwen dus het in stukjes toelaten kan soms heel gezond zijn. Als vierde zijn de voordelen van ontkenning en uitstellen van rouw niet erkend door deze modellen. Als vijfde richt het begrip rouwarbeid zich alleen op verlies zelf, en vergeet daarbij de mogelijkheid dat er mogelijk ook andere stressoren kunnen ontstaan die indirect volgen op het verlies, zoals zorgen over financiën of juridische zaken. Als zesde bleek niet uit onderzoek dat mensen die rouwverwerking deden, zich beter aanpasten. Als laatste bleek dat verschillende manieren van doorwerken van verlies, bij verschillende subgroepen beter hielpen. Er is dus geen universele manier voor het doorwerken van verlies dat bij iedereen werkt. De conclusie bleek uiteindelijk dat er noodzaak was voor een nieuwe, meer genuanceerde aanpak om effectieve coping te kunnen begrijpen (Stroebe & Schut, 1999). In dit nieuwe model wordt er meer aandacht besteed aan de bronnen van stress die tijdens het rouwen het hoofd geboden moeten worden, die het dynamische rouwproces beter kan omvatten.

1.5.2 VERLIESORIËNTATIE

De verliesoriëntatie verwijst naar de stressveroorzakende factoren van de verlieservaring zelf, inclusief het proces van confronteren, het proberen te accepteren van het verlies zelf en het ophalen van herinneringen (Stroebe & Schut, 2016). Deze oriëntatie omsluit rouwarbeid.

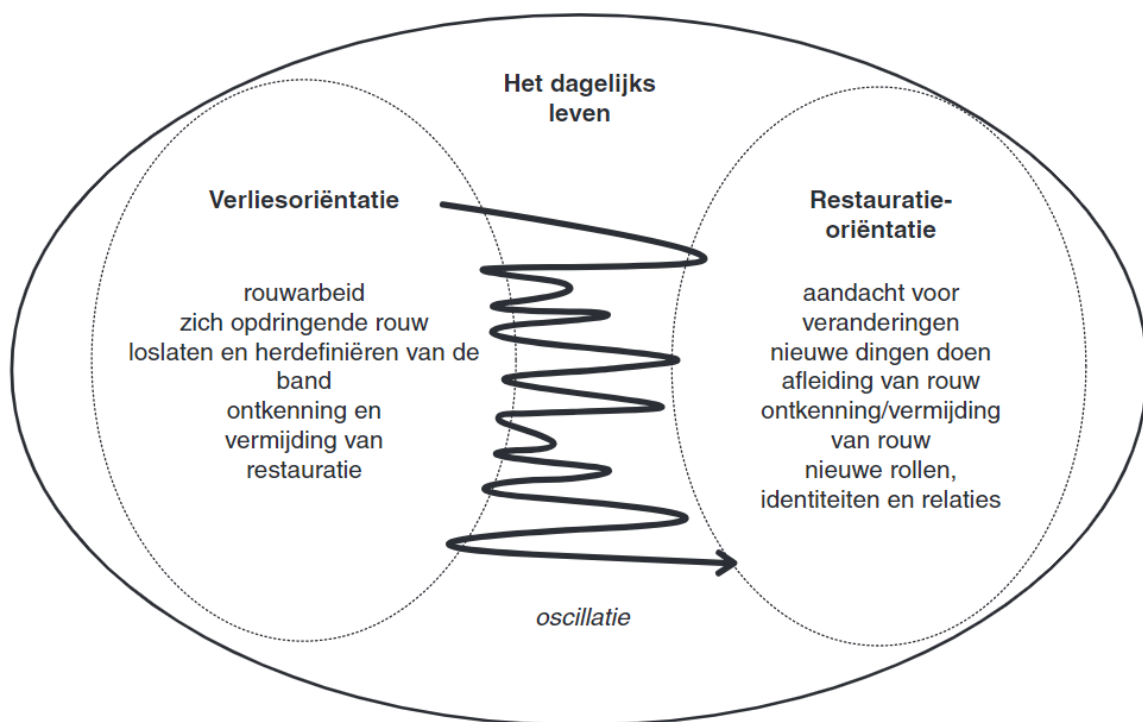
1.5.3 HERSTELORIËNTATIE

De hersteloriëntatie, ook wel restauratieoriëntatie genoemd, verwijst naar de secundaire stressoren die komen kijken bij verlies. Deze dingen zijn vaak niet direct gelinkt aan het verlies, maar ontstaan als een indirect resultaat van het verlies (Stroebe & Schut, 2016). Het gaat hier om de strijd van heroriëntatie in een wereld die compleet veranderd is voor de rouwende. Vele aspecten van iemands dagelijks leven zijn overhoop gegooid en moeten opnieuw uitgevonden of bedacht worden (Stroebe & Schut, 2010). Het gaat dus om aanpassingen die gemaakt moeten worden om verder te kunnen met het leven na het verlies (Stroebe, 2009).

1.5.4 OSCILLEREN

Zowel de hersteloriëntatie en de verliesoriëntatie zijn bronnen van stress die geassocieerd kunnen worden met emotionele consequenties zoals spanning en angsten, maar andere mentale en fysieke gezondheidsproblemen zouden hierdoor ook kunnen ontstaan (Stroebe & Schut, 2016). Volgens het duale procesmodel zijn beide oriëntaties een normaal en gezond onderdeel van het rouwproces

(Stroebe & Schut, 1999), en word je in het rouwen heen en weer geslingerd hiertussen, ook wel oscillatie genoemd. Het idee van oscillatie is fundamenteel voor het duale procesmodel (Stroebe, 2009). Het belichaamt het vermijden en confrontatie van verschillende componenten van de ontstane stressoren door het opgedane verlies op verschillende momenten (Stroebe, Stroebe, & Schut, 2001). Rouwenden zullen soms dus het verlies vermijden en afleiding zoeken. Heftige emoties kunnen niet in één keer toegelaten worden, dus worden ze soms vermeden om de emoties in kleinere stukjes toe te kunnen laten (Moors, 2015). Bovendien is het uitputtend om te rouwen, dus is vrije tijd en afleiding nodig (Stroebe & Schut, 2010). Het blijkt dat het kunnen vermijden van deze te intense emoties, om de pijn dragelijk te houden, gezond is (Maes, 2014). Andere keren zal de rouwende weer het verlies het hoofd bieden, en zich bezighouden met alle stresserende factoren die daarbij komen kijken (Stroebe & Schut, 1999). Een belangrijke veronderstelling van het model is dat oscillatie tussen de twee typen stressoren een voorwaarde is voor adaptieve coping (Stroebe & Schut, 2010). De omvang van de slingerbeweging is vaak in eerste instantie erg groot, maar als tijd voorschrijft wordt het geleidelijk geminimaliseerd naar een comfortabel ritme van betrokkenheid van, en dan afstoting van, gedachtes en herinneringen over het verlorene (MacWilliam, 2017). De oscillatie is hetgeen dat voor regulatie zorgt tijdens het rouwen, het geeft de rouwende mogelijkheid om flexibel te kunnen switchen tussen herstel en verlies.



FIGUUR 2. OVERGENOMEN UIT “VOORBIJ HET GEBROKEN HART. PSYCHISCHE EN LICHAAMELIJKE GEVOLGEN VAN HET VERLIES VAN EEN DIERBARE” DOOR M.S. STROEBE, 2009, PSYCHOLOGIE & GEZONDHEID, 37, P. 242.

1.5.5 KRITIEK OP (VER)OUDER(DE) MODELLEN

In 1.5.1 werd de onderbouwing voor het duale procesmodel beschreven vanuit de bedenkers Margaret Stroebe en Henk Schut. Maar ook vanuit andere hoeken en vanuit andere deskundigen op het gebied van rouw en verlies wordt het duale procesmodel onderbouwd, mede vanuit de kritiek op andere (ver)oude(rde) rouwmodellen die ook in 1.5.1 werden genoemd. Maes en Jansen (2018) noemen deze modellen ook wel trechtermodellen. Volgens deze theorieën moet ieder die het verlies van welke aard dan ook heeft ervaren, door dezelfde trechter van emotionele verliesverwerking heen, om vervolgens daar zo snel mogelijk weer uit te komen en weer normaal te functioneren als voor het verlies had plaatsgevonden (Maes & Jansen, 2018). Er is vanuit verschillende hoeken kritiek geweest op deze modellen: ze zijn onvoldoende empirisch onderbouwd (Van Den Bout, 2016), blijken te normatief te zijn en daarnaast blijkt er geen algemeen geldend (universeel) rouwproces te zijn, dit is per persoon uniek (Moors, 2015). Wetenschappelijk onderzoek kan de geldigheid hiervan dan ook niet aantonen (Moors, 2015; Maes & Jansen, 2018; Stroebe & Schut, 2010; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005; Stroebe, Schut, & Boerner, 2017; Maes, 2014).

1.6 PSYCHO-EDUCATIE

1.6.1 PSYCHO-EDUCATIE BIJ HERSENLETSEL

Eilander et al. (2006) noemen dat voorlichting en kennis vaak de opstap is naar verwerking. Een reële voorlichting, gebaseerd op wat men kan zeggen over de situatie nu en in de toekomst, kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verwerkingsproces bij opgelopen hersenletsel. Van Den Bout (2016) noemt een functie van psycho-educatie bij hersenletsel zijnde het herstel van zelfvertrouwen. Van Den Bout noemt dat dit gedaan kan worden middels psycho-educatie door het ontwikkelde klachtenpatroon te normaliseren.

1.6.2 PSYCHO-EDUCATIE BIJ ROUW

In de literatuur valt veel aarding te vinden over het belang van psycho-educatie bij mensen die met rouw en verlies geconfronteerd worden. Maes noemt in zijn artikel *Tussen Loslaten en Verbinden* (2012) dat het hebben van kennis over copingsstrategieën en traumatische reacties, hoe mensen zich vanuit een innerlijke veerkracht aanpassen aan ontwrichtende gebeurtenissen en hoe we betekenis zoeken en geven, mensen kan helpen binnen de rouwtherapie. De Mönnink (2017) noemt psycho-educatie bij rouw ook wel 'verlieseducatie'. Hij noemt het als een cognitieve begeleidingstechniek waar de cliënt wordt geïnformeerd over de normaliteit van zijn reacties. Deze informatie kan de rouwende houvast geven, het is een vorm van cognitieve controle (De Mönnink, 2017).

HOOFDSTUK 2 - ONDERZOEKSKWESTIE

Zoals in de inhoudelijke oriëntatie beschreven, komen er ongeveer 47780 mensen per jaar na een CVA terecht in een revalidatiecentrum vanuit het ziekenhuis. Tussen nu en 2025 zal het aantal personen dat een CVA ondergaat naar verwachting met 40% toenemen (Van Etten, 2018). Steeds meer mensen overleven een CVA, maar de kans op ernstige blijvende gevolgen voor de patiënten is daarmee groter (Van Bost et al., 2005). Gezien het aantal revalidanten met een CVA nu al aanzienlijk grote groep is, en over de jaren naar verwachting nog meer zal gaan stijgen, is het van belang voor de praktijk om meer onderzoek te doen naar hoe beeldende therapie het meeste voor deze doelgroep kan betekenen. Na hersenletsel is er zo goed als altijd sprake van verlies (Kemps et al., 2015). Dit kan bijvoorbeeld verlies van vaardigheden, onafhankelijkheid, werk of toekomstbeeld zijn (Eilander et al., 2006). Verliesverwerking en acceptatie zijn complexe processen. Deze worden nog complexer wanneer er hersenletsel in het spel is (Kemps et al., 2015).

De vraag van de opdrachtgever betreft specifiek hoe er aan verlies gewerkt kan worden bij deze doelgroep met integratie van recente(re) rouwmodellen binnen de beeldende therapie. Op dit moment gebruikt de opdrachtgever geen rouwmodel in de beeldende therapie. Zelf is zij opgeleid met Kübler-Ross, net als vele anderen in het werkveld (Stroebe et al., 2017). De opdrachtgever zet het Fasenmodel model niet in, omdat ze zich bewust is van de kritiek die geleverd is op dit model in verband met het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing. Het DPM geldt op het moment als een zeer bruikbaar, integratief rouwmodel (Maes, 2014).

Psycho-educatie is bij zowel hersenletsel (Eilander, Van Belle-Kusse, & Vrancken, 2006), als rouw (Maes, 2012; De Mönnink, 2017), erg belangrijk gebleken. Dit is dan ook een onderdeel van beeldende therapie. Juiste begeleiding bij verlies is van cruciaal belang, omdat er anders secundaire victimisatie kan ontstaan (leed-op-leed verschijnsel) (De Mönnink, 2017). De rol van vaktherapeuten binnen de revalidatie om de ervaringen en belevingen van de patiënten te ondersteunen (Council & Phlegar, 2013), die door het CVA een heftige breuk in hun levenslijn hebben ervaren. Hierdoor hebben deze revalidanten een verhoogd risico om depressief te worden en chronische rouw te ontwikkelen (Palm, 2012). Het gebruik van de handen, waarbij de denkprocessen niet meer domineren, kan tot pijnontlading en catharsis leiden, waardoor de creatieve expressie een reinigende werking krijgt (De Mönnink, 2017).

De vraag berust: Hoe zou een ander (recenter) rouwmodel binnen de beeldende therapie ingezet kunnen worden? In overleg met de opdrachtgever en onderzoeker is gekozen om te onderzoeken hoe het duale procesmodel een plek kan vinden binnen de beeldende therapie bij CVA revalidanten binnen de GRZ. Er is voor dit model gekozen in verband met de bijval van deskundigen en de wetenschappelijke ondersteuning vanuit de literatuur (Stroebe & Schut, 2010; Wijngaards, et al., 2008; Hunt, 2004; Selby, et al., 2010; Shear et al., 2005).

Het duale procesmodel omschrijft rouw als een slingerbeweging, waarin er een wisselwerking is tussen de dualiteiten van de oriëntatie op zowel herstel als op verlies. Het duale procesmodel is uniek in zijn soort, omdat hij dynamisch is en doordat hij het verlies niet omschrijft als iets wat 'over' moet gaan, maar als iets wat er altijd mag zijn en mogelijk wat meer op de achtergrond zal raken over verloop van tijd. De slingerbeweging tussen herstel en verlies wordt hierbij niet beschreven als iets dat per sé afneemt in frequentie of heftigheid (Van Wielink & Wilhelm, 2017).

Concluderend zal dit onderzoek zich gaan richten op hoe het duale procesmodel als rouwmodel ingezet kan worden binnen de beeldende therapie bij het werken aan verlies met CVA revalidanten, en zo hopelijk een bijdrage leveren aan de praktijk van de vaktherapie binnen de geriatrische revalidatiezorg.

HOOFDSTUK 3 – HOOFDVRAAG, DEELVRAGEN EN DOELSTELLINGEN

3.1 HOOFDVRAAG

Op welke wijze kunnen beeldend vaktherapeuten aan de hand van het duaal procesmodel werken aan verlies met CVA revalidanten in de GRZ?

3.2 DEELVRAGEN

3.2.1 DEELVRAAG 1 - INDICATIE

Wanneer is het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel geïndiceerd bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

3.2.2 DEELVRAAG 2 - DOELEN

Welke doelen kunnen er worden gesteld bij het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

3.2.3 DEELVRAAG 3 - ATTITUDE

Welke therapeutische attitude is er nodig van de vaktherapeut bij het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

3.2.4 DEELVRAAG 4 - WERKVORMEN

Welke werkvormen kunnen er ingezet worden bij het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

3.2.5 DEELVRAAG 5 - INTERVENTIES

Welke interventies kunnen ingezet worden bij het werken aan verlies in de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

3.3 DOELSTELLINGEN

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe het duaal procesmodel een gids kan zijn voor de al bestaande vaktherapie beeldend binnen het geriatisch revalidatiecentrum met patiënten met een CVA. De nadruk hierbij zal liggen op het werken aan verlies binnen de therapie. Het duale procesmodel is een gerenommeerd rouwmodel, dat herkend wordt bij veel mensen in rouw. Het wordt echter nog niet veel ingezet binnen de vaktherapie beeldend. Aangezien bij verlies van gezondheid ook rouw komt kijken, en het duale procesmodel inzetbaar blijkt bij alle soorten rouw, wordt er onderzocht hoe deze ook ingezet kan worden bij revalidanten met een CVA. Er wordt aandacht besteed aan zowel de verlies- als herstel stressoren die komen kijken bij het ondergaan van ingrijpend verlies ten gevolge van een beroerte. Het uiteindelijke doel hiervan is de kwaliteit van de beeldend therapeutische behandeling bij deze kwetsbare doelgroep te verhogen.

HOOFDSTUK 4 - ONDERZOEKSMETHODE

4.1 ONDERZOEKSBENADERING

Het onderzoek betreft een praktijkgericht kwalitatief onderzoek. In praktijkgericht onderzoek staan onderwerpen, vragen en kwesties van de beroepspraktijk centraal (Willemars, 2019). Vandaar dat het onderzoek ook samenwerkt met de opdrachtgever, AxionContinu, zodat er kennis ontwikkeld wordt die relevant is voor de praktijk. Smeijsters (2005) noemt praktijkrelevante kennis als kennis die de handelingscompetenties van de vaktherapeut verbetert, vernieuwt en ontwikkelt. Er is binnen het praktijkonderzoek gekozen voor de kwalitatieve benadering, dat als kenmerken heeft dat het open en flexibel is (Baarda, 2013). Hierbij staat de subjectieve betekenisverlening die de onderzochte en de onderzoeksdata aan de situatie geven centraal (Verhoeven, 2018)

4.2 ONDERZOEKSTYPE

Het onderzoekstype dat gekozen is betreft een ontwikkelingsonderzoek. Dit betreft een systematische studie van het ontwerp, ontwikkeling en evaluaties van interventies (Plomp & Nieveen, 2007). Hierbij wordt er gefocust op verbetering of vernieuwing binnen de praktijk. In dit geval gaat het om het construeren van iets, in het geval van dit onderzoek het duale procesmodel, dat elders al bekend en ingevoerd is. Innovatie staat hierbij centraal (Willemars, 2019).

4.3 DATAVERZAMELINGSTECHNIEKEN

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van drie verschillende databronnen: Interviews, participerende observaties en literatuur. Er is voor deze drie databronnen gekozen om tot triangulatie te komen. Hieronder zal beschreven worden hoe de data bij elk van deze bronnen verzameld is.

4.3.1 LITERATUURSTUDIE

In dit onderzoek worden gegevens vanuit literatuur verzameld om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden. Bij literatuuronderzoek wordt er gezocht naar gegevens die door anderen al verzameld zijn (Verhoeven, 2018). Hieronder wordt een overzicht gegeven welke databanken geraadpleegd zijn en welke zoektermen daarbij gebruikt zijn. Er zijn zowel Nederlandse als Engelse databanken en zoektermen geconsulteerd. Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen zijn er waar mogelijk zo veel mogelijk recente bronnen gebruikt.

4.3.1.1 GEBRUIKTE DATABANKEN

- Google Scholar
- Google Books
- HUGO (Overkoepelende databank Hogeschool Utrecht)
- Catalogus Hogeschool Utrecht
- SpringerLink
- PsychInfo
- Site van de Federatie Vaktherapeutische beroepen

4.3.1.2 GEBRUIKTE ZOEKTERMEN

Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
Beroerte	Stroke
CVA	
Niet-aangeboren hersenletsel	Traumatic brain injury
Duaal Procesmodel	Dual Processmodel
Vaktherapie beeldend	Art therapy
Beeldende therapie	
Rouw	Bereavement
	Grief
Verlies	Loss
Geriatrisch Revalidatiecentrum	Geriatric rehabilitation
Revalidatie	(Physical) rehabilitation

4.3.1.3 SOORTEN LITERATUUR

	Aantal	Percentage
Boeken	3	27%
Artikelen uit vaktijdschriften	8	73%
Totaal	11	100%
Waarvan buitenlandse bronnen	6	66%

Dit betreft enkel de literatuur die gebruikt is om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. De literatuur die gebruikt is voor de overige hoofdstukken is hier niet in opgenomen.

4.3.2 OBSERVATIES IN DE PRAKTIJK

De onderzoeker gaat observaties uitvoeren in de praktijk. Dit zal gebeuren bij de opdrachtgever op de afdeling CVA binnen het geriatrisch revalidatiecentrum binnen de beeldende therapie. Hoewel de vaktherapeut niet bewust werkt met het duale procesmodel, zijn de thema's verlies en herstel wel te observeren. Het doel van de observaties is dan ook om te kijken hoe er in de praktijk al gewerkt wordt aan stressoren die horen bij de verliesoriëntatie en de hersteloriëntatie, en de oscillatie tussen deze twee oriëntaties. Kenmerkend voor observeren is dat het om direct waarnemen van objecten en gebeurtenissen gaat (De Lange, Schuman, & Montesano Montessori, 2016).

ONGESTRUCTUREERD

De observaties zullen ongestructureerd uitgevoerd worden. Dat betekent dat de onderzoeker zal kijken wat er op het moment gebeurt en geen specifieke items heeft die enkel geobserveerd worden. De onderzoeker zal wel onder het observeren de focus hebben op de onderwerpen die de deelvragen bevatten, om uiteindelijk wel tot data te komen die de deelvragen kunnen beantwoorden. Deze deelvragen vormen als het ware aandachtspunten als een richtlijn waar de onderzoeker op zal gaan letten.

NIET-PARTICIPEREND

Bij de observaties is sprake van niet-participerende observaties. Dit betekent dat de observator niet deelneemt aan de activiteiten van de mensen die hij observeert. De mensen die onderzocht worden, worden als het ware 'vanaf buitenaf' geobserveerd (Migchelbrink, 2016). De onderzoeker heeft aan een aparte tafel gezeten in dezelfde ruimte.

VERHULDE ROL

De observator maakt zich niet bekend als onderzoeker bij alle partijen in de ruimte. De therapeut die de beeldend therapeutische sessie uitvoert kent de rol van de onderzoeker, maar de cliënt niet.

DIRECT

Bij de observaties zal de onderzoeker direct gaan observeren. Dat wil zeggen dat hij niet zal deelnemen aan de gesprekken, maar wel fysiek op de onderzoeksplek aanwezig is. De geobserveerde personen kunnen de onderzoeker zien terwijl deze de observaties uitvoert (Verhoeven, 2018).

4.3.3 INTERVIEWS MET RESPONDENTEN

Er zullen interviews afgenomen worden met verschillende soorten respondenten. Bij het interview heeft de onderzoeker rechtstreeks contact met diegenen die aan het onderzoek meedoen, waardoor er meer complexe thema's uitgediept kunnen worden (De Lange et al., 2016). Er is gekozen voor een open interview, ook wel kwalitatief interview genoemd. Michgelbrink (2016) geeft aan dat de term kwalitatief interview aangeeft dat het gaat om het om kwalitatieve gegevens gaat in dit soort interviews. De term open interview verwijst ernaar dat er geen sturing plaatsvindt op de antwoordinhoud: de antwoordmogelijkheden zijn niet vastgelegd van tevoren. Michgelbrink noemt dat er daardoor ruimte is voor respondenten om in eigen woorden over het onderwerp van het onderzoek te vertellen. Om hieraan te kunnen voldoen moeten er open en brede vragen gesteld worden. Door dit soort interviews kan er daadwerkelijk inzicht verkregen worden in het eigen verhaal en de eigen belevingswereld van de geïnterviewden (Migchelbrink, 2016).

Er is gekozen bij dit onderzoek voor half gestructureerde interviews. *'In deze interviewvorm wordt structuur aangebracht door een zogenoemd interviewschema of topiclijst. Dit is een van tevoren vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die in de loop van het interview aan de orde moeten komen. De volgorde van de onderwerpen, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden liggen niet vast.'* (Migchelbrink, 2016) Het voordeel van deze werkwijze is dat er alle ruimte wordt gelaten aan de persoonlijke belevingen en opvattingen van degene die geïnterviewd wordt.

Er zijn twee verschillende topiclijsten opgesteld. Hier is voor gekozen omdat de respondenten verschillende expertises hebben. Een deel van de respondenten heeft de expertise van het werken met verlies bij CVA revalidanten in de GRZ binnen de beeldende therapie, en het andere deel heeft meer expertise op het gebied van beeldende vaktherapie met het duaal procesmodel. Twee van de respondenten hebben expertise op beide gebieden. Bij hen zijn allebei de topiclijsten gebruikt.

RESPONDENTEN

Naam	Emailadres	Locatie	Expertise	Datum afspraak	Transcriptie bijlage
Ilse Meijer	<i>Informatie verwijderd</i>	Laurens Zorg Rotterdam	Werken met CVA revalidanten	4 april	3
Wieke Hoonte	<i>Informatie verwijderd</i>	Boogh	Duaal proces bij chronische fase van CVA VB	1 april	2
Janske Kollenburg	<i>Informatie verwijderd</i>	Antwerpen	Vaktherapie en Duaal procesmodel	16 april	5
Linda van de Zande	<i>Informatie verwijderd</i>	Haarlem	Kunstzinnig therapeut met CVA revalidanten	15 april	4

4.4 DATA-ANALYSE

De data van dit onderzoek zijn geanalyseerd volgens de kwalitatieve data-analyse. Er is gekozen voor het coderen met een startlijst. Er is relevante literatuur verzameld, de interviews zijn woordelijk getranscribeerd en de observaties zijn uitgeschreven. Er is vervolgens bij elke bron gekeken welke informatie voor welke deelvraag van toepassing is of relevant. Deze stukken zijn in een apart bestand samengevoegd op inductieve basis. Om de data niet uit zijn verband te halen zijn de stukken in de alinea waarin ze stonden gekopieerd. Vervolgens zijn deze stukken op deductieve wijze gecodeerd per databron. De gecodeerde informatie is vervolgens geanalyseerd in de deelvragen per databron. Bij elke deelvraag is er daarna getrianguleerd door een conclusie te schrijven over de resultaten uit de drie databronnen per deelvraag.

4.5 KWALITEITSCRITERIA

Michgelbrink (2016) noemt bruikbaarheid als de belangrijkste kwaliteitseis aan praktijkgericht onderzoek. Met bruikbaarheid wordt hier bedoeld kennis die naar inhoud en vorm direct in de praktijk kan worden ingezet. Deze kennis is concreet, informatief, begrijpelijk, herkenbaar en hanteerbaar. Of de resultaten van het onderzoek uiteindelijk bruikbaar zullen worden, hangt vaak af van de betrokkenen in de praktijk. Om de bruikbaarheid van het onderzoek te waarborgen is de onderzoekskwestie nauw afgestemd op de vraag vanuit de opdrachtgever. Daarnaast zullen de gestelde deelvragen naar verwachting leiden tot resultaten die in de onderzochte praktijk praktisch kunnen worden toepast. Als tweede criterium om de kwaliteit van onderzoek te waarborgen noemt Michgelbrink *credibility* (geloofwaardigheid). *'Dit begrip maakt duidelijk dat het gaat om het vertrouwen dat de gebruiker of afnemer van het onderzoek kan hebben in het resultaat. Vertrouwen dat het gepresenteerde beeld klopt met de onderzochte werkelijkheid.'* (Migchelbrink, 2016). Het gaat er bij *credibility* om dat de onderzoeker bij het uitvoeren van het onderzoek zo veel mogelijk fouten of factoren die de onderzoeksresultaten zou kunnen verkleuren of vertekenen voorkomt. Om de *credibility* van het onderzoek te waarborgen heeft de onderzoeker een aantal controles ingebouwd. Eén daarvan is *member checking*. Daarmee wordt bedoeld het laten lezen van de (tussentijdse) resultaten door de betrokkenen (Baarda, 2014). De tweede maatregel die de onderzoeker neemt om de *credibility* het raadplegen van collega-onderzoekers, ook wel *peer debriefing* genoemd. Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker stukken van het onderzoek regelmatig laten controleren en van feedback laten voorzien door 3 collega onderzoekers. De laatste maatregel betreft triangulatie. Triangulatie betreft het onderzoeken van hetzelfde verschijnsel vanuit verschillende perspectieven (Migchelbrink, 2016). Er wordt hier op zoek gegaan naar overeenstemming tussen de gegevens van verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken over hetzelfde verschijnsel. Het derde criterium, dat Migchelbrink (2016) noemt als eis voor gedegen kwalitatief onderzoek is *dependability*, waarmee het vertrouwen in de werkwijze wordt bedoeld. De onderzoeker heeft geprobeerd dit te waarborgen door zorgvuldig en nauwkeurig te werken en zelfcontroles in te bouwen. Dit is bijvoorbeeld gebeurd door het gebruik maken van audio opnames tijdens de interviews.

HOOFDSTUK 5 – RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden resultaten uit de data die verzameld zijn bij de verschillende deelvragen beschreven. Per deelvraag is beschreven welke data er herleid kon worden uit de literatuur, de interviews en uit de observaties. Vervolgens wordt er een conclusie ge per deelvraag waarin de uitkomsten van de drie databronnen geïntegreerd worden.

5.1 DEELVRAAG 1 - INDICATIE

Wanneer is het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel geïndiceerd bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

5.1.1 LITERATUUR

Debbie Michaels noemt in haar artikel '*A space for linking: Art therapy and stroke rehabilitation*' dat beeldende therapie als onderdeel van multidisciplinaire behandeling geïndiceerd is bij de revalidanten die kwetsbaarder zijn door emotionele en psychosociale problemen en/of complexe behoeftes. Hierdoor hebben zij meer moeite met het gebruik maken van de standaard behandelingen (Michaels, 2010).

Lister, Pushkar en Connolly (2008) noemen geen specifieke indicaties voor het werken met het duaal proces model binnen de beeldende therapie, behalve dat er rouw aanwezig is. In dit artikel gaat het specifiek om rouw bij een verloren naaste. Volgens het artikel van Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) ging het om jongeren en was de instapvoorwaarde het hebben verloren van een dierbare. Hier ging het om groepstherapie aan de hand van het duaal procesmodel.

Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) pleiten voor het uitvoeren van beeldende therapie aan de hand van het duale procesmodel in groepsverband met oog op het lotgenotencontact. Er kan dan geleerd worden van elkaars coping.

5.1.2 INTERVIEWS

Van Der Zande geeft aan dat CVA revalidanten een indicatie krijgen voor beeldende therapie als het revalidatieproces stagneert. Ze komen dan vaak bij de ergotherapie en fysiotherapie niet verder. Van Der Zande noemt dat er dan vaak wel sprake is van stemmingsproblematiek en verdriet. Ook Meijer geeft aan dat als er veel verdriet is, dat een indicatie is voor beeldende therapie. Meijer noemt dat beeldende therapie vaak bij CVA cliënten wordt ingezet wanneer het gesprek niet meer werkt. Bijvoorbeeld door afasie. Het is volgens haar dan van toegevoegde waarde om iemand te laten ervaren in plaats van te laten begrijpen. Beide Van Der Zande en Meijer geven aan dat er weinig redenen zijn voor contra indicaties. Van Der Zande noemt dat een contra indicatie is als de revalidatie gewoon voorspoedig verloopt. Meijer noemt dat ernstige beperkingen geen contra indicatie hoeven te zijn. Als iemand zelf niet meer kan werken, kan je als therapeut altijd nog voor iemand tekenen of schilderen. Van Der Zande en Meijer noemen dat als iemand voor het CVA altijd veel beeldend werk heeft gemaakt, het soms te confronterend kan zijn om weer met beeld aan de slag te gaan. Volgens Meijer kan de confrontatie met wat niet meer lukt te pijnlijk zijn. Hoonte noemt dat afasie als gevolg van het CVA ook geen contra-indicatie hoeft te zijn. Binnen haar organisatie zijn er ook afasie groepen die een beeldend therapeutische behandeling krijgen die draait rondom het duale procesmodel. Wel noemt Hoonte als contra-indicatie als er een te grote hersenbeschadiging is op het gebied van creativiteit, waardoor iemand bij wijze van spreken niet meer een streep van links naar rechts kan trekken op papier. Om met het duale procesmodel aan de slag te gaan in beeld is dit volgens haar wel nodig.

Hoonte noemt dat het indiceren voor beeldende therapie in groepsverband de voorkeur heeft omdat lotgenotencontact erg helpend is voor mensen met hersenletsel. Ze noemt hierbij wel dat ze

sommige mensen wel op individuele basis ziet in verband met een te hoge prikkelgevoeligheid waardoor ze niet in een groep geplaatst kunnen worden. Ook Van Kollenburg noemt dat werken in een groep de voorkeur heeft vanwege het lotgenotencontact. Zij noemt daarbij dat iedereen anders om gaan met een verlieservaring en dat ze van elkaars copingstijlen kunnen leren. Maar ook zij ziet soms cliënten individueel, als ze überhaupt nog niet over het verlies kunnen spreken. Meijer noemt liever individueel te werken met cliënten, omdat ze dan beter kan inspringen op wat er op het moment speelt.

5.1.3 OBSERVATIES

Vanuit de observaties blijkt dat beeldende therapie na een CVA voor bijna elke revalidant toegevoegde waarde kan hebben. Een contra-indicatie kan een grote beschadiging van de hersenen zijn, waardoor er niet gewerkt kan worden aan rouw en verlies. Een tweede contra-indicatie is als de cliënt niet voldoende openstaat voor het werken met beeldend materiaal. Ook cliënten met afasie en taalstoornissen worden geïndiceerd. Wel moet iemand open willen staan voor de beeldende therapie en niet te veel weerstand hebben tegenover het medium.

5.1.4 CONCLUSIE

De voorwaarde om geïndiceerd te kunnen worden voor beeldende therapie in de context van dit onderzoek is voornamelijk dat de revalidant een CVA heeft ondergaan. De belangrijkste contra-indicaties die naar voren komen om met de besproken inhoud aan de slag te gaan, is wel dat er een niet te erge beschadiging is en dat de cliënt zelf open staat voor het beeldend werken. Afasie hoeft geen contra-indicatie te zijn. In de praktijk worden voornamelijk de revalidanten geïndiceerd die kwetsbaarder zijn en waarvan de behandeling niet voorspoedig verloopt. Vanuit de interviews bleek dat deze revalidanten vaak veel verdriet hebben waardoor ze bij de fysieke therapieën niet verder komen en vastlopen. Verder zou het een contra-indicatie kunnen zijn als iemand voor het krijgen van hersenletsel al veel met beeldende kunst deed. Dan zou de confrontatie met wat niet meer kan te heftig kunnen zijn, waardoor er niet effectief aan doelen gewerkt kan worden. Om specifiek te werken met het DPM blijkt er uit de data geen andere indicatie te zijn dan het hebben van een verlieservaring, wat bij alle revalidanten het geval is. Uit de verzamelde data lijkt dat er een voorkeur is voor het werken aan verlies aan de hand van het duale procesmodel in groepsverband. Dit in verband met lotgenotencontact dat belangrijk is voor mensen met hersenletsel. Er wordt hiervoor als contra indicatie wel genoemd dat iemand als gevolg van het hersenletsel een hoge prikkelgevoeligheid heeft ontwikkeld. Eén respondent geeft aan liever individueel te werken in verband met de betere afstemming op de cliënt.

5.2 DEELVRAAG 2 - DOELEN

Welke doelen kunnen er worden gesteld bij het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

5.2.1 LITERATUUR

Van Den Bout (2017) pleit ervoor dat psychosociale hulp bij een CVA voornamelijk gericht moet zijn op de schokkende gebeurtenis van het NAH. Maar ook de gevolgen daarvan en de reactie van de revalidant zoals deze tot uiting komt in de gedachten die de patiënt koestert met betrekking tot wat er gebeurd is en het leven in het algemeen. Gonen & Soroker (2000) noemen een vergelijkbaar hoofddoel bij beeldende therapie bij revalidatie van een CVA, namelijk het verwerken van en aanpassen aan de nieuwe realiteit die vaak als schokkend wordt ervaren. Michaels (2010) legt ook de nadruk op de schokkende ervaringen en gebeurtenissen en noemt dat bij beeldend therapie na een CVA de symbolische 'alsof' ruimte in de therapeutische relatie een veilige en non-verbale omgeving biedt. Zij noemt dat in deze omgeving er uiting, containment en reflectie kan plaatsvinden van gebroken, incoherente en onuitsprekbare gebeurtenissen en ervaringen. Deze kunnen hierin vorm krijgen en betekenis. Gonen en Soroker (2000) onderschrijven dit. Van Den Bout stelt dat na geslaagde psycho therapie het CVA niet meer constant op de voorgrond staat, maar ook niet apart en afgeschermd van het verdere leven van een patiënt. Dit komt overeen met hoe Vanhimbeeck en Van Kollenburg (2016) schrijven over hoe het verlorene onderdeel uit gaat maken van je leven. Om dit te illustreren hebben zij de transitiecurve van verlies aangepast met twee poppetjes. Hierin wordt de rouw als het ware metaforisch neergezet als de overgang van 'pijn zijn' naar 'pijn hebben'. In hun artikel schrijven zij het volgende:

“Aanvankelijk kan de pijn van het verlies je immers overspoelen (vandaar 'pijn zijn'), maar stilaan wordt het gebeuren geïntegreerd in je identiteit (vandaar 'pijn hebben'). De pijn gaat dus nooit volledig weg, maar wordt een stuk van wie je bent. Je kunt dus ook nooit terug naar wie je was voor het verlies, maar je wordt iemand die verder moet met verlies. De weg die afgelegd wordt, is voor iedereen anders maar bevat wel gemeenschappelijke copingsprocessen.” (Vanhimbeeck & Van Kollenburg, 2016, p. 4)

Als het gaat om het kader dat het DPM kan bieden in de beeldende therapie, noemen Van Bost et al. (2005) dat psycho educatie bij NAH een mogelijkheid is om betekenisnetwerken uit te bouwen. De aanwezige kennisnetwerken bij een persoon met NAH bevatten voor de meeste mensen niet of nauwelijks aanknopingspunten om de onbekende realiteit van NAH te integreren. Hierdoor kan iemand de veranderde realiteit niet plaatsen binnen de gehele kennis over zichzelf en de wereld om hem heen. Uit het artikel van Van Bost et al. (2005) blijkt dat zowel patiënten als familie steun lijken te ervaren, wanneer iemand deze ervaring voor hun labelt. Lafosse & Moeremans (2002) onderschrijven dat dan ook door te noemen dat hoe beter de patiënten en hun familie weten wat er aan de hand is, hoe beter er ook emotionele verwerking van de situatie kan plaatsvinden. Een aantal van de genoemde doelen van de rouwgroep aan de hand van het DPM die Vanhimbeeck en Van Kollenburg noemen, hangen samen met het groeps-element van de therapie. Het voornaamste doel van de therapie is het valideren van en uitbreiden van coping. Ze noemen dat door het groepsaspect ze van elkaar kunnen leren, en ook herkenning, steun en begrip ervaren. Maar ook hebben ze doelen gesteld die samenhangen met de psycho-educatie die gegeven wordt samen met het beeldend werken. Zo is een doel dat de jongeren hun eigen reacties door de psycho-educatie in een algemeen kader kunnen plaatsen en inzien dat hun gedrag en gevoel normale

reacties zijn, met als doel om overeind te blijven. Daarnaast noemen Vanhimbeeck en Van Kollenburg (2016) dat de aangeboden algemene modellen ook suggesties rondom coping kunnen bieden waarmee ze verder kunnen. Als laatste zijn er ook doelen die samenhangen met het beeldende aspect. Namelijk dat het beeldend werken afstand creëert van gevoelens belevingen en inzichten. Door het tastbaar maken wordt het minder vluchtig. Ze leren naar zichzelf te kijken door de nabespreking van de beelden. Ook zorgt het beeldend werk ervoor dat er woorden worden gegeven aan iets dat onuitspreekbaar lijkt. (Vanhimbeeck & Van Kollenburg, 2016). De subdoelen die Gonen en Soroker (2000) hebben opgesteld, onder het eerder genoemde hoofddoel: 'het verwerken van en aanpassen aan de nieuwe realiteit die vaak als schokkend wordt ervaren', luiden als volgt:

- Het vergroten van het bewustzijn van de doorgemaakte veranderingen na een CVA en de gevolgen hiervan op het gebied van beperkingen en handicaps.
- Helpen een adequate emotionele reactie te bewerkstelligen als reactie op de consequenties van het CVA, omgaan met rouw, depressie en angst aan de ene kant, en aan de andere kant behoud van motivatie voor de revalidatie.
- Het verbeteren van de interpersoonlijke relaties van de cliënt, door te assisteren bij het loskomen van de extreem introverte staat waarin veel patiënten na een CVA belanden. Het doel is om te gaan naar een staat waarin er interesse is in de directe en indirecte omgeving.
- Het helpen herkennen van nieuwe alternatieven en kansen voor hobby's en vrije tijd.

MacWilliams (2017) noemt in haar boek *Complicated Grief, Attachment & Art Therapy* dat doelen opgesteld in een klinische trial door Shear et al. (2007), toepasbaar zijn op beeldend therapeutische behandelingen. Het doel van de therapie in deze trial was om met beide kanten van de slingerbeweging tussen verlies en herstel aan de slag te gaan. Er zijn doelen gesteld die specifiek gerelateerd zijn aan verliesgeoriënteerde strategieën en herstelgeoriënteerde strategieën. Bij de focus op het verlies is het doel om degene die verloren is van het hoofd naar het hart te verplaatsen, oftewel: opnieuw leren vasthouden van het verlorene. Bij de focus op herstel is het doel om activiteiten te vinden en relaties te ontwikkelen die voldoening geven. Shear et al. (2007) noemen dat de uiteindelijke gewenste situatie is dat er weer betrokkenheid komt bij constructieve dagelijkse bezigheden. De gedachten en herinneringen aan het verlorene zijn toegankelijk maar niet meer overspoelend en geheel in beslag nemend. Het is dus de integratie van het verlorene in het nieuwe leven dat doorgaat. Dit wordt gedaan door het aanmoedigen van een patroon van oscillatie waarin afwisselend de confrontatie wordt aangegaan met het verlies en het de andere keer weer wordt uitgesteld.

5.2.2 INTERVIEWS

Van Der Zande noemt als doel in de revalidatie het herstellen van de integratie van voelen, denken en handelen. Ze ziet dat iemand dan kan ontspannen en plezier heeft, waardoor er meer mogelijk is in de revalidatie. Het zorgt ervoor dat mensen beter kunnen herstellen. Dit heeft ook te maken met stemmingsproblematiek en voorkoming van depressie. Meijer stelt bij CVA patiënten vaak als doel het laten ervaren van eigen regie vanwege de plotselinge afhankelijkheid van anderen die men overkomt na het krijgen van een CVA. Ook noemt zij het verminderen van de stress die komt kijken bij het veranderde en onzekere leven. En ook het ruimte maken voor verdriet en rouw is een doel dat Meijer noemt. Hoonte noemt doelen als 'het verwerken van het hebben van hersenletsel', of 'acceptatie van het nieuwe ik', 'opzoek naar nieuwe balans'.

Hoonte en Van Kollenburg noemen allebei dat erkenning een belangrijk doel is. Zij merken allebei dat cliënten met onrealistische verwachtingen binnenstappen. 'Ik wil weer leren lopen/praten' of 'ik kom mijn verlies hier even een plekje geven en dan is het klaar'. Het geven van inzicht en laten weten dat

het verlies en rouw er mag zijn en bij het leven hoort, zorgt voor de nodige erkenning. Het is niet opeens 'verwerkt'. Daarbij biedt het DPM een kader. Dat het niet iets is wat je in één keer afsluit, maar dat je heen en weer slingert tussen herstel en verlies. Daarbij helpt het beeldende aspect om de cliënten iets te laten oefenen en ervaren in de groep, waardoor het beter beklijft. Ook noemt Van Kollenburg als doelen het geven van inzicht en overzicht, kijken naar 'wat wil ik nog'. Een stukje stilstaan bij wat er gebeurd is.

5.2.3 OBSERVATIES

Uit de observaties zijn verschillende doelen gekomen die toegepast worden in beeldende therapie met CVA revalidanten in het geriatriesch revalidatiecentrum. De observaties zijn voornamelijk uitgevoerd in de beginnende fase van de behandeling. Daar staat onder andere het opbouwen van een veilige therapeutische relatie centraal. Deze therapeutische relatie is nodig om de cliënt als ware te 'verleiden' tot het beeldend werken. Bij vele sessies staat afleiding van de zorgen, pijn en ellende van het CVA op de voorgrond, door middel van het beleven van ontspanning en plezier en het verzetten van de gedachten. Lichamelijke en mentale rust kan hier het gevolg van zijn. Ook het uiten van jezelf en je emoties in het beeld is een doel dat gesteld kan worden.

5.2.4 CONCLUSIE

Vanuit de verschillende databronnen komen vele verschillende doelen naar voren. Deze doelen vallen op te delen in twee verschillende categorieën. Doelen die aansluiten bij de twee kanten van de slingerbeweging, de herstel- of verliesgerichte oriëntatie en doelen gericht op meer bewustwording van en inzicht geven in de eigen coping. Op het gebied van doelen die aansluiten bij de herstelgerichte oriëntatie komt vanuit meerdere literatuurbronnen en één interview naar voren dat het een belangrijk doel is dat de cliënt zich weer kan richten op de buitenwereld en betrokkenheid krijgt bij dagelijkse constructieve dingen. Motivatie voor de revalidatie is hierbij belangrijk, maar ook het bedenken 'wat wil ik hierna nog'. Daaronder valt het kijken naar nieuwe activiteiten en dag invulling. Uit de observaties en de interviews komt ook het beleven van ontspanning en plezier naar voren als een doel. Dit kan afleiding bieden van de ziekte en de pijn en zorgen die daarbij komen kijken. Bij doelen die gaan over de verliesgerichte oriëntatie komen doelen als uiten van emoties naar voren. Er wordt vanuit meerdere literatuurbronnen genoemd dat de beeldende therapie een 'alsof-ruimte' kan bieden waarin er plaats is om met de schokkende ervaring van het CVA aan de slag te gaan. Hierbij wordt nadruk gelegd op het aspect van de schokverwerking. Bij de tweede categorie doelen wordt in de databronnen gevonden dat de psycho-educatie die in dit verband gegeven kan worden een kader geven aan de cliënten, waardoor ze meer grip en begrip hebben van wat er gebeurt. Volgens één literatuurbron zorgt dit voor een makkelijker verwerkingsproces. Het beeldende aspect kan hierbij afstand geven van gevoelens en belevingswereld. Volgens de literatuur kan dit meer bewustzijn opleveren en inzicht geven. Verder komt uit de databronnen naar voren dat het een doel kan zijn dat het verlorene een onderdeel van het leven wordt en je het opnieuw leert vasthouden op een andere manier. Dit wordt genoemd voor zowel algemene rouw als voor specifiek het hersenletsel. Daarvan wordt ook genoemd in de literatuur dat het niet meer op de voorgrond komt te staan, maar ook niet apart. Het verlies door het hersenletsel wordt geïntegreerd en overspoelt de cliënt niet meer. Het valideren en uitbreiden van coping is ook een doel dat genoemd wordt, namelijk door meerdere literatuurbronnen en één respondent. Hierbij wordt genoemd dat dit zowel kan door het normaliseren van de therapeut, het kader dat psycho-educatie kan bieden en ook het delen van ervaringen tussen lotgenoten in een groep.

5.3 DEELVRAAG 3 - ATTITUDE

Welke therapeutische attitude is er nodig van de vaktherapeut bij het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

5.3.1 LITERATUUR

Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) noemen in hun artikel dat een verduidelijkende, ondersteunende, voorwaardenscheppende structurerende attitude nodig is voor het werken met het duale procesmodel in de beeldende therapie. Gonen en Soroker (2000) benadrukken dat een 'hier en nu' attitude nodig is in de beeldend therapeutische behandeling van CVA patiënten. Door inzet van deze therapeutische attitude kan het beeldende werk dienen als transitioneel object en de sessie zelf als transitionele ruimte. Lister et al. (2008) noemen dat het duale procesmodel als gids kan dienen voor een beeldend therapeut. Lister et al. (2008) benadrukken echter dat het belangrijk is dat als je als beeldend therapeut met het DPM werkt, je constant responsief en sensitief moet blijven voor de oscillatie van emoties en cognitieve aanpassing aan het verlies. De beeldend therapeut mag er dus nooit vanuit gaan dat als de cliënt zich de vorige sessie depressief voelde, hij zich de volgende sessie weer zo zal voelen. In plaats daarvan moet de therapeut blijven peilen waar de cliënt op dat moment zit.

5.3.2 INTERVIEWS

Voor het werken met de doelgroep is volgens respondent Meijer een open houding nodig en duidelijke communicatie. Van Kollenburg noemt ook dat voor het werken met het thema en het duale procesmodel een open houding nodig is waarbij je veel ruimte biedt. Daarbij is het belangrijk om niet te veel in te vullen maar erkenning te geven aan het eigen proces van de cliënt. Je hebt als therapeut ook je eigen rouwprocessen, en dan kan het zijn dat je iets herkent en de neiging kan hebben dat in te vullen vanuit je eigen ervaring. Daarom is volgens Van Kollenburg een oordeelvrije, open, doorvragende houding nodig. Alle respondenten noemen dat het bij de doelgroep nodig is om het pijn en verdriet van de cliënt erkenning te geven en serieus te nemen. Erkennen dat het ook gewoon een nare situatie is, erkenning van het verlies en dat het gebeurd is. Van Der Zande noemt daarin dat het belangrijk is om reëel te blijven. Dat het feit dat iemand voor altijd in een rolstoel zal zitten is wat het is. Hoonte onderschrijft dit. Er moet niet onderschat of ingevuld worden wat iemand doormaakt omdat veel dingen zoals vermoeidheid of prikkelgevoeligheid bij de revalidanten niet zichtbaar zijn. Dit moet niet onderschat of gebagatelliseerd worden maar erkend worden zodat iemand zich gezien voelt. Verder blijkt kennis ook van belang te zijn. Meijer noemt dat je moet weten wat er in de hersens gebeurt en is gebeurd, ook om de overlevingsmechanismen te kunnen herkennen en erkennen die in werking zijn gezet. Hoonte noemt het belang van kennis. Hoonte benadrukt verder het belang van gelijkwaardigheid in de therapie. De cliënt moet als expert gezien worden, ze noemt: 'Zij zijn immers degenen die de dingen voelen en de dingen ervaren'. Hierin moet vooral geprobeerd worden niet een therapeut-client relatie te hebben waarbij je boven de cliënt staat, maar je moet het samen met hen willen doen. Handvaten willen aanreiken, maar niet op belerende of betuttelende wijze. Meijer en Hoonte noemen dat het belangrijk is bij de doelgroep om niet te veel en te lang te praten met veel moeilijke woorden. Dat is volgens de respondenten juist waarom het beeldende aspect zo goed werkt. Mensen met een CVA raak je dan snel kwijt, omdat de

hersen en zijn aangetast waardoor de concentratie is verminderd. Als laatste noemt Van Der Zande dat een stuk humor in je attitude ook belangrijk is, om het luchtig te houden.

5.3.3 OBSERVATIES

Vanuit de observaties is gebleken dat de therapeut vooral erg flexibel moet kunnen zijn in de attitude. Elke persoon met hersenletsel is op een andere manier beschadigd waardoor de therapie weer anders vormgegeven zal moeten worden en de therapeut zich op een andere manier in moet zetten. De therapeut moet constant af blijven stemmen met wat wel of niet haalbaar is voor de cliënt, hoeveel structuur hij nodig heeft en waar de interesses liggen. Verder heeft de therapeut tijdens de observaties een zeer vriendelijke houding die uitgaat van onvoorwaardelijk positieve aandacht. Ze is open in haar houding en ondersteunend.

5.3.4 CONCLUSIE

Wat naar voren komt uit de verzamelde data voor dit onderzoek is dat voor het werken aan verlies met revalidanten met een CVA aan de hand van het DPM er een open, ondersteunende houding nodig is van de therapeut en de therapeut zich flexibel en sensitief moet opstellen. De flexibiliteit en sensitiviteit is zowel nodig op het gebied van het hersenletsel als dat de therapeut constant moet aftasten of de cliënt in de hersteloriëntatie of de verliesoriëntatie zit. Als de therapeut dit niet doet zal hij of zij mogelijk aansluiting bij de cliënt verliezen. De openheid is ook nodig van de therapeut in de zin dat hij of zij niet te snel de ervaring van de cliënt moet invullen vanuit de eigen ervaring. Door een cliënt serieus te nemen en door te vragen, kan je erkenning geven. Kennis hebben van zowel hersenletsel als verlies en het duale procesmodel is belangrijk als het gaat om de attitude. Vanuit de interviews komt taalgebruik in je attitude ook naar voren. De respondenten vertellen dat te veel gebruik maken van woorden, lange zinnen en moeilijke woorden ervoor zorgen dat je de cliënten kwijtraakt. Ze geven aan dat juist het beeldende werk centraal mag staan, waar het over hun ervaring gaat. Eén respondent benadrukt ook het belang van reëel zijn tegenover de cliënt, maar ook humor kunnen hebben. Een andere respondent noemt dat het belangrijk is om je als therapeut gelijkwaardig op te stellen tegenover de cliënt. Zij noemt dat de cliënt zelf de expert is, dus een therapeut zich beter niet boven de cliënt kan opstellen, maar er beter naast kan gaan staan en het samen moet willen doen met de cliënt. Wel handvaten toereiken, maar niet betuttelen.

5.4 DEELVRAAG 4 - WERKVORMEN

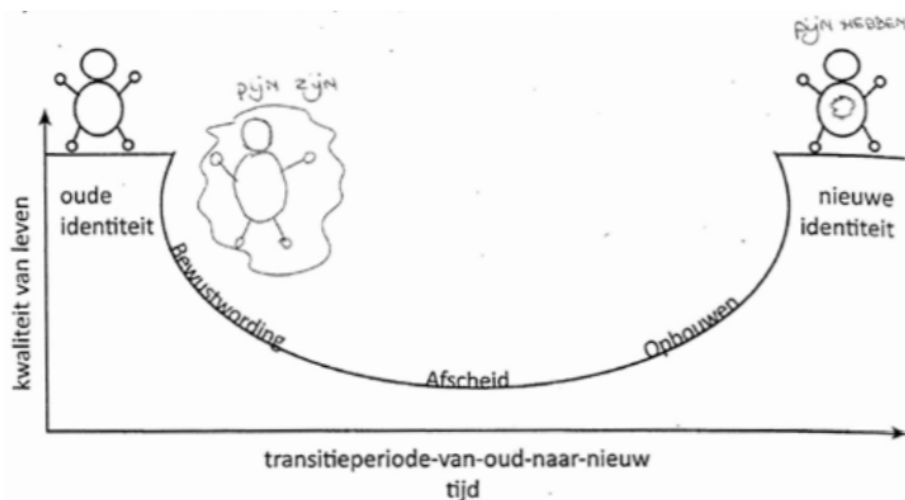
Welke werkvormen kunnen er ingezet worden bij het werken aan verlies binnen de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

5.4.1 LITERATUUR

Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) verweven de beeldende therapie met de psycho-educatie over het DPM door het metaforisch uitwerken van het model in de beeldende opdrachten. Hierbij worden de cliënten gevraagd hun beleving te projecteren in beeldend werk. Daarmee wordt geprobeerd de coping met rouw te ondersteunen en uit te breiden.

Dit doen ze bijvoorbeeld door een eigen boot te maken van beeldend materiaal die symbool staat voor hun draagkracht. Ook laten zij de jongeren een eigen 'landkaart van verlies' maken. Er wordt eerst een mindmap gemaakt waarin de jongeren hun eigen verlies en herstelgerichte coping verkennen. Daarna krijgen ze een groot karton waarop ze een zee uitwerken die de verliesgerichte pool en de herstelgerichte pool van elkaar scheidt. Door groot te werken wordt er uitgenodigd tot actie, wat helpend is voor het vormgeven van emoties en ontlading van spanning. Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) benadrukken hierbij het belang van eigen keuzes geven in materiaal en in vormgeving van de landen. Dit zorgt voor identiteit, waarbij ze stilstaan bij hun eigen proces en hun eigen rouwstijl ontdekken.

Een andere werkvorm die Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) inzetten, helpt bij het verbeelden van de gedachte van het duale procesmodel dat de pijn en de verlieservaring niet verdwijnt, maar onderdeel gaat uitmaken van wie je bent. Hiervoor gebruiken ze de transitiecurve van De Mönick (2017), aangevuld met twee extra poppetjes. Cliënten krijgen drie blanco mensfiguren die hunzelf op de afgebeelde plekken moet weergeven. Aan het einde van de behandeling krijgen ze een vierde mensfiguur: waar staan ze nu, het gevoel bij einde therapie.



FIGUUR 3. OVERGENOMEN UIT "ROEIEN MET TWEE RIEMEN. BEELDEND THERAPIE IN EEN ROUWGROEP VOOR JONGEREN." DOOR A. VANHIMBEECK EN J. VAN KOLLENBURG, 2016, TIJDSCHRIFT VOOR VAKTHERAPIE, 12, P. 3.

Lister et al. (2008) noemen ook een aantal voorbeelden van werkvormen waarin beeldende therapie gecombineerd kan worden met het duale procesmodel. Lister et al. (2008) noemen bijvoorbeeld het uitbeelden van emotie als wanhoop of woede, om leven en diepte te geven aan de emotie die geuit moet worden. Lister et al. benadrukken ook het belang van afstemmen op de cliënt. De cliënt kan ook binnenkomen in een stemming om afleiding te zoeken in iets speels en lichts. Hierbij kan de

therapeut de cliënt positieve emoties of herinneringen laten uiten. De therapeut kan de cliënt vragen om foto's mee te nemen van vakanties of leuke herinneringen voor reflectie. Deze kunnen tot een herinneringsboek gemaakt worden om in terug te kijken. Om spontane opwelling van verliesgevoelens op te vangen als het gevolg van onverwachte gebeurtenissen, kan de therapeut de cliënt aanmoedigen om een creatief dagboek bij te houden, dat hij altijd bij de hand heeft. De snelle uiting kan even een uitlaatklep vormen, waardoor de persoon door kan gaan met zijn dagelijkse bezigheden. Daarnaast noemen ze dat het bijhouden van een 'token' steunend kan zijn voor rouwenden. In hun artikel geven ze aan dat het aardend kan werken in situaties wanneer iemand steun nodig heeft. Ook Vanhimbeeck en Kollenburg (2016) beschrijven een houvast of herdenking in de beeldende therapiebehandeling. Zij laten hiervoor de cliënten een steen uitkiezen en deze schilderen in een kleur naar keuze. Vanhimbeeck en Kollenburg halen ter onderbouwing van deze werkvorm Foks-Appelman (2014) aan. Deze beschrijft dat een steen de oermaterie van de aarde is, een steen is er altijd geweest en zal ook altijd blijven bestaan. De steen heeft een aantrekkingskracht om te bewaren, op een bijzondere plek te leggen of aan te raken.

Lister et al. (2008) noemen dat de vaktherapeut een cliënt kan ondersteunen bij de herstelgerichte coping door op creatieve manier te brainstormen over hoe hij of zij om kan gaan met secundaire verliezen. Eén belangrijk aspect van deze secundaire verliezen is vaak de identiteitsverandering die plaatsvindt. Dat soort veranderingen kan iemands zelfbeeld en identiteit aantasten. Er kan opnieuw nagedacht worden over identiteit door bijvoorbeeld het maken van collages, zelfportretten en sculpturen. Het maken van een zelfportret van voor en na het verlies kan helpen om een cliënt beter de identiteitsverandering te laten begrijpen (Lister et al., 2008). Shear et al. (2007, 2010) noemen werkvormen aan de hand van het DPM, die volgens MacWilliams (2017) toepasbaar zijn in beeldende therapie. Deze werkvormen en technieken zijn opgedeeld in de focus op het verlies of de focus op het herstel. De verliesgerichte werkvormen zijn gericht op het bevorderen van het verwerken van de sensaties die de verlieservaring oproept op emotioneel, lichamelijk en cognitief gebied, als een persoonlijke ervaring. Een van de technieken die genoemd wordt is *imaginal revisiting*, waarbij de cliënt gevraagd wordt terug te gaan naar het moment van het verlies. MacWilliams noemt dat dit ook in het beeld verkend kan worden. Verder noemen Shear et al. het werken met herinneringen en foto's. Bij de herstelgerichte werkvormen wordt coachend gewerkt aan de hand van de zin: 'Wat zou je willen doen met je leven als de pijn van het verlorene op een beheersbaar niveau was'. Er wordt hierbij ook gewerkt aan rolveranderingen die gaande zijn.

5.4.2 INTERVIEWS

Alle respondenten geven in de interviews aan dat er bij de doelgroep veelal in het platte vlak gewerkt wordt. Een materiaal als speksteen is niet haalbaar voor deze doelgroep volgens Hoonte. Materialen die zoal genoemd worden zijn houtskool, krijt (pastel en olie), potlood, ecoline, verf. Hoonte geeft wel aan dat klei ook ingezet kan worden. Op het gebied van werkvormen noemen de respondenten allemaal andere opdrachten waar geen overlap in zit. Hoonte noemt werkvormen als het maken van een drieluik waar het verleden-heden-toekomst in wordt afgebeeld. Ook geeft zij de opdracht om een binnenkant-buitenkant werkstuk te maken. Andere werkvormen die zij noemt zijn het maken van een ode aan de oude ik, het vormgeven van de kracht, of striptekeningen aan de hand van het G schema. Hoonte geeft aan de voorkeur te hebben om de cliënten op groot vel te laten werken, omdat ze merkt dat mensen dan meer relatie aangaan met het werkstuk. Van Der Zande geeft aan in de revalidatie met CVA vaak lemniscaten in te zetten. Hierbij komt iemand weer in beweging nadat zijn of haar leven letterlijk of figuurlijk stil is komen te staan. Ze merkt dat hierbij ontspanning en plezier beleefd wordt en er geoefend kan worden aan aandacht en focus vasthouden. Van Kollenburg geeft aan dat zij graag de werkvorm inzet waarbij er drie mensfiguren worden ingevuld aan de hand van de transitiecurve. In de opdrachten die zij geeft is leidend dat het duale procesmodel een

houvast en kader vormt, maar dat ze daarbuiten de cliënten heel vrij laat werken. Hoonte noemt ook hoe er met werkvormen aangesloten kan worden bij de oriëntatie waar iemand zich op dat moment in bevindt. Ze noemt dat mensen die erg in het herstelgerichte zitten, er niks mee kunnen als je probeert te komen op het stukje verwerking of acceptatie. Ze noemt daarbij vaak meer te gaan werken met het kwaliteitspel of de Stad van Axen. Bij mensen die meer gericht zijn op de verliesoriëntatie noemt ze in haar werkvormen meer stil te gaan staan bij wat het met iemand doet, het stukje acceptatie.

5.4.3 OBSERVATIES

De therapeut neemt in twee sessies een vrije opdracht als uitgangspunt. Deze vrije opdracht is wel gekaderd, dat wil zeggen: ze heeft al een beperkt materialenaanbod op tafel liggen en een papier ligt ook al klaar. Vanuit dit punt kijkt ze of de cliënt kan omgaan met de lage hoeveelheid in structuur en waar de mogelijkheden en de interesses liggen. Aan de hand van de cliënt zoekt ze dan een manier om aansluiting te vinden bij de cliënt door bijvoorbeeld een plaatje uit een kunstboek na te maken of een opdracht te geven. De materialen die standaard op tafel liggen zijn oliepastelkrijt, softpastelkrijt, potloden en waterverf. Er ligt een A3 vel Zweeds therapeutenpapier. Voorbeelden van werkvormen die gegeven worden zijn het maken van een mandala met natuurmaterialen zoals blaadjes en bloemetjes geplukt uit een tuin. Een andere werkvorm is een kleurontmoeting op papier met waterverf, waarbij twee kleuren naar elkaar toe geschilderd worden. Ook wordt een collage ingezet als werkvorm waarbij een thema wordt gekozen dat aansluit bij de cliënt. Als laatste wordt een werkvorm ingezet, gericht op het uiten van emoties. Emoties worden vertaald naar kleuren op een papier.

5.4.4 CONCLUSIE

Wat opvalt is dat vanuit alle drie de data bronnen naar voren komt dat het tweedimensionale werk een voorkeur heeft bij deze doelgroep. Het driedimensionale werk wordt niet of nauwelijks genoemd en bevindt zich dan ook op de achtergrond. Vanuit de vaktherapie in combinatie met het duale procesmodel worden er zowel werkvormen genoemd, die het metaforisch werken met het duale procesmodel aan de hand van psycho educatie mogelijk maken, als werkvormen die gericht zijn op het aansluiten bij de herstelgerichte of verliesgerichte oriëntatie, die ook zonder psycho-educatie ingezet kunnen worden. Wat vanuit zowel de observaties, één respondent en één literatuurbron naar voren komt is dat het zoveel als mogelijk vrij laten van keuzes belangrijk is. Het argument dat hiervoor genoemd wordt is dat welke keuzes je maakt in de vormgeving en materialen, iets kunnen zeggen over jou als persoon, waardoor iemand meer identiteit kan laten zien in het werk. Wat ook vanuit de observaties, literatuur en interviews blijkt, is dat het afstemmen van de werkvorm op waar de patiënt op het moment zit (herstel of verlies) belangrijk is. Zoals eerder genoemd zijn er uit de databronnen werkvormen naar voren gekomen, die passend zijn bij iemand die in de verlies of hersteloriëntatie zit. Werkvormen vanuit de hersteloriëntatie zijn gericht op de kracht van iemand, het zoeken van afleiding, het bevestigen van iemands identiteit, onderzoeken wat iemand nog willen ook hoe er omgegaan kan worden met de stressoren rondom de secundaire verliezen. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door het maken van een collage met afbeeldingen uit tijdschriften of materialen uit de natuur. Een andere werkvorm die genoemd wordt vanuit de literatuur en de interviews is het maken van een zelfportret. Ook werkvormen die nieuwe alternatieven voor daginvulling zouden kunnen vormen horen hierbij en oefeningen die voor ontspanning en afleiding kunnen zorgen. Bijvoorbeeld het maken van een kleurontmoeting met verf met de nat-in-nattechniek, uit de observaties, of het maken van een lemniscaat, waar één van de respondenten over vertelt. Het vormgeven van de eigen kracht komt ook nog vanuit de interviews naar voren, en het werken met foto's en herinneringen vanuit de literatuur. Werkvormen die aansluiten bij de

verliesoriëntatie zijn vaak gericht op het uiten en integreren van de persoonlijke ervaring bij een verlies met de emoties die daarbij komen kijken. Zo komt vanuit de observaties, literatuur en interviews het uiten van emoties op papier naar voren als werkvorm. Vanuit twee literatuurbronnen wordt ook genoemd dat het helpend kan zijn voor de cliënt om een 'token' te maken, wat steunend kan zijn in moeilijke situatie. Zoals bijvoorbeeld een steen die beschilderd wordt. Ook een creatief dagboek waarin spontane uitingen van verlies een plekje kunnen krijgen in de vorm van beelden of woorden is een werkvorm die wordt ingezet. Ook het werken met foto's en herinneringen wordt hierbij genoemd. Als laatste komen uit de literatuur en interviews ook werkvormen naar voren die meer het metaforisch werken met het DPM in beeld inhouden, waarbij het doel is meer inzicht te krijgen in de eigen coping en deze uit te breiden. Hierbij staat het projecteren van de eigen beleving in beeldend werk centraal. Voorbeelden hiervan zijn het maken van een boot in 3D die staat voor de draagkracht van de rouwende. Andere voorbeelden vanuit de literatuur zijn het maken van een landkaart waarin een eiland van verlies en herstel centraal staat en het verbeelden van de verandering in het leven aan de hand van de transitiecurve. Eén respondent noemt ook werkvormen die hierbij passen, zoals het maken van een binnenkant-buitenkant werkstuk, het maken van een drieluik verleden-heden-toekomst, en het maken van een ode aan de oude ik. Ook hier wordt het werken met foto's en herinneringen genoemd.

5.5 DEELVRAAG 5 - INTERVENTIES

Welke interventies kunnen ingezet worden bij het werken aan verlies in de vaktherapie beeldend aan de hand van het duale procesmodel bij revalidanten met een CVA binnen de GRZ?

5.5.1 LITERATUUR

Zowel Van den Bout (2016) als Vanhimbeeck en Van Kollenburg (2016) benadrukken het belang van normaliseren als interventie. Van Den Bout noemt dat cliënten die een CVA hebben gehad doorgaans bemerken dat ze hun eigen verwerkingsperiode langer vinden duren dan ze zelf verwachtten, zullen zij mogelijk denken dat ze niet voldoen aan hun eigen verwachtingen en die van de omgeving. Ook kunnen ze mogelijk denken dat het verwerkingsproces zoals zij dat doorlopen niet normaal verloopt. Ook de aard van de verschijnselen kan ervoor zorgen dat ze dit bij zichzelf opmerken (Van Den Bout, 2016). Ook Vanhimbeeck en Kollenburg noemen het belang van normaliseren binnen de beeldende therapie bij de behandeling van verlieservaringen om de cliënten een kader te bieden. Vanhimbeeck en Kollenburg benadrukken wel dat, door hun opleiding, therapeuten vaak gericht zijn op emoties en daardoor voorkeur kunnen hebben voor een verliesgerichte copingstijl. Ze waarschuwen dat het mogelijk een valkuil kan vormen om enkel deze coping te valideren en normaliseren. Ze schrijven:

“Beseffen dat beide reacties een vorm van coping zijn met verdriet, kan immers veel verhelderen, normaliseren en helpen bij het accepteren dat iedereen anders omgaat met verlies.” (Vanhimbeeck & Van Kollenburg, 2016, p. 4)

Van Bost et al. (2005) waarschuwen ook voor het risico om een cliënt na een CVA ‘met alle geweld’ met de realiteit van het verlies te confronteren, terwijl de cliënt juist bezig is met herstel. Hij noemt dat deze confrontatie alleen maar de herstelgerichte oriëntatie zal versterken en de veiligheid zal aantasten. Hierbij is het van belang om veel tijd te nemen en initiatief over te laten aan de patiënt zelf, zodat deze een proces van geleidelijke zelfontdekking kan doormaken in plaats van een directe confrontatie. Tegelijkertijd moet de beeldend therapeut niet proberen de cliënt weg te bewegen van de intense gevoelens die vaak komen kijken bij de verliesoriëntatie, maar juist helpen om de diepte van deze emoties te uiten door ze weer te geven in beeld. De therapeut moet er in vertrouwen dat de oscillatie die de cliënt laat zien normaal is en grotendeels onvoorspelbaar. (Lister et al., 2008). De psycho-educatie bij het DPM kan ook normaliserend werken. Het duale procesmodel kan een kader verschaffen waarin mensen met een verlieservaring hun ervaringen in kunnen plaatsen (Vanhimbeeck & Van Kollenburg, 2016).

Gonen & Soroker (2000) zetten in de therapie met CVArevalidanten verschillende interventies in. Onder andere introspectie, delen, spiegelen, geven van feedback, aanmoedigen van emotionele expressie, laten ventileren en sublimatie. Deze interventies werden ingezet vanuit het oogpunt dat inzicht in jezelf vergroot kan worden als de patiënten met elkaar delen en elkaar spiegelen (Gonen & Soroker, 2000). Vanhimbeeck van Van Kollenburg zetten mentaliseren in als interventie. Dit wordt voornamelijk gedaan door middel van richtvragen alvorens er met de beeldend opdracht wordt begonnen. Maar ook in de nabespreking worden vragen gesteld om het mentaliserend vermogen te stimuleren (Vanhimbeeck & Van Kollenburg, 2016)

Als laatste gebruiken Vanhimbeeck en Van Kollenburg ook nog interventies om de veiligheid in de groep te verhogen. Zo werken ze onder andere met afbeeldingen en postkaarten. Beelden kunnen herkenning geven aan gevoelens die nog moeilijk te verwoorden of beschrijven zijn (Vanhimbeeck & Van Kollenburg, 2016). Dit wordt gedaan bij lastige vragen waarbij het moeilijk is of onveilig voelt om woorden te geven aan de groep. Het is een vast aankomstritueel. Het wordt de cliënten dan ook vrij gelaten om bij de kaart wel of niet uitleg te geven. Deze optie is er altijd bij vragen die gesteld worden. Ook vragen ze niet bij elke opdracht over de inhoud van het beeld maar houden ze het op de beleving tijdens opdracht was om de veiligheid te vergroten.

MacWilliams (2017) en Lister et al. (2008) noemen dat de beeldend therapeut niet alleen het moet eren als de cliënt aan de slag gaat met de verliesgerichte stressoren, maar ook als hij er van weg slingert. Deze oscillatie is onderdeel van het natuurlijke rouwproces en essentieel ervoor. Door sensitief te zijn en aan te sluiten bij de stressoren die een cliënt op dat moment bezighouden, de herstelgerichte of verliesgerichte, kan hij interventies plegen die op de oriëntatie gericht zijn die op dat moment speelt. Volgens MacWilliams helpt dit bij het proces van integratie van het verlies.

5.5.2 INTERVIEWS

De interventies die Hoonte beschrijft zijn voornamelijk gericht op het geven van structuur. Zij beschrijft dat de mensen soms best wel 'leeg zijn', op het gebied van initiatief en ideeën hebben. Daarom zorgt zij vaak dat er voorbeelden op tafel liggen waar ze zich aan kunnen meten. Zij merkt dat dit een interventie is die veel cliënten nodig hebben. Ook worden er bij haar regelmatig telefoons of tablets gebruikt om iets op te zoeken of google in te zetten als inspiratiebron. Zij noemt dat als iemand net een CVA heeft gehad hij of zij veel handvatten nodig heeft om met beeldende materialen uit de voeten te kunnen. Hoonte beschrijft dat er wel verschil is tussen behoefte aan structuur tussen cliënten. Bij mensen die zwaar hersenletsel hebben omschrijft zij de omgang haast als met autisme: duidelijk, korte zinnen en een heldere opdracht. Meijer noemt dat ze wel probeert iemand zo veel mogelijk eigen regie te geven waar het kan en waar nodig is. Ze noemt dat het soms wel nodig is om als therapeut de regie te nemen.

Van Der Zande beschrijft dat haar interventies voornamelijk gericht zijn op het geven van afwisseling. Door bijvoorbeeld een vorm ingewikkelder te maken, of af te wisselen in zelf mee doen met de opdracht.

Meijer zet interventies in die aandacht geven aan het gevoel van falen dat revalidanten met CVA kunnen ervaren. Het lijf werkt niet meer, het spreken gaat niet meer goed. Ze noemt dat als er zo veel misgaat het ook goed is om te ervaren dat er soms nog wel dingen lukken, ook al zijn ze klein. Als iemand bijvoorbeeld niet tevreden is over zijn of haar beeldend werk, pakt zij een klein kadertje erbij. Daarmee gaan ze opzoek naar een klein stukje van een centimeter bij een centimeter, dat wél goed gelukt is, om de sessie toch positief af te sluiten.

Zowel Van Kollenburg en Hoonte beschrijven dat ze werken van vorige keren er terug bij pakken, om terug te kijken en te evalueren. Hoonte beschrijft dat mensen het echt nodig hebben om het weer voor zich te kunnen zien om zich bewust te worden van groei of verandering in het proces. Hoonte beschrijft dat mensen soms vergeten zijn wat je vorige week hebt besproken en door het erbij te pakken kan men het proces voor zich zien. Van Kollenburg beschrijft ook dat het kan helpen om even afstand te nemen van het werk en het van verder te bekijken.

Hoonte noemt dat ze in haar interventies probeert om iemand ook positieve dingen te kunnen laten inzien indien ze erg in de verliesgerichte oriëntatie zitten. Ze valideert en erkent daarbij de pijn en het verlies, maar probeert ook iemand naar lichtpuntjes te laten kijken en kracht. Ze noemt dat het een soort finetuning is, want iemand moet niet het gevoel hebben 'het mag er niet zijn'. Precies op het juiste moment erkenning geven maar ook door kunnen gaan naar het positieve. Tegelijkertijd merkt ze ook dat als iemand van nature een herstelgerichte copingstijl heeft en je probeert te verschuiven naar de verlieskant, dat men daar dan helemaal niks mee kan. Er zal dan aangesloten moeten worden bij de cliënt en zijn/haar copingstijl.

Van Kollenburg noemt ook de psycho-educatie die bij het duale procesmodel hoort. Volgens haar geeft dat een kader en een houvast aan de cliënten waarbinnen ze hun eigen ervaringen kunnen plaatsen.

Verder noemt Hoonte nog dat ze ook mentaliseren inzet als interventie. Ze noemt dat veel mensen op het gebied van gedrag of inlevingsvermogen beschadigingen hebben. Door te mentaliseren en

spiegelen kunnen ze beter zien wat er gebeurt, en daarmee uiteindelijk beter voelen wat iets met je doet.

5.5.3 OBSERVATIES

De therapeut doet tijdens de observaties meerdere keren de interventie om de materialen die beschikbaar zijn uitgebreid te introduceren en te laten uitproberen. Waar het kan probeert ze de cliënt zo veel mogelijk keuze te laten maken in de materialen, het thema en de werkvorm. Wanneer dit overspoelend is haalt ze mogelijkheden weg zodat het makkelijker wordt om aan de slag te gaan. Ze creëert als het ware een trechter waarmee ze uiteindelijk samen met de cliënt neerkomt op een werkvorm, thema en materiaal dat passend is en aansluit. Zo kan de cliënt toch veel zelf kiezen en regie nemen, terwijl structuur behouden wordt en er geen overspoelende keuzes zijn. Ze kiest er vaak voor eerst even een praatje te maken aan het begin van een sessie. De cliënt lijkt hierbij tot rust te komen. Er wordt hiermee veiligheid gecreëerd. Bovendien weet de therapeut meer over waar de cliënt op het moment mee zit en mee bezig is waardoor er beter aangesloten kan worden in de beeldende sessie. De therapeut pleegt veel interventies op het gebied van structuur en veiligheid. Ze is onder het werken bezig met of de cliënt het nog begrijpt en het een prettige ervaring is. Ze valideert en bevestigt ook tijdens meerdere sessies naar de cliënt dat het goed gaat. Wanneer een cliënt uit niet tevreden te zijn pleegt ze de interventie om een deel van het werk af te dekken en op zoek te gaan naar een stuk dat wel goed gelukt is.

5.5.4 CONCLUSIE

Wat vanuit zowel de observaties, de interviews als diverse literatuurbronnen naar voren komt is het belang van valideren, normaliseren, erkennen en bevestigen. Dit is zowel belangrijk bij het werken met rouw in het algemeen met het duale procesmodel, als bij de doelgroep CVA-revalidanten. Het gaat zowel om het valideren en bevestigen dat iemand het goed doet in de beeldende therapie als ze negatief zijn over hun werk, als om het erkennen van gevoelens die er spelen in het proces waar ze in zitten. Ook de negatieve lading van het proces waar ze in zitten mag erkend worden, want het is nu eenmaal beroerd. Vanuit de literatuur komt naar voren dat ook de coping gevalideerd dient te worden. Zowel de verliesgerichte en herstelgerichte oriëntatie dienen geëerd en bevestigd te worden als normale coping door de therapeut. Dit kan onder andere worden gedaan door het aanbieden van psycho-educatie. Er wordt in de literatuur genoemd dat het de voorkeur heeft om de interventies en de werkwijze in de therapie aan te laten sluiten op de huidige oriëntatie. Eén bron noemt dat het geen zin heeft om iemand met alle geweld proberen naar de andere kant te laten kijken als hij of zij alleen in het herstel of verlies zit, omdat het de veiligheid aantast en het de tegenovergestelde werking heeft. Twee respondenten bevestigen dat. Vanuit literatuurbronnen wordt ook genoemd dat de beeldend therapeut niet moet proberen iemand met geweld weg proberen te bewegen van het verlies, maar iemand helpen de diepte van emoties te ontdekken. Er wordt door een andere bron ook benadrukt dat het goed is om de cliënt aan te moedigen tot expressie en ventileren. Wel komt er vanuit de interviews naar voren dat er door middel van interventies wel geprobeerd kan worden iemand te verleiden naar de andere kant. Eén respondent noemt dat finetuning, het juiste moment erkenning geven maar ook verder kunnen laten kijken. Vanuit de interviews wordt ook genoemd dat er interventies gepleegd kunnen worden om iemand lichtpuntjes te kunnen laten zien. Er wordt belang gehecht aan de sessie positief afsluiten. Vanuit een respondent en de observaties komt ook een interventie naar voren om een deel van het werk af te dekken of een kader te gebruiken, en dan op zoek te gaan naar een stukje waar de cliënt tevreden over is en trots op kan zijn. Het zo veel mogelijk geven van de eigen regie is iets dat terugkomt in de interviews, observaties en literatuur. In de observaties probeerde de therapeut zo veel mogelijk de cliënt zelf de ruimte te geven om regie te kunnen pakken, maar bood zij wel de kaders waardoor de

mogelijkheden niet overspoelend werden. Ook hier was weer sprake van finetuning om iemand precies genoeg eigen regie te geven maar niet zo veel dat iemand overspoeld raakte. Ook één respondent noemt uitdrukkelijk het belang van regie teruggeven, aangezien men al zo afhankelijk is en veel uit handen moet geven. Ook betreffende de slingerbeweging van het DPM is regie belangrijk. Een bron noemt dat het goed is om hoewel je de cliënt kan verleiden, het goed is om hem of haar zo veel mogelijk zelf initiatief te laten nemen tot de slingerbeweging tussen verlies en herstel. Verder komen er vanuit alle drie de databronnen ook verschillende interventies naar voren om de veiligheid in de beeldende therapie te waarborgen en verhogen. Zo kan men bijvoorbeeld ideeën, afbeeldingen en postkaarten op de tafel hebben liggen waardoor cliënten ideeën kunnen krijgen, of een afbeelding te kunnen pakken om iets uit te leggen. Dat kan soms makkelijker zijn dan met woorden. Dit wordt zowel veel toegepast bij therapie met het DPM met rouw in het algemeen als met CVA revalidanten. Vanuit de observaties komt ook naar voren dat het materiaal uitgebreid geïntroduceerd wordt om de veiligheid te verhogen. Tevens noemen twee respondenten en een literatuurbron het inzetten van interventies om meer inzicht te geven in zichzelf en het proces, door eerder werk erbij te pakken en naast het nieuwe werk te leggen. Ook het van een afstandje bekijken van het eigen werk wordt ingezet. Als laatste wordt door twee respondenten en meerdere literatuurbronnen mentaliseren en spiegelen genoemd als interventie om het inzicht en bewustwording te vergroten.

HOOFDSTUK 6 – CONCLUSIE

In dit onderzoek is er getracht om de vraag vanuit de praktijk te beantwoorden hoe het duale proces een leidraad kan vormen voor beeldend vaktherapeuten die werken met CVA-revalidanten binnen de geriatrische revalidatiezorg. Door de vergrijzing van de bevolking stijgt het aantal mensen dat een CVA krijgt en door de vooruitgang in de urgentiegeneeskunde overleven steeds meer mensen dit, maar wel met ernstige gevolgen. Een CVA wordt ook wel omschreven als een breuk in de levenslijn en heeft ernstige impact op iemands gezondheid en alle aspecten van het leven. De doelgroep zal aankomende jaren daardoor groeien waardoor onderzoek en ontwikkeling over beeldende therapie bij deze doelgroep gewenst is. De doelgroep is kwetsbaar waardoor juiste begeleiding bij het geleden verlies belangrijk is. Gezien de bijval van deskundigen over de accuratie van het duale procesmodel (DPM), is er onderzoek gedaan hoe vaktherapeuten het DPM kunnen inzetten in de vaktherapie bij het werken aan verlies. Dit met als uiteindelijk doel de kwaliteit van de behandeling te kunnen verbeteren. Het DPM beschrijft rouwen als het heen en weer slingeren tussen twee realiteiten: de realiteit van het leven dat nooit meer hetzelfde zal zijn (verlies), en de realiteit van het leven dat doorgaat (herstel). De hoofdvraag die gesteld is luidt dan ook als volgt:

Op welke wijze kunnen beeldend vaktherapeuten aan de hand van het duaal procesmodel werken aan verlies met CVA revalidanten in de GRZ?

Om antwoord te kunnen geven op de bovenstaande hoofdvraag worden de bevindingen in dit onderzoek in dit hoofdstuk samengevat. De hoofdvraag is voor het beantwoorden van de onderzoekskwestie opgesplitst in indicatie, doelen, therapeutische attitude, werkvormen en interventies.

Uit het onderzoek is gebleken dat beeldend vaktherapeuten op twee manieren aan de hand van het DPM kunnen werken aan verlies met CVA-revalidanten in het geriatrische revalidatiecentrum. De eerste manier is het inzichtgevend werken met de revalidanten, waarbij psycho-educatie een rol speelt. Er wordt gekeken naar de eigen coping en wordt getracht de coping te valideren en uit te breiden, vaak door het werken in groepen en leren van groepsgenoten. Ook de aangeboden psycho-educatie zorgt ervoor dat de coping uitgebreid kan worden en er meer bewustzijn hierover komt. De tweede wijze is meer gericht op het aansluiten bij de cliënt doordat de therapeut kennis heeft van het DPM. De therapeut kan observeren of iemand meer bezig is met de verliesgerichte of herstelgerichte oriëntatie en daarop de werkvormen aanpassen. Uit de bronnen is immers gebleken dat als je binnen de beeldende therapie gaat richten op de verliesgerichte oriëntatie terwijl je cliënt in de herstelgerichte oriëntatie is (en andersom), je aansluiting mist bij de cliënt en hij zich onbegrepen kan voelen. Er wordt in beeld gericht op herstel of verlies, afhankelijk van waar de cliënt zich op dat moment in de slingerbeweging bevindt. Belangrijk hiervoor is wel dat de therapeut altijd sensitief is voor waar iemand op dat moment is, omdat de slingerbeweging tussen herstel en verlies grotendeels onvoorspelbaar is. Het lijkt dat deze werkwijze beter past bij individuele therapie in verband met de nauwe afstemming op waar iemand op dat moment zit binnen de slingerbeweging. Binnen de geriatrische revalidatiezorg zijn CVA-revalidanten geïndiceerd voor het werken aan verlies binnen beeldende therapie wanneer ze kwetsbaarder zijn, zelf behoefte hebben aan psychosociale hulp en van wie de behandeling niet voorspoedig verloopt door psychosociale problematiek. Gevonden contra-indicaties zijn te ernstige hersenbeschadigingen, weerstand voor het beeldende kunstvak of voor het CVA al op hoog niveau met kunst bezig geweest zijn. Het werken met het DPM lijkt geen extra indicatie te zijn, het gaat immers over verlies, dat inherent staat aan het krijgen van een CVA.

De therapeutische attitude lijkt overstijgend te zijn op het gebied van de besproken werkwijzen. Het voornaamste is een open, ondersteunende en flexibele houding van de therapeut, waarin deze zich

sensitief opstelt ten opzichte van de cliënt waardoor er aangevoeld kan worden waar in de slingerbeweging de cliënt zich bevindt. Van belang is gelijkwaardigheid tussen de therapeut en de cliënt, waarbij er niet te veel gepraat wordt of te moeilijke woorden worden gebruikt.

Bij de doelen en de werkvormen kan er onderscheid gemaakt worden tussen de bovenstaande genoemde werkwijzen. Bij de eerstgenoemde werkwijze staan inzicht in, bewustzijn van, uitbreiding van en validering van coping centraal. Doelen zijn meer grip krijgen op wat er gebeurd is, het integreren van de schade aan het lichaam in het leven op een manier die niet meer overspoelend is. Werkvormen hierbij zijn gericht op het metaforisch werken met het DPM in beeld en het projecteren van de eigen beleving staat centraal. Voorbeelden die vanuit de databronnen naar voren komen zijn het maken van een landkaart waarin verlies en herstel allebei en eigen eiland hebben, het maken van een bootje dat de draagkracht symboliseert, het maken van een zelfportret, het weergeven van de verandering door het verlies aan de hand van de transitiecurve of een drieluik van verleden-heden-toekomst.

Bij de tweede genoemde werkwijze om het duale procesmodel binnen de beeldende therapie te gebruiken met deze doelgroep passen andere doelen en werkvormen. Deze zijn op zich weer in te delen in twee categorieën, gericht op de verlies- of hersteloriëntatie. Doelen die bij de verliesoriëntatie passen zijn gerelateerd aan het uiten van emoties en het verwerken van de schok wat iemand overkomen is. Er wordt hier gericht op het leven dat achter gelaten wordt. De transitionele 'alsof-ruimte' in de beeldende therapie kan plek geven om hiermee aan de slag te gaan. Een voorbeeld hiervan is het uiten van emoties op papier, het werken met foto's en herinneringen van voor het verlies. Er komt ook uit de data naar voren dat een *token* of creatief dagboek gemaakt kan worden als steuntje in de rug tijdens moeilijke situaties in het dagelijks leven. In de categorie van de hersteloriëntatie staat centraal dat de cliënt bezig is met het leven dat nog verder gaat. Belangrijk hierbij is wat iemand nog wil en waar kansen liggen om te groeien. Het doel is dat iemand zich weer richt op de buitenwereld en betrokkenheid krijgt bij dagelijkse constructieve dingen. Dit helpt ook bij de motivatie voor de revalidatie. Ook het kijken naar de daginvulling hoort hierbij. Doelen als plezier en ontspanning, hervinden van identiteit, maar ook het kijken naar hoe er omgegaan kan worden met de secundaire stressoren rondom het verlies. Werkvormen die hier ingezet kunnen worden zijn bijvoorbeeld het maken van een collage met een thema naar keuze, het maken van een zelfportret, een kleurontmoeting in nat-in-nat, het vormgeven van de eigen kracht of ontspannen met een lemniscaat.

Verder zijn er nog aspecten gevonden die bij de werkvormen belangrijk zijn die werkwijze-overstijgend zijn. Zo wordt er voornamelijk tweedimensionaal gewerkt in verband met de fysieke beperkingen van de doelgroep. Ook het zo veel mogelijk vrije keuze laten maken is belangrijk, aangezien iemand hiermee zijn identiteit opnieuw kan bevestigen.

Ingezette interventies vanuit de literatuur zijn het erbij pakken van oud werk en werk van een afstand bekijken om inzicht te bevorderen. Ook mentaliseren en spiegelen worden voor dit doel ingezet. Er wordt vanuit verschillende databronnen benadrukt de sessie positief af te ronden, door naar de lichtpuntjes te kijken of een stukje in het werk op te zoeken waar de cliënt tevreden over is, indien hij negatief is. Daarnaast staan als het gaat om interventies valideren, normaliseren, erkennen en bevestigen centraal. De therapeut moet niet proberen in de interventies met alle geweld de cliënt naar de andere kant te krijgen van het model, maar kan hem of haar wel proberen te verleiden tot de andere zijde, terwijl hij ook tegelijkertijd erkenning geeft aan waar de cliënt nu zit. De therapeut moet niet het verlies of herstel proberen te vermijden, maar dit uitdiepen met de cliënt en tegelijkertijd hem verleiden tot een stukje naar de andere kant kijken indien iemand vast lijkt te zitten in het verlies of herstel. Het is echter wenselijk dat iemand zelf initiatief neemt in de slingerbeweging. Tegelijkertijd is er ook de tegenbeweging dat deze doelgroep vaak veel behoefte heeft aan structuur en kaders. Men is vaak 'leeg' na een CVA en kan overspoeld raken door keuzes,

terwijl deze keuzes juist kunnen helpen iemands identiteit terug te vinden. Structuur en veiligheid kunnen gewaarborgd worden door het gebruiken van afbeeldingen en ideeën op tafel als voorbeelden, of door gevoel uit te drukken als er geen woorden voor zijn. Het lijkt dus dat de beeldend therapeut moet balanceren tussen de juiste hoeveelheid structuur en kader en de juiste hoeveelheid vrijheid. Dit zal per persoon verschillen en zal de therapeut moeten afstemmen. De veiligheid en de structuur zouden ervoor moeten zorgen dat iemand zelf initiatief kan nemen tot de slingerbeweging en keuzes maken die zijn veranderde identiteit bevestigen.

HOOFDSTUK 7 – AANBEVELINGEN

7.1 AANBEVELINGEN VOOR DE BEROEPSPRAKTIJK

Uit dit onderzoek zijn twee werkwijze gekomen waarop een beeldend vaktherapeut kan werken aan verlies met CVA revalidanten binnen de geriatrische aan de hand van het duale procesmodel. Deze twee manieren geven een andere invalshoek om met het duale procesmodel aan de slag te gaan. De eerste aanbeveling die de onderzoeker wil doen, is voor vaktherapeuten die met deze doelgroep werken om meer te lezen over huidige ontwikkelingen over wat we weten van rouw en met name zich in het duale procesmodel te verdiepen. De onderzoeker gelooft dat dit een grote, wezenlijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de beeldende therapie bij CVA revalidanten binnen de GRZ. De therapeut kan door de kennis over het duale procesmodel zijn werkvormen beter laten aansluiten bij de cliënt, of de cliënt grip geven op zijn eigen verwerkingsproces door het DPM als kader en houvast te laten dienen. Beeldende therapie kan helpen het inzicht te vergroten. Indien de vaktherapeut ervoor kiest om de eerste werkwijze in te zetten, waarin inzichtgevend en metaforisch werken centraal staat, wil de onderzoeker aanbevelen om dit in groepsverband in te zetten. De onderzoeker is zich bewust van de logistieke moeilijkheden in de revalidatie om een groep samen te stellen, maar wil toch benadrukken dat uit dit onderzoek is gebleken dat dit van grote meerwaarde is. Indien de vaktherapeut ervoor kiest om de tweede werkwijze in te zetten die in dit onderzoek naar voren is gekomen, waarin het aansluiten bij de huidige herstel- of verliesoriëntatie, adviseert de onderzoeker om individueel te werken met de cliënt. Zo kan wat er speelt op het gebied van stressoren op het moment centraal staan en kan de therapeut daar met de cliënt op inzoomen en de werkvormen en interventies erop aanpassen.

7.2 AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Als het gaat om aanbevelingen voor verder onderzoek wil de onderzoeker als eerst aanraden om verder onderzoek te doen naar welke werkwijze het meest geschikt is voor in de context met de doelgroep. De tweede aanbeveling die de onderzoeker dan ook zou willen doen is het ontwikkelen van een interventiebeschrijving volgens de richtlijnen van de Commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO) van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek. Het expliciteren van de individuele, veelal impliciete kennis uit de praktijk die hier is vergaard, kan een belangrijke stap in de cyclus van kennisontwikkeling vormen door middel van een interventiebeschrijving (CPMO/FVB, sd). Het geschreven werkvormenboek dat is ontwikkeld aan de hand van dit onderzoek kan een voorzet vormen voor het ontwikkelen van deze interventiebeschrijving. Vervolgens is de aanbeveling van de onderzoeker om de interventiebeschrijving die hieruit ontwikkeld is te toetsen in de praktijk op bruikbaarheid en resultaat door middel van een actieonderzoek. Verder is de onderzoeker van mening dat het nuttig zou zijn voor de praktijk om te onderzoeken bij welke doelgroepen de beschreven werkwijzen nog meer ingezet zouden kunnen worden.

BIBLIOGRAFIE

- Achterberg, W. (2013). *Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg*. Leiden: LUMC.
- Actiz. (2019, 2 18). *Geriatrische revalidatiezorg*. Opgehaald van Actiz. Organisatie van zorgondernemers: <https://www.actiz.nl/thema/zorg/geriatrische-revalidatiezorg>
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Councill, T., & Phlegar, K. (2013). Cultural Crossroads. Considerations in Medical Art Therapy. In P. Howie, S. Prasad, & J. Kristel, *Using Art Therapy with Diverse Populations* (pp. 203-213). London: Jessica Kingsley Publishers.
- CPMO/FVB. (sd). *CPMO*. Opgeroepen op 5 24, 2019, van Databank Vaktherapie: <https://www.databankvaktherapie.nl/cpmo/>
- De Lange, R., Schuman, H., & Montesano Montessori, N. (2016). *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Apeldoorn: Garant.
- De Mönnink, H. (2017). *Verlieskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Vos, A., Van Balen, R., Gobbens, R., & Bakker, T. (2017). Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 48(4), 12-21.
- Eilander, H., Van Belle-Kusse, P., & Vrancken, P. (2006). *Hersenletsel: Achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Den Haag: LEMMA.
- Foks-Appelman, T. (2014). *Kinderen geven tekens: De betekenis van kindertekeningen en kinderspel vanuit het perspectief van de analytische psychologie*. Delft: Eburon.
- Gonen, J., & Soroker, N. (2000). Art therapy in stroke rehabilitation; a model of short term group treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 41-50.
- Hersenstichting. (2019, 2 20). *Folder leven na een beroerte*. Opgehaald van Hersenstichting: https://www.hersenstichting.nl/dynamics/modules/SFIL0200/view.php?fil_id=78
- Hunt, J. (2004). Sole Survivor: A Case Study to Evaluate the Dual-ProcessModel of Grief in Multiple Loss. *Illness, Crises & Loss*, 12(4), 284-298.
- Keirse, M. (2003). *Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Tielt: Lannoo nv.
- Kemps, R., Farenhorst, N., & Vrancken, P. (2015). *Hersenletsel: begrijpen en begeleiden*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Kim, S.-H., Kim, M.-Y., Lee, J.-H., & Chun, S.-i. (2008). Art Therapy Outcomes in the Rehabilitation Treatment of a Stroke Patient: A Case Report. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(3), 129-133.
- Kruijver, E. (2011, 11 28). Het seksuele brein verstoord. Inleiding op de invloed van NAH op de seksualiteit. Haarlem. Opgehaald van <https://slideplayer.nl/slide/2130985/>
- Lafosse, C., & Moeremans, M. (2002). NAH in cijfers en kenmerken. In M. Claeys, G. Cordenier, C. De Vrieze, C. Lafosse, & H. Van Hove, *NAH in Vlaanderen Vandaag: Zorgvernieuwing* (pp. 55-69). Destelbergen: SIG.

- Lister, S., Pushkar, D., & Connolly, K. (2008). Current bereavement theory: Implications for art therapy practice. *The Arts in Psychotherapy*, 35(4), 245-250.
- MacWilliam, B. (2017). *Complicated grief, Attachment & Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Maes, J. (2012). Tussen loslaten en verbinden. *Wending*, 13-15.
- Maes, J. (2014). Naar een integratief rouwmodel. Implicaties voor rouwbegeleiding en rouwtherapie. In J. Maes, & H. Modderman, *Handboek rouw, rouwbegeleiding, rouwtherapie. Tussen presentie en interventie* (pp. 25-57). Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Maes, J., & Jansen, E. (2018). *Ze zeggen dat het overgaat... Het boek dat je helpt om te gaan met rouw en verlies*. Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Michaels, D. (2010, december). A space for linking: Art therapy and stroke rehabilitation. *International Journal of Art Therapy*, 15(2), 65-74.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: SWP Uitgeverij B.V.
- Moors, M. (2015). Rouw mag er zijn. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 24(4), 45-57.
- NHG. (2018). *NHG-Standaard Beroerte*. Opgehaald van NHG: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte#note-11>
- Nochi, M. (1998). 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injuries: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 46(7), 869-878.
- OLVG. (2017, Juni 2). *Wat zijn de gevolgen van een beroerte?* Opgehaald van Beroerte Adviescentrum: http://www.beroerteadviescentrum.nl/naasten_of_mantelzorgers/wat_zijn_de_gevolgen_van_een_beroerte
- Palm, J. (2012). *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een Veranderd Leven*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Plomp, T., & Nieveen, N. (2007). *An Introduction to Educational Design Research*. Enschede: SLO.
- RIVM. (2019, 7 3). *Beroerte: Cijfers en Context*. Opgehaald van Volksgezondheidszorg.info: Cijfers en Achtergronden: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-en-nieuwe-gevallen-van-beroerte>
- Robb, M., & Councill, T. (2011). Cultural expectations in art therapy at the end of life. Proceedings of the annual conference of the American Art Therapy Association. Washington, DC: American Art Therapy Association.
- Rubin, J. A. (2010). *Introduction to Art Therapy. Sources & Resources*. New York: Taylor & Francis Group.
- Seibert, P., Reedy, P., Hash, J., Webb, A., Stridh-Igo, P., Basom, J., & Zimmerman, C. (2002). Brain Injury: quality of life's greatest challenge. *Brain Injury*, 16(10), 837-848.
- Selby, S., Clark, S., Braunack-Mayer, A., Jones, A., Moulding, N., & Beilby, J. (2010). Cross-cultural re-entry for missionaries: A new application for the Dual Process Model. *Omega: Journal of Death and Dying*, 62(4), 329-351.

- Shear, K. (2010, December). Exploring the role of experiential avoidance from the perspective of attachment theory and the dual process model. *Omega - Journal of Death and Dying*, 61(4), 357-369.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007, December). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453-461.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Stroebe, M. (2009). Voorbij het gebroken hart. Psychische en lichamelijke gevolgen van het verlies van een dierbare. *Psychologie & Gezondheid*, 37(5), 241-251.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 1-28.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: a Decade On. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2016). Overload: A Missing Link in the Dual Process Model? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(1), 96-109.
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. *Omega - Journal of Death and Dying*, 74(4), 455-473.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Theorieën over rouw en rouwen. In J. Van den Bout, *Sterven, uitvaart en rouw* (pp. 1.3-2-1.3-13). Amsterdam: Elsevier.
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25(4), 395-414.
- Van Bost, G., Lorent, G., & Crombez, G. (2005). Aanvaardig na niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 38, 245-262.
- Van Den Bout, J. (2016). Rouw. In J. Vandermeulen, M. Derix, C. Avezaat, T. Mulder, & J. Van Strien, *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen* (pp. 275-285). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Etten, C. (. (2018, December 14). *Stress veroorzaker van een beroerte*. Opgehaald van Dokter.nl: <https://www.dokter.nl/nieuws/hersenen-en-zenuwen/668-stress-veroorzaker-van-een-beroerte/>
- Van Heugten, C. (2016, 21 Januari). Ook de chronische fase na hersenletsel kent behandelmogelijkheden. Zwolle: Maastricht University. Opgehaald van <https://docplayer.nl/15681810-Ook-de-chronische-fase-na-hersenletsel-kent-behandel-mogelijkheden-prof-dr-caroline-van-heugten.html>
- Van Keken, H. (2010). *Voor het onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Van Wielink, J., & Wilhelm, L. (2017). *Professioneel Begeleiden bij Verlies*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

- Vanhimbeeck, A., & Van Kollenburg, J. (2016). Roeien met twee riemen. Beeldende therapie in een rouwgroep voor jongeren. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 12(3), 3-9.
- Verenso. (2010). *Behandelkaders geriatrische revalidatie*. Utrecht.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Uitgeverij Boom onderwijs.
- Vink, M., Falck, R., & Deelman, B. (2002). *Senioren en CVA. Veranderingen in cognitie, emoties en gedrag*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Weisbrot, M. (2013). Art Therapy and Medical Rehabilitation with Adults. In C. A. Malchiodi, *Art Therapy and Health Care* (pp. 240-251). New York: The Guilford Press.
- Wijngaards, L., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van den Bout, J., & Van der Heijden, P. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 31-42.
- Willemars, G. (2019). *Reader Praktijkgericht Onderzoek Vaktherapie*. Utrecht.
- Willems, M., De Boer-Fleischer, T., Schepers, V., Van De Port, I., & Visser-Meily, A. (2012). Aandacht voor chronische fase na CVA. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 7(3), 72-76.
- Witteveen, E., Admiraal, L., Visser, H., & Wilken, J. P. (2010). *Communicatie bij hersenletsel. Begrijpen we elkaar?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanen, L. (2002). *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zorginstituut Nederland. (2014, Juni 26). Geriatrische Revalidatiezorg. Advies over verbetering van de toegang.

BIJLAGE 1 – GEDRAGSCODE HBO

Als je praktijkgericht onderzoek doet kunnen er ethische kwesties spelen, waarbij je als onderzoeker een vertrouwenspositie hebt. Daarom is het binnen praktijkgericht onderzoek belangrijk dat men zich aan een aantal regels houdt (Van Keken, 2010). De gedragscode voor praktijkgericht onderzoek bestaat volgens Migchelbrink (2013) uit vijf regels, die hieronder op toepassingsniveau zijn toegelicht in het kader van het uitgevoerde onderzoek.

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek is er beoogd om op professionele wijze bij te dragen aan de beroepspraktijk van Vaktherapie. Het aantal CVA revalidanten binnen de geriatrische revalidatiezorg zal de komende jaren toenemen in aantal. In dit onderzoek is er onderzocht hoe er beter aangesloten kan worden binnen de beeldende therapie bij het werken aan verlies bij deze groeiende doelgroep. Er is hierbij een relatief nieuw rouwmodel gebruikt, waarvan er nog weinig documentatie was over de verbinding met vaktherapie.

2. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn respectvol.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek is er rekening gehouden met de belangen, privacy, en persoonlijke opvattingen van alle betrokkenen. De onderzoeker heeft beoogd de respondenten en deskundigen op respectvolle wijze te benaderen. De respondenten zijn op de hoogte gehouden over het feit dat het interview werd opgenomen. Ook hebben zij de transcriptie van het interview opgestuurd gekregen en kunnen voorzien van opmerkingen indien die er waren. Daarnaast is er gecheckt of de respondenten met naam en functie genoemd mochten worden in het onderzoek. Bij de observaties zijn de casussen compleet geanonimiseerd. Er is rekening gehouden met de privacy van de cliënten.

3. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn zorgvuldig.

De respondenten zijn voorafgaand aan het onderzoek geïnformeerd over het doel van het interview en waarvoor de data gebruikt zou worden. De interviews zijn zorgvuldig met aandacht getranscribeerd. Daarna werden de transcripties herlezen met het audiobestand erbij om zeker te weten dat de transcriptie overeenkomt met het gezegde door de respondent. Keuzes zijn tijdens het onderzoek in samenspraak gegaan met de opdrachtgever. Ter controle is het conceptverslag van het onderzoek naar een evaluatiegroep van deskundigen gestuurd om de kwaliteit en leesbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

4. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn integer.

De onderzoeker heeft beoogd de integriteit van het onderzoek waarborgen door eerlijk te zijn over de gebruikte databronnen. Alle bronnen die gebruikt zijn in het onderzoek zijn op correcte wijze vermeld in de bibliografie of terug te vinden in de bijlagen. De methodische keuzes die gemaakt zijn voor het onderzoek zijn toegelicht in het hoofdstuk Onderzoeksmethoden. De onderzoeker is tijdens het uitvoeren van het onderzoek actief op zoek gegaan naar feedback, wat de integriteit van het onderzoek waarborgt.

5. Onderzoekers aan het HBO onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag.

De onderzoeker heeft in het onderzoeksverslag uitgebreid de relevantie van het onderwerp toegelicht, waarbij ook de keuze voor het DPM is weergegeven. De gehanteerde methodes zijn toegelicht in een apart hoofdstuk. Daarin is uitgebreid beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en welke keuzes daarin zijn gemaakt.

BIJLAGE 2 – TRANSCRIPTIE RESPONDENT WIEKE HOONTE

Informatie verwijderd voor publicatie vanwege vertrouwelijke aard

BIJLAGE 3 – TRANSCRIPTIE RESPONDENT ILSE MEIJER

Informatie verwijderd voor publicatie vanwege vertrouwelijke aard

BIJLAGE 4 – TRANSCRIPTIE RESPONDENT LINDA VAN DE ZANDE

Informatie verwijderd voor publicatie vanwege vertrouwelijke aard

BIJLAGE 5 – TRANSCRIPTIE RESPONDENT JANSKE VAN KOLLENBURG

Informatie verwijderd voor publicatie vanwege vertrouwelijke aard

BIJLAGE 6 – TOPICLIJST

INTERVIEW EXPERTISE CVA REVALIDANTEN

INTRO

- Voorstellen
- Doel interview
- Mag geïnterviewde bij naam en functie benoemt worden
- Tijdsduur
- Wat gaat er gebeuren met de informatie
- Member checking

TOPIC LIJST

1. Wanneer is werken aan verlies binnen VB geïndiceerd?
2. Wat zouden redenen kunnen zijn voor contra-indicatie?
3. Wat heeft VB te bieden t.o.v. andere therapieën?
4. Zijn er doelen? Wie stelt die?
5. Hoe bepaal je welke doelen worden gesteld? Wat voor soort doelen worden er gesteld?
6. Hoe verhouden de doelen zich tot de visie van de revalidatie?
7. Worden deze doelen ook gehaald?
8. Wat is er nodig in de attitude bij het werken met deze doelgroep?
9. Wat is er nodig in de attitude bij het werken met het thema verlies?
10. Werk je individueel of in groepen en waarom?
11. Wat voor werkvormen zet je in? Waarom?
12. Wat voor materialen zet je in?
13. Hoe zien interventies eruit bij deze doelgroep? Welke zet je zelf vaak in en waarom?
14. Welke interventies zijn het meest helpend?
15. Wat is de kracht van VB bij deze doelgroep?

AFSLUITING

- Bedanken + presentje
- Vervolgcontact
- Uitnodigen studentencongres
- Vragen deelneming evaluatiegroep

TOPIC LIJST EXPERTISE DUAAL PROCESMODEL

INTRODUCTIE

- Voorstellen
- Doel interview
- Mag geïnterviewde bij naam en functie benoemt worden
- Tijdsduur
- Wat gaat er gebeuren met de informatie
- Member checking

TOPIC LIJST

1. Wanneer is werken aan verlies aan de hand van het DPM binnen VB geïndiceerd?
2. Wat zouden redenen kunnen zijn voor contra-indicatie?
3. Zijn er doelen? Zo ja, welke doelen zijn er?
4. Hoe bepaal je welke doelen worden gesteld?
5. Wat voor soort doelen worden er gesteld?
6. Worden deze doelen ook gehaald?
7. Wat is er nodig in de attitude bij het werken met het DPM binnen VB?
8. Werk je individueel of in groepen en waarom?
9. Welke werkvormen zet je in bij het werken aan verlies binnen VB a.d.h.v. het DPM?
10. Wat voor materialen zet je hierbij in?
11. Hoe zien interventies worden er vaak gebruikt bij het inzetten van het DPM binnen VB?
12. Welke interventies zijn het meest helpend?
13. Wat is de toegevoegde waarde van het DPM binnen VB?
14. Wat is het verschil tussen DPM in andere therapieën en in VB?

AFSLUITING

- Bedanken + presentje
- Vervolgcontact
- Uitnodigen studentencongres
- Vragen deelneming evaluatiegroep

BIJLAGE 7 – OBSERVATIES

Informatie verwijderd voor publicatie vanwege vertrouwelijke aard