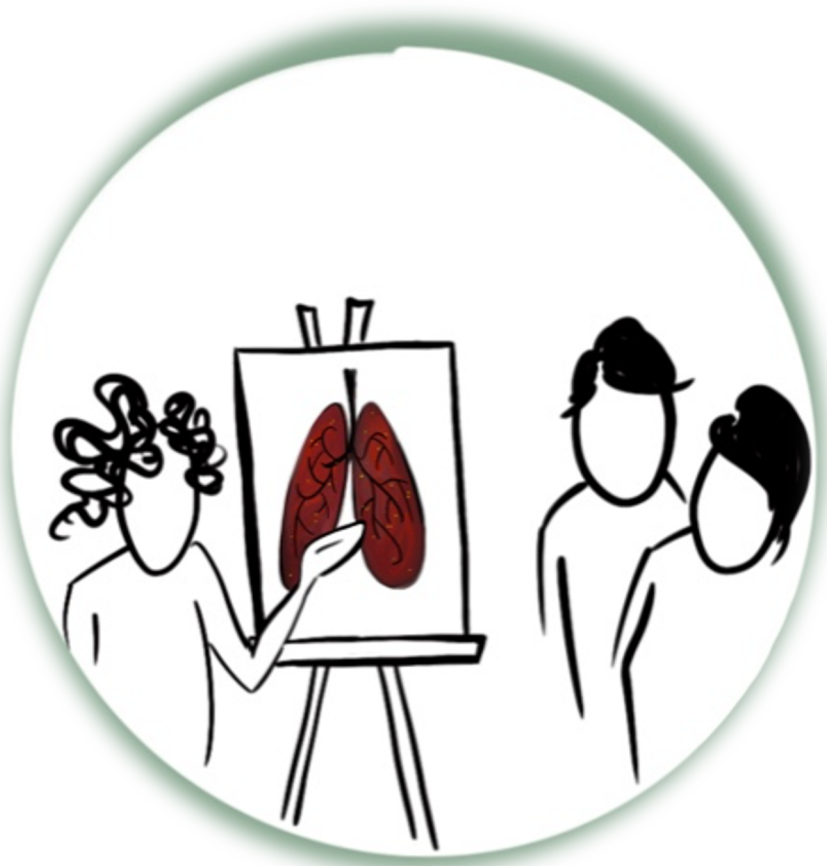


## Her-innering

*Praktijkgericht onderzoek naar de werkzame factoren van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen binnen de medisch specialistische longrevalidatie*



Door Frederike Meeuwsen – 172 64 08  
Vaktherapie – Beeldend  
Hogeschool Utrecht te Amersfoort

Opdrachtgever – Marika Derickx, Universitair Medisch Centrum Groningen  
Consulent – Marc Willemsen  
Beoordelaars – 1<sup>e</sup> Patricia Vos, 2<sup>e</sup> Hans Diemel

Eerste gelegenheid – 13-06-2022

## Summary

Although art therapy has been offered to pulmonary rehabilitation patients within the various centers of expertise for complex chronic lung failure, literature on art therapeutic work with this target group is scarce. There is a need in the field for more research into the efficacy of art therapy for patients with complex chronic lung failure in specialized pulmonary rehabilitation.

The effective factors of art therapy in this setting are only known from the client perspective. This qualitative research aims to contribute to the foundations of art therapy in pulmonary rehabilitation, viewed from the perspective of the professional: the art therapist. Through literature review and interviews with three art therapists in the pulmonary rehabilitation field, three sub-questions were investigated. The research results led to the answer to the main question of this study: What are the effective factors of visual therapy to patients with complex chronic lung failure in specialized medical rehabilitation?

The research results show that the efficacy of art therapy lies in what distinguishes this treatment from other forms of treatment within a rehabilitation program. The patient has the possibility through art therapy -to learn- to give form to its experiential world in a non-verbal way. In addition, visual materials enable the patient to be in touch with the signals from its own body, which enables one to explore and recognize its own physical boundaries. Both lead to being able to clarify and share the perception of illness, which allows the rehabilitant to strengthen their own management. In this way, the use of art materials makes a connection between mental and physical aspects of the rehabilitation treatment and new coping strategies can be worked on in analogy with daily life.

The study results lead to the recommendation for practitioners to conduct more qualitative and efficacy research on the efficacy of visual therapy to this target population. In doing so, when both rehabilitant and professional perspectives are examined on a larger scale than in this study, an even broader picture of the research issue in professional practice will be presented. Based on the research results, an infographic was created in which the knowledge gained is bundled so that it can be shared in a simple manner.

## Samenvatting

Alhoewel er in Nederland beeldende therapie aangeboden wordt aan longrevalidanten binnen de verschillende kenniscentra voor complex chronisch longfalen, is literatuur over het beeldend therapeutisch werken met deze doelgroep schaars. In het werkveld leeft de behoefte aan meer onderzoek naar de werkzaamheid van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische longrevalidatie.

De werkzame factoren van beeldende therapie in deze setting zijn tot op heden enkel bekend vanuit cliënt-perspectief. Met dit kwalitatieve onderzoek is getracht een bijdrage te leveren aan de onderbouwing van beeldende therapie in de longrevalidatie, bekeken vanuit het perspectief van de professional: de beeldend therapeut. Door literatuuronderzoek en interviews met drie beeldend therapeuten uit de longrevalidatie zijn drie deelvragen onderzocht. De onderzoeksresultaten leidden tot de beantwoording van de centrale hoofdvraag van dit onderzoek: Wat zijn de werkzame factoren van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie?

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de werkzaamheid van beeldende therapie zit in hetgeen deze behandeling onderscheidt van andere behandelvormen binnen een revalidatietraject. De revalidant heeft in beeldende therapie de mogelijkheid om op non-verbale wijze vorm te -leren- geven aan diens belevingswereld. Daarnaast doet beeldend materiaal een appél op het maken van contact met de eigen lichaamssignalen, waardoor de revalidant de eigen -fysieke- grenzen kan verkennen en (h)erkennen. Beide leiden tot het kunnen verduidelijken en delen van de ziekteperceptie, waarmee de revalidant diens eigen regievoering kan versterken. Zodoende wordt door de inzet van beeldend materiaal een verbinding gelegd tussen mentale en fysieke aspecten van de revalidatiebehandeling en kan gewerkt worden aan nieuwe copingstrategieën in analogie met het dagelijks leven.

De onderzoeksresultaten leiden tot de aanbeveling voor de praktijk om meer kwalitatief en effectiviteitsonderzoek te doen naar de werkzaamheid van beeldende therapie aan deze doelgroep. Wanneer hierbij zowel het perspectief van revalidant als van professional onderzocht worden op grotere schaal dan in dit onderzoek, wordt een nog breder beeld geschetst van de onderzoekskwestie in de beroepspraktijk.

Op basis van de onderzoeksresultaten is een *infographic* gecreëerd waarin de opgedane kennis gebundeld is, zodat deze op eenvoudige wijze gedeeld kan worden.

## Voorwoord

Mijn derdejaars stage als beeldend therapeut in opleiding heb ik mogen lopen in de medisch specialistische longrevalidatie. Hier heb ik me mogen verdiepen in het belang van de rol van het lichaam in beeldende therapie, en ontdekte ik op welke wijze beeldende therapie zich leent voor de oefening van luisteren naar het *zelf*.

Mijn stageperiode heeft mij zo geboeid dat ik me met grote dankbaarheid en enthousiasme heb gestort op het uitvoeren van dit vierdejaars afstudeeronderzoek. Extra bijzonder dat mijn opdrachtgever niemand minder is dan mijn oud-stagebegeleidster: Marika Derickx. Ik wil haar dan ook enorm bedanken voor haar inspirerende sturing gedurende mijn opleiding, en haar vertrouwen in dit onderzoek.

Ik hoop oprecht dat dit onderzoek een bijdrage mag leveren aan de beroepspraktijk. Misschien dat het zelfs aanstormende vaktherapeuten kan inspireren om aan het werk te gaan met deze prachtige doelgroep, in samenwerking met een sterk team.

Mijn dank gaat uit naar de beeldend therapeuten die hun kennis en ervaring met mij hebben willen delen in het kader van dit onderzoek, en naar alle mensen die enthousiast hun medewerking verleenden in de vorm van evaluatie of het delen van interessante bronnen gedurende mijn onderzoeksperiode.

Graag wil ik ook Marc Willemsen bedanken voor zijn vriendelijke en scherpzinnige begeleiding als consulent van mijn afstudeeronderzoek.

Tot slot gaat mijn dank uit naar mijn lieve mam, pap, Emma, tante Arina, Sarah Faasse, Camée van Zelm, Ciona van de Groep, Yolin Bodde, Pieter Versteeg, Carine Laan, David Vermeulen en Maartje Klein Hesselink. Jullie hebben allemaal op jullie eigen mooie manier een bijdrage geleverd aan het verslag wat hier voor jullie neuzen ligt, en ik had het niet zonder jullie willen doen.

## Inhoudsopgave

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Inleiding .....                                                       | 1  |
| 1. Inhoudelijke oriëntatie .....                                      | 2  |
| 1.1 Complex chronisch longfalen (CCL).....                            | 2  |
| 1.2 Medisch specialistische longrevalidatie .....                     | 2  |
| 1.2.1 Behandeldoelen .....                                            | 2  |
| 1.3 Beeldende therapie in de longrevalidatie .....                    | 2  |
| 1.3.1 Behandelmethoden en -interventies .....                         | 3  |
| 1.4 Werkzame factoren en vaktherapie .....                            | 3  |
| 1.4.1 Werkzaamheid van beeldende therapie in de longrevalidatie ..... | 4  |
| 2. Onderzoekskwestie .....                                            | 5  |
| 3. Hoofd- en deelvragen .....                                         | 6  |
| 3.1 Hoofdvraag .....                                                  | 6  |
| 3.2 Deelvragen .....                                                  | 6  |
| 3.3 Doelstellingen .....                                              | 6  |
| 4. Onderzoeksopzet .....                                              | 7  |
| 4.1 Onderzoeksbenadering .....                                        | 7  |
| 4.2 Onderzoekstype.....                                               | 7  |
| 4.3 Databronnen en -verzamelings technieken .....                     | 7  |
| 4.4 Dataverzamelmethode en -analysetechniek .....                     | 8  |
| 4.5 Kwaliteitscriteria .....                                          | 8  |
| 5. Resultaten .....                                                   | 9  |
| 5.1 Eerste deelvraag.....                                             | 9  |
| 5.1.1 Interviews .....                                                | 9  |
| 5.1.2 Literatuuronderzoek .....                                       | 10 |
| 5.1.3 Conclusie .....                                                 | 10 |
| 5.2 Tweede deelvraag .....                                            | 11 |
| 5.2.1 Interviews .....                                                | 11 |
| 5.2.2 Literatuuronderzoek .....                                       | 12 |
| 5.2.3 Conclusie .....                                                 | 13 |
| 5.3 Derde deelvraag .....                                             | 14 |
| 5.3.1 Interviews .....                                                | 14 |
| 5.3.2 Literatuuronderzoek .....                                       | 15 |
| 5.3.3 Conclusie .....                                                 | 16 |
| 6. Conclusie.....                                                     | 17 |
| 7. Aanbevelingen.....                                                 | 19 |
| 7.1 Aanbevelingen voor de praktijk .....                              | 19 |
| 7.2 Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling .....                   | 19 |
| 7.3 Aanbevelingen voor de opdrachtgever .....                         | 19 |

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Literatuurlijst.....                                          | 20 |
| Bijlage A – Aanvulling op literatuuronderzoek.....            | 23 |
| Bijlage B – Overzicht respondenten .....                      | 26 |
| Bijlage C – Topiclijst interviews.....                        | 27 |
| Bijlage D – Interviewtranscript Loretta Bruin .....           | 28 |
| Bijlage E – Interviewtranscript Leonie Schoot Uiterkamp ..... | 35 |
| Bijlage F – Interviewtranscript Luca ten Voorde.....          | 41 |
| Bijlage G – Voorbeeld gecodeerde transcripties .....          | 49 |
| Bijlage H – Codeerboom .....                                  | 50 |

## Inleiding

Dit praktijkgerichte, inventariserende onderzoek is geschreven door Frederike Meeuwsen, ter afronding van de studie Vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort. Onderzocht is wat de werkzame factoren zijn van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen binnen de medisch specialistische revalidatie.

In het eerste hoofdstuk is de inhoudelijke oriëntatie te vinden. Hierin worden, door middel van een literatuurinventarisatie met betrekking tot de onderzoeksonderwerpen en hun praktijksituering, begrippen en onderwerpen toegelicht die van belang zijn voor het onderzoek. Vanuit daar ontstaat de onderzoekskwestie in het tweede hoofdstuk, welke voortvloeit in de hoofd- en deelvragen van het onderzoek in hoofdstuk drie. Tevens worden daar de doelstellingen van dit onderzoek beschreven.

In het vierde hoofdstuk wordt de systematiek van dit onderzoek beschreven en onderbouwd, waardoor inzichtelijk gemaakt wordt hoe de resultaten van de hoofd- en deelvragen tot stand zijn gekomen. Vervolgens wordt in het vijfde hoofdstuk antwoord gegeven op de deelvragen door middel van de verzamelde data uit literatuuronderzoek en interviews met beeldend therapeuten in de longrevalidatie. Dit mondt uit in de conclusie van dit onderzoek in het zesde hoofdstuk.

Op basis van de onderzoeksresultaten worden in het zevende hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en de opdrachtgever.

Tot slot is er in de bijlagen aanvullende documentatie te vinden. Bijlage A bevat een aanvulling op het literatuuronderzoek, Bijlage B bevat een overzicht van de respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek, Bijlage C geeft inzicht in de topiclijst die gebruikt is bij de interviews, bijlagen D, E en F bevatten de transcripten van de interviews en bijlagen G en H verschaffen inzicht in de codering van de transcripten.

*In dit onderzoek worden de termen 'longrevalidanten', 'revalidanten', 'cliënten' en 'patiënten' door elkaar heen gebruikt ter aanduiding van de doelgroep 'patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie'.*

## 1. Inhoudelijke oriëntatie

*Door middel van een literatuurinventarisatie met betrekking tot de onderzoeksonderwerpen en hun praktijksituering worden in dit hoofdstuk begrippen en onderwerpen toegelicht die van belang zijn voor dit onderzoek.*

### 1.1 Complex chronisch longfalen (CCL)

Chronische ziekten zijn van lange duur en het gevolg van een combinatie van genetische, fysiologische, omgevings- en gedragsfactoren. Eén van de hoofdtypen van chronische ziekten is een aandoening aan de luchtwegen (World Health Organization, 2021). In Nederland hebben meer dan 1,2 miljoen mensen een chronische longziekte (CAHAG COPD & Astma Huisartsen Advies Groep, 2018). Deze complex chronische longaandoeningen kunnen over het algemeen niet vanzelf, of door middel van medicatie, genezen (Merem Medische Revalidatie, 2022).

Het Longfonds maakt op haar website een onderverdeling van vierendertig categorieën in soorten longziekten. (Longfonds, 2022) De meest voorkomende chronische longziekten zijn astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) oftewel chronisch obstructieve longziekte (Radboud Universitair Medisch Centrum [Radboudumc], 2022). Laatstgenoemde ziekten worden toegelicht in Bijlage A.

### 1.2 Medisch specialistische longrevalidatie

In Nederland zijn vijf kenniscentra voor complex chronische longaandoeningen verenigd in Kenniscentra CCL. Dit zijn Ciro te Horn, Revant te Breda, Radboudumc Dekkerswald te Groesbeek, Merem Medische Revalidatie te Hilversum en Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Beatrixoord te Haren (Kenniscentra CCL, 2022).

In elk gespecialiseerd kenniscentrum wordt een integrale behandeling aangeboden aan mensen met een chronische longziekte met hoge ziektelast en/of hoge zorgconsumptie. De ziektelast wordt gemeten aan de hand van een vragenlijst (COPD Assessment Test of Clinical COPD Questionnaire) en zorgconsumptie is gedefinieerd als twee of meer exacerbaties (longaanvallen) of één of meer ziekenhuisopnames in de voorgaande jaarperiode (Kenniscentra CCL, 2022). Meer informatie over het longrevalidatietraject is te vinden in Bijlage A.

#### 1.2.1 Behandeldoelen

In een longrevalidatietraject kan worden gewerkt aan een hulpvraag op meerdere vlakken, zoals op het gebied van conditie, emoties, voeding en werk (UMCG, 2022). Er wordt gewerkt aan actieradius en daarmee het vergroten van zelfstandigheid en onafhankelijkheid, de ontwikkeling van ziektekennis en symptoommanagement, het handelen naar de eigen mogelijkheden en aan leefstijl en zingeving. De gewenste uitkomsten van de behandeling bestaan o.a. uit kwaliteit van leven, lichamelijke activiteit en inspanningsfunctie, kennis en zelfeffectiviteit (Merem Medische Revalidatie, persoonlijke communicatie, 30 september 2020). Indien geïndiceerd, zijn psychologische begeleiding en beeldende therapie ook onderdeel van de revalidatiebehandeling (Colléwijn, 2020).

### 1.3 Beeldende therapie in de longrevalidatie

In alle vijf kenniscentra wordt beeldende therapie aangeboden als onderdeel van de revalidatiebehandeling, zowel in groepsverband als individueel. Om aan behandeldoelen te werken, wordt in de beeldende therapie op methodische wijze beeldend materiaal ingezet. Dit onderscheidt de therapievorm van verbale therapieën. Beeldende materialen, gereedschappen en technieken bieden cliënten non-verbale ervaringen aan die stimuleren tot therapeutische veranderingen te komen. Zodoende ontstaat een vaktherapeutische driehoek, die de interactie tussen therapeut, cliënt en materiaal verbeeld (KenVak, 2020).

### 1.3.1 Behandelmethoden en -interventies

In de literatuur zijn geen specifieke behandelmethoden te vinden voor beeldende therapie binnen de longrevalidatie. Echter, recent is het product 'Chronisch beter voelen' uitgebracht door Derickx et al. (2021). Hierin is een beeldend therapeutische interventie voor cliënten met een chronisch somatische aandoening (CSA) in de tweede- of derdelijns revalidatie beschreven. Deze interventie is gebaseerd op de fundamentele theorie van het Expressive Therapies Continuum (ETC) volgens Hinz (2009). Dit theoretische raamwerk beschrijft de manier waarop mensen omgaan met beeldende materialen om informatie te verwerken en beelden te vormen en biedt een praktische werkwijze voor de beeldende therapie. Verondersteld wordt dat er een analogie bestaat tussen de wijze waarop cliënten in de beeldende therapie omgaan met verschillende materialen en tot vormgeving komen, en de wijze waarop zij in andere gebieden van hun levens informatie verwerken om tot denken, voelen en handelen te komen (Hinz, 2015).

### 1.4 Werkzame factoren en vaktherapie

In het werkveld van de vaktherapie is behoefte aan een uniform vocabulaire en een grotere specificiteit bij het conceptualiseren en operationaliseren van therapeutische werkzame factoren. In de afgelopen tien jaar is het aantal empirische onderzoeken naar de werking van vaktherapieën gegroeid, maar nog steeds is onduidelijk *hoe* en *waarom* vaktherapieën een positief effect op psychologische en fysiologische uitkomsten hebben, en welke therapeutische factoren deze veranderingen verklaren (De Witte, et al., 2021).

Uit de literatuur komt naar voren dat het niet eenvoudig is tot een eenduidige definitie van de term 'werkzame factoren' te komen (Wartna, et al., 2012; De Witte, et al., 2021). Er worden verschillende termen gebruikt voor iets wat min of meer op hetzelfde neerkomt: werkzame factoren, werkzame ingrediënten, werkzame mechanismes, werkprincipes, werkzame (kern)elementen of gedragstherapeutische technieken. Daarnaast zijn er verschillende en uiteenlopende visies op deze termen. Een werkzame factor kan worden opgevat als een algemeen uitgangspunt, een norm of waarde van waaruit een interventie wordt opgestart, en ook als een onderdeel van een interventie, zoals een methode. Gezien werkzame factoren niet in elke situatie werken, gelden bepaalde randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden kunnen op zichzelf ook als werkzame factoren worden gezien (Wartna, et al., 2012). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu definieert werkzame factoren als onmisbare onderdelen van een interventie die de interventie effectief of werkzaam maken, al dan niet bewezen (Loket Gezond Leven, z.d.).

Meerdere kennisorganisaties in het Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies werken aan de ontwikkeling van een werkbaar kader voor werkzame factoren. Hoewel terminologie, definities en toepassingen in de literatuur momenteel nog op punten van elkaar verschillen, zijn er ook belangrijke gemeenschappelijke uitgangspunten. Vooropgesteld is dat het erom gaat transparant te zijn over hoe vastgesteld is dat iets een werkzame factor is. Dit kan op basis van een combinatie van verschillende bronnen, zoals wetenschappelijk onderzoek, effectieve interventies, expertise van professionals en de ervaringen van cliënten (Zwicker, et al., 2019). Binnen de vaktherapie, en elke specifieke vaktherapeutische discipline, is het gebruik van theorie cruciaal in de uitleg van de werkzaamheid van therapeutische factoren. Zo kan men tot gedeelde definities komen en verwarring in de onderzoeksgemeenschap minimaliseren (De Witte, et al., 2021).

De Witte et al. (2021) hebben in een *scoping review* van zevenenzestig onderzoeken naar de werkzame factoren van vaktherapieën een overzicht gemaakt van de verschillende factoren die bijdragen aan de werkzaamheid van beeldende therapie. Deze zijn onderverdeeld in drie categorieën, waaronder 'specifieke factoren van beeldende therapie'. Een specifieke factor definiëren zij als "Een goed gespecificeerde therapeutische/veranderingsfactor waarvan wordt getheoretiseerd dat deze therapeutische voordelen oplevert in een specifieke psychotherapiebenadering" (p. 4). Deze omschrijving wordt gehanteerd als definitie van 'werkzame factoren' in dit onderzoek.

#### 1.4.1 Werkzaamheid van beeldende therapie in de longrevalidatie

Uit de scoping review van De Witte et al. (2021) blijkt dat in beeldende therapie de tactiele kwaliteit van kunst en de keuze voor passend beeldend materiaal bijdragen aan het verminderen van angst en de versterking van het zelfbeeld. Daarnaast werd aangetoond dat visuele zelfexpressie en het creëren van een visueel narratief het gevoel van eigenwaarde en de emotieregulatie verbeteren (De Witte et al., 2021).

Echter, in de literatuur is weinig te vinden over de werkzaamheid van beeldende therapie in de longrevalidatie. Op te merken is dat de werkzame factoren van beeldende therapie aan deze doelgroep enkel bekend zijn vanuit cliënt-perspectief. Zo geven longrevalidanten aan de beeldende therapie een meerwaarde heeft ten opzichte van verbale therapie, omdat de kunstvorm een 'veilige' ingang biedt tot een innerlijk proces. Daarnaast biedt het beeldend werken hen de mogelijkheid te oefenen met het verdelen van energie en aangeven van grenzen. De opgedane kennis kunnen zij vervolgens toepassen in het dagelijks leven (Collewijn, 2020).

## 2. Onderzoekskwestie

Het hebben van een chronische longziekte brengt veranderingen in het dagelijks leven met zich mee op fysiek en mentaal vlak (Nivel, 2019; Derickx, et al., 2021). Zodoende wordt binnen een longrevalidatietraject gewerkt aan een hulpvraag op meerdere gebieden (UMCG, 2022). Door het behandelprogramma vanuit een interdisciplinair team af te stemmen op de individuele behandeldoelen van een revalidant, worden deze verwezenlijkt (Kenniscentra CCL, 2022). Hoewel in alle vijf Nederlandse kenniscentra voor complex chronische longaandoeningen beeldende therapie wordt aangeboden als onderdeel van de longrevalidatiebehandeling, is de literatuur over -de werkzaamheid van- beeldende therapie binnen deze context schaars. Dat daar in het beeldend therapeutisch werkveld van de longrevalidatie al geruime tijd behoefte aan is, komt naar voren vanuit onderzoek (Beuving, 2010; Collewyn, 2020).

Beuving (2010) beschreef twaalf jaar geleden al dat er weinig tot geen literatuur te vinden was over beeldende therapie binnen de (long)revalidatie en hoe vervolgonderzoek onder andere zou kunnen bijdragen aan de profilering van de beeldende therapie in dit vakgebied. Zij stipte daarbij de positionering aan van de beeldend therapeut binnen een multidisciplinair behandelteam, gezien het voorkwam dat andere disciplines weinig beeld hadden van wat de professie van een beeldend therapeut exact inhoudt.

Dat de versterkte profilering van de beeldend therapeut in de (long)revalidatiesetting kan bijdragen aan de behandeling van longrevalidanten, werd recentelijk bekrachtigd door Collewyn (2020). Eén van haar bevindingen is dat deze doelgroep de overeenkomst niet kon schetsen tussen het revalidatiedoel en de hulpvraag binnen de beeldende therapie. Om de revalidant de meerwaarde te laten begrijpen van deze therapievorm in het kader van diens revalidatiebehandeling, kan de link tussen de revalidatiebehandeling en de hulpvraag in de beeldende therapie geschetst worden door het behandelteam. Het is hiervoor van belang dat dit team een eenduidige boodschap uitdraagt naar de revalidanten (Collewyn, 2020).

Volgens Schweizer (2009) is het delen van theoretisch en methodisch onderbouwde kennis nodig om het handelen van de beeldend therapeut transparanter te maken voor anderen. Dit draagt bij aan een grotere mate van objectiviteit van de kennis en versteviging van de (maatschappelijke) positie van de beeldend therapeut. In het afgelopen jaar is een behandelproduct voor beeldende therapie aan revalidanten met een chronisch somatische aandoening uitgebracht door Derickx et al. (2021). Dit maakt de inzet van beeldende therapie inzichtelijker en biedt een nieuwe ingang voor onderzoek.

Gezien de werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten momenteel enkel bekend zijn vanuit cliënt-perspectief, ligt de focus in dit onderzoek op het perspectief van de professional, de beeldend therapeut. Het belang van verschillende perspectieven in onderzoek naar de werkzame factoren van vaktherapie wordt benadrukt door De Witte et al. (2021). Zij stellen dat de perspectieven van cliënten, therapeuten en observanten een bijdrage leveren aan een breder beeld van de verschillende factoren die voor verandering zorgen in vaktherapie.

Opdrachtgever van dit onderzoek is Marika Derickx, beeldend therapeut met bijna vijftig jaar ervaring in het werken met longrevalidanten. Zij stelt dat het voor de beroepspraktijk noodzakelijk is dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de werkzaamheid van beeldende therapie aan longrevalidanten. Ten eerste is meer aandacht voor beeldende therapie in de behandeling van longpatiënten urgent omdat dit een wereldwijd groeiende doelgroep betreft (Li et al., 2020). Ten tweede draagt meer onderzoek naar de werkzaamheid van beeldende therapie in de longrevalidatie bij aan een gemeenschappelijke taal met betrekking tot de inzet van beeldende therapie in deze setting. Dit maakt de inzet en werking van beeldende therapie in het longrevalidatietraject duidelijker voor longrevalidanten zelf (persoonlijke communicatie, 9 maart 2022).

### 3. Hoofd- en deelvragen

*Vanuit de onderzoekskwestie vloeit in dit hoofdstuk de hoofdvraag van dit onderzoek voort, welke gespecificeerd wordt aan de hand van drie deelvragen. Daarnaast wordt in de doelstellingen van dit onderzoek beschreven wat bereikt kan worden met de uitkomst van dit onderzoek.*

#### 3.1 Hoofdvraag

Wat zijn de werkzame factoren van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie?

#### 3.2 Deelvragen

1. Aan welke hoofd- en subdoelen werken beeldend therapeuten in de beeldende therapie met longrevalidanten?
2. Op welke wijze zetten beeldend therapeuten de beeldende kunstvorm in in hun therapie aan longrevalidanten?
3. Wat zien beeldend therapeuten in de longrevalidatie als werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten?

#### 3.3 Doelstellingen

Door praktijkgericht onderzoek te doen naar de werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten, wordt met dit onderzoek getracht de relevantie en urgentie van de inzet van beeldende therapie in de longrevalidatie op de kaart te zetten. Op basis van de onderzoeksresultaten wordt een *infographic* gecreëerd waarin de opgedane kennis gebundeld wordt en op eenvoudige wijze gedeeld kan worden met bijvoorbeeld (mede)behandelaren, longrevalidanten, zorgverzekeraars en vaktijdschriften.

Door middel van deze praktische kennisvermeerdering wordt de beeldend therapeut, als individu en als beroepsgroep, ondersteund in het aantonen en legitimeren van diens behandelaanbod. Zodoende kan een nog doelgerichter en beter onderbouwd beeldend therapeutisch aanbod gedaan worden aan longrevalidanten.

Daarnaast draagt het resultaat van dit onderzoek bij aan de bekendheid van -de inzet van beeldende therapie in- de longrevalidatie, gezien er weinig literatuur te vinden is over dit behandelaanbod in deze setting. Wellicht biedt dit onderzoek dusdanig extra inzicht in dit vakgebied dat het -aanstormende- vaktherapeuten over de streep trekt om in dit werkveld aan de slag te gaan.

## 4. Onderzoeksopzet

*Door in dit hoofdstuk de systematiek van dit onderzoek te beschrijven en onderbouwen, wordt inzichtelijk gemaakt hoe de resultaten van de hoofd- en deelvragen tot stand zijn gekomen.*

### 4.1 Onderzoeksbenadering

Uitgaand van de opdrachtgevers' vraag uit het werkveld, en het belang dat de uiteindelijk verkregen kennis relevant is voor de beroepspraktijk, betreft dit een praktijkgericht onderzoek (Migchelbrink, Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken, 2016). Daarbij passend, is de onderzoeksbenadering van dit onderzoek kwalitatief van aard (Baarda & Bakker, 2013). Deze vorm van onderzoek kenmerkt zich door het centraal stellen van de beleving en ervaring, oftewel subjectieve betekenisverlening, van onderzochte respondenten (Verhoeven, 2018). Vanwege de focus op dit *insiderperspectief* heeft taal een belangrijke functie in de kwalitatieve benadering van onderzoek (Migchelbrink, 2016). Immers geven respondenten door middel van het gesproken woord vrijelijk vorm aan hun kennis, ervaringen en interpretaties. Vervolgens worden deze resultaten zo accuraat mogelijk schriftelijk weergegeven in dit onderzoek.

Door beeldend therapeuten en hun cliënten in de longrevalidatie te beschouwen als experts op hun terrein, en hun ervaringskennis te onderzoeken, raakt dit onderzoek het gedachtegoed van *practice-based evidence*. Ook hierin wordt de persoonlijke ervaring van de respondent onderzocht door middel van taal en eventueel beeld(en) (Schweizer, 2009). Door de schaarste in literatuur over beeldende therapie in de longrevalidatie, is het perspectief van de respondenten in dit onderzoek een essentiële kennisbron uit de beroepspraktijk.

Tot slot is het karakter van kwalitatief onderzoek is open en flexibel (Verhoeven, 2018). Dit houdt in dat het onderzoeksproces globaal vastgesteld is en onderwijl bijgesteld kan worden (Migchelbrink, 2016).

### 4.2 Onderzoekstype

Om tegemoet te komen aan de vraag uit het werkveld, wordt dit onderzoek getypeerd als een inventariserend onderzoek. Dit houdt in dat onderzocht wordt wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot het onderzoeksonderwerp, in zowel literatuur als praktijk (Migchelbrink, 2012). In dit onderzoek wordt onderzocht wat de werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten zijn. Behandelthema's, werkwijze, werkvormen, materiaal-inzet, attitude, interventies en randvoorwaarden worden geïnventariseerd. Daarnaast wordt de ervaring van de longrevalidant in beeldende therapie onderzocht. Op deze manier verschaft dit onderzoek de lezer inzicht in de praktijksituatie en biedt het de mogelijkheid om beroepsmatig handelen beter te onderbouwen. Hierdoor kan men nog gericht te werk gaan (Migchelbrink, 2012).

### 4.3 Databronnen en -verzamelings technieken

In inventariserend onderzoek zijn de gekozen databronnen bepalend voor het perspectief dat ontstaat op de praktijksituatie (Migchelbrink, 2012). Om een betrouwbaar en zo breed mogelijk beeld te schetsen, wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie. Door raadpleging van verschillende databronnen worden de werkzame factoren van beeldende therapie in de longrevalidatie vanuit verschillende perspectieven belicht, waardoor de overeenkomsten en verschillen kunnen worden onderzocht (Migchelbrink, 2012). In dit onderzoek bestaan de verschillende databronnen uit vaktherapeutische deskundigen en literatuur over het onderzoeksonderwerp. Hiervoor worden de volgende dataverzamelingstechnieken gebruikt (Migchelbrink, 2016):

- Half gestructureerde interviews met drie beeldend therapeuten die werkzaam zijn in verschillende kenniscentra voor complex chronisch longfalen, om zo'n breed mogelijk beeld te verkrijgen van de huidige beroepspraktijk. In Bijlage B is een overzicht van deze respondenten te vinden. De interviews zijn gestructureerd aan de hand van een

topiclijst, welke gebaseerd is op de deelvragen. Deze is terug te vinden in Bijlage C. Door deze topics af te gaan in het interview door middel van een open en verdiepende vraagstelling, worden onderwerpen besproken die de benodigde informatie opleveren om de uiteindelijke hoofdvraag te beantwoorden. Daarnaast geeft dit de beeldend therapeut de mogelijkheid om diens persoonlijke opvattingen te delen, waardoor de onderzoeker inzicht verwerft in het perspectief van de beeldend therapeut (Migchelbrink, 2016).

- Literatuuronderzoek naar vakliteratuur over beeldende therapie in de longrevalidatie.

#### 4.4 Dataverzamelmethode en -analysetechniek

De verzamelde data uit de interviews en literatuur is geanalyseerd aan de hand van een kwalitatieve analyse. Hiervoor zijn de interviews woordelijk getranscribeerd, zodat de teksten goed leesbaar zijn (Migchelbrink, 2016). Vervolgens zijn de teksten vanuit een deductieve benadering geanalyseerd door ze onder te verdelen in van tevoren bepaalde codes. Deze codes zijn begrippen die aansluiten op de gestelde deelvragen en gebruikte topiclijst, waardoor de codering volgens een aan het onderzoek gelijkvormige structuur verloopt en resultaten gemakkelijk verwerkt kunnen worden (Migchelbrink, 2016). Een voorbeeld van gecodeerde transcriptie is te vinden in bijlage G. De volledige codering is visueel gerepresenteerd in een codeerboom, welke te vinden is in bijlage H.

#### 4.5 Kwaliteitscriteria

Volgens Migchelbrink (2016) is de belangrijkste kwaliteitseis van praktijkgericht onderzoek de *bruikbaarheid*. Deze eis is gewaarborgd doordat de onderzoeksvraag namens het werkveld gesteld is door opdrachtgever Marika Derickx en meermaals afstemming met haar heeft plaatsgevonden gedurende het onderzoek met de vraag of het onderzoek voldeed aan praktischeisen (persoonlijke communicatie, 9 maart 2022).

De *onafhankelijkheid* van dit onderzoek is gewaarborgd doordat objectief onderzoek is gedaan. De onderzoeker heeft geen belang bij bepaalde resultaten en laat persoonlijke voorkeur geen rol spelen in het verloop of de uitkomst van dit onderzoek. Om aan te tonen dat er geen eigen interpretaties zijn gemaakt van de verkregen resultaten, zijn de transcripties van de interviews opgenomen in de bijlagen. Door inzicht te geven in deze data-analyse is voldaan aan de *toetsbaarheid van uitspraken* (Verhoeven, 2018).

De *betrouwbaarheid* van dit onderzoek is gewaarborgd doordat de onderzoeksmethode en manier van dataverzameling zijn beschreven en daarnaast inzichtelijk zijn gemaakt (Verhoeven, 2018). De topiclijst en de transcripties van de interviews zijn opgenomen in de bijlagen en de bijbehorende audio-opnames zijn beschikbaar.

De *validiteit* van dit onderzoek is gewaarborgd door interne consistentie tussen de verschillende onderdelen van dit onderzoek te bewaken, zodat de kans op systematische fouten kleiner is (Verhoeven, 2018). Tijdens de interviews is stevast dezelfde topiclijst gebruikt, om vertekening van de resultaten te voorkomen. Uiteindelijk verschil in resultaten komt voort uit het feit dat dit een kwalitatief onderzoek betreft, gericht op de beleving en subjectieve ervaring van de respondenten. De respondenten waren zich ervan bewust dat ze meededen aan een onderzoek. Een *testeffect* is voorkomen door de opbouw en het doel van kwalitatief onderzoek aan hen uit te leggen en te benadrukken dat er geen 'goed' of 'fout' antwoord bestaat, gezien de beleving van respondenten een belangrijk uitgangspunt is in de dataverzameling voor dit onderzoek (Verhoeven, 2018). Tot slot heeft de onderzoekster gebruik gemaakt van *peer examination* (Verhoeven, 2018) door onafhankelijke deskundigen die de onderzoeksmethode en -resultaten hebben geëvalueerd.

## 5. Resultaten

*In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord door middel van de verzamelde data uit literatuuronderzoek en interviews met beeldend therapeuten in de longrevalidatie.*

### 5.1 Eerste deelvraag

***Aan welke hoofd- en subdoelen werken beeldend therapeuten in de beeldende therapie met longrevalidanten?***

#### 5.1.1 Interviews

Uit de interviews komt naar voren dat in de totstandkoming van doelen voor de beeldende therapie in de longrevalidatie een cliëntgerichte aanpak vooropgesteld wordt. Dit houdt onder andere in dat de revalidant de keuze heeft om binnen diens revalidatie deel te nemen aan de beeldende therapie. Vervolgens wordt in overleg met de beeldend therapeut een doel bepaald dat past binnen de algehele revalidatiebehandeling (Bruin, Bijlage D). Schoot Uiterkamp (Bijlage E) en Ten Voorde (Bijlage F) geven aan dat zij bij revalidanten met een indicatie voor extra psychische ondersteuning in de revalidatiebehandeling een Diagnostic Drawing Series (DDS) afnemen. Met de resultaten die voortkomen uit deze afname, gaan zij in gesprek met de revalidant over de voor diegene herkenbare thema's uit de resultaten en het stellen van een doel voor de daaropvolgende weken. Voor de revalidanten zonder speciale indicatie is een kennismakingsgesprek afdoende (Bruin, Bijlage D; Schoot Uiterkamp, Bijlage E; Ten Voorde, Bijlage F). Bruin (Bijlage D) geeft aan dat zij kennismakert met de revalidant nadat deze geïndiceerd is voor beeldende therapie door haar collega, een psychomotorisch therapeut.

Het thema dat alle drie de beeldend therapeuten naar voren brengen als groots in de longrevalidatie, is 'acceptatie' (Bruin, Bijlage D; Schoot Uiterkamp, Bijlage E; Ten Voorde, Bijlage F). Ten Voorde (Bijlage F) legt uit dat het hebben van een longaandoening het leven van een revalidant dusdanig verandert, dat dit een identiteitsverandering met zich mee kan brengen. Immers kan diegene niet meer alles wat voorheen nog lukte. Toegeven aan de aandoening betekent accepteren, loslaten en leerbaar willen -en kunnen- zijn. Hiervoor is nodig om het verlies, of de verandering van eigen kunnen te verwerken. Accepteren dat bijvoorbeeld een verandering in gedrag kan bijdragen aan kwaliteit van leven, is voor veel revalidanten een lastig proces. Het kan zijn dat een revalidant het gevoel heeft iets te moeten inleveren teneinde de eigen levenskwaliteit te verhogen. Bijvoorbeeld het gebruikmaken van een rollator, scootmobiel of extra zuurstof: het biedt de nodige ondersteuning, maar bevestigt tegelijkertijd iemands ziek-zijn. Niet alleen voor zichzelf, ook voor de buitenwereld. Longklachten waren misschien niet zichtbaar voor de buitenwereld totdat een dergelijk fysiek hulpmiddel de 'verbloeming' verbreekt (Ten Voorde, Bijlage F).

Daarnaast benoemt Ten Voorde (Bijlage F) dat elke revalidant in een ander stadium van een acceptatieproces is. Een revalidant die al jaren met een longaandoening leeft, heeft een ander beeld van diens ziekte -en de acceptatie daarvan- dan iemand die nog aan het begin staat. Echter, het komt ook voor dat iemand al jarenlang kennis heeft opgedaan over diens ziektebeeld maar door verkeerde coping zichzelf tegenwerkt. Zo merken veel revalidanten dat de emoties die ze ervaren van invloed zijn op hun benauwdheidsklachten (Schoot Uiterkamp, Bijlage E). Dit inzicht biedt de mogelijkheid om in de beeldende therapie te werken aan het uiten van emoties en deze te leren reguleren. Zo geeft Bruin (Bijlage D) aan dat ze door te werken aan subdoelen als spannings- en emotieregulatie met revalidanten toewerkt naar vergrote eigen regievoering en ontspanning. In het werken aan de hiervoor genoemde thema's kunnen onderwerpen als het zelfbeeld van de revalidant, eventueel onverwerkt trauma en het contact met anderen naar voren komen. Hier kunnen subdoelen van gemaakt worden (Bruin, Bijlage D; Ten Voorde, Bijlage F).

Tot slot gaven alle beeldend therapeuten aan dat het (h)erkennen van lichaamssignalen een belangrijk doel is in het kader van de revalidatie, en in relatie tot de andere behandeldoelen in de beeldende therapie. Ten Voorde (Bijlage F) geeft aan dat in het werken aan contact met het lichaam thema's als coping, eigen grenzen leren kennen, acceptatie en loslaten aan bod komen.

### 5.1.2 Literatuuronderzoek

Uit onderzoek van Beuving (2010) blijkt dat in het stellen van vaktherapeutische doelen in de revalidatiebehandeling een vertaalslag wordt gemaakt vanuit het overkoepelende revalidatiedoel naar de beeldende therapie. In het stellen van vaktherapeutische doelen wordt afgestemd op de revalidant, waardoor doelen persoonlijk zijn. Algemene doelstellingen zijn: adaptatie, acceptatie, verwerking, nieuwe coping aanleren, in balans komen en het bijstellen van irreële cognities. Specifiekere doelen kunnen zijn: het afstemmen van binnen- en buitenwereld, onderzoeken en bijstellen van het zelfbeeld, ruimte geven aan (onderdrukte) emoties, contact maken met en afstemmen op het eigen beeldend werk, naar de eigen (on)mogelijkheden kijken en ruimte zoeken binnen de beperking (Beuving, 2010).

De verschillende kenniscentra voor complex chronische longaandoeningen in Nederland beschrijven de doelen voor de beeldende therapie in de longrevalidatie op eigen wijze. Ciro zet beeldende therapie in als een ondersteuning bij het omgaan met verlies van gezondheid (Ciro, z.d.). Zo ook het Radboudumc (2022), waar creatieve expressie ingezet wordt om de meegemaakte confrontaties met de ziekte te herordenen, bijbehorende gevoelens te uiten, oplossingen te zoeken en aan acceptatie te werken.

Het UMCG (2022) zet beeldende therapie onder andere in ter activatie, om te werken aan het praten over problemen of het aangeven van grenzen, en om uiting te geven aan mentale klachten. Binnen Merem is de beeldende therapie gericht op het verkennen en uiten van gevoelens, emoties, behoeften en voorkeuren, het vormgeven van de ziektebeleving, meer contact maken met de lichaamssignalen en het onderzoeken en vormgeven van ander gedrag binnen en buiten de therapie (Merem Medische Revalidatie, persoonlijke communicatie, 30 september 2020).

Revant (z.d.) onderkent dat revalidatie niet alleen een lichamelijk proces is en zet beeldende therapie in om aan psychische en sociale klachten te werken. Volgens Revant biedt beeldende therapie een manier om in beeld te brengen wat mogelijk moeilijk voor de revalidant is om in woorden uit te drukken (Revant Revalidatiecentrum, 2013). Mogelijke doelen voor revalidanten omschrijven zij als: het verwerken van verlies, het herkennen en leren aangeven van grenzen, het zichzelf kunnen uiten, het minder streng zijn voor zichzelf, het opdoen van een zeker gevoel waardoor iemand meer durft, het hebben van plezier en het vinden van ontspanning (Revant Revalidatiecentrum, 2013). Over verlieswerking is meer te lezen in Bijlage A.

### 5.1.3 Conclusie

Uit zowel het literatuur- als praktijkonderzoek komt naar voren dat 'acceptatie van de longziekte' en 'het leren (h)erkennen van lichaamssignalen' als hoofddoelen gelden binnen de beeldende therapie aan longrevalidanten.

Bijbehorende subdoelen waar consensus over is, zijn:

- Het uiten van emoties en deze kunnen reguleren.
- Het verwerken van verlies (van eigen kunnen).
- Het (h)erkennen van fysieke grenzen.
- Het vormgeven van ander gedrag binnen en buiten de beeldende therapie.

## 5.2 Tweede deelvraag

### ***Op welke wijze zetten beeldend therapeuten de beeldende kunstvorm in in hun therapie aan longrevalidanten?***

#### 5.2.1 Interviews

Alle beeldend therapeuten zetten de kunstvorm in op een manier die bijdraagt aan de het algehele revalidatiedoel van de longrevalidant. Dit doen zij door de terugkoppeling vanuit het materiaal tijdens het beeldend werken te linken aan de thema's die passen binnen het ziektebeeld (Bruin, Bijlage D; Schoot Uiterkamp, Bijlage E; Ten Voorde, Bijlage F). Zo is er veel aandacht voor de lichaamssignalen van de revalidant tijdens het beeldend werken, waarbij de ademhaling natuurlijk van groot belang is in de setting van longrevalidatie (Bruin, Bijlage D).

Om te werken aan het leren herkennen van lichaamssignalen met deze doelgroep, en te oefenen met alternatief gedrag bij het optreden van bepaalde lichaamssignalen, zet Bruin (Bijlage D) graag beeldende oefeningen in vanuit het gedachtegoed van Acceptance and Commitment Therapy. Zo laat ze bijvoorbeeld de revalidant een beeld creëren vanuit een thema, om dat werk vervolgens op een prikwand te hangen. Vervolgens besteed zij samen met de revalidant aandacht aan welke gedachten, spanning en bijbehorende lichaamssignalen er opkomen in de revalidant wanneer diegene zich dichtbij en veraf van het beeld beweegt. Ze zet de beeldende kunstvorm in op een wijze die helpende gedachten en zelfvertrouwen versterken, waardoor de revalidant leert om zichzelf te reguleren.

Met het oog op eigen regieversterking gebruikt zij ook het Vijf Pannen Schema. Hierbij laat ze de revalidant de verschillende fasen van spanning in beeld brengen, waardoor diegene symbolisch vormgeeft hoe diegene emoties ervaart en hoe bijbehorende spanning zich opbouwt. Om te zorgen dat er naar ontspanning toegewerkt kan worden, besteed zij aandacht aan lichaamsrealisatie tijdens het beeldend werken. Ze legt uit dat een werkvorm waarin 'blind' getekend wordt, dus met de ogen dicht, een revalidant kan helpen het moment zintuiglijk te ervaren in plaats van enkel rationeel te benaderen (Bruin, Bijlage D).

Dat de zintuiglijke ervaring een belangrijk onderdeel is van beeldende therapie aan longrevalidanten, wordt bevestigd door Ten Voorde (Bijlage F). Zij legt uit hoe zij kinesthetische en sensopathische werkvormen inzet om de revalidant een andere coping te doen ontdekken. Hierbij geeft ze het voorbeeld van revalidanten met een sterke structuur- en controlebehoefte, en legt ze uit hoe deze hen in de weg kan staan van het oefenen met ander gedrag. Door zintuiglijk gerichte werkvormen in te zetten, motiveert zij revalidanten om de behoefte aan controle ietwat los te laten en spelenderwijs nieuwe ervaringen op te doen. Door daarbij tijdens de beeldende therapie te mentaliseren, kan de revalidant gaandeweg ontdekken of er nog zaken uit het verleden in beeld gebracht mogen worden, en wat ervoor nodig is om steeds vrijer te werken (Ten Voorde, Bijlage F).

De Tekenbewegingsmethode wordt door alle beeldend therapeuten ingezet bij het geven van beeldende therapie aan longrevalidanten. Volgens Bruin (Bijlage F) helpt dit de revalidant om 'in de Flow' te komen. Volgens Schoot Uiterkamp (Bijlage E) is de Tekenbeweging een manier om aan het uiten van emoties en spanningsregulatie te werken, doordat deze methode een beroep doet op hoe iemand zich voelt tijdens het beeldend werken. Ze legt uit dat er niet alleen vorm en beeld gegeven kan worden aan gevoel en emotie, ook kan er worden gewerkt aan de uiting van dit gevoel. Wanneer er spanning of benauwdheid optreedt tijdens de uitvoering van deze werkvorm kan een directe link naar de revalidatie getrokken worden en geoefend worden met alternatief gedrag (Schoot Uiterkamp, Bijlage E).

Een andere manier om de beeldende kunstvorm in te zetten voor het uiten van emoties en oefenen met spanningsregulatie, is door gebruik te maken van een zogeheten 'spatmuur'. Ten Voorde (Bijlage F) beschrijft hoe longpatiënten, ondanks hun beperkte conditie en longinhoud, in deze werkvorm op haalbare wijze hun emoties kunnen uiten door allerlei kleuren op de muur te spatten die zij vinden passen bij hun gevoelens. Tegelijkertijd stelt deze werkvorm hen in de gelegenheid om het omgaan met hun fysieke grenzen te trainen.

Twee van de drie beeldend therapeuten zetten een werkvorm in waarbij longrevalidanten uitgenodigd worden om hun longen in beeld te brengen (Bruin, Bijlage D; Ten Voorde, Bijlage F). Beide therapeuten gaven aan dat het verbeelden van de longen kan bijdragen aan het contact met andere mensen over het hebben van een longziekte. Het vertalen van een gevoel in beeld, het afstand kunnen nemen van dit beeld, de mogelijkheid het weer op te pakken en mee te nemen om aan iemand te laten zien: het interne is naar buiten gebracht en krijgt een plaats in de ruimte (Bruin, Bijlage D; Schoot Uiterkamp, Bijlage E; Ten Voorde, Bijlage F). Ten Voorde (Bijlage F) voegt hieraan toe dat longrevalidanten al vaak scans van hun longen hebben gezien en verhalen van de longarts hebben gehoord, maar in het zelf maken van hun longdoorsnede de mogelijkheid krijgen om contact te maken met het beeld wat zij zelf hebben bij hun ziekte.

Bij het inzetten van de beeldende kunstvorm in de longrevalidatie, stellen alle beeldend therapeuten dat een veilige werkrelatie met de revalidant een randvoorwaarde is voor de therapie (Bruin, Bijlage D; Schoot Uiterkamp, Bijlage E; Ten Voorde, Bijlage F). (Bruin (Bijlage D) geeft aan dat ze het een prettige manier van werken vindt wanneer de revalidant als het ware eigenaar is van diens eigen revalidatiebehandeling, waarin diegene ervoor kan kiezen haar aanbod van beeldende therapie aan te nemen. Zowel Schoot Uiterkamp (Bijlage E) als Ten Voorde (Bijlage F) geven aan dat openheid en eerlijkheid in de afstemming van therapeut op cliënt belangrijk is. Schoot Uiterkamp (Bijlage E) stelt dat een basishouding van respectvolle gelijkwaardigheid helpt in het contact en in de therapie. Wanneer de revalidant zichzelf kan uiten zonder dat daar een oordeel van de therapeut aan gehangen wordt, komt dit de werkrelatie en het karakter van de beeldende therapie in de revalidatie ten goede. Zo kan effectief behandeld worden in de eigenlijk korte periode van om en nabij tien weken van revalidatie (Schoot Uiterkamp, Bijlage E).

### 5.2.2 Literatuuronderzoek

Uit de literatuur komt naar voren dat beeldend therapeuten de kunstvorm inzetten op een wijze die verband houdt met het behalen van de gestelde revalidatiedoelen. In het aanbieden van werkvormen wordt aangesloten bij de doelen die samen met de revalidant zijn gesteld voor de beeldende therapie (Beuving, 2010). Het aansluiten op de behoeften van de patiënt en een flexibele therapeutische houding lijken essentieel in de behandeling van mensen met een chronische longziekte. Immers kunnen oncontroleerbare factoren zoals het weer een impact maken op het kunnen van een patiënt op een willekeurige dag. Zo kan het zijn dat een revalidant de ene dag wel een bepaalde werkvorm kan uitoefenen, en een andere dag niet. Een transparante houding zorgt voor veiligheid in de therapie. Echtheid, empathie en betrokkenheid zijn voorwaarden voor het in vertrouwen behandelen van de problematiek van de revalidant (Collewijn, 2020).

Het product *Chronisch beter voelen* van Derickx et al. (2021) geeft een helder beeld van de wijze waarop beeldende therapie ingezet wordt in de revalidatie. Dit product is gericht op revalidanten met een CSA die moeite hebben met het registreren en interpreteren van eigen lichaamssignalen. De beschreven beeldend therapeutische interventies zijn gebaseerd op het eerste niveau van het ETC: de sensorische en kinesthetische informatieverwerking. Vanuit dit niveau worden beeldende materialen en technieken ingezet, met als doel voor de revalidant om interne en externe prikkels in het lichaam waar te nemen. Bij sensorische werkvormen ligt de focus op zintuiglijke waarneming van materiaal, zoals bijvoorbeeld de geur van was of de textuur van klei. Bij kinesthetische werkvormen gaat de aandacht naar fysieke inspanning van het lichaam, waarbij beweging centraal staat. Hierbij wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de Tekenbewegingsmethode van Floor en Overman (2011). Om een revalidant met een CSA uit te nodigen stil te staan bij de reactie van diens lichaam op de prikkels van de beeldende werkvorm, wordt in dit product de op mentaliseren gebaseerde interventie voor beeldende therapie 'Stop, listen and look' van Verfaillie (2011) ingezet. Over mentaliseren is meer te lezen in Bijlage A.

Het beeldend werk, en de manier waarop de revalidant de werkvorm benadert, zorgen voor een zichtbaar en concreet aanknopingspunt voor verbale communicatie (Beuving, 2010). Uit een review van Broadbent et al. (2018) blijkt dat het inzetten van een werkvorm

waarin de patiënt het eigen ziektebeeld weergeeft, de mogelijkheid biedt om in de nabespreking bij diens ziekteperceptie stil te staan. Zo kunnen eventuele misvattingen over pathofysiologie worden besproken, door het beeldend werk naast scans en röntgenfoto's te leggen. Daarnaast kan het beeldend werk een startpunt zijn voor een gesprek over de emotionele impact van de ziekte op de patiënt.

Uit onderzoek van Collewijn (2020) blijkt dat het kan voorkomen dat patiënten met een chronische aandoening een verminderd vermogen hebben om emoties te voelen, en zichzelf hebben afgeleerd om 'heftige' emoties te tonen. Door laagdrempelige beeldende werkvormen aan te bieden die zich richten op het doorvoelen en uiten van emoties, kan een patiënt op 'veilige' wijze oefenen met dit thema. Collewijn (2020) stelt dat klei zich leent tot het gecontroleerd uiten van boosheid, waardoor de uiting van emotie niet direct leidt tot kortademigheidsklachten, die door patiënten als beangstigend worden ervaren.

### 5.2.3 Conclusie

Beeldend therapeuten binnen de longrevalidatie zetten de beeldende kunstvorm in op een cliëntgerichte manier die aansluit bij de gestelde revalidatiedoelen. Zowel uit het literatuuronderzoek als uit de interviewdata blijkt dat sensopathische en kinesthetische werkvormen, gegrond in de fundamentele theorie van het ETC, aansluiten op het werken aan de doelen binnen de revalidatiebehandeling. Deze werkvormen doen een appèl op het contact met de eigen lichaamssignalen en bieden de revalidant ruimte om andere copingstrategieën te ontwikkelen. Interventies vanuit het gedachtegoed van mentaliseren nodigen de revalidant uit om stil te staan bij hun interpretatie van de eigen lichaamssignalen.

Door de materialen en werkvormen af te stemmen op het kunnen en willen van de revalidant, wordt deze stapsgewijs uitgedaagd om op eigen tempo de eigen (on)mogelijkheden te verkennen en alternatief gedrag te ontwikkelen. Om dit te bewerkstelligen, is een veilige werkrelatie met de cliënt een randvoorwaarde voor de beeldende therapie. Een transparante, flexibele en open houding van de therapeut maakt dat effectief behandeld kan worden in de kortdurende behandelperiode binnen de longrevalidatie.

### 5.3 Derde deelvraag

#### ***Wat zien beeldend therapeuten in de longrevalidatie als werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten?***

##### 5.3.1 Interviews

Volgens alle beeldend therapeuten is de kracht van beeldend werken in de longrevalidatie het feit dat -in beeld- zichtbaar gemaakt wordt wat er van binnen speelt bij een revalidant. Deze vorm van ervaringsgericht werken bedient een ander stuk van de mens dan een enkel rationele of fysieke benadering (Bruin, Bijlage D; Ten Voorde, Bijlage F). Gezien longrevalidanten allemaal mensen zijn die meerdere exacerbaties hebben, vastzitten in patronen die ze zelf niet kunnen doorbreken en worstelen met het bijsturen van wat er gaande is, hebben ze deze revalidatie nodig (Schoot Uiterkamp, Bijlage E). In dit traject hebben ze een grote verscheidenheid aan behandelingen die grotendeels bestaan uit praktische schema's en verbale overdracht binnen behandelingen. Doordat de beeldende therapie aanhaakt bij de thema's die omhoogkomen binnen ieders revalidatietraject, hebben revalidanten de kans om hun proces op een andere manier te ontladen dan binnen andere onderdelen van hun revalidatiebehandeling (Ten Voorde, Bijlage F). Revalidanten kunnen een vertaalslag maken van hun belevingswereld naar een zichtbaar, tastbaar beeld door middel van de beeldende kunstvorm. Volgens Ten Voorde (Bijlage F) biedt beeldend bezig zijn de revalidant ontspanning in het proces van revalidatie. Niet alleen is er volledig de ruimte om even uit de revalidatiebehandeling te stappen in het beeldend werken, maar ook helpt het beeldend vormgeven bij het verwerken van moeilijke onderwerpen gedurende de revalidatie. De inzichten die hiermee gepaard gaan, dragen niet alleen bij aan de algehele revalidatiebehandeling maar ook aan situaties in het dagelijks leven.

Zo ziet Ten Voorde (Bijlage F) in haar beeldende therapie hoe revalidanten angst kunnen verwerken door hier vorm aan te geven. Doordat sommige revalidanten vanuit ervaringen in het ziekenhuis of met longaanvallen angst hebben ontwikkeld voor gelijksoortige situaties, hebben zij gedrag ontwikkeld om deze situaties te voorkomen of te vermijden zodat ze niet opnieuw in dit 'gevaar' terecht komen. Echter, sommige revalidanten ervaren deze angst ook voor situaties waarin deze niet per se reëel meer is. Het gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat revalidanten zichzelf inhouden op vlakken waar zij dit niet per se hoeven te doen. Door minder te ondernemen, gaat hun (long)conditie achteruit en brengen ze zichzelf in een neerwaartse spiraal. Door in beeldende therapie aan milde exposure te doen, kan de revalidant de inwendige angst onderzoeken. Ten Voorde (Bijlage F) nodigt de revalidant bijvoorbeeld uit om met een iets stoffiger materiaal te werken, en de angst voor een longaanval te onderzoeken. Door die angst vervolgens in beeld te brengen, kan de lading van de angst verminderd worden en kan de revalidant bepalen of die angst reëel is.

Aan het tegenovergestelde kan ook gewerkt worden in beeldende therapie, volgens Ten Voorde (Bijlage F). Wanneer een revalidant zonder enige angst te werk gaat, bestaat de kans dat deze over diens eigen fysieke grenzen heen gaat en onbewust naar een longaanval toewerkt. Hierbij zet zij beeldend materiaal juist in op een manier die de revalidant uitnodigt om diens eigen lichaamssignalen te leren herkennen en te leren waar diens fysieke grenzen liggen. Dit komt de longaanval ten goede.

Schoot Uiterkamp (Bijlage E) geeft ook aan dat het beter kunnen interpreteren van lichaamssignalen, en dit kwijt kunnen in de beeldende therapie, de revalidant letterlijk meer lucht geeft. Wanneer een revalidant niet in contact staat met het eigen gevoel, geeft het lichaam signalen af waaruit blijkt dat er iets niet goed gaat. Door contact te leren maken met die signalen, kan het lijf zich ook beter herstellen. Door het contact met het materiaal in de beeldende therapie ontstaat een directe terugkoppeling in het contact met het lichaam. Wanneer iemand over een fysieke grens heengaait, is dit te merken in het materiaal: "Het materiaal geeft de feedback" (Schoot Uiterkamp, Bijlage E).

Het vormgeven van het eigen gevoel in beeldend materiaal heeft verder als effect dat het oplucht, ontspant, rust geeft en bijdraagt aan het leren delen van (moeilijke) zaken (Ten Voorde, Bijlage F). Het kunnen verbeelden van een gevoel in iets dat tastbaar is, maakt ook dat een revalidant afscheid kan nemen van dat gevoel. Immers kan het beeldend werk als

metafoor voor dat gevoel op een plek gezet worden waar vervolgens afscheid genomen kan worden van het beeldend werk. Bijkomend voordeel is dat woorden niet per se nodig zijn in dit proces van verbeeldingskracht. Volgens Ten Voorde (Bijlage F) onderscheidt de beeldende therapie zich met dergelijke mogelijkheden van de andere behandelingen binnen de revalidatie.

Tot slot geeft Bruin (Bijlage D) aan dat beeldende therapie wel helpend is bij het leren geven van woorden aan de innerlijke wereld. Hierbij geeft ze het voorbeeld van een revalidant die onprettige ervaringen had met artsen. Deze revalidant gaf aan dat ze in de beeldende therapie handvatten had gekregen waardoor ze haar spanning beter kon reguleren en aangeven. Doordat ze aan de hand van beeldend werken heeft leren verwoorden wat er in haar omgaat, kan ze beter verwoorden wat ze nodig heeft en dus beter omgaan met haar ziekte. Zo had ze het zelfvertrouwen opgedaan om dit dan ook in bijzijn van een (long)arts te kunnen. Ten Voorde (Bijlage F) beaamt dit door uit te leggen dat sommige revalidanten een disbalans ervoeren in hetgeen zij probeerden uit te leggen aan de longarts, en hoe de longarts hen (niet) leek te begrijpen. Doordat revalidanten hun zelfgemaakte longdoorsnede besloten mee te nemen naar hun arts, kunnen zij door middel van beeldspraak een vertaalslag maken naar het medische aspect van hun behandeling.

### 5.3.2 Literatuuronderzoek

Volgens Derickx et al. (2021) vormt de beeldende therapie een mogelijkheid voor revalidanten om gevoelens, emoties en eigen lichaamssignalen te onderzoeken, uit te drukken en te leren verwoorden. Het onderzoeken van de eigen lichaamssignalen en persoonlijke voorkeuren en behoeften stelt de revalidant in de gelegenheid om te werken aan diens vermogen om lichaamssignalen te observeren, ervaren en te interpreteren. Interpretatie van de waarneming is nodig om grenzen te verkennen, herkennen en erkennen om vervolgens te kiezen hoe hierop te reageren.

Dat de meeste patiënten met astma moeite hebben met het identificeren en beschrijven van hun gevoelens en lichaamssignalen, blijkt uit het onderzoek van Prins (2016) waarin verondersteld wordt dat patiënten met astma hoge niveaus van Alexythemie hebben. Deze term is “Grieks voor het geen woorden hebben voor gevoelens” (Van der Kolk, 2019, p. 141). “Het bestaat uit vier aspecten: moeite met het identificeren en beschrijven van gevoelens, moeite met het onderscheiden van gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen, vermindering of afwezigheid van symbolisch denken en utilitair denken zonder fantasie” (Prins, 2016, p. 13).

De meeste patiënten met astma lijken niet in staat te zijn om signalen van aanstaande exacerbaties (emoties of lichaamssignalen) adequaat waar te nemen, waardoor zij onder- of overreageren op deze signalen. Dit kan een gevolg zijn van Alexythemie. Het kunnen maken van onderscheid tussen gevoelens en lichaamssignalen is van groot belang voor mensen met astma, omdat het leidt tot een goed ziektebeheer. De emotionele reactie op astmasymptomen bepaalt immers de neiging om zorg te zoeken en/of medicatie te nemen.

Alexythemie kan leiden tot verkeerde interpretatie/foutieve waarneming van lichaamssignalen. Verder heeft Alexythemie de neiging om de ziekteperceptie (waarover meer in Bijlage A) te beïnvloeden en kan het tot gevolg hebben dat patiënten somatische gewaarwordingen overrapporteren en catastroferen. Een multidisciplinaire aanpak, bijvoorbeeld in een revalidatiecentrum, is mogelijk de beste setting om Alexythemie te diagnosticeren en te behandelen. Zo kunnen psychologische en somatische factoren uit elkaar gehaald worden en kan de revalidant leren om onderscheid te maken tussen gevoelens en astmasymptomen (Prins, 2016).

Door aan de hand van beeldend werk ervaringen te beschrijven, zowel op papier als verbaal naar groepsgenoten in de therapie, kunnen longrevalidanten oefenen met het verwoorden van een ervaring. Door lichaamssignalen te kunnen verwoorden, kunnen zij hun klachten beter communiceren naar hun omgeving (Derickx, et al., 2021). Dit ondersteunt de eigen regievoering, waarover meer te lezen is in Bijlage A.

Uit onderzoek is gebleken dat de opvattingen van patiënten met astma en COPD over hun ziekte aanzienlijk kunnen verschillen van die van beroepsbeoefenaren in de

gezondheidszorg. Wanneer deze disbalans optreedt, worden zorgen of symptomen niet aangepakt. Dit heeft negatieve gevolgen voor de communicatie en verstandshouding tussen patiënten en hun behandelaren (Cheung et al., 2018).

Volgens Cheung et al. (2018) biedt beeldend werk een ingang om over de ziekteperceptie te spreken, waardoor de kloof tussen de percepties van patiënten en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg verkleind worden. Door patiënten met een longziekte tekeningen te laten maken over hun ziektebeeld, kan aanvullend inzicht verworven worden over hun perceptie op en ervaring van zowel hun ziekte als behandeling (Chung et al., 2016).

### 5.3.3 Conclusie

Vanuit de interviewdata en het literatuuronderzoek, kan geconcludeerd worden dat de volgende factoren werkzaam zijn in de beeldende therapie aan longrevalidanten, volgens beeldend therapeuten:

- Beeldende werkvormen bieden een andere ingang tot behandeling dan enkel fysieke of verbale behandelingen binnen het longrevalidatietraject. Wat in de revalidant omgaat, kan zonder woorden naar buiten worden gebracht – in het materiaal.
- Doordat gevoelens en gedachten in beeldend materiaal vormgegeven kunnen worden, kan geoefend worden met het verbaliseren van de belevingswereld.
- Wanneer vorm gegeven is aan de belevingswereld in beeldend materiaal, wordt deze zichtbaar en tastbaar. Zodoende kan een bepaald thema letterlijk een plek in de ruimte krijgen, en is de revalidant in de gelegenheid om te bepalen hoe diegene zich tot het beeld, een gevoel of een ervaring verhoudt. Vervolgens heeft de revalidant de mogelijkheid om afstand te nemen of nabijheid op te zoeken van een thema of onderwerp.
- Beeldend materiaal nodigt uit om het contact met de eigen lichaamssignalen te versterken. Zodoende kunnen behoeften en grenzen worden (h)erkend.
- Door middel van beeldende handelingen kan geoefend worden met alternatief gedrag en kunnen nieuwe copingstrategieën worden gevormd.
- Aan de hand van beeldend materiaal kan een vertaalslag gemaakt worden van de revalidant en diens ziekteperceptie naar een beroepsbeoefenaar binnen de gezondheidszorg. Hierdoor wordt de eigen regie van de revalidant en de kwaliteit van diens behandeling versterkt.

## 6. Conclusie

Dit onderzoek is gedaan naar aanleiding van de vraag vanuit de beroepspraktijk om meer onderzoek naar de werkzaamheid van beeldende therapie aan longrevalidanten. Alhoewel er in Nederland beeldende therapie aangeboden wordt aan longrevalidanten binnen de verschillende kenniscentra voor complex chronisch longfalen, is literatuur over het beeldend therapeutisch werken met deze doelgroep schaars. De werkzame factoren van beeldende therapie in de longrevalidatie zijn tot op heden enkel bekend vanuit cliënt-perspectief.

Met dit onderzoek is getracht een bijdrage te leveren aan de onderbouwing van beeldende therapie in de longrevalidatiesetting, bekeken vanuit het perspectief van de professional: de beeldend therapeut. Hiermee wordt gepoogd de handelswijze van de beeldend therapeut in deze context te legitimeren en het bestaande behandelaanbod verder te onderbouwen.

Aan de hand van literatuuronderzoek en interviews met drie beeldend therapeuten uit de longrevalidatie zijn drie deelvragen onderzocht. De onderzoeksresultaten leiden tot de beantwoording van de centrale hoofdvraag van dit onderzoek:

### ***Wat zijn de werkzame factoren van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie?***

Dit onderzoek heeft uitgewezen dat beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie ingezet wordt ter ondersteuning van het behandelprogramma van de longrevalidant. Beeldend therapeuten hanteren hierbij een cliëntgerichte benadering, waarbij in afstemming en overleg met de revalidant persoonlijke doelen worden opgesteld voor de beeldende therapie binnen het longrevalidatietraject.

De thema's die veelal een hoofdrol vertolken binnen de doelstelling voor beeldende therapie aan longrevalidanten blijken 'acceptatie van de longziekte' en 'het leren (h)erkennen van lichaamssignalen' te zijn. Deze thema's vertalen zich naar subdoelen als 'het uiten van emoties, en deze kunnen reguleren', 'het verwerken van verlies (van eigen kunnen)', 'het (h)erkennen van fysieke grenzen' en 'het vormgeven van ander gedrag binnen en buiten de beeldende therapie'. Opvallend is dat deze thema's een brug slaan tussen het fysieke en mentale aspect van het longrevalidatieproces.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat beeldend therapeuten binnen de longrevalidatie geen specifieke behandelmethode hanteren in het werken aan deze doelen. Echter, voor de inzet van hun werkvormen en interventies beroepen beeldend therapeuten zich op de fundamentele theorie van het ETC. Dit theoretische raamwerk stelt hen in de gelegenheid om de beeldende kunstvorm in te zetten op een manier die de afgestemd is op de (on)mogelijkheden van de revalidant, en deze stapsgewijs uit te dagen in diens wijze van informatieverwerking. Met name het eerste niveau, het sensorisch-kinesthetische component, biedt de revalidant ruimte om contact te maken met de eigen lichaamssignalen en te oefenen met alternatief gedrag. De inzet van de Tekenbewegingsmethode wordt hierbij dan ook als passend beschouwd. Interventies gebaseerd op het gedachtegoed van mentaliseren sluiten aan bij het inzetten van dergelijke werkvormen omdat ze de revalidant ondersteunen in het exploreren van de eigen waarneming.

Uiteindelijk gaat het in de beeldende therapie in de longrevalidatie om het opdoen van ervaringen in de beeldende kunstvorm die een analogie vormen met ervaringen in het dagelijks leven. De wisselwerking met opgedane kennis en ervaringen vanuit andere (voornamelijk fysieke en verbale) behandelvormen in het revalidatietraject, biedt de revalidant de mogelijkheid om in de beeldende therapie op eigen tempo het geleerde te verwerken en toe te passen. Doordat de beeldend therapeut zich vanuit een flexibele houding afstemt op het willen en kunnen van de revalidant, ontstaat een veilige en leerbare situatie in de ogenschijnlijk korte periode van om en nabij tien weken longrevalidatie.

Concluderend, aan de hand van de in dit onderzoek gestelde definitie van 'werkzame factoren', kan worden gesteld dat de volgende therapeutische/veranderingsfactoren

voordelen opleveren in de beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie:

- De beeldende kunstvorm biedt de mogelijkheid om een gevoel of ervaring te verbeelden zonder dat daar woorden aan te pas hoeven te komen. Hiermee onderscheidt de beeldende therapie zich van andere behandelingen binnen het longrevalidatietraject. Het werken met beeldende materialen biedt de revalidant de mogelijkheid om in beeld te brengen wat er in diegene omgaat.
- Doordat de revalidant diens belevingswereld in het materiaal kan vormgeven, kan deze tot inzichten komen met betrekking tot de eigen gevoelens en gedachten.
- Beeldende vormgeving aan de eigen belevingswereld maakt deze zichtbaar en tastbaar voor de revalidant. Dit stelt de revalidant in de gelegenheid om te bepalen hoe diegene zich verhoudt tot het beeld, het gevoel en de ervaring. Zo heeft de revalidant de mogelijkheid om afstand te nemen of nabijheid op te zoeken van een onderwerp of thema.
- Interventies, zoals een gesprek aan de hand van het beeldend werk, bieden de revalidant de mogelijkheid om te oefenen met het verbaliseren van de eigen belevingswereld.
- De vertaalslag van het beeldend materiaal naar de verbalisering van een dergelijk proces kan de revalidant ondersteunen in het delen van diens behoeften en ervaringen, waardoor de eigen regie van de revalidant wordt versterkt.
- Doordat beeldend materiaal in het kader van iemands longrevalidatietraject meegenomen kan worden naar naasten en/of beroepsbeoefenaars binnen de gezondheidszorg, kan de revalidant door middel van het beeld diens ziekteperceptie verduidelijken en een impact maken op de kwaliteit van diens behandeling.
- Vanwege het appèl dat beeldend materiaal doet op het maken van contact met de eigen lichaamssignalen, kan door middel van beeldende therapie gewerkt worden aan het verkennen, herkennen en erkennen van -fysieke- grenzen.
- Aan de hand van beeldende werkvormen wordt de revalidant in staat gesteld om alternatief gedrag te onderzoeken en te ontwikkelen, waarbij nieuwe copingstrategieën gevormd kunnen worden.

## 7. Aanbevelingen

*Op basis van de onderzoeksresultaten worden in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en de opdrachtgever.*

### 7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek komt naar voren dat beeldende therapie zich onderscheidt van andere behandelvormen binnen een revalidatietraject doordat de revalidant in beeldende therapie de mogelijkheid heeft om op non-verbale wijze vorm te geven aan de eigen beleavingswereld, en door middel van beeldend materiaal contact te maken met eigen lichaamssignalen. Zodoende wordt een verbinding gelegd tussen mentale en fysieke aspecten van de revalidatie- behandeling.

Alhoewel de samenhang tussen psychische en fysieke klachten steeds meer wordt onderzocht en besproken, is het een aanbeveling voor de praktijk om meer aandacht te besteden aan de wisselwerking tussen lichaam, brein en geest. Zo kan een brug geslagen worden tussen de verschillende aandachtsgebieden van het behandelprogramma in de longrevalidatie, en wordt de link tussen de behandelingen duidelijker voor de revalidant.

Daarnaast biedt dit een interdisciplinair team de mogelijkheid om verdieping te vinden in de inzet en samenwerking van verschillende disciplines in een revalidatietraject. Zij spreken met hun individuele behandeling immers elk een specifiek deel aan van die wisselwerking, en werken zodoende samen naar gestelde revalidatiedoelen toe.

Concrete voorbeelden van hoe hier meer aandacht aan besteed kan worden, zijn door educatie of het delen van ervaringsverhalen van revalidanten die een longrevalidatietraject hebben afgerond waarin dit aan bod kwam.

Ten slotte is het een aanbeveling voor de praktijk om de infographic die uit dit onderzoek is voortgekomen, aan te passen naar B1 taalniveau. Dit maakt de infographic ook leesbaar voor laaggeletterden, bijvoorbeeld onder revalidanten.

### 7.2 Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

Afgaand op de mate waarin literatuur beschikbaar is over beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen, is het een aanbeveling voor de praktijk om meer kwalitatief en effectiviteitsonderzoek te doen naar de werkzaamheid van beeldende therapie aan deze doelgroep. Wanneer hierbij zowel het perspectief van cliënt als van professional onderzocht worden op grotere schaal dan in dit onderzoek, wordt een nog breder en actueler beeld geschetst van de onderzoekskwestie in de beroepspraktijk.

Uit dit onderzoek is gebleken dat beeldend therapeuten in de longrevalidatie niet werken volgens een specifieke behandelmethode, maar er recentelijk wel een beeldend therapeutisch behandelproduct is ontwikkeld voor mensen met een CSA. Het zou de beroepsontwikkeling ten goede komen wanneer er meer behandelproducten en -modules ontwikkeld worden op basis van uitgebreider onderzoek naar de inzet van beeldende therapie in de setting van longrevalidatie.

Een laatste aanbeveling voor de beroepsontwikkeling is het bundelen van kennis en ervaringen over het beeldend werken met de doelgroep longrevalidanten, bijvoorbeeld in een databank van de Werkveldgroep Revalidatie. Zodoende kan een toegankelijk overzicht ontstaan waar beeldend therapeuten (in opleiding) op terug kunnen vallen bij het werken met deze doelgroep.

### 7.3 Aanbevelingen voor de opdrachtgever

Uit dit onderzoek is een *infographic* voortgekomen waarin wordt weergegeven wat de werkzame factoren van beeldende therapie aan patiënten met complex chronisch longfalen in de medisch specialistische revalidatie zijn. Een aanbeveling voor de opdrachtgever is om deze te delen in bijvoorbeeld werkveldgroepen en behandelteams. Zodoende wordt de werkzaamheid van beeldende therapie in deze setting op toegankelijke wijze inzichtelijk gemaakt.

## Literatuurlijst

- Baarda, B., & Bakker, E. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Noordhoff.
- Beuving, S. (2010). *Beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra: een onderzoek naar hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van [Bachelorscriptie, Hogeschool Utrecht]*. HBO Kennisbank.
- Broadbent, E., Schoones, J. W., Tiemensma, J., & Kaptein, A. A. (2018). A systematic review of patients' drawing of illness: implications for research using the Common Sense Model. *Health Psychology Review*, 13(4), 406-426. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1558088>
- CAHAG COPD & Astma Huisartsen Advies Groep. (2018). *Longcijfers.nl: Alle feiten en cijfers over longziekten op een website*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/96cjb>
- Centraal Begeleidings Orgaan. (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0: Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/uhkut>
- Cheung, M. M., Saini, B., & Smith, L. (2016). Using drawings to explore patients' perceptions of their illness: a scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2016(9), 631-646. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S120300>
- Cheung, M. M., Saini, B., & Smith, L. (2018). Patients' drawings of their asthma: adding qualitative specificity to a quantitative measure of illness perceptions. *Journal of Asthma*, 57(1), 95-104. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1541358>
- CIRO. (z.d.). *Beeldende therapie*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/4f4xe>
- CIRO. (z.d.). *Behandelteam*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/n8mtr>
- Collewijn, L. (2020). *De weg van de minste weerstand? Een kwalitatieve survey naar het patiëntperspectief op werkzame elementen van vaktherapie Beeldend in het komen tot gedragsverandering tijdens een longrevalidatie traject [Bachelorscriptie, Zuyd Hogeschool]*. HBO Kennisbank.
- De Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajani, N., Malhotra, B., Ho, R. T. H., Kaimal, G., Baker & F. A., Koch, S. C. (2021). Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Frontiers of Psychology*, 12(678397), 1-27. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>
- Derickx, M., van Geresteijn, T., Gerrits, E., Schutten, K., & Sleetboom, M. (2021). Chronisch beter voelen: Beeldende therapie waarbij revalidanten lichaamssignalen leren herkennen om eigen regie te kunnen voeren over hun leven met een chronische somatische aandoening. *Databank vaktherapie*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/gnqna>
- Floor, L., & Overman, D. (2011). *In tekenbeweging zijn: De tekenbewegingsmethode in theorie en praktijk*. Back2Base.

- Gezondheid en Wetenschap. (2020). *Chronische bronchitis - Chronisch obstructieve longziekte (COPD)*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/uw3fw>
- Gezondheid en Wetenschap. (2021). *Astma*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/nrmkt>
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Hartstichting. (z.d.). *Pulmonale hypertensie*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/r7vm3>
- Hinz, L. D. (2015). Expressive Therapies Continuum: Use and value demonstrated with case study (Le continuum des thérapies par l'expression : étude de cas démontrant leur utilité et valeur). *Canadian Art Therapy Association Journal*, 28(1-2), 43-50. <http://dx.doi.org/10.1080/08322473.2015.1100581>
- Kenniscentra CCL. (2022). *Leden Kenniscentra*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/q67k9>
- Kenniscentra CCL. (2022). *Voorwaarden*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/x79e7>
- KenVak. (2020). *Onderzoeksprogramma KenVaK 2019-2024*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/rxucu>
- Li, X., Cao, X., Xie, M., & Liu, X. (2020). Trends and risk factors of mortality and disability adjusted life years for chronic respiratory diseases from 1990 to 2017: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *BMJ*, 368(237), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m237>
- Loket Gezond Leven. (z.d.). *Werkzame elementen: laten staan wat werkt*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/7prtq>
- Longfonds. (2022). *Longziekten*. Geraadpleegd op 28 april, van <https://edu.nl/c9bxx>
- Merem Medische Revalidatie. (2022). *Complex chronische longaandoeningen*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/66cxj>
- Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. SWP.
- Nivel. (2019). *Leven met een longziekte in Nederland. Cijfers en trends over de zorg- en leefsituatie van mensen met een longziekte - 2018*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/pfh3a>
- Prins, L. (2016). *A psychological perspective on difficult asthma in adults: Psychopathology and alexithymia* [Proefschrift, Tilburg University]. Tilburg University Research Portal. Geraadpleegd op 1 juni 2022, van <https://edu.nl/j6yva>
- Radboud Universitair Medisch Centrum. (2022). *Afdeling Longziekten*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/p7byu>

- Radboud Universitair Medisch Centrum. (2022). *Longrevalidatie*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/hdjuy>
- Radboud Universitair Medisch Centrum. (2022). *Over beeldende therapie*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/cuvn8>
- Revant Revalidatiecentrum. (2013). *Beeldende therapie biedt u de mogelijkheid om* (Folder). World Documents. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/acgry>
- Schweizer, C. (2009). *Handboek Beeldende Therapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Tieleman, M. (2015). *Levensfasen*. Boom Lemma Uitgevers.
- Universitair Medisch Centrum Utrecht. (2022). *Astma*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/7pja7>
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2022). *Beeldende therapie*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/yrnj6>
- Universitair Medisch Centrum Groningen. (2022). *Longrevalidatie*. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/m9jnu>
- Van der Kolk, B. (2019). *Traumasporen* (Vol. 5). Mens!
- Van der Stap, J., & Kemming, H. (2021). COPD. *Nursing Magazine*, 1(27), 47-53. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/gx3jh>
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie*. Garant.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6 ed.). Boom.
- Wartna, J., Vaandrager, L., Wagemakers, A., & Koelen, M. (2012). *Er is geen enkel werkzaam principe dat altijd werkt. Een eerste verkenning van het begrip werkzame principes* (Verkenkend onderzoek in opdracht van Centrum Gezond Leven, RIVM). Wageningen University. Geraadpleegd op 28 april 2022, van <https://edu.nl/kpjc8>
- Wijkhuijs, J., & Van der Gulden, J. (2021). Geruststelling en goede uitleg kan patiënten al erg helpen. *TBV - Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 29(6/7), 24-27. <https://doi.org/10.1007/s12498-021-1405-3>
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/ejhfv>
- Zwikker, M., Van Dale, D., Bool, M., & Willemsen, N. (2019). *Werkzame elementen van interventies in databanken en erkenningstraject* (Notitie). Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies. Geraadpleegd op 29 april 2022, van <https://edu.nl/8qkck>

## Bijlage A – Aanvulling op literatuuronderzoek

### Astma

De naam 'Astma' komt uit het Grieks en betekent letterlijk 'gehijs' of 'gepiep'. Astma is een chronische ontsteking van de onderste luchtwegen. Deze bestaan uit de luchtpijp, de luchtpijptakken, oftewel bronchiën, en het longweefsel, oftewel de longblaasjes. De continue ontsteking van de bronchiën veroorzaakt aanvallen van kortademigheid, piepende ademhaling en hoesten. De longen reageren overgevoelig op prikkels zoals inspanning, rook, koude lucht en luchtvervuiling. In het geval van allergie zijn huisstofmijt, huidschilfers van dieren en pollen ook triggers voor een astma-aanval (Gezondheid en Wetenschap, 2021). Door verkrampde spiertjes rondom de luchtwegen, het opzetten van slijmvlies in de luchtwegen en extra slijmproductie wordt de luchtweg smaller en ademen bemoeilijkt (Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2022). Met de juiste medicatie kunnen klachten meestal onder controle gehouden worden, wordt de kans op aanvallen verkleind en de kwaliteit van leven verbeterd. Astma begint vaak in de kindertijd, in tegenstelling tot COPD (Gezondheid en Wetenschap, 2021).

### COPD

COPD is in 90% van de gevallen het gevolg van jarenlang roken. Daarnaast lijkt erfelijke aanleg een rol te spelen, is er een genetische afwijking die tot COPD kan leiden en is luchtverontreiniging een risicofactor. Veelvuldige blootstelling aan schadelijke stoffen kan COPD veroorzaken (Van der Stap & Kemming, 2021)

Chronisch obstructieve longziekte is een verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem. Chronische bronchitis is, net als bij astma, de continue ontsteking van de luchtwegen waardoor deze vernauwen en te veel slijm aanmaken, met hoesten tot gevolg. Bij longemfyseem zijn de longblaasjes permanent beschadigd. Dit kan leiden tot een verminderde gasuitwisseling, met zuurstoftekort en benauwdheidsklachten tot gevolg. Verder leiden de vernietigde longblaasjes tot een afname van longelasticiteit waardoor ademhalingsspieren minder goed functioneren en ademhalingsproblemen ontstaan (Van der Stap & Kemming, 2021). Tot slot veroorzaken de genoemde beschadigingen in de longen een abnormale hoge bloeddruk in de longvaten, die gevolgen heeft voor de werking van het hart. Op den duur gaat de hartpompfunctie achteruit en ontstaat hartfalen (Hartstichting, z.d.). De beschadiging aan de luchtwegen is bij COPD niet te herstellen. Wel worden luchtwegverwijders, ontstekingsremmers en zuurstoftherapie ingezet tegen kortademigheid (Gezondheid en Wetenschap, 2020).

### Longrevalidatietraject

Iemand met een chronische longaandoening komt in aanmerking voor medische specialistische revalidatie wanneer behandeling door de huisarts en longarts niet meer het gewenste resultaat heeft, of iemand een operatie voor longkanker heeft ondergaan (Radboudumc, 2022). Na verwijzing door een medisch specialist volgt een assessment van twee dagen om de problematiek in kaart te brengen en een behandeladvies te geven. Als het advies longrevalidatie is, kan de behandeling bestaan uit een klinische (overnachting in het behandelcentrum), poliklinische (overnachting thuis) of een gecombineerde klinische en poliklinische behandeling (eerste helft van de behandeling overnachting in het behandelcentrum, tweede helft thuis). Tot slot bestaat er een boosterprogramma voor mensen die al eerder een revalidatiebehandeling hebben gehad (Merem Medische Revalidatie, 2022).

Een behandeling duurt gemiddeld negen weken, waarvan de patiënt de weekenden thuis is (UMCG, 2022). Het behandelprogramma wordt afgestemd op de individuele doelstellingen van de patiënt en een interdisciplinair team werkt aan het verwezenlijken van de behandeldoelen (Kenniscentra CCL, 2022). Dit team bestaat uit een longarts, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker, een verpleegkundige, een diëtist, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een bewegingsagoog of psychomotorisch therapeut en een beeldend therapeut (CIRO, z.d.).

### Ziekteperceptie

Uit onderzoek van het Nivel in opdracht van het Longfonds (2019) is gebleken dat mensen met astma en COPD op alle aspecten van kwaliteit van leven vaker problemen ervaren dan de algemene Nederlandse bevolking. De over de jaren gemeten aspecten zijn: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/somberheid. Niet alle mensen met astma of COPD beoordelen hun kwaliteit van leven op dezelfde manier. De beoordeling hangt met name samen met de mate van symptoomcontrole bij astma en de mate van ziektelast van COPD. Mensen met chronische longaandoeningen beoordelen hun kwaliteit van leven slechter wanneer zij meer longklachten hebben.

De gevolgen van de longaandoening hangen niet alleen samen met de ernst van de longklachten, maar ook met de ziekteperceptie die iemand met een chronische longaandoening heeft. De wijze waarop iemand tegen de longziekte aankijkt, heeft invloed op de manier waarop iemand in het dagelijks leven met de longziekte omgaat. Ziekteperceptie is iets persoonlijks; de ideeën die iemand heeft, ontstaan immers door de eigen ervaringen. Deze perceptie roept emoties op en kan ervoor zorgen dat iemand wel of niet bezorgd raakt over het ziekteverloop (Nivel, 2019).

Dit gegeven wordt onderschreven door Cheung et al. (2018). Zij geven aan dat onderzoek naar het perspectief van patiënten met astma waardevolle inzichten heeft opgeleverd over de factoren die de kwaliteit van leven met mensen met een dergelijke chronische longaandoening beïnvloeden. Ziektepercepties zijn een belangrijke factor in de wijze waarop patiënten hun longziekte beheren. Uit onderzoek is gebleken dat ziektepercepties verband houden met de copingstrategieën van patiënten, klinische uitkomsten en therapietrouw (Cheung et al., 2018).

### Verliesverwerking

Het verlies van gezondheid kan langere tijd beslaan, in het geval van een zich ontwikkelend ziektebeeld, of vrij abrupt plaatsvinden, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname. Het kan zijn dat iemand niet meer kan werken, bepaalde hobby's niet meer kan uitoefenen, afhankelijker wordt van zorg en bepaalde verantwoordelijkheden niet meer kan dragen. Hiermee verandert iemands rol in gezin en maatschappij. Het verwerken van en omgaan met deze verlieservaringen is te vergelijken met een rouwproces (Collewijn, 2020). Volgens Kübler-Ross bestaat een rouwproces uit een aantal copingmechanismen die mensen nodig hebben om het proces te doorlopen. De fasen van dit proces verlopen niet per definitie lineair en niet bij iedereen hetzelfde. Ze bestaan uit ontkenning, woede en agressie, schuldgevoel, angst, depressiviteit en uiteindelijk aanvaarding (Tieleman, 2015).

Volgens klinisch arbeidsgeneeskundige Theo Senden is acceptatie van de verminderde belastbaarheid van groot belang voor longpatiënten om te leren omgaan met de klachten zonder het eigen herstel in de weg te zitten (Wijkhuis & Van der Gulden, 2021). Daarnaast hebben verschillende studies aangetoond dat er een positief verband is tussen het accepteren van een chronische ziekte en een betere gezondheidsstatus op gebieden als emotioneel welzijn, kwaliteit van leven en zelfmanagement (Collewijn, 2020).

### Zelfmanagement in een longrevalidatietraject

Volgens Derickx et al. (2021) speelt zelfmanagement een belangrijke rol in een revalidatietraject, omdat het de revalidant de mogelijkheid biedt de regie te voeren over diens eigen leven, gezondheid en behandeling. De visie van het Centraal Begeleidings Orgaan (2014, p. 3) sluit hierbij aan. Zij stelt dat zelfmanagement onlosmakelijk verbonden is met het hebben van een chronische ziekte en definieert dit als volgt:

Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe

beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden.

Om bovenstaande te kunnen toepassen, is het nodig dat iemand met een chronische longziekte kennis heeft van de ziekte en behandeling, symptomen weet te monitoren en te beheersen, een actieve rol speelt in de eigen behandeling en om kan gaan met de gevolgen van de ziekte. Daarnaast is het van belang een gezonde leefstijl te hebben. Mensen met astma en COPD geven aan dat het hen beter lukt een actieve rol te vervullen in de behandeling en symptoombeheersing dan in het omgaan met de gevolgen van hun aandoening in het dagelijks leven en het volgen van een gezonde leefstijl (Nivel, 2019).

### Mentaliseren

Mentaliseren kan worden omschreven als het nadenken over wat een ander zou kunnen bedoelen, voelen en wensen, terwijl tegelijkertijd nagedacht wordt over eigen gevoel, wensen of verlangens. Op momenten van verhoogde spanning en alertheid (of arousal) en emotie, is mentaliseren het moeilijkst. Door '*effortful control*' te vergroten, kan men -juist in de momenten van opwindning in zichzelf of de omgeving- bij het onderwerp blijven. De essentie van mentaliseren wordt ook wel beschreven door het de *lived experience in the present moment* te noemen, waarin het meer gaat om 'hoe' dan om 'wat' en 'waarom'. Door samen met een cliënt naar diens beeldend werk te kijken, treedt gedeelde aandacht op. Deze gerichtheid draagt bij aan de ontwikkeling van mentaliseren (Verfaillie, 2011).

## Bijlage B – Overzicht respondenten

| <b>Respondent &amp; deskundige</b> | <b>Jaren werkervaring als beeldend therapeut in de longrevalidatie</b> | <b>Momenteel werkzaam bij</b>         |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Loretta Bruin                      | 21                                                                     | UMCG Beatrixoord, Haren               |
| Leonie Schoot Uiterkamp            | 7                                                                      | Hoogstraat, Utrecht                   |
| Luca ten Voorde                    | 1,5                                                                    | Merem Medische Revalidatie, Hilversum |

## **Bijlage C – Topiclijst interviews**

### **Aan welke hoofd- en subdoelen werken beeldend therapeuten in de beeldende therapie met longrevalidanten?**

#### Topic 1 – Doelen

- Hoe kom je tot die doelen?
- Welke thema's kom je tegen in de beeldende therapie aan longrevalidanten?
- Hoe verhouden die doelen zich tot het revalidatiedoel?
- Kan je een voorbeeld geven van hoe beeldende therapie een bijdrage leverde aan iemands behandeldoel?
- Worden doelen ondertussen nog bijgesteld?

#### Topic 2 – Fasering beeldende therapie

- Welke fasen kent de therapie met dergelijke doelen?

### **Op welke wijze zetten beeldend therapeuten de beeldende kunstvorm in in hun therapie aan longrevalidanten?**

#### Topic 3 - Interventies

- Welke interventies doe je?
- Is er een specifieke methode die je gebruikt in je behandeling?
- Welke materialen zet je in?

#### Topic 4 – Werkvormen

- Welke werkvormen zet je in, en waarom?

#### Topic 5 – Attitude

- Welke attitude/therapeutische houding zet je in?

### **Wat zien beeldend therapeuten in de longrevalidatie als werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten?**

#### Topic 6 - Werkzaamheid

- Wat zijn voor jou belangrijke dingen die je inzet, en waarom?
- Wat is volgens jou de werkzaamheid daarvan?
- Welke feedback krijg je daarop (van cliënten, collegae)?

#### Topic 7 – Longrevalidanten

- Waar merk je aan dat de beeldende therapie past bij de doelgroep longrevalidanten?
- Welk beeld laten cliënten zien in jouw behandeling?
- Waarom nemen longrevalidanten wel en niet deel aan de beeldende therapie?

## **Bijlage D – Interviewtranscript Loretta Bruin**

In het volgende transcript wordt met de afkorting 'O' de onderzoeker aangeduid, en met de afkorting 'R' de respondent bedoeld.

*Interview afgenomen op 11 mei 2022 via MS Teams*

O: Nou, ik zal heel even kort toelichten waar ik nou precies onderzoek naar ga doen en waar ik het heel graag over zou willen hebben vandaag. Dat zijn namelijk de werkzame factoren van beeldende therapie aan longrevalidanten. Ik heb mijn stage gelopen bij Merem afgelopen jaar, waarna ik echt dacht: nou, deze doelgroep verdient gewoon een wat breder podium. Er mag meer onderzoek naar gedaan worden, mag meer informatie over bekend worden. En wat me opviel is dat er onderzoek gedaan was, naar hoe cliënten de beeldende therapie ervan hadden, maar nog niet het perspectief van de professional van de vaktherapeut is echt zo onderzocht. Dus vandaar, en ik ben heel erg benieuwd naar jou, naar jouw ervaringen en ja, de informatie die je die je kan geven, en het zou heel goed kunnen dat ik best wel wat vragen kan stellen waarvan je denkt, dat weet je toch wel als je die stage hebt gelopen maar ik zit nu natuurlijk in de rol van onderzoeker, dus moet zo objectief mogelijk die informatie vergaren.

R: Oké.

O: Ik denk dat het wel belangrijk is om even te benoemen wat ik als definitie heb gegeven aan werkzame factoren in dit onderzoek. 't is nogal een discutabel begrip momenteel, dus ik heb ervoor gekozen om een definitie aan te houden die in een review over vaktherapie recentelijk gegeven is, en dat gaat om een goed gespecificeerde therapeutische veranderingsfactor waarvan getheoretiseerd wordt dat deze therapeutische voordelen oplevert in een specifieke psychotherapie benadering.

R: Oh, ja.

O: En dan ben ik natuurlijk heel erg benieuwd van wat zijn nou die veranderingsfactoren in beeldende therapie en longrevalidanten, wat maakt nou dat dat werkt, dus op die manier.

R: Hmhm.

O: Zou je eerst wat willen vertellen over jezelf, over hoe lang je met longrevalidanten werkt? Een kleine introductie.

R: Ja, goed, oké, ik ben dus Leonie de Bruijn. Ik werk hier nu 21 jaar, ooit begonnen als activiteitentherapeut. Toen is me gevraagd om een project op te zetten en nu werk ik eigenlijk, nou, gedurende de jaren. Ja, in 't begin vrij vlot. Na twee jaar ben ik eigenlijk als beeldend therapeut gaan werken voor 28 uur, waarvan een groot gedeelte voor de longrevalidatie is. Maar ik werk voor meerdere teams. Dus ook neuro-revalidatie, diabetes, oncologie en ga zo door. Mooi, ja!

O: Waar ik ooit begon met een kar, heb ik nu een ruimte waar ik nu ook in zit, en dat vind ik heel fijn en mensen voelen zich aangenaam. Ik heb het echt wel geprobeerd om het goed op de kaart te zetten. Het heeft een goeie plek gekregen, ook binnen de longrevalidatie, een patiënt komt bijvoorbeeld bij ons binnen, eerst voor een gesprek met de longarts waarna die in een anamnese meekomt waar diegene dan mijn collega PMT'er tegenkomt en zij, zij doen de intake voor alle vaktherapeuten. Vaktherapie die wij inzetten is dus PMT en BT.

O: Ja, precies.

R: En zij doen de indicatie. En dan uiteindelijk zit ik bij een psychosociaal overleg, eerst met

de psycholoog daarbij, om te kijken: hoe is het met de indicatie voor beeldende therapie en andere disciplines natuurlijk ook. En daarna hebben we een gesprek waar het psychisch profiel besproken wordt en fysiek profiel.

O: Oké.

R: En daar zit ik ook bij.

O: Ja, en hoe lang werk je nu in totaal dan met longrevalidanten?

R: 21 jaar.

O: O, dat zei je net, ja.

R: Ja, geeft niks.

O: En de doelen die jullie opstellen dan met iemand die dus die hele intake heeft gehad, hoe gaat dat in z'n werk? Zeker in verhouding tot het ga het hoofd revalidatie doen.

R: Dat is een brede vraag die je stelt. Ik zit even na te denken hoe ik 'm aanvlieg. Wat er gebeurt, is dat de PMT'er ziet diegenen dus voor een voor een intake en dan is dat al een, eigenlijk een indicatie. Dus bijvoorbeeld, iemand wil in verder komen in z'n acceptatieproces als ik die even mag nemen, dan wordt er al gelijk ook een doel aan gekoppeld. Dan komt dat al in diegenes behandelplan en dan is het aan mij nog, als ik diegene dan zie voor de kennismaking, om dat dan te finetunen, ja, als het gaat om acceptatie, om zelfbeeld, om traumatische ervaringen nou, noem zo maar op.

O: Want iemand komt natuurlijk binnen voor een revalidatie. Van hoeveel weken is dat bij jullie?

R: Negen weken, op longrevalidatie altijd negen weken.

O: En zijn de thema's die je net noemt dan ook thema's waar diegene zelf al mee aan komt zetten? Zo van, nou, hier wil ik ook aan werken of zijn dat dingen die jullie naar voren brengen, omdat het misschien opgevallen is vanuit observaties of gesprekken?

R: Ik denk dat het heel wisselend is. Het is natuurlijk altijd een, in die gesprekken die plaatsvinden, worden natuurlijk gericht vragen gesteld en nou, soms komt iemand al met iets of die is al een keertje eerder in revalidatie geweest. Weet een beetje hoe het werkt, wat je kan verwachten, dat het niet enkel alleen fysiek bewegen is, maar dat er ook het totaalpakket wordt aangeboden. Maar vaak weten mensen dat nog niet inderdaad, en dan doe je dat in een gesprek, ga je dat bespreken.

O: En komt het ook voor dat mensen geen deel willen nemen aan de beeldende therapie?

R: Ja, 't is echt op indicatie, he. Nee, ik start ook altijd mijn kennismaking van goh, u heeft de keuze om ja, wat ik doe aan het einde van het uur een aanbod en dan mag u ja of nee op zeggen. Het is uw revalidatie en u bepaalt of het onderdeel is van uw revalidatie. Dat vind ik een hele prettige manier van werken, dat iemand iets aan wil gaan daarin.

O: En op het moment dat iemand nog helemaal niet bekend is met beeldende therapie en de in dit gesprek dus wel merkt van: hé, dit is een extra mogelijkheid om aan doelen te werken. Ja, begrijpen mensen al ook wat ze te halen hebben in beeldende therapie?

R: Een leuke vraag, ehm, of ze dat kunnen overzien?

O: Ja, of dat ze zelf zeggen: oh, ik wil hier dan aan werken of dat biedt mij de mogelijkheid om, of misschien helemaal niet.

R: Nou, dat is ook heel wisselend, hè, dat is ook waar we. Hoeveel inzicht heeft die geen? Hoeveel reflecterend vermogen heeft diegene over zichzelf, het meest wat bij de longlongrevalidanten, wat ik tegenkom is dat ze het niet kennen. Nee, dat dat nieuw is, dat ze ook even afwachten wat het dan zou kunnen brengen, dat ze dat ook wat moeten ervaren.

O: Ja, want hoe kom je dan tot een behandeldoel voor in de beeldende therapie wat past binnen hun revalidatiedoel?

R: Stel voor, iemand zegt tegen mij: ik heb een folder, hé, die laat ik dan mensen ook even lezen. Haal ik even kopje koffie, dus diegene die die leest dat dan, daar staat ook een paar aandachtsgebieden in. En vaak herkennen mensen al iets. Hé, er staat bijvoorbeeld, ik kan m'n gevoelens niet uiten. Nou, ik had laatst, of gisteren, had ik een vrouw die daar geëmotioneerd ook van raakte. Nou, daar heb je eigenlijk al gelijk ingang en wat zou je dan willen? Dus gaan we kijken naar, nou, wat zou je daar dan in willen? Wat zou jou meer kwaliteit van leven opleveren als je iets anders he, want ze vertelde bijvoorbeeld dat ze haar kinderen niet heeft verteld dat ze een chronische ziekte heeft, want ze wil hun geen pijn doen, is haar gedachte. En dan kunnen we daar wel over hebben. En wat is dat dan? En dan kan ik ook binnen beeldende therapie kijken: Goh kan zij wat verder komen in de acceptatie van haar ziekte, kan zij bijvoorbeeld een keertje haar longen schilderen, ik zeg maar even wat, of een zelfbeeld maken. Hoe zie je zelf oh, nou, noem maar op. Is dat helder?

O: Ja, zeker, mooi voorbeeld ook.

R: Ja.

O: Dan ben ik ook wel benieuwd. Je noemt een paar mooie voorbeelden van werkvormen al eigenlijk. Wat zijn interventies die je echt wel inzet in de beeldende therapie aan longrevalidanten.

R: Ook een mooie brede vraag. Interventies. Waar zoek je naar een beetje?

O: De deelvraag waar ik nu naartoe aan het vragen ben, dat is op welke wijze beeldend therapeuten de kunstvorm inzetten in de beeldende therapie aan longrevalidanten, en ik ben gewoon heel benieuwd naar of er specifieke interventies zijn die je gewoon vaak inzet bij deze doelgroep of bepaalde werkvormen of misschien een bepaalde attitude. Hè, de therapeutische houding, die gewoon, ja, echt bij deze doelgroep past. En ja, je hebt natuurlijk vergelijkingsmateriaal van verschillende doelgroepen als ik het zo hoor.

R: Ja

O: Dus wat zijn dan dingen die jij echt inzet bij de, bij de longrevalidatie of die je veel tegenkomt?

R: Buiten dat ik misschien meer met hun met ademhaling bezig ben, he dus dat dat er, denk ik niet dat het zoveel anders is dan met een oncologiepatiënt of met iemand met diabetes. Volgens mij heb ik niet iets van oh, ja, dat doe ik specifiek bij longpatiënten. Nee, nee, geloof ik niet.

O: Oké. En als het dan, ook al lijkt het dan op elkaar, wat zijn dan dingen die je wel dan ook breed inzet om toch met die revalidant te blijven werken aan het revalidatiedoel, ook al is het dan binnen de beeldende setting. Hoe doe je dat?

R: Zou ik gewoon uitleggen wat ik aanbied bijvoorbeeld? Waar ik mee start vaak is met de hand opdracht, dat iemands hand neerlegt en die omlijnt. En dan ga ik vragen om dingen in de vingers te zetten, bij de duim: waar ben je tevreden over van jezelf? Dus twee punten. Wat je heel snel dan tegenkomt is: nou, kan iemand iets positiefs over zichzelf zeggen of of heeft 'ie daar weinig contact mee? Of vind 'ie dat heel moeilijk om te doen? Dan ga je natuurlijk al een bepaalde kant op in je aanbod wellicht. En de wijsvinger is: waar wil iemand naartoe? Wat je vaak daarin terugkomt, heeft iemand hoop op verbetering? Of, en is dat ook realistisch? Nou ja, dat heeft ook allerlei zijpaden. De middelvinger is, waar baal je van? Dus dan is dat ook, kom je ook met die emoties en van verdriet of boosheid, kom je daar. De ringvinger is: waar is iemand trouw aan. En een pink: waar voel je nog klein in? En dan kan je dus ook al kijken van hé, is iemand al bereid om daar iets in te gaan doen? De palm van de hand komen vaak een beetje motto's te staan, maar dat kunnen ook beperkende motto's zijn, he, van iemand vanuit het gezin van herkomst. Je moet vooral doorgaan, niet zeuren, hé, dat dat, dat kan daarin komen te staan. Dan kunnen we dus kijken we naar de criticus dat iemand bijvoorbeeld een criticus eens beeldend gaat maken. Laat mensen wel eens een blaatschaap maken. He, dan zo'n schaap die in de wei staat, die maar constant mekkert en dat is ook vaak de gedachte bij die mensen van, oh ja, die criticus, dat komt maar telkens op. Gaan ze dat eerst beeldend maken en gaan ze daarna hun supporter, he de cheerleader in zichzelf zeg maar, beeldend maken. Wat je vaak ziet gebeuren, is als ze dat maken, dat er iets anders ontstaat, dan er al alleen over hebben. Dus iemand maakt het, verbindt zich er ook aan, er komt een naam wellicht ook. En dan vraag ik ook iemand bijvoorbeeld, ga eens van de week nadenken wanneer nou de schaap weer aanwezig is en zeg dan eens, hé schaap daar ben je. Ook dan gebruik van de ACT is bijvoorbeeld dat defusie, dat het maar gedachten zijn. Dus dan doe ik ook een ACT-oefening, dat iemand dat op de, op de wand neerhangt. En dan ga ik wat oefeningen daarmee doen, om dan die ontkoppeling daar wat mee te maken. Helder?

O: En wat voor oefeningen zijn dat dan?

R: Ken je de ACT?

O: Een beetje, ja.

R: Een beetje, ja. Je hebt die hexaflex natuurlijk van de act en en één onderdeel daarvan is bijvoorbeeld defusie. He, dus dat je, dat eigenlijk gedachten maar gedachten zijn, he dat we er zo ontegenwoordig veel hebben op een dag, ik ook.

O: Ja.

R: En dat je daar niet naar hoeft te luisteren. En ik had laatst ook iemand en die prikte dat op, dat vraag ik aan iemand, ik heb hier een prikwand. Gaan we eens heel dicht op staan en die voelde allerlei spanning komen hier, dus he bij de borstkas, ik zeg goh doe eens twee stappen achteruit. Hee, ik ervaar minder spanning. En dan nog een stuk keertje naartoe, en dan met een soort Mickey Mouse-stemmetje dat ook nog eens doen. En dan wat je dan krijgt, is dat die lading d'r niet meer zo is, dat dat maar gedachten zijn. En ze zegt: oh kan dat nou, ik zeg van ja, hoe is het? Nou heel fijn. Leuk, mooi, kunnen we weer door! En dan kunnen we dus meer naar die supporter en die gezonde volwassene, wat zegt die in je he, dus niet dat gekwetste, maar juist: wat zegt die nou? Werkt vaak bevrijdend.

O: Ja, dat geloof ik zeker, ook de kracht dat je even afstand kan nemen van het werk. Hoe koppel je daar een vervolgvorm aan? Hoe ga je daar vervolgens mee verder?

R: Nou, het is wel heel mooi als iemand de blaatschaap kan maken in die negen weken en de supporter, en dan wat oefeningen kunnen doen - vaak wat assertiviteitsoefeningen op

papier, bijvoorbeeld gezamenlijk, of nou, eens een keertje aangeven binnen de therapie wat je wil. Dus dat, dat zijn vaak mooie vervolgstappen en dan ben je al een heel eind in die negen weken en dan nog wat stabiliseren, dus dat je wat oefeningen thuis ook doet, die koppel ik er dan aan.

O: Beeldende oefeningen?

R: Kan, als iemand dat wil, of gewoon, nou, kan, hoeft niet. Ja.

O: Wat ze dan geef je zoal mee?

R: Oh, ja, dat is heel verschillend. Dat, het kunnen gewoon ook letterlijk oefeningen zijn, bijvoorbeeld ook die vrouw waar ik het daarnet over had, he van goh, wie van de kinderen zou je eens wat willen vertellen over ziekte? Maar dat is, en neem je ruimte daarin. En het zou ook kunnen zijn dat iemand bijvoorbeeld zijn tekening laat zien van die longen. Dan maken ze een foto en deel het is thuis, dan spreken we door. Wat wil je, wat verwacht je dan? Wat ga je vertellen? Ja, en dan ook een week daarop de terugkoppeling, hee hoe was het nu om te doen, wat voor reactie kreeg je?

O: Ja, want wat voor reactie krijg jij zelf dan van een patiënt op de beeldende therapie? Wat hoor je daarvan terug?

R: Vaak positief, ja, ja, dat mensen dus merken dat ze minder in hun hoofd zitten en dus meer in contact zijn met hun gevoel, wat kwaliteit van leven, ook verder gekomen in de acceptatie, wat positiever denken over zichzelf, over hun kunnen. Dus het vertrouwen is wel toegenomen. Nou, ik denk dat daar vaak, of minder angstig. En wat ik het leuke vind aan de revalidatie kijk, je doet een beeldende therapie, daar zoomen we nu op in. Maar het is zo mooi als iemand een fijne ervaring bij de fysiotherapie heeft en die komt hier bij mij binnen, en die komt met die fijne ervaring, dan kan je daar ook weer op door. Dat vind ik het fijne van het werk in de revalidatie dat je doet, je doet het als team rond een patiënt.

O: Ja, want hoe is dan de rol van jou als beeldend therapeut in het team? Hoe gaat dat bij jullie?

R: Een mooie, brede vraag. Kan je specifieker zijn?

O: Nou, wat voor feedback krijg je van collega's op wat jij in de beeldende therapie doet met de cliënten?

R: Of ik dat vertel?

O: Of hoe zetten ze het in, hoe benaderen ze de beeldende therapie?

R: Van collega's?

O: Ja.

R: Ja, ik denk goed, dit is een hele korte. Wat ik het voordeel vind als je ergens lang werkt, is dat je hebt natuurlijk al zo vaak dingen uit kunnen leggen. Dus dat er wel een beeld is van wat je ongeveer doet. Niet elke collega weet dat. Ik denk laatst zat ik ook bij een bespreking met de patiënten er ook bij en we hadden daarna nog even overleg en dan zegt de fysiotherapeut van nou, ik merk aan deze patiënt dat dat op die en die manier goed doet en dus dat, daar is wel oog voor.

O: En dan bedoelde die collega dat dat goed kwam vanuit de beeldende therapie?

R: Ja, ja, precies.

O: En kan je daar een voorbeeld van geven, wat diegene toen benoemde?

R: Ja. Dit is een jonge vrouw met astma die heel snel gespannen is, dus heel erg alert, kan moeilijk zich omspannen als zij 's avonds bijvoorbeeld haar hele dag heeft gehad, gaat ze dan heen en weer lopen in haar, in haar kamer, gaat bijvoorbeeld heel hard muziek op d'r hoofd zetten om maar die gedachten allemaal te stoppen en dan spanning iets weg te drukken. En wat wij binnen beeldende therapie mee bezig zijn, gewoon bij je toelaten, en kan je op een andere manier. We hebben eerst trouwens, ken je de vijf-pannen-schema?

O: Nee.

R: Nee. Dat heeft te maken met spanningsregulatie, dat is een pannetje op het vuur en daar zit een beetje water in. Je hebt vijf pannetjes en de eerste is het vuur nog uit en dan gaat het vuur steeds wat harder branden en dat doet iets met het water in het pannetje en dus aan het einde kookt het over. En dat dat dan een beetje symbool staat. Ook hoe je, hoe je je emoties ervaart, bijvoorbeeld boosheid kan je het heel mooi ook voor gebruiken. Pannetje één ben je lekker ontspannen, is er niks aan de hand. Pannetje twee voel je wat meer spanning. En nou, zo gaat dat wat opbouwend. Zij voelt dus dat ze best wel vaak in pannetje drie, vier zit, dus best hoog in de spanning. En nu zijn we dus bezig. Hé, hoe kan je nu zorgen, we kunnen kijken naar 'wat ga je doen als je in pannetje vijf zit?' Dat hebben we al besproken. Maar nu, hoe zorg je dus dat je wat kan gaan reguleren, dat je wat regie kan nemen thuis, om dan te zorgen dat je daar wat ontspanning meer kan komen. Dus wat die collega dan zegt, is dan, want die ziet die patiënt bijvoorbeeld voor ademhaling, hé, het werkt nu mooi samen, he, want dat ademhaling kan ze nu ook ietsje rustiger toepassen. En zij heeft dus ook meer grip, gaat ze ervaren in die spanningsregulatie. Is 'ie dan rond?

O: Ik vraag me gelijk af: wat heb je dan precies ingezet in de beeldende therapie om met haar dus aan die regulatie te werken? Hoe doe je dat in beeldend materiaal of een werkvorm?

R: Ik laat haar dus die pannetjes maken.

O: Ja.

R: Teken en, inkleuren. We gaan kijken, wat ervaar je? Ze vindt pannetje vijf natuurlijk heel spannend, wordt daar angstig ook van, merkte dat dat ook in de ruimte. Dus wat ik doe is lichaamsrealisatie en dat je voelt van, dat zij voelt van ja, dit ervaar ik nu ook. Als ik daarover denk, dus dat roept al heel veel spanning op. Ben daar vrij snel uitgegaan omdat ik met haar wil kijken naar die ontspanning, dus dat ik ingezet heb, is blind tekenen. Kijken hoe dat gaat. Dus dat je minder gaat bepalen, met je hoofd, en je gaat ervaren. Vormoefeningen op de wand hebben we gedaan. Tekenbeweging, dus ook meer in de flow komen, dus dat zijn een beetje werkvormen die je dan kan inzetten.

O: Ja. En dat dat lichaamsgerichte werken, waarom of waaraan merk je dat dat bijdraagt aan hun hoofddoel in de revalidatie?

R: Grappige vraag. Wat mooi is natuurlijk is dat zij meer in balans komt en als zij dus dat kan reguleren. Wat heel veel spanning bij haar oproept, is ook dat ze naar de arts toegaat, gevoel heeft dat ze niet serieus genomen wordt. Nare ervaringen gehad eerder waar het ook echt vervelend is gegaan, en als zij natuurlijk merkt 'oja op deze manier kan ik dus mijn spanning reguleren, kan ik dat ook in bijzijn in een gesprek met de arts doen. Kan ik dus ook

beter verwoorden wat ik nodig heb. Dan kan ik dus een beter omgaan met mijn ziekte.'  
Helder?

O: Ja, zeker, ja.

R: Kijk ook even naar de tijd.

O: Ik wil net zeggen: nog drie minuten, ja, als ik je nog mag vragen wat jij zelf echt ziet als een werkzame factor van beeldende therapie in de longrevalidatie, waar denk je dan aan? Waarom past dit zo goed bij deze doelgroep?

R: Goed, dan specifiek, wat zijn, wat is de kracht van beeldend werk? Ja, dat komt een beetje op de basis, denk ik, van wat er, wat beeldende therapie is, en dat is ervaringsgericht werken. Een heel ander stuk van mensen bediend dan alleen met rationele ja, ik denk dat. We hebben natuurlijk de mensen die heel goed hun gedachte kunnen verwoorden maar het niet voelen. Je hebt natuurlijk ook de mens die enorm veel voelen, zoals die vrouwen ook wat ik net zei, heel hoog in de spanning zit, maar die dan met haar intelligentie dat niet kan bolwerken. Dus je wil meer balans krijgen en juist binnen beeldende therapie wordt dat inzichtelijk, hoe de mensen dat ervaren.

O: Mooi, nou, heel erg bedankt voor al je uitgebreide antwoorden.

## **Bijlage E – Interviewtranscript Leonie Schoot Uiterkamp**

In het volgende transcript wordt met de afkorting 'O' de onderzoeker aangeduid, en met de afkorting 'R' de respondent bedoeld.

*Interview afgenomen op 12 mei 2022 via MS Teams*

O: Goed, ja, dit onderzoek is ook echt gericht op het perspectief van de beeldend therapeut op beeldende therapie aan longrevalidanten.

R: Hmhm.

O: Ik heb mijn stage bij Merem mogen lopen, dus bij Marika, en ik merkte gewoon van hé, hier is echt wel meer onderzoek naar nodig, mag meer onder de aandacht gebracht worden, maar ook vooral: wat maakt nou dat beeldende therapie werkzaam is aan longrevalidanten. Nou, dat is dus ook de hoofdvraag van mijn onderzoek en daarvoor wil ik heel graag in elk geval even aan je vertellen wat ik als definitie heb gekozen voor werkzame factoren, want het is nog gewoon discutabel begrip op het moment en dat is: een goed gespecificeerde therapeutische of veranderingsfactor waarvan wordt getheoretiseerd dat deze therapeutische voordelen oplevert in een specifieke psychotherapie benadering. Dus waar ik het vandaag met je wil gaan hebben, is ook van he, wat maakt nou dat beeldende therapie vanuit jouw perspectief werkt bij deze doelgroep en hoe pak je dat aan? Dat is een beetje de insteek van het onderzoek.

R: Ja.

O: Nou, ik ben allereerst heel erg benieuwd naar jou, als ik zo vrij mag zijn, hoe oud je bent, hoe lang je met longrevalidanten werkte als beeldend therapeut.

R: Ik ben zesendertig. En ik ben bij Merem begonnen op een jeugdgroep met kinderen met obesitas en ook kinderen met astma en longemfyseem. Gewoon als groepsleiding zeg maar, maar daar al wel in aanraking met de problematiek, zeg maar, en daarna kwam er een vacature voor vaktherapeut bij de volwassenenafdeling en daar heb ik op gesolliciteerd, en zo ben ik daar terechtgekomen bij Marika als collega.

O: Ja, en hoe lang heb je dat gedaan?

R: Zeven jaar, en ja, dat waren weinig uren, zoals veel vaktherapie banen.

O: Ja.

R: Dus toen ben ik een andere baan ook gaan zoeken en toen ben ik aangenomen in de Hoogstraat, ook een revalidatiecentrum maar niet speciaal longrevalidatie maar meer, nou, overkoepelend, alles eigenlijk, ja, ja, en toen heb ik dat een hele tijd samengedaan en bij Merem en bij de Hoogstraat en op een gegeven moment dacht ik: nou is een beetje veel en toen ben ik gestopt bij Merem.

O: Een luxeprobleem.

R: Luxeprobleem, ja.

O: Oké, maar op zich heel veel werkervaring met deze doelgroep, dus dat is heel mooi.

R: Maar niet meer zo actueel.

O: Nee goed, wanneer was dit? Wanneer ben je gestopt?

R: Bij Merem moet ik even nadenken. Ik weet het helemaal niet. Drie jaar geleden gestopt, denk ik.

O: Nou ja, op zich nog wel vrij recent.

R: Ik weet niet wat je nodig hebt voor je onderzoek.

O: Nou, laat ik daar gelijk op insteken, mijn eerste deelvraag gaat over aan welke doelen je werkt in de longrevalidatie in de beeldende therapie met longrevalidanten.

R: Hmhm.

O: Ik ben vooral benieuwd hoe je tot die doelen komt, in de eerste instantie.

R: Ja, het zal niet zo'n heel vernieuwend verhaal zijn, want da's natuurlijk ook hoe Marika het deed. De aanmelding ging via de intake en dan werd besloten tijdens de observatieperiode van een week of iemand behandelbaar is, zeg maar op Merem. En als het antwoord ja was, dan werd iemand opgenomen. En sommige mensen kregen een extra pakketje en dat noemen ze PsyMed. En zo waren de mensen die dus opgenomen waren en speciaal geïndiceerd voor die extra module, die kwamen ook voor een intake bij de creatieve therapie.

O: Ja, want PsyMed is natuurlijk extra aandacht voor het psychologische deel van de revalidatie.

R: Ja, ja.

O: Oké, en hoe stelde je dan doelen op voor in de beeldende therapie met die revalidanten?

R: Hoe ik het daar deed was dat we altijd standaard de DDS afnamen eerste sessie, een uur afnamen en dan het scoren van de DDS en dan daarna teruggeven. En in die eerste kennismaking met het materiaal zie je wel of mensen daar wat mee kunnen en of ze iets van zichzelf durven bloot te leggen in het werk. Dus dat levert heel veel waardevolle informatie op. En daarna in het gesprek zie je ook, teruggave gesprek zeg maar, ook hoe mensen kunnen reflecteren op wat jij hebt gezien en of ze het herkennen en hoe ze het hebben ervaren. Om op die manier die ze nog vaak niet kennen, om zichzelf te uiten ja, en dan de samen in overleg met de revalidant van: hé, wat is er, wat is er mogelijk? Is het wat voor jou? Kan het wel toevoegen? Dat is, denk ik wel, zoals we in Merem deden, ook de meerwaarde van de creatieve therapie, dat iemand er echt achter staat, dat je echt een gemotiveerde revalidant hebt. Als iemand meer vanuit een verplichtend karakter zou komen, dan zou, zou dat lang niet effectief zijn.

O: Ja.

R: Dus de gemotiveerdheid, dat is eigenlijk het belangrijkste.

O: En stelde je dan samen met die revalidant een concreet doel op voor in de beeldende therapie of koppelde je dat aan het revalidatiedoel? Hoe zag dat eruit?

R: Dat gebeurde altijd samen met de revalidant en we hadden destijds twee groepen. Dus ja, daar meer smaken hadden we niet zeg maar, dus er was een groep meer gericht op het emoties uiten en een groep meer gericht op, hoe zeg ik dat, herkennen van lichaamssignalen. Ja dus, Marika deed de ene groep, en ik de andere, zo hadden we dat verdeeld.

O: Zijn er dan ook momenten dat de revalidant zegt van hé, dit past echt bij m'n revalidatiedoel. Zagen ze die link?

R: Ja, absoluut ja, ja, veel revalidanten, als het gaat bijvoorbeeld over de emotie uiten groep, merken dat de emoties die ze ervaren, invloed hebben op hun benauwdheidsklachten dus daar is het heel sterk gekoppeld. Ja, dus ja, zeker, ja.

O: En dat geldt dan ook voor die lichaamssignalen denk ik, he?

R: Ja. Op het moment dat je die beter kan interpreteren en je kan wat daarin kwijt, zeg maar in de beeldende therapie dan geeft dat gewoon letterlijk veel lucht.

O: Ja, mooi, ja, ja, ja. Werden doelen ondertussen nog bijgesteld als je een aantal sessies verder was, of was daar een bepaalde fasering in misschien?

R: Nee, het waren zes sessies, dus zes keer een uur. Los dan van de DDS, van de diagnostiek. Dus zes keer een behandeldoel, dan is het gewoon heel concreet. Je hebt van tevoren afgesproken en dat is waar je naartoe werkt. Dus daar was niet nog een verschuiving tijdens het werken en van accentverschil zeg maar.

O: En kan je nog een voorbeeld noemen van zo'n compact behandeldoel van zes sessies?

R: Ehm.

O: Of een voorbeeld van hoe beeldende therapie concreet een bijdrage leverde aan iemands algemene behandeldoel?

R: Ja, ik moet vooral denken waar ik destijds heel veel mee werkte, was de tekenbeweging in de emotie uiten groep ook. En dan ja, door die tekenbeweging te doen en vooral, te vragen om dan beroep te doen op wat ze voelen tijdens het tekenen en daarna te handelen. Dat ervaarde ik als heel effectief, want je krijgt direct een terugkoppeling van je bent bezig en er treedt benauwdheid op of spanning en door te kijken of je daar op dat moment direct naar kan handelen. Dat is is eigenlijk waar het ook in draait op in de revalidatie en dat zag je heel erg tijdens de werkvorm ja, dat is heel mooi.

O: Helder ja, zeker, waren er nog specifieke interventies die je deed omdat je de doelgroep al een aantal jaar kende? Dingen die je bewust inzetten tijdens sessies om aan die doelen te werken?

R: Ja, eigenlijk is de hele creatieve therapie natuurlijk een interventie in, zoals het daar in het programma was, dus ja.

O: Nou ja, laat ik 'm wat kleiner maken, misschien is dat makkelijker te beantwoorden. Zijn er bepaalde werkvormen die je inzette, of had je een bepaalde houding naar deze doelgroep, waarvan je wist van hé dit werkt, en waarom zeg maar?

R: Ja, qua houding vind ik het heel belangrijk om heel open en respectvol te zijn en de ander echt als gelijke partner te beschouwen. Helemaal nou ja, destijds was ik nog jonger en de gemiddelde leeftijd van de mensen in behandeling is gewoon veel ouder. Dus wie ben ik om mij boven de ander te plaatsen als jonge snotneus zeg maar, dus dat was altijd mijn standaard basishouding: open en geïnteresseerd en ook zorgen dat niets wat ze zeggen gek is en dat alles op tafel mag liggen. Ja, ik denk dat dat heel erg helpt in het contact en ook in de therapieën en waardoor dat je dus ook in die zes keer wel heel effectief kan behandelen als die werkrelatie goed is. Ja.

O: Ja, zag je dat dan ook terug in het materiaal, als het ware de vruchten van die werkrelatie?

R: Ja, absoluut, mensen hebben natuurlijk zelf een voorkeur voor materialen, omdat waar ik meestal mee startte in het begin, want dat biedt veiligheid en dat heb je nodig in zo'n korte behandelduur. Maar als die handelrelatie goed is, dan kan je ook makkelijker sturen van hee, probeer dit materiaal vandaag eens d'r bij uit, lijkt je dat wat, en dan zijn mensen gewillig om dat te proberen. Ja, absoluut, ja, ja.

O: En wat lieten cliënten dan zien in hun beeld of in hun gedrag?

R: Ik heb veel met de tekenbeweging gewerkt, dus wat dan een beetje mijn doel was, was dat ze die bewegingen, die vormtekeningen kenden in die zes keer, en dat ze ook iets konden uitkiezen wat op die dag paste bij hoe ze zich voelden, dus je hebt die tien vormen. Ken je ze?

O: Ja.

R: Dus en dan vroeg ik: Goh, hoe voel je hier vandaag? Wat speelt er in je hoofd? En dan even een kleine introductie daarvan van de cliënt. Zeg maar, en dan zei ik: van wat voor een vorm past nou bij dit gevoel of wat er nu speelt en wat er gaande is? Nou ja, dan als iemand dan al zelf een vorm kan noemen die daar voor hem of haar bij past, dan ben je al zo ver. Dan krijgt dat gevoel krijgt letterlijk meer vorm.

O: Ja.

R: Ja, en dan daarna vroeg ik altijd van: ja, wat van formaat hoort er dan bij? Qua papier, is het glad papier, is het ruw papier en is het pastelkrijt of is het een vet krijt of wat past daarbij? Dus en dan krijgt eigenlijk dat gevoel steeds meer vorm en een beeld ook, zonder dat ze van tevoren hoeven te bedenken wat ze gaan maken, want zo ontstaat het gaandeweg door de vragen die je stelt.

O1: Ja, en wat maakt nou zo bijzonder dat deze doelgroep dat nodig heeft, of dat dat als een grote stap is voor iemand in de revalidatie?

R: Het zijn veel, veelal mensen die, die niet in contact staan met hun gevoel of en waar dus lijf op een andere manier zegt: d'r is heel veel gaande, ik voel me niet goed en door daardoor contact mee te maken kan dat lijf zich ook beter herstellen.

O: En daardoor heb je natuurlijk die koppeling naar het revalidatiedoel weer.

R: Ja.

O: Merkte je dat ook aan de samenwerking met het team dat beeldende therapie die bijdrage leverde aan het werken aan dat revalidatiedoel?

R: Ja, absoluut ja, ja, het werd echt in de tijd dat ik daar werkte echt door het behandelteam gedragen en echt als een heel waardevol component gezien en echt ook serieus genomen. En als er dan de vraag was van dat er een, dat iemand een te vol programma had omdat ie het niet aankon, dan werd wel altijd de therapieën in de PsyMed voorrang gegeven. En dus ook de beeldende therapie bijvoorbeeld, staat wel vooraan op de fysiotherapie hé, afhankelijk van het doel van de revalidant, dat is in een revalidatiesetting wel uniek.

O: Ja, heel mooi, ja. Oké.

R: Ja, dus dat werd zeker gezien.

O: Wat voor feedback kreeg je erop van cliënten? Wat hoorde je over hun ervaring in de beeldende therapie binnen de revalidatie?

R: Ja, omdat de revalidanten natuurlijk ook zelf kiezen voor de behandeling en vooraf al zeggen 'ja' tegen die PsyMed en in het gesprek ook ja zeggen tegen de creatieve therapie, waren ze allemaal heel erg tevreden. Ja, absoluut ja, en ik denk, doordat je dat zo zorgvuldig afdekt, werkt het ook. Ja, want als iemand al met mij in een gesprek zit en denkt oh, ik vind ik de therapeut verschrikkelijk. Ja, natuurlijk gaat ie dan niet komen en dat is wel goed ook, want ik denk dat je dan geen effectieve werkrelatie hebt. En die zes keer, ja, dat dat gaat je niet lukken om dat om te buigen zo snel.

O: Nee, precies ja, ik zat even te denken: Als ik aan jou zou vragen wat je zelf ziet als de werkzame factor van beeldende therapie aan deze doelgroep, hoe zou jij dat omschrijven? Of meerdere factoren. Wat maakt nou dat dit werkt?

R: Ja, dat is niet anders dan bij andere doelgroepen, namelijk dat het zichtbaar wordt, dat wat er van binnen speelt, dat dat een vorm krijgt. Dat is het, dat is de kracht.

O: Ja.

R: Dat je direct een beroep hebt van het handelen op het papier en dus het contact met het lijf en het resultaat. Ja, dat is ook die directe terugkoppeling. Als jij te veel in de tegenbeweging in de vorm zit en je gaat daarmee over je grens, voel je direct dat je over je grens gaat en is het vaak ook zichtbaar in het beeld. Dus het geeft zo directe feedback zonder dat de therapeut de feedback hoeft te geven. Het materiaal geeft de feedback.

O: Mooi gezegd, ja, zit daar dan nog een groot verschil in tussen de doelgroep, longrevalidanten en nou ja, de verdere revalidatie, waar je nu werkzaam bent, dat je denkt van hé, daar zitten nog wel verschillen in de beeldende therapie, de uitvoering?

R: Ja, het is echt een totaal andere doelgroep. Ja, de longrevalidatie, het zijn allemaal mensen die meerdere exacerbaties hebben, die vastzitten in hun patroon en dat niet zelf kunnen doorbreken. En dus daar is langere tijd wat gaande en ze worstelen ermee dat ze dat niet zelf kunnen bijsturen en daarvoor hebben ze die revalidatie nodig. En dat is een heel groot verschil in de longrevalidatie ten opzichte van de gewone revalidatie waar ik nu werk, zeg maar, want dat zijn allemaal mensen die die onverwachts iets hebben opgelopen waar ze ineens mee moeten dealen. Dus de acceptatie- en verwerkingfase waar de mensen met longrevalidatie in zitten die is veel verder dan revalidatie wanneer je acuut iets verworven hebt, en je bent echt bezig om de functie terug te krijgen.

O: Bedoel je dat longrevalidanten al binnenkomen in een acceptatieproces of dat ze, ja, daar meer voor openstaan als ze in de revalidatie terecht komen?

R: Ja, ze zijn verder in dat proces, dat ze vast zijn gelopen en dat dat al een veel langduriger situatie is. Mensen hebben al jaren longklachten, terwijl als je een auto-ongeluk hebt gehad en je hebt hersenletsel opgelopen dan ben je eerst alleen maar bezig met fysiek herstellen en je de eerste periode heb je natuurlijk de grootste kans om fysiek zoveel mogelijk weer te herstellen als voorheen en pas als je hersteld bent fysiek zeg maar, en je weet wat de restklachten zijn, pas dan kan je gaan accepteren of verwerken wat je hebt, en daarvoor ben je alleen nog maar bezig met het opbouwen, en ga je dus niet accepteren of verwerken dat je iets hebt, want het is nog gaande. denk dat een heel groot verschil is

tussen longrevalidatie en de revalidatie waar het nu werk. Het is veel acuter, waar het meer gaat over overleven in plaats van acceptatie en verwerken.

O: Zou je dan zeggen dat de longrevalidatie, zeg maar de doelen in de beeldende therapie dan echt voornamelijk dus gericht zijn op die lichaamssignalen en de onderliggende emoties van een langslappend patroon? Of zijn er nog andere thema's die echt wel veel aan bod komen?

R: In de groep die ik gaf daar, was dat vooral het speerpunt.

O: Ja. Oké.

R: En de andere groep, deed natuurlijk Marika, dus ja.

O: Ja, als ik die ook zou kunnen interviewen, maar helaas.

R: Nee, kan dat niet?

O: Ja, het zou in theorie kunnen maar dan maak ik het mezelf wel moeilijk omdat zij mijn opdrachtgever is. Vandaar.

R: O, zo. Dus ik heb die groep wel eens gedaan maar te weinig, denk ik, om je daar echt een objectieve mening van te geven.

O: Ja, ik zit nog even naar mijn vragen te kijken maar volgens mij heb ik best een volledig beeld van je gekregen en is er niets wat we hebben overgeslagen. Nee, ik denk dat we, nou, mooi binnen de tijd zitten ermee.

R: Nee, ik denk al of er nog iets belangrijks is wat ik nog niet verteld heb, maar. Ja, het is echt een hele leuke doelgroep!

## **Bijlage F – Interviewtranscript Luca ten Voorde**

In het volgende transcript wordt met de afkorting 'O' de onderzoeker aangeduid, en met de afkorting 'R' de respondent bedoeld.

*Interview afgenomen op 16 mei 2022 via FaceTime*

O: Ik doe dus onderzoek naar de werkzame factoren van beeldende therapie in de longrevalidatie. Daar is gewoon heel weinig literatuur over en ik wil gewoon heel graag soort van op de kaart zetten van wat nou maakt dat deze, ja, dat beeldende therapie werkt bij deze doelgroep en waarom het zo goed aansluit. En nou ja, ik wil je gewoon wat dingen vragen over: met welke doelen werk je, hoe zet je de kunstvorm in? En ja, wat volgens jou zeg maar maakt dat het echt werkt. Dus zodoende.

R: Leuk.

R: Hoe lang doe je dit nu? Ben je nu een jaar bezig of langer al?

O: Langer. Ik ben nu sowieso anderhalf jaar en in november twee jaar.

O: Jeetje, wat gaat dat snel zeg. Ja, je zal echt een mega-ontwikkeling hebben doorgemaakt.

R: Ja, we hebben het echt heel erg op de schop gegooid en Selma is met ontslag gegaan. Ik heb nu, want ik had het met Selma dus al veranderd, de structuur van de beeldende therapie en toen ging Selma met ontslag en nu werk ik met Merel, die ken jij volgens mij ook, Merel Lagerweij.

O: Dat meen je niet. Ja, ik ben met haar samen aan deze opleiding begonnen. Is zij daar komen te werken, dat wist ik helemaal niet.

R: Ja, zij is mijn nieuwe, ik heb haar uitgekozen op de sollicitatie.

O: Oh wat leuk, dat is echt een topper.

R: Ja, het matcht ook echt supergoed tussen ons, dus is echt, ik weet niet, we hebben het echt supergezellig, los van de therapieën ook gewoon heel fijn dat je elkaar heel erg goed snapt.

O: Ja.

R: Zij heeft heel erg dezelfde therapiestijl als ik, en ik dacht eerst, misschien heb ik een toevoeging nodig, maar het is juist superchill dat je meteen snapt wat je aan het doen bent en we doen ook heel veel groepen samen, dus ja, vet nice.

O: Super bijzonder. Nou, misschien moet ik haar ook nog maar even interviewen dan.

R: Na, je kan haar sowieso, ja ze is nu net op vakantie, een weekje. Maar je kan haar sowieso, ik zou haar sowieso benaderen.

O: Ja, nou, wie weet. Nou, ik ga maar gewoon lekker in de vragen duiken.

R: Ja, ja, kom maar op.

O: Nou ja, mijn eerste deelvraag is: aan welke hoofd- en subdoelen werken beeldend therapeuten in de revalidatie met longrevalidanten, en ik kruip echt even helemaal in de rol van onderzoeker, alsof ik van niks weet. Dus als je daar wat over zou willen vertellen van

goh, hé, ook hoe beeldende therapiedoelen zich verhouden tot een revalidatiedoel, hoe kom je tot die doelen? Beetje zodoende. Wat komt er in je op?

R: Nou ten eerste, zal ik jou even uitleggen wat nu de structuur is want die hebben wij dus helemaal op de schop gegooit. Zoals je al weet, hé, eerst was het ontspangroep, ontdekgroep en de stop-motion en dan had je de PsyMed daarnaast. We hebben het nu echt omgezet naar beeldende therapie dus het is niet meer vanuit een werkvorm of vanuit een materiaal, iemand een activiteit laten doen en daaruit, zeg maar reflecteren, mentaliseren en de therapie geven. We hebben nu echt thema's die we vooropstellen en die hebben we ook in overleg met de psychologen die er nu zijn afgestemd, die gewoon het meest voorkomen, ook bij longpatiënten. Dus daar hebben we de groepen op ingedeeld. We hebben nu drie groepen en dat is de acceptatiegroep, de grenzengroep en de contactgroep, en de acceptatiegroep zegt het eigenlijk al, dat gaat over accepteren, want dat is echt één van de grootste thema's waar deze mensen tegenaanlopen natuurlijk. Is door je hebt een aandoening, longaandoening, daardoor veranderd je leven, je kan niet meer alles wat je kon. Dus het accepteren is gewoon groot. Je identiteit verandert. Wat wij dan, de thema's zijn die binnen die acceptatiegroep worden behandeld is, loslaten, wat ik al zei, nieuwe identiteit, kijkje op de toekomst, ook een stukje traumaverwerking dus wat we ook vaak doen, is kijken naar het verleden. Hé, wat is er nog? Wat zit er nog dwars? Wat moet er uit de weg geruimd worden, en uiteindelijk losgelaten, om door te kunnen. En een stukje emotieregulatie ook. We hebben natuurlijk ook de emotieregulatiegroep, maar we hebben gemerkt dat ook boosheid en frustratie bij heel veel mensen, die dus ook niet PsyMed zijn, ja, best wel goed tot uiting kunnen komen. Dus we hebben nu ook een hele mooie grote spatmuur waar dus eerst die kurkmuur, deels is dat nu een hele grote spatmuur. Dus heel veel kleurtjes en dingen.

O: Ja.

R: En met de longpatiënten zijn we dus bezig om daar gewoon helemaal soort van boosheid en woede en ook blijheid en al dat soort dingen gewoon daaruit te spatten en te doen. En dat gaat best wel goed. Je zou denken longpatiënten, he, met beperkte conditie en een beperkte longinhoud. Maar juist ook daarmee kun je heel goed die grenzen trainen. Dat is ook die tweede groep die we hebben, dat stukje grenzen, dat komt een beetje overeen met de contactgroep, wat we doen is, of bij de ontdekgroep. Wat we dan doen is, je merkt heel erg sterk dat het lichaam losgekoppeld staat van het hoofd. Dus mensen willen in hun hoofd nog van alles zijn, leven vier jaar terug, en het lijf kan dat gewoon allemaal niet meer, waardoor ze door de tijd heen langzaam losgekoppeld raken van hun hoofd. Dat hoofd en het lijf verwachten andere dingen van elkaar, laat ik het zo stellen, en wat we dan doen, is proberen die dichter bij elkaar te brengen in de beeldende therapie dus in beeld te brengen. Wat gaat er allemaal in je op, wat zijn de dingen die je wil en wat zijn de dingen die je kan? En ook, daar werken we heel veel met tweeluiken, een hele leuke werkvorm die ik daar bijvoorbeeld nu doe is doorsnede van de longen maken. Dus om iemand echt te laten verbeelden wat je voelt, omdat wat je ook vaak merkt is: het is een ziekte die je niet aan de buitenkant ziet en daar hebben mensen ook heel erg last van, dat mensen in hun omgeving niet snappen wat er eigenlijk aan de hand is, wat je. Het is, niet dat je een been mist, zeg maar. Mensen zien er soms wat minder gezond uit, moe uit, zitten in een scootmobiel of hebben zuurstof, dat zijn duidelijke tekenen. Maar je hebt ook heel veel mensen waar je echt niks aan ziet en die werkvorm, de longdoorsnede, doe ik dan om mensen ook contact te laten maken met wat heb ik voor een eigen beeld bij mijn longen? Ze hebben natuurlijk zelf heel vaak scannen gezien en verhalen van de longarts. Maar wat voel ik nou echt en dat dus te vertalen in beeld.

O: Wacht even, je valt weg.

R: Hoor je mij nog?

O: Ja, je liep even vast, maar volgens mij is het nu weer oké.

R: Ja, oké, top.

O: Ja, mijn Wi-Fi zit nog goed, zit jij goed?

R: Ja, ik ook, nice. Dus met die longdoorsnede, wat ik al zei, he dan proberen ze iets meer connectie te maken met wat ze voelen, dus letterlijk een vertaalslag te maken en dat ook juist een beetje praktisch te maken, want je kunt het daar heel veel over hebben en erover praten, en soms is het heel fijn om. (FaceTime loopt vast) Oh no.

O: Hoe komt dit, wat gebeurt er?

R: Even kijken, ik heb drie streepjes, is even kijken. Ligt dit aan FaceTime. Ik ga even heel veel apps. Ik zie dat ik heel veel open heb staan. Misschien ligt het daaraan.

O: Ik gooi ook nog wat extra uit, maar volgens mij zit bij mij alles wel goed.

R: Nou, ik denk dat het nu moet lukken, ik denk dat dat het was want ik hoor jou nu ook heel goed.

O: Oké, top, want jij ziet ook het beeld dan helemaal schokken als ie vastloopt?

R2: Ja, ik hoor jou een soort van 'uh-uh-uh'.

O: Ja, dat had ik ook. Maar goed dat jij dat dan ook doorhebt, want je zat echt iets heel interessants te vertellen en ik dacht 'oh', dat je dan ook weet dat we dan even moeten pauzeren, zeg maar.

R: Ja, ik hoop dat het nu dan opgelost is. Even kijken, waar was ik.

O: De vertaalslag.

R: Ja, om letterlijk een vertaalslag te maken, omdat ik nu ook dan vaak. (Opnieuw storing)

O: Nou even denken, hoe kan dat nou?

R: Wat ik ook kan doen, is dat je me even op mijn telefoon belt in plaats van op mijn laptop.

O: Ja, laten we dat even doen. Tot zo!

R: Ja, even kijken hoeveel procent heb ik. Ja.

O: Kijk. Volgens mij gaat het goed.

R: Als hij nu vastloopt, weten we in elk geval dat het niet aan mijn laptop lag.

O: Mocht het nog een keer gebeuren, dan ga ik echt naast mijn router zitten want ik wil het allemaal horen.

R: Ja, wat we dan nu vaak zien, is dat mensen dan ook de tekening van de longdoorsnede meenemen naar de longarts om daar bijvoorbeeld uit te leggen van 'dit ervaar ik' dus he, soms heb je dus disbalans in wat iemand vertelt over de klacht en wat de longarts dan begrijpt. Dus nu heb je dan dat de patiënten dus ook echt daarmee een vertaalslag maken

naar hun, ja, een medische dokter, om te zeggen: dit voel ik. Beeldspraak doet natuurlijk heel veel meer dan alleen woorden. In de grensgroep heb je, en dat is dan een voorbeeld, maar wat we dan doen is, je hebt eigenlijk twee vormen van, hebben we heel sterk gemerkt. Dus wat mensen dan met een longaandoening doen, is of ze onder begrenzen dus d'r is vanuit ervaringen in het ziekenhuis of ervaringen met longaanvallen een soort angst ontstaan waardoor ze bepaald gedrag hebben gecreëerd om situaties te vermijden die hun misschien eventueel opnieuw in die gevaarlijke situatie zou kunnen brengen. En die angst is gaan doorzetten in momenten waarin het niet per een reële angst meer is. Dus, mensen begrenzen zich onder door zichzelf in te houden, door niet meer dingen te ondernemen. Waardoor ook die conditie weer achteruitgaat, ook hun longen achteruitgaan. Dan zit je in een soort neerwaartse spiraal. En wat we dus ook doen in de grenzengroep, is een beetje angstreductie. Ik zet dus een beetje exposure in om te gaan kijken, wat is die angst? Is die nog reëel? En vaak kun je in beeldende therapie ook juist heel mooi uitdagen door te werk te gaan met iets wat net iets stoffiger is. Om te kijken, is het inderdaad iets waar je bang voor moet zijn, of niet, en dan kun je ook soms de angst uitwerken, dus letterlijk de angst in beeld brengen waardoor de lading ervan afgaat. En naast onder begrenzing zien we ook heel sterk over begrenzing, en dat ken jij ook nog natuurlijk heel erg vanuit je stagetijd, dat mensen dus totaal niet hun lichaam kunnen aanvoelen. Dus het stukje alexythimie is gewoon heel groot. Los daarvan hebben ze natuurlijk bepaalde coping vanuit hun hele leven om door te gaan en niet te voelen, want zodra je voelt, wordt dat echt en dan is die longaandoening natuurlijk vet aanwezig in het leven. Dus ze doen gewoon hun ogen dicht en gaan, en dan gaan ze over die grenzen heen en werk je naar een longaanval toe. Dat brengt ook niet alles ten goede voor de longaandoening. Dus wat we ook in de grenzengroep doen, is via het materiaal heel praktisch mensen uitdagen dus hé, dat komt nog een beetje overeen met die ontdekgroep. Dus mensen met speksteen, klei of grovere materialen te laten werken om echt te ervaren waar die grenzen liggen en ook in de therapie mensen stil te kunnen zetten of zelf te laten ontdekken wanneer ze tegen die grens aanlopen, wat ze dan moeten doen. Is het een kwestie dat mensen het echt niet aan kunnen voelen en dat je ze eraan moet herinneren of voelen ze het wel aan maar willen ze het niet aanvoelen en is het meer een acceptatiekwestie? Zo kun je ook heel mooi onderscheid maken in wat voor, waar iemand in de kern echt tegenaan loopt. Dat is de grenzengroep, en dan hebben we nog de contactgroep, en dat is een beetje een groep die wij hebben ontwikkeld, omdat sommige mensen ook helemaal niet weten waaraan ze zouden willen werken op therapeutisch gebied. Dus dat is ook een beetje een groep die de ruimte te biedt om te laten ontdekken waar je aan toe bent. Want er is natuurlijk, de mensen komen hier in revalidatie, en vaak is er ontzettend veel gebeurd, zijn er heel veel ziekenhuisopnames geweest, heeft iemand opeens corona gehad. Dus iemand is nog een beetje in een weerwind. En wat we dan proberen te doen in de contactgroep, is iemand echt contact te laten maken met zichzelf, dus wie ben ik op dit moment, wat wil ik uit de revalidatie halen, dus dat is wat meer reflecteren, activeren en vaak ook op de toekomst kijkend. Contact heeft natuurlijk ook te maken met anderen. Dus soms zien we ook heel erg dat iemand het heel lastig vindt om hulp te vragen. En dan zijn dat hele mooie kleine doelen die wij in beeldende therapie kunnen aantikken. Dus iemand echt met een werkvorm ondersteunen om uit zichzelf te leren hulp te vragen. En vaak is dat ook weer een acceptatie-dingetje omdat je dan moet toegeven aan je aandoening. Dus eigenlijk hebben alle doelen heel erg met elkaar te maken, maar wij hebben die groepen dus echt gecreëerd om mensen het onderscheid echt zelf te laten maken tussen verschillende thema's. Maar dat wil natuurlijk niet zeggen als iemand start met contactgroep dat iemand, dat we een doelstelling beginnen en het daar eindigt. Mensen ontwikkelen natuurlijk veel in de longrevalidatie omdat ze natuurlijk ook andere behandelingen krijgen, dus fysiotherapie, ergotherapie, haptotherapie, bewegingstherapie, longarts, psycholoog. In al die behandelingen ontdekken ze dingen over zichzelf, daar haken wij dus constant ook de beeldende therapie een beetje op aan. Dus wat zijn ontwikkelingen die heeft doorgemaakt de afgelopen week, en wat passend kan zijn, is dat iemand erachter komt dat iemand eerst zoiets had van 'ik ga alleen maar over mijn grenzen en luister er niet naar' en er later achter komt van 'dat komt omdat ik niet toe wil geven aan blablablabla

dus dan is accepteren weer meer op de voorgrond. Wat we vaak zien, is dat mensen met astma bijvoorbeeld bij ons komen en die die komen dan met het idee van: ja, ik weet nog niet waar mijn grenzen liggen, dus ik weet nog niet wat ik kan accepteren, of wat ik moet accepteren? Dus dan is de keuze vaak eerst grenzengroep en in de revalidatie komen ze er dan zelf achter waar het ligt, en daarna wordt het weer meer een acceptatieprobleem want dan weten ze pas 'dit blijft er over en dit laat ik achter'. (Onverstaanbaar)

O: Wat zei je als laatste? Die viel even weg.

R: O, dat, ehm.

O: Ik verstond iets van "Ik zou er helemaal op in willen gaan" maar ik weet niet of dat is wat je zei.

R: Even denken, wat zei ik nou. Mensen met astma die staan nog heel vaak aan het begin van het acceptatieproces omdat ze vaak nog niet weten waar hun grenzen liggen. Het zijn wel mensen die al heel lang met astma leven, ze komen vaak bij ons omdat er ineens een switch is gemaakt in hun systeem. Niet altijd. Dat zien we vaker dan dat ze hun hele leven tegen astma aanlopen en dus bij ons meer conditie op willen doen. Dus nu zien we heel vaak dat mensen met astma, die hebben corona gehad en die zijn daardoor helemaal finaal op hun bek gegaan. Dus wat je dan vaak ziet, is dat acceptatie echt helemaal aan het begin staat. Terwijl mensen met COPD zitten nu vaak al tien jaar of vijf jaar of drie jaar in hun ziektebeeld en die hebben ook al een duidelijker beeld van hun acceptatie, dus die zijn er alweer wat verder mee. Dus het is interessant aan de longrevalidatie beeldende therapie dat er dus echt super verschillende stadia zijn van waarin iemand verkeerd. Dus het kan zijn dat iemand echt nog helemaal aan het begin staat. Maar het kan ook zijn dat iemand al heel veel ontwikkeld heeft en veel weet, maar coping ervoor zorgt dat iemand zichzelf tegenwerkt.

O Ja, nou, hoe doe je die afstemming met iemand in het begin om te bepalen waar die gaat starten?

R: Wat we doen is, we hebben een intake met iemand en dat is 20 minuutjes, daarin gaan we een gesprek aan met de patiënt over wat beeldende therapie is, want dat willen nou van tevoren eerst goed duidelijk hebben, van 'dit is wat we bieden', want wat wij merken, is dat de meeste mensen dat niet kennen, beeldende therapie. Dat is dan vaak onze eerste vraag. Ben je ermee bekend? Nee, geen idee, maar ik sta ervoor open want ik wil alles aangaan. Want dat krijg je als mensen dat revalidatieproces instappen. En dan heb je een mooie opening. En dan gaan we vaak eerst uitleggen wat we bieden, en daarna, vanuit daar, zeggen mensen al heel vaak, dus ik leg dan die thema's uit, zeggen mensen 'oh, ik herken me hier zo in', of ik herken me daarin, en dan ga je daar een gesprek over aan. Dus dan ga je een beetje onderzoeken met de patiënt, waar ligt het probleem, zodat je ook mooi een doel kan stellen. En dan ga je samen afstemmen: welke groep zie je zitten? Dus wat, waar ga je, waar wil je aan werken in je revalidatie? Dan kies je dus voor de groep en dan stel je een doel.

O: En je noemde daarstraks dat dus nu datgeen wat je in beeld brengt in zo'n groep bijvoorbeeld meegenomen wordt naar de longarts. Hoe merk je dat vanuit het team dan nu, hoe d'r gekeken wordt naar de beeldende therapie, hoe het ingezet wordt in die grote revalidatiebehandeling?

R: Ja, heel anders. Ik heb met Selma een intercollegiale scholing gegeven over beeldende therapie en over dus de nieuwe structuur die we hadden ontworpen, dus met deze groepen. Dus we hadden het al een beetje geïntroduceerd maar het blijft wel vechten zeg maar in de organisatie. De beeldende therapie was eerst activiteitentherapie, je merkt gewoon bij de diehards, dat mensen die er al heel lang werken, dat het toch nog ja, dat het toch nog

schakelen is soms van wat wij doen. Maar wij hebben nu in elk geval gezorgd dat wij elk team spreken. Dus zowel maandag als dinsdag, donderdag, woensdag, dus alle dagen. Zodat we ook gewoon in het team, bij elke patiënt kunnen uitleggen wat we aan doen zijn. Dus ik merk nu we een tijdje die nieuwe structuur hebben, dat ja, iedereen het beter snapt. En we horen ook heel goed verhalen dus verpleging, dat mensen teruggaan naar de, naar de.

O: De afdeling?

R: Inderdaad. En dan dus ook met andere patiënten gaan praten over de therapie dus en ook heel enthousiast daarover zijn en merken dat het echt effect heeft op hun behandeling. Want wat leuk is dus dat je nu, oh, we hebben best wel een sterke band opgebouwd met de psychologen dus we overleggen ook met hun. We zitten standaard in, elke week met ze in een overleg om alle punten te bespreken of mensen die dan op dat moment belangrijk zijn. Dus we kunnen ook afstemmen in de behandeling dat zij zeggen, oh, misschien ook dit even aantikken want ik heb hier een gesprek over gevoerd, dit thema, misschien kunnen ze dat in beeld beter verwerken, of beter verwoorden, verbeelden. En andersom ook, dus he, we hebben dit gemerkt bij de beeldende therapie, dit is waarschijnlijk wel een onderwerp wat, waar jij ook iets mee kan. Dus je hebt echt een samenspel met de psychologen. Dus de patiënten merken daardoor ook dat wij overleggen en dat hun behandeling veel meer body heeft en ook weer dat alles een beetje op zijn plek valt. Je hebt natuurlijk heel veel losse behandelingen en je gaat pas merken wat het doet als het met elkaar gaat klikken. En omdat wij nu dus veel meer in de teams zijn en overleggen met dus ook psychologen en ook maatschappelijk werker dat ook dat psychosociale stuk heel sterk is nu. Dus ja, in Merembreed is de vaktherapie nu echt geboost, zeg maar.

R: Supertof om te horen, echt, heel gaaf, ja. Jeetje.

O: Ja, we zijn natuurlijk allebei vers van de pers en we willen heel graag en we zijn heel leergierig dus dat helpt ook echt om ervoor te gaan ofzo. En natuurlijk, sommige dagen denk ik 'oh my god, wat is dit'. Maar ja, dat hoort erbij en het is ook fijn dat je met z'n tweeën bent en je op dezelfde lijn zit, en je allebei heel graag wil ontwikkelen. Want wat we nu doen, we hebben een werkvormenboek opstellen.

O: Ik wilde net gaan vragen: van hoe zetten jullie de kunstvorm in inderdaad?

R: Ja. We hebben nu een soort arsenaal aan werkvormen die we in de praktijk hebben gemerkt: dat werkt. Want toen ik begon met de nieuwe structuur, was ik ook echt nog van oh, nu ben ik een hele andere beeldende therapeut. Dus wat ga ik doen en wat gaan we aanbieden. En we, veel meer natuurlijk ook vanuit werkvormen werken en structuur bieden. Sommige dingen werken heel goed, sommige dingen niet goed, en de beste manier om daarachter te komen, is dus heel open zijn naar de patiënt. Van hé, wat vind jij hiervan of wees eerlijk naar mijn toe over hoe dit op jou aansluit. En als het niet aansluit, waar ligt dat dan aan. Dus we hebben, door dat heel erg te onderzoeken in de praktijk, hebben we dus nu een werkvormenboek opgesteld. En het is echt nog helemaal in ontwikkeling en nog lang niet af, maar elke keer als we een fijne nieuwe werkvorm hebben die heel erg aansluit bij bepaalde thema's of een bepaalde groep, dan zetten we die in het werkvormenboek. Dus ook wanneer we niet weten wat we aan moeten met een patiënt of dat we denken, ik loop nu echt ontzettend vast, dan kunnen we ook dat werkvormenboek raadplegen.

O: En werken jullie met een bepaalde methode, bijvoorbeeld of?

R: Nou, wat we dus nog steeds heel erg doen, is vanuit die DDS de PsyMed, dat is nog steeds gaande. Dus vanuit de DDS krijg je eigenlijk een heel mooi overzicht van hoe iemand is, en het gedrag verklaard waardoor we een heel duidelijk doel kunnen stellen, en om te

kijken 'waar kan iemand zich nog ontwikkelen', welke coping mis ik nog? En wat, ja, de ETC is echt iets wat wij heel erg gebruiken. Omdat je zowel in de grenzengroep als met de acceptatie heel erg goed kan analyseren hoe iemand materiaal hanteert en waar iemand ook staat binnen het proces, en waar iemand zich nog kan ontwikkelen. Als jij een thema aangaat zoals bijvoorbeeld loslaten, wat we nu hebben gemerkt is dat je bijvoorbeeld met sensopathische werken kan je natuurlijk heel erg een bepaalde structuur en symboliek loslaten. En daar kun je mee spelen, dus we maken echt wel gebruik van het ETC, dus dat we eerst gaan kijken van 'he, kunnen we iemand een beetje motiveren om de controle los te laten', dus een beetje te durven. Wat we hebben gemerkt is, heel groot structuurbehoefte. Dus iemand die komt hier en die heeft z'n hele leven, gaat al z'n hele leven om met z'n longproblematiek door controle, door structuur te houden, door bepaalde dingen doen die werken en bepaalde dingen te doen die niet werken. Maar door die controle- en structuurbehoefte is leren heel lastig, dus totaal niet bezig zijn met loslaten want leren is heel deel laten gaan en een nieuw deel omarmen. Dus wat we dan starten vaak, is om te onderzoeken: hoe is iemand met loslaten, gaat dat makkelijk of gaat dat moeilijk? En dan, als iemand goed kan loslaten, dan kunnen we kijken: oké, kunnen we iets meer toevoegen naar dat stukje kinetisch en symbolisch, om te gaan kijken he: zijn er dingen die niet werken. Of als je stelt met iemand in de intake, van d'r is nog best een stuk wat iemand uit het verleden wil loslaten, of een plekje wil geven, begin je eerst symbolisch en dan werk je toe naar dat stukje loslaten en vrij werken. Dus dat is wel iets waar we veel gebruik van maken. Mentaliseren blijft natuurlijk ook een belangrijk onderwerp, of methode. En de tekenbeweging. Ik merk nog steeds in de lichaamssignaleengroep, wat bij het stukje PsyMed hoort, daar is de tekenbeweging gewoon een hele mooie om iemand contact te laten maken met z'n innerlijke rust. Maar ook, he, de Flow-methode wat Marika deed, wij hebben dat wel losgelaten omdat die stickers heel erg controlerend konden werken en eigenlijk afdoen aan het vrije proces. Dus. Maar het was wel een maatstaf, maar dus we zijn ook nog steeds op zoek, van, wat is voor ons nou een soort meetinstrument. We gebruiken natuurlijk heel veel methodes, maar om het echt een voor-en-nameting, dat is nog best wel lastig. Dus daar zijn we ook nog samen naar op zoek, van hoe kunnen we nou in deze nieuwe structuur, dus ook dat we een soort meting doen. Omdat revalidatie natuurlijk heel erg gaat over metingen. Want de fysio meet natuurlijk ook de saturatie en weet ik veel wat allemaal. Het zou heel mooi zijn als wij daar ook iets kunnen bijdragen in de revalidatie, dat we ook een nummer of een cijfer of een begrip kunnen koppelen. Maar dat is nog zoekend, want de kracht van beeldende therapie is ook juist dat het heel erg gaat over openstellen en kijken waar het schop strand soms. Dus je wil ook niet dat iets meetbaar is, dus dat is soms nog lastig.

O: Ja, jeetje wat heb je veel, ja je hebt echt op zoveel vragen die ik had antwoord gegeven, dat is zo fijn. Echt heel volledig, heel mooi. Ik zit even naar de tijd te kijken ook. Ik ga maar een beetje richting mijn afrondende vraag. Maar, naja, je zei al een beetje van 'dit is voor mij de kracht van beeldend in deze doelgroep'. En wat zou jij, als je het kort zou moeten samenvatten, benoemen als: dit is gewoon waarom het werkzaam is voor deze doelgroep.

R: Even denken. (Loopt vast) Voor de doelgroep zou ik wel kunnen stellen.

O: Zei je nou hulpvraag? Daar begon je te schokken.

R: Ik zei: voor de longrevalidatie zou ik wel kunnen stellen dat beeldende therapie heel werkend is omdat toch echt dat stukje verbeeldend de kracht is. Wat we merken is dat, de fitness is heel praktisch en gaat met schema's en je werkt dit-en-dit af en dat het is, met de psycholoog blijft het heel erg spraakgericht natuurlijk, he, je gaat dingen oplossen en bent dingen aan het verwerken, en beeldende therapie biedt mensen echt volledig de ruimte om even uit die revalidatie te stappen en echt ook te ontspannen. Los van, he, de moeilijke thema's waar we ook mee aan de gang gaan, maar echt een plek waar mensen even kunnen ontladen. Want het is heel veel, zo'n proces. Dus wat ik heel vaak terugkrijg, is dat mensen veel ontspannener weggaan dan dat ze binnenkwamen. Ook als het een moeilijke

onderwerp is geweest, dan lucht het ook weer op. Maar ik ben er wel van overtuigd dat verbeelding deze mensen rust geeft. En natuurlijk een extra bijdrage doet aan het veilig delen van moeilijke dingen. Want een van de grootste thema's is ook schaamte, en schaamte is heel moeilijk om te verwoorden, he, je kan heel goed verwoorden waar je je voor schaamt maar schaamte verwerken, kan je niet zo goed met woorden doen. Dus wat wij, wat heel mooi is, is dat je in beeld een gevoel of een schaamtegevoel kan uitbeelden en daar ook weer afscheid van kan doen. Dus in de beeldende therapie kan je heel mooi iets maken, iets bouwen, en dat ook weer wegstoppen of weggeven. Ik had laatst een patiënt, een iets gemaakt om echt los te laten. Dus we hadden een stuk speksteen gevormd naar een bepaald thema voor deze persoon en die hebben we ook echt in het bos dus een plekje gegeven. Want in Merem heb je natuurlijk een heel mooi groot bos eromheen, dus hebben we ook echt even tijd genomen om er echt afscheid van te doen, en dat kan je niet met een gesprek, en niet in de fitness, dus daar is beeldend echt. Dus op die manier, dus als je mij vraagt, dit is misschien heel breed, maar: de verbeeldingskracht.

O: Ja, nou, ik vind het heel duidelijk antwoord en heel mooi.

R: Ja, echt iets maken zeg maar, iets tastbaars maken. Dat is de kracht.

O: Ja, wat maakt trouwens, Ik ben nog wel even benieuwd, dat een onderwerp als schaamte dan bij deze doelgroep een veel voorkomend thema is?

R: Wat je heel erg ziet is dat mensen natuurlijk op een gegeven moment een switch moeten gaan maken, vooral mensen met COPD naar of een scootmobiel, een rollator, een zuurstof. Revalidatie is een woord wat een beetje misleidend werkt, mensen die komen bij ons en die hebben het idee: ik ga opknappen, zowel mentaal als fysiek, als weetikveel. En dan zie je vaak dat mensen juist dingen moeten inleveren om hun levenskwaliteit te verbeteren. Dus dan komt er zuurstof bij waardoor iemand er zieker uit ziet, maar uiteindelijk kan iemand veel meer doen. Maar er zit wel heel veel schaamte, want je ziet er zieker uit, net als met een rollator of als met een scootmobiel. Dus schaamte is bij deze doelgroep echt aanwezig, ook omdat je juist dan gaat zien. Want dat stukje, wat ik aan het begin zei, met die longdoorsnede, dat mensen dus, dat je het niet aan de buitenkant kan zien en dat dat soms lastig is, is het ook heel fijn dat je het soms niet aan de buitenkant kan zien want je kunt heel goed verbloemen dat het niet goed gaat, of dat je wel sterk bent en eigenlijk van binnen dus helemaal niet sterk bent. En als dus zo'n hulpmiddel erbij komt, verbreekt dat beeld wat ze proberen hoog te houden en dan komt er dus heel veel schaamte bij als thema.

O: Ja. Nou, ik vind het echt supermooi om te horen dit allemaal. Het is echt, naja, dan zou ik zeggen: laten we het interview hier afronden.

## Bijlage G – Voorbeeld gecodeerde transcripties

Deelvraag 2 – Op welke wijze zetten beeldend therapeuten de beeldende kunstvorm in in hun therapie aan longrevalidanten?

| Topic               | Resultaten Loretta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Resultaten Leonie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Resultaten Luca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Interventies</b> | <p>Buiten dat ik misschien meer met hun met ademhaling bezig ben, he dus dat dat er, denk ik niet dat het zoveel anders is dan met een oncologiepatiënt of met iemand met diabetes. Volgens mij heb ik niet iets van oh, ja, dat doe ik specifiek bij longpatiënten.</p> <p>Ook dan gebruik van de ACT is bijvoorbeeld dat defusie, dat het maar gedachten zijn. Dus dan doe ik ook een ACT-oefening, dat iemand dat op de, op de wand neerhangt. En dan ga ik wat oefeningen daarmee doen, om dan die ontkoppeling daar wat mee te maken.</p> <p>En dat je daar niet naar hoeft te luisteren. En ik had laatst ook iemand en die prikte dat op, dat vraag ik aan iemand, ik heb hier een prik wand. Gaan we eens heel dicht op staan en die voelde allerlei spanning komen hier, dus he bij de borstkas, ik zeg goh doe eens twee stappen achteruit. Hee, ik ervaar minder</p> | <p>(...) mensen hebben natuurlijk zelf een voorkeur voor materialen, omdat waar ik meestal mee startte in het begin, want dat biedt veiligheid en dat heb je nodig in zo'n korte behandelduur. Maar als die behandelrelatie goed is, dan kan je ook makkelijker sturen van hee, probeer dit materiaal vandaag eens d'r bij uit, lijkt je dat wat, en dan zijn mensen gewillig om dat te proberen</p> <p>Ik heb veel met de tekenbeweging gewerkt, dus wat dan een beetje mijn doel was, was dat ze die bewegingen, die vormtekeningen kenden in die zes keer, en dat ze ook iets konden uitkiezen wat op die dag paste bij hoe ze zich voelden, dus je hebt die tien vormen. (...) en dan vroeg ik: Goh, hoe voel je hier vandaag? Wat speelt er in je hoofd? En dan even een kleine introductie daarvan van de cliënt. Zeg maar, en dan zei ik: van wat voor een vorm past nou bij dit gevoel of</p> | <p>Nou, wat we dus nog steeds heel erg doen, is vanuit die DDS de PsyMed, dat is nog steeds gaande. Dus vanuit de DDS krijg je eigenlijk een heel mooi overzicht van hoe iemand is, en het gedrag verklaard waardoor we een heel duidelijk doel kunnen stellen, en om te kijken 'waar kan iemand zich nog ontwikkelen', welke coping mis ik nog? En wat, ja, de ETC is echt iets wat wij heel erg gebruiken.</p> <p>Als jij een thema aangaat zoals bijvoorbeeld loslaten, wat we nu hebben gemerkt is dat je bijvoorbeeld met sensopathische werken kan je natuurlijk heel erg een bepaalde structuur en symboliek loslaten. En daar kun je mee spelen, dus we maken echt wel gebruik van het ETC, dus dat we eerst gaan kijken van 'he, kunnen we iemand een beetje motiveren om de controle los te laten', dus een beetje te durven. Wat we hebben gemerkt is, heel groot</p> |

## Bijlage H – Codeerboom

