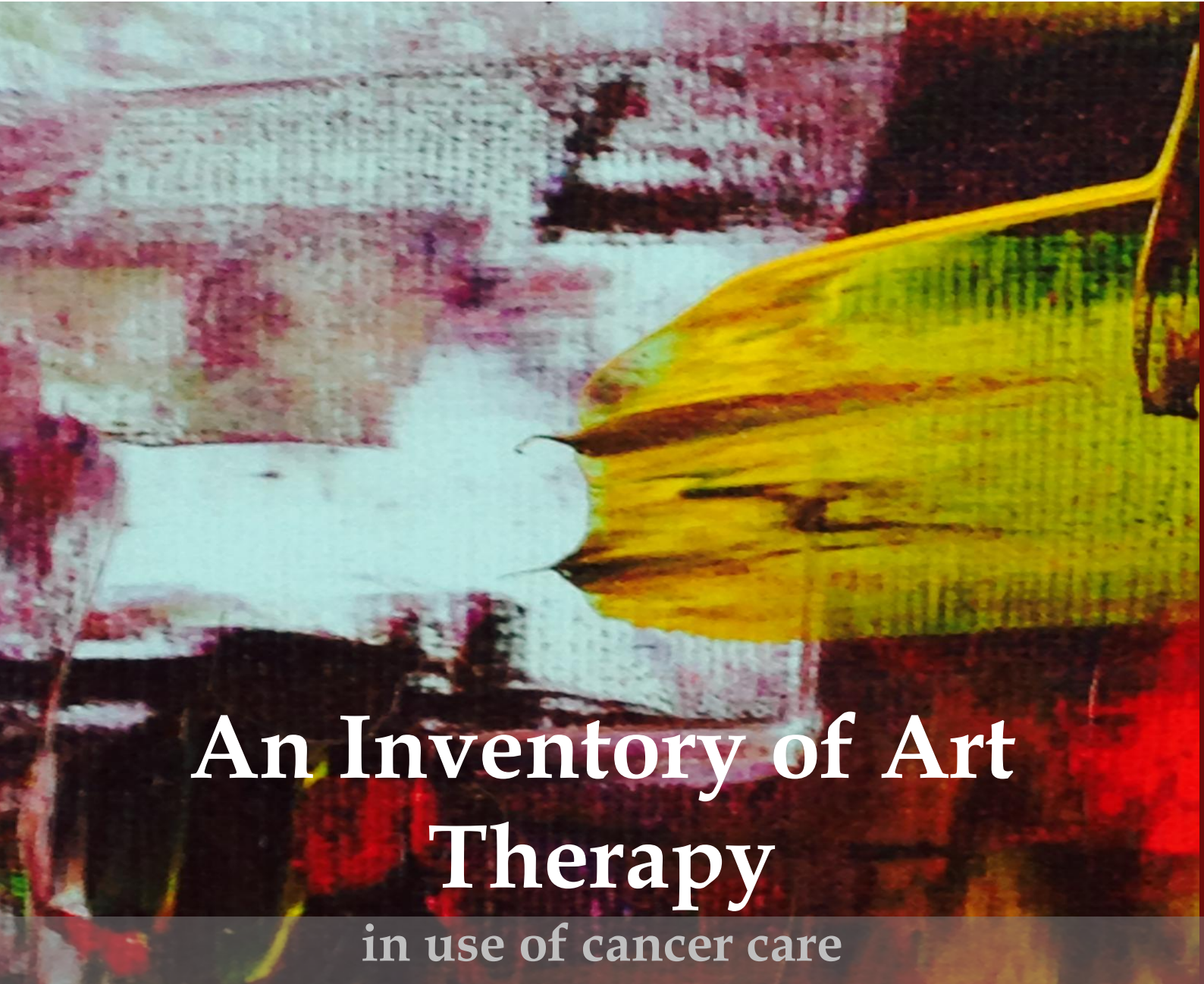




An Inventory of Art Therapy

in use of cancer care

Kwalitatief onderzoek naar het Beeldend Therapeutisch aanbod
bij volwassenen die getroffen zijn door de ziekte kanker
binnen diverse zorginstellingen in Nederland

A.B. Ritzen (1054201)

N.J.J. Soons (1144944)

Creatieve Therapie Beeldend
2014 – 2015

Zuyd Hogeschool, Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Datum van verschijning: 3 juni 2015
Begeleidster: Yvonne Coolen

Inhoudsopgave

Inleiding	5
1. Probleemstelling	6
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	6
1.1.1 Aanleiding van Alina	6
1.1.2 Aanleiding van Nikkie	7
1.1.3 Aanleiding vanuit de praktijk (KenVaK)	8
1.2 Onderzoeksgebied (Zorginstellingen)	8
1.2.1 Ziekenhuizen	8
1.2.2 Privé praktijken	9
1.2.3 Inloophuizen	9
1.3 Cliënt therapeut en medium, een wisselwerking	10
1.3.1 De oncologiepatiënt	10
1.3.2 Rol van de therapeut	11
1.3.3 Rol van het medium	12
1.4 Zoekstrategie	13
1.5 Uiteenzetting van de literatuur	14
1.6 Belangrijkste begrippen	16
1.7 Relevantie voor aanvullend onderzoek	16
1.8 Vraagstelling	17
1.9 Doelstelling	17
2. Onderzoeksmethode	18
2.1 Onderzoektype	18
2.2 Onderzoeksmethode	19
2.3 Onderzoekspopulatie	21
2.4 Dataverzameling	21
2.4.1 Het interview	22
2.4.2 Vastleggen van de data	23
2.5 Datapreparatie	23
2.6 Data-analyse	24
2.7 Kwaliteitscriteria	25
3. Resultaten	26
3.1 Algemeen	26
3.2 Cliënt	27
3.3 Therapeut	33
3.3 Medium	37

4. Discussie	44
4.1 Discussie van Alina	44
4.1.1 Sterkte- en zwakteanalyse	44
4.1.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten	46
4.1.3 Aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek	51
4.1.4 Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen	53
4.1.5 Beantwoording van de vraagstelling	55
4.2 Discussie van Nikkie	57
4.2.1 Sterkte- en zwakteanalyse	57
4.2.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten	59
4.2.3 Aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek	65
4.2.4 Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen	66
4.2.5 Beantwoording van de vraagstelling	69
5. Samenvatting	70
Literatuur	71
Bijlagen	75
Bijlage 1: Creatief therapeutische driehoek	75
Bijlage 2: Overzicht creatief therapeutische driehoek + aanvullingen	76
Bijlage 3: Zoekgeschiedenis	77
Bijlage 4: Definitie begrippen	82
Bijlage 5: Gefundeerde theoriebenadering (stappenplan)	83
Bijlage 6: Topiclijst	84
Bijlage 7: Code boom	85
Bijlage 8: Tabellen	88

Voorwoord

Deze scriptie staat in het teken van het afstudeerproject dat geschreven wordt tijdens het vierde studiejaar van de opleiding creatieve therapie beeldend aan Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Aan het begin van deze scriptie willen wij graag een aantal mensen bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze scriptie. Allereerst willen wij drs. Ingrid Pénzes¹ en dr. Susan van Hooren² bedanken voor hun waardevolle en vakkundige ondersteuning en inbreng. Vervolgens gaat onze dank uit naar onze scriptiebegeleidster Yvonne Coolen³. Yvonne, wij vonden het erg fijn dat je altijd klaar stond om ons advies te geven en mee te denken over de invulling en de vormgeving van onze scriptie.

Tevens een dank voor alle respondenten. Bedankt voor jullie tijd en professionele kennis die jullie met ons hebben willen delen. Dankzij jullie hulp hebben wij dit onderzoek tot stand kunnen brengen.

De interesse in dit onderwerp is ontstaan doordat kanker steeds meer in beeld lijkt te komen en steeds meer toegankelijker lijkt te zijn om over te praten. De directe gevolgen als amputaties, gewichtsverlies of gewichtstoename zijn voorstelbaar voor de meeste mensen, maar de minder zichtbare gevolgen zoals verlies van lichamelijke integriteit, autonomie en zelfwaardering, verlies van contacten en maatschappelijke positie zijn verliezen die een grote impact hebben op de kankerpatiënt. De basisbehandelaars zoals artsen en verpleegkundigen vormen vaak de eerste vraagbaak voor kankerpatiënten. Zij dienen basale psychosociale zorg te verlenen aan de kankerpatiënt. Voor een deel van de kankerpatiënten lijkt deze basale psychosociale zorg voldoende, maar voor een ander deel is behoefte aan een nazorg traject groot. Cliënten kunnen als gevolg van de ziekte en de behandeling last ervaren op lichamelijk, emotioneel, sociaal, praktisch en levensbeschouwelijk gebied. Deze last kan worden samengevat in de term disstress. Cliënten met disstress kunnen behoefte hebben aan psychosociale zorg, waarin bijvoorbeeld beeldende therapie een belangrijke rol kan spelen. Door middel van dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan het inzichtelijk maken van gegevens hoe, binnen diverse zorginstellingen, beeldend therapeutisch wordt gewerkt. Hierdoor wordt vanuit de therapeutische visie duidelijk óf en hóé beeldende therapie kan aansluiten bij de behoeften van de kankerpatiënt en kan zorgen voor het gezonde herstel van de mens.

Alina Ritzen en Nikkie Soons, 3 juni 2015



¹ Ingrid Pénzes is senior lecturer op Zuyd Hogeschool, Heerlen en Master in Art Therapy (Zuyd Hogeschool, 2015).

² Susan van Hooren is lector Vaktherapeën - associate professor op Zuyd Hogeschool, Heerlen (Zuyd Hogeschool, 2015).

³ Yvonne Coolen is docente op Zuyd Hogeschool, Heerlen en onderzoek begeleidster binnen dit onderzoek (Zuyd Hogeschool, 2015).

Inleiding

Stel je eens voor dat je de diagnose kanker krijgt, je leven staat opeens op zijn kop. Bestralingen en chemokuren worden een dagelijkse bezigheid en je leven staat alleen nog maar in het teken van overleven. Je moet zorgen dat je overeind blijft, want die kanker móét opgelost en die behandelingen móét je doorstaan. Soms gebeurt het dat mensen een slechte prognose krijgen en niet te genezen zijn van kanker. Deze prognose verandert alles in hun leven en zal voor de desbetreffende persoon een enorme schok zijn. Om te leren met deze situatie om te gaan is het van belang om ondersteuning en hulp te krijgen.

Een ander scenario is dat de dokter je als genezen verklaart, je hebt geen uitzaaiingen en de bestralingen en chemokuren lijken geholpen te hebben. Je bent kanker vrij. De professionals verdwijnen langzaam uit beeld, de aandacht van de omgeving neemt een beetje af en je wordt geacht je oude vertrouwde leventje weer op te pakken. Je hebt de ziekte kanker immers toch overleefd? Mensen zeggen: 'Nou, je hebt het overleefd, klaar', 'Wat fijn... het gaat goed met je'. En dan komt vaak de emotionele klap, dan komt vaak het besef: Wat is met mij gebeurd? Wat betekent dit nou eigenlijk voor mij? Stel je voor het komt weer terug? Hoe moet ik daarmee omgaan? Hoe moet ik omgaan met mijn werk? Hoe moet ik omgaan met mijn kinderen? Op al deze vragen heeft de omgeving heel weinig antwoord. Zou jij behoefte hebben aan extra ondersteuning in de nazorg?

In het kader van de zoektocht naar het beeldend therapeutisch aanbod lijkt beeldende therapie veelbelovend voor de oncologiepatiënt en aan te sluiten op hun behoeften. Vanuit de praktijk werd de noodzaak naar inventariserend onderzoek duidelijk. In dit afstudeerproject wordt getracht een antwoord op de volgende vraag te krijgen: *'Hoe wordt beeldende therapie ingezet, binnen diverse zorginstellingen, aan volwassenen met kanker?'*

Eerst wordt in hoofdstuk 1 antwoord gegeven op de vragen 'waarom' en 'wat' onderzocht is. In het eerste hoofdstuk staat de probleemgebied verkenning beschreven, waarin georiënteerd is op de doelgroep kankerpatiënten, resultaten worden weergegeven uit literatuuronderzoek en wordt uitleg gegeven over hoe dit onderzoek tot stand is gekomen. Aan het eind van hoofdstuk 1 wordt de vraagstelling en de doelstelling van dit onderzoek geformuleerd.

Verder wordt in hoofdstuk 2 het plan dat uitgevoerd is tijdens het afstudeeronderzoek beschreven. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vragen 'waar', 'wanneer', bij 'wie' en 'hoe' onderzocht is. Hoofdstuk 2 bevat de onderzoeksmethode waarmee de vraagstelling beantwoord wordt. In de eerste twee paragrafen wordt het onderzoektype toegelicht. In paragraaf 2.3 'dataverzameling' wordt de onderzoekspopulatie die deel heeft genomen aan dit afstudeerproject, hoe de data is verzameld en hoe de data is vastgelegd beschreven. Vervolgens wordt in de volgende paragraaf weergegeven hoe de data is geanalyseerd. In de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 wordt ingegaan op kwaliteitscriteria die bij een kwalitatief onderzoek horen en hoe de onderzoekers aan deze voldaan hebben.

Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten uit dit onderzoek weergegeven. Hierin komen de objectieve resultaten van dit onderzoek aan bod.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 4 kritisch gekeken naar het onderzoek. Dit hoofdstuk is individueel uitgewerkt. De resultaten worden verklaard en geïnterpreteerd. Verder worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek, competenties die met dit onderzoek zijn ontwikkeld worden beschreven en de vraagstelling wordt beantwoord.

Hoofdstuk 5 geeft een samenvatting weer waarin een korte en beknopte beschrijving wordt gegeven van de belangrijkste punten die aan de orde zijn. Aan het eind van deze scriptie vindt u een lijst van de gebruikte literatuur en een aantal bijlagen waar in de tekst naar verwezen wordt.

Aangezien dit onderzoek door twee studentonderzoekers is uitgevoerd, vindt u in deze scriptie ook een persoonlijke inbreng terug. U kunt deze inbreng herkennen aan de naam van de betreffende studentonderzoeker die bovenaan de paragraaf staat vermeld. Geïnteresseerden kunnen de transcripten van de interviews opvragen via alina.ri@gmx.de of nikkie.soons@gmail.com.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

Van de Velde, van Krieken, de Mulder en Vermorken (2006) leggen uit dat kanker een verzamelbegrip is voor een heterogene groep van aandoeningen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat de regulatie van celdgroei en/of celdood verstoord is, waardoor een pathologische vermeerdering van cellen optreedt. De Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman (2009) liggen toe dat borstkanker de meest voorkomende soort is, gevolgd door darmkanker en longkanker. De meest gebruikte methoden ter behandeling van kanker zijn chirurgie, radiotherapie en chemotherapie. Ondanks dat al veel bereikt is op het gebied van kankerbestrijding wordt de komende jaren een stijging verwacht van het voorkomen van kanker in de bevolking. Dit wordt veroorzaakt door een sterk stijgend aantal nieuwe gevallen van kanker (incidentie) in combinatie met een verbeterde overleving. Verder beschrijft De Haes et al. (2009) dat door de toegenomen overlevingsduur nazorg en revalidatie steeds meer aandacht krijgen in het zorgaanbod voor kankerpatiënten. Vaktherapie is een onderdeel van de nazorg en revalidatie trajecten voor kankerpatiënten. Echter is vaktherapie in oncologische settingen nog een onontgonnen gebied, waar wij graag met dit kwalitatieve onderzoek de eerste stappen in willen nemen.

In hoofdstuk 1 Probleemstelling wordt allereerst de aanleiding van het onderzoek beschreven. Vervolgens volgt een voorstelling van het onderzoeksgebied, waarbij ingegaan wordt op de diversiteit van de zorginstellingen die deelnemen aan het onderzoek. Hierna wordt de oncologiepatiënt geïntroduceerd en wordt de rol van de creatief therapeut in de behandeling van de doelgroep beschreven. Verder wordt ingegaan op de rol van het beeldend medium. Vervolgens komt een samenvatting aan bod hoe gezocht is en waar in de literatuur gezocht is. Er wordt ingegaan op de behandeling van mensen met kanker zoals ze in de literatuur is omschreven en volgt een overzicht van die literatuur. Vervolgens wordt de relevantie van het onderzoek omschreven. Uit deze gegevens wordt een vraagstelling opgesteld en ten slotte ook de doelstellingen van het onderzoek.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Onder paragrafen 1.1.1 en 1.1.2 worden eerst de persoonlijke aanleidingen voor dit onderzoek van de onderzoekers beschreven aan de hand van een persoonlijke inbreng. U kunt deze inbreng herkennen aan de naam van de betreffende onderzoeker die bovenaan de paragraaf staat vermeld. Vervolgens wordt onder paragraaf 1.1.3 samengevat wat de aanleiding vanuit de praktijk is om dit onderzoek te verrichten.

1.1.1 Aanleiding Alina Ritzen

In mijn persoonlijke omgeving heb ik ervaringen opgedaan rondom het thema 'kanker'. Familieleden en vrienden zijn of waren betrokken bij deze ziekte. Wat ik hieruit ervaren heb, is dat kanker niet alleen fysiek, maar ook op emotioneel gebied een enorme impact kan hebben op de desbetreffende persoon en hun naasten. Het gaat onder andere vaak om verlies- en rouwverwerking, angst, onrust en hulpeloosheid. Toch zijn niet alleen negatieve aspecten aan deze ziekte te koppelen, ik heb ook gezien dat mensen door externe hulp sterker en met meer levenslust uit deze ziekte kwamen. Soms leren mensen zichzelf beter kennen en groeien in hun persoonlijke ontwikkeling. De kleine dingen in het leven worden vaak meer gewaardeerd en familie en vrienden worden een belangrijkere factor.

Tijdens mijn stage binnen het Orbis Medisch Centrum ziekenhuis werkte ik met verschillende doelgroepen. Hierbij merkte ik dat beeldende therapie een erg goed middel is om te werken aan verlies- en rouwverwerking, het verminderen van angst en onrust, het bieden van ontspanning door prikkelreductie, het bieden van structuur en het ontladen en uiten van emoties. Ik verwacht dat deze doelen ook goed van toepassing kunnen zijn in het beeldend werken met kankerpatiënten. Beeldende therapie kan onder andere op een verbale en non-verbale manier helpen om meer zelfinzicht te krijgen, emoties te leren reguleren en/of uit te drukken. Vaak hebben mensen moeite om woorden te geven aan hun belevingen en ervaringen. Beeldende therapie sluit hierop aan, omdat de mogelijkheid bestaat zichzelf bewust of onbewust door middel van een werkstuk uit te drukken. Door te onderzoeken wat het dan precies is dat beeldende therapie voor mensen, die getroffen zijn van de ziekte kanker, kan betekenen, maakt mij erg nieuwsgierig. Doordat wij verschillende zorginstellingen bij ons onderzoek betrekken zullen wij een goed beeld kunnen scheppen van de manier waarop beeldende therapie ingezet wordt bij deze doelgroep.

Vanzelfsprekend is dat allereerst de ziekte zo snel en zo goed mogelijk medisch behandeld moet worden. Het gaat hierbij vooral om het overleven en genezen van de cliënt. Daarnaast moeten

mensen ook op emotioneel gebied tijdens of na het ziekteproces begeleid worden. Op de website van Kanker in Beeld (2015) beschrijft Prof. Dr. Casper van Eijck dat hoewel de medische behandelmethoden gelukkig steeds beter worden, het vaak moeilijk blijkt om mensen te begeleiden bij het mentale proces dat zij doormaken. Toch is dit heel belangrijk. Op de website van Kanker in Beeld (2015) wordt tevens beschreven wanneer de cliënt in staat is de emoties rond het ziekteproces op een adequate manier te uiten en te verwerken, dit het welbevinden ten goede komt en het daarmee mogelijk ook een positieve invloed heeft op het lichamelijke herstelproces.

Internationaal is veel onderzoek gedaan naar beeldende therapie in combinatie met oncologische patiënten. Deze onderzoeken waren grotendeels veelbelovend. Echter is nog geen inventariserend of explorerend onderzoek verricht naar beeldende therapie binnen verschillende zorginstellingen in Nederland. Door verschillende zorginstellingen zoals ziekenhuizen, privé praktijken en inloophuizen met elkaar te vergelijken kunnen overeenkomsten en/of verschillen duidelijk worden en krijgen beeldend therapeuten inzicht in de behandelingswijze van ander therapeuten die ook werkzaam zijn op dit gebied. Daarnaast zijn de afgelopen jaren een hoop mensen binnen de zorg ontslagen. Hierdoor verliezen veel cliënten hun zorg maar ook heel veel zorgmedewerkers verliezen hun baan. Ook beeldend therapeuten zijn hierdoor getroffen. Dit heeft enorme gevolgen voor de therapeuten maar ook voor de cliënten. Therapeuten zullen steeds meer wisselen van een betaalde baan naar vrijwilligerswerk. Door dit onderzoek proberen wij ons beroep mede te profileren en meer duidelijkheid te scheppen over de meerwaarde van beeldende therapie binnen de oncologie. Ik ben heel nieuwsgierig naar de uitkomsten van ons onderzoek, ook omdat ik denk dat wij hierdoor een bijdrage kunnen leveren aan kennisontwikkeling op het gebied van de vaktherapie in de oncologie.

1.1.2 Aanleiding Nikkie Soons

Allereerst raakt dit onderzoek een persoonlijke snaar. In mijn persoonlijke omgeving heb ik te maken gekregen met de ziekte kanker en ik heb daarbij ervaren dat je kanker niet alleen hebt, ook de naasten krijgen te maken met spanningen, gevoelens van onzekerheid, woede, machteloosheid en angst. Ik persoonlijk ken de meerwaarde van beeldende therapie en zie in dat beeldende therapie een bijdrage zou kunnen leveren aan deze doelgroep. Ik herken de mogelijke probleemgebieden van kankerpatiënten zoals bijvoorbeeld angst, pijn, verdriet, hulpeloosheid of communicatie moeilijkheden als een aansluitpunt waar beeldende therapie nogal wat mogelijkheden kan bieden voor deze doelgroep. Ik vond het daardoor belangrijk om door middel van dit onderzoek beeldende therapie binnen een oncologische setting verder te exploreren.

Tijdens mijn stage binnen Mondriaan kwam ik in aanraking met verschillende doelgroepen en tijdens deze stage heb ik vanuit mijn eigen werkervaring mogen ervaren dat beeldende therapie geschikt is voor diverse doelgroepen. Beeldende therapie biedt niet alleen ontspanning en rust, maar bijvoorbeeld ook mogelijkheden voor cliënten die moeite hebben met contact maken met hun eigen belevingswereld of leert cliënten omgaan met emoties en gedrag leren ordenen en begrenzen. Ik verwacht bij de doelgroep oncologie een even mooie aansluiting te vinden als wat ik bij overige doelgroepen heb mogen ervaren in de beeldende therapie. Een andere reden waarom ik voor dit onderzoek gekozen heb is dat het voor mij een nieuwe doelgroep betrof waarbij ik ook nieuwe mogelijkheden zie voor de toekomst, juist doordat steeds meer mensen in aanraking komen met deze ziekte. Naast de interesse en nieuwsgierigheid naar de doelgroep vanuit mijn kant, leek het mij enorm interessant om te kijken naar wat ik, als beeldend therapeut, voor meerwaarde kon bieden in de oncologie. De samenwerking met verschillende praktijkinstellingen maakte het onderzoek voor mij nog aantrekkelijker, omdat ik hierdoor op verschillende instellingen kwam, door heel Nederland, die speciaal gericht zijn op het behandelen van mensen met kanker.

De Haes, et al. (2009) beschrijven dat minstens één op de drie Nederlanders in de loop van zijn leven kanker krijgt. De ziekte kanker komt tegenwoordig bij veel meer mensen steeds vaker dichterbij te staan. Kanker is de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Als je kijkt naar de vroegere medische zorg ziet men dat mensen tijd hadden om in het ziekenhuis te herstellen, waardoor impliciet ook een stuk rouw en een stuk lotgenotencontact was. Tegenwoordig ziet men door de herstructurering in de geestelijke gezondheidszorg dat intramurale instellingen steeds meer te maken krijgen met een kortere opnameperiode. Tegelijkertijd treden ook steeds meer recidieven op en dat terwijl steeds meer zorgmedewerkers hun baan dreigen te verliezen. Creatieve therapie kan een onderdeel zijn van het normale gezonde herstel van de mens. Mijns inziens is dit een stuk wat binnen een herstelstuk thuis hoort en dat is nu uit de medische zorg gehaald.

Uit internationale literatuur blijkt dat beeldende therapie veelbelovend is voor de oncologie, echter moet in Nederland meer onderzoek worden gedaan om te achterhalen of het net zo veelbelovend blijkt. Voorlopig is te weinig informatie bekend over het aanbieden van beeldende therapie bij de

doelgroep oncologie en explorerend onderzoek ontbreekt. Door in dit onderzoek diverse zorginstellingen te benaderen kan gekeken worden naar de diversiteit tussen de instellingen alsook eventuele overeenkomsten die zichtbaar kunnen worden gedurende onderzoek. Nu ontbreekt de kennis over de bijdrage van beeldende therapie bij de doelgroep en moet meer onderzoek worden verricht om hier een bredere kijk op te krijgen. Door middel van dit onderzoek kunnen de eerste stappen van een verkennend onderzoek op het gebied van vaktherapie in de oncologie worden weergegeven. Dit ondersteun ik, beeldende therapie is een vak dat op het gebied van onderzoek nog veel onbekend terrein heeft. Mede daardoor denk ik dat alle vormen van degelijk onderzoek bruikbaar zijn om meer kennis te vergaren en uiteindelijk om het handelen van de therapeut evidence based te kunnen onderbouwen. Door dit onderzoek proberen wij niet alleen ons beroep te profileren, maar tegelijkertijd ook meer informatie te achterhalen, zodat op zodanige wijze uitvoering van het vakgebied gebaseerd is op de best beschikbare informatie.

1.1.3 Aanleiding vanuit de praktijk

Naast de persoonlijke aanleidingen van de onderzoekers is een aanleiding van dit onderzoek via de kenniskring Creatieve Therapie (KenVaK⁴) te benoemen waarbij een vraag is voorgelegd, namelijk: inventariseer het beeldend aanbod binnen oncologische settingen. KenVak integreert onderzoek, onderwijs en praktijk met elkaar. Bij KenVaK lag de vraag om meer onderzoek te doen op het gebied van oncologie en vaktherapie. In eerste instantie lag de vraag om specifiek inloophuizen te inventariseren, maar deze vraag heeft zich uiteindelijk vanwege een te kleinschalig onderzoek verschoven naar het inventariseren van een breder aanbod bij diverse praktijkinstellingen waar beeldende therapie aangeboden wordt aan mensen met kanker. Er wordt steeds meer druk gelegd op hulpverleners door zorgverzekeraars om hun handelen te verantwoorden. Evidence Based Practice (EBP) helpt hiermee door beslissingen tijdens het behandelproces te onderbouwen met bronnen van evidence (Pénzes, Gielen en Beurskens, 2012). Bij KenVaK ontstond de aanleiding van dit onderzoek door het gebrek aan kennis over het beeldend therapeutisch aanbod binnen de verschillende zorginstellingen. Om het handelen te kunnen verantwoorden en onderbouwen met evidence is het relevant voor de praktijk om een inventarisatie te maken van het aanbod om allereerst verkennend te kijken naar de manier waarop gewerkt wordt met deze doelgroep. In combinatie met de aanleidingen van de onderzoekers ontstond de noodzaak om meer duidelijkheid te krijgen naar het *hoe* en werd besloten om hier gericht onderzoek naar te doen en beeldende therapie binnen deze setting verder te exploreren. In de volgende paragrafen 1.2. t/m 1.2.3 zal op iedere soort zorginstelling die bij dit onderzoek betrokken werd worden ingegaan.

1.2 Onderzoeksgebied (Zorginstellingen)

Dit onderzoek richt zich op het inventariseren van het aanbod beeldende therapie bekeken vanuit drie verschillende soorten zorginstellingen, namelijk ziekenhuizen, privé praktijken en inloophuizen. De verschillende zorginstellingen die deelgenomen hebben aan het onderzoek bieden allemaal een beeldend therapeutisch aanbod aan mensen die getroffen zijn of waren door kanker. Patricia Deiters-Rahusen⁵ (persoonlijke communicatie, 31 oktober 2014) licht toe dat kanker niet alleen fysiek, maar ook emotioneel een enorme impact op cliënten en hun naasten heeft. Praten biedt bij dergelijke heftige emoties vaak niet voldoende. Creatieve therapie kan dan helpen. Door creatieve uitingsvormen in te zetten kan de cliënt op een ander niveau zijn gevoel aanspreken, uiten en verwerken. Deze complementaire zorg kan aangeboden worden door creatief therapeuten in of buiten het ziekenhuis, bij inloophuizen of in privé praktijken (Kanker in beeld, 2015). Zoals eerder vermeld bestaat het onderzoeksgebied van dit onderzoek uit drie verschillende zorginstellingen (ziekenhuizen, privé praktijken, inloophuizen) die hieronder verder toegelicht zullen worden.

1.2.1 Ziekenhuizen

In ziekenhuizen ligt de focus vaak voornamelijk op 'cure': het genezen van een ziekte, en minder op 'care': aandacht voor de cliënt als persoon met al zijn of haar gedachten en gevoelens. Het Antoni van Leeuwenhoek en het UCCZ Dekkerswald (dochterorganisatie van het Radboud UMC) zijn twee van de weinige ziekenhuizen die binnen het revalidatieprogramma beeldende therapie aanbieden.

⁴ KenVaK 'De Kenniskring Kennisontwikkeling vaktherapieën (KenVaK) is een kenniskring gericht op het vergroten van de kennis omtrent vaktherapieën' (KenVaK, z.d.).

⁵ Patricia Deiters-Rahusen 'is voorzitter van het bestuur van Kanker in Beeld' (Kanker in Beeld, 2015).

Gordijn (2007) licht toe dat creatieve therapie binnen de oncologische psychosociale zorg op zijn geheel eigen wijze een bijdrage levert aan het welzijn van de oncologiepatiënt. Wanneer in de behandeling van kanker curatie niet meer het doel is, zal de patiënt moeten gaan zoeken naar nieuwe betekenissen in zijn leven binnen een ziekteproces dat continu voortschrijdt en in intensiteit toeneemt (Gordijn, 2007). Busch, Jong en Baars (2015) hebben binnen 91 ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ- instellingen in heel Nederland een inventariserend onderzoek verricht betreffende 'complementaire zorg'. Hierbij werden verschillende zorgprofessionals ondervraagd om in kaart te brengen wat ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ- instellingen aan complementaire zorg (CZ) bieden en welke rol CZ speelt in deze zorginstellingen. Naar voren kwam dat creatieve therapie voor de totale groep respondenten de belangrijkste vorm van complementaire zorg is, die op de afdeling aangeboden wordt of waar naar verwezen wordt. Wanneer de drie zorginstellingen met elkaar vergeleken werden viel op dat beeldende therapie met name in GGZ- instellingen (85%) en verpleeghuizen (78%) en in veel mindere mate in de ziekenhuizen (30%) te vinden is (Busch, Jong & Baars, 2015). Te vermoeden is dat het creatief therapeutisch aanbod gewaardeerd wordt door zorgprofessionals, maar dat het binnen ziekenhuizen alsnog minder vaak aangeboden wordt.

Margriet Gordijn⁶ (persoonlijke communicatie, 20 februari 2015) licht toe: Wat kanker met een mens doet is dat natuurlijk heel veel onzekerheid wordt opgeworpen en een mens geconfronteerd wordt met de eindigheid van het leven. Sommige mensen kunnen daar prima mee omgaan, het blijft natuurlijk heftig, en sommige mensen hebben daar steun bij nodig. Gordijn legt uit dat beeldende therapie hierbij zoveel helderder maakt dan woorden, het kan ook een heel goed communicatiemiddel zijn naar de buitenwereld en het is voor de autonomie van mensen heel belangrijk dat ze zelf weer letterlijk grip hebben, met hun handen. Dat ze kunnen vormgeven aan die controle die ze zo lang uit handen hebben moeten geven.

1.2.2 Privé praktijken

Privé praktijken zijn voornamelijk gespecialiseerd in een gebied. In dit geval richt dit onderzoek zich op praktijken die beeldende therapie aanbieden aan mensen met kanker. Privé praktijken zijn voornamelijk voor mensen die na een medische behandeling steun en begeleiding nodig hebben. Mensen komen vaak op eigen initiatief naar de beeldende therapie. Het grootste verschil tegenover de anderen instellingen is dat mensen hier vaak in heterogene groepen terechtkomen. Dat wil zeggen dat de groep ongelijksoortig kan zijn en daardoor niet alleen uit deelnemers bestaat die de ziekte kanker hebben of hadden.

1.2.3 Inloophuizen

Marion Willemsen⁷ (persoonlijke communicatie, 03 november 2014) licht toe dat het inloophuis een ontmoetingsplaats en wegwijzer is voor mensen met kanker, hun naasten en nabestaanden. De huizen willen steun bieden en hebben een breed aanbod dat vaak complementair is aan de reguliere zorg. Iedereen, jong of oud, kan zonder afspraak binnenlopen bij het inloophuis. Het biedt hun de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen, informatie te verkrijgen en is er vooral veel begrip voor hun zorgen en angsten. Partners, familieleden en vrienden van mensen met kanker kunnen altijd met hun vragen en ervaringen in het Inloophuis terecht, want ook voor hen heeft de situatie immers ingrijpende gevolgen. Er wordt mensgericht gewerkt. Dat betekent dat er gekeken wordt naar datgene wat de persoon op dit moment nodig heeft. Het aanbod is zo breed dat iedereen zich wel ergens in kan vinden. De inloophuizen zijn non-profit organisaties die een gezamenlijk doel hebben, namelijk mensen met kanker, hun naasten en nabestaanden steun te bieden.

Virgine Hartman⁸ (persoonlijke communicatie, 09 februari 2015) beschrijft vanuit haar eigen ervaring het verschil tussen privé praktijken en inloophuizen als volgt: 'Binnen inloophuizen is het een heel groot pluspunt, dat je daar gewoon weet, dat als je na zeven jaar nog steeds groot verdriet hebt, dan mag dat. Dan mag je gewoon nog je emmertje komen brengen en zal er niemand zijn die vraagt of dat nog niet afgelopen is. Lotgenootcontact speelt hier een heel belangrijke rol in. (...) Mensen die bij mijn eigen praktijk komen, vanuit de oncologie, dat heeft echt te maken met het zelfbeeld, met de bewustwording, ontwikkeling, weer weten wie je nu bent, want je was iemand anders, er is iets gebeurd en ontdekken waar zit nu mijn kracht'.

⁶ Margriet Gordijn is beeldend therapeut en hoofd van de afdeling creatieve therapie van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam (NKI-AVL) (Antoni van Leeuwenhoek, z.d.).

⁷ Marion Willemsen is directeur van het Toon Hermanshuis Parkstad, Heerlen (Toon Hermanshuis, z.d.).

⁸ Virgine Hartmann is beeldend therapeut en werkzaam binnen Toon Hermanshuis te Heerlen en Sittard. Zij heeft daarnaast een eigen praktijk voor beeldende therapie (Toon Hermanshuis Parkstad, z.d.).

1.3 Cliënt therapeut en medium, een wisselwerking

De onderdelen cliënt – therapeut – medium vormen de eerste stappen van de creatief therapeutische driehoek en worden doorheen het hele afstudeerproject als basis gehanteerd door de onderzoekers (Cillissen-Ysermans, 2011). In bijlage 1 (blz. 75) wordt uitleg gegeven over de werking van de creatief therapeutische driehoek. In bijlage 2 (blz. 76) wordt een overzicht van de creatief therapeutische driehoek weergegeven zoals deze gedurende het hele afstudeerproject gehanteerd wordt. In paragraaf 1.3.1 wordt de cliënt, de oncologiepatiënt, geïntroduceerd. Aansluitend in paragraaf 1.3.2 wordt ingegaan op de rol van de therapeut bij behandeling van de oncologiepatiënt. Tot slot wordt in paragraaf 1.3.3 de koppeling gemaakt met de rol van het medium.

1.3.1 De oncologiepatiënt

Het onderzoek betreft direct met kanker betrokken volwassenen die terecht zijn gekomen in één van de zorginstellingen. Welke instellingen het betreft wordt onder paragraaf 2.3 ‘Onderzoekspopulatie’ verder toegelicht en weergegeven in tabel 3 ‘respondenten’. Het onderzoek richt zich op iedere volwassene, tussen de 18 en 65 jaar, die deelneemt aan creatieve therapie beeldend.

De diagnose ‘kanker’ brengt vaak een grote psychische druk met zich mee. Smeijsters (2006) beschrijft dat mensen vaak voor een langer tijdstip niet meer in staat zijn om te gaan werken of hun alledaagse taken te vervullen. Het leven verandert drastisch op emotioneel, sociaal-maatschappelijk en lichamelijk functioneel opzicht. Yvonne Ligtermoet van Kolck⁹ (persoonlijke communicatie, 10 maart 2015) licht hier op toe dat als je geconfronteerd wordt met kanker, veel op je af komt. Niet alleen de behandelingen waarvan je niet weet wat het met je doet, maar vooral de emoties zoals angst en onzekerheid en de vraag hoe je naasten ermee omgaan. Binnen haar baan in de gezondheidszorg merkt zij dagelijks hoe prettig het kan zijn om via het vormgeven contact te maken met jezelf. Je eigen werk heeft altijd wat te vertellen of geeft gewoon ontspanning. En of je dat nu voor jezelf of voor een ander doet, je bent aan de slag met alles wat je in je hebt: met je hoofd, hart, lijf en ziel. De Haes et al. (2009) geven aan dat de diagnose kanker en de daaropvolgende vaak ingrijpende behandeling niet alleen gevolgen hebben voor de betroffen persoon zelf, maar ook voor diens partner, kinderen, ouders en belangrijke anderen. Niet alleen de rol en plaats van de cliënt binnen het gezin kan veranderen, ook kunnen er veranderingen optreden in de werksituatie, in de vrienden- en kennissenkring en op het gebied van vrijetijdsbesteding of andere activiteiten. De Haes et al. (2009) beschrijven ook dat het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen aanpassing vereist en de gezondheid kan ondermijnen. Schweizer (2001) beschrijft dat rouwklachten ontstaan als gevolg van het verlies van een dierbaar of belangrijk persoon of als gevolg van een ander verlies. De diagnose kanker kan leiden tot gevoelens van depressiviteit, angst, schaamte en spanning. Kanker kan de betroffen persoon het gevoel geven de regie en controle over het eigen leven te verliezen. Wanneer je geconfronteerd wordt met de ziekte kunnen er tientallen vragen in je opkomen. Vragen gesteld door cliënten:

‘Hoe moet ik nu verder? Kan ik de behandeling wel aan? En als de kanker dan terugkomt? Ik wil niet tot overlast zijn voor mijn familie. Ik wil mijn zelfstandigheid niet kwijt. (...) Maar ook zijn er vragen vanuit de naaste omgeving: Hoe ziet de toekomst eruit? Hoe moet ik reageren op de veranderende situatie? Wat kan ik voor de betroffen persoon doen/betekenen?’ (Toon Hermanshuis Parkstad, 2014, p. 1).

Kanker en de behandelingen ervan hebben daarnaast een heleboel fysieke klachten ten gevolge. Hoewel de hinder die de cliënt ervaart door de consequenties van kanker en de behandeling ervan zeer persoonsgebonden is, kan algemeen gesteld worden dat een kankerdiagnose een van de meest gevreesde en zwaarste levensgebeurtenissen is voor de desbetreffende persoon zelf, als ook voor zijn omgeving. Op de website van Kanker (2015) vindt men voorbeelden van gevolgen waarmee een cliënt te maken kan krijgen zoals bijvoorbeeld: vermoeidheid, veranderingen in uiterlijk, ongewenst gewichtsverlies en andere beleving van seksualiteit. Sommige gevolgen zijn tijdelijk en verdwijnen na afloop van de behandeling, andere gevolgen zijn blijvend. Ook als de ziekte niet meer terugkeert, kunnen de gevolgen blijvend zijn. Een bekende chronische klacht na de behandeling is bijvoorbeeld vermoeidheid. Algemeen gesproken kan een psychisch letsel natuurlijk meer of minder ernstig en schadelijk zijn (Kleber, 2001).

⁹ Yvonne Ligtermoet van Kolck is beeldend therapeute op de revalidatieafdeling van het Universitair Centrum voor Chronisch Zieken Dekkerswald en vrijwilligster bij het Marikenhuis inloophuis, Nijmegen (Marikenhuis, z.d.).

1.3.2 Rol van de therapeut (Onderzoeksgroep)

In het onderzoek worden acht beeldend therapeuten geïnterviewd waarbij de onderzoekers een inventarisatie in beeld trachten te krijgen van het beeldend therapeutisch aanbod binnen diverse oncologische zorginstellingen. Dit onderzoek richt zich op beeldend therapeuten die werken met oncologiepatiënten van 18 tot 65 jaar. Daar een deelvraag van dit onderzoek zich richt op het methodisch handelen van de therapeut wordt in dit onderzoek gericht gekeken naar de rol van de therapeut. Met de rol van de therapeut wordt bedoeld de werkvorm, werkwijze, therapeutische houding en relatie en therapeutische technieken die ingezet worden tijdens een therapie. Op deze manier trachten de onderzoekers meer inzicht te krijgen in de wijze waarop therapie wordt aangeboden.

Schweizer (2009) legt uit dat naast de klassieke inzet van gesprekstechnieken, de beeldend therapeut gebruik maakt van een extra dimensie: namelijk het beeldend werk. Dit is tevens het belangrijkste aspect van beeldende therapie. Door te werken met creatieve materialen én de therapeutische interventies draagt de therapeut bij aan oplossingen binnen een psychologische hulpvraag van een cliënt. Het 'Expressive Therapies Continuum', hierna aangeduid als ETC, is een conceptueel model ontworpen voor het werkveld van de vaktherapie (beeldend) en tevens bedoeld ter bevordering van het werkveld (Hinz, 2009). Het model richt zich op vier niveaus van creativiteit, zie afbeelding 1 'Creatieftherapeutisch continuüm', dat hieronder weergegeven is (Schweizer, 2009). Het ETC gaat er vanuit dat een gezond persoon op alle niveaus van creativiteit informatie kan verwerken. Aan de hand van het ontwikkelingsperspectief van de mens wordt getracht hierover een uitleg te geven. Zo verwerkt een kind op jonge leeftijd informatie via sensaties en beweging. Vervolgens leert het kind de omgeving via het visuele aspect waar te nemen en koppelt hier emoties aan. Tot slot ontwikkelt het kind zich op het niveau van cognitie en symboliek (Hinz, 2009).

Afbeelding 1 Creatieftherapeutisch continuüm.

CREATIVITEIT	
Cognitie.....	Symboliek
Waarneming.....	Gevoelswereld
Beweging.....	Sensomotoriek

Opmerking. Overgenomen uit *Handboek Beeldende Therapie*. Uit de verf. door C. Schweizer, p. 129. Copyright Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.

Volgens Hinz (2009) zijn alle beeldend materialen onder te verdelen tussen het gebied van vloeibaar tot weerbaarstig materiaal, met waterverf op nat papier tot meest vloeibaar en hout bewerking tot meest weerbaarstig materiaal. Door materialen in te zetten kun je als beeldend therapeut observeren op welk niveau van creativiteit een cliënt zich bevindt en van hieruit de cliënt door middel van ervaringen in het beeldend medium, leren om op alle niveaus van creativiteit informatie te verwerken. Het is belangrijk dat personen van alle leeftijden op alle niveaus van creativiteit informatie kan verwerken, doordat deze soorten van informatieverwerking de basis vormen voor veel ervaringen. Volgens Lusebrink (1990) start elke cliënt met een voorkeursaanleg voor één of meer aspecten uit dit continuüm. Interventies vanuit de therapeut zijn erop gericht de cliënt te stimuleren om het functioneren uit alle lagen te integreren. De integratie van de verschillende lagen in het beeldend werken zelf (proces) en bij het onderzoeken van het beeld (product) kunnen beide bijdragen aan het anders leren omgaan met problemen (Schweizer, 2009). Dit model vormt als het ware de basis voor de wijze waarop een beeldend therapeut te werk gaat in de beeldende therapie. Door het bewust inzetten van verschillende therapeutische invalshoeken, waarbij creatieve materialen kenmerkend zijn, kan de therapeut een cliënt aansturen om tot nieuwe vaardigheden en inzicht te komen. Die praktisch toepasbaar zijn in het dagelijkse leven. Smeijsters (2008) beschrijft dat deze vaardigheden kunnen liggen op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied. De relatie tussen therapeut en cliënt is een centraal gegeven, maar tevens is ook sprake van een driehoeksverhouding, want zoals bij het ECT uitgelegd speelt het beeldend werk hierbij een centrale rol (Schweizer, 2009). Het medium wordt door zowel cliënt als therapeut gebruikt en beleefd. De drie aspecten van de driehoek zijn even belangrijk en vullen elkaar aan. De cliënt is hierbij het uitgangspunt en de bepalende factor van de beeldende therapie. De therapeut bouwt een vertrouwensrelatie op met de cliënt, kiest materialen en pleegt interventies in het beeldend medium. Schweizer (2009) beargumenteert dat de beeldend therapeut waar nodig helpend, steunend,

activerend of uitdagend is. De therapeut helpt de cliënt om in het medium te zoeken naar kansen voor vormgeving processen. Het medium doet appèl op de cliënt en de therapeut geeft de cliënt de mogelijkheid tot expressie en in een volgend stadium tot het experimenteren met nieuwe werkvormen. Hierdoor is het mogelijk om te komen tot verandering in het beeldend werk. Baeten (2007) beargumenteert dat tussen de drie aspecten van de driehoek tijdens de therapie heen en weer gaande accenten zichtbaar zijn, de overdracht van het zelf van de cliënt met name op het medium en via het beeld ook op de therapeut.

Het is van belang dat de therapeut een flexibele houding heeft. Verder is kennis van het beeldend proces en de onderliggende therapeutische praktijk van belang en heeft de therapeut de vaardigheid binnen de beeldende therapie zowel met groepen als individuen te werken. De therapeut kan tevens verschillende rollen aannemen binnen de sessies en opdrachten (Smeijsters, 2008).

Op de website van Beeldende-Therapie (2014) vindt men dat drie basiswerkwijzen onderscheiden kunnen worden, namelijk: ten eerste zal men structurerend moeten werken. De therapeut biedt materialen en thema's aan, zodat de cliënt ordenende ervaringen kan opdoen. Daarnaast zal het bespreken en het bewust worden van de betekenis van het werk vaak direct gekoppeld worden aan praktische leerervaringen. Ten tweede is het ontdekkend werken. De cliënt kan met materialen experimenteren om de zichtbare en voelbare eigen beleavingswereld te ontdekken en vorm te geven. Tenslotte is het werken dat gericht is op acceptatie en verwerking. Het beeldend handelen, materiaalbeleving, vormgeving en de thematiek staat in het kader van acceptatie en integratie van grenzen en mogelijkheden van de cliënt. De aanpak van therapeuten is over het algemeen eclectisch. De Haes, et al. (2009) beschrijft dat de hulpverlener doorgaans vanuit zijn eigen referentiekader naar de gepresenteerde problematiek zal kijken en van daaruit zijn behandeling invult. Daar komt nog bij dat de problemen bij kankerpatiënten zeer divers van aard kunnen zijn. De therapeut zal dus rekening moeten houden met de diversiteit in problematiek. Naast de rol van de therapeut speelt het medium ook een grote rol, in de volgende paragraaf 1.3.3 'rol van het medium' wordt hier dieper op ingegaan.

1.3.3 Rol van het medium

Beeldende materialen, zoals verf, hout, steen, klei en textiel vormen de basis van het beeldend therapeutisch werken. Op de website van Beeldende-Therapie (2014) wordt uitgelegd dat bij beeldende therapie technieken worden toegepast uit de beeldende kunst, zoals werken met symbolen en rituelen. Daarnaast beschrijven zij dat technieken worden gehanteerd die gericht zijn op de beleving, zoals toevalstechnieken en geleide fantasie. Beeldende middelen worden ingezet om tot uiten en beleven van bewuste en onbewuste gedachten en gevoelens te komen. De problemen worden door beeldend werken ervaren en zichtbaar en daarmee helder en bespreekbaar. Verscheidene auteurs (Smeijsters, 2006; Baeten, 2007; Schweizer, 2009) hebben gewezen op het gegeven dat beeldend werk een mogelijkheid kan bieden om tijdelijk te kunnen ontsnappen aan de moeilijke situatie die een ziekte met zich meebrengt. Beeldende therapie kan onder andere dienen als afleiding, uitlaatklep of ontspanning, maar ook gericht kan zijn op verdieping van gevoel, versterken van autonomie, bewerken van coping stijlen, het verwerken van verdriet of het vinden van troost. Schweizer (2009) beschrijft dat het werken met de handen en het aanraken van verschillende materialen het contact met de gevoelswereld bevordert. Tevens beschrijft Schweizer (2009) dat een kenmerk van beeldend werken een tastbaar en zichtbaar resultaat is.

'De meerwaarde van beeldende therapie is dat ervaringen waar (nog) geen woorden voor zijn of waar juist gemakkelijk over gesproken wordt, vaak wel zichtbaar kunnen worden in beeldend handelen of in symboliek. Waar over het gevoel heengestapt wordt, kan in beeldend werken de tijd genomen worden, om stil te staan bij de beleving. In beelden kan vaak meer in korte tijd gezegd worden dan met uren praten' (Schweizer, 2009, p. 204).

Middels dit onderzoek wordt getracht te onderzoeken hoe beeldende therapie wordt ingezet bij de doelgroep oncologie binnen diverse zorginstellingen. Om een antwoord op de vraagstelling te krijgen wordt gekeken naar *hoe* het medium wordt ingezet, onder andere de materialen komen aan bod. Waarom deze materialen en hoe deze materialen worden ingezet zijn punten waarop het onderzoek zich richt. Vanuit literatuur is voldoende aanleiding om te vernoemen dat beeldende therapie een bijdrage kan leveren bij de doelgroep oncologie. Gordijn (2004) beschrijft dat beeldende therapie aansluit bij de behoefte van de mens om uitdrukking te geven aan zichzelf. Jezelf uiten geeft een bevestiging aan wie je bent en versterkt je gevoel van eigenwaarde. Het gevoel van eigenwaarde en het zelfbeeld van kankerpatiënten heeft vaak te lijden onder de gevolgen van de ziekte en de behandeling. Zo kan het voorkomen dat mensen door kanker een lichaamsdeel verliezen, denk aan een borstamputatie. Het kan echter ook voorkomen dat mensen zich beschadigd voelen in hun

gevoel van autonomie, ze geven letterlijk hun autonomie uit handen en gaan er vanuit dat artsen de beste behandeling geven. Verder wijst Virgine Hartmann (persoonlijke communicatie, 3 november 2014) erop dat mensen thuis vaak niet nog meer problemen willen oproepen of bang zijn om een overlast voor de ander te zijn. Vaak hebben zij gaandeweg geleerd om emoties te onderdrukken of weg te stoppen en hun emoties binnen te houden om 'sterkte' te laten zien. Via de beeldende therapie wordt men letterlijk aan het (ver)werk(en) gezet met klei, verf en andere materialen. Smeijsters (2008) beschrijft dat gevoelens uitdrukken in beeldend materiaal indirect is, omdat het gevoel benoemd kan worden in het medium (bijvoorbeeld door middel van verf, klei en papier) en niet in woorden. Binnen de beeldende therapie kan de cliënt bijvoorbeeld de mogelijkheid krijgen om bij zichzelf stil te blijven staan en tijd te besteden aan zijn eigen welzijn. Mensen kunnen bijvoorbeeld binnen de beeldende therapie door middel van vormgeving of sensopathische werkvormen in contact komen met hun emoties en deze leren te uiten. Door de indirecte wijze waarop de weerspiegeling plaatsvindt, kan sprake zijn van een veilige situatie, waardoor de cliënt het gevoel kan toelaten.

Aan de ene kant kunnen in het beeldend proces gevoelens terug te zien zijn, die corresponderen met de gevoelens van de cliënt. Bijvoorbeeld bij het uiten van woede is het mogelijk om in het medium harde materialen te gebruiken (krijt, potlood) waardoor een harde lijnvoering of beweging kan ontstaan. Bij het uiten van iets kwetsbaars kan de cliënt (of de therapeut) kiezen voor kwetsbaar materiaal (pastelkrijt, rijstpapier). Al deze intensiteiten van materialen komen overeen met de verbeelding van het gevoel van de cliënt. Wanneer hier sprake van is in het medium spreekt Smeijsters (2008) van een analoge gedachtegang. Door zich bewust te worden dat een analogie bestaat tussen de manier hoe de cliënt in het medium handelt en hoe de cliënt in het dagelijks leven handelt, kunnen nieuwe inzichten ontstaan. Deze inzichten kunnen bijdragen aan het herkennen van eigen handelingspatronen die negatieve invloed kunnen hebben op het welzijn van de cliënt. Aan de andere kant beschrijft Smeijsters (2008) dat in de beeldende therapie het symbool een belangrijke rol in het medium speelt. Hij beargumenteert dat 'door middel van een symbolisch spel de cliënt in de therapie negatieve ervaringen uit het verleden op een symbolische manier kan recapituleren, corrigeren, afsluiten en integreren (...) gevoelens van verdriet, depressie en woede, innerlijke conflicten worden door en in de symbolische expressie beheersbaar' (p. 251).

Hoewel bovenstaande aspecten veelbelovend lijken te zijn om een meerwaarde te kunnen leveren voor de doelgroep oncologie, is echter nog te weinig onderzoek verricht binnen diverse zorginstellingen om hier concrete uitspraken over te doen. Concluderend mag gesteld worden dat te weinig informatie bekend is over de werkwijzen van beeldend therapeuten in het beeldend medium. De onderzoekers vinden het daardoor belangrijk om onderzoek te verrichten naar het beeldend therapeutisch aanbod binnen diverse zorginstellingen en beeldende therapie verder te exploreren binnen deze settingen. In paragraaf 1.4 'Zoekstrategie' wordt inzichtelijk gemaakt welke gebieden van literatuur gedekt zijn en wordt beschreven hoe de literatuurstudie heeft plaatsgevonden.

1.4 Zoekstrategie

In deze paragraaf wordt een korte samenvatting gegeven van de zoekstrategie in de literatuurzoektocht voorafgaande het onderzoek. Om systematisch te kunnen zoeken in literatuurbronnen is in het literatuuronderzoek gezocht op basis van de PICO strategie, hierbij zijn PICO vragen bedacht om de hoofdlijnen van de vraagstelling te bewaken.

De onderzoekers hebben literatuur gezocht via verschillende wegen, om meerdere gebieden van literatuur te dekken. Gestart is vanuit digitale literatuurbronnen, waarbij de onderzoekers algemeen gezocht hebben op trefwoorden zoals 'kanker', 'lichamelijke gevolgen van kanker' en 'psychologische gevolgen van kanker'. Hierbij is niet alleen gezocht in het vakgebied van creatieve therapie, maar ook in de pathologie en in het interdisciplinaire vakgebied. Vervolgens hebben de onderzoekers zich meer verdiept in (*vak*)tijdschriften waarbij nieuwe informatie verkregen werd over bovenstaande zoektermen. Vervolgens is *een algemeen boek* het startpunt geweest waarbij de onderzoekers vanuit de literatuurlijst bij andere interessante boeken en artikelen terecht zijn gekomen ('snowball search'). Bij deze boeken en artikelen is tevens weer gebruik gemaakt van de literatuurlijst. Vanwege het grote literatuuraanbod is besloten om zich als eerste te richten op de bekendste databanken zoals 'PubMed', 'ScienceDirect' en 'Google Scholar'. Vooral 'PubMed' bleek erg belangrijk vanwege zijn wetenschappelijke artikelen op zowel nationaal als internationaal gebied. Aan de hand van de zoektermen 'cancer', 'oncology', 'coping' en 'art therapy' kwamen de onderzoekers bij nieuwe zoektermen zoals 'palliative care' en 'oncological rehabilitation'. Op deze manier zijn de zoektermen gaandeweg specifiekier geworden. Daarnaast is gebruik gemaakt van de

'Boolean search' om door middel van meerdere zoektermen, synoniemen en het combineren van zoektermen een breder gebied af te dekken en meer literatuur te verkrijgen. Tevens is *internationaal gezocht* met Engels- en Duitstalige zoektermen. Met name internationaal zoeken was een belangrijke aanvulling op het literatuuronderzoek doordat op internationaal gebied meer onderzoek is gedaan naar beeldende therapie in oncologische settingen. Vervolgens is op internationaal gebied specifiek gezocht in (vak)tijdschriften zoals bijvoorbeeld 'The Arts in Psychotherapy' en 'The Journal of Pain and Health'.

Aangezien dit onderzoek door twee onderzoekers is uitgevoerd, kon tijdens het literatuuronderzoek een onderverdeling worden gemaakt, waardoor een groter gebied van literatuurbronnen onderzocht kon worden. Alina ging zich meer richten op literatuur betreffende de effecten van beeldende therapie bij mensen betrokken met de ziekte kanker, onder andere Duitstalige artikelen leken hier veelbelovend. Nikkie ging zich meer verdiepen in de literatuur over het symbolisch werken bij de doelgroep oncologie. Deze verdeling is ontstaan, doordat twee verschillende richtlijnen vanuit de literatuur naar voren kwamen waar de onderzoekers zich verder op wilden verdiepen. Naast het zoeken in boven beschreven databanken en (vak)tijdschriften hebben beiden onderzoekers zich verdiept in boeken die via de *'handsearch'* in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool, Heerlen naar voren kwamen. Tot slot hebben de onderzoekers hun literatuuronderzoek meer kunnen uitbreiden door deel te nemen aan de eerste landelijke studiemiddag vaktherapie in het werkveld oncologie in Nijmegen, waarbij door lezingen en persoonlijk contact met beeldend therapeuten die landelijk verspreid zijn informatie verkregen kon worden. Voor een uitgebreide zoekgeschiedenis wordt u naar bijlage 3 (blz. 77) verwezen. Vanuit bovenbeschreven onderdelen hebben de onderzoekers de belangrijkste resultaten voor de onderzoeksrichting geordend en deze resultaten zullen in de volgende paragraaf uiteen gezet worden.

1.5 Uiteenzetting van de literatuur

De onderzoekers hebben via twee wegen naar informatie gezocht om kennis te verkrijgen op het gebied van de oncologie. Enerzijds is gebruik gemaakt van expertkennis via persoonlijke gesprekken met professionals, deze werden gedurende hoofdstuk 1 'Probleemstelling' aangehaald. Anderzijds is gebruik gemaakt van het literatuuronderzoek. In deze paragraaf wordt ingegaan op de behandeling van mensen met kanker zoals ze in de literatuur is omschreven en volgt een overzicht van deze literatuur. Internationaal werd reeds veel onderzoek gedaan naar de effecten van beeldende therapie in de oncologie. Beeldende therapie bij kankerpatiënten is echter nog een vorm van psychotherapie die weinig bekendheid geniet in Nederland. Enkele resultaten die van belang zijn voor deze onderzoeksrichting worden hieronder beschreven. Eerst wordt door middel van gevonden literatuur beschreven hoe beeldende therapie kan bijdragen aan zelfexpressie bij mensen met kanker. Verder wordt ingegaan op de invloeden van symboliek en metaforen vanuit literatuur en wordt dieper ingegaan op het onderzoek dat zich richt op de symptoombestrijding door middel van creatieve therapie. Vervolgens wordt literatuur over het vormgeven van emoties bij deze doelgroep beschreven. Tot slot wordt een korte conclusie gegeven over de gevonden resultaten uit de literatuurstudie.

Zelfexpressie

Puig, Min Lee, Goodwin en Sherrard (2006) beschrijven dat beeldende therapie een vorm van controle biedt wat de zelfexpressie bevordert. Resultaten, die verkregen zijn via de exit interview vragenlijst van bovenstaand onderzoek, gaven aan dat alle vrouwen (kankerpatiënten) die tijdens dit onderzoek beeldende therapie kregen, de ervaring hebben opgedaan dat het nuttig voor hun was. Daarnaast zouden zij creatieve therapie aanbevelen aan anderen met een psychische belasting. Puig et al. (2006) beschrijft dat de vrouwen in dit onderzoek een verhoogd zelfbewustzijn hebben ervaren, dat zij verbonden waren met gevoelens, oude kwesties ontdekt hebben die de aandacht nodig hebben en meer aandacht hebben kunnen richten op zelfzorg, reflectie en rust. Daarnaast hielp de beeldende therapie met het verbinden van gevoelens. Emoties konden door middel van beeldend werk gecommuniceerd worden. De vrouwen voelden zich onder andere gelukkiger en minder hopeloos.

Verder beargumenteerd Taal (2003) dat door creatieve expressie het lichaam een actieve medestander wordt en het vorm geeft aan de verwerking. Het lichaam, zelf van binnen bedreigd door de ziekte, wordt medewerker in de verwerking. Het gaat hierbij in de eerste plaats om de emotionele expressie, niet om het maken van een 'mooi' product en zeker niet om kunst. Taal (2003) geeft aan dat dit creatieve werkproces vaak vol betekenis en symboliek voor de persoon blijkt te worden.

Symboliek

Henderson en Gladding (1998) zetten een aantal doelstellingen op een rij en zien deze onmiddellijk ook als sterktes en voordelen van de beeldende therapie. Zo vermelden zij dat beeldende therapie onder andere het zelfbewustzijn zal vergroten door expressie van zichzelf. Zij geven tevens aan dat met behulp van symboliek, via de ervaringen die een cliënt krijgt, een link gelegd kan worden tussen verleden, heden en toekomst. Ook worden de volgende punten beschreven als voordelen van de beeldende therapie: leren omgaan met hoogtes en laagtes van het leven, ontstaan van hoop, vertrouwen en inzicht in zichzelf. Henderson en Gladding (1998) benoemen dat symbolen en metaforen persoonlijk zijn te interpreteren en afhankelijk van cliënt tot cliënt zijn, maar desalniettemin een hulpmiddel kunnen zijn in de beeldende therapie.

Verder geeft Camic en Knight (2003) bovendien aan dat kankerpatiënten hun gedachten en gevoelens kunnen exploreren door de inzet van meer concrete symbolen, om innerlijke belevingen uit te beelden in een eigen 'taal'. De auteur benoemt daarnaast ook dat het symbolisch uitbeelden van de kanker confronterend kan werken, doordat een tekening, gerelateerd aan de ziekte kanker, de ziekte 'reaal en overweldigend' maakt.

Metaforen

Kramers (2008) beschrijft dat bij beeldend werken de beleving wordt uitgedrukt met een metafoor. Een bepaald kenmerk wordt overgedragen op een totaal andere context. Zo kan iemand de afstand die hij ervaart met zijn omgeving uitdrukken als: 'Ik zit achter glas', 'Ik zit in een hoekje', 'Ik zit boven op de kast' of 'Ik zit op een eiland.' De zinnen geven verschillende gevoelens weer, het beeld verpakt het gevoel. Het is vaak moeilijker om te zeggen: 'Ik voel me geïsoleerd of alleen' dan 'Het is alsof ik achter glas zit'. Kramers geeft aan dat het beeld de kwetsbare beleving uitdrukt, maar tegelijkertijd beschermt. Verder vermeld Kramers dat een metafoor niet probleemoplossend is, maar wel een bestaand denkpatroon kan doorbreken en geeft aan dat beeldend werk middels metaforen een toegevoegde waarde kan zijn voor de therapie. Camic et al. (2003) beschrijft dat het materiaal ook metaforisch kan worden ingezet. Een voorbeeld dat de auteur geeft is dat een kankerpatiënt door middel van waterverf de pijn weergeeft die net zoals de waterverf vloeit door haar lichaam. Ook kan een collagetechniek metaforisch of symbolisch ingezet worden. Een afbeelding of een spreuk kan voor een cliënt een metaforische spiegeling weergeven en dient ertoe zijn innerlijke belevingswereld concreter uit te kunnen beelden.

Symptoombestrijding

Nainis, Paice, Ratner, Wirth, Lai en Shott (2006) beschrijven dat steeds meer cliënten op zoek naar verlichting zich richten naar alternatieve en complementaire therapieën. Creatieve therapie is hier één van. In een review (Nainis et al., 2006) over complementaire therapieën, concludeert men dat er beginnend bewijs is voor de werkzaamheid in het reduceren van een breed spectrum van symptomen bij kankerpatiënten. Een aantal complementaire therapieën zoals relaxatie en muziektherapie zijn effectief gevonden in het verminderen van de symptomen, het verbeteren van de kwaliteit van leven en het verbeteren van het omgaan met nood. Beeldende therapie is een van de therapieën die wordt gebruikt om kankersymptomen te verlichten. Pijn, vermoeidheid, angst en andere symptomen komen vaak voor bij mensen met kanker.

Vormgeven aan emoties:

De Haes, Gualthérie van Weezel, Sanderman en van de Wiel (2001) beschrijven dat uit onderzoek blijkt dat ongeveer 35% van de kankerpatiënten wordt geconfronteerd met (ernstige) psychosociale problemen als angst, onzekerheid, depressie, machteloosheid en verdriet die onder de noemer verwerkingsproblematiek kunnen worden geschaard. De Haes et al. (2001) concludeert dat verwerken de cliënt voor een drietal taken stelt: 1) het ervaren van pijn en verlies; 2) het accepteren van de realiteit van het verlies; 3) het onderkennen van nieuwe situaties waarmee men is geconfronteerd en waaraan men zich moet aanpassen. Gordijn (2004) beschrijft dat creatieve therapie concrete handvaten biedt aan de cliënt om bezig te gaan met vooral de eerste twee punten. Men wordt letterlijk aan het (ver)werk(en) gezet met klei, papier en verf en andere materialen. Verder beschrijft Denton (1992) dat het gevoel van eigenwaarde en het zelfbeeld van kankerpatiënten vaak te lijden heeft onder de gevolgen van de ziekte en de behandeling. Vaak is psychosociale hulp nodig na de behandeling van kanker en juist bij beeldende therapie vindt naast een psychisch proces ook een beeldend proces plaats en komen mensen ineens met dingen (letterlijk) in aanraking, wat kan zorgen voor een andere vertaalslag. Holzenspies, Taal, Mes en Kanker in Beeld (2003) vermelden dat emoties die anders de draagkracht te boven zouden gaan, binnen de veilige grenzen van het creatieve materiaal geuit kunnen worden. Daardoor kan geleidelijk meer draagkracht en rust komen.

Conclusie:

Vanuit bovenstaande resultaten komt het symboliekgebruik in de vaktherapie sterk naar voren. De onderzoekers vroegen zich hierbij echter af of symboliek bewust wordt ingezet bij de doelgroep oncologie door de vaktherapeut of dat de doelgroep oncologiepatiënten vanuit zichzelf graag uitdrukking geven aan de hand van symboliek.

Vanuit bovenstaande resultaten mag geconstateerd worden dat beeldende therapie aansluit bij die behoefte van de mens om uitdrukking te geven aan zichzelf en kan gesteld worden dat beeldend vormgeven van emoties geen oplossing is voor belastende emoties, maar wel kan helpen deze een plaats te geven.

1.6 Belangrijkste begrippen

In deze paragraaf worden de begrippen vanuit de centrale vraagstelling van dit onderzoek toegelicht. Voor een toelichting op begrippen vanuit de deelvragen wordt u naar bijlage 4 (blz. 82) verwezen. Hierin zullen de begrippen 'thema's', 'symboliek' en 'methodisch handelen' verder worden toegelicht.

Beeldende therapie	'Een behandelmethodede voor mensen met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen. De therapie is er op gericht veranderings-, ontwikkelings-, stabilisatie- en/of acceptatieprocessen te bewerkstelligen' (Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie, 2014).
Oncologie	Dit betekent letterlijk 'de leer van tumoren'. Hiermee wordt bedoeld: de medische specialisatie die zich richt op het onderzoeken, behandelen en genezen van kanker (Algemeen Nederlands woordenboek, 2015).

1.7 Relevantie

Het onderzoek heeft natuurlijk alleen nut als het relevant is voor de praktijk en voor de onderzoekers. Uit bovenstaande hoofdstukken wordt duidelijk dat beeldende therapie vanuit de bestaande literatuur een bijdrage kan leveren voor mensen met kanker en dat aansluitingspunten te benoemen zijn betreffende probleemgebieden, waarmee mensen met kanker in aanraking kunnen komen. Echter de vraag blijft hoe over het algemeen in de praktijk met deze doelgroep gewerkt wordt. Een eerste stap om hier meer duidelijkheid over te krijgen is het in kaart brengen van de manier waarop beeldende therapie in de praktijk wordt aangeboden. Om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen is gekozen om diverse zorginstellingen bij dit onderzoek te betrekken. Niet alleen de zorginstellingen zorgen voor diversiteit, maar ook de therapeuten met hun verschillende achtergronden. Hierdoor ontstaat een concreter beeld hoe met deze doelgroep gewerkt wordt en of eventueel overeenkomsten en/of verschillen te vinden zijn in de manier waarop de therapeut denkt en handelt.

Dit onderzoek heeft een exploratief en verkennend karakter. Dit betekent dat bijvoorbeeld gekeken wordt naar: welke factoren spelen een belangrijke rol binnen de oncologie, hoe sluit de therapeut hierop aan, hoe liggen de relaties en wat zijn achterliggende motivaties van therapeuten? Om deze informatie te verzamelen werd gekozen acht beeldend therapeuten vanuit drie verschillende soorten zorginstellingen te interviewen.

Naast de noodzaak om concreet onderzoek te verrichten in de praktijk, is over het algemeen voor het beroep noodzaak om middels degelijk onderzoek een bijdrage te leveren aan de evidence en het vergroten van kennis rondom het werken met kankerpatiënten op het gebied van complementaire zorg. Péntzes, Gielen en Beurskens (2012) beschrijven dat wanneer bij iedere cliënt en cliëntengroep rekening moet worden gehouden met de persoonlijke situatie van de desbetreffende cliënt(en) de gestructureerde richtlijnen niet altijd lijken aan te sluiten. Door middel van Evidence Based Practice (EBP) wordt beter afgestemd op de individuele cliënt of cliëntengroep. Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg en Haynes (2000) geven een concrete uitleg over EBP. Evidence Based Practice is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele cliënten. Het is een integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren en verwachtingen van cliënten spelen bij de besluitvorming een centrale rol (Sackett et al., 2000).

Middels dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan het ontwikkelen van kennis op het gebied van oncologie in combinatie met beeldende therapie. Door de verzamelde kennis te structureren en analyseren zullen beeldend therapeuten van elkaar te weten komen hoe binnen verschillende instellingen gewerkt wordt. Voor nu ontbreekt deze kennis nog, onder andere doordat niet altijd de mogelijkheid, tijd of ruimte bestaat om met andere therapeuten ervaringen en kennis uit te wisselen. Tot slot draagt dit onderzoek bij aan het ontwikkelen van kennis en vaardigheden op het gebied van het eigen methodisch handelen en het handelen als onderzoekers.

1.8 Vraagstelling

Uit alle bovenstaande informatie van de probleemgebied verkenning wordt de volgende vraagstelling voor het onderzoek afgeleid, zie tabel 1 'Vraagstelling voor het onderzoek':

Tabel 1 Vraagstelling voor het onderzoek

Hoofdvraag:

Hoe wordt beeldende therapie ingezet in diverse zorginstellingen bij volwassenen met kanker?

Verder zijn een aantal deelvragen geformuleerd om een concreet mogelijk antwoord op de hoofdvraag te verkrijgen, zie tabel 2 'Deelvragen voor het onderzoek':

Tabel 2 Deelvragen voor het onderzoek

Deelvragen:

1. Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?
2. Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?
3. Hoe wordt het medium ingezet bij de doelgroep oncologie binnen de verschillende zorginstellingen?

1.9 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inventariserend weer te geven hoe beeldende therapie binnen verschillende zorginstellingen wordt aangeboden en de manier waarop beeldend therapeutisch gewerkt wordt bij mensen met kanker. Hierbij is gericht naar de handelingswijze van de therapeut gekeken, zoals bijvoorbeeld het methodisch handelen en het handelen in het medium. De therapeut vertelt aan de hand van zijn eigen ervaringen in de praktijk en schept daardoor een beeld van de manier waarop beeldende therapie in de praktijk ingezet wordt binnen de oncologie.

De doelstelling is vierdelig: (1) kennisvermeerdering en (2) verandering en/of verbetering van het huidige aanbod. Centraal staat het verkrijgen van kennis over het onderzoeksthema. Beoogt wordt om verschillende perspectieven naast elkaar te plaatsen en te onderzoeken of eventueel in vergelijking met andere beeldend therapeuten overeenkomsten en/of verschillen te vinden zijn. Verder zal dit onderzoek bijdragen aan de vraag vanuit KenVaK (3) om meer onderzoek te verrichten op het gebied van vaktherapie en oncologie, aangezien recente onderzoeken veelbelovend waren. Vanwege het gebrek aan bestaande literatuur hierover, zal dit onderzoek een waardevolle aanvulling zijn wat betreft (vak)literatuur. Tot slot draagt dit onderzoek bij aan de praktijk. (4) De uitkomsten van het onderzoek kunnen bijdragen aan het in kaart brengen van praktijkgerichte beeldend therapeutische behandelingsmethoden binnen de oncologie.

Naast de algemene doelstelling draagt dit onderzoek bij aan de ontwikkeling van het eigen methodisch handelen van de onderzoekers. Omdat dit onderzoek in opdracht van KenVaK is, zijn de onderzoekers in contact gekomen met professionals die aangesloten zijn bij deze kenniskring. Er werd contact gelegd via email en er vond een interview plaats met een inhoudsdeskundige. Via deze weg kunnen de onderzoekers een nieuw netwerk uitzetten.

Verder kan inzicht verkregen worden in de handelings- en denkwijzen van de therapeuten en kunnen de onderzoekers gebruik maken van hun expertise hierin. De jarenlange ervaring en kennis van de therapeuten op het gebied van oncologie wordt door middel van het onderzoek deels overgedragen aan de onderzoekers. Tot slot wordt nieuwe kennis over de doelgroep opgedaan en gaan de onderzoekers op diverse plekken langs bij diverse praktijkinstellingen door heel Nederland.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt het plan uitgeschreven dat uitgevoerd is tijdens het afstudeeronderzoek. In hoofdstuk 1 De probleemstelling werd antwoord gegeven op de vragen 'waarom' en 'wat' onderzocht is. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vragen 'waar', 'wanneer', bij 'wie' en 'hoe' onderzocht is. Eerst wordt beschreven waarom gekozen is voor het onderzoektype inventariserende kwalitatieve survey en welke methode gevolgd is. Vervolgens wordt ingegaan op de onderzoekspopulatie en wordt de manier van dataverzameling die gehanteerd is vermeld. Vanuit deze verzamelde data wordt tevens inzichtelijk gemaakt hoe deze data is geprepareerd, geanalyseerd en aan welke kwaliteitscriteria het onderzoek voldoet.

2.1 Onderzoektype

In het kader van het afstudeerproject dat plaatsvindt in opdracht van het lectoraat KenVaK willen de onderzoekers de manier waarop beeldende therapie wordt ingezet bij volwassen cliënten die gediagnosticeerd zijn met kanker onderzoeken. De onderzoeksvraag is explorerend en beschrijvend en gericht op het inventariseren van het beeldend therapeutisch aanbod dat toegepast wordt bij de doelgroep kankerpatiënten en vroeg daarmee om een inventariserend kwalitatief onderzoek. De Jong, Vandenbroele en Visser (2012) beschrijven dat 'kwalitatieve onderzoeks- methoden zich richten op het achterhalen van redenen voor bepaalde fenomenen of op ervaringen die mensen hebben met, of ten aanzien van, bepaalde fenomenen' (p. 41). Dit was bij de onderzoeksvraag van dit onderzoek van toepassing, omdat getracht werd de ervaringen en kennis van verschillende beeldend therapeuten te inventariseren. Boeije (2014) beschrijft een explorerend onderzoek als volgt: 'wanneer nog veel kennis ontbreekt om een kennisprobleem op te lossen en nog geen goede en volledige theorie bestaat' (p. 50). Dit sloot tevens aan bij de onderzoeksvraag, aangezien met dit onderzoek getracht wordt een bijdrage te leveren aan het ontwikkelen van kennis. Hoewel dit onderzoek inventariserend is, werd bij het analyseren van de data gekeken naar mogelijke verbanden. Binnen een inventariserend of beschrijvend onderzoek kunnen de resultaten als geheel worden weergegeven, maar kan ook onderscheid gemaakt worden in verschillende categorieën (Baarda en De Goede, 2006).

Verder is voor een kwalitatief onderzoektype gekozen, vanwege het toepassen van een open onderzoeksprocedure (zie 2.4 'Dataverzameling'). In dit onderzoek wordt geëxploreerd hoe beeldende therapie wordt ingezet binnen diverse zorginstellingen aan volwassenen met kanker. Lucassen en Hartmann (2007) beschrijven dat bij een inventariserend onderzoek men zich vooral richt op het inventariseren van belevingen, ervaringen, wensen en behoeften. Dit was tevens van toepassing bij dit onderzoek, omdat het ging om de ervaringen van de therapeuten wat betreft hun inzet van beeldende therapie bij de betreffende doelgroep. Hiermee wordt beoogt om verschillende perspectieven naast elkaar te plaatsen en te onderzoeken of er eventueel, in vergelijking met andere beeldend therapeuten, overeenkomsten en/of verschillen te vinden zijn.

Het algemeen doel van het onderzoek is het in kaart brengen van het beeldend therapeutisch aanbod rondom het thema oncologie. Door het draaiboek van een kwalitatieve survey te hanteren, wordt getracht verborgen kennis ('tacit knowledge') te expliciteren.

2.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van richtlijnen uit de gefundeerde theoriebenadering. Volgens Corbin en Strauss (2008) is de gefundeerde theoriebenadering een methode die gericht is op het verzamelen van data, die systematisch is verzameld uit de praktijk, en vervolgens geanalyseerd wordt in het onderzoeksproces. In deze methode staan dataverzameling, analyse en theorie in hechte relatie tot elkaar. De gefundeerde theoriebenadering is iteratief, hiermee wordt bedoeld dat dataverzameling en het analyseren ervan samen gebeuren, constant op elkaar terugvallend. Bryman (2008) beschrijft dat het een proces van waarnemen, analyseren en reflecteren is dat constant wordt doorlopen. De data in dit onderzoek is verzameld door middel van interviews met acht verschillende beeldend therapeuten werkzaam binnen een oncologische setting.

Het analyseproces bestond uit twee fasen: open coderen en axiaal coderen, zie 2.6 'Data analyse'. Het doel van het doorlopen van deze twee fasen is om theoretische verzadiging te verkrijgen. Volgens Robson (2002) heb je theoretische verzadiging bereikt wanneer je op een punt bent gekomen waar je niets nieuws meer kunt toevoegen en je dataverzameling afneemt. In het tijdsbestek van het afstudeeronderzoek was het echter niet haalbaar om tot verzadiging te komen.

Echter hebben de onderzoekers hun best gedaan om zover als mogelijk te komen en met name in het geval van de kwalitatieve survey, zoveel mogelijk diversiteit in het tijdsbestek te betrekken. Doordat deze inventariserende onderzoeksvraag zich richt op de manier waarop beeldende therapie wordt aangeboden, is de onderzoeksmethode van de kwalitatieve survey de juiste manier om het onderzoek in de praktijk uit te voeren (Bryman, 2008). Het doel van de onderzoeksvraag is inzicht te krijgen in de manier waarop beeldend therapeuten werkzaam zijn met het eerder beschreven fenomeen. Deze onderzoeksmethode is gericht op het krijgen van informatie van zaken waar nog niets of weinig over geschreven is, om zo verborgen kennis te expliciteren. In dit geval was dat de kennis en ervaring van beeldend therapeuten uit het werkveld van de oncologie.

Gekozen is voor een kwalitatieve survey, vanwege het uitgangspunt om de verscheidenheid te gaan inventariseren gericht op belevingen, meningen en verwachtingen van beeldend therapeuten. Baarda, De Goede en Kalmijn (2007) beargumenteerd dat deze onderzoeksmethode het meest geschikt is als het gaat om inventarisatie. Voor deze vorm van onderzoek is gekozen, omdat juist hierdoor diepgaande informatie achter vraagt kon worden. Door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep is getracht diepgaande informatie te achterhalen. In een kwalitatief onderzoek gaat het om open gesprekken, waarbij veel ruimte is voor het doorgaan op specifieke antwoorden van een respondent. Door te streven naar diversiteit en verscheidenheid binnen de onderzoekspopulatie kan een zo breed mogelijk beeld verkregen worden over de verschillende perspectieven. Via de kwalitatieve survey wordt geprobeerd van het onderzoekverschijnsel zoveel mogelijk facetten te verzamelen en te beschrijven. Baarda, De Goede en Teunissen (2005) noemen dit 'een dwarsdoorsnede van een facet maken' (p. 128). Om dit zo breed als mogelijk te maken zijn zoveel als mogelijk verschillende beeldend therapeuten (professionele netwerk KenVaK zie 2.3 'Onderzoekspopulatie') werkzaam binnen de oncologie in dit onderzoek benaderd. De resultaten van een kwalitatief onderzoek bieden een indicatief beeld van hoe de totale groep over het vraagstuk denkt. Er is immers een beperkte groep respondenten ondervraagd, dus cijfermatige onderbouwing is niet beschikbaar. Wel geven de resultaten veel informatie die men niet met kwantitatief onderzoek zou achterhalen; er is dieper ingegaan op meningen, maar er kwam ook extra informatie naar boven waar de onderzoekers in eerste instantie niet aan gedacht hadden (Baarda et al., 2007). Bryman (2008) beschrijft een stappenplan die als leidraad is gebruikt gedurende het onderzoek. Deze is bijgevoegd in bijlage 5 (blz. 83).

Ter ondersteuning van de analyse hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van de stappen vanuit de creatief therapeutische driehoek (Smeijsters, 2008). Daar de deelvragen vanuit het onderzoek zich al richten op het onderscheid tussen cliënt, therapeut en medium bleek de creatief therapeutische driehoek zinvol ten behoeve van de verkregen resultaten (zie tabel 3 'onderverdeling van de deelvragen in cliënt – therapeut – medium'). Gedurende de data analyse kwamen de categorieën overeen, waardoor een onderverdeling kon worden gemaakt tussen datagegevens vanuit de cliënt, datagegevens vanuit de therapeut en datagegevens vanuit het medium. Zoals eerder aangegeven werd om de vraagstelling zo goed mogelijk te beantwoorden een aanvulling op de bestaande creatief therapeutische driehoek gegeven, bijgevoegd in bijlage 2 (blz. 76).

Tabel 3 Onderverdeling van de deelvragen in cliënt - therapeut - medium

Onderverdeling	Deelvragen
Cliënt	1) Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?
Therapeut	2) Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?
Medium	3) Hoe wordt het medium ingezet bij de doelgroep oncologie binnen de verschillende zorginstellingen ?

2.3 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek wordt een relatief klein aantal onderzoekseenheden bestudeerd. Doordat dit afstudeerproject in opdracht van het lectoraat KenVaK plaatsvindt, kon bij het benaderen van geschikte respondenten gebruik worden gemaakt van het professionele netwerk van KenVaK en werd een grote groep beeldend therapeuten werkzaam binnen de oncologie benaderd. Dit onderzoek heeft zich qua respondenten beperkt tot acht beeldend therapeuten die werkzaam zijn in Nederland en specifiek therapie geven aan volwassen mensen met de diagnose kanker.

Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve selectiestrategie. Door middel van een doelgerichte selectie ('purposive sampling') werden de onderzoekseenheden geselecteerd. Plochg, Juttmann,

Klazinga en Mackenbach (2012) beschrijven dat bij doelgerichte selectie 'onderzoekseenheden geselecteerd worden op basis van vooraf geformuleerde criteria' (p. 81). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van doelgerichte selectie, doordat vooraf in samenspraak met KenVaK de criteria dat alleen opgeleide beeldend therapeuten die ervaring hebben met betrekking tot kankerpatiënten, ongeacht hun werkveld, benaderd worden. Verder is bewust gekeken naar deelnemers vanuit verschillende zorginstellingen, belangrijk hierbij was om de variëteit te behouden. Het doel van deze selectie is om te waarborgen dat zoveel mogelijk kenmerken die in het licht van de vraagstelling mogelijk relevant zijn vertegenwoordigd zijn. Gezien de onderzoeksmethode van dit onderzoek een kwalitatieve survey is en daarmee juist de verscheidenheid werd geïnventariseerd en de breedte werd ingekeken, is het van belang geweest om te kiezen voor beeldend therapeuten met verschillende kenmerken met betrekking tot opleidingsachtergrond¹⁰, werkervaring en werksetting.

In dit onderzoek zijn keuzes gemaakt voor beeldend therapeuten die aan de gewenste (verschillende) kenmerken voldeden. Gedurende dit onderzoek zijn voornamelijk de inclusiecriteria belangrijk geweest. Door gebruik te maken van acht beeldend therapeuten, werkzaam in verschillende Nederlandse zorginstellingen werd de diversiteit gewaarborgd. Alle therapeuten hebben kennis en ervaring met betrekking tot mensen die betrokken zijn met kanker. Dit is van belang geweest in het beantwoorden van de onderzoeksvraag, omdat zij de verscheidenheid in de populatie moeten vertegenwoordigen. Het was belangrijk om een zo hoog mogelijke graad van verzadiging te bereiken. Dit is in dit onderzoek nagestreefd aan de hand van verschillende respondenten, met verschillende achtergronden, verschillende meningen en verschillende manieren van werken. Deze variaties boden de onderzoekers de mogelijkheid om een breed beeld te verkrijgen over de manier van werken. Iedere respondent had ongeacht zijn opleiding een andere achtergrond en werkzaam in een andere omgeving. Dit kan bijvoorbeeld invloed hebben op de methode die de respondenten toepassen, maar ook op de visie en achtergrond van de respondenten.

Zoals eerder beschreven werden om de diversiteit van de inventarisatie te bewaken beeldend therapeuten van verschillende zorginstellingen betrokken, zoals inloophuizen, ziekenhuizen en privé praktijken. Vooraf geformuleerde criteria voor deze groep was dat de therapeut beeldend therapeutisch is opgeleid en werkzaam is binnen de oncologie. Participerend beeldend therapeuten zijn allemaal vrouwelijke beeldend therapeuten, met ieder ervaring in het werkveld van de oncologie. Alle desbetreffende therapeuten werken met volwassenen in praktijkinstellingen waar beeldende therapie aangeboden wordt aan mensen met kanker. De respondenten in dit onderzoek zijn schematisch weergegeven in tabel 4 'Respondenten', dat hieronder weergegeven is.

Tabel 4 Respondenten

Respondent	Opleidingsachtergrond	Werkplek
Respondent 1	Creatieve therapie beeldend, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Toon Hermanshuis (<i>inloophuis</i>) (Heerlen, Sittard) en <i>privé praktijk</i>
Respondent 2	Creatieve therapie beeldend, Hogeschool Zuyd Sittard	Toon Hermanshuis (<i>inloophuis</i>) (Weert), Behandelcentrum Dichterbij en <i>privé praktijk</i>
Respondent 3	Creatieve therapie beeldend, Micojel opleidingen, Jelburg	Antoni Van Leeuwenhoek ziekenhuis (Amsterdam)
Respondent 4	Creatieve therapie beeldend, post HBO creatieve therapie	Antoni Van Leeuwenhoek ziekenhuis (Amsterdam)
Respondent 5	Creatieve therapie beeldend, Micojel opleidingen, Jelburg.	Adamas (<i>inloophuis</i>) (Nieuw-Vennep) en stichting Les Vaux
Respondent 6	Creatieve therapie beeldend, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Toon Hermanshuis (<i>inloophuis</i>) (Arnhem) en <i>privé praktijk</i>
Respondent 7	Creatieve therapie beeldend, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Revalidatieafdeling van het universitair centrum voor chronisch zieken, Dekkerswald (ziekenhuis) en Mariekenhuis (<i>inloophuis</i>) (Nijmegen)
Respondent 8	Creatieve therapie beeldend, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Herstel en Balans programma van Oncologisch Kennis Centrum Schalkhaar (<i>inloophuis</i>)

¹⁰ Opleidingsachtergrond: Hiermee wordt niet de opleiding 'creatieve therapie' bedoeld, maar de verscheidenheid in scholen waarin de opleiding heeft plaatsgevonden.

In tabel 4 'Respondenten' op de vorige pagina is de diversiteit in opleidingsachtergrond terug te zien. Verder valt onder 'Werkplek' terug te zien dat een aantal therapeuten (respondent 1, 2, 6 en 7) werkzaam zijn in meerdere zorginstellingen betreffende de doelgroep oncologie. Echter lag bij dit onderzoek de focus op één werkplek van de therapeuten, welke werkplek dit was staat aangegeven in tabel 5 'Onderverdeling per oncologische zorgsetting (zie hoofdstuk 3 'Resultaten')'. De therapeuten hebben gedurende het onderzoek een duidelijk onderscheid weten te behouden tussen de werkplekken. Wanneer informatie verstrekt werd betreffende een andere werkplek dan waar de focus op lag werd dit aangegeven en indien mogelijk meegenomen in het onderzoek.

2.4 Dataverzameling

In deze paragraaf wordt de manier van dataverzameling die gehanteerd is vermeld, een onderscheid wordt gemaakt tussen 2.4.1 'Het interview' en 2.4.2 'Vastleggen van de data'. Vanuit deze verzamelde data wordt in paragraaf 2.5 en 2.6 inzichtelijk gemaakt hoe deze data is geprepareerd en geanalyseerd. Tot slot wordt in paragraaf 2.7 beschreven aan welke kwaliteitscriteria het onderzoek voldoet.

2.4.1 Het interview

In dit afstudeeronderzoek is de data verzameld aan de hand van mondelinge interviews. Baarda, et al. (2005) noemen bij het kwalitatieve survey, het voeren van interviews als een geschikt middel om data te kunnen verzamelen. Een belangrijke reden daarvoor is dat men later bij de analyse door het getranscribeerde interview zo dicht als mogelijk bij de geïnterviewde blijft ('close to data'). Volgens Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Van der Velden en De Goede (2013) is de beste manier om 'tacit knowledge' te verkrijgen het mondeling interview, het mondeling interview biedt namelijk de mogelijkheid om door te vragen en zo de diepte in te gaan en onduidelijkheden of irritaties kunnen tevens gelijk opgelost worden.

Passend bij kwalitatief onderzoek en de betreffende onderzoeksvraag is de keuze gemaakt om de interviews zo open mogelijk te houden. Doordat de vragen open gesteld werden kreeg de respondent de gelegenheid zijn verhaal te vertellen. Dit draagt tevens bij aan de 'authenticity' van het onderzoek. Er werd voldoende ruimte gegeven om te antwoorden en op deze manier kon de respondent inbrengen wat zij ook echt wilde inbrengen. Baarda et al. (2007) beschrijft dat bij een open interview de interviewer vragenderwijs gespreksonderwerpen introduceert om te kijken hoe de geïnterviewde tegen bepaalde dingen aankijkt. Het voordeel van een open interview is dat snel informatie over veel onderwerpen verkregen kan worden en onmiddellijk doorgevraagd kan worden als daartoe aanleiding bestaat. Het doel van een open interview is het verzamelen van geldige en betrouwbare informatie over de onderzoekseenheden die op grond van de probleemstelling zijn geselecteerd (Baarda et al, 2007).

Verder hebben de interviews de vorm aangenomen van een individueel ('face to face') gesprek in de vorm van een diepte interview. De Jong et al. (2012) leggen uit dat 'diepte-interviews bij kwalitatief onderzoek bedoeld zijn om het gezichtspunt van de informant helder te krijgen' (p. 184). Dit houdt in dat door middel van deze dataverzamelingstechniek getracht is de diepte in te gaan met het interview, door middel van doorvragen. Op deze manier hebben de onderzoekers getracht zo open als mogelijk antwoorden te krijgen op de vraagstelling. Bovendien is gekozen voor het uitvoeren van individuele diepte-interviews, omdat men hierbij de persoonlijke mening van een individu (de therapeut) over een bepaald onderwerp of handeling kan achterhalen. Volgens Baarda et al. (2013) is de geïnterviewde in een individueel gesprek minder geremd dan tijdens een groepsgesprek, voortdurend zelf aan het woord en blijft in zijn eigen gedachten en laat zich niet beïnvloeden door reacties die in een groepsgesprek naar voren zouden kunnen komen. Op deze manier kon bijvoorbeeld gevraagd worden naar het waarom of naar motieven. Deze vragen waren nodig om een antwoord op de vraagstelling te achterhalen.

Er werd gelet op het moment van afname, zes van de acht interviews werden aan het begin van de week (maandag of dinsdag) afgenomen. De voorkeur ging uit om de interviews eerder op de dag te laten plaatsvinden, dit in verband met de 'dependability' van het onderzoek. Er werd in dit onderzoek gekozen voor een één-moment opname. Dit betekent dat de onderzoekers elke therapeut slechts één keer zagen. Voor deze vorm van opname is gekozen, omdat de diversiteit en verscheidenheid binnen dit onderzoek centraal stond en op deze manier in een beperkte tijd zoveel als mogelijk beeldend therapeuten werkzaam in de oncologie benaderd konden worden. Voorafgaand aan het afnemen van de interviews is geoefend in het afnemen van een proefinterview met een medestudent, zodat eventuele onduidelijkheden in de vraagstelling duidelijk werden en eventueel de

volgorde van vragen naar aanleiding van het proefinterview bijgesteld konden worden. Verder is vanuit de opleiding een workshop interviewen georganiseerd, gehouden door drs. Ingrid Pénzes, waaraan deelgenomen is in het kader van dit onderzoek. De hieruit bruikbare informatie is verwerkt in de manier van het afnemen van de interviews.

Gedurende het onderzoek is gebruikt gemaakt van half gestructureerde interviews, waarbij het onderwerp en de belangrijkste vragen vastlagen. De bevragingmethode was open, maar de onderwerpen die aan bod kwamen lagen min of meer vast. Baarda et al. (2013) beargumenteert dat je daarbij niet het risico loopt dat bepaalde onderwerpen niet aan bod komen, waarvan je bij de analyse denkt 'dat had ik nog moeten vragen'. In deze vorm werd gebruikt gemaakt van een topiclijst (zie bijlage 6, blz. 84). Volgens Baarda et al. (2013) staan de onderwerpen in een topiclijst in een logische volgorde. Echter staat het de interviewer vrij om, als dat in het gesprek beter uitkomt, de volgorde van onderwerpen te veranderen, zolang ze allemaal maar aan de orde komen. Door gebruik te maken van een topiclijst wordt door de onderzoekers getracht meer structuur te creëren. De vooraf vastgestelde onderwerpen werden door de onderzoekers door middel van een open beginvraag en doorvragen verder uitgediept. Passend bij kwalitatief onderzoek is gekozen voor deze manier van bevragen, omdat het bij kwalitatief onderzoek belangrijk is dat de onderzoeker flexibel kan inspelen op de onderzoekssituatie en op de informatie die de respondenten geven (Baarda et al., 2013). Baarda et al. (2007) geven aan dat 'het van belang is dat de interviewer bij een open interview, goed luistert, een gesprek kan (onder)houden en in staat is 'goede' vragen te stellen' (p. 15). Aangezien dit onderzoek door twee onderzoekers is uitgevoerd, was tijdens het afnemen van de interviews de mogelijkheid tot observatie, lettende op niet alleen onderzoekvaardigheden om met behulp van evaluatie deze te verbeteren, maar ook lettende op eventuele dieptevragen die de andere onderzoeker mogelijk heeft laten liggen gedurende het afnemen van het interview. Op basis van het proefinterview zijn kleine aanpassingen uitgevoerd betreffende vaardigheden als doorvragen en betreffende de volgorde van de topiclijst.

Dit onderzoek is uitgevoerd door twee onderzoekers, tevens ook de interviewers. Alle afgenomen interviews zijn gezamenlijk uitgevoerd, waarbij bij ieder interview sprake was van één interviewer en één observator, die het non-verbale gedrag van de respondent en de interviewvaardigheden van de interviewer heeft geobserveerd. Dit om eventuele diepte-vragen die de interviewer gemist heeft alsnog aan te kaarten bij de geïnterviewde. Het afnemen van interviews door twee verschillende onderzoekers werd als voordeel gezien. Beiden onderzoekers hebben andere kwaliteiten en konden elkaar aanvullen op competenties. Dit draagt tevens positief bij aan het verzamelen van de data en het reflectieve gedeelte van de verzameling.

2.4.2 Vastleggen van de data

Gedurende interviews is gebruikt gemaakt van geluidsopnamen en video-opnamen, dit om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen. Deze opnamen waren enkel bestemd voor het onderzoek en waren niet beschikbaar voor anderen dan de onderzoekers. Gekozen is voor audio- en video-opnamen, omdat deze achteraf te beluisteren of te bekijken zijn, waardoor de opnames nauwkeurig uitgewerkt konden worden. Voorafgaand is voor toestemming van gebruik van de dataregistratieapparatuur aan de respondenten gevraagd en het maken van aantekeningen door de onderzoeker. Een goede audio opname is de basis voor het transcriberen van een interview (Baarda, 2009). De keuze voor het gebruik van dataregistratieapparatuur komt hieruit voort. Door daarnaast gebruik te maken van video opnames kon, waar nodig, gekeken worden naar het non-verbale gedrag van de respondent. Doordat de interviews door twee onderzoekers uitgevoerd werden, is gekozen om een rolverdeling te maken. Afwisselend was één iemand de interviewer en de ander de observator. Tijdens het interview zijn notities gemaakt door de observator, deze notities dienden ter aanvulling van de gesprekken. Ten eerste zijn de notities door de observator gebruikt als hulpmiddel voor de interviewer bij het stellen van vragen, op deze manier konden mogelijke thema's of vragen die in het gesprek niet diep genoeg op doorgevraagd werd worden vastgelegd en later in het gesprek terugkomen. Verder zijn notities gemaakt om opvallende dingen op te schrijven, bijvoorbeeld zaken die voor de interpretatie van de data van belang waren. Deze notities zijn in de uitgeschreven tekst tussen haakjes geplaatst, zodat het gemakkelijk te herkennen was dat het niet om een letterlijk tekst ging, maar om een aanvulling. Boeije (2005) benoemt dat bij het transcriberen van beeld en geluidsregistraties iets gebeurt met de gegevens, 'zo gaat het non-verbale gedrag, zoals gelaatsuitdrukkingen en houding, toon, ritme en intonatie, verloren' (p. 52). In dit onderzoek ging het voornamelijk over observaties over bijvoorbeeld non-verbaal gedrag, spreekwijzen of affect uitingen. Door middel van het bijhouden van de notities is getracht dit op te vangen.

In het kader van kwaliteitsborging van het onderzoek werd bij deelname aan het onderzoek gevraagd om het interview achteraf na te lezen en de respondent de gelegenheid te geven zich te herkennen in de gegeven informatie, een eerlijke kans te geven en tevens zuivere resultaten te behouden. Dit heeft tevens bijgedragen aan de 'confirmability' van het onderzoek.

2.5 Datapreparatie

De preparatie van de data (opgenomen interviews) vindt plaats in de vorm van uitschrijven (transcriberen) in 'Word'. Deze keuze is gemaakt, omdat het coderingsprincipe van de data-analyse geschikt is voor geschreven tekst (Baarda et al., 2013). De coderingsprincipes kunnen worden toegepast op tekstachtig materiaal. Daarnaast is gebruikt gemaakt van de 'VLC player' voor het beluisteren van de opnames van de interviews. Aangezien vanuit de 'VLC player' de mogelijkheid bestaat om de gesproken tekst te vertragen konden alle interviews letterlijk uitgetypt worden en interpretaties konden daardoor zoveel mogelijk vermeden worden, waardoor de kwaliteit van het transcript maximaal is. Verder is bij ieder 'Word'-bestand de datum toegevoegd en is genoteerd waar en onder welke naam de bestanden zijn opgeslagen. Alle bestanden zijn bij beide onderzoekers dubbel opgeslagen (op de laptop en een verwisselbare harde schijf) zodat bij eventueel verlies de documenten terug te halen zouden zijn. Voordat de eigenlijke analyse begon werd het materiaal geprepareerd. Ieder interview werd individueel en volledig uitgeschreven. Wanneer de interviews getranscribeerd waren werden de relevante delen geselecteerd. Wanneer direct duidelijk werd dat een bepaald deel van het interview niet te gebruiken was werd dit gedeelte bij voorbaat eruit geselecteerd. Dit was bijvoorbeeld het geval als het gesprek niet meer ging om een relevant onderwerp voor het onderzoek. Niet relevant hield bijvoorbeeld in een gesprek over het weer of het aanbieden van een kopje koffie of grapjes die tussendoor gemaakt werden.

Voor en ook tijdens het voorbereiden van het onderzoek is een uitgebreide literatuurstudie gedaan. Op advies van Boeije (2005) werd tijdens dit onderzoek gebruik gemaakt van het bestuderen van literatuur op het onderzoeksgebied. Boeije (2005) vermeldt dat het niet bestuderen van de literatuur ertoe kan leiden dat het wiel telkens opnieuw uitgevonden wordt. Door de literatuur wél te bestuderen raakt de onderzoeker bovendien goed op de hoogte van hedendaagse ideeën en discussies. Dit is vervolgens goed voor het verzamelen van de datagegevens en het in het vizier houden van de onderzoeksvraag.

2.6 Data-analyse

Voorafgaand aan de data-analyse is een workshop coderen georganiseerd vanuit de opleiding, gegeven door drs. Ingrid Péntzes, waaraan is deelgenomen ter voorbereiding op het coderen. De fase van data verzameling leverde ruw materiaal op, om de verzamelde data geschikt te maken voor analyse is gekozen voor het bewerken van het materiaal. Dit betekent dat de audio opnames omgezet zijn in geschreven teksten (transcriberen). De analyse van data verloopt in stappen waarbinnen gebruikt wordt gemaakt van verschillende vormen van codering (Baarda et al., 2005). Transcriberen is de eerste stap van het analyseproces, waarbij de onderzoekers greep op de data probeert te krijgen. Volgens Plochg et al. (2012) gaat het erom een globaal overzicht van het onderzoeksmateriaal te krijgen. De eerste stap was het globaal lezen en bekijken van al het verzamelde onderzoeksmateriaal. Dit om een eerste algemene indruk te krijgen van de mate waarin de data informatief zijn in het licht van de onderzoeksvraag (Plochg et al., 2012).

In dit onderzoek is gebruikt gemaakt van open- en axiaal coderen, omdat deze vorm van coderen voldoet voor een inventariserende vraagstelling. Open codering begon direct na het woordelijk uittypen van een opgenomen interview in een tekstdocument. Volgens Plochg et al. (2012) is 'het doel van open coderen de data te organiseren in fragmenten tekst, alvorens ze in een volgend stadium van betekenis kunnen worden voorzien' (p. 87). Op de eerste plaats is de analyse gericht op het uiteenrafelen van de verzamelde data. In deze open coderingsfase werden tekstfragmenten aangeduid met coderingstermen die nauw aansluiten bij de beleving van de respondenten, er werd zoveel als mogelijk de taal van de data gehanteerd. Vervolgens werd de data verdeeld in fragmenten (bij elkaar horende teksten) en alle fragmenten werden gecodeerd (gelabeld) met een bepaalde code. Baarda et al. (2013) beargumenteert dat het doel van open coderen is dat de data overzichtelijk en daardoor hanteerbaar wordt gemaakt voor de onderzoeker. De tekst werd in deze fase geordend en gestructureerd op basis van codes of 'sensitizing concepts'. Tekstfragmenten die niet gecodeerd kunnen worden met de 'sensitizing concepts', werden van nieuwe codes voorzien. Dit inductieve proces leverde een code boom op, zie bijlage 7 (blz. 85).

Vervolgens werd structuur aangebracht binnen de gegevens en gezocht naar verbanden. Deze tweede fase van de data-analyse bestaat uit het axiaal coderen. Door axiaal te coderen werden de gevonden coderingen aangevuld, opnieuw bekeken ('constant comparison'), opnieuw gerangschikt en werden verbanden gelegd. De resterende codes werden op hun juistheid gecontroleerd en eventueel geherformuleerd. Baarda et al. (2013) beargumenteert dat het doel van axiaal coderen het uitwerken van centrale begrippen is waarmee de vraagstelling kan worden beantwoord. Bij het axiaal coderen is het uitwerken van categorieën van belang om uit te maken wat belangrijke en minder belangrijke elementen waren van het onderzoek. Vervolgens werden de transcripten opnieuw gelezen en herlezen om de codes te verfijnen, onderlinge verbanden te zoeken en een hiërarchie aan te brengen. Uiteindelijk werden hoofdcategorieën gemaakt van alle codes die bij elkaar hoorden. Deze categorieën werden verder onderverdeeld in subcategorieën. Deze vormden de basis voor het beantwoorden van de vraagstelling. Citaten worden ter illustratie van de resultaten gerapporteerd (zie hoofdstuk 3 'Resultaten').

Bij het analyseren van het onderzoeksmateriaal is gebruikt gemaakt van geavanceerde softwareapparatuur die het kwalitatieve analyseproces kan ondersteunen (NVivo). De onderzoekers moesten alsnog zelf de gehele cyclus van codering en analyse uitvoeren, maar het voordeel van deze software is dat ze het analyseproces systematiseren, ordenen, inzichtelijk en toegankelijk maken. Met de coderingsprincipes vanuit de Grounded Theory als basis is in dit onderzoek sprake van een iteratief proces. De data-analyse bij een onderzoek volgens de Grounded Theory is een cyclisch proces, waarbij de data constant geanalyseerd worden. De Jong (2003) onderkent de volgende fases hierin:

- Exploratiefase
- Specificatiefase
- Reductiefase
- Integratiefase

Deze fasen vormen dus geen lineair proces, maar wisselen elkaar voortdurend af. Bij alle fases wordt naast het verzamelde materiaal gebruik gemaakt van verschillende vormen van memo's. Deze sturen het verloop van het dataverzamelings- en data-analyseproces. De overzichtsmemo's geven de stappen aan die ondernomen zijn naar aanleiding van de waarneming en de analyse (De Jong, 2003).

2.7 Kwaliteitscriteria

Om aan de uitkomsten van dit onderzoek waarde te kunnen hechten, voldoet het onderzoek aan de eisen die betrekking hebben op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek, die men in kwalitatief onderzoek de 'trustworthiness' van de data noemt (Mariano, 1995). De data zal voldoen aan de vijf criteria: 'credibility', 'dependability', 'confirmability', 'transferability' en 'authenticity'. Hieronder wordt beschreven welke technieken toegepast zijn in dit onderzoek om aan deze criteria te voldoen.

Credibility

'Credibility' betreft 'de geloofwaardigheid en aannemelijkheid van de analyses voor de respondenten' (Smeijsters, 2005, p. 73). De 'credibility' van het onderzoek werd nagestreefd doordat de bevindingen van het onderzoek berusten op de interpretaties van meerdere onderzoekers. Het onderzoek is uitgevoerd door twee onderzoekers, waarbij de transcripten voortdurend zijn gewisseld en los van elkaar zijn geanalyseerd. De ontwikkelde codes werden besproken en bij onderlinge verschillen werd in overleg ('debriefing') de best passende code gekozen (onderzoekers triangulatie). Van hieruit is een gezamenlijke analyse voortgekomen. Om ideeën en beslissingen vast te leggen, werd gebruik gemaakt van memo's (verhoging van de transparantie en inzichtelijkheid van de gegevens). Bovendien werd een deskundige ingeschakeld om het onderzoeksproces kritisch te volgen ('peer review') waardoor de kwaliteit van de dataverzameling en analyse werd vergroot. Verder werd gedurende het onderzoek de data zo open mogelijk verzameld, de respondenten kregen voldoende ruimte om hun verhaal te kunnen doen. De ondernomen stappen tijdens het gehele onderzoeksproces zijn inzichtelijk door overzichtsmemo's zoals bij de coderingsprincipes vanuit de Grounded Theory behoort (zie 2.6 'Data analyse'). Door middel van 'peer debriefing' heeft telkens een terugblik van onderdelen uit het gehele onderzoeksproces plaatsgevonden. Tijdens het interview is getracht 'credibility' na te streven door onder andere 'member-checking', de onderzoekers hebben tijdens en na het interview bevindingen samengevat. Hierdoor werd de respondent in staat gesteld telkens de terugkoppeling te verifiëren en indien nodig te corrigeren.

Dependability

'Dependability' houdt in dat de resultaten 'zo compleet mogelijk zijn, dat geen belangrijke informatie ontbreekt' (Smeijsters, 2008, p. 385). Gedurende het onderzoek is gebruik gemaakt van dataregistratieapparatuur, de interviews zijn opgenomen met een 'voice recorder' en tevens gefilmd (Baarda et al., 2007). Vervolgens zijn de opnames met het programma 'VLC-player' uitgewerkt. Hierdoor konden de opnames nauwkeurig worden uitgewerkt, waardoor het transcript voor 100% nauwkeurig overgenomen kon worden en de kwaliteit optimaal was. De tijdens het onderzoek verzamelde gegevens werden in een 'Word' bestand vastgelegd. Met behulp van triangulatie werd de validiteit van het onderzoek vergroot. Triangulatie wil zeggen dat 'er meer metingen worden verricht vanuit verschillende invalshoeken' (Boeije, 2005, p. 152). Om de kwaliteit van dataverzameling te vergroten heeft voortdurende reflectie plaatsgevonden onder andere op de houding en de manier van vragen stellen van de onderzoekers. Boeije (2014) geeft aan dat teams van onderzoekers over het algemeen een hoger niveau van conceptueel denken realiseren dan een individuele onderzoeker. Door letterlijk tijd over te houden op de terugreis van een interviewafname, konden de onderzoekers hun ervaringen uitwisselen, voorlopige bevindingen bespreken, verschillende interpretaties exploreren, elkaar wijze op eventuele suggestiviteit gedurende het interview en hun handelen hierin bijstellen voor een volgend interview.

In dit onderzoek hebben de onderzoekers elkaars interviews en aantekeningen voorzien van feedback om op deze manier de kwaliteit te vergroten. Een voortdurende vergelijking heeft plaatsgevonden tussen de gegevens en (indien nodig was) is gezocht naar nieuwe gegevens met behulp van het afnemen van nieuwe interviews bij nieuwe respondenten, die eerdere bevindingen konden corrigeren, aanscherpen of bevestigen.

Confirmability

De 'confirmability' komt overeen met objectiviteit en verifieerbaarheid (Boeije, 2005). Van 'confirmability' is sprake wanneer 'een buitenstaander kan volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen' (Smeijsters, 2006, p. 44). Door het hanteren van de coderingsprincipes vormen de verzamelde onderzoeksgegevens het uitgangspunt. De gegevens hiervan zijn zo open mogelijk benaderd en bij het coderen is zoveel mogelijk de taal van de data gebruikt. Voorafgaand aan het afnemen van de interviews werd de topiclijst voorgelegd aan de onderzoeksbegeleider ('peer debriefing'). De onderzoeksbegeleider werd eveneens betrokken bij het proces van data-analyse. Dit ter bewaking van het proces van codering en de stappen die genomen zijn in de overzichtsmemo's. Door deze maatregelen kon eventuele beïnvloeding van de onderzoeker, die kan leiden tot bias, aan het licht komen (Baarda et al., 2013).

Transferability

'Transferability' betekent letterlijk 'overdraagbaarheid, zijn de resultaten bruikbaar voor anderen' (Boeije, 2005, p. 156). Om 'transferability' of verplaatsbaarheid van de gegevens naar een andere setting te faciliteren wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van 'thick description'. 'Thick description' in kwalitatief onderzoek houdt in dat observaties samen met de context worden beschreven in het verslag (Baarda et al., 2013). Door middel van de context kunnen bepaalde betekenissen aan de observaties worden verbonden die zonder context misschien niet waren gevonden. 'Thick description' is een manier om een bepaalde externe validiteit te bereiken (Boeije, 2005). Omdat het onderzoek zicht richt op een specifieke onderzoekspopulatie (zie 2.3 'Onderzoekspopulatie') is de bruikbaarheid voor het werkveld beperkt. Hierdoor worden zo heterogeen als mogelijke respondenten geïnterviewd om zo veel mogelijk verschillende facetten te inventariseren. Dit maakt de resultaten uiteindelijk bruikbaar voor andere therapeuten met een soortgelijke doelgroep.

Authenticity

Om 'authenticity' te bereiken is het nodig dat de respondenten van de interviews de ruimte hebben om hun verhaal te geven (Smeijsters, 2005). In dit onderzoek werd door middel van open interviews geprobeerd om de belevingen, de visie en methode van de therapeuten zo breed als mogelijk te bespreken. Tijdens het afnemen van de interviews zijn bewust stiltes ingevoerd om de respondent de mogelijkheid te geven om na te denken over antwoorden op vragen. Aan het eind van ieder interview is duidelijk gevraagd voor aanvullingen van de therapeut voor thema's, aanvullende informatie, belangrijke zaken die niet benoemd zijn geworden en was tevens de mogelijkheid voor het naderhand geven van aanvullingen. Bij iedere respondent heeft een 'member check' plaatsgevonden, waarbij aan iedere respondent gevraagd werd of zij zich in de resultaten kon herkennen en is hun ruimte gegeven voor feedback of aanpassingen. Op deze manier werden de resultaten het best representatief.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek te lezen. Deze resultaten zijn tot stand gekomen door middel van gecodeerde en geanalyseerde interviews die zijn afgenomen met verschillende respondenten. De onderzoeksgroep bestaat uit acht verschillende beeldend therapeuten, werkzaam binnen verschillende zorginstellingen verspreid over heel Nederland. In hoofdstuk 2 'Onderzoeksmethode' werd beschreven hoe de verkregen data verwerkt en geanalyseerd is. In hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van het onderzoek geïnventariseerd. Tot slot wordt een samenvatting gegeven over de resultaten.

Het onderzoek richt zich op de vraag hoe beeldende therapie wordt ingezet in diverse zorginstellingen aan volwassenen met kanker (zie hoofdstuk 1.3). Onder paragraaf 3.2 wordt de vraag 'Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?' onder de loep genomen. Hierbij wordt gekeken naar de onderwerpen die gedurende de beeldende therapie naar voren komen. Vervolgens wordt onder paragraaf 3.3 de vraag 'Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?' beschreven. Hierbij wordt ingegaan op de werkvorm, werkwijze, therapeutische houding, relatie en therapeutische technieken die de therapeut inzet en toepast gedurende de beeldende therapie. Tot slot geven de onderzoekers onder paragraaf 3.4 antwoord op de vraag 'Hoe wordt het medium ingezet bij de doelgroep oncologie binnen de verschillende zorginstellingen?' Hierbij wordt ingegaan op de manier waarop het beeldend medium wordt aangeboden door de therapeuten.

Zoals in paragraaf 2.6 'Data analyse' al beschreven, is om de resultaten te ordenen gebruikt gemaakt van de onderdelen van de creatief therapeutische driehoek. Om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de onderzoeksvraag, heeft een aanvulling van onderdelen in de bestaande creatief therapeutische driehoek plaatsgevonden, zoals eerder beschreven (bijlage 2, blz. 76). Om te zorgen dat de vraagstelling zo goed mogelijk beantwoord werd, is tijdens het analyseren van de data allereerst gekeken naar het onderzoeksmateriaal om een eerste algemene indruk te krijgen van de mate waarin de data informatief zijn in het licht van de onderzoeksvraag. Het onderzoek betreft een inventariserende kwalitatieve survey, dat wil zeggen dat dit onderzoek zich richt op de verscheidenheid van de manier waarop therapeuten binnen diverse zorginstellingen beeldende therapie inzetten aan volwassenen met kanker. Naast deze verscheidenheid zijn tijdens de analyse van de data aspecten naar voren gekomen waarin overeenkomsten te benoemen waren. Hierdoor konden de onderzoekers er niet omheen om vermoedelijke verbanden te leggen die geconstateerd zullen worden. In de resultaten wordt gesproken over informatie van therapeuten werkzaam in ziekenhuizen, privé praktijken en inloophuizen. Zoals in paragraaf 2.3 'Onderzoekspopulatie' is aangegeven, zijn een aantal therapeuten werkzaam in meerdere zorginstellingen. Om de informatie gescheiden te houden per zorginstelling is gekozen voor een onderverdeling in zorginstelling. Zie tabel 5 'Onderverdeling per oncologische zorginstelling'. In de lopende tekst wordt bij iedere respondent verwezen naar de soort zorginstelling waaruit de informatie gegeven wordt.

Tabel 5 Onderverdeling per oncologische zorginstelling

<i>Verwijzing in de tekst*</i>	<i>Zorginstelling</i>	<i>Respondent</i>
(Z)	Ziekenhuizen	Respondent nummer: 3, 4 en 7
(P)	Privé praktijken	Respondent nummer: 2
(I)	Inloophuizen	Respondent nummer: 1, 5, 6 en 8

Legenda:

*Verwijzing in de tekst

- (Z) Respondenten werkzaam in een ziekenhuis
- (P) Respondenten werkzaam in een privé praktijk
- (I) Respondenten werkzaam in een inloophuis

3.1 Algemeen

Het onderzoek heeft plaatsgevonden met therapeuten werkzaam binnen diverse zorginstellingen; ziekenhuizen, privé praktijken en inloophuizen. Vanuit de gegevens uit de diepte interviews met acht verschillende therapeuten komt over het algemeen naar voren dat de doelgroep waarmee de therapeuten werkzaam zijn, vaak een afspiegeling is van de maatschappij. Alle therapeuten benoemen dat iedereen de ziekte kanker kan krijgen; hoogopgeleide mensen, laagopgeleide

mensen, mensen met psychiatrische voorgeschiedenis, mensen met geen enkele psychiatrische voorgeschiedenis of geen psychische problemen. De praktijk leert dat het vaak mensen zijn met een veelheid aan achtergronden, de gemeenschappelijke factor is echter dat ze kanker hebben gekregen en geconfronteerd worden met de eindigheid van het leven. Van Rooij (2014) beschrijft dat Nederland naar schatting 400.000 mensen kent, bij wie de diagnose kanker is vastgesteld. Jaarlijks worden 73.000 nieuwe cliënten geregistreerd.

De praktijk leert dat zowel de aandoening als ook de behandeling grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van het leven. De behoefte aan een nazorgtraject voor (ex)-kankerpatiënten is de afgelopen jaren toegenomen, zeker gezien het feit dat meer mensen tegenwoordig genezen van de ziekte. Ook gezien het feit (ex)-kankerpatiënten een langere levensduur hebben en meer aandacht is gekomen voor de kwaliteit van het leven. Mensen die kanker hebben gehad en na behandeling nog klachten ervaren op lichamelijk, emotioneel, psychisch of sociaal gebied, hebben behoefte aan steun en begeleiding. Nazorg heeft als eerste doel om ziekte last te beperken door verbetering van de kwaliteit van leven en verlenging van de levensduur. Dit kan door signalering, begeleiding en behandeling van gevolgen van de ziekte en behandeling, van somatische, psychische of sociale aard zijn. Mensen die met kanker geconfronteerd worden, moeten leren met het doorgemaakte te leven. Soms kunnen mensen uit eigen kracht terug naar het leven en soms is het nodig het meegemaakte te herordenen, dingen bewust anders te doen of overtuigingen bij te stellen. Creatieve therapie kan voor deze mensen een bijdrage leveren.

3.2 Cliënt

In deze paragraaf wordt ingegaan op de deelvraag: 'Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?' Vanuit de stappen van de creatief therapeutische driehoek (veiligheid, structuur, zin- en vormgeving, spel) en de aanvulling (behandelthema's vanuit de therapie), wordt getracht een antwoord op de bovenstaande deelvraag te geven. Alles wordt vanuit het perspectief van de therapeut beschreven, cliënten zijn niet geraadpleegd in dit onderzoek.

Veiligheid

Om een veilige situatie tot stand te brengen gebruikt de therapeut zijn therapeutische technieken en zet zij op de meest geschikte manier (methodisch) zijn medium in. Respondent 1 (I) geeft aan dat *'veiligheid bieden heel belangrijk is voor oncologiepatiënten die bijna alle veiligheid (ten aanzien van hun lichaam, hun leven) is ontnomen door de kanker'*. Onder paragraaf 3.3 'Therapeut' zal dieper ingegaan worden op de therapeutische technieken en vervolgens wordt onder paragraaf 3.4 'Medium' dieper ingegaan op het methodisch inzetten van het medium.

Voor veel cliënten is de beginsituatie aanvankelijk onveilig en onoverzichtelijk. De omgeving is nieuw, de mensen zijn nieuw, een onbekende therapie en de cliënt zal zich niet direct op zijn gemak voelen. De meeste therapeuten benoemen daardoor, vooral in een beginfase, te werken op een laagdrempelige manier, om de cliënt niet te overvragen. Deze beginfase omvat bij de meeste therapeuten een periode van 3-4 keer. Respondent 3 (Z): *'Dus je hebt een introductie van ongeveer 3-4 keer'*, respondent 7 (Z): *'De eerste 3 keer (...)'*, respondent 2 (P): *'De beginfase van 4 keer (...)'* en respondent 8 (I): *'Dat noem ik de introductiefase van drie keer'*.

De therapeuten lichten dit verder toe, respondent 7 (Z): *'De eerste drie keer bied ik een activiteit aan die zo laagdrempelig is dat iemand niet hoeft te schrikken'*, respondent 3 (Z): *'Ik vind het belangrijk dat iemand leert dat er allerlei mogelijkheden zijn en dat er niet één goeie is en dat het ook afhankelijk is van wat je prettig vindt. Dan bied ik vooral veel verschillende materialen aan waarmee ik vooral laagdrempelig mensen probeer uit te nodigen'*, respondent 2 (P): *'Ik begin altijd bij datgene wat mensen zelf aangeven. Dus als iemand tegen mij zegt ik durf alleen maar met potlood te werken, dan ga ik niet zeggen dan gaan we vandaag met verf beginnen, nee dan beginnen we met potlood'* en respondent 8 (I): *'In het begin zit ik vooral op die veiligheid en het ontdekken'*. Daarnaast geven twee therapeuten concrete voorbeelden van activiteiten die zij in zo'n beginfase gericht op de veiligheid aanbieden aan de doelgroep.

Respondent 3 (Z) licht dit toe: *'De eerste keer heb ik bijvoorbeeld, doe ik heel vaak, silhouetten uitgeknipt uit karton. Dat zijn gewoon figuurtjes uit tijdschriften maar van hoofd tot voeten in allerlei verschillende houdingen. Heel blij of heel uitbundig of heel erg ingetogen en heel in mekaar gedoken. Heel veel verschillende houdingen en ik vraag altijd of iemand eentje wilt kiezen die bij hem past in deze situatie. Met pastelkrijt, mogen ze dat helemaal invullen dat silhouet en daarna uitvegen, waardoor je meteen een soort illusie krijgt van een figuurtje. Dat kan je met kleuren doen, kleuren kun je nog verschillen tussen mijn hoofd voelt anders dan mijn benen. Je kan met de binnenkant of de buitenkant werken. Er zijn heel veel speelmogelijkheden waarmee mensen iets*

kunnen uitdrukken van zichzelf. En wat ik dan ook altijd daarna navraag is van je staat nu op het vel, maar je bent niet alleen op de wereld. Wat is belangrijk voor jou daaromheen? Dat vind ik heel belangrijk omdat mensen dan meer in contact komen met wat hun steun geeft. Voor mij ook heel belangrijke informatie, want dat kunnen we weer gebruiken'.

Verder licht respondent 4 (Z) toe: *'Ik laat de eerste 3 keer de mensen heel veel verschillende materialen uitproberen, zoals pastelkrijt waarmee je moet vegen, maar ook met je ogen dicht krassen en daar weer een tekening van maken en met klei werken of met collagetechniek'.*

Daarnaast mag uit de transcripten geconstateerd worden dat respondent nummer 3 (Z), 4 (Z) en 6 (I) (drie van de acht therapeuten) de beginfase mede gebruiken als observatiefase waarin de therapeut een eerste indruk krijgt van de cliënt. Respondent 3 (Z): *'Wat ik ook een hele belangrijke observatieopdracht vindt is collage, waarin ik mensen een beeld laat maken door te scheuren uit tijdschriften van: voor, tijdens en na de kanker. En dat geeft vaak ook heel veel inzicht in hoe mensen de kanker hebben ervaren of wat heel bevreedend of beangstigend is geweest of wat heel erg mooi in de lijn ligt'.*

Structuur

Structuur in therapie kan ordening en helderheid geven. De therapeut kan structuur aanbrengen in onder andere de tijd en ruimte. Voor wat het medium betreft kan de therapeut structuur aanbrengen in materialen, technieken, soort van activiteiten en opdrachten. Belangrijk om in acht te houden is dat structuur nooit een doel op zich kan zijn, maar altijd in dienst staat van het opnieuw kunnen handelen van de cliënt en wordt dus ingezet door de therapeut als middel.

Vanuit de transcripten komt naar voren dat de therapeuten afhankelijk van de situatie van de cliënt een structuur kiezen die passend is bij de cliënt. Bij de een is een meer gesloten structuur in de behandeling aan te bevelen en bij de ander een meer open structuur. Een therapeut licht toe aan de hand van een gesloten structuur:

Respondent 2 (P): *'Als het een behandeling is en het is gerelateerd aan trauma of rouw dan ben ik heel bepalend in het aanbieden van werkvormen. In die zin, dat ik niet zo zeer denk met welk materiaal of met welke opdracht, maar wel dat ik heel duidelijk in mijn hoofd heb van dit moeten de ervaringen zijn die ik de cliënt zou gunnen om voor zichzelf een ander manier van inzicht te krijgen, een ander manier van kijken zodat die zelf daarmee verder kan. Dus daar ben ik heel sturend in'.* Verder licht respondent 2 (I) toe bij een meer open structuur: *'Binnen het inloophuis als je het meer hebt over het ondersteunen van het natuurlijke proces dat is dan heel variabel en open in te vullen'.*

Daarnaast komt uit de transcripten naar voren dat respondent nummer 2 (P), 3 (Z), 4 (Z), 6 (P) en 7 (Z) (vijf van de acht therapeuten) zich richten op een fasering in de therapie die tevens een bijdrage levert voor de structuur in de behandeling van de cliënt. Therapeuten werkzaam in inloophuizen geven aan minder vanuit deze fasering te werken, vanwege het doorlopen van een langer traject van cliënten (respondent 1 (I), 2 (I), 5 (I), 6 (I), 7 (I)). Echter de therapeuten (in ziekenhuizen en privé praktijken) die aangeven vanuit een opbouw te werken, benoemen hierin een onderscheid te maken tussen een begin-, tussen- en eindfase in de behandeling, waarbij zij in de beginfase vooral op de veiligheid zitten, zoals in bovenstaand stuk onder 'veiligheid' beschreven. De eindfase is tegelijkertijd ook een afronding van het behandelproces binnen de therapie. Het wordt door therapeuten omschreven als een fase waarin afscheid wordt genomen en waarin ervaringen gereflecteerd worden. Therapeuten geven aan dat het een cliënt structuur kan bieden wanneer in een reflectie gekeken wordt naar wat allemaal geweest is. Tevens kan het zorgen voor meer helderheid en inzicht in het proces de cliënt doorlopen heeft. Therapeuten gaven aan dat tijdens de laatste fase vooral nog eens terug gekeken wordt op het proces dat de individuele cliënt doorlopen heeft. Een therapeut licht dit toe:

Respondent 3 (Z): *'Helemaal als laatste keer hang ik alle werkstukken op en leg ik alle werkstukken neer en dan is er een kleine expositie in een kamertje van al de werkstukken die ze hebben gemaakt en dat is vaak ook ontzettend leuk en ego bevestigend, want mensen zeggen Heh, heb ik dit allemaal gemaakt? Mensen herkennen soms hun eigen stijl in hun werkstukken en zeggen Ohja, ik gebruik eigenlijk altijd heel veel die kleur, dat vind ik heel belangrijk. Ook het therapieproces probeer ik daarin duidelijk te maken en ik probeer samen na te gaan van wat is er nou gebeurd en wat betekent dat voor hoe je verder gaat?', respondent 4 (Z): *'De laatste 3-4 keer probeer ik te bestendigen, dus wat betekent dit nou voor hoe je verder gaat, wat heb je meegemaakt en hoe kun je dat vertalen? Hoe ga je met het afscheid om en durf je in een afscheidsopdracht iets persoonlijks in verwoorden of verbeelden?' of respondent 7 (Z): *'Je focus ligt op wat mensen nou eigenlijk hebben bereikt in die therapie en dat bestendig je nog eens een keertje'.***

Zin- en vormgeving

Als de therapeut de situatie in de behandeling zodanig heeft gestructureerd voor de cliënt en de cliënt voelt zich hierin veilig, kan de cliënt gemakkelijker in het medium gaan handelen. Therapeuten bevestigen dit en respondent 3 (Z) licht dit tevens toe: *‘Je hebt mensen die heel enthousiast zijn en zeggen: dit is geweldig, fantastisch dit gaat mij helpen en nu is alles goed. Je hebt ook mensen die vooroordelen hebben of de zingeving niet snappen, die zeggen: ik weet niet hoe mij dit kan helpen. Mijn verdriet is zo groot. Je bent wel aardig en je hebt krijtjes, maar ik weet niet hoe dit nou kan bijdragen aan mijn herstel. Je hebt ook mensen die zijn ook bang of huiverig. Die denken dan dat ik dingen kan zien in tekeningen, die zij verborgen willen houden. Al die vooroordelen komen absoluut voor’.* Aansluitend hierop wordt door vijf van de acht therapeuten (respondent 2 (P), 3 (Z), 4 (Z), 7 (Z) en 8 (I)) het belang van leerervaringen in het medium als belangrijk punt van de zin- en vormgeving binnen de beeldende therapie gezien. Respondent 3 (Z): *‘Ik vind het belangrijk dat iemand leert dat er allerlei mogelijkheden zijn en dat er niet één goeie is en dat het ook afhankelijk is wat je prettig vindt, maar dat ze wel ervaring opdoen’.* Naarmate de cliënt zich meer op zijn gemak voelt en meer veiligheid en hulp ervaart, krijgt ook de vormgeving meer gehalte en kan meer het nut en doel van de therapie gezien worden.

Spel

De therapeut kan het medium op bepaalde wijze inzetten zodat mogelijkheden kunnen ontstaan om tot spel in het medium te komen. De cliënt ontdekt hierdoor dat meerdere mogelijkheden in het medium zijn en samen met de therapeut wordt een vertaalslag gemaakt naar de dagelijkse handelingen (en problematiek). Therapeuten geven aan *‘al rommelend met de materialen’* aan de slag te gaan met cliënten. Respondent 4 (Z) geeft hierover een concreet voorbeeld: *‘Ik geef ze allemaal krijtjes in hun handen en dan gaan ze, met al die krijtjes, met de ogen dicht dat vel volmaken en van daaruit gaan ze op zoek naar beelden die daar misschien inzitten of die bij hun opgekomen zijn. Dat gaan ze dan eruit halen en met wasco verder werken en met inkt daaroverheen en (...) ook nog met verf eroverheen’.*

Behandelthema's

Uit de transcripten komt naar voren dat naast bovenstaande thema's ook een aantal behandelthema's die gedurende de beeldende therapie heel belangrijk zijn voor de doelgroep oncologie cliënten. Alle therapeuten noemen de behandelthema's: Rouw en verlies, autonomie, zelfbeeld, emotionele balans en lotgenotencontact als belangrijkste (hoofd)thema's. Zij gaven aan dat bijna iedere cliënt die bij hun in therapie, ongeacht of zij in een ziekenhuis, privé praktijk of inloophuis terecht komen, met één of meerdere bovenbeschreven thema's problemen heeft. Aan de hand van deze vijf hoofdcategorieën zal uitleg worden gegeven en een onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende behandelthema's.

1. Rouw en Verlies

Vanuit de transcripten komt naar voren therapeuten het behandelthema rouw en verlies als volgt zien: respondent 7 (Z) benoemt: *‘Het gaat om het bewust worden van je kwetsbaarheid en sterfelijkheid’.* Respondent 4 (Z) geeft aan: *‘Het gaat ook heel erg over de vraag: mag ik verdrietig zijn? Bij mij in therapie mag je opeens je verdriet voelen en dat geeft dan wel ruimte. Dan mag je even stilstaan ergens bij, dus dat is verdriet, boosheid, woede en ook wel acceptatie. Je hoopt op een stukje acceptatie uit te komen. Acceptatie is ook wel vaak een heel belangrijk aspect bij rouw en verlies. Als je accepteert dat je verdrietig bent dan is het verwerkingsproces eigenlijk al begonnen’.* Een kanttekening die hierbij gemaakt mag worden is dat onder verlies niet alleen het verlies van een dierbare verstaan wordt, maar ook het verlies van lichamelijke en/of cognitieve functies, het werk en/of het verlies van een lichaamsdeel. Rouw en verlies kunnen betrekking hebben op het sociaal- en maatschappelijke gebied en op het gebied van gezondheid. Naast de curatieve cliënten zijn er ook cliënten die geen kans meer hebben op genezing en daarmee in een andere fase van rouw en verlies terecht komen. In dit stadium spreken therapeuten van een ‘palliatieve fase’. Bij palliatieve cliënten richten zowel ziekenhuizen, privé praktijken als inloophuizen zich allemaal op dezelfde twee thema's, namelijk: 1) afscheid, verlies 2) kwaliteit van het leven en de therapie is vooral gericht op het nu. Drie therapeuten lichten dit toe: respondent 3 (Z): *‘Je kijkt minder naar waar iemand heen gaat’*, respondent 7 (Z): *‘Mensen zijn dingen aan het afwerken in het stervensproces, ze zijn zelf afscheid aan het nemen maar nemen ook afscheid van anderen en willen vaak een herinnering bij hen verzorgen, iets achterlaten’* en respondent 6 (I): *‘het gaat om het accepteren dat je dood gaat’.* De therapeuten gaven de volgende praktijkvoorbeelden betreffende het thema ‘afscheid nemen’ bij palliatieve cliënten:

Respondent 5 (I): *'Ik heb een tijdje met een vader en een dochter gewerkt, de vader had nog maar een paar weken te leven en die wilde heel graag nog een schilderij maken voor zijn dochter. Het ging heel erg over het moment en over nog genieten van wat er is', een ander praktijkvoorbeeld van respondent 5 (I): 'Ik heb een vrouw gehad, met een rot vorm van kanker die ergens in haar stuitje zat. Zij kon niet meer zitten, zij kon alleen nog maar staan of liggen en die had besloten zich niet te laten behandelen, die had een heel slecht vooruitzicht. Zij wilde desondanks nog heel graag schilderen en zij werd elke week liggend gebracht. Zij was ook heel erg bezig met de dingen in haar leven, maar ook met onderzoeken en uitdagingen aangaan. Zij maakte hele prachtige, vrije dingen. Humor was een belangrijk punt tijdens de behandeling. Zij was enorm bezig om haar eigen begrafenis voor te bereiden. Ze schilderde heel veel en ze maakte steeds foto's van haar werk en samen hebben we die bekeken. Zij wilde graag deze schilderijen op haar uitvaart kaart hebben. Toen hebben we ook gezamenlijk gekeken naar datgene wat zij wil en datgene wat zij niet wil. Sommige dingen waren heel confronterend voor haar'* en respondent 6 (I): *'Ik had een hele leuke jonge man die helaas vorig jaar is overleden. Hij heeft in de tijd van zijn ziekte zoveel werk gemaakt, wat hij zonder deze ziekte waarschijnlijk nooit had gedaan. Dat was voor hem niet alleen een soort tijdsbesteding, dat gaf hem ook echt veel kracht'*.

Respondent nummer 1 (I), 2 (P), 3 (Z), 6 (I), 7 (Z) en 8 (I) (zes van de acht therapeuten) geven aan dat rouw en verlies vaak in fases wordt doorlopen. Zo benoemen de therapeuten dat de praktijk leert dat cliënten vaak de volgende fases doorlopen: ontkenning, woede, onderhandelen en vechten, depressie en aanvaarding. Therapeuten merkten op dat de fases niet voor iedereen even intensief zijn, soms verschilt ook de volgorde of gaat men een stap terug. Respondent 1 (I): *'Mensen hebben meer of minder tijd nodig'*, respondent 2 (P): *'Het is moeilijk te zeggen op welk moment een verlies verwerkt is'* of respondent 3 (Z): *'Soms gaat de pijn nooit meer helemaal over, terwijl het leven wel weer als zinvol wordt ervaren'*.

Verder mag geconstateerd worden dat de therapeuten een onderscheid maken tussen 'rouw' en 'verstoorde rouw'. Zij beschrijven dit als volgt:

Respondent 7 (Z): *'Als je op meerdere gebieden in je leven: sociaal netwerk, werk en gezin heel erg vastloopt. Dat je over een lange tijd niet kan brengen wat je normaal gesproken zou doen. Dan kun je van verstoorde rouw spreken. En ook subjectief gezien als iemand het als een te grote last ervaart of het gevoel heeft dat hij er niet in verder komt, Ik denk wel als je bijvoorbeeld na 2 jaar niet geconfronteerd kunt worden met iets wat aan het verlies herinnert zonder heftig emotioneel te zijn dan zou je kunnen zeggen dat je het rouwproces niet goed hebt doorlopen'*.

Respondent 4 (Z): *'In het geval van verstoorde rouw is het zo dat iemand niet contact heeft gemaakt met de pijn van het verlies. Sneller het dagelijks leven heeft opgepakt maar na verloop van tijd emoties ervaart die niet meer in relatie te brengen zijn met het verlies: ongecontroleerde emoties die iemand overvallen'*.

Respondent 6 (I) geeft het volgende voorbeeld: *'Ik heb eens een man gehad die ongeneeslijk ziek was van kanker. Doordat hij eigenlijk vast zat in de rouw over zijn vrouw kon hij ook het proces van zelf afscheid van het leven nemen niet aan'* of respondent 3 (Z): *'Ik heb bijvoorbeeld ook een patiënt in therapie gehad, die twee jaar na de operatie zo'n last had van haar emoties. Soms zag ze iets op televisie of ze zag een patiënt die zei iets en dat ze daardoor dacht, ik ga nu keihard huilen. Zij voelde dat er is iets wat niet helemaal klopt. En dat is voor mij een typisch voorbeeld van verstoorde rouw. Als je niet goed rouwt over wat je is overkomen en wat je hebt verloren, dan kan je het wel weer op gaan pakken, maar het komt soms op een heel onverwachts moment en dat was bij deze mevrouw'*.

Daarbij geven therapeuten aan dat rouw en verlies letterlijk zichtbaar kan worden in het beeldend werk van cliënten. Respondent 2 (P) geeft als voorbeeld: *'Door het tekenen of kleien van een lijf waarvan een borst is geamputeerd maakt duidelijk zichtbaar dat er verlies is en dat daar verdriet over is'* of respondent 3 (Z): *'Rouw brengt veel emoties met zich mee: verdriet, boosheid, wanhoop. Dit is te zien in het beeldend werk door de thema's die terugkomen'*.

2. Autonomie

Daarnaast komt vanuit de transcripten naar voren dat de therapeuten het thema 'autonomie' tevens zien als een van de meest voorkomende thema's die terugkomen gedurende de therapie. Zij beschrijven 'autonomie' met de volgende uitspraken: respondent 4 (Z): *'Beschadigd in hun gevoel van autonomie'*, respondent 3 (Z): *'ze geven de autonomie uit handen'*, respondent 6 (I): *'mijn leven is voorbij'* en respondent 2 (P): *'ik heb kanker gehad ik kan helemaal niets meer'*.

De therapeuten geven aan dat, ondanks de diverse groep van mensen die de ziekte kanker krijgt,

het werken aan hun autonomie vrijwel altijd aan de orde komt. De therapeuten geven aan dat de praktijk leert dat vanuit het thema autonomie een onderscheid tussen twee groepen mensen te maken valt. Enerzijds zijn er cliënten die hun autonomie uit handen hebben gegeven en deze terug moeten heroveren. Anderzijds zijn er cliënten die zichzelf enorm veel autonomie opleggen. Respondent 3 (Z) geeft als voorbeeld dat cliënten bijvoorbeeld denken: *'Als ik positief denk, dan krijg ik geen kanker meer'* of juist andersom *'omdat ik altijd stres heb gehad, heb ik nu kanker gekregen'*. Hierbij moet de therapeut juist de relativiteit van de dingen weer bij hun binnenkrijgen.

3. Zelfbeeld

Verder geven meerdere therapeuten aan dat het thema zelfbeeld een belangrijk aspect is in de therapie, respondent nummer 3 (Z) en 8 (I) (twee van de acht) omschrijven het zelfs als een specifiek kenmerk voor de doelgroep oncologie. De therapeuten geven bij het thema 'zelfbeeld' omschrijvingen als *'weer weten wie je nu bent, dat je niet de kanker bent, maar iemand die kanker heeft'*, *'ik voel me afhankelijk van anderen'*, *'wie ben ik nu, nu ik dat allemaal niet meer kan'*, en *'een veranderd zelfbeeld, zowel psychische als lichamelijke veranderingen'*. De therapeuten geven aan dat 'zelfbeeld' een thema is waarin je met de creatieve therapie heel veel kan. Respondent 3 (Z) licht toe: *'Je kan het ook in verschillend perspectief neer zetten'*.

Vanuit de transcripten mag geconstateerd worden dat aan de hand van het thema 'zelfbeeld' door de therapeuten verschillende technieken en materialen gehanteerd worden, materialen die zoal genoemd worden zijn teken- en schildermaterialen, krijtsoorten, speksteen en klei.

Een duidelijke overeenkomst bij het thema zelfbeeld is dat gericht gewerkt wordt op het contact maken met je lijf. Aan de hand van voorbeelden van de therapeuten kan gezegd worden dat een groot deel van cliënten dit uitwerkt door het letterlijk weergeven van bijvoorbeeld een beschadigt zelfbeeld; een beschadigt lijf. Respondent 5 (I) geeft hierbij als voorbeeld dat een cliënt een beeldje van een torso gemaakt heeft, waarbij een borst af was. *'Dat is een vorm die vrij vaak gebeurt, dat is iets wat heel veel terugkomt in het beeldend werk. Ze brengen letterlijk een schending in hun werk aan, om het in handen te hebben en het te zien en ook heel verdrietig van te zijn'*.

Respondent 2 (P) vertelt dat zij een cliënt een opdracht heeft gegeven met de intentie om je eigen lijf weer durven te gaan zien. *'Ik heb een vrouw laten tekenen, een zelfportret, een borstamputatie. Die heb ik gevraagd om thuis gewoon eens wat te schetsen en je eigen lijf durven te gaan zien. Die durfde zichzelf... die wist ook wel dat haar borst weg was, maar echt naar jezelf kijken en dat ook durven te zien en niet kijken van ik zie het, maar écht kijken en wat neem ik écht waar'*.

Verder geeft respondent 8 (I) bij het thema 'zelfbeeld' als voorbeeld dat zij iemand in haar therapie heeft gehad, die letterlijk haar eigen long had gekleed. Een stuk van de long was eraf gehaald en ze had haar eigen röntgenfoto opgevraagd, die foto had ze als vertrekpunt genomen. *'Dit is indirect, via het beeld, ook een manier om contact te maken met je lijf'*.

4. Emotionele balans

Vanuit de transcripten komt naar voren dat therapeuten 'emotionele balans' omschrijven als: *'niet meer de draad op kunnen pakken, veel huilen'*, *'niet in contact komen met hun emoties'* en *'overstroomd met emoties'*.

Geconstateerd bij het thema 'emotionele balans' mag worden dat door de therapeuten twee tegenpolen van groepen mensen worden beschreven. Aan de ene kant beschrijven zij cliënten die overstroomd met emoties en aan de andere kant beschrijven zij cliënten die niet in contact komen met hun emoties. Alle respondenten zijn het eens dat juist deze twee groepen mensen voor de creatieve therapie geschikt zijn. De mensen die heel erg overstroomd van emoties wil je juist meer grip laten krijgen op hun emoties en wat ze allemaal voelen. En de mensen die niet in contact komen wil je juist een beetje losweken van hun ratio en wat meer in contact krijgen met hun gevoelens.

Verder beargumenteren de therapeuten dat bij dit thema over het algemeen technieken en materialen gebruikt worden die veelal gericht zijn op sensopathische materialen, namelijk zacht materiaal zoals pastelkrijt of vetkrijt waarmee ze harder en steviger kunnen werken. Zij benoemen materialen die een sterk appél doen op voelen, de tastzin, namelijk materialen zoals soft-pastel of klei. Een therapeut geeft als voorbeeld:

Respondent 3 (Z): *'Je kunt met die materialen iemand heel erg prikkelen of juist iemand een beetje laten structuren, laten inkaderen. Tussen die twee grensgebieden werk je met je materialen. Als iemand heel erg veel huilt en heel erg overgevoelig is en enorm veel emoties voelt, dan kan je het juist hebben over hoe je dat kan verbeelden in plaats van alleen maar fysiek laten zien. Kun je dat laten zien? Zijn er dingen om je heen die steun geven? Er is bijna altijd wel iets. Zij geeft een*

voorbeeld over een cliënt die op de onverwachtste momenten keiharde huilbuien kreeg en heeft haar een opdracht gegeven waarbij zij tracht het verdriet uit perspectief te halen. Respondent 7 (Z) benoemt dat zij vaak een opdracht aanbiedt waarbij zij ingaat op wat nu eigenlijk te voelen is. Zij geeft vaak een warming-up waarbij mensen in beweging komen en bij dat in beweging komen merkt zij dat bij cliënten automatisch al meer emoties naar boven komen. *'Ik doe vooral in de beginfase een warming-up, eigenlijk altijd met alle materiaal en in die warming-up breng ik dus enerzijds mensen in beweging, breng ik emoties in beweging, maar draag ik er ook mee over wat kan je eigenlijk met dit materiaal'.*

5. Lotgenotencontact

Tot slot komt uit de transcripten naar voren dat zes van de acht therapeuten (respondent 1 (I), 2 (I), 3 (Z), 5 (I), 6 (I) en 7 (Z)) lotgenotencontact als een belangrijk aspect herkennen gedurende de therapie. Respondent 3 (Z): *'Mensen moeten echt weten dat ze er niet alleen voor staan, dat er echt heel veel mensen diezelfde thema's tegenkomen'*, respondent 2 (I): *'belangrijk is de herkenning die ze hebben in zo'n groep. Dat geeft al heel veel opluchting en samen optrekken geeft ook al heel veel lucht'*, respondent 1 (I): *'Het samen bezig zijn met lotgenoten, vinden mensen heel prettig'*, respondent 7 (Z): *'Cliënten willen onderling alles van elkaar weten bijvoorbeeld over de ziekte, over het proces, dat bevestigt ook weer dingen zo van oh jij hebt dat ook. Ook de ervaringsdeskundigheid die mensen met zich meedragen wordt uitgewisseld'*, respondent 6 (I): *'onderling is veel begrip en steun'* of respondent 5 (I): *'humor is een ontzettende kracht van lotgenootgroepen. En dat zijn dan lolletjes die je kunt maken in de groep maar anders zou dat niet kunnen'*.

Door de therapeuten wordt tijdens de therapie bewust gebruik gemaakt van de voordelen die een lotgenoten groep biedt. Respondent 8 (I) licht toe: *'Daar waar mensen neigen naar de depressie of de boze of de inactieve kant te gaan, daar proberen wij wel te sturen. Als binnen de groep mensen zijn die een andere coping stijl hebben dan laten wij die met elkaar uitwisselen. Dan nodigen wij ze uit, als je een tip zou mogen geven aan de ander wat zou je dan zeggen. Dus het leukste is ook als lotgenoten elkaar feedback geven'* of *'ik laat mensen ook samenwerken. Als mensen bijvoorbeeld aangeven dat ze bijvoorbeeld last hebben in de interactie met een ander dan laat ik ze ook datgene doen. Dan zet ik ook wel eens mensen bij elkaar, waarvan de een moeite heeft met de interactie en de ander bijvoorbeeld over grenzen heen gaat'*.

Aan de andere kant zeggen vijf van de acht therapeuten (respondent nummer 2 (P), 3 (Z), 5 (I), 6 (I), en 7 (Z)) dat juist het contact met lotgenoten ook een negatief effect kan hebben op het verloop van de therapie. Respondent 3 (Z): *'Ik denk dat het soms ook een contra indicatie is: veel mensen met kanker vergelijken zich met elkaar. Dat heeft als nadeel dat ook de prognoses en de recidieven zo hard binnen komen. Dat kan mensen ontzettend onderuit halen in hun eigen verwerkingsproces'*, respondent 5 (I): *'Er was eens een vrouw bij mij in therapie die de keuze had gemaakt om niet meer te gaan vechten tegen de kanker, dus zij wou geen behandeling meer. Dat was voor andere mensen heel confronterend. Er waren echt mensen die dat heel ingewikkeld vonden. Daar haken ook mensen op af. Die verdragen dat niet. Dat is natuurlijk, voor mij heel lastig. Want je moet natuurlijk iedereen de ruimte daarin geven en iedereen heeft recht van spreken. De een wil wel behandeld worden en de ander wil dat niet, maar dat zijn echt dringende levensvragen die daar even over tafel vliegen waar je niet een antwoord op hebt. Dat is erg confronterend in zo een lotgenotengroep'*, of respondent 2 (I): *'Het is lastig om een groep neer te zetten die ook een gezond effect heeft op elkaar, omdat de wisselwerking en de ups en downs zo snel en zo vaak op elkaar volgen. Mensen vergelijken zich heel erg onderling. Diegene waar het slecht mee gaat die wil zich graag herkennen in diegene waar het goed mee gaat. Maar omgedraaid op het moment dat je in die negatieve spiraal zit is het wel lastig om elkaar dan te kunnen verdragen. (...) Als mensen hersteld zijn na een kankerproces dan is meer rust en hebben die mensen houvast door zo'n groep. Ze voelen zich gezien en gehoord. Als mensen zich niet hoeven te vergelijken maar wel herkenning hebben in het proces, daar zie je dat mensen elkaar kunnen versterken.*

Zoals hierboven beschreven zijn veel verschillende meningen over de meerwaarde van een lotgenotengroep en spelen verschillende factoren een belangrijke rol betreffende de indicatie voor een homogene groep. Over het algemeen mag geconstateerd worden dat uit bovenstaande beschreven (hoofd)thema's een duidelijke overeenkomst zichtbaar is in zowel ziekenhuizen, privé praktijken als inloophuizen. Uit het onderzoeksmateriaal blijkt dat oncologiepatiënten vaak te maken krijgen met problemen vanuit dezelfde vijf hoofdcategorieën. Verder valt op dat ziekenhuizen en

privé praktijken naast de hoofdcategorieën beiden ook dezelfde neventhema's gedurende de beeldende therapie tegenkomen en hiermee aan de slag gaan.

Tot slot komt uit de transcripten naar voren dat therapeuten lotgenotencontact als een belangrijk aspect herkennen gedurende de therapie. De therapeuten omschrijven lotgenotencontact als een herkenning, een ervaringsdeskundigheid die mensen met zich meedragen. Zij benoemen dat met behulp van lotgenoten je nog meer gebruik kunt maken van thema's om iemand tot inzicht of verwerking te laten komen. Respondent 3 (Z) geeft als voorbeeld wanneer iemand een titel geeft aan een tekening, dan maakt het niet uit van wie die titel komt, maar die titels geven weer informatie en die kunnen aan anderen mensen die hier in eerste instantie niet aan dachten een raakvlak creëren. *'Dat heb ik niet willen weergeven, maar is dat een thema voor mij?'*

Een constatering vanuit de inloophuizen is dat alle therapeuten (in inloophuizen) aangaven, dat in een inloophuis niet therapie-gericht gewerkt wordt, maar meer gericht is op mensen een stuk bewustwording meegeven en delen met lotgenoten. Dit is ook terug te zien aan de neventhema's van inloophuizen die in tabel 6 'Overzicht thema's' onder relevantie 2 beschreven staan. Hierin valt terug te zien dat inloophuizen zich, naast de hoofdthema's voornamelijk op ontspanning en afleiding richten. Een kanttekening hierbij mag gemaakt worden, therapeuten werkzaam in inloophuizen, die deelgenomen hebben aan dit onderzoek, zijn allemaal afgestudeerd als beeldend therapeut en ondanks een niet therapie-gerichte visie vanuit de inloophuizen worden de behandelthema's die naar voren komen in dit onderzoek erkend als thema's die de therapeuten terug zien in hun groepen met cliënten.

In tabel 6 'Overzicht thema's' op de volgende pagina, is een schematische weergave weergegeven waarin duidelijk terug te herkennen is welke thema's de zorginstellingen als gemeenschappelijke deler hebben en welke thema's specifiek per zorginstelling lijken te zijn. Onder Relevantie 1. worden de thema's benoemd die binnen alle zorginstellingen aan bod komen en volgens de therapeuten als meest voorkomende thema's bij de doelgroep benoemd worden. Naast deze (hoofd)thema's richten zich 'ziekenhuizen' net zoals 'privé praktijken' op neventhema's zoals benoemd onder Relevantie 2.

Tabel 6 Overzicht thema's

	<i>Ziekenhuizen</i>	<i>Privé praktijken</i>	<i>Inloophuizen</i>
<i>Relevantie ↓</i>	<i>Thema's:</i>	<i>Thema's:</i>	<i>Thema's:</i>
1.	Rouw en verlies Autonomie Emotionele balans Zelfbeeld Lotgenotencontact	Rouw en verlies Autonomie Emotionele balans Zelfbeeld Lotgenotencontact	Rouw en verlies Autonomie Emotionele balans Zelfbeeld Lotgenotencontact
2.	Coping strategieën Heroriënteren op het leven Integreren in de samenleving Beperkingen	Coping strategieën Heroriënteren op het leven Integreren in de samenleving Beperkingen	Ontspanning Afleiding

3.3 Therapeut

In deze paragraaf wordt ingegaan op de deelvraag: 'Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?' In deze paragraaf wordt aan de hand van de stappen van de creatief therapeutische driehoek (werkvorm, technieken, (spel)materiaal) en de aanvulling (werkwijze, therapeutische houding en relatie) getracht een antwoord op de deelvraag te geven.

Werkvorm

De werkvormen waarin gewerkt wordt bij de doelgroep oncologie, binnen de zorginstellingen waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden, worden aangeboden aan individuele personen of aan groepen waarin individueel in de groep gewerkt wordt. Respondent 7 (Z) geeft aan dat *'Iedereen voor zich werkt aan dezelfde opdracht die ik geef'*, respondent 3 (Z) geeft aan: *'Ze werken bij mij individueel in de groep'* en respondent 2 (P): *'In mijn praktijk is het individueel'*. Vanuit het onderzoeksmateriaal werd duidelijk dat de therapeuten deze werkvorm van individueel of individueel in de groep als prettigst ervaart, vanwege het in kunnen zoomen op een persoon, ofwel het niveau waarop iemand

werkt en wat er nodig is. Verder werd als reden benoemd dat iedere persoon in deze werkvorm zich op zijn eigen tempo kan richten en wordt geattendeerd op het gegeven dat iedereen vanuit een ander uitgangspunt werkt. De vormen waarin gewerkt wordt zijn gebaseerd op de doelen en de werkwijze die de therapeut passend acht bij de cliënt.

Een belangrijk gegeven om hierbij te vermelden is dat de cliënt gedurende zijn acute fase (diagnose en start van de behandeling) niét deelneemt aan de therapie. Dit vanwege het gegeven dat deze acute fase waarin mensen zitten niet gebaat zijn bij reflecteren en verwerken, maar meer baat hebben aan ondersteunende doelen zoals: wat heb ik nodig om het vol te houden, om de behandeling door te komen, alle therapeuten beamen dit. Het merendeel van de therapeuten geven zelfs aan dat het bij deze fase erg lastig is om überhaupt groepen neer te zetten die een gezond effect hebben op mensen, omdat de wisselwerking tussen de ups-and-downs van de behandeling snel op elkaar opvolgen. Respondent 2 (I) geeft hierbij als voorbeeld:

'Diegene waar het slecht mee gaat, die wil zich graag herkennen in diegene waar het goed mee gaat. Maar omgedraaid op het moment dat jezelf in die negatieve spiraal zit is het wel lastig om elkaar dan te kunnen verdragen'. Vanuit de waarneming van de therapeuten wordt duidelijk dat wanneer mensen in een behandeling zitten, daar waar het proces en de prognose nog niet helder is en mensen nog erg zoekende zijn, dat het voor die mensen lastiger is om lotgenoten te vinden en dus in groepen lastig verbinding kunnen vinden. Er was één therapeut (respondent 6 (I)) die aangaf dat zij sporadisch wel groepsopdrachten in de groep aanbiedt. Met het volgende voorbeeld: 'Soms geef ik ook kleine samenwerkingsoefeningen (...) bijvoorbeeld dat ze aanvoelen waar de grenzen zijn'. De therapeut concludeert vanuit haar praktijk dat groepsopdrachten verbindend kunnen zijn, maar echter ook kunnen zorgen voor onenigheden in de groep. Respondent 3 (Z) benoemt diezelfde ervaring aan de hand van haar eigen waarneming: 'Individueel werken met de cliënt hoeft zeker niet overal, groepen zijn heel geschikt hiervoor mensen moeten echt weten dat ze er niet alleen voor staan, dat er echt heel veel mensen zijn die dezelfde thema's tegenkomen (...) echter denk ik ook dat er soms een contra-indicatie is, veel mensen met kanker vergelijken zich met elkaar. Dat heeft als nadeel dat ook de prognoses en de recidieven zo hard binnen komen, dat kan mensen ontzettend onderuit halen in hun eigen verwerkingsproces'.

Technieken

Vanuit het onderzoeksmateriaal komt het gebruik van therapeutische technieken die niet afgeleid zijn van het medium, maar van het therapeutisch handelen in algemeenheid, duidelijk naar voren. De onderzoekers richten zich in dit onderdeel op de therapeutische technieken.

Zo is spiegelen een therapeutische techniek die regelmatig gehanteerd wordt bij de doelgroep. Het gedrag van de cliënt wordt door de therapeut, al dan niet in het medium, gespiegeld. Hierdoor kan de cliënt zich bewust worden van zijn eigen handelingswijze. Ook het afstand nemen van een werkstuk of het letterlijk stopzetten van een cliënt mag als een therapeutische techniek benoemd worden, hierdoor kan de cliënt letterlijk afstand nemen, kijken naar en reflecteren over zijn werk.

Non-verbale interventies in het medium zijn tevens een therapeutische techniek die regelmatig gehanteerd worden bij de doelgroep. Er bestaan verschillende manieren van interveniëren in het medium, therapeuten werkzaam in een ziekenhuis geven hierbij de volgende voorbeelden aan:

Respondent 3 (Z) *'Ik zei: nou weet je ik zie alleen dat gezicht met die tranen, ik wil die hele vrouw wel eens zien. Dus ik weet dus, dan trek je het een beetje uit perspectief. Er was zo ingezoomd op dat verdriet alleen dus ik wilde het een beetje uitzoomen. Dus wat ik heb gedaan is een heel groot vel neergelegd op de grond en we hebben dat blad erop gelegd, zodat je dat gezicht zag met die tranen en toen heb ik haar gevraagd om dat hele lijf af te tekenen' en 'een specifieke interventie is bijvoorbeeld als iemand een deel van zichzelf heel erg weergeeft, waarvan ik weet dat het ook een andere kant heeft. Dat ik die vraag of ze die daarbij willen pakken en daar een tussenvorm voor willen geven'. Respondent 4 (Z) geeft als voorbeeld: 'Ik ben ook wel met materiaal sturend dus dat je soms twee materialen neerlegt en dan zeg ik bijvoorbeeld dat zachte materiaal ligt je veel beter of uhm... ik ben sturend in de thema's die ik aanbied'.*

(Spel)materiaal

In het beeldend medium is sprake van het bewerken van fysiek materiaal. Het resultaat van vormgeving is los van de maker waarneembaar, bij het beeldend medium is dan ook altijd sprake van een tastbaar product. De therapeut kiest vanuit het medium het geschikte materiaal, combineert dit in de opdracht en let daarbij op de werkvorm. De technieken en materialen sluiten aan bij de doelstelling, doelgroep, methodiek en visie van de beeldende therapeut. Als basismateriaal wordt

meestal teken- en schildermateriaal gebruikt, maar ook, inkt, krijt, klei en kosteloos materiaal komen aan de orde volgens de therapeuten.

In paragraaf 3.4 'Medium' zal verder worden ingegaan op de resultaten die verkregen zijn vanuit het onderzoeksmateriaal op de wijze waarop het medium wordt toegepast in de zorginstellingen die deelgenomen hebben aan het onderzoek.

Werkwijzen

De therapeuten benoemen diverse werkwijzen die zij toepassen bij hun eigen cliëntengroep(en). De werkwijze wordt gestuurd door de hulpvraag en bijgevolg de behandeldoelstellingen van de cliënt. Werkwijzen kunnen elkaar afwisselen en naast elkaar optreden. Toch geven de therapeuten aan de ene werkwijze meer dan de andere te gebruiken. Aan de hand van onderstaande informatie wordt getracht een weergave te geven van de diversiteit tussen de toegepaste werkwijzen. De werkwijzen die benoemt worden door de therapeuten zijn onder andere: supportief, re-educatief, reconstructief en palliatief.

Respondent 3 (Z) geeft aan zichzelf als een pragmaticus te beschrijven, *'Ik ben van een pragmatische leerschool, dus ik kom uit een leerschool waarin ik opgeleid ben met kunst analoog, dat is eigenlijk wel de rode draad. Ik heb ooit ook in een stage veel geleerd over directieve therapie. Die past mij ook heel erg goed. Dus ik ben heel pragmatisch, ik houd van alles wat bij, maar ik gebruik natuurlijk ook de appélwaarde van het materiaal'*.

Respondent 7 (Z) geeft echter aan altijd aan de hand van educatieve interventies aan de slag te gaan in het beeldend medium, zij maakt gebruik van de methodiek psycho-educatie. *'Ik begin dus eigenlijk altijd met een stukje psycho-educatie waar ik gedurende de sessie ook af en toe op terugkijk, dat mensen het kunnen koppelen aan het verhaal wat ze van mij gehoord hebben'*.

Daarnaast geven een aantal therapeuten aan zich niet op één werkwijze of op één specifieke theorie te richten, maar gebruik maken van verschillende behandelwijzen en daaruit elementen of technieken kiezen die het best passen bij de cliënt en het probleem. Respondent 1 (I): *'Het is sowieso cliënt gericht, het is ook ondersteunend en stabiliserend. In het Toon Hermanshuis is het re-educatieve stukje natuurlijk wat minder helder, maar in mijn eigen praktijk daarentegen weer heel erg helder. Het is eclectisch'*, respondent 6(I): *'Soms werk ik supportief, soms reconstructief, soms ook structurerend, maar ik kan niet echt duidelijk aangeven welke werkwijze ik hanteer. Ik zet het breed in en ik ben daar eigenlijk heel flexibel in'*, respondent 2 (I): *'Ik denk dat het supportieve er altijd wel in zit, het kan natuurlijk niet alleen maar reconstructief zijn. Het is een langdurig traject en daar hebben mensen vaak helemaal de tijd niet voor en ik denk dat de palliatieve werkwijze er ook bij hoort. Als creatief therapeut ben je toch gericht op verandering dus ik probeer mensen altijd weg te krijgen van daar waar ze bekend mee zijn'* en respondent 8 (I): *'Ik merk dat ik de cliënt graag help met verdragen wat hem overkomt. Daar zitten altijd oude coping patronen onder die 'bewerkt' moeten worden. Dus bewerken van het denken en voelen. Ik hoef het antwoord niet te hebben maar ik kan wel die vragen en werkvormen aanbieden, zodat diegene zelf zijn antwoorden kan vinden/ervaren in het werken'*.

Aan de hand van bovenstaande uitspraken mag benoemd worden dat door de therapeuten een diverse aanpak bestaat betreffende de werkwijze die ingezet wordt gedurende de therapie bij de doelgroep oncologie. Tevens lijken bovenstaande werkwijzen ook passend bij de doelgroep oncologie. Respondent 3 (Z) licht dit toe: *'omdat al die mensen zo ontzettend verschillend zijn, je probeert echt te kijken naar waar kan je aansluiten en als je dan veel tot je beschikking hebt, kun je op veel manieren aansluiten'*.

Verder kan vanuit de transcripten geconstateerd worden dat respondent nummer 1 (I), 2 (P), 6 (I), 7 (Z) en 8 (I) (vijf van de acht therapeuten) werken aan de hand van verschillende werkwijzen gecombineerd met een aandachtgerichte benadering (Mindfulness). De therapeuten gaven tevens voorbeelden hoe zij hier tegenaan kijken:

Respondent 8 (I) legt uit hoe zij tegenover een aandachtgerichte benadering aankijkt: *'Omdat nu in de medische behandeling erkend wordt dat goede zorg niet alleen somatisch goede zorg omvat, wordt er andere zorg aangeboden. Vanuit een boeddhistische visie is er niet zoveel verschil tussen lichamelijk en geestelijk lijden en gaat het erom dat we onze angsten aankijken en dat het daar om gaat (heling). Het goed omgaan met de zware dingen in ons leven kan helend zijn, maar hoeft niet tot genezing te leiden. Ons immuunsysteem kunnen we versterken door een gezond leef patroon, gezonde voeding, beweging rust en gezonde gedachten horen daarbij'*.

Respondent 2 (P) benoemt dat zij sporadisch aandachtgerichte opdrachten aanbiedt: *'Ik vind aandachtgerichte opdrachten, waarneming, bewustwording, visualisatie (...) belangrijk. Dan denk ik,*

ik zou ze wel eens gunnen om wat meer kennis te maken met wat meer imaginaire denkbeelden. Dan neem ik ze ook wel eens mee in een verhaal rond een stuk ontspanning, maar ook naar een veilige plek in zichzelf. Eigenlijk is dat een manier om een stuk rust te vinden, zonder dat je misschien aan de zwarte weegt. Iedereen heeft een veilige plek nodig. Mensen zijn zich vaak niet ervan bewust wat ze in hun hoofd hebben en welke vaardigheden ze hebben en dat tik ik dat wel eens aan, maar dan ga ik dan niet zo zeer uitwerken dan is het gewoon een ervaring die ik hun meegeef en dan zeg ik kijk maar wat je daarmee doet'. Verder benoemt respondent 6 (I) dat zij juist altijd aan de hand van een aandachtgerichte benadering werkt in haar therapieën: 'Ik doe altijd mindful-achtige dingen, bijvoorbeeld laat ik ze een body-scan doen, ik laat ze ook naar pijnplekken gaan in hun lichaam of ik stuur ze naar een veilige plek, geleide fantasie of dit soort dingen'.

Verder legt respondent 1 (I) uit hoe haar cliënten tegenover mindfulness werken aankijken: 'Met mindfulness vraag je aandacht voor het lichaam. Ik merk bij mijn cliënten van het Toon Hermanshuis als ik met mindfulness begin, dus contact maken met je lichaam, dat dit ontzettend eng is voor hun, want dat lichaam heeft hun eigenlijk verraden. Vanuit het mindfulness stukje, ik wil dus ook niet te veel oordelen, het is allemaal oké, laat maar zien wat er is, al is het boosheid, laat het er maar eens gewoon zijn, want ik weet gewoon als je het ruimte geeft dan is het in een keer niet meer zo groot. Dan krijgt het in een keer een proportie waarvan je denkt dat kan ik wel hebben'.

Tot slot beschrijft respondent 7 (Z) haar manier van werken: 'Ik vraag mensen dan om te voelen waar je je aandacht op richt. Een beetje mindfulness, waar je aandacht ligt, dat is waar je bent en wat je voelt. Je kan dus ook dat nare begrenzen door daarheen toe te gaan. Dat zijn dingen die ik mensen ervarend probeer te laten begrijpen'.

Vanuit bovenstaande uitspraken mag benoemd worden dat het merendeel (vijf van de acht therapeuten) therapeuten hun eigen gehanteerde werkwijze toepassen in combinatie met een vorm van een aandachtgerichte benadering. De therapeuten benoemen dat zij hun therapie starten door middel van speelmogelijkheden, losmakingsoefeningen, aandacht oefeningen, visualisaties en warming-up met bewegingen op papier. Genoemd mag worden dat de therapeuten deze vormen van opstart oefeningen in de therapie inzetten vanuit Mindfulness.

Therapeutische houding en relatie

In eerste instantie komt vooral de uitnodigende houding van de therapeuten naar voren vanuit het onderzoeksmateriaal. Cliënten worden door de therapeut uitgenodigd naar de therapie en worden uitgenodigd om in het medium te werken, zowel in het ziekenhuis, in privé praktijken als in inloophuizen. Therapeuten gaven aan in de eerste fase vooral 'aansluitend, volgend en/of invoegend' te zijn. Het vertrekpunt is daarbij altijd de cliënt en datgene wat de cliënt als belangrijkste punt aangeeft. Doorheen de therapieën ontwikkeld de uitnodigende houding zich naar een stimulerende houding tot een meer confronterende houding. In paragraaf 3.4 'Medium' wordt ingegaan op de manieren waarop het medium aangeboden wordt bij deze therapeutische houdingen.

Belangrijk om in het oog te houden is dat de oncologiepatiënt vaak psychisch hele gezonde mensen zijn. Therapeuten geven aan dat zij met deze doelgroep ondersteunend, inzicht-gevend maar ook directief en confronterend werken. Respondent 3 (Z) licht toe: 'Ik ben ondersteunend, ondersteunend in de zin dat ik cliënten steeds laat zien dat het prima is wat je laat zien, er is geen oordeel over. Ik ben ook directief dat ik het doel in de gaten houd, dat ik goed kijk is het kanker gerelateerd, want mensen komen natuurlijk ook met de bagage die ze nog allemaal meer hebben', respondent 8 (I): 'Ik sluit altijd aan bij de mogelijkheden van de cliënt en hetgeen op dit moment actueel is. Ik maak wel vaak vertaalslag naar een werkvorm, zodat de cliënt aan de slag kan met zijn thema. Dan kan de vormgeving weer dienen om contact te maken met voelen en doen en later kunnen we het er weer over hebben (woorden geven). Het gaat erom dat ik als therapeut ondersteunend ben in het proces van de ander' en respondent 2 (P): 'Ik denk dat ik redelijk directief ben. Ik zoek wel heel erg aansluiting, maar ben ook heel erg prikkend, uitdagend'.

Vanuit de transcripten mag geconstateerd worden dat de therapeutische houding gehanteerd in inloophuizen, privé praktijken als ziekenhuizen een klein accent verschil bevatten. Dit verschil is in tabel 7 'Therapeutische houdingen' duidelijk terug te herkennen. Verder mag geconstateerd worden dat, naast het kleine accent verschil, ook veel overkomsten terug te vinden zijn in de therapeutische houdingen van de therapeuten binnen de diverse zorginstellingen. Zie tabel 7 'Therapeutische houdingen', dat hieronder is weergegeven.

Tabel 7 Therapeutische houdingen

Therapeutische houding	Inloophuizen	Privé praktijken	Ziekenhuizen
1) Uitnodigend:			
Volgend	+	+/-	+/-
Invoegend	+	+	+
2) Stimulerend:			
Structurerend	+/-	+	+
Inzicht gevend	+/-	+	+
3) Confronterend:			
Confronterend	-	+/-	+
Directief	-	+	+

Respondent 5 (I) vanuit een inloophuis geeft als voorbeeld: *'Ik ben volgend en sturend. Het is echt zoeken van wie ben je, wat kan je, wat wil je en wat is je draagkracht. Soms is het zo dat er mensen zijn die in het atelier voldoende inspiratie vinden om zelf een proces aan te gaan en soms probeer ik dat wat meer een duwtje te geven'.*

Respondent 2 (P) vanuit een privé praktijk geeft als voorbeeld: *'Waar het kan ben ik confronterend en inzicht geven, maar dat heeft heel erg met de ik-sterkte van de persoon te maken en ook met de gedeelde ik-sterkte van de groep. Er zitten stevige mensen die ik veel meer kan confronteren, maar daar zit ook een limiet aan, omdat er bijvoorbeeld dan iemand naast zit waarvoor het te confronterend kan worden als ik de ander confronteer. In die zin heb je altijd te maken in een groep met de zwakste schakel waaraan je je aanpast'.*

En tot slot respondent 3 (Z) vanuit een ziekenhuis geeft als voorbeeld: *'Je moet eigenlijk zien dat het vaak psychisch hele gezonde mensen zijn, dus daar kan je best pittig mee aan de slag. Je kan best heel directief aan de slag'.*

Wat betreft de relatie met de cliënt geven therapeuten aan dat afstand en nabijheid in balans moeten zijn. Respondent 1 (I): *'Ik heb ooit een cliënt gehad, een mevrouw was dat, die zei dat we ook wel vriendinnen konden zijn. Toen heb ik ook gezegd dat dit niet kon, dit is een therapie en dat is voor mij niet goed, maar ook voor jou niet goed. Soms krijgen zij van mij een arm, maar wel als ik die arm geef dan geef ik die arm als therapeut en niet als bij vriendinnen, dat is heel anders. Ik denk dat je daar heel goed van bewust moet zijn'* en respondent 5 (I): *'ik houd heel erg de grens'.* Respondent 8 (I) benoemt specifiek dat voor haar het vooral van belang is dat er geen hiërarchie ontstaat in de relatie met de cliënt. *'Voor mij is het belangrijk met de cliënt op een gelijk niveau te staan'.* Verder geven therapeuten aan dat transparantie en eerlijkheid in contact met de cliënt van groot belang zijn. Respondent 2 (I): *'Ik ben heel transparant en eerlijk, want je ziet vaak dat bij mensen met kanker heel erg eromheen gedraaid wordt, maar uiteindelijk help je daar niemand mee. (...)Ik ben er voor hun onvoorwaardelijk, ik zal ze steunen en ik respecteer verdriet en pijn, maar ik laat ze ook de andere kant zien en daag ze daarin ook wel uit'.* Tot slot geven therapeuten aan dat humor in het contact met cliënten van belang is. Respondent 5 (I): *'Ik probeer gewoon menselijk te zijn. Humor speelt daarin een grote rol, dat geeft luchtigheid'.*

3.4 Medium

In deze paragraaf wordt ingegaan op de deelvraag: 'Hoe wordt het medium ingezet bij de doelgroep oncologie binnen diverse zorginstellingen? Aan de hand van de onderdelen van de creatief therapeutische driehoek (eigenschappen, appèl en appèlwaarde) en de aanvulling (symboliek hantering) wordt getracht een antwoord op de deelvraag te geven.

Eigenschappen

Beeldend therapeuten gaan er vanuit dat het werken met een specifiek materiaal een bepaald gevoel kan oproepen. Dit gegeven zet de therapeut in, om met de cliënt het beoogde psychische proces op gang te brengen. Over het algemeen is het opvallend dat voornamelijk materialen gebruikt worden die snel werken, zoals schilder- en tekenmaterialen, krijt, inkt, klei en collagetechniek. Deze materialen hebben vaak meer expressiekracht, bijvoorbeeld het zachte materiaal zoals pastelkrijt waarin mensen wat meer met zachte gevoelens in contact komen en het hardere vetkrijt waarmee je veel steviger kunt werken. De therapeuten benoemen dat zij vooral teken- en schildermaterialen hanteren, mede vanwege het feit dat kracht en inspanning voor veel cliënten zwaar kan zijn. Boven beschreven materialen worden door respondent 3 (Z) beschreven als *'materialen die makkelijker om te hanteren zijn op het moment dat je fysiek moe bent'.*

Daarnaast geven respondent nummer 1 (I), 2 (I), 3 (Z), 4 (Z) en 8 (I) (vijf van de acht therapeuten) aan dat naast de inspanning die sommigen materialen in zich hebben ook gekeken moet worden naar de veiligheid van de materialen. Respondent 2 (I): *'Mensen die geen weerstand hebben en aan het herstellen zijn, kwetsbaar zijn, daar moet je natuurlijk ook kijken naar de veiligheid en qua lichaamsinspanning. Dan is het vaak het werken met collagetechnieken of schilderen en dan denk ik aan materialen zoals houtskool, wasco, alles wat plat gebruikt kan worden. Houtbewerking zal ik minder snel doen'*.

Appèl en appèlwaarde

Uit het onderzoeksmateriaal komt naar voren dat de therapeuten heel erg naar de behoefte van het materiaal kijken. De appèlwaarde is heel verschillend per persoon en gekoppeld aan persoonlijke beleving van de mens. Respondent 3 (Z): *'Het zachte materiaal zoals krijt en pastelkrijt waarin mensen gewoon wat meer met gevoelens in contact komen. Als ik met boosheid of autonomie werk dan gebruik ik heel vaak toch het vetkrijt waarmee je veel harder en steviger kunt werken. Waarbij ik het ook vastplak op tafel, waardoor er echt kracht kan worden gegeven'*. Respondent nummer 1 (I), 3 (Z), 4 (Z), 6 (I), 7 (Z) en 8 (I) (zes van de acht therapeuten) geven aan dat zij kijken naar wat het materiaal met die persoon doet en hoe je dat kunt inzetten bij specifieke problemen. Respondent 3 (Z): *'Je kunt met die materialen iemand heel erg prikkelen of juist iemand een beetje laten structureren, laten inkaderen. Tussen die twee grensgebieden werk je met je materialen'*. Om goed aan te kunnen sluiten bij de cliënt is het voor de therapeut van belang dat zij kennis heeft van appèl en appèlwaarde. Respondent 4 (Z) geeft hierbij als voorbeeld: *'Als je denkt dat iemand gaat flippen op al die zachte krijtjes, ja dan pak je harder materiaal'* en respondent 7 (Z): *'Bij veel boosheid gebruik ik materiaal waar de cliënt meer weerstand ondervindt, door de weerstand van het materiaal ervaart de cliënt zijn agressie beter'*.

Symboliek- en metaforenhantering

Binnen de oncologie komen therapeuten tegen dat cliënten te maken krijgen met betekenis en zingeving. De praktijk leert dat mensen hier verschillend tegenover staan. De therapeuten definiëren 'symboliek' en 'metaforen' als volgt, respondent 2 (I): *'Mensen die naar hun werk kijken en dat heel erg typeren, dat staat daarvoor en dat staat daarvoor (...)'*, respondent 3 (Z): *'Metaforen is eigenlijk beeldspraak en het is gewoon schilderen met woorden (...). Dus als iemand zegt de grond zakt onder mijn voeten weg, dan kun je daar letterlijk een beeld van maken. Of als iemand zegt ik heb het gevoel dat ik beschadigd ben, dat kun je dat in beeldend werken letterlijk gebruiken'*, respondent 1 (I): *'Het verbeelden van dingen die je bezig houden, verbeelden van dingen die nog niet verwoord zijn maar ook beelden die voor woorden kunnen gaan zorgen en daarmee kennis maken'* en respondent 8 (I): *'Symbolisch is voor mij het eigen werk van de cliënt. Alles wat van binnen naar buiten komt'*.

Alle therapeuten geven aan dat er binnen hun werksetting altijd cliënten zijn die graag symbolisch in het beeldend medium aan de slag gaan. Zij geven hierover een aantal praktijkvoorbeelden: respondent 1 (I): *'Ik had iemand met allemaal mooie teksten, die zij in de schilderijen ging verwerken, dat waren echt een soort van 'afscheid nemen van' en 'het accepteren van''*, respondent 5(I): *'Veel afgezette borsten worden gemaakt en dat mensen zich proberen te verbeelden met dat geschonden beeld'* en respondent 8 (I): *'(...) Bij een schildering was de ondergrond heel donker en wortels ontbraken en dan had ze weer bomen die voorzichtig weer in de bloei stonden, waarvan ze ook zelf zei ik heb ook weer een beetje vertrouwen dat die energie weer in mijn lijf zit, heh, dat is die boom... dat het weer stroomt en dat ik ook wel weer wat kan. Maar ze had ook een tekening dat ze als boom echt op de rand stond (...)'*.

Vanuit de transcripten komt naar voren dat de volgende redenen van belang zijn voor het werken met symboliek in het beeldend medium, respondent 2 (I): *'(...) daar kom je ook snel dat mensen daar rituelen daarbij bedenken. Dan sluit het ook weer heel makkelijk aan bij het werken met metaforen en symbolen. Dus het is denk ik een heel logische manier (...) maar laat het mij zo zeggen: het bied mensen wel ruimte om het boven concrete weg te halen. Mensen zijn op zoek naar betekenisgeving en dat giet je in een vorm of een ritueel of een product. Iets wat tastbaar wordt, iets wat je in je kast kun leggen of weg kunt leggen, waarna je kunt kijken en het kapot kunt gooien, je kunt er iets mee (...) het helpt je om te delen'* en respondent 3 (Z): *'Het is gewoon schilderen met woorden'*.

Verder benoemen respondent nummer 2 (I), 3 (Z), 7 (Z) en 8 (I) (vier van de acht) dat de doelgroep oncologie zich, wat hun betreft, niet zo veel van andere doelgroepen die iets heftigs hebben meegemaakt onderscheid. Respondent 7 (Z) licht dit toe: *'Kanker krijgen is een trauma. (...) Ik denk dat het voor traumaverwerking, voor een deel van de mensen, belangrijk is om met symboliek te werken'*.

Benoemd mag worden dat respondent nummer 1 (I), 2 (I), 3 (Z), 5 (I), 6 (I), 7 (Z) en 8 (I) (zeven van de acht therapeuten) aangeven niet vanuit hun eigen standpunt aan te sturen op het werken in symbolen en/of in metaforen. Zij geven daarbij echter wel aan dat wanneer de mogelijkheid vanuit een cliënt zich voordoet, zij hier zeker op aan zullen sluiten. Een aantal therapeuten lichten dit toe:

Respondent 1 (I): *'Het hangt ook af hoe iemand in elkaar steekt en of die in symbolieken denkt of niet'*, respondent 5 (I): *'Symboliek is een veel meer individueel ding, de een gebruikt die symboliek en de ander niet'*, respondent 2 (I): *'Ik denk zeker dat het aansluit bij de belevingswereld van kanker patiënten'*, respondent 7 (Z): *'Dat ik dat inzet is minder, maar mensen doen dat wel. Wat ik nu heel erg op de voorgrond zie is een cliënt die ik op het herstellingsoord heb gehad, die kanker als een soort monster tekende (...) Symboliek komt uiteraard voorbij en dat laat ik mensen ook benoemen als ze dat willen in de nabespreking, maar ik stuur dit niet aan'* en respondent 8 (I): *'De mens die al symboliek heeft gebruikt kan je makkelijker om symbolisch werk vragen. Degenen die het liefst zo concreet mogelijk over dingen willen hebben werken ook het liefst concreet. Aansluiten is het allerbelangrijkst'*.

Respondent 4 (Z) die symboliek wel bewust inzet in het medium legt uit: *'Als ik zie dat een cliënt moeite heeft om zijn eigenschappen uit te beelden, dan kan ik met metaforen werken. Ik zet het wel af en toe in en ik kan het ook wel eens inzetten als ik denk dat iemand te rationeel is'*.

In tabel 8 'Overzicht resultaten' op de volgende pagina wordt een compact overzicht weergegeven van de bovenbeschreven resultaten, dit is bedoeld om een overzicht te geven en tevens ter samenvatting van boven besproken uitspraken van de therapeuten.

Tabel 8 Overzicht resultaten

Vraagstelling	Deelvragen	Onderverdeling	Concrete inhoud vanuit de transcripten	Relevantie *
Hoofdvraag Hoe wordt beeldende therapie ingezet in diverse zorginstellingen aan volwassenen met kanker?	Cliënt Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?	Veiligheid	Therapeuten geven aan veiligheid te creëren aan de hand van de volgende punten: ➤ Fasering in de therapie, begin- midden en eindfase ➤ Laagdrempelige activiteiten ➤ Leerervaringen in het medium ➤ Aanbieden van verschillende materialen	++
		Structuur	De therapeut brengt structuur aan in onder andere de tijd en ruimte. Wat het medium betreft brengt de therapeut structuur aan in de keuze voor materialen, technieken, de hantering van de fasering in de therapie (begin-, midden en eindfase) en de soort van activiteiten die aangeboden worden. Verder benoemen therapeuten dat er een tweedeling terug te herkennen is: bij de ene cliënt is een meer gesloten structuur in de behandeling aan te bevelen en bij de ander een meer open structuur.	+
		Zin-, en vormgeving	De therapeuten benoemen het belang van leerervaringen in het medium als belangrijk punt van de zin- en vormgeving binnen de beeldende therapie. Daarnaast wordt opgemerkt dat het hebben van vooroordelen de zin- en vormgeving van de therapie kan beïnvloeden. Ook hier wordt een tweedeling terug herkend: - Cliënten die de creatieve therapie als fantastisch ervaren - Cliënten die niet herkennen wat creatieve therapie hun kan bieden	+
		Spel	Therapeuten zetten het medium op bepaalde wijze in zodat mogelijkheden kunnen ontstaan om tot spel in het medium te komen. Er wordt bijvoorbeeld: - Experimenteel gewerkt met materialen en kleuren - Een activiteit ingezet of aangeboden die 'spel' en 'plezier' oproept bij de cliënt.	-

Vraagstelling	Deelvragen	Onderverdeling	Concrete inhoud vanuit de transcripten	Relevantie *
	Therapeut Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?	Behandelthema's	Vanuit de transcripten komen vijf behandelthema's naar voren die, ongeacht de zorgsetting, overeen lijken te komen. Alle therapeuten benoemen de volgende thema's als hoofdcategorieën die in hun therapie aan bod komen: (1) Rouw en verlies (2) Autonomie (3) Zelfbeeld (4) Emotionele balans (5) Lotgenotencontact Alle cliënten lijken problemen te ervaren op het gebied van één en/of meerdere van bovenstaand beschreven hoofdcategorieën. Punt (5) Lotgenotencontact wordt door therapeuten als belangrijk thema benoemd, zonder dat dit een 'probleemgebied' van de cliënt is. De meningen liggen ver uit elkaar betreffende de noodzaak van lotgenotencontact in de beeldende therapie.	+ +
		Werkvorm	➤ individueel ➤ individueel in de groep	+
		Technieken	Therapeutische techniek - Spiegelen - Afstand nemen - Stopzetten - Sturend met het materiaal - Sturend in de opdracht Materiaal techniek - Toevalstechnieken	- -
		(Spel)materiaal	- Kosteloos materiaal - Potloden - Verf - Krijt - Inkt - Klei	-
		Werkwijze	Er bestaat een diverse aanpak betreffende de werkwijze die ingezet wordt gedurende de therapie bij de doelgroep oncologie, hieronder volgen de werkwijzen die therapeuten benoemen: - Supportief	- -

Vraagstelling	Deelvragen	Onderverdeling	Concrete inhoud vanuit de transcripten	Relevantie *
			- Re-educatief - Reconstructief - Palliatief De werkwijzen worden afgestemd op de cliënt en zijn behoefte.	
		Therapeutische houding	(1) <i>Uitnodigend</i> Volgend Invoegend (2) <i>Stimulerend</i> Structurerend Inzicht gevend (3) <i>Confronterend</i> Confronterend Directief	-
		Therapeutische relatie	De therapeuten benoemen de volgende onderdelen als belangrijk: - Afstand en nabijheid in balans - Transparantie en eerlijkheid in contact met de cliënt - Humor in het contact met de cliënt Één therapeut geeft aan het voornamelijk belangrijk te vinden dat geen hiërarchie ontstaat, maar cliënt en therapeut op gelijk niveau staan.	+ +
	Medium Hoe wordt het medium ingezet bij de doelgroep oncologie binnen de verschillende zorginstellingen?	Eigenschappen	Therapeuten benoemen vooral materialen te gebruiken gedurende de beeldende therapie die snel werken, zoals: verf, stiften/potloden, krijt, inkt, klei en collagetechniek, en geven aan dat deze materialen vaak meer expressiekracht hebben. Therapeuten benoemen dat bij de keuze van de materialen, bij de doelgroep oncologie, gelet moet worden op de volgende onderdelen: ➤ Kracht en inspanning: Veel cliënten zijn door de medische behandeling en door de gevolgen van de ziekte verzwakt. ➤ Veiligheid van de materialen: Niet alle materialen zijn geschikt om mee te werken voor mensen met een verzwakt immuunsysteem.	+

Vraagstelling	Deelvragen	Onderverdeling	Concrete inhoud vanuit de transcripten	Relevantie *
		Appèl en appèlwaarde	Therapeuten benoemen dat kennis over verschillende materialen essentieel is om het appèl, dat een materiaal op een cliënt doet, goed te toe te kunnen passen. De therapeuten observeren wat een bepaald materiaal met een cliënt doet en gebruiken deze informatie /inzichten wederom om materiaal specifiek toe te passen op de cliënt, om zijn proces op gang te zetten. Therapeuten benoemen dat de appèlwaarde heel verschillend per persoon is en gekoppeld is aan persoonlijke belevingen van de mens. Therapeuten geven aan tussen twee grensgebieden te werken : - iemand prikkelen met materialen of - iemand juist laten inkaderen, laten structureren.	+ +
		Symboliek	De praktijk leert dat therapeuten over het algemeen niet sturend in symboliek zijn. Symboliek of metaforen worden over het algemeen niet bewust ingezet door de therapeut. Echter viel op de doelgroep oncologie vanuit zichzelf graag en veel gebruik maakt van symbolen of metaforen, om bijvoorbeeld te verbeelden wat nog niet verwerkt is of waar nog geen woorden voor zijn. Hierop sluiten therapeuten wel aan en steunen datgene wat de cliënt zelf aanstuurt, door bijvoorbeeld in een reflectie hierop in te haken. Er is één therapeut die vanuit zichzelf symboliek aanbied, maar ook aangeeft dat dit niet vanzelfsprekend gebeurt.	+

Legenda:

*Relevantie

- + = Grotendeels overeenkomsten tussen diverse respondenten
- ++ = Volledige overeenkomst tussen diverse respondenten
- = Grotendeels geen overeenkomst tussen diverse respondenten
- = Weinig tot geen overeenkomsten tussen diverse respondenten

Hoofdstuk 4 Discussie

Dit hoofdstuk is individueel uitgewerkt. In de eerste paragraaf beschrijft Alina de sterktes en zwaktes van het onderzoek. Verder worden de resultaten verklaard en geïnterpreteerd, hierbij worden de resultaten geanalyseerd aan de hand van literatuur, kennis en eigen ervaringen. Hieruit vloeien de aanbevelingen voor vervolgonderzoek voort en vervolgens worden de competenties die met dit onderzoek zijn ontwikkeld beschreven. Tot slot worden de vraagstelling en deelvragen beantwoord. In paragraaf 4.2 beschrijft Nikkie aan de hand van haar eigen bevindingen dezelfde stappen als hierboven genoemd.

4.1 Discussie van Alina Ritzen

4.1.1 Sterkte- en zwakteanalyse van het onderzoek

In deze paragraaf kijk ik terug op het onderzoek en reflecteer ik hierop aan de hand van een sterkte- en zwakteanalyse. Tevens laat ik op deze manier een transparante houding zien van mij als onderzoeker.

Sterkten van het onderzoek

Een sterkte is dat ik samen met Nikkie Soons dit onderzoek heb mogen uitvoeren en vormgeven. Wij hebben elkaar doorheen het gehele proces aangevuld en ondersteund. De samenwerking had enkele voordelen die een positief effect hadden op de uitvoering van dit onderzoek. Door bijvoorbeeld alle interviews gezamenlijk af te nemen ontstond de mogelijkheid om onderling twee rollen te verdelen. De ene rol bestond daarin het interview te leiden en de gegevens zo goed als mogelijk te verzamelen, de ander rol bestond daarin de interviewsituatie te observeren en te analyseren. Om vervolgens aanvullende vragen te kunnen stellen. Hierdoor verkregen wij niet alleen meer informatie maar wij voorkwamen ook dat informatie ontbrak die waardevol kon zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling. Daarnaast kreeg de observator de taak om de opname apparatuur op te bouwen en tijdens het interview in de gaten te houden. Hierdoor werd gewaarborgd dat het opnamemateriaal volledig is. De betrouwbaarheid vergroete doordat de gegevens automatisch geregistreerd werden door beeld- en geluidsopnames en niet alleen via real time aantekeningen van de onderzoekers. De rollen wisselden om de beurt, waardoor wij effectiever konden werken en iedereen gelijk veel taken kon verrichten. Na ieder interview werd samen gereflecteerd. Dit zorgde ervoor dat wij niet verzanden in een te subjectieve kijk op de voortgang, invulling en resultaten van het onderzoek. Doordat allebei de onderzoekers tijdens het interview aanwezig waren en dit met aandacht gevolgd hebben, werd de kwaliteit van de reflectie verhoogd. De betrouwbaarheid werd vergroot door bij meerdere waarnemingen steeds zoveel mogelijk op dezelfde manier te werk te gaan. Dit principe werd toegepast op meerdere aspecten van het onderzoek: de manier waarop het onderzoek bij deelnemers werd geïntroduceerd, de manier waarop waarnemingen werden gedaan en vragen werden gesteld. De mogelijkheid tot vertekening van de resultaten is verkleind doordat het onderzoek is uitgevoerd door twee onderzoekers, waardoor gebruik is gemaakt van beide interpretaties tijdens het analyseren van de gegevens.

Daarnaast werden ook regelmatig reflectiemomenten ingepland gedurende het gehele onderzoekstraject. Hierbij werd het onderzoeksmateriaal kritisch bekeken en besproken en waar nodig aangepast. Een ander voorbeeld waarin de samenwerking een positieve invloed, was bij het analyseren van de gegevens waarin kruislings gegevens uitgewisseld werden. De keuze werd gemaakt om interviewmateriaal op te splitsen, zodat ieder vier interviews kon transcriberen en analyseren. Nadat ieder een code boom had gemaakt werden de gegevens met elkaar uitgewisseld en vergeleken. Daarnaast werden alle codes samengevoegd tot categorieën en kregen categorieën accurate en duidelijke labels. Bovendien werd gebruik gemaakt van 'member checking', door de gegevens (transcripties) voor te leggen aan betrokkenen, zodat de uiteindelijk te analyserende tekst zo adequaat mogelijk de kennis en ervaringen van de respondent weerspiegelt. Deze kennis en ervaring wordt ook wel de 'members knowledge' of 'tacit knowledge' genoemd (Evers, 2007; Smeijsters 2008). Doordat de respondenten de mogelijkheid kregen om de resultaten kritisch te bekijken, mag geconcludeerd worden dat de geloofwaardigheid van de resultaten vergroot is.

Verder was doorheen het hele onderzoeksproces altijd veel respect en waardering voor elkaars inbreng, aanvullingen en ideeën. Wij hebben gebruik gemaakt van onze kritische kijk naar elkaars ideeën en interpretaties, waardoor wij elkaar goed aanvulden. Daarnaast konden door de samenwerking meer respondenten benaderd worden, waardoor tevens een grotere hoeveelheid

informatie verzameld en verwerkt kon worden. Dit maakt dat het onderzoek een grotere hoeveelheid van de doelgroep representeert en de resultaten beter overdraagbaar zijn, wat bijdraagt aan de 'transferability' van het onderzoek (Boeije, 2005).

Tot slot heeft voorafgaand aan dit onderzoek een literatuurstudie plaatsgevonden. Hierbij hebben wij ons flexibel en breed opgesteld, doordat op dit moment alleen duidelijk was dat het onderzoek zich ging richten op de doelgroep oncologie. Hierdoor is in eerste instantie breed gezocht naar de werking van beeldende therapie bij deze doelgroep en werd de zoektocht gaandeweg steeds specifiek. In het kader van de relevantie van dit onderzoek bleek dat internationaal veel onderzoek is verricht op het gebied van oncologie en beeldende therapie. Echter is op nationaal gebied weinig onderzoek te vinden betreffende deze combinatie. Er is geen praktijkgericht onderzoek verricht dat toelicht hoe binnen diverse zorginstellingen beeldend therapeutisch wordt gewerkt. Meerdere respondenten gaven aan dat deze informatie van belang is om inzicht te verkrijgen in de manier van aanpak van andere therapeuten. Dit geeft aan dat dit onderzoek relevant is geweest. De resultaten van het onderzoek zijn een aanvulling op de bestaande (vak)literatuur en onderzoeken en geeft therapeuten een goede indruk van de manier waarop beeldende therapie binnen diverse zorginstellingen met de doelgroep oncologie wordt aangeboden. Tevens kunnen beeldend studenten de resultaten gebruiken voor een eventueel vervolgonderzoek. Beeldende therapeuten kunnen daarnaast dit onderzoek gebruiken om hun kennis te vergroten en eventueel inspiratie op te doen. Dit zorgt voor een meerwaarde van de 'transferability' van dit onderzoek (Boeije, 2005).

Zwakten van het onderzoek

De periode waarin dit onderzoek heeft plaats gevonden was beperkt in tijd. Dit heeft invloed gehad op het verzamelen van de data. Volgens Robson (2002) heb je theoretische verzadiging bereikt wanneer je op een punt bent gekomen waar je niets nieuws meer kunt toevoegen en je dataverzameling afneemt. Gezien het gegeven dat meerdere respondenten wilden deelnemen in dezelfde tijdsperiode is ervoor gekozen om de interviews kort na elkaar in te plannen. Hierdoor konden de processen niet stapsgewijs doorlopen worden en is de keuze gemaakt om de tussentijdse reflecties open te bekijken en niet nader toe te spitsen. Dit komt tevens ten goede aan het open karakter die de vraagstelling van dit onderzoek met zich meebrengt. De respondenten zijn voorafgaand benaderd, maar hierbij is gelet op een grote diversiteit in: werkplek (instelling en locatie), werkervaring (op het gebied van oncologie) en opleidingsachtergrond (criteria: opgeleid tot een beeldend therapeut). Hoewel niet geclaimd kan worden dat sprake is geweest van volledige verzadiging hebben wij onder deze acht respondenten wel een relevante verscheidenheid aan ervaringen en visies aangetroffen, die waardevolle inzichten opleverde over de manier van handelen in de praktijk met de doelgroep oncologie.

Na elk interview werd ervoor gekozen om het onderzoeksmateriaal gelijk te verwerken en onderling te bespreken. Hierdoor kwamen nieuwe inzichten naar voren die wij meenamen naar het volgende interview. Echter was hier niet altijd een diepgaande analyse mogelijk doordat de interviews vaak kort achter elkaar volgden. Veel respondenten wilden gedurende dezelfde periode deelnemen aan ons onderzoek. Dit kan als zwakte gezien worden doordat er deels weinig ruimte en tijd was om het onderzoeksmateriaal diepgaand te analyseren. Doormiddel van memo's konden echter relevante informatie gedocumenteerd worden die meegenomen werden naar het volgende interview.

De rol van de onderzoeker was voor mij nieuw. Belangrijke vaardigheden tijdens het afnemen van een interview zijn goed kunnen luisteren, een gesprek kunnen (onder)houden en in staat zijn de 'goede' vragen te stellen (Baarda et al., 2007). Door mijn stagervaring als therapeut lukt dat redelijk goed. Echter, als onervaren interviewer was de verleiding groot in het geven van een samenvatting of bij het stellen van een vraag eigen interpretaties toe te voegen waardoor de gegevens op een bepaalde manier 'gekleurd' zouden kunnen worden. Dit heeft ervoor kunnen zorgen dat belangrijke informatie ontbreekt en daarmee de 'dependability' van het onderzoek beïnvloed (Smeijsters, 2008). Daarnaast is het mogelijk dat het een negatief effect heeft op de betrouwbaarheid van de resultaten. Echter, door de 'member-checks' en het dubbel coderen door de andere onderzoeker is de invloed op de resultaten hiervan beperkt gebleven. Verder is dit onderzoek gebaseerd op feitelijke uitspraken van verschillende therapeuten perspectieven, dit kan als een zwakte van het onderzoek worden benoemd. Het perspectief vanuit de cliënt is vanwege het beperkte tijdbestek van dit onderzoek, niet meegenomen, maar had wel voor meer betrouwbaarheid kunnen zorgen. Ook werd ervoor gekozen om alleen gebruik te maken van diepte-interviews. Om een compleet en vollediger beeld van de therapiesituatie te schetsen, hadden observaties van therapiesessies kunnen plaatsvinden. Daarnaast hadden wij ook cliënten kunnen ondervragen om te checken of andere of vergelijkbare opvattingen bestaan betreffende het beeldend therapeutisch aanbod. Hierdoor zou het onderzoek meer betrouwbaar zijn geweest, in het onderdeel vervolgonderzoek wordt hier verder op

ingegaan. Tevens lag in dit onderzoek niet de focus op de behandeling van palliatieve cliënten, maar werd meer gekeken naar de curatieve cliënt. Vanuit het onderzoek werd duidelijk dat belangrijke accentverschillen in behandelthema's te vinden zijn in vergelijking met curatieve cliënten. De keuze om ons niet te focussen op dit accentverschil werd gemaakt doordat respondenten aangaven weinig tot niet met palliatieve cliënten te werken. Cliënten die in een palliatieve fase zitten zijn voor veel respondenten contra geïndiceerd voor het werken in groepen en zouden veel meer individueel begeleid moeten worden.

4.1.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Therapeutische houding en methoden

Therapeutische grondhouding

Alle respondenten gaven aan gebruik te maken van een therapeutische grondhouding. De grondhouding wordt gevormd door een aantal verschillende houdingsaspecten zoals, een oordeelvrije, ruimte biedende of structurerende houding. Een vertrouwen gevende houding waarbij de therapeut beschikbaar is voor de cliënt wanneer nodig. De therapeut biedt feedback op datgene wat de cliënt laat zien en heeft aandacht voor betrokkenheid bij de cliënt en zijn welbevinden. Een oordeelvrije houding van de therapeut is een houding gekenmerkt door neutraliteit en openheid (Schweizer, 2009). De therapeut fungeert als voorbeeld voor de cliënt in het aannemen van een oordeelvrije houding. Ten aanzien van het beeldend werk betekent dit dat steeds benadrukt wordt dat het niet gaat om mooi of lelijk. Een ruimte biedende houding van de therapeut is een houding in opstelling, interventies en aanbieden van werkvormen die ruimte laten voor de persoonlijke of eigen invulling (Haeyen, 2011). Uit mijn eigen stagervaring kan ik benoemen dat een groot aantal cliënten het prettig vind als er ruimte ontstaat om zelfstandig te kunnen werken, zonder daarbij te veel aandacht te ervaren. Mijn praktijkervaring leert dat te veel aandacht vaak als hinderend en remmend wordt ervaren. Het is hierbij altijd van belang om afstand en nabijheid goed af te stemmen op de cliënt en zijn behoefte.

Therapeutische houding en methode in ziekenhuizen en privé praktijken

Voornamelijk respondenten werkzaam in ziekenhuizen en privépraktijken maken gebruik van een directieve, structurerende houding. Dit kan gerelateerd worden aan het kortdurend karakter dat wordt aangeboden binnen deze instellingen (5-10 keer beeldende therapie). Volgens Haeyen (2011) is een structuur biedende houding van de therapeut een houding in opstelling, interventies en aanbieden van werkvormen, waarin gericht en concreet aanwijzingen worden gegeven aan de cliënt. De therapeut is directief en bepalend door het aanbieden van een vaststaand materiaal aanbod (Haeyen, 2011). Structuur wordt geboden door een duidelijke fasering van begin middel en eindfase. De houding verandert volgens de respondenten, gedurende de behandeling. In het begin is de houding voornamelijk steunend, maar gaat later over in een meer directieve confronterende houding. De werkvormen zijn gericht op de door de cliënt ervaren problemen. De therapie is voornamelijk klachtengericht en heeft zowel steunende als ook inzicht gevende kenmerken. Respondenten benoemen dat het van groot belang is om cliënten inzichtelijk te maken dat hun eigen gedrag, een gewoonte gedrag (coping) degelijk een duidelijke rol speelt in het ervaren van grenzen of moeilijkheden. Daarnaast geven respondenten aan sturend te zijn wanneer het gaat om het inzichtelijk maken van het leerproces, zodat de cliënt een ander zichtwijze en perspectief kan ontwikkelen.

Tijdens mijn stage heb ik de ervaring gemaakt dat wanneer zich een leermoment voordoet bij een cliënt, de therapeut hier mooi op kan aansluiten. Bijvoorbeeld kunnen verbanden gelegd worden naar het alledaagse leven (analogie). De respondenten vanuit dit onderzoek geven aan hiervan voornamelijk gebruik te maken tijdens een individueel reflectiemoment met de cliënt. Respondenten in ziekenhuizen en privépraktijken richten zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen enerzijds via gestructureerde trainingsgerichte activiteiten om het probleemgedrag te veranderen. Anderzijds richt men zich op het behandelen van psychische conflicten die aan het probleem ten grondslag liggen. Respondenten richten zich voornamelijk op enkele doelen en specifieke probleemgebieden. Een therapeut benoemd directief te werken, om het doel in de gaten te houden. Omdat de praktijkervaring leert, dat mensen vaak met een heel rugzakje vol met allerlei problemen naar de therapie komen, is het voor de therapeut van belang om te checken of hetgeen waarmee de cliënt aan de slag wil, daadwerkelijk ook kanker gerelateerd is. Schweizer (2009) benoemd dat kortdurende therapieën, meestal gefocust zijn op enkele doelen, waaraan structureel wordt gewerkt. Smeijsters (2008) geeft aan dat een duidelijk omschreven doel met duidelijk beschreven middelen

wordt behandeld. Observaties die andere probleemgebieden betreffen kunnen in dossiers worden vastgelegd, maar worden niet behandeld. Respondenten benoemden dat doelen voorafgaand aan de therapie samen met de cliënt worden bepaald en vormen de basis voor het therapieverloop. Er wordt gebruik gemaakt van een intakegesprek waarin vaak al naar voren komt waar het probleemgebied/de probleemgebieden liggen. De therapeutische houding sluit dus aan op de doelgericht-, klachtengerichtheid die voortkomt uit de kortdurende behandeling. Respondenten geven aan constant rekening te houden met de beperkte tijd en mogelijkheden van de cliënt. Een therapeut benoemt vooral directief en sturend te zijn, omdat het in een kortdurend therapie programma vaak niet anders kan. Schweizer (2009) beschrijft dat een directief klachtengerichte behandelingsstrategie gericht is op klachtenreductie en doorgaans kortdurend is van aard. De therapie is, volgens de Respondenten focaal inzicht gevend en directief klachtgericht. Smeijsters (2008) geeft aan dat deze vorm is gericht op een concreet gedragsverandering met een blijvend karakter. Tijdens mijn derdejaars stage heb ik naast de kortdurende therapievorm, voornamelijk ervaringen opgedaan binnen de langdurige therapievorm. Desondanks heb ik hier met concrete en vooraf bepaalde – en gedurende de behandeling bijgestelde – doelen gewerkt. Betreffende mijn eigen methodisch handelen herken ik mij in deze meer directieve, klachtengerichte vorm van beeldende therapie terug. Mijn ervaring was dat cliënten deze aanpak waarderen, omdat het probleemgebied concreet werd gemaakt en mede hierdoor meer inzichtelijk.

Therapeutische houding en methode in inloophuizen

Wat betreft een structurerende houding geven respondenten in inloophuizen aan, met name bij de start van het beeldend werken kaders te bieden, zodat de cliënt tot actie komt in het medium. Respondenten benoemden zich sterk te richten naar de wensen en behoeften van de cliënten. Doordat in tegenstelling tot ziekenhuizen en privépraktijken in inloophuizen geen kader wordt geboden betreffende de behandelduur, wordt minder structuur geboden vanuit de fasering. Vanuit inloophuizen bepaald de cliënt het startmoment net zoals het afsluitingsmoment. Respondenten geven aan dat cliënten over het algemeen tussen een half jaar tot een jaar in therapie verblijven. Hier mag dus verondersteld worden dat deze vorm van therapie een langdurig karakter betreft. Gerelateerd hieraan werken respondenten minder directief. Respondenten gaven aan voornamelijk een volgende, invoegende en uitnodigende houding aan te nemen. De focus ligt, niet alleen in de beeldende therapie maar ook in de visie vanuit de instelling, op een ondersteungerichte benadering. Schweizer (2009) beschrijft dat het hierbij gaat om het creëren van ontspanning, veiligheid en het handhaven van evenwicht. Inloophuizen willen voornamelijk een ontmoetingsplek zijn. Een plek waar een luisterend oor wordt geboden, waar men lotgenoten ontmoet en waar men deel kan nemen aan creatieve activiteiten. Inloophuizen bieden laagdrempelige psychosociale zorg voor mensen met kanker en hun naasten (IPSO, 2015). Respondenten geven aan hiermee rekening te houden betreffend hun therapeutische houding. Daarnaast benoemen respondenten dat beeldende therapie niet altijd zodanig therapeutisch wordt gepresenteerd. Het wordt vaak creatieve expressie of creatieve activiteit genoemd. De drempel om naar de therapie toe te komen wordt hiermee verlaagd. Er mag verondersteld worden dat de instelling, met name in inloophuizen, een bepalend maar ook een beperkend karakter heeft op de therapeutische mogelijkheden.

De therapie is in tegenstelling tot de eerder benoemde klachtengerichte behandeling in ziekenhuizen en privépraktijken meer cliëntgericht. Er wordt ondersteunend gewerkt, gericht op het verwerken van en het leren omgaan met problemen. Respondenten geven aan dat veel ruimte wordt geboden aan de cliënt om te experimenteren met materialen om zo nieuwe ervaringen op te doen. De therapeut ondersteunt de cliënt in zijn wensen en behoeften. Ook de doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter. De respondenten geven aan vooral aandacht te geven aan een veilige sfeer en het scheppen van ontspanning. De focus ligt op het herstellen van een evenwicht en beperken van invalide gevolgen van de ziekte (Smeijsters, 2008). Daar waar in ziekenhuizen en privépraktijken voornamelijk met vooraf gestelde doelen gewerkt wordt, die tijdens een intakegesprek of tijdens de beginfase naar voren komen, werken respondenten, in inloophuizen vaak vanuit datgene wat in het hier en nu speelt. Aanknopingspunten komen voort uit datgene wat zich gedurende de therapie voordoet bij de cliënt. Één therapeut beschrijft hierbij dat zij mensen niet vanuit hun stoornis behandelt en de daaraan gekoppelde behandeling. Natuurlijk is het goed om dat in je achterhoofd te houden, maar de therapeut wil vooral gaan kijken naar het hier en nu, zonder te zeer te graven en de diepte in te gaan. Meerdere respondenten gaven hierbij aan een niet oordelende houding aan te nemen en de cliënt te laten ervaren dat alles wat de cliënt in het medium doet, goed is, zonder dat hier een waardeoordeel aan gekoppeld wordt. Verder werd benoemd, dat een inloophuis een plek is, waar laagdrempelig gewerkt wordt. Het biedt de mogelijkheid voor mensen om datgene wat hun bezig houdt neer te leggen. De

therapeut geeft aan precies te weten waarom zij iets aanbied (een materiaal, of een techniek), maar datgene niet als zodanig te benoemen. De interventies vinden dus op een indirecte manier plaats, waardoor de cliënt onbewust verleid kan worden om bijvoorbeeld te spelen, te experimenteren of te ontdekken. Door de laagdrempeligheid vinden cliënten snel ook de ontspanning en de rust, die ze in hun omgeving niet meer ervaren. Respondenten benoemen dat cliënten vaak gehaast zijn en dat ze op zoek zijn naar mogelijkheden om weer tot rust te komen. De therapie is dus ook een plek waar de cliënt zichzelf mag zijn en ruimte krijgt om bij zichzelf stil te staan. Wanneer de cliënt zelf aangeeft meer te willen bereiken en meer te willen ontdekken in therapie, gaat de therapeut mee met deze wens en biedt de cliënt handvatten om aan zijn doel te kunnen werken. De respondenten zijn dus flexibel in hun manier van handelen en sluiten aan op de cliënt en zijn behoeften. De cliënt is het vertrekpunt en geeft een richting voor. Alle respondenten benoemen rekening te houden met de psyche van een cliënt, maar maken hier tevens de kanttekening bij dat men eigenlijk ervan uit mag gaan dat de doelgroep bestaat uit psychisch gezonde mensen. Er wordt rekening gehouden met de draagkracht van een cliënt. Respondenten noemen dit de ik-sterkte van een cliënt. De term ik-zwakke of ego-zwakke komt uit de psychoanalytische school van Freud. Iemand met een sterk ik kan het leven beter aan dan iemand met een zwakke ik. Ik-sterkte maakt dat je tegen angsten opgewassen bent, teleurstellingen kunt opvangen en je impulsiviteit kunt beheersen (genot zoeken of woede uitleven). Zo helpt een sterk ik, bij het leren van iets moeilijks (Casse, 1967). De therapeut weegt dus af wat de cliënt aankan en sluit hierop aan.

Oorzaak en gevolg

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dus dat betreffende de aanpak van de therapeutische houding een kanttekening gemaakt mag worden. Het bleek dat respondenten in privé praktijken en ziekenhuizen voornamelijk een structurerende, inzicht gevende, en directieve houding aannemen terwijl respondenten in inloophuizen voornamelijk een volgende, invoegende en uitnodigende houding aannemen. Dit wil niet zeggen dat het één het ander uitsluit, maar blijkt toch een duidelijk verschil zichtbaar te worden in welke therapeutische houding(en) voornamelijk worden gehanteerd. Mijns inziens kan deze diversiteit ook gerelateerd worden aan de behandelduur in de desbetreffende zorginstelling. Daarnaast kan ook vermoed worden dat de instelling waar de therapeut werkzaam is, invloed heeft op het beeldend therapeutische aanbod dat wordt aangeboden aan oncologiecliënten. Er spelen dus andere factoren mee behalve de gerichtheid op de problematiek van een cliënt. De behandelduur van de therapie wordt volgens de respondenten binnen ziekenhuizen en privé praktijken voorafgaand bepaald. Binnen inloophuizen wordt voorafgaand geen einde bepaald. Smeijsters (2008) geeft aan dat het altijd van belang is de duur goed af te stemmen op de mogelijkheden en de vraag van de cliënt. Te lang doorgaan kan de cliënt afhankelijk maken van de therapie en de behandeling en zelfs leiden tot hospitalisatie. Te kort behandelen kan betekenen dat het geleerde onvoldoende geïnternaliseerd en gegeneraliseerd is. Langdurige zorg en kortdurende zorg hebben beiden ook voordelen die aansluiten bij de behoefte van de cliënt. Omdat iedere cliënt anders is en vraagt naar een individuele aanpak, zijn ook de therapeutische manieren en handelingswijzen, binnen de verschillende zorginstellingen heel divers. De ene cliënt kan behoefte hebben aan een kort en krachtig behandeltraject om daarna weer beter te kunnen functioneren in het dagelijkse leven en anderen hebben een langer behandeltraject nodig waarin begeleiding en steun over een onbepaalde periode vooraan staan. Onderbouwd worden eerder genoemde aspecten door een beschrijving van Schweizer (2009), namelijk, dat met name bij een lang durende, ontwikkeling stimulerende of verwerkende therapie, een op de humanistische psychologie baserende, cliëntgerichte grondhouding past. Daarnaast past de therapeut bij een kortere klachtengerichte therapie, meer gedragsgerichte structurerende therapieën en/of directieve interventies toe. In bijlage 8 (blz. 88) is in 'Hoofdcategorieën van behandelingsstrategieën' terug te vinden waarin ik overzichtelijk en beknopt weergeef hoe respondenten handelen binnen inloophuizen, ziekenhuizen en privé praktijken. De gegevens komen voort uit de resultaten in Hoofdstuk 3. Echter is ook hier op te merken dat het in praktijk niet altijd zo zwart wit is, ook een therapeut binnen een inloophuis kan directief handelen net zoals een therapeut in een ziekenhuis ondersteunend kan handelen. Bijlage 8 (blz. 88) geeft weer waar de focus op ligt.

Relatie

Respondenten gaven daarnaast aan dat de relatie tussen de cliënt en de therapeut belangrijk is. Er mag vermoed worden dat de relatie in een langdurige zorg een grotere rol speelt dan in kortdurende therapie. Er is in inloophuizen gewoon meer tijd en ruimte om in contact te komen met de cliënt en om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Alle respondenten benoemen dat aspecten zoals afstand en nabijheid, humor en transparantie en eerlijkheid in contact met de cliënt van belang zijn. Ik heb

zelf de ervaring opgedaan dat juist humor in therapie kan helpen om meer luchtigheid en ruimte te creëren. Daarnaast zorgt humor er ook voor dat gemakkelijker een vertrouwensband ontstaat. De cliënt voelt zich meer op zijn gemak. In een therapie zijn de aard en de kwaliteit van de therapeutische relatie geen doel op zich, maar vooral middel om doelen (aanleren van nieuw gedrag/ of nieuwe cognities) te bereiken. Vanuit mijn eigen stagervaring kan ik constateren dat de relatie met de cliënt essentieel is en dat Rogeriaanse aspecten, zoals empathie, warmte, respect en echtheid een consistente invloed kunnen hebben op het therapieverloop en uiteindelijk ook op het therapieresultaat. De cliënt moet zich steeds veilig genoeg voelen in het contact met de therapeut, om tot handelen te komen in het medium. Uit een overzicht van empirische onderzoeken (Keijsers, Schaap en Hoogduin, 2000) naar het verband tussen de therapeutische relatie en het behandelresultaat blijkt de therapeutische relatie in therapieën gekarakteriseerd wordt door een actieve houding met een hoge mate van emotionele steun en empathie en met onvoorwaardelijke acceptatie. Ook de beleving van de cliënt van de therapeut als een deskundig, actief en zelfverzekerd persoon is van invloed op de uitkomst van een behandeling (Keijsers et al., 2000). De therapeutische relatie is daarmee een algemeen therapiefactor die in elke vorm van psychotherapie van belang is (Trijburg, 2003). Vanaerschot (2003) beschrijft dat het contact tussen therapeut en cliënt functioneel en zakelijk is, maar tegelijkertijd een contact met een grote mate van intimiteit. De therapeutische relatie kent een asymmetrische structuur: van de cliënt wordt een grote mate van zelfonthulling verwacht, terwijl de therapeut weinig of niets over zichzelf inbrengt. Een respondent benoemt dat de therapeutische relatie daarom van groot belang is, omdat cliënten vaak het vertrouwen in zichzelf hebben verloren het zelfbeeld verstoord is. Daarbij komen een hele hoop emoties op hun af. De ervaring laat zien dat de omgeving na een bepaalde tijd nog maar weinig aandacht heeft voor de problemen die bij mensen met kanker kunnen optreden. Het vertrouwen in de therapeut is daardoor des te belangrijker. Hansen (2001) vat samen dat de therapeut ervoor moet zorgdragen dat de cliënt zich begrepen voelt, dat de cliënt vertrouwen heeft in de therapeut en dat de cliënt het eens is met de gegeven verklaring voor de klachten en de behandeling die gevolgd gaat worden. Kankerpatiënten hebben volgens de respondenten vaak behoefte aan autonomie en erkenning en voelen zich snel betutteld. Het is daarom van belang de cliënt te stimuleren bij het nadenken over de problemen en het werken aan oplossingen (Vugts, 1999). Uit de resultaten komt ook naar voren dat de relatie met de therapeut in kortdurende therapie minder diepgang krijgt en speelt daardoor een minder grote rol dan de ingezette methode. Ook Schweizer (2009) benoemt dat bij een kortdurende therapie minder aandacht wordt besteed aan de cliënt- therapeut relatie. Echter moet altijd door de therapeut veiligheid geschept worden en moeten de basishoudingen toegepast worden. De cliënt krijgt in een kortdurend behandeltraject minder kans zich afhankelijk van de therapeut en de behandeling te maken en te voelen. Ook de beeldend therapeut moet steeds proberen het materiaal en de ervaring zo aan te bieden dat de cliënt het snel zelfstandig kan overnemen (Schweizer, 2009). Leijssen (2003) laat zien dat in enkele therapie sessies enorme verschuivingen kunnen optreden door een juiste balans tussen empathie en directiviteit. Langdurige therapie biedt de mogelijkheid nieuwe ervaringen op te doen, te oefenen met een nieuw gedrag en de cliënt krijgt inzicht in het ontstaan van deze patronen. De relatie met de therapeut, afhankelijkheid van de zorg en hospitalisatie zullen bij langdurende therapie een groot rol spelen (Schweizer, 2009). Een therapeut benoemt dat mensen in inloophuizen soms blijven terugkomen omdat een inloophuis een veilige laagdrempelige plek biedt. Respondenten geven aan dat dit ondertussen een probleem is. Een ander therapeut beschrijft dat een gezonde cultuur moet blijven bestaan in een groep en dat dit alleen mogelijk is wanneer een doorlopende stroom van mensen die beginnen en afsluiten in therapie zichtbaar is.

Emotionele balans en het beeldend medium

Respondenten binnen alle zorginstellingen gaven aan dat behandelthema's zoals rouw en verlies, autonomie, zelfbeeld en emotionele balans, typerende probleemgebieden zijn voor de doelgroep oncologie. Omdat emotionele balans het meest benoemde behandelthema is binnen alle instellingen wil ik hier vervolgens dieper op ingaan. Daarnaast blijkt uit een onderzoek van Visser en Op 't Hoog (2010), waarbij aan 39 oncologische cliënten binnen drie verschillende zorginstellingen in Nederland beeldende therapie werd aangeboden, dat cliënten tijdens de beeldende therapie voornamelijk in contact zijn gekomen met hun emoties. Dit geeft dus aanleiding om te vermoeden dat niet alleen vanuit het therapeutische perspectief, maar ook vanuit het perspectief van de cliënt, emoties of emotionele expressie van belang is in de behandeling van oncologiecliënten.

In het onderzoek van Visser en Op 't Hoog (2010) leerden cliënten emoties te reguleren en te exploreren, door middel van het beeldend medium en de begeleiding van een beeldend therapeut. Ook respondenten binnen dit onderzoek geven aan voornamelijk twee soorten probleemgebieden tegen te komen. Respondenten lichten toe dat cliënten aan de ene kant helemaal overspoelt kunnen raken door emoties en aan de ander kant kunnen cliënten niet in contact komen met hun emoties. Respondenten geven aan dat men mensen die heel erg overstroomd van emoties juist meer grip wil laten krijgen op hun emoties. De andere groep cliënten wil men juist een beetje los laten weken van hun stand, hun ratio, zodat ze meer in contact komen met hun gevoelens. Deze twee probleemgebieden ben ik ook bij meerdere doelgroepen tegen gekomen op stage. Ik heb de ervaring gemaakt dat juist mensen die heel cognitief ingesteld zijn moeite hebben om hun gevoelens te uiten, waartegen mensen die overspoeld raken van hun emoties, moeite hebben om rationaal te denken. Dit fenomeen wordt onderbouwd door het 'ECT' Hinz (2009) beschreven in hoofdstuk 1 'probleemstelling'. Respondenten bieden daarom technieken en materialen aan, die allereerst aansluiten bij datgene waar de cliënt sterk in ontwikkeld is en kunnen cliënten door middel van interventies en mediumactiviteiten stimuleren om zich verder te ontwikkelen op de andere creatieve niveaus. Alle respondenten geven aan, dat materialen een appel doen op cliënten. Het werken met beeldend materiaal doet een appèl op het zintuiglijke ervaren en roept emotionele belevingen op (Hinz, 2009). Van die appèlwaarde maken beeldend therapeuten binnen de vaktherapie gebruik, door ze in te zetten als interventies. Grabau en Visser (1990) geven aan dat beeldend therapeuten juist die materialen aanbieden, afhankelijk van de situatie terloops of expliciet, die het voor de cliënt mogelijk maken om tot handelen over te gaan, waardoor cliënten tot emotionele belevingen kunnen komen, die de ontwikkeling bevorderen. De auteurs geven aan dat emotionele belevingen zonder dat materiaal in die situatie niet zouden plaatsvinden (Grabau en Visser, 1990). Respondenten benoemen dat juist het sensopathische materiaal ingezet wordt wanneer het gaat om het exploreren van emoties. Mensen beleven de wereld vanaf de geboorte door zintuiglijke prikkelingen. Het begrijpen van deze wereld wordt beleefd door onze zintuigen (Hinz, 2009). Ze zijn een link naar het geheugen en zorgen ervoor dat we emoties en herinneringen hebben (Lidstroom, 2005). Een zintuiglijke prikkel kan dus een gevoel creëren, en herinneringen opwekken of een bepaald gedrag veroorzaken. Dit zijn allemaal persoonlijke verbindingen die worden gelegd. Er ontstaat bewustwording bij de cliënt door middel van de materiaalbeleving. De materiaalbeleving wordt vergroot op het moment dat direct fysiek contact is met het materiaal (Haeyen, 2011). Respondenten benoemen 'het zachte materiaal', zoals bijvoorbeeld pastelkrijt te hanteren om de cliënt in contact te laten komen met hun 'zachte gevoelens' (b.v. verdriet). Krijt doet een appel op aanraken, tasten, wrijven, smeren (Haeyen, 2007). Krijt kan worden uitgeveegd met de vingers, waardoor een direct contact ontstaat met het werkstuk en een connectie wordt gemaakt met de gevoelswereld van de cliënt (Hinz, 2009). Er ontstaat in die zin een fysiek contact met het materiaal. Daarnaast maken respondenten gebruik van materiaal, zoals vetkrijt, als het gaat om emoties zoals boosheid of woede. Met dit materiaal kan steviger en met meer kracht gewerkt worden. Wanneer met deze materialen gewerkt wordt, wordt ook het papier op de tafel vastgeplakt, waardoor letterlijk met meer kracht gewerkt kan worden. Klei is ook een sensopathisch materiaal dat veelal ingezet wordt door respondenten. Respondenten benoemen daarnaast gebruik te maken van het materiaal klei. Klei doet een sterk motorisch appèl op het aanraken, tasten, kneden, knijpen en slaan (Haeyen, 2007). Daarnaast doet de textuur van klei, de kneedbaarheid, de smeugheid, het feit dat het aan de handen plakt en sporen achterlaat associaties op. Tevens roept het sterke fysieke en gevoelsmatige reacties op bij de cliënt (Schweizer, 2009). Wanneer een cliënt zich hiervoor openstelt dan kan aandacht ontstaan voor de eigen gevoelens van dat moment (Haeyen, 2011). Hierdoor komt een cliënt dicht bij zijn eigen gevoel en daarbij ook dicht bij de onderliggende problemen, de kern. "Klei laat zich vormen door de vingers en handen zonder dat er directe hele bewuste en sturende gedachten aanwezig hoeven te zijn" (Haeyen, 2001, p.117). Klei is hierdoor gemakkelijk te bewerken en geeft de cliënt de ruimte om in spel te gaan met het materiaal. Het materiaal klei is tijdens mijn stage het meest gebruikte materiaal geweest, doordat het heel veel mogelijkheden biedt, om tot vormgeving te komen. Het werken met klei heeft ook een bepaalde structuur. Eerst moet fysieke kracht uitgeoefend worden, door de klei te kneden en te vormen, later kan fijn motorisch gewerkt worden, door details aan te brengen. Het sensopathische aspect van klei kan iemand, volgens mijn ervaringen, heel erg prikkelen en soms ook overprikkelen, wanneer emoties te sterk aanwezig zijn. Daarnaast geven respondenten ook aan gebruik te maken van beweging met het materiaal, om dicht bij een emotie te komen. Sommige materialen en technieken bevorderen het maken van grote of stevige bewegingen of juist kleine priegelbewegingen (Wils, 1973). Sensomotorisch handelen en werken vanuit beweging bevordert het beleven en uiten van emoties (Lusebrink, 1990). Beweging en gevoelens beïnvloeden elkaar. Dit kan zichtbaar worden in het beeldend werk

(Schweizer, 2009). Bijvoorbeeld bij boosheid of woede kan een cliënt grote gebaren en bewegingen maken, maar als de cliënt deze gevoelens niet toestaat, kunnen dit ook strakke, gecontroleerde hoekige, krachtige bewegingen worden (Schweizer, 2009, p. 130). Woede is een emotie die respondenten vaak tegenkomen in therapie. Woede bij ziekte kanker is lastiger te uiten, dan bij een gerechtvaardigde woede. Er is in dit geval geen schuldige aan te wijzen. De boosheid krijgt daardoor iets onredelijks, en kan zich richten op personen, zoals hulpverleners of naaste vrienden en familie. Als de woede onvoldoende uitweg vindt, zal deze zich ook op de persoon zelf kunnen richten (Haeyen, 2011). Vanuit mijn stagervaring kan ik vermelden dat juist het uitdrukken van woede in het medium en met het materiaal voor opluchting kan zorgen. De woede richt zich dan niet op één persoon maar kan tot uitdrukking komen in het werkstuk, waardoor de cliënt er letterlijk afstand van kan nemen. Respondenten geven hierbij aan dat altijd rekening gehouden moet worden met vermoeidheid van een cliënt. De vermoeidheid die na de behandelingen wordt ervaren verschilt van 'moe zijn'. Moe zijn is een tijdelijk gevolg van slaapgebrek, slechte voeding of tijdelijke inactiviteit, het gevoel van moe zijn verdwijnt na een goede nachtrust, maar vermoeidheid verdwijnt niet. Piekeren en voortdurend met de ziekte bezig zijn vraagt veel energie en draagt bij aan vermoeidheid. Respondenten geven aan, dat dit een normale reactie is op een abnormale situatie, die wel veel energie vraagt.

Vanuit mijn stage heb ik veelal de ervaring gemaakt dat een sensopathisch materiaal rust en ontspanning kan bieden. Cliënten die met dit materiaal bezig waren, waren letterlijk in het hier en nu bezig, omdat het werken met sensopathisch materiaal aandacht vraagt. Daarnaast heb ik ook de ervaring gemaakt dat sensopathische materialen iemand, die overspoeld wordt door zijn emoties, kan laten focussen en laten stil staan bij wat deze emoties bij hem te weeg brengen. Schweizer (2009) beschrijft daarnaast dat wanneer een nieuw materiaal te snel wordt aangeboden, angst en tegenzin kan worden opgeroepen. Te moeilijk materiaal kan boosheid oproepen en materiaal dat aansluit bij de ervaring van de cliënt, kan plezier en verrassing oproepen (Lusebrink, 1990). Respondenten benoemen dat, wanneer emoties sterk aanwezig zijn, het van belang is om deze emoties uit perspectief te halen. Respondenten geven aan dat oncologiecliënten vaak sterk gefocust zijn op een emotie zoals verdriet. Door het verdriet, letterlijk te verwerken in een werkstuk, wordt het tastbaar en zichtbaar. Men kan het van afstand bekijken, waardoor er ook letterlijk meer afstand en ruimte ontstaat naar deze emotie. Het verdriet wordt uit het perspectief gehaald, waardoor de cliënt weer zicht krijgt op het 'gehele beeld'. Door interventies stimuleert de therapeut de cliënt om te kijken naar zijn werk. Bijvoorbeeld door het ophangen van een werkstuk of het (letterlijk) afstand nemen en evalueren van een werkstuk. Hierbij kan de aandacht gericht worden naar het visueel waarnemen, of naar beeldaspecten. Schweizer (2009) beschrijft dat de materiaalbeleving hierbij een grote rol speelt. Een materiaal dat direct aangeraakt wordt met de handen, raakt directer aan gevoelens dan wanneer bijvoorbeeld gewerkt wordt met potlood, dat het gevoel van controle over de gevoelswereld versterkt.

Zoals eerder benoemd blijkt dat respondenten aan de basisbehoeften veiligheid, structuur en vrijheid moeten voldoen om therapeutische ontwikkelingen mogelijk te maken. Via materiaalbeleving (contact met het materiaal) kan een proces op gang worden gebracht dat in directe verbinding staat met het therapeutische proces van de cliënt (Hinz, 2009). Ook kan bij de cliënt een gevoelsbeleving op gang komen. Dit houdt in dat men (weer) contact kan maken met het eigen gevoel, bijvoorbeeld tijdens het beeldend werk. Binnen beeldende therapie wordt deze verbinding gelegd door het beeldend werken op zich door contact met het materiaal of door met anderen bij een gegeven stil te staan. Er kan hierdoor sprake zijn van directe emotieregulatie via het materiaal of de manier van werken. Door de gevoelsbeleving gaat men zich realiseren welke gevoelens een rol spelen en in welke mate deze bepalend zijn. Daarnaast ervaart de cliënt 'the present moment', zoals deze in het hier en nu is.

4.1.3 Aanbeveling voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek

Uit het kritisch verklaren en interpreteren van de resultaten volgen een aantal aanbeveling voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek.

Aanbevelingen voor de praktijk

Dit onderzoek laat zien dat beeldende therapie op verschillende probleemgebieden van oncologiepatiënten aansluit. Door middel van dit onderzoek krijgen therapeuten werkzaam op het gebied van oncologie inzicht in behandelingsmethoden, behandelthema's en het handelen in het medium binnen diverse zorginstellingen. Het onderzoek geeft niet alleen beeldend therapeuten

inzicht in verschillen en overeenkomsten binnen diverse zorginstellingen, maar het biedt ook de mogelijkheid om andere disciplines inzicht te geven in deze behandelvorm. Heel duidelijk kwam naar voren dat alle beeldend therapeuten in de praktijk dezelfde behandelthema's (zie H3 'resultaten') tegenkomen. De aanpak is echter divers, wat ook terug te voeren is op de diversiteit die wij middels dit onderzoek beoogd hebben. Niet alleen voor beeldend therapeuten, maar ook voor andere (vak)therapeuten of andere disciplines, werkzaam op het gebied van oncologie, zouden deze behandelthema's aanknopingspunten kunnen bieden.

Aanbeveling voor de beroepsontwikkeling

Er ontstaat steeds meer ruimte voor psychosociale zorg, omdat kanker en de psychosociale gevolgen steeds meer in beeld komen. Creatieve expressie kan hier een belangrijk plek innemen.

Om de beeldende therapie binnen de oncologiezorg nog meer te verstevigen, is het van noodzaak om meer onderzoek te verrichten naar de effecten van beeldende therapie bij deze doelgroep. Er mag meer gekeken worden naar hoe beeldende therapie aansluit bij belevingswereld van de cliënt. Een combinatie uit praktijkgericht onderzoek en wetenschappelijke onderbouwing lijkt mij hierbij zinvol. Dit kan ervoor zorgen dat beeldende therapie zich verder kan ontwikkelen en profileren in oncologische instellingen. Tevens kunnen hierdoor onze resultaten worden bevestigd en ondersteund of worden bijgesteld. Beeldende therapie kan zich verder ontwikkelen en profileren binnen oncologische instellingen, ten behoeve van de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten. Hierbij moet men zich echter steeds bewust zijn dat de beleving van kanker en het omgaan met de veranderingen en onzekerheden die de ziekte met zich meebrengt, heel persoonlijk is en dus naar een individueel toegepaste benadering vraagt.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Over het algemeen mag geconstateerd worden dat op het gebied van oncologie gecombineerd met beeldende therapie, te weinig evidence based onderzoek beschikbaar is. Dit onderzoek kan inspiratie opleveren voor vervolgonderzoeken en een aanknopingspunt bieden om op onder andere de volgende terreinen onderzoek te verrichten:

(1) Dit onderzoek beperkt zich op de therapeutische visie, daarnaast zou het waardevol kunnen zijn om de visie vanuit de cliënt nader toe te lichten. Hierbij mag onderzocht worden in hoeverre het bestaande beeldend therapeutisch aanbod in een instelling aansluit bij de behoeften en verwachtingen van oncologiepatiënten. Dit onderzoek zou dan een basis kunnen vormen om onderzoek te verrichten naar de manier waarop cliënten het aanbod binnen verschillende zorginstellingen ervaren of welke effecten het therapeutisch aanbod heeft bij kankerpatiënten. (2) De behandelthema's die in dit onderzoek door alle respondenten werden benoemd kunnen worden getoetst door middel van een cliëntgericht onderzoek. (3) Verder kwam vanuit dit onderzoek kwam naar voren dat behandeling van een palliatieve cliënt accentverschillen bevat. Gezien de focus van dit onderzoek niet specifiek gericht was op de palliatieve cliënt is hier verder niet op doorgevraagd. Voor vervolgonderzoek zou specifiek naar de palliatieve oncologiepatiënt gekeken mogen worden. Ik kan mij voorstellen dat beeldende therapie een belangrijke rol kan spelen in de behandeling van palliatieve patiënten. Denk aan het vormgeven van een nalatenschap (een werkstuk voor dierbaren) of aan rouw en verlies: verdriet, afscheid nemen en acceptatie. (4) Aansluitend hierop zou ook gekeken kunnen worden naar de behandeling en begeleiding van naasten en nabestaanden. Vanuit dit onderzoek werd duidelijk dat kanker en de gevolgen ervan niet alleen invloed hebben op de desbetreffende persoon maar ook op zijn omgeving. Ook hun doorlopen een proces van afscheid, acceptatie en verdriet. Een onderzoek naar hun specifieke behoeften en hoe beeldende therapie hierbij zou aansluiten zou interessant materiaal opleveren.

Bovendien bleek uit dit onderzoek dat er verschillende opvattingen, ervaringen en meningen rondom het onderwerp groepsindicatie voor kankerpatiënten zijn. Respondenten benoemden dat binnen de beeldende therapie ervoor gezorgd moet worden dat een 'gezonde cultuur' ontstaat. Kankerpatiënten doorlopen een aantal verschillende stadia en processen die van invloed kunnen zijn op het groepsproces. (5) Een onderzoek naar wanneer het werken in groepen bij deze doelgroep een meerwaarde oplevert en wanneer negatieve effecten op het proces van de individuele cliënt optreden zou interessant zijn om nader toe te lichten. (6) Daarnaast zou het ook interessant kunnen zijn om dit onderzoek uit te breiden, door meer therapeuten, werkzaam in diverse zorginstellingen, in Nederland, te ondervragen. Wanneer meer respondenten op deze manier bevraagd zouden worden, zouden de resultaten meer betrouwbaar en generaliseerbaar worden.

4.1.4 Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen

Met dit onderzoek heb ik bijna alle eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie (zie 'Eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie' in bijlage 8, blz. 90) doorlopen, in de tekst refereer ik telkens naar deze bijpassende competenties. Het onderzoek richtte zich niet op het zelfstandig aanbieden van behandeling, wel op het aanbieden van een behandeling vanuit het perspectief van acht verschillende beeldend therapeuten. Door het vormgeven en ontwikkelen van dit onderzoek heb ik veel ervaringen mogen opdoen betreffende mijn eigen methodisch handelen. Ik heb bijvoorbeeld over mijn eigen methodisch handelen gereflecteerd, ik heb samengewerkt met verschillende therapeuten en zorginstellingen, ik heb interviews afgenomen, ik heb onderzocht, ik heb het vak geprofileerd en het overgedragen aan anderen. Er zijn een aantal gebieden waarop ik specifiek heb bijgeleerd tijdens dit onderzoek. Deze licht ik graag nader toe.

Behandelen

Door middel van interviews met verschillende beeldend therapeuten heb ik een goede indruk verkregen over de manier waarop beeldende therapie wordt ingezet bij volwassenen die getroffen zijn met kanker. Ik heb onder ander inzicht verkregen over werkvormen, technieken, materialen, werkwijzen, therapeutische houdingen en cliënt- therapeut relaties. (**behandelen**) Ik heb geleerd welke opvattingen, welke overeenkomsten of afwijkingen en welke visies bestaan in het werkveld oncologie in combinatie met beeldende therapie. De meeste uitspraken herkende ik terug vanuit mijn eigen stagervaring binnen het Orbis Medisch Centrum (GGZ afdeling). Hier heb ik veel ervaringen opgedaan betreffende het werken met diverse doelgroepen. Tijdens mijn stage heb ik bijvoorbeeld beeldend therapeutisch gewerkt met de doelgroep depressie. Bij deze doelgroep spelen emoties een kenmerkende rol. Depressieve cliënten worden vaak overspoelt met hun emoties of kunnen juist helemaal geen emoties ervaren. Ook respondenten gaven aan dat dit kenmerkend is voor de oncologische doelgroep. Daarop aansluitend worden materialen en technieken aangeboden die uitlokkend en prikkend zijn of juist structurerend en inkaderend. Ook de therapeutische houding wordt hierop aangepast en kan situatieafhankelijk, volgend of leidend zijn. Ik heb inzicht verkregen in veel therapeutische houdingen en methoden die allemaal aansluiten bij de cliënt. Ik kan hierbij de conclusie trekken dat vaak niet één houding of één methode leid tot een succesvol behandelproces bij de cliënt. Meerde wegen kunnen leiden tot een succesvolle behandeling en aansluiten op de behoefte van de cliënt. Daarnaast zie ik ook overeenkomsten betreffende het thema autonomie. Tijdens mijn stage viel mij veelal op dat depressieve cliënten moeite hebben met het zelfstandig maken van keuzes of het uitspreken van eigen ideeën en wensen. Respondenten benoemden dat ook voor cliënten, gediagnosticeerd met kanker, autonomie een belangrijk behandelthema is. Vaak verliezen mensen door het krijgen van kanker hun gevoel van eigenheid. Door de afhankelijkheid van artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners, verliezen ze voor een deel de regie over hun eigen leven. Ik heb geleerd dat autonomie een uitgebreidere en meeromvattende betekenis heeft dan alleen 'zelfstandigheid' en 'onafhankelijkheid'. Het heeft ook te maken met het gevoel greep te hebben op zichzelf en zijn omgeving en met een gevoel van competentie. Bovendien is het gekoppeld aan het ontdekken van eigenheid: zelfexploratie, stilstaan bij eigen voorkeuren en het maken van eigen keuzes. In mijn directe persoonlijke omgeving ben ik meermaals in aanraking gekomen met mensen die gediagnosticeerd werden met kanker. De behandelthema's die respondenten benoemden (zie Hoofdstuk 3 'resultaten') herkende ik terug. Ik zag dat mensen die in mijn omgeving getroffen waren van kanker moeite hadden om emotionele balans te vinden, hun zelfbeeld veranderde en hun leven stond ineens op zijn kop. Ik denk dat bij kanker maar ook bij andere heftige ziektes, de confrontatie met de eindigheid van het leven heel heftig kan zijn. Terwijl het iets is dat ons allemaal betreft, het leven is niet eindeloos, maar wij zijn ons hierover niet constant van bewust. Het onder oog zien van de eindigheid van het leven brengt een hele hoop emoties met zich mee en kan als heel bedreigend ervaren worden. Echter komen mijn ervaringen ook overeen met ervaringen van respondenten, namelijk dat de diagnose ook een 'kracht' kan vrijmaken bij iemand, die eerder verborgen lag. Het leven wordt weer vaak meer gewaardeerd en soms herkennen mensen pas dan wat ze daadwerkelijk willen in hun leven. Dit onderzoek heeft mij voor mij een bevestiging gegeven dat beeldende therapie deze kracht kan ondersteunen en stimuleren en dat beeldend therapeuten hun gereedschappen kunnen inzetten om deze kracht naar voren te halen.

Organisatie

Ik heb tijdens dit onderzoekstraject niet alleen samengewerkt met Nikkie Soons maar ook met acht verschillende instellingen en acht verschillende therapeuten (**samenwerken**). Binnen deze

samenwerking heb ik veel geleerd betreffende het leggen en onderhouden van contacten, het doelgerichte communiceren en mijn eigen houding tegenover anderen. Ik kwam tijdens het onderzoek tot de conclusie dat samenwerking en goede communicatie van het grootste belang is in het maken van afspraken en het zorgen dat de randzaken geregeld kunnen worden. Het was in eerste instantie van belang om op een informele manier met elkaar te communiceren. Er werd een brief opgesteld waarin heel beknopt en duidelijk werd beschreven, wat de randvoorwaarden¹¹ zijn, wat wij met ons onderzoek beogen, wat van de respondent wordt verwacht betreffende de samenwerking (tijd, member check) (**overdragen**). Ik heb hierbij de conclusie kunnen trekken hoe beknopter de tekst hoe sneller en makkelijker het leesbaar is voor respondenten. Hiermee voorkwamen wij dat respondenten onze email niet gaan lezen vanwege de hoeveelheid aan informatie en tekst. De samenwerking met respondenten was gedurende het hele onderzoeksproces een belangrijke factor. Respondenten wilden op de hoogte blijven van dit onderzoek en inzicht krijgen in resultaten en interpretaties. Ik heb ervaren dat een open en nieuwsgierige houding van belang is en dat wanneer iets onduidelijk is vragen gesteld moeten worden om te voorkomen dat foute interpretaties worden gemaakt. Ook heb ik geleerd dat de onderzoeker altijd moet zorgen om alles in de gaten te houden, dit om het overzicht niet kwijt te raken. Een goede structuur en organisatorische vaardigheden werken het beste.

In de beginfase van dit onderzoek was er geen concrete vraag. Gestart zijn wij vanuit de vraag van KenVaK om onderzoek te verrichten binnen verschillende Toon Hermanshuizen (inloophuizen). Er lag de vraag om een inventariserend onderzoek te verrichten, betreffende het beeldend therapeutische aanbod bij de doelgroep oncologie. Doordat maar een klein hoeveelheid beeldend therapeuten werkzaam waren, was dit een reden om het onderzoek uit te bereiden en te verspreiden over meerdere oncologische zorginstellingen. (**ondernemen**) Hierdoor konden wij de doelgroep enerzijds beperken tot opgeleide therapeuten en anderzijds konden wij het onderzoek verbreden door ook andere instellingen erbij te betrekken. Deze keuze heeft ertoe geleid dat de omvang van dit onderzoek werd vergroot. Ook organisatorisch gezien vergroete zich het onderzoek. Deze ontwikkeling laat zien dat wij het onderzoek gaandeweg aangepast en vormgegeven hebben.

Professionalisering

De gegevens in dit onderzoek baseren op praktijkervaringen van beeldend therapeuten en zijn verzameld doormiddel van diepte interviews. Omdat het afnemen van diepte interviews voor mij geheel nieuw was, wil ik vervolgens ingaan op leermomenten en ervaringen die ik heb opgedaan gedurende deze onderzoeksfase.

Gedurende het onderzoek is gebruikt gemaakt van half gestructureerde diepte interviews, waarbij het onderwerp en de belangrijkste vragen vastlagen. (**onderzoeken**) De bevragsingsmethode was open, maar de onderwerpen die aan bod kwamen lagen min of meer vast. Om een basis te vormen voor het onderzoek werden onze ervaringen vanuit de literatuurstudie meegenomen in het opstellen van een topiclijst. Door de structuur van cliënt therapeut en medium te hanteren, werd het interview ingekaderd. Dit gaf mij houvast en hielp om het interview gedeeltelijk te structureren. Daarnaast was het van belang om de respondent de mogelijkheid te bieden zijn eigen verhaal te vertellen, met de daarvoor benodigde tijd. Hierdoor kwam nieuwe informatie aan bod die met een volledig gestructureerd interview niet achterhaald hadden kunnen worden. Ik bood de respondent voldoende ruimte om ook samenhangen, die een verhaal compleet maken, aandacht te geven. Daarnaast heb ik aan het einde van het interview specifiek gevraagd naar onderwerpen die van belang zijn, maar tijdens het interview nog niet aan bod zijn gekomen. Ik heb ook in de gaten moeten houden dat het interview gericht bleef op ons vraagstelling en niet te zeer hiervan afweek. Daarnaast was het ook van belang om tijdens het interview door te blijven vragen om zo de diepte in te gaan en de 'flow' in het interview te behouden. Ik vroeg bijvoorbeeld om voorbeelden of details zonder gelijk van onderwerp te veranderen. Ik probeerde het gesprek steeds terug te koppelen naar de eigen ervaringen van de respondent (empirische referentie) om ook in de breedte een zo volledig mogelijk beeld te krijgen dat tevens valide is. Volgens Evers (2007) is bij het vragen naar de empirische referentie, die ook van belang is voor de betrouwbaarheid, onderscheid te maken in vier ingangen: indicierend (kan de respondent voorbeelden noemen?), situerend (waar/wanneer en bij wie treed het op?), conditioneel (wanneer is het niet aan de orde?), analytisch (hoe staat de respondent er tegenover?). Deze ingangen heb ik als houvast meegenomen naar iedere respondent. Tijdens dit onderzoek heb ik mij verder kunnen ontwikkelen in mijn 'onderzoekende houding'. Ook in contact met de cliënt en als toekomstig professional is het van belang om dergelijke gesprekstechnieken toe

¹¹ Randvoorwaarden: opgeleide beeldend therapeuten die ervaring hebben met betrekking tot kankerpatiënten, ongeacht hun werkveld.

te passen, wanneer men bijvoorbeeld te weten wil komen waar het probleemgebied ligt. Ik heb daarnaast geleerd dat aspecten zoals vermoeidheid of concentratie een groot invloed kunnen hebben op mijn handelen als interviewer en mede de resultaten (negatief) kunnen beïnvloeden. Door mezelf steeds ervan bewust te zijn en dit ook steeds te checken bij mijn medeonderzoekster konden deze aspecten grotendeels voorkomen worden. Ook als therapeut is het van belang om zich van zijn eigen houding en stemming bewust te zijn. De eigen stemming kan van sterk invloed zijn op een groep of op een individuele cliënt. Ik denk dat hierbij eerlijkheid en openheid het meest gewaardeerd worden, door cliënten.

Dit onderzoek heeft ertoe bijgedragen dat mijn reflectief vermogen werd uitgebreid. Gedurende het hele onderzoekstraject heeft er voortdurend een reflectie plaatsgevonden. Omdat ik zelf heel kritisch ben betreffend mijn eigen methodisch handelen, was de samenwerking van groot belang. Ik heb mijn kritiekpunten kunnen toetsen bij iemand anders, waardoor er niet alleen één zichtwijze aandacht kreeg. Ook in mijn toekomstig beroep zullen reflecties, bijvoorbeeld in een multidisciplinair team, aan de orde komen. Ik heb geleerd dat men door een gemeenschappelijke reflectie meer inzichten verkrijgt, doordat het onderwerp van meerdere kanten belicht wordt. **(reflecteren)** Reflectie was dus een constant en belangrijk punt, in onze samenwerking maar ook individueel. Bryman (2008) beschrijft dat het uitvoeren van onderzoek een proces is van waarnemen, analyseren en reflecteren, dat constant wordt doorlopen.

De laatste fase van het onderzoek werd gevormd door de rapportage van het onderzoek in de vorm van deze scriptie. Een kwalitatief onderzoek is een vorm van onderzoek waarbij het analyseren en coderen van de verzamelde data centraal staat. Ik maakte gebruik van het programma 'NVivo'. Dit programma zorgde voor een georganiseerd geheel en een goede structuur om het onderzoeksproces te doorlopen. De benaming van de codes baseerden op feitelijke termen die door de deelnemers werden gebruikt (in vivo codes), of ze zijn afkomstig geweest van termen die in de literatuur worden gebruikt. Aangezien mijn analytisch vermogen ver is ontwikkeld, sloot dit onderzoek aan bij een van mijn persoonlijke sterkten. De data-analyse heb ik samen met mijn medeonderzoekster zeer uitgebreid en grondig uitgevoerd, wat een grote hoeveelheid interessante informatie opleverde. Daardoor werd echter ook mijn valkuil getriggerd. Ik stelde zulke hoge eisen aan het onderzoek en de scriptie dat ik op een gegeven moment door de bomen het bos niet meer zag. Ik vond het moeilijk om de verkregen onderzoeksgegevens zodanig te structureren dat er niet alleen recht werd gedaan aan de samenhang tussen de gegevens, maar dat deze samenhang ook op een duidelijke en inzichtelijke manier wordt beschreven. Het schrijven van dit onderzoek, heeft meer tijd in beslag genomen dan verwacht maar het was dus ook een belangrijke leerervaring voor mij. Door middel van literatuurstudie en het diepte-interviews, heb ik een werkveld verkend dat zowel voor mezelf nieuw was alsook relatief onbekend was in Nederland. **(profilieren)** De ervaringen die ik hierbij heb opgedaan, hebben bijgedragen aan mijn professionele ontwikkeling als onderzoekster maar ook aan mijn professionele ontwikkeling als vaktherapeut.

4.1.5 Beantwoording van de vraagstelling

Mijn discussie sluit ik door kritisch te kijken of en hoe dit onderzoek een antwoord geeft op de deelvragen en dus op de vraagstelling. Om een antwoord op onze vraagstelling te krijgen zijn wij beeldend therapeuten gaan interviewen die werkzaam zijn op het gebied van oncologie. De vraagstelling: *Hoe wordt beeldende therapie ingezet in diverse zorginstellingen aan volwassenen met kanker?* Belangrijk hierbij was de rol van de therapeut en de visie over de manier waarop beeldende therapie ingezet wordt bij deze doelgroep. Om structuur aan te brengen en gegevens te kaderen is gebruik gemaakt van de creatief therapeutisch driehoek (zie bijlage 2, blz. 76).

De resultaten laten deels verscheidenheid zien en deels overeenkomsten betreffende de beeldend therapeutische behandeling van oncologiecliënten. De verscheidenheid is o.a. toe te kennen aan de grote variatie van de acht respondenten die geïnterviewd zijn. Deze variatie is zichtbaar in de studie die de respondenten volgden, behandelmethodes die ze inzetten en de instelling waar de respondenten werkzaam zijn. Er heeft een voortdurende reflectie plaatsgevonden betreffend ons eigen methodisch handelen en de verzamelde gegevens. Daarnaast hebben de respondenten, die deel genomen hebben aan het onderzoek mee mogen denken en mee mogen beslissen doordat ze de gelegenheid hebben gehad tot het geven van feedback, die vervolgens mee zijn genomen in de resultaten. Dit wordt 'member check' genoemd (Boeije, 2005).

Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?

Vanuit de transcripten komen vier behandelthema's naar voren die, ongeacht de zorgsetting, overeen lijken te komen. Alle respondenten benoemen de volgende thema's als hoofdcategorieën die in hun therapie aan bod komen: (1) rouw en verlies, (2) autonomie, (3) zelfbeeld en (4) emotionele balans. Alle cliënten lijken, volgens de respondenten, problemen te ervaren op het gebied van één en/of meerdere van bovenstaand beschreven hoofdcategorieën. Respondenten gebruiken deze thema's als aanknopingspunten in de beeldend therapeutische behandeling. Doordat deze thema's door alle respondenten worden benoemd, mag ervan uitgegaan worden dat deze thema's generaliseerbaar zijn en dus de basis vormen voor een beeldend therapeutische behandeling. Punt (5) Lotgenotencontact wordt door respondenten als belangrijk thema benoemd, zonder dat dit een 'probleemgebied' van de cliënt is. De meningen liggen ver uit elkaar betreffende de noodzaak van lotgenotencontact in de beeldende therapie. Respondenten zijn het erover eens dat binnen een groep een gezonde cultuur gewaarborgd moet blijven.

Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?

Er bestaat een diverse aanpak betreffende de werkwijze die ingezet wordt gedurende de therapie bij de doelgroep oncologie, de werkwijzen die zichtbaar worden vanuit de resultaten zijn: supportief, palliatief, re-educatief en reconstructief. Gebaseerd op de verkregen resultaten mag vermoed worden dat in inloophuizen voornamelijk supportief en palliatief gewerkt wordt, terwijl in ziekenhuizen en privépraktijken vooral re-educatief en reconstructief gewerkt wordt. Werkwijzen kunnen echter ook naast elkaar optreden of veranderen per behandelfase en hulpvraag van de cliënt. Daarnaast gaven respondenten aan – dat deze werkwijzen – in de praktijk veelal gecombineerd worden met een aandacht gerichte benadering ('Mindfulness'). Om een completer beeld te geven over het methodisch handelen wil ik kort ingaan op de therapeutische houdingen. Deze verschillen grotendeels wat terug te voeren is op de diversiteit aan werkplekken en de behandelduur. Daar waar therapeuten in inloophuizen voornamelijk een volgende, uitnodigende en invoegende houding aannemen, nemen therapeuten in privé praktijken en ziekenhuizen een meer structurerende, inzicht gevende en directieve houding aan. Dit kan verklaard worden aan de hand van de volgende aspecten: (1) De behandelduur beïnvloedt de mate waarin structurerend wordt gewerkt (fasering) (2) De zorginstelling geeft een bepaalde richting (visie en missie) (3) De intentie waarmee een cliënt naar de therapie komt (wensen en behoeften) Betreffende het contact met de cliënt geven respondenten aan, dat voornamelijk afstand en nabijheid, humor, transparantie en eerlijkheid de belangrijkste aspecten zijn gedurende een behandeling.

Hoe wordt het medium ingezet bij de doelgroep oncologie binnen de verschillende zorginstellingen?

Vanuit de literatuurstudie was te vermoeden dat symboliek bij deze doelgroep een belangrijke rol speelt (zie 1.2 'Uiteenzetting van de literatuur'). De praktijk leert dat respondenten over het algemeen niet sturend in symboliek zijn. Dit vooral omdat metaforen en symboliek heel persoonlijk en individueel zijn. Echter viel op dat de doelgroep oncologie vanuit zichzelf graag en veel gebruik maakt van symbolen of metaforen om bijvoorbeeld te verbeelden wat nog niet verwerkt is of waar nog geen woorden voor zijn. Hierop sluiten respondenten aan, gezien het feit zij juist aansluiten bij wat de cliënt zelf aanstuurt. Respondenten benoemen daarnaast vooral materialen te hanteren die snel werken zoals: verf, stiften, potloden, krijt, inkt, klei en collagetechniek en geven aan dat deze materialen vaak meer expressiekracht hebben. Respondenten benoemen dat bij de keuze van de materialen, bij de doelgroep oncologie, gelet moet worden op de volgende onderdelen: (1) Kracht en inspanning: veel cliënten zijn door de medische behandeling en door de gevolgen van de ziekte verzwakt. (2) Veiligheid van de materialen: niet alle materialen zijn geschikt om mee te werken voor mensen met een verzwakt immuunsysteem. Respondenten benoemen dat kennis over verschillende materialen essentieel is om het appèl, dat een materiaal op een cliënt doet, goed toe te kunnen passen. De respondenten observeren wat een bepaald materiaal met een cliënt doet en gebruiken deze informatie en inzichten wederom om materiaal specifiek toe te passen op de cliënt. Respondenten gaven aan tussen twee grensgebieden te werken. Aan de ene kant kunnen cliënten geprikkeld worden door middel van materialen om bijvoorbeeld exploratief te werken en aan de andere kant kunnen cliënten door middel van materialen begrenst worden. De resultaten laten zien dat respondenten werkzaam in inloophuizen in mindere mate confronterend en sturend zijn met materialen dan respondenten werkzaam, in ziekenhuizen of privé praktijken.

4.2 Discussie van Nikkie Soons

4.2.1 Sterkte- en zwakteanalyse

Elk onderzoek heeft zijn sterktes en zwaktes die zorgen dat het onderzoek meer of minder betrouwbaar en bruikbaar wordt voor anderen. Hieronder ga ik door middel van de voor mij belangrijkste onderdelen in op de sterktes en zwaktes uit dit onderzoek.

Sterkten van het onderzoek

Een eerste sterkte van dit onderzoek is dat ik gezamenlijk met Alina Ritzen dit onderzoek heb kunnen vormgeven en uitvoeren. Aangezien dit onderzoek door twee onderzoekers is uitgevoerd hebben wij onze kennis en krachten gekoppeld. Hierdoor is meer bereikt dan dat individueel het geval geweest zou zijn, kijkende naar zowel de hoeveelheid werk die verricht is als ook een verhoging van de 'credibility' van het onderzoek; de bevindingen van het onderzoek berusten op de interpretaties van meerdere onderzoekers. Alina en ik dachten vaak op dezelfde golflengte en onze gedachtegang vulden elkaar daarin aan. We zijn in staat geweest om elkaar te ondersteunen op persoonlijk vlak, maar hebben zeker ook gebruikt gemaakt van onze kritische kijk naar elkaars ideeën en interpretaties en konden elkaar hier mooi in aanvullen. Het feit dat we na ieder interview op de terugweg in de trein letterlijk samen konden reflecteren en evalueren zorgde er tevens voor dat we konden terugkijken op de manier waarop het interview plaatsvond, hoe de onderzoeker daarin gehandeld heeft en daardoor niet verzanden in een te subjectieve kijk. Wij konden door deze reflecties stilstaan bij onze eigen manieren van handelen en dit kritisch onderzoeken. Dit zorgde tevens voor nieuwe inzichten en op basis van deze inzichten konden wij ons eigen handelen bijstellen, indien nodig, en daarmee de kwaliteit van ons werk verbeteren. Zoals eerder beschreven waren wij met twee onderzoekers en dat betekende ook dat in dit onderzoek een grotere groep therapeuten benaderd kon worden dan individueel het geval geweest zou zijn. Naast de samenwerking met Alina, was ook de samenwerking met alle deelnemende beeldend therapeuten erg belangrijk voor dit onderzoek. Het gebruik kunnen maken van hun professionele kennis en expertise heeft ervoor gezorgd dat wij het onderzoek tot stand hebben kunnen brengen. De samenwerking verliep erg goed, we hadden respect voor elkaars deskundigheid, steunden elkaars ideeën en hielden beiden het gemeenschappelijk doel in het oog. Dit alles zorgde voor een zorgvuldige voorbereiding, uitvoering en evaluatie van het onderzoek.

Wat betreft de dataverzameling was een sterkte te zien in het afnemen van de interviews. Beiden onderzoekers hebben zich ingelezen in de literatuur over onderzoekvaardigheden, die gevolgd zijn met het houden van proefinterviews. Vervolgens is ook nog een workshop interviewen gevolgd, gehouden door drs. Ingrid Péntzes, wat voor een aanvulling op de al bestaande wijze van het interviewen zorgde. Bovendien zijn alle interviews die afgenomen zijn gezamenlijk uitgevoerd, om elkaar van feedback te voorzien, om suggestieve vragen te voorkomen en het doorvragen te bevorderen. Dit heeft de kwaliteit van de verzamelde data positief beïnvloed. Verder is gebruikt gemaakt van 'member checking' door de verzamelde en geanalyseerde data voor te leggen aan iedere therapeut. Hierdoor werden de resultaten het best representatief en is kritisch gekeken naar alle geanalyseerde data, waardoor belangrijke aanvullingen en feedback bij het onderzoek betrokken werd. Een sterk punt is dat de interviews de vorm van een diepte-interview hebben aangenomen, waardoor het gezichtspunt van de therapeuten heel helder werd en ook dieper op het gezichtsveld van de therapeut is ingegaan. Aan de start van ieder interview is een korte inleiding gegeven waarin de onderzoeker iets vertelt over het onderzoek, over zichzelf en van waaruit de vraag van het onderzoek komt. De respondent krijgt op deze manier een helder beeld van wat hem te wachten staat in het gesprek en wat van hem wordt verwacht. Ter afsluiting is bij ieder interview de ruimte gecreëerd voor de respondent om iets te zeggen wat nog niet benoemd of ter sprake is gekomen gedurende het interview. Daarnaast is de mogelijkheid geboden om contact per email op te nemen met aanvullende informatie of eventuele vragen. De onderzoekers hebben de transcripten ter inzage naar de respondenten toegestuurd met de vraag of het een goede weergave is van het gehouden interview, of er onjuistheden in staan en of ze nog toevoegingen hebben. De resultaten van de interviews zijn tevens voorgelegd aan de respondenten met de vraag of ze zich hierin herkennen of niet en dit te voorzien van feedback. Dit draagt bij aan het verhogen van de validiteit van het onderzoek.

Verder is een sterkte in het onderzoek te benoemen in het gegeven dat de respondenten uiteindelijk vanuit zeven verschillende instellingen deelnamen (twee therapeuten zijn werkzaam binnen dezelfde instelling) aan het onderzoek. Het inventariseren vanuit zeven verschillende instellingen verhoogde de diversiteit en deze verscheidenheid maakt het tevens mogelijk bij de inventarisatie een breder

beeld weer te kunnen geven. Dit maakt dat het onderzoek een grotere hoeveelheid van de doelgroep representeert en de resultaten beter overdraagbaar zijn, wat bijdraagt aan de 'transferability' van het onderzoek. Tegelijkertijd is het ook een tekortkoming dat niet nog meer instellingen zijn betrokken, echter waren de onderzoekers beperkt gezien het tijdsbestek waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Tot slot is onze flexibele houding waarmee we het onderzoek ingestapt zijn als sterkte van het onderzoek te benoemen. Aan de start van ons afstudeerproject was niet duidelijk wat en hoe onderzocht zou gaan worden. Het enigste punt wat zeker was, was dat het de doelgroep oncologiepatiënten betrof. Hierdoor zijn wij heel breed ons literatuuronderzoek ingestapt en hebben wij ons breed in kunnen lezen over de werking van beeldende therapie bij oncologiepatiënten. Hierdoor werd een representatief beeld van het reeds gedane onderzoek van de laatste vijf jaar opgedaan. Dit maakt dat ik een beter beeld had bij wat op het gebied van onderzoek al aangetoond is wat betreft de werking van beeldende therapie bij de doelgroep oncologie. Hierdoor konden wij ons meer richten op de onbeantwoorde vragen die vanuit de literatuur naar voren kwamen.

Zwakten van het onderzoek

Het tijdsbestek waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden was beperkt. In het kader van het totale onderzoek en de verwerking daarvan was een relatief korte tijd uitbesteed en dat heeft ons beperkt in het verzamelen van de data. In dat opzicht kan dit als een zwakte van dit onderzoek benoemd worden. Boeije (2005) benoemt dat de fase van open coderen beëindigd als blijkt dat geen nieuwe codes meer nodig zijn (saturatie). Dit proces loopt over meerdere rondes van dataverzameling en men spreekt dan over verzadiging. In het tijdsbestek van het afstudeeronderzoek was het niet haalbaar om tot verzadiging te komen. Mocht meer tijd geweest zijn, had een groter onderzoek kunnen plaatsvinden wat volgens mijn optiek tot een bredere inventarisatie van het inzetten van beeldende therapie bij deze doelgroep had kunnen leiden.

Wat betreft het inplannen voor deelname aan het onderzoek, gaven de meeste respondenten aan gedurende dezelfde periode graag deel te willen nemen aan het onderzoek. Waardoor de onderzoekers gekozen hebben om kort achter elkaar interviews te laten plaatsvinden. Dit kan als een zwakte van het onderzoek benoemd worden, doordat hierdoor een relatief korte tijd was voor het (tussentijds) analyseren. De onderzoekers konden hierdoor de vragen niet toespitsen en alleen grof het concept aanpassen. Aan de ene kant heeft het een positieve bijdrage geleverd aan het open karakter van het onderzoek. De onderzoeker was daardoor als interviewer minder sturend en weinig suggestief. Aan de andere kant heeft het ervoor kunnen zorgen dat belangrijke informatie ontbreekt en daarmee de 'dependability' van het onderzoek beïnvloed. Vanwege diezelfde reden is gekozen om één interview met één respondent via 'Skype' af te nemen en niet persoonlijk langs te gaan bij de respondent. Saunders, Lewis, Thornhill, Booij en Verckens (2011) beschrijven dat o.a. je voorkomen bij het interview belangrijk is en hoe je kunt laten zien dat je aandachtig kunt luisteren, om vertekening in kwalitatieve interviews te voorkomen. Aangezien het desbetreffende interview via 'Skype' is afgenomen, was het lastig om aan bovenstaande punten te voldoen. Echter is door de onderzoekers getracht om tijdens het interview aansporende geluiden te maken (ja, hhm etc.) om de geïnterviewde aan te moedigen om door te praten en te laten merken dat geluisterd wordt. Door vragen op de juiste manier te stellen, dus op een duidelijke en neutrale toon werd de kans op vertekening verminderd en de betrouwbaarheid vergroot. Daarnaast werd het interview direct na verwerking naar de geïnterviewde gemaïld ter controle of alles goed begrepen is, met de vragen of het transcript een goede weergave van het gehouden interview weergeeft en of er nog onjuistheden in stonden. Hierdoor is de invloed op de resultaten hiervan beperkt gebleven.

Verder is alles in het onderzoek vanuit het perspectief van de therapeut beschreven, cliënten zijn vanwege de beperkte omvang van het onderzoek niet geraadpleegd. Dit mag als een tekortkoming benoemd worden. Mochten cliënten benaderd zijn in dit onderzoek, dan waren dezelfde resultaten via een andere weg verkregen en wordt het onderzoek meer betrouwbaar. Mede vanwege de beperkte omvang van het onderzoek hebben de onderzoekers gekozen om alléén interviews af te nemen en hebben daarbij geen gebruik gemaakt van observeren in de therapieën of gesprekken met cliënten. Wanneer het mogelijk was geweest om interviews af te nemen en tevens te observeren, had dit de validatie van de resultaten ten goede gedaan. De kritische noot die in deze paragraaf op het onderzoek wordt gegeven, laat een transparante houding vanuit mij als onderzoeker zien. De boven beschreven punten zijn voor mij een leermoment hoe ik een toekomstig onderzoek in het vakgebied in het vervolg zou aanpakken. In de volgende paragraaf 4.2.2 wordt ingegaan op de resultaten van dit onderzoek. Dat houdt in dat van de verkregen resultaten een verklaring en interpretatie wordt gegeven.

4.2.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Voordat wordt ingegaan op de interpretatie van de resultaten van het onderzoek, is het belangrijk om opnieuw stil te staan hoe deze resultaten tot stand gekomen zijn. De resultaten zijn verkregen door middel van interviews die afgenomen zijn bij acht beeldend therapeuten. De resultaten zijn een weergave van hun kennis en kunde in behandeling bij de doelgroep oncologie. In Hoofdstuk 3 werd vooral een overzicht weergegeven van aspecten die voortkomen vanuit de creatief therapeutische driehoek. In de verklaring en interpretatie van de resultaten zal ik deze losstaande gegevens onderbouwen en ingaan op onderlinge verbanden. Aangezien de creatief therapeutische driehoek als basis voor dit onderzoek staat, vond ik het vanzelfsprekend om voor het verklaren en interpreteren van de resultaten weer terug naar deze basis te gaan en deze via de aspecten van de creatief therapeutische driehoek na te lopen. Bij elk van deze drie onderdelen heb ik één thema gekozen, waarbij ik het interessant vind om ze in dit hoofdstuk te verklaren en te interpreteren. Deze aspecten staan dikgedrukt in tabel 9 'Verklaring en interpretatie resultaten'.

Tabel 9 Verklaring en interpretatie resultaten

Clïënt	Therapeut	Medium
• Veiligheid • Structuur • Zin-, en vormgeving • Spel • Behandelthema's	• Werkvorm • Technieken • (Spel)materiaal • Werkwijzen • Therapeutische houding • Therapeutische relatie	• Eigenschappen • Appèl en appèlwaarde • Symboliek- en metaforen hantering

Eerst wordt ingegaan op het onderdeel cliënt, waarbij ik behandelthema's verklaar en interpreteer die vanuit de resultaten uit Hoofdstuk 3 naar voren zijn gekomen. Vervolgens wordt ingaan op de diverse werkwijzen die de therapeuten hanteren in hun therapie. Tot slot eindig ik met het onderdeel van het medium, waarbij ik de hantering van symboliek en metaforen in het medium onder de loep neem. Door middel van ondersteuning van literatuur en mijn eigen ervaringen als beginnend beeldend therapeute zal ik de resultaten verklaren en interpreteren. In de lopende tekst geef ik aan in hoeverre de nieuwe kennis vanuit de resultaten een bijdrage en aanvulling leveren, mijn zichtveld verbreden en competenties verdiepen.

Behandelthema's in de therapie

Er zijn diverse thema's binnen de beeldende vaktherapie met oncologiepatiënten. Hoewel de inhoud en details individueel zeer verschillend kunnen zijn, zijn vanuit de analyse van de resultaten in Hoofdstuk 3 een aantal gemeenschappelijke thema's naar voren gekomen die therapeuten in hun behandeling tegenkomen bij de doelgroep. Deze thema's zijn in de resultaten gelabeld als (hoofd)thema's vanwege de gemeenschappelijke factor die zij deelden in dit onderzoek, in zowel ziekenhuizen, privé praktijken als inloophuizen. De volgende (hoofd)thema's worden als belangrijkste aspecten binnen de therapie benoemt: (1) rouw en verlies (2) autonomie (3) zelfbeeld (4) emotionele balans (5) lotgenotencontact.

Het eerste wat me opvalt is dat de bovengenoemde thema's 1 t/m 4 allemaal (ernstig) psychosociale problemen zijn, die onder de noemer verwerkingsproblematiek kunnen worden geschaard. Met name de uitspraak van één therapeut wekt mijn interesse om dit fenomeen verder te onderzoeken en te interpreteren, respondent 3 (Z): *'Je moet eigenlijk zien dat het vaak psychisch hele gezonde mensen zijn (...) Het is dus heel anders dan psychiatrie'*. Wat me interesseert aan deze uitspraak is dat de beeldend therapeutische behandeling van kankerpatiënten als anders wordt ervaren dan bij psychiatrische patiënten. Gezien mijn praktijkervaring met psychiatrische stoornissen en mijn afstudeeronderzoek in de psychosociale problematiek, vond ik het interessant om deze uitspraak onder de loep te nemen. In mijn praktijkervaring heb ik ervaring opgedaan op het gebied met cliënten die meer begrenzing, structuur of ego-versterking nodig hebben in plaats van overleggend en inzicht gevend wat in dit onderzoek vanuit de resultaten bij de doelgroep oncologie naar voren komt. Door informatie te krijgen over de manier waarop beeldende therapie aangeboden wordt op het gebied van psychosociale problematiek en het overleggend en inzicht geven werken, hebben de resultaten mij antwoorden opgeleverd die zorgen voor een verbreding van mijn zichtveld. Daarnaast heeft het onderzoek mij een verzameling van mogelijke thema's in behandeling opgeleverd, waarvan

ik een aantal thema's terug herken vanuit mijn praktijkervaring. Eerst verklaar ik de vijf behandelthema's en waar mogelijk interpreteer ik de behandelthema's met mijn praktijkervaring.

1. Rouw en verlies

De focus bij de behandeling van kankerpatiënten ligt onder andere op de confrontatie met existentiële vragen. Allereerst benoemen therapeuten bij het thema *rouw en verlies* te focussen op het doorleven van de pijn, verdriet en het exploreren van emoties en gevoelens rondom de kanker. Gordijn (2007) beargumenteert dat het aangetaste lichaam door kanker vaak een confrontatie met verlies is. Rouw en verlies kan optreden op diverse gebieden bij oncologiepatiënten. Het kan zijn verlies van een lichaamsdeel, verlies van energie, verlies van onbezorgdheid maar ook verlies van een baan etc. De Haes et al. (2001) geeft aan dat het hebben van kanker als balanceren tussen hoop en vrees is. Het is daarbij van groot belang dat gekeken wordt naar de draagkracht van de persoon. Kan de cliënt de confrontatie aan met kanker? Kan de cliënt de confrontatie aan met de zware consequenties die daarbij komen kijken op alle levensgebieden? Dit is tevens wat vanuit de resultaten terug naar voren komt. Respondenten geven aan op te maken hoe iemand in zijn ziekteproces staat en goed te kijken naar wat iemand heeft meegemaakt, waar de pijnpunten liggen en wat problemen lijken te zijn. Hoe iemand de kanker ervaren heeft beïnvloed het proces van de therapie. Heeft iemand het als heel beangstigend en bevreemdend ervaren of heeft iemand de kanker gezien als een obstakel wat hij gaat overwinnen. Cassee (1967) legt uit dat het begrip ik-sterkte hierbij van groot belang is. De ik-sterkte van een persoon maakt of een cliënt opgewassen is tegen angsten, teleurstellingen kan opvangen en impulsiviteit kan beheersen. Cassee (1967) geeft aan dat een sterke ik-sterkte helpt bij het leren omgaan met iets moeilijks. Respondenten geven aan allereerst proberen op te maken wat de draagkracht van een cliënt is en vervolgens vanuit de cliënt in het medium een aansluiting proberen te vinden op de hulpvraag.

2. Autonomie

Vervolgens geven therapeuten aan dat ondanks de diverse groep van mensen die kanker krijgt, het werken aan hun *autonomie* vrijwel altijd aan de orde komt. Vanuit de resultaten komt naar voren dat enerzijds cliënten hun autonomie uit handen hebben gegeven en deze terug moeten heroveren. Anderzijds leggen cliënten zichzelf enorm veel autonomie op. Vanuit de resultaten wordt zichtbaar dat bij de doelgroep oncologie het thema autonomie gehanteerd wordt in de zin van het maken van eigen keuzes en zelf een invloed uitoefenen. Dit is belangrijk, omdat kankerpatiënten vaak geen greep en eigen invloed hebben op de situatie die de ziekte met zich meebrengt. Het is daardoor voor de autonomie van kankerpatiënten belangrijk om grip te hebben, door met hun handen vorm te geven ervaart een cliënt vaak letterlijk meer grip. De concrete zichtbare en tastbare beelden die in beeldende therapie gemaakt worden kunnen bijdragen aan het vermogen om in het hier-en-nu te zijn (Schweizer, 2009).

Vanuit eigen praktijkervaring kan ik benoemen dat bij psychiatrische stoornissen het thema autonomie regelmatig passeerde, maar niet ter acceptatie van de situatie die de ziekte met zich meebrengt. Meer in relatie tot een onvermogen om keuzes te maken en een gebrek aan authenticiteit. Mijns inziens is hier een accent verschil in te benoemen. De ervaring hebben om eigen keuzes te kunnen maken gebeurde veelal *in* het medium, bijvoorbeeld de keuze maken of een werkstuk klaar is of dat er toch nog iets bij moet. Of door een gedeelte uit het werk aan te laten wijzen dat mooi is en dit verder uitwerken. Het thema autonomie is hierbij gericht op ontwikkeling en bewustwording van de cliënt. Smeijsters (2008) licht dit toe: 'De ervaring in het medium is een essentieel kenmerk van de creatieve therapie, met name wanneer werken 'in' het medium gebeurt, dan ervaren de cliënten op het moment zelf, hoe zij handelen en voelen' (p. 330). Doelstellingen die ik regelmatig terug zag komen in de beeldende therapie met betrekking tot autonomie waren: stilstaan bij eigen voorkeuren, eigen keuzes maken, zelf tot vormgeving kunnen komen en grenzen beter leren aanvoelen.

3. Zelfbeeld

Verder komt vanuit de resultaten naar voren dat het thema *zelfbeeld* een belangrijk onderdeel is in behandeling. Denton (1992) legt uit dat het gevoel van eigenwaarde en het zelfbeeld van kankerpatiënten vaak te lijden heeft onder de gevolgen van de ziekte en de behandeling. Door letterlijk een beeld te maken en expressie te geven aan wat de cliënt beleefd of ervaart aan bijvoorbeeld zijn aangetaste lijf kan ervoor zorgen dat meer ruimte ontstaat en gevoelens kunnen veranderen. Vaak is het veranderde lijf het grootste aanknopingspunt bij het thema zelfbeeld. Het lichaam is immers de meest concrete drager van de sporen van de kanker. Daarmee een nieuwe relatie aangaan is een belangrijke stap in het voorzichtig weer vinden van (nieuw) perspectief

(Kramers, 2014). Korrelboom (2000) beschrijft dat het hebben van een negatief zelfbeeld een belangrijke rol speelt bij veel stoornissen. Zes van de acht therapeuten in dit onderzoek gaven mediumvoorbeelden aan waarbij in het werkstuk door de cliënt letterlijk een schending in het werk werd aangebracht. Kramers (2014) beargumenteert dat hierdoor de beleving van het lichaam van de cliënt soms verandert. Door letterlijk een schending aan te brengen in bijvoorbeeld een kleiwerkstuk is het voor de cliënt mogelijk om (letterlijk) afstand te nemen, het (werk) van meerdere kanten te kunnen bekijken, erover te praten en hierdoor meer grip te ervaren op de situatie. Schweizer (2001) licht toe dat door dingen te maken en meer ervaringen van iets te krijgen (presteren) het zelfbeeld en versterking van het gevoel greep te hebben (autonomie) om dingen om je heen beïnvloedt wordt. Dit zorgt voor een bevestiging van de verkregen gegevens vanuit de praktijk. Daarnaast herken ik vanuit bovenstaande gegevens het veranderde zelfbeeld en de soms letterlijke lichamelijke verandering terug bij cliënten vanuit de verslavingszorg. Van der Stel (2012) beschrijft dat het gebruik en misbruik van middelen op meerdere gebieden schade toebrengt onder andere zijn schadelijke gevolgen voor het lichaam te benoemen. Op dit gebied is een duidelijke overeenkomst te benoemen waarbij het thema zelfbeeld ook raakvlakken heeft met mijn praktijkervaring.

4. Emotionele balans

Tevens werd vanuit de resultaten duidelijk dat het thema *emotionele balans* als belangrijk onderdeel in behandeling terugkomt. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 3 'Resultaten' benoemen respondenten hier twee groepen cliënten terug te herkennen in hun therapieën, namelijk: (1) de cliënt loopt vaak over van emoties en ervaringen of (2) heeft er juist totaal geen contact mee. Deze tweedeling wordt door alle therapeuten die deelgenomen hebben aan het onderzoek beaamt. Schweizer (2009) beschrijft dat sterk rationeel ingestelde mensen cognitief onderbouwde keuzes kunnen maken en daarbij geen connectie hebben met gevoelens. Deze cliënten kunnen vaak goed praten over hun werk en weten heel goed wat ze doen, maar maken desondanks geen verbinding met hun gevoelswereld. Vanuit mijn eigen praktijkervaring herken ik tevens deze uitspraak terug. De personen die heel erg overstroomd van emoties wil je meer grip laten krijgen op hun emoties en wat ze allemaal voelen en de mensen die niet in contact komen wil je juist een beetje losweken van hun ratio en wat meer in contact krijgen met hun gevoelens. Dit is een belangrijk onderdeel bij de oncologie, doordat het uiten van emoties op een andere manier dan verbaal cliënten iets kan laten vertellen waar nog geen woorden voor zijn. In het beeld wordt dan (letterlijk) zichtbaar en vooral tastbaar wat men ervaart en beleeft. Gordijn (2007) licht hierop toe dat de praktijk leert dat door emoties te laten verbeelden, men letterlijk een hulpmiddel in handen krijgt waarmee de emoties onderzocht kunnen worden. Hierdoor ervaren cliënten weer een bepaalde mate van controle, die zij gedurende de behandeling van kanker uit handen hebben moeten geven.

Verder wordt vanuit de resultaten duidelijk dat respondenten over het algemeen bij het thema emotionele balans technieken en materialen inzetten die veelal gericht zijn op de tastzin van de cliënt. Beeldend werken en beeldende materialen stimuleren het helder waarnemen en de tactiele en lichamelijke beleving, wat bij kankerpatiënten vaak uit balans is. Schweizer (2009) beschrijft dat 'het aanraken van materialen waarbij de sensomotoriek aangesproken wordt, een manier is van voelen waarbij het om de directe waarneming gaat: zacht-hard, warm-koud enzovoort' (p. 128). De respondenten benoemen hierbij materialen zoals pastelkrijt, vetkrijt en klei. Sensopathische materialen die betrekking hebben op het gevoel worden ingezet om bewustwording te creëren. Schweizer (2009) beschrijft dat het werken met de handen en het aanraken van verschillende materialen het contact met de gevoelswereld bevordert. Schweizer (2009) stelt dat een materiaal dat direct aangeraakt wordt met de handen, directer aan gevoelens raakt dan wanneer bijvoorbeeld gewerkt wordt met potlood dat het gevoel van controle over de gevoelswereld versterkt. Een sensopathisch contact met het materiaal aangaan, brengt je in contact met je gevoelens, behoeften en innerlijke belevingswereld. Smeijsters (2008) licht hierop toe dat materialen belevingskwaliteiten zijn die om een specifieke manier van bewerken vragen. 'Er is een directe verbinding te benoemen tussen het voelen van het materiaal en wat de cliënt innerlijk voelt dat vervolgens tot uitdrukking komt in een beeldende beweging' (p. 313). Materialen zijn beschikbaar in allerlei belevingskwaliteiten, hard, zacht, scherp, flexibel, stug enzovoort met ieder zijn eigen manier van bewerken (Smeijsters, 2008).

Vanuit eigen ervaring kan ik dit bevestigen, klei is bijvoorbeeld zo'n materiaal waarbij het fysieke aspect van klei een sterk motorisch appèl doet op het aanraken, strelen, kneden of slaan. De materialen doen daarmee een appèl op verschillende emoties, de ontvankelijkheid voor een bepaald materiaal is echter verschillend per persoon (Haeyen, 2007).

5. Lotgenotencontact

Tot slot komt het thema *lotgenotencontact* naar voren uit de resultaten. Een opmerking die ik hierbij wil maken is dat lotgenotencontact door respondenten als belangrijk thema wordt benoemd, zonder dat dit een probleemgebied van de cliënt is. De meningen liggen ver uit elkaar betreffende de noodzaak van lotgenotencontact in de beeldende therapie. Deze verscheidenheid in meningen komt mede tot stand door de verscheidenheid tussen de werkvormen van individuele cliënten bij ziekenhuizen, individueel in de groep bij privé praktijken en groepen bij inloophuizen.

Over het algemeen zijn een aantal voordelen te benoemen in het contact van groepsleden in oncologische settings. Allereerst is het beeld tastbaar en blijvend en kan aan groepsleden worden getoond. Verder beschrijft Schweizer (2009) dat het zien van groei bij groepsleden hoop kan wekken, de herkenning bij elkaar goed kan doen, informatie uitgewisseld kan worden en dat je verhaal kunnen vertellen en het merken dat je niet de enige bent belangrijk is in een groeiproces. Tot slot lichten Grabau en Visser (1990) hier verder op toe dat in de beeldende therapie gebruik gemaakt wordt van zichtbare producten. Ze liggen voor je op tafel en iedereen kan er naar kijken. Door er samen met groepsleden naar te kijken en erover te praten wordt er een beroep gedaan op hun kundigheid en vermogen om anderen te helpen. Dit kan leiden tot versterking van het gevoel van eigenwaarde (zelfbeeld) en uitbreiding van mogelijkheden (autonomie). Twee behandelthema's die bij de doelgroep oncologie regelmatig aan de orde komen. Echter – zoals eerder beschreven in Hoofdstuk 3 'Resultaten' – moet rekening worden gehouden met de negatieve effecten van groepsgericht werken in de oncologie. Contact met lotgenoten kan immers een negatief effect hebben op het verloop van de therapie. Wanneer mensen met kanker zich met elkaar gaan vergelijken en wanneer confrontatie ontstaat over beslissingen over het wel of niet laten behandelen van de ziekte ontstaan negatieve effecten. De respondenten van dit onderzoek bevestigen dit. Dit heeft als nadeel dat prognoses en recidieven zo hard binnen komen dat dit kankerpatiënten in hun eigen verwerkingsproces onderuit kan halen en groepsgericht werken een contra indicatie wordt.

Vanuit de vijf behandelthema's wordt zichtbaar dat deze van belang zijn in behandeling van oncologiepatiënten, ieder op zijn eigen wijze. De vijf thema's zijn de meest voorkomende thema's die de respondenten van dit onderzoek in hun praktijk tegenkomen. Dit wil niet zeggen dat iedere behandeling van kanker deze thema's als probleemgebieden heeft. Het geeft echter een overzicht op welk gebied raakvlakken te bemerken zijn, net zoals er raakvlakken te benoemen zijn in vergelijking met andere doelgroepen. Het zwaartepunt lijkt hierbij soms net even anders te liggen. Het onderdeel 'Behandelthema's in de therapie' wil ik graag afsluiten met een korte vooruitblik op de werkwijze van de therapeut. Vanuit bovenstaande thema's is het aan de therapeut om in te spelen op de gegeven situatie waarin de cliënt zich bevindt door het medium op een bepaalde wijze te hanteren (materiaalkeuze, structuur, aard van de opdracht) en daarmee zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat de cliënt aangeeft en aankan. Met name het proces van afstemmen en aansluiten bij de cliënt zijn over het algemeen een essentieel gegeven in een behandeling. Het is belangrijk dat de therapeut de situatie veilig genoeg houdt. In de volgende paragraaf 'Werkwijzen' wordt ingegaan op de verschillende werkwijzen die de therapeuten vanuit de diverse zorginstellingen hanteren.

Werkwijzen

Inloophuizen

Over het algemeen valt uit de resultaten vanuit Hoofdstuk 3 de verscheidenheid tussen de werkwijzen op. De therapeuten hanteren een diverse aanpak betreffende de werkwijze die ingezet wordt gedurende de therapie bij de doelgroep oncologie. Vanuit de resultaten komt naar voren dat respondenten werkzaam binnen inloophuizen vooral *supportieve en palliatieve werkwijzen* inzetten. De supportieve werkwijze heeft als doel ondersteuning te bieden in problemen (Smeijsters, 2008). Het doel is niet om het probleem weg te nemen, maar de problemen te verbeteren. De palliatieve werkwijze is gericht op het verzachten van fysieke pijn en psychisch lijden (Smeijsters, 2008). Zowel de supportieve als de palliatieve werkwijze richt zich op ondersteunen bij het verwerken en leren omgaan met problemen. Bij inloophuizen is vaak sprake van een langdurig traject en cliënten komen en gaan vaak wanneer zij hier zelf behoefte aan hebben. Respondent 5 (I) geeft hierover een helder voorbeeld. Zij legt uit dat personen in een inloophuis niet vanuit hun stoornis behandeld worden en de daaraan gekoppelde behandeling – uiteraard is dit goed om in het achterhoofd te houden – maar de respondent geeft aan voornamelijk naar het hier-en-nu van de cliënt te kijken en sluit hier een mediumactiviteit op aan. Haar visie is om de cliënt in ervaringen in het hier-en-nu te laten opdoen en niet te gaan graven. De supportieve en palliatieve werkwijzen die respondenten beschrijven te hanteren, sluiten tevens mooi aan bij de hulpvraag van cliënten binnen inloophuizen.

Mijns inziens is dat de beeldend therapeut werkzaam binnen inloophuizen vooral bemoedigende en aanmoedigende opmerkingen kan inzetten. Tevens denk ik dat laten blijken dat geluisterd wordt als ook het ingaan op emoties en medeleven tonen of benoemen een belangrijke factor binnen inloophuizen is.

Ziekenhuizen en privé praktijken

Eveneens van belang zijn de *re-educatieve en reconstructieve werkwijzen* die respondenten werkzaam binnen ziekenhuizen of privé praktijken benoemen in te zetten. De re-educatieve werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen (Smeijsters, 2008). Bij deze werkwijze staat het eigen gedrag en beleving in het hier-en-nu centraal. In de reconstructieve werkwijze gaat het om het ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten (Smeijsters, 2008). Zowel de re-educatieve werkwijze als de reconstructieve werkwijze richt zich op het doorwerken van problemen. Vanuit de resultaten werd duidelijk dat respondenten werkzaam binnen ziekenhuizen en privé praktijken gemiddeld tussen de vijf en maximaal tien keer een behandeling inzetten. Vanwege de relatief kortdurende therapie benoemen respondenten meestal gefocust te zijn op enkele doelen waaraan structureel wordt gewerkt. De Haes, et al. (2009) beschrijft dat de hulpverlener doorgaans vanuit zijn eigen referentiekader naar de gepresenteerde problematiek zal kijken en van daaruit zijn behandeling invult. Daar komt bij dat de problemen bij kankerpatiënten zeer divers van aard kunnen zijn en de therapeut dus rekening moeten houden met de diversiteit in problematiek. De doelstellingen worden voorafgaand en in samenspraak met een cliënt bepaald en vormen de basis voor het therapieverloop. Passend bij de re-educatieve en reconstructieve werkwijzen die respondenten inzetten nemen zij vaak een directieve en confronterende houding aan – uiteraard rekening houdend met het psyche van de cliënt – om het doel te bewaken, vooral kanker gerelateerd te werken en het vanwege het kortdurende programma vaak niet anders kan. Mijns inziens is dat de beeldend therapeut hierin vooral confronterend en verruimend te werk kan gaan. De therapeut kan hierbij ingaan op tegenstrijdigheden, reacties of gevolgen van gedrag en zich focussen op de kanker gerelateerde hulpvraag zodat het voor een cliënt mogelijk is om een gedachtespoor te verlaten en met een andere invalshoek te kijken. De respondenten geven aan de ene werkwijze meer in te zetten dan de andere werkwijze. Smeijsters (2008) beargumenteert dat ‘in het kader van een ‘pluriforme’ behandeling werkwijzen elkaar kunnen afwisselen en naast elkaar kunnen optreden’ (p. 55). De werkwijzen van de respondenten die toegepast worden in de praktijk bevestigen dit. Een opmerking die ik hierbij wil maken is dat de werkwijzen hierboven beschreven niet gekoppeld zijn aan het werkveld van de oncologie, maar ze zijn te beschouwen als typen binnen het creatief therapeutische aanbod die tegemoetkomen aan verschillende behandelvragen (Smeijsters, 2008). Verder is vanuit de resultaten – en ook vanuit mijn praktijkervaring – opgevallen dat de aandacht gerichte benadering (‘Mindfulness’) momenteel een veelvoorkomend gegeven is in de vaktherapie. Schweizer (2009) bevestigt dat steeds meer creatief therapeuten in het werkveld gebruik maken van de aandachtgerichte benadering. Schweizer (2009) beschrijft dat ‘Mindfulness een te trainen vermogen is dat aan de basis ligt van vaardigheden als waarneming, concentratie, begrijpen, plannen, enzovoort. Twee belangrijke componenten van aandachtstraining zijn het reguleren van de aandacht en het bewust worden van de houding ten opzichte van dat wat in het aandachtsveld is’ (p. 404-405). De respondenten geven als voorbeelden dat zij hun therapie starten door middel van speelmogelijkheden, losmakingsoefeningen, aandacht oefeningen, visualisaties etc. Naast de werkwijzen die respondenten inzetten bij de doelgroep oncologie is de inzet van het medium een even belangrijke factor in behandeling. In de volgende paragraaf wordt een onderdeel van de verkregen informatie over de hantering van het medium verder toegelicht.

Symboliek- en metaforenhantering

Vanuit Hoofdstuk 3 ‘Resultaten’ komt terug dat binnen de oncologie beeldend therapeuten tegenkomen dat cliënten te maken krijgen met betekenis- en zingeving in het medium. Zoals eerder beschreven leert de praktijk dat cliënten als ook beeldend therapeuten hier verschillend tegenover staan. Eerst wil ik een literatuur- en praktijkkoppeling maken tussen de doelgroep oncologie en traumaverwerking. Vervolgens ga ik in op de kracht van symbolisch werken in het beeldend medium. Tot slot beschrijf ik aan de hand van mijn eigen methodisch handelen mijn ervaringen met symboliek- en metaforenhantering en leg ik uit waar de kracht van mijn methodisch handelen ligt.

Vanuit de resultaten uit dit onderzoek benoemen vier van de acht respondenten dat de doelgroep oncologie wat hun betreft niet zo zeer van andere doelgroepen die iets heftigs hebben meegemaakt onderscheidt. Respondent 7 (Z) geeft hierover aan dat kanker krijgen een trauma is. Vanuit eigen

praktijkervaring geeft respondent 7 (Z) aan dat het voor traumaverwerking voor een deel van de mensen belangrijk is om met symboliek te werken. Hoewel de hinder die de cliënt ervaart door de consequenties van kanker en de behandeling ervan (zie paragraaf 1.3.1 'De oncologiepatiënt') zeer persoonsgebonden is, is mijns inziens dat een kankerdiagnose een van de meest gevreesde en zwaarste levensgebeurtenissen is voor de desbetreffende persoon, alsook zijn omgeving. Om bovenstaande reden ben ik het eens met de uitspraak van respondent 7 (Z) en ben ik ervan overtuigd dat de diagnose kanker krijgen (meestal) een traumatische ervaring moet zijn. Vanuit literatuur (Graubau en Visser, 1990; Schweizer, 2001; Klijn en Scheller-Dikkers, 2006) komt naar voren dat bij traumaverwerking het gebruik van symbolische betekenissen in het beeldend medium regelmatig een rol lijken te spelen. Hinz (2009) beschrijft dat ieder zijn hersenen informatie op een iets andere wijze transformeert in fundamentele symbolen. Zo kan enerzijds spraak een manier zijn waarop hersenen ervaringen transformeren. Anderzijds kunnen rituelen en beeldend werk andere symbolische transformaties van ervaringen zijn. Dit sluit tevens aan bij de uitspraak van de respondenten: *'Het hangt ook af hoe iemand in elkaar steekt en of die in symbolieken denkt of niet'*. Vanuit literatuur (Schweizer, 2001; Hinz, 2009) komen verschillende aspecten naar voren die aangeven waar de kracht van symboliek ligt en hoe deze een bijdrage levert in de beeldende therapie. Zo beschrijft Hinz (2009) dat het werken met persoonlijke symbolen cliënten kan helpen bij het veralgemenen van concrete individuele ervaringen. Verder sluit Schweizer (2001) hierop aan dat het werken met materialen, beelden en symbolen mogelijkheden biedt om te communiceren en het niet-verwoordbare uit te drukken. Vanuit mijn praktijkervaring kan ik zeggen dat verschillende mechanismen zichtbaar kunnen worden in het beeldend werk en het proces van een cliënt. Sommige cliënten tekenen bijvoorbeeld eerst contouren en vullen dit daarna pas in. Anderen bedenken van tevoren wat zij gaan maken en werken dit vervolgens uit. En weer anderen beginnen zomaar zonder vastomlijnd idee. Een werkwijze kan soms een mooie metafoor zijn voor andere patronen in iemands manier van doen. Beeldend werk biedt vaak (letterlijk) kaders om levensgebeurtenissen een plek te geven. Voor de oncologie is dit van belang, vanwege zware levensgebeurtenissen die de ziekte met zich meebrengt waar vaak moeilijk woorden aan te geven zijn. Daarnaast zijn er cliënten die zelf niet goed begrijpen wat met hun gebeurd en wat dit voor hun betekent. Het bieden van kaders en het (eventueel) gebruik van symbolen kan helpen om helderheid te krijgen bij de doelgroep. Schweizer (2001) geeft aan dat 'voor het verwerken van angst beladen gebeurtenissen metaforen een uitkomst kunnen bieden. De traumatische ervaringen op zich hoeven hierbij niet benoemd te worden, terwijl de innerlijke spanningen als gevolg hiervan wel een uitweg kunnen vinden' (p. 72). Dit is tevens wat zichtbaar wordt in de resultaten van dit onderzoek. Denk aan de voorbeelden vanuit de resultaten waarbij cliënten in het beeldend werk letterlijk een schending aanbrengen waarbij cliënten zich proberen te verbeelden met een geschonden lijf. Of het voorbeeld waarbij een cliënt meerdere tekeningen van een boom maakt, waarin zij zich als een boom weergeeft en elke boom een fase van het proces waarin zij zich bevond uitbeelde. Hinz (2009) stelt dat 'symbolen als instrument fungeren voor het vinden van oplossingen voor problemen op een hoger niveau van integratie' (p. 148). Alle symbolische processen vergemakkelijken de uitdrukking van ideeën en gevoelens die woorden niet adequaat onder woorden kunnen overbrengen. Hinz (2009) legt uit dat symbolen betekenis verwoorden, overstijgen of transformeren. Het hanteren van symbolen is een mentale activiteit die soms bewust ingezet is en op andere tijden juist onbewust. Het geeft cliënten toegang tot fantasieën, waarden en passies. Dit is tevens een bevestiging van datgene wat therapeuten aangeven tegen te komen in behandeling wanneer oncologiepatiënten vanuit zichzelf kiezen gebruik te maken van symboliek. Zoals vanuit de resultaten uit Hoofdstuk 3 naar voren komt heeft elke doelgroep een andere insteek in het beeldend werken die je als beeldend therapeut als vertrekpunt neemt. Je kijkt naar de cliënt als individu. Wat de respondenten uit dit onderzoek vooral aangaven is dat de insteek van het beeldend proces aansluiting moet vinden op daar waar de hulpvraag van de cliënt ligt. Bijna alle respondenten uit dit onderzoek (op één respondent na) geven dan ook aan, dat wanneer de mogelijkheid vanuit een cliënt zich voordoet om symboliek in het beeldend werk in te zetten de respondenten hier een aansluiting op zullen zoeken. Het samen richting bepalen staat gedurende de gehele behandeling centraal. Dit sluit tevens aan bij wat ik vanuit mijn praktijkstage in de psychiatrie ervaren heb. In mijn praktijkstage heb ik geleerd om in te springen op datgene wat de cliënt zelf aangeeft. Mijn huidige methodisch handelen is echter vooral gevormd door het plegen van interventies in het medium en minder gericht op het werken met symbolieken, metaforen of het hebben van een symbolische betekenis in een werkstuk. Mijn ervaring leert dat het belangrijk is om zoveel mogelijk de ervaring van een cliënt in een beeld te laten plaatsvinden om op deze manier juist het handelen en het voelen aan te spreken in plaats van het denken (cognitie). In mijn praktijkstage bood ik onder andere activiteiten aan zoals bijvoorbeeld een linsnede maken of het experimenteren

met de verschillende mogelijkheden van ecoline. Deze activiteiten die gericht waren op het aanleren van een nieuwe techniek, kon ik bewust inzetten om ervaringen van een cliënt zo veel mogelijk aan het medium proberen te koppelen. Reflecties na de mediumactiviteit waren erop gericht om het bewustzijn van wat in het medium gebeurde te versterken en vervolgens om de cliënt vergelijkingen te laten maken met de situatie buiten de therapie. Mijns inziens is dat de verandering van de cliënt zich afspeelt *in* de mediumactiviteit en dat de beeldend therapeut het medium als uitgangspunt neemt en ook naar terugkeert (Smeijsters, 2008). Mijns inziens is echter dat beeldend therapeuten ook in kunnen spelen op symboliekhantering wanneer cliënten hier aanleiding toe geven. Ik vind dat beeldend therapeuten niet te conservatief in hun aanpak moeten worden, tegenover verbeeldingsmogelijkheden die cliënten hanteren. Ik denk wel dat de cliënt zelf als eerste informatie moet geven over de symbolische inhoud die hij gehanteerd heeft. Verder denk ik dat de inhoudelijke evaluatie van symboliek een zorgvuldige afweging vereist van informatie geleverd door de cliënt en, indien nodig, de input van de therapeut om dit te verduidelijken. Verder komt in dit onderzoek een inventarisatie van de manier waarop het medium ingezet wordt bij deze doelgroep naar voren. De respondenten uit dit onderzoek geven aan rekening te houden met de eigenschappen van een materiaal. Een kanttekening die hierbij gemaakt mag worden is dat bij de keuze van de materialen gelet moet worden op het gegeven dat veel cliënten door de medische behandeling en door de gevolgen van de ziekte verzwakt zijn. Niet alle beeldend materialen zijn geschikt om mee te werken voor cliënten met een verzwakt immuunsysteem.

In dit onderdeel van de discussie heb ik gekozen om specifiek in te gaan op het gebruik van symboliekhantering in het beeldend medium. Een kanttekening die hierbij benoemd mag worden is dat wij aan de hand van ons literatuuronderzoek voorafgaande het onderzoek recente internationale literatuur hadden verkregen waarin het gebruik van symboliek op de voorgrond stond in de beeldende therapie. Mede vanwege de uitgebreide informatie die wij hierover verkregen hebben en de vraag die het opwekte of dit fenomeen in oncologische zorginstellingen in Nederland ook aan de orde zou komen, is gekozen om in het onderzoek hier specifiek navraag naar te doen. Hierdoor ontbreekt een deel van informatie gericht op de werking *in* het medium. Dit wordt tevens als aanbeveling in eventueel vervolgonderzoek aangeraden in de volgende paragraaf. De informatie die vanuit het onderzoek wel verkregen is over het in het medium aanbieden van werkvormen overtuigt mij nog meer dat *in* het medium werken een effectieve manier is om beeldend therapeutisch te werken. In het medium werken is een aspect van mijn eigen methodisch handelen die passend is bij mij en die ik in de toekomst wil blijven bewaken.

4.2.3 Aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek

Uit de sterkte- en zwakte analyse, het kritisch verklaren en interpreteren van de resultaten en mijn eigen interpretaties en verklaringen volgen een aantal aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek.

Aanbevelingen voor de praktijk

Dit onderzoek wijst uit dat beeldende therapie op verschillende probleemgebieden aansluit die oncologiepatiënten doorgaans lijken te ervaren wanneer gediagnosticeerd met kanker. De resultaten vanuit het onderzoek zijn beperkt, maar het geeft een indruk over de manier waarop beeldend therapeuten het beeldend therapeutisch medium inzetten, welke werkwijzen en therapeutische houdingen naar voren komen en hoe zij hun behandeling bij de doelgroep oncologie hierop afstemmen. De vijf hoofdcategorieën die in Hoofdstuk 3 'Resultaten' aan bod kwamen bieden goede aanknopingspunten voor andere beeldend therapeuten werkzaam binnen oncologische settings.

Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

Voor de beroepsontwikkeling vind ik het erg belangrijk om de doelgroep oncologiepatiënten bij beeldend therapeuten in Nederland meer onder de aandacht te brengen. Op de website van KWF (2014) staat vermeld dat de ziekte kanker jaarlijks 103.900 (2014) mensen treft. Tevens is bekend dat het aantal mensen dat leeft met de ziekte en de gevolgen ervan sterk toeneemt. Meer onderzoek specifiek naar de effecten van beeldende therapie of welke methodiek het best kan worden ingezet binnen de doelgroep oncologie, kan ervoor zorgen dat beeldende therapie zich verder kan ontwikkelen en profileren in oncologische settings. Daarnaast helpt meer onderzoek in het wetenschappelijke onderbouwen van het beroep van de creatief therapeut.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Bij beeldende therapie is op het gebied van onderzoek over het algemeen nog te weinig onderzoek verricht en ik denk dat alle vormen van degelijk onderzoek bruikbaar zijn om meer kennis te vergaren en het handelen van de therapeut evidence based te kunnen onderbouwen. Een viertal aspecten kunnen in vervolgonderzoek nader onderzocht worden. Aangezien in dit onderzoek alles vanuit het perspectief van de therapeut is beschreven, zou het als aanbeveling voor een vervolgonderzoek interessant kunnen zijn om het perspectief van cliënten te raadplegen (1). In dit inventariserende onderzoek is in kaart gebracht tegen welke problemen kankerpatiënten doorgaans aanlopen, hoe beeldend therapeuten hun beeldend medium daarbij inzetten en welke werkvorm, werkwijze, therapeutische houding en technieken zij daarbij hanteren. Naast deze beschreven onderdelen kwam vanuit de transcripten naar voren dat veel therapeuten aan de hand van een aandacht gerichte benadering in het medium werken. Echter, doordat de focus van dit onderzoek lag op exploratie, is nog onduidelijk wat een aandacht gerichte benadering voor deze doelgroep kan betekenen. In een vervolgonderzoek zou dit verder uitgediept kunnen worden (2). Verder is dit onderzoek kleinschalig van aard, relatief kortdurend en slechts in samenwerking met zeven instellingen en één bepaalde doelgroep. Een gelijkwaardig, maar grootschaliger en langdurend onderzoek zou meer betrouwbare resultaten opleveren (3). Tot slot kunnen zaken omtrent symboliekhantering in het medium in dit onderzoek wellicht wat sterker naar voren komen, vanwege de vraag van de onderzoekers met betrekking tot het symbolisch werken in het medium. Waardoor wellicht wat spraakverwarring is ontstaan. In een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om in te zoomen op het werken *in* het medium (4). In de volgende paragraaf worden de ontwikkelde aspecten van mijn methodisch handelen aangekaart en toegelicht.

4.2.4 Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen

Voordat ik aan dit onderzoek begon had ik vooral kennis vanuit de opleiding opgedaan en ervaringen op het gebied van verslavingszorg en dubbele diagnose problematiek (psychiatrie) vanuit mijn praktijkstage en lag deze opgedane kennis en kunde als basis van mijn methodisch handelen. Door het vormgeven en uitvoeren van dit onderzoek heb ik nieuwe kennis en ervaringen opgedaan die mijn methodisch handelen weer beïnvloeden en aanvullen. In dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van alle eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie (zie tabel 10 'Eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie'). Aan de hand van deze paragraaf zal ik dit verder toelichten met behulp van een aantal competenties waarop ik specifiek heb bijgeleerd tijdens dit onderzoek.

Tabel 10 Eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie

Eindcompetenties			
Behandelen	Organisatie	Professionalisering	Onderwijs en onderzoek
➤ Diagnosticeren en indiceren	➤ Samenwerken	➤ Reflecteren	➤ Onderzoeken
➤ Behandelen	➤ Rapporteren	➤ Ontwikkelen	➤ Profileren
➤ Ondersteunen / begeleiden	➤ Ondernemen	➤ Actualiseren	➤ Overdragen

Opmerking. Overgenomen van Cilissen-IJsermans, Péntzes & Welten, Module: CA.15-16 "Afstudeerproject". Heerlen: 2014, p. 5.

In dit onderzoek heb ik geleerd hoe een kwalitatief onderzoek opgezet en uitgevoerd kan worden, ik heb geleerd hoe ik respondenten benader en contacten onderhoud, ik heb over mijn eigen methodisch handelen gereflecteerd, ik heb mijn eigen methodisch handelen mogen aanvullen met kennis vanuit de praktijk, ik heb het vak geprofileerd en tevens overgedragen aan anderen, ik heb onderzocht en samengewerkt met beeldend therapeuten vanuit diverse zorginstellingen verspreid over Nederland.

Organisatie

Allereerst heb ik geleerd dat met veel zaken rekening moet worden gehouden tijdens het opzetten en uitvoeren (**ondernemen**) van kwalitatief onderzoek en het ook veel tijd kost om zaken te regelen. Denk aan het leggen van contacten en het onderhouden van deze contacten, het inplannen van de

interviews, therapeuten voorbereiden op het interview, de voorbereiding zelf op het interview, controleren of de vragen vanuit het interview nog up-to-date zijn bij het volgende interview of dat eventueel aanpassing vereist is, de vraagstelling bewaken, het heen en weer reizen naar zorginstellingen, het transcriberen van de interviews, de kwalitatieve analyse etc. Wanneer ik een kritische blik op mijzelf als onderzoeker werp, kan ik de analogie naar mijn rollen in andere situaties leggen. Binnen mijn praktijkervaring gedurende het derde studiejaar als beeldend therapeute heb ik ervaren dat ik aanliep tegen het hebben van hoge verwachtingen en de behoefte om controle te willen behouden in het medium. Deze kwam ik niet alleen tegen in mijn therapeutische houding maar ook in mijn rol als onderzoeker. Het hebben van grootse ideeën, hieraan vasthouden en daarmee geneigd zijn om suggestieve vragen te stellen. Tijdens dit onderzoek ben ik mij hier extra bewust van geworden. Verder speelde het leerdoel bewustwording het laatste studiejaar voor mij een grote rol. Bewustwording van mijn eigen handelen in het medium, bewustwording van mijn eigen handelen als therapeut en de effecten daarvan in het medium alsook de effecten op de cliënt. Door dit onderzoek is inzicht verkregen over de wijze waarop de respondenten hun beeldend medium inzetten, heb ik nieuwe inspiratie opgedaan en kon ik tevens informatie verzamelen over mijn eigen methodisch handelen als beeldend therapeute. Een aantal competenties zijn veranderd, anderen zijn weer verscherpt. Gedurende het onderzoek kwamen wij in aanraking met therapeuten werkzaam binnen diverse zorgsettings wat zorgde voor een diversiteit aan systemen. Voor mij een leerzame ervaring, omdat ik op deze manier inzicht kreeg over een systeem van een mogelijk toekomstige werkplek en de manier waarop vaktherapie daarin haar plek inneemt. Voorafgaande het onderzoek zag ik mijzelf het liefst als beeldend therapeut werkzaam in grote instellingen, vanwege de prettige praktijkervaring die ik eerder heb opgedaan in een soortgelijke zorgsetting. Ik heb ervaring opgedaan met het werken in een multidisciplinair team, waarbij de cliënt tegelijkertijd door verschillende disciplines bekeken wordt. Ieder met zijn eigen vakkennis en kunde, iets waarvan ik persoonlijk de meerwaarde van inzie. Waar ik voorafgaande het onderzoek vooral gericht was op het werken in grote zorginstellingen, zie ik nu de mogelijkheden die liggen op het gebied van het werken in inloophuizen en mogelijkheden als vrijgevestigd therapeut of een combinatie van beiden. De resultaten van dit onderzoek brengen de verschillen en overeenkomsten tussen de diverse systemen in kaart, tevens iets wat ik mee kan nemen in mijn bagage en informatie uit kan putten voor eventuele toekomstige werkplekken.

Wat betreft het **samenwerken** heb ik vooral geleerd dat dit een open, onbevooroordeelde en ruimdenkende houding vereist. Gedurende het onderzoek heb ik gemerkt dat het in de samenwerking met de therapeuten van belang is geweest om zorgvuldig te communiceren, want iedereen wil uiteindelijk op de hoogte blijven van de ontwikkelingen en voortgang in het onderzoek en iedereen is nieuwsgierig naar de resultaten. Je krijgt te maken met acht individuen met acht verschillende achtergronden, verschillende visies en verschillende systemen. Hiervoor open staan en kunnen omgaan met deze verschillen was een onderdeel waar ik mijn competenties gedurende het onderzoek op heb aan kunnen vullen. De resultaten van dit onderzoek waren niet tot stand gekomen zonder de kennis en expertise van de therapeuten.

Professionalisering

Verder is dit hele onderzoekstraject een enorm grote leerervaring geweest: het **ontwikkelen** en opzetten van dit onderzoek was voor mij een grote ontdekkingstocht. Door het afnemen van interviews heb ik als beginnend beeldend therapeute veel kunnen leren over de werkhoudingen, werkwijzen en interventies die de respondenten toepassen bij hun doelgroep en inzicht verkregen over de manier waarop de respondenten hun medium inzetten. Het inzetten van het medium is voor mij het belangrijkste onderdeel van mijn methodisch handelen. Vanuit de resultaten komt naar voren dat in de eerste fase de therapeuten vooral *'aansluitend, volgend of invoegend'* zijn. Dit is voor mij een bevestiging van wat ik al deed gedurende mijn praktijkervaring waarbij de cliënt altijd het vertrekpunt is. Mijn insteek gedurende mijn praktijkervaring was steeds mijn niet-wetende houding, begrip tonen aan een ander, ondersteunend en empathisch zijn. Wat betreft de relatie met de cliënt geven therapeuten aan dat afstand en nabijheid in balans moeten zijn, ook dit is een bevestiging van wat ik al wist. Dit resultaten van dit onderzoek kunnen door anderen gebruikt worden als onderschrijving voor hun eigen methodisch handelen. Tevens kunnen anderen de resultaten van dit onderzoek gebruiken om hun methode met de methode die door de therapeuten ingezet wordt te vergelijken of het overeenkomsten en verschillen bevat. Het horen over al deze verschillende manieren heeft mij ook aan het denken gezet met de vraag; wat voor beeldend therapeute ben ik nou eigenlijk? Door de interviews kon ik voor mijzelf een beeld scheppen welke houding(en) ik als beeldend therapeute wil aannemen, welke werkwijzen passend zijn bij deze therapeutische

houding(en) en passend bij mij en tot slot op welke manieren interventies in te zetten zijn. De visies van de respondenten bevestigen enerzijds mijn eigen methodisch handelen en anderzijds zorgen zij voor nieuwe inzichten die ik binnen dit onderzoek heb opgedaan. Zowel de respondenten als literatuur (Smeijsters 2008; Verfaillie, 2011) spreken over een oordeelvrije houding, waarin de therapeut aansluit bij de cliënt. Echter werd door de respondenten ook een prikkelende en confronterende houding als belangrijk onderdeel in de therapie benoemd. Zoals eerder aangegeven sloot ik gedurende mijn stagejaar aan bij de cliënt, was ik empathisch, begrijpend en nam ik een niet-wetende houding aan. Het houdingsaspect confrontatie heb ik gedurende mijn praktijkstage minder vaak gehanteerd, omdat ik niet iemand van de harde weg ben maar meer van het rustig afstemmen in samenspraak met een cliënt. Dit onderzoek heeft mij nieuwe handvaten gegeven om met nieuwe houdingsaspecten om te gaan en hoe deze in te zetten zijn in de praktijk.

Het proces van waarnemen, analyseren en reflecteren dat constant werd doorlopen was nieuw en tegelijk een grote uitdaging. Het zo open mogelijk verzamelen van de data en het continue **reflecteren** op onze eigen handelingen gedurende een interview en eventueel bijstellen heeft op dit vlak gezorgd voor een verbetering van mijn methodisch handelen. Ik vond het vormgeven en uitvoeren van dit onderzoek een erg leuke en ook uitdagende onderneming. Daarnaast was het voor mij enorm interessant om inzicht te krijgen in het perspectief van de therapeuten in hun behandeling bij de doelgroep oncologie. Hierdoor kon ik mijn eigen ontwikkeling als beginnend professional uitbreiden. De doelgroep oncologie was voor mij tevens een nieuwe doelgroep, naast de kennis die verkregen is van de therapeuten, heeft het zoeken naar literatuurbronnen over de ziekte kanker en de lichamelijke en psychologische gevolgen mij geholpen om mijn eerste beeld van de doelgroep oncologie vorm te geven. De diepere zoektocht in de literatuurbronnen heeft geresulteerd in een stand van zaken op te maken in het onderzoeksgebied van vaktherapie in het werkveld van de oncologie. Het onderzoek zelf heeft gezorgd voor een brede uiteenzetting van informatie wat tot inzicht leidt in aspecten van de dagelijkse praktijk in diverse oncologische settings.

Onderwijs en onderzoek

Als eerste heb ik geleerd om mijn vak te **profilieren**. Door respondenten te benaderen kon ik mijn vakgebied profileren. De profilering daarbij afstemmen op verschillende personen maakt dat ik geleerd heb dat goed nagedacht moet worden over welke informatie je biedt en wat relevant en interessant is voor diegene aan wie je uitleg geeft. Een vaardigheid waarbij ik in mijn toekomstig beroep veelvuldig gebruik zal maken. Gezien de dynamieken in de zorg en de bezuinigingen die momenteel in de zorgsector gaande zijn vind ik het des te belangrijker om als beeldend therapeut te ondernemen te zijn en mijzelf te positioneren. Door middel van dit onderzoek heb ik een werkveld verkend dat zowel voor mijzelf nieuw was alsook relatief onbekend in Nederland. Daarnaast ben ik op zeven diverse zorginstellingen geweest waarbij ik de mogelijkheid had om vragen te stellen en informatie kreeg over de manier waarop beeldende therapie binnen deze zorginstellingen vormgegeven wordt. Ik heb onder andere informatie van de respondenten mogen ontvangen over hetgeen nodig is om het vak te profileren en hoe respondenten hun vakgebied profileren om ter zake dienend te blijven. Het meer inzicht krijgen van profilering in de praktijk en wat allemaal noodzakelijk is om ter zake dienend te blijven heeft gezorgd voor een verbreding van kennis op deze vaardigheid. Het doen van onderzoek was nieuw en ik heb zoals hierboven al beschreven mijn methodisch handelen op meerdere gebieden kunnen verbreden en verdiepen. Daarnaast heb ik mij ook op het gebied van **onderzoeken** kunnen verkennen. Ik heb mijn allereerste ervaringen opgedaan in het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Het gehele onderzoek was voor mij een groot leerproces. Op zoek gaan naar internationale literatuur en een passende vraagstelling vinden die relevant is voor de praktijk en tevens een aanvulling kan zijn op bestaande literatuur was een uitdaging. Het afnemen van interviews en de verkregen data analyseren heeft gezorgd voor een ontwikkeling op het gebied van mijn rol als onderzoeker en heb ik er veel plezier in beleefd! Verder heb ik ervaren dat het met momenten niet gemakkelijk was om zowel de rol als onderzoeker als ook de rol van therapeut te behouden. Voor mij was de rol als onderzoeker nieuw en het afnemen van interviews was daarin een onderdeel wat ik nog niet onder de knie had. Volgens Baarda et al. (2007) is het in kwalitatief onderzoek van belang om goed te kunnen luisteren en een gesprek te kunnen (onder)houden. Tevens moet je in staat zijn om goede vragen te stellen. Voor mij was het echter als onervaren interviewer op momenten lastig om de respondent voldoende ruimte te geven in het beantwoorden van de vragen. Echter door mijn therapeutische ervaring in de praktijk kon ik op dit vlak goed gebruik maken van de kennis die ik heb opgedaan in het observeren en afstemmen op een ander. Hierdoor is de beïnvloeding op de resultaten alsnog beperkt gebleven.

4.2.5 Beantwoording van de vraagstelling

Mijn discussie sluit ik door kritisch te kijken of en hoe dit onderzoek een antwoord geeft op de deelvragen en dus op de vraagstelling. Onze algemene vraagstelling luidde: 'Hoe wordt beeldende therapie ingezet in diverse zorginstellingen aan volwassenen met kanker?' Om een antwoord op deze vraag te krijgen zijn wij beeldend therapeuten gaan interviewen betreffende de manier waarop zij beeldende therapie aanbieden bij de doelgroep oncologiepatiënten. Belangrijk hierbij was de rol (werkwijze, houding, therapeutische technieken) van de therapeut en hoe het medium (materiaal, materiaaltechniek, werkvorm) ingezet wordt. Dit onderzoek biedt een uitgebreid antwoord op de algemene vraagstelling met behulp van antwoorden op de drie deelvragen zal ik dit duidelijk maken.

Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?

Er is een representatief beeld van de thema's die gehanteerd worden verkregen en door de voorbeelden die de therapeuten geven wordt een illustratie van de overeenkomsten en verschillen met betrekking tot thema's in de diverse zorginstellingen zichtbaar. Zoals in Hoofdstuk 3 'Resultaten' al beschreven, is aanvullend naar voren gekomen dat gemeenschappelijke behandelthema's gedurende de beeldende therapie naar voren komen in zowel ziekenhuizen, privé praktijken als inloophuizen. De behandelthema's rouw en verlies, autonomie, zelfbeeld, emotionele balans en lotgenotencontact worden als belangrijkste aspecten binnen de therapie bij de doelgroep oncologie beschreven. Deze vijf behandelthema's lijken de vijf basisaspecten om aan een behandeling van een kankerpatiënt vorm te geven. Echter – zoals ook binnen de opmerkingen van de respondenten wordt benoemd – blijft gelden dat elke cliënt een individu is en als individu behandeld dient te worden, waardoor de antwoorden dus niet voorschrijvend zijn. Specifieker onderzoek binnen de verschillende zorginstellingen bij dezelfde doelgroep dient gedaan te worden om de antwoorden wel voorschrijvend te kunnen maken.

Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?

De afname van de interviews heeft een breed spectrum aan informatie opgeleverd. Zichtbaar wordt hoe therapeuten werkzaam zijn in de praktijk. De resultaten laten helaas niet zien of dit volgens hen ook de meest geschikte manier zou zijn. De therapeuten benadrukken de diverse werkwijzen (eclectisch) die zij toepassen bij hun cliëntengroep(en) soms gecombineerd met een aandachtgerichte benadering (mindfulness). De therapeuten geven aan dat hun werkwijze wordt gestuurd door de hulpvraag en de behandel doelstellingen van de cliënt, werkwijzen kunnen daarbij naast elkaar optreden en afwisselen. Er wordt ondersteunend, inzicht-gevend, maar ook directief en confronterend gewerkt bij de doelgroep oncologie. Het vertrekpunt is daarbij de cliënt – ongeacht de zorginstelling – en datgene wat de cliënt als belangrijkste aangeeft. Vanuit de visie van inloophuizen om officieel niet therapeutisch te werken wordt echter door de respondenten vanuit dit onderzoek aangegeven wel een laagdrempelige vorm van therapie aan te bieden. Vanuit de resultaten komt naar voren dat de focus vanuit inloophuizen vooral ondersteunend en inzicht gevend is. Hierbij is een accentverschil in therapeutische houding te benoemen. De focus van zowel ziekenhuizen als privé praktijken verschuift zich gedurende het behandelen van ondersteunend, inzicht gevend, naar meer directief en confronterend werken.

Hoe wordt het medium ingezet binnen diverse zorginstellingen bij de doelgroep oncologie?

De therapeuten zetten het materiaal specifiek in vanwege het gegeven dat een specifiek materiaal een bepaald gevoel kan oproepen, om het beoogde psychisch proces opgang te brengen. Uit de resultaten komt over het algemeen naar voren dat bij materialen die snel werken, zoals teken- en schildermaterialen de voorkeur ligt, vanwege hun expressiekracht en vanwege het feit dat kracht en inspanning te zwaar kan zijn voor de doelgroep. Benadrukt mag worden dat grote verschillen zijn te benoemen tussen de diverse werkvelden en het therapeutisch gebruik van het medium. Er is een groot verschil tussen voornamelijk vrijblijvend creatief werken in een inloophuis en het werken binnen vaktherapie aan een specifiek doel binnen een oncologisch revalidatie programma. Verder komen de therapeuten betekenis- en zingeving in de vaktherapie tegen. Het gebruik van symboliek of metaforen in het beeldend medium is een gegeven wat regelmatig lijkt terug te komen en waar een deel van cliënten steun in lijken te vinden. Echter leert de praktijk ook dat cliënten hier heel verschillend tegenover staan. Hoewel de therapeuten aangeven in te gaan in symbolisch werken wanneer een cliënt hier aanleiding toe geeft, wordt symboliekhantering minder vanuit de therapeut zelf ingezet en toegepast.

Hoofdstuk 5 Samenvatting

Het voorliggende onderzoeksrapport is geschreven in het kader van ons afstudeerproject 2014-2015 Creatieve Therapie Beeldend op Zuyd Hogeschool, Heerlen. Beeldende therapie is een behandelmethode voor mensen met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen. De therapie is erop gericht veranderings-, ontwikkelings-, stabilisatie- en/of acceptatieprocessen te bewerkstelligen' (NVBT, 2015). Reeds is onderzoek gedaan naar de werking van beeldende therapie in oncologische zorginstellingen in het buitenland. Echter is nog vrij weinig bekend over de inzetbaarheid van beeldende therapie in oncologische settings in Nederland.

Aanleiding

De aanleiding van Alina Ritzen en Nikkie Soons voor de keuze van dit onderzoek is voornamelijk gebaseerd op onze persoonlijk interesse in dit onderwerp. Kanker is een ziekte die veel voorkomend is, zo ook in de persoonlijke omgeving van de onderzoekers. Bij KenVak ontstond de aanleiding van dit onderzoek door het gebrek aan bestaande kennis. Om het handelen van de vaktherapeut te kunnen verantwoorden en onderbouwen met evidence is het relevant voor de praktijk om een inventarisatie te maken van het aanbod. Om aan de toenemende vraag naar het beeldend therapeutisch aanbod binnen oncologische settings in Nederland te kunnen beantwoorden, wordt in dit onderzoek een inventarisatie opgemaakt van de manier waarop beeldende therapie wordt ingezet binnen diverse oncologische zorginstellingen. De doelgroep betreft cliënten met de diagnose kanker. De gemeenschappelijke deler van deze cliënten is het hebben van de diagnose kanker. De cliënten zijn allemaal volwassenen.

Vraagstelling

Hoe wordt beeldende therapie ingezet bij diverse zorginstellingen aan volwassenen met kanker?

Verder formuleerden wij de deelvragen:

- 1) Welke thema's worden zichtbaar gedurende de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?
- 2) Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet binnen de beeldende therapie bij de doelgroep oncologie?
- 3) Hoe wordt het medium ingezet binnen diverse zorginstellingen bij de doelgroep oncologie?

Opzet van het onderzoek

Vanwege de beschrijvende onderzoeksvraag die gericht is op het inventariseren, is gekozen voor een kwalitatieve survey. De data is verzameld middels acht diepte-interviews met verschillende beeldend therapeuten werkzaam binnen diverse oncologische zorginstellingen. In dit onderzoek is de verscheidenheid geïnventariseerd. Vanwege het voorop stellen van de verscheidenheid is bij het werven van therapeuten gekeken naar therapeuten die voldeden aan verschillende kenmerken. De verschillende kenmerken betreffen de werkplek (zorginstelling), de werkmethode en de opleiding. In de gehele onderzoeksfase is rekening gehouden met de kwaliteitscriteria van 'trustworthiness'. Gekeken werd naar welke thema's binnen de beeldende therapie naar voren kwamen gedurende een behandeling, welke vorm van methodisch handelen ingezet werd door de therapeuten en hoe het beeldend medium werd gehanteerd door de therapeuten. De resultaten geven de ervaringen op het gebied van oncologie vanuit het therapeutisch perspectief weer.

Resultaten en discussie

Het is duidelijk dat tussen de drie verschillende soorten van oncologische zorginstellingen verschillen te benoemen zijn, echter zijn ook raakvlakken op bepaalde gebieden in behandeling terug te herkennen. Wat hierbij erg opvallend was waren de overkoepelende behandelthema's in behandeling van de oncologiepatiënt, zoals (1) rouw en verlies, (2) autonomie, (3) zelfbeeld en (4) emotionele balans. Daarnaast werd lotgenotencontact als belangrijk thema benoemd zonder dat dit een probleemgebied van de cliënt is. Tevens kwam de diversiteit in therapeutische werkwijzen naar voren – die deels toe te kennen is aan het soort zorginstelling waarin beeldende therapie wordt aangeboden – waarbij respondenten werkzaam in inloophuizen vooral supportief en palliatief te werk gaan en respondenten werkzaam in ziekenhuizen en privé praktijken voornamelijk de re-educatieve en reconstructieve werkwijze inzetten. Alle respondenten benadrukken het vinden van aansluiting bij de cliënt en geven aan een flexibele houding te hanteren onder andere vanwege de diverse doelgroep die getroffen wordt door de ziekte. Een opvallend gegeven in de hantering van het medium is de zin- en betekenisgeving die respondenten regelmatig tegen komen in behandeling, zonder dat de respondent hier sturend in is.

Literatuur

- Allen, J.G., Fonagy, P. en Bateman, A.W. (2008) *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V. & De Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. (2009). *Dit is Onderzoek. Richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., De Goede, M., & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek interviewen. Handleiding voor het maken, voorbereiden een afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., De Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baeten, N. (2007). *Beeldende Therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie*. Utrecht: EFP. Oostvaarderkliniek.
- Bergstra, T. (2012). Van ontkenning via herkenning naar erkenning. De kracht van beeldende therapie bij dubbele diagnoseproblematiek. *Tijdschrift voor vaktherapie* (1), 3-8.
- Boehm, K., Cramer, H., Staroszyński, T., & Ostermann, T. (2014). Arts therapies for anxiety, depression and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, (1), 1-9.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Bollentino, R., & LeShan, L. (1995). Cancer patients and marathon psychotherapy: A new model. *Advances: The Journal of Mind Body Health*, 4(11), 17–19.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen, creatieve werkvormen en methodieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Busch, M., Jong, M., & Baars, E. (2015). *Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen. Eerste Nederlandse inventarisatie*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Camic, P. & Knight, S. (2003). *Clinical handboek of health psychology a practical guide to effective interventions*. Cambridge: Hogrefe en Huber.
- Cassee, A.P. (1967) *Het begrip Ik –sterkte in de psychoanalyse. Een empirisch psychologisch onderzoek*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- Cillissen-Ysermans, A. (2011). *Client, therapist, medium. Een wisselwerking*. Niet-gepubliceerd artikel Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research* (3rd ed.). Los Angeles, London, New

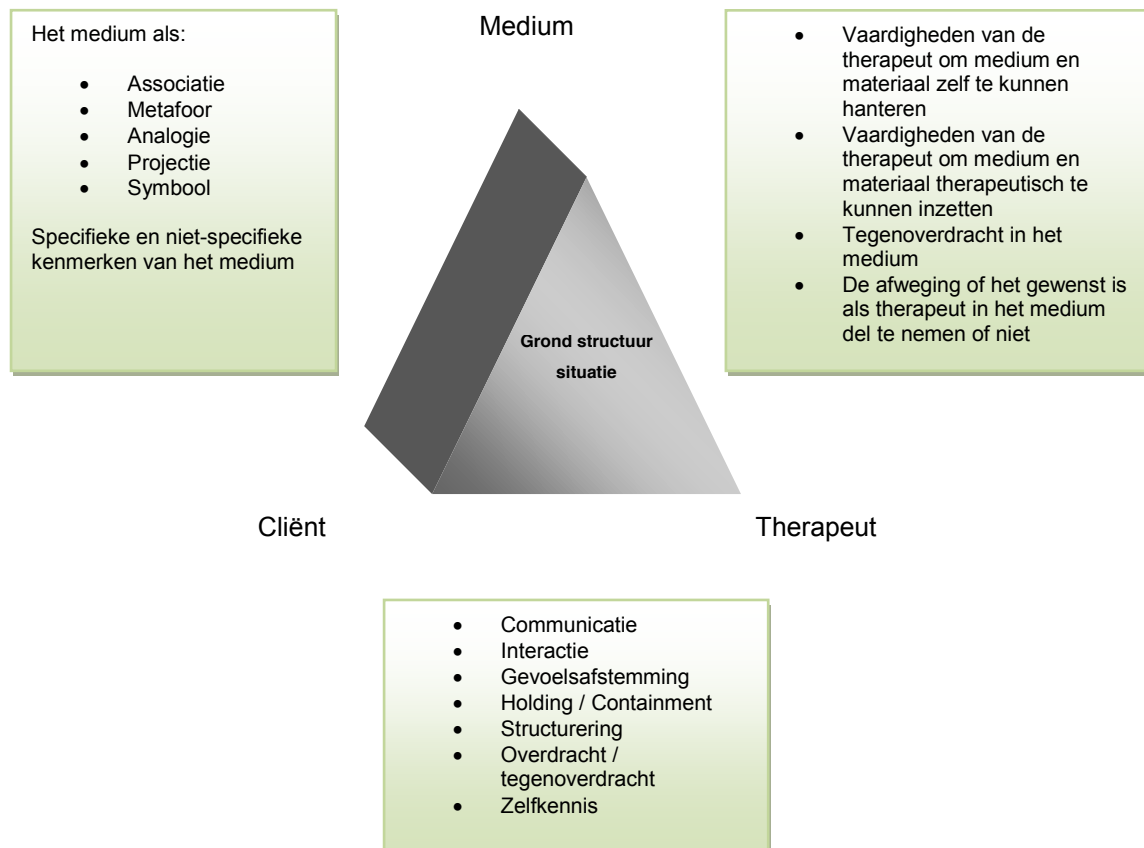
- Delhi and Singapore: Sage Publications.
- De Haes, H., Gualthérie van Weezel L.G., Sanderman, R., & Wiel van de, H. (2001). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. Assen: Van Gorcum.
- De Haes, H., Gualthérie van Weezel, L.G., & Sanderman, R. (red.). (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: handboek voor de professional*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- De Jong, A., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2003). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen: Elsevier.
- Denton, S. (1992). Kanker en veranderd lichaamsbeeld. *TVZ vakblad voor verpleegkundigen*, 7.
- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Gordijn, M. (2007). Woorden verbeelden. *Pallium*, 9 (3), 79-82.
- Grabau, E. & Visser, H. (1990). *Creatieve therapie. Spelen met mogelijkheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hansen, A. (2001). *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Henderson, D.A., & Gladding, S.T. (1998). The creative arts in counseling: a multicultural perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 183-187.
- Holzenspies, C., Taal, J., & Mes, E. (2003). *Kanker in Beeld, verwerking door creatieve expressie*. Amsterdam: Uitgave Stichting Kanker in Beeld.
- IPSO (2015). *Inloophuizen en Psycho-oncologische Centra, samenwerking en ondersteuning*. Geraadpleegd op 20 Mei 2015 op <http://www.ipso.nl/>.
- Kanker (z.d.). *Lichamelijke gevolgen*. Geraadpleegd op 05 November 2014 op <https://www.kanker.nl/bibliotheek/artikelen/187-gevolgen>.
- Kanker in Beeld (z.d). *Voor zorgprofessionals*. Geraadpleegd op 05 Mei 2015 op <http://www.kankerinbeeld.nl/nav/voor-professionals/zorgprofessionals/>.
- Keijsers, G., Schaap, C., & Hoogduin, K. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behaviour on outcome in cognitive- behaviour therapy; a review of empirical studies. *Behaviour Modification*, 24, 264-297.
- KenVaK (2014). *Kenniskring kennisontwikkeling en vaktherapieën*. Geraadpleegd op 1 november 2014 op <http://kenvak.hszuyd.nl>.
- Kleber, R.J. (2001). *Trauma en verwerking: Trauma, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Klijn, W. en Scheller-Dekkers, S.M. (2006). *Waar woorden tekortschieten: praktijk en theorie van beeldende systeemtherapie*. Leuven. Voorburg: Acco.
- Kramer, E. (2000). *Art as therapy. Collected papers*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Kramers, M. (2008). Beeldende werkvormen in supervisie. *Supervisie en Coaching*, 25(4), 306-311.

- KWF (z.d.). *Kanker*. Geraadpleegd op 03 November 2014 op <http://www.kwf.nl>.
- Leijssen, M. (2003). Over oneindige angst en troost in een kortdurende therapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 41(4), 311-313.
- Lusebink, V.B. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York: Plenum Press.
- Methodisch handelen (z.d). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 14 april 2015 op <http://www.encyclo.nl/begrip/methodisch%20handelen>.
- Nainis, N., Paice, J.A., Ratner, J., Wirth, J., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169.
- NJI (2013). *Wat werkt bij rouwverwerking?* Geraadpleegd op 03 November 2014 op [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Rouw.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Rouw.pdf).
- NVBT (2014). *Beeldende therapie*. Geraadpleegd op 20 oktober 2014 op <http://www.beeldendetherapie.org/beeldendetherapie.html>.
- Oncologie (z.d.). In *Algemeen Nederlands Woordenboek*. Geraadpleegd op 20 oktober 2014 op <http://anw.inl.nl/article/oncologie?searchtype=form&form=oncologie#s=go:bet1.0>.
- Oster, I., Tavelin, B., Egberg Thyme, K., Magnusson, E., Isaksson, U., Lindh, J., & Åström, S. (2014). Art therapy during radiotherapy – A five-year follow-up study with women diagnosed with breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 36-40.
- Pénzes, I., Gielen, X. & Beurskens, S. (2012). Kritisch opleiden: Evidence-based practice in de bachelor opleiding Creatieve Therapie van Zuyd Hogeschool. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 8 (3), 29-35.
- Plochg, T., Juttman, R.E., & Klazinga, S. N. (2007). *Handboek Gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Puig, A., Min Lee, S., Goodwin, L., & Sherrard, P.A.D (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 218-228.
- Robson, C. (2002). *Real world research*. London: Blackwell.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J.P. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, S.R. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schweizer, C. (2001). *In beeld. Doelgroepsgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie. Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in Vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

- Symboliek (z.d). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 14 april 2015 op <http://www.encyclo.nl/begrip/symboliek>.
- Taal, J. (2003). *Verbeeldingsprocessen en de verwerking van kanker. Beeldende therapie en imaginatie*. Amsterdam: Stichting Kanker in Beeld.
- Thema (z.d). In *Algemeen Nederlands Woordenboek*. Geraadpleegd op 14 april 2015 op <http://anw.inl.nl/search?searchtype=desctoword&category=&description=thema>.
- Trijsburg, R.W. (2003). *De therapeutische relatie en de werkaliantie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanaerschot, G. (2003). Een vreemde nabij. Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29 (5), 424-431.
- Van de Velde, C.J.H., Van Krieken, J.H.J.M., De Mulder, P.H.M. & Vermorken, J.B., (2006). *Oncologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Stege, H., Visser, A.P., Vahedi Nikbakht-Van de Sande, C.V.M., den Hollander, R.M.C., & Van den Brom, A. (2014). *Evaluatie van het bezoek aan inloophuizen door mensen met kanker en hun naasten*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- Van der Stel, J. (2014). *Wat elke professional over verslaving moet weten. Canon verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Rooij (2014). *Kankerzorg in beeld*. Nederland: Integraal kankercentrum.
- Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Apeldoorn-Antwerpen: Garant uitgevers.
- Visser, A., & Op 't Hoog, M. (2010). Education of Creative Art Therapy to Cancer Patients: Evaluation and Effects. *Journal of Cancer Education*, 23, 80-84.
- Vugts, E-J. (1999). De therapeutische relatie als gedragstherapeutisch instrument. *Gedragstherapie*, 32, 187-205.
- Wils, L. (1973). *Expressie en creativiteit, wijsgeringe notities. Bij wijze van spelen, creatieve processen bij vormgeving en hulpverlening*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Bijlage 1: Creatief therapeutische driehoek

In onderstaand figuur wordt de verhouding aangegeven tussen de drie punten van de driehoek, waarin op alle drie de assen doelgericht en methodisch gewerkt kan worden aan de problematiek ter bevordering van de behandeling. Het medium wordt door zowel cliënt als therapeut gebruikt en beleefd. De drie punten van de driehoek zijn even belangrijk en vullen elkaar aan (Smeijsters, 2008). Om de resultaten te ordenen is door de onderzoekers gekozen om gebruik te maken van deze creatieftherapeutische driehoek. Om de vraagstelling zo goed mogelijk te beantwoorden heeft een aanvulling op de bestaande creatief therapeutische driehoek plaatsgevonden, zie bijlage 2 Overzicht creatief therapeutische driehoek met aanvullingen.



Figuur 1. De creatief-therapeutische driehoek. *Opmerking.* Overgenomen uit *Handboek Creatieve Therapie*, Smeijsters, p. 50. Copyright Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

Bijlage 2: Overzicht creatief therapeutische driehoek met aanvullingen

In tabel 11 'Creatief therapeutische driehoek + aanvulling' die hieronder staat weergegeven, is terug te herkennen welke onderdelen vanuit de bestaande creatief therapeutische driehoek voortkomen en welke onderdelen een aanvulling zijn geweest vanuit de onderzoekers om de onderzoeksvraag het best mogelijk te kunnen beantwoorden.

Van deze structuur en opbouw van de creatief therapeutische driehoek is gedurende het gehele onderzoek gebruik gemaakt (zie blz. 10, 19, 26, 27, 33, 37 en 59).

Tabel 11 Creatief therapeutische driehoek + aanvulling

	Client	Therapeut	Medium
Deelvragen	Welke thema's worden zichtbaar?	Welke vorm van methodisch handelen wordt ingezet?	Hoe wordt het medium ingezet?
Driehoek	Veiligheid	Werkvorm	Eigenschappen
	Structuur	Therapeutische techniek	Appel
	Zin- en vormgeving	(Spel)materiaal	Appelwaarde
	Spel		
Aanvulling	Behandelthema's	Werkwijze	Symboliekhantering
		Therapeutische houding	
		Therapeutische relatie	

Bijlage 3: Zoekgeschiedenis

Onderverdeling literatuurbronnen:

Boeken en (vak)tijdschriften

Tijdens een verdiepingsgesprek met dr. Susan van Hooren en drs. Ingrid Pénzes werd enige informatie over beeldende therapie en oncologie aangereikt. Voordat de literatuurzoektocht begon, zijn verschillende PICO vragen bedacht die zorgden dat de hoofdlijnen bewaakt werden. Aangezien beiden onderzoekers in hun persoonlijke omgeving in aanraking zijn gekomen met mensen die gediagnosticeerd waren met de ziekte kanker, hadden zij al enig beeld van de ziekte en de gevolgen die het met zich meebrengt. Door zich verder in boeken en (vak)tijdschriften in te lezen over het onderwerp 'oncologie' konden de onderzoekers deels hun persoonlijke ervaringen onderbouwen met behulp van literatuur en deels aanvullen met nieuwe informatie. Onder andere werd gezocht naar welke gevolgen de ziekte kanker kan hebben op zowel lichamelijk als psychologisch gebied. Hierdoor werd een scherper beeld van de ziekte kanker en zijn gevolgen verkregen.

Internet

Het literatuuronderzoek is breed gestart door op het internet te zoeken op trefwoorden zoals 'kanker', 'lichamelijke gevolgen van kanker' en 'psychologische gevolgen van kanker'. Verder is gezocht via een 'handsearch' in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool, Heerlen. Hierbij is niet alleen gezocht in het vakgebied van creatieve therapie, maar ook in de pathologie en in het interdisciplinaire vakgebied.

'Snowball search'

Een algemeen boek is het startpunt geweest waarbij de onderzoekers vanuit de literatuurlijst bij andere interessante boeken en artikelen terecht zijn gekomen ('snowball search'). Bij deze boeken en artikels is tevens weer gebruik gemaakt van de literatuurlijst. Ook is gekeken naar eerder geschreven scripties via de bibliotheeksite van Zuyd Hogeschool, Heerlen. Hierbij werd specifiek gelet dat deze actueel en representatief zijn en niet ouder dan vijf jaar.

Databanken

Vanwege het grote literatuuraanbod is besloten om zich als eerste te richten op de bekendste databanken zoals PubMed, ScienceDirect en Google Scholar. Vooral PubMed bleek erg belangrijk vanwege zijn wetenschappelijke artikelen op zowel nationaal als internationaal gebied. Aan de hand van de zoektermen 'cancer', 'oncology', 'coping' en 'art therapy' kwamen de onderzoekers bij nieuwe zoektermen zoals 'palliative care' en 'oncological rehabilitation'. Op deze manier zijn de zoektermen gaandeweg specifieker geworden. Daarnaast is gebruik gemaakt van de 'Boolean search' om door middel van meerdere zoektermen, synoniemen en het combineren van zoektermen een breder gebied af te dekken en meer literatuur te verkrijgen. Tevens is internationaal gezocht met Engelstalige zoektermen, met name internationaal zoeken was een belangrijke aanvulling op het literatuuronderzoek doordat op internationaal gebied meer onderzoek is gedaan naar beeldende therapie in oncologische settingen. Vervolgens is op internationaal gebied specifiek gezocht in (vak)tijdschriften zoals bijvoorbeeld 'The Arts in Psychotherapy' en 'The Journal of Pain and Health'. Naast het zoeken in boven beschreven databanken en (vak)tijdschriften hebben beiden onderzoekers zich verdiept in boeken die via de 'handsearch' in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool, Heerlen naar voren kwamen. Gedurende het literatuuronderzoek viel onder andere op dat veel onderzoek is verricht naar specifiek borstkanker patiënten. Verder viel op dat vanuit internationale literatuur van de afgelopen vijf jaar voornamelijk de trefwoorden 'symboliek' en 'symbolisch werken' belangrijke uitschieters waren in combinatie met de doelgroep oncologie. Vervolgens is besloten om de gevonden literatuur te verdelen onder de onderzoekers, om de verdere zoektocht op te splitsen. Alina ging zich meer richten op literatuur betreffende de effecten van beeldende therapie bij mensen betrokken met de ziekte kanker. Nikkie ging zich meer verdiepen in de literatuur over het symbolisch werken bij de doelgroep oncologie.

Deze verdeling is ontstaan, doordat twee verschillende richtlijnen vanuit de literatuur naar voren kwamen waar de onderzoekers zich verder op wilden verdiepen. Alina vond het erg interessant om voor een relatief onbekende doelgroep, zoals oncologie, literatuuronderzoek te doen. Daarnaast waren in de gezamenlijke zoektocht een aantal Duitstalige artikels gevonden die wellicht meer informatie konden bieden richting de effecten van beeldende therapie. Alina is van oorsprong Duitstalig en de onderzoekers konden op deze manier gebruik maken van haar kwaliteiten. Door bovenstaand beschreven argument is de keuze gemaakt dat Alina zich voor verder

literatuuronderzoek zich hierin zou verdiepen.

Nikkie heeft in het derde studiejaar stage gelopen bij Mondriaan, waarbij zij onder andere bij de doelgroep dubbele diagnose ervaring heeft mogen opdoen. In deze groep zaten cliënten die traumatische ervaringen hadden meegemaakt, zoals onder andere opgroeien in een oorlogsgebied. Hierbij kwam gedurende de stageperiode naar voren dat symbolisch werken in het beeldend medium voor hun een meerwaarde kon bieden. Hierdoor had Nikkie zich tijdens het stagejaar meer verdiept in literatuur richting symboliek en rituelen. Vanwege de enige achtergrondinformatie die al eerder opgedaan was is de keuze gemaakt om Nikkie zich verder te laten verdiepen op dit onderzoeksterrein.

Studiemiddag

Tot slot zijn de onderzoekers op aanraden van dr. Susan van Hooren, naar Nijmegen gereisd om deel te nemen aan de 1^e landelijke studiemiddag vaktherapie in het werkveld oncologie. Tijdens deze studiemiddag vonden een aantal lezingen plaats, die inzicht gaven over de stand van zaken in combinatie met vaktherapie en oncologie. Voor de onderzoekers tevens weer een waardevolle bijdrage aan het literatuuronderzoek, doordat met beeldend therapeuten die landelijk verspreid zijn gediscussieerd kon worden en informatie over beeldende therapie in de oncologie vergaard kon worden.

Zoekgeschiedenis van Nikkie:

In tabel 12 wordt de zoekgeschiedenis door Nikkie Soons beschreven

Tabel 12 Zoekgeschiedenis Nikkie

PICO-vragen		
22 september 2014		
Wat is de toegevoegde waarde van beeldende therapie bij oncologische patiënten?		
Wat is het effect van beeldende therapie op pijnklachten bij patiënten met kanker?		
Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
22 september 2014		
Google	Gezondheidsplein Kanker	https://www.youtube.com/results?search_query=gezondheidsplein+kanker
	Beeldende therapie en oncologie	Artikel: Verbeeldingsprocessen en de verwerking van kanker. Beeldende therapie en imaginatie.
	Kanker	Artikel: Woorden verbeelden
Bibliotheek Zuyd Hogeschool, Heerlen	Creatieve therapie en oncologie	Site van de KWF kankerbestrijding en Gezondheidsnet met informatie over kanker
		Scriptie "Hulptroepen in de strijd tegen kanker"
		Een actiegericht onderzoek naar de implementatie van muziektherapie in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de multidisciplinaire oncologieafdeling in Atrium MC.

29 september 2014		
Handsearch	Art therapy and oncology	Waller, D., & Sibbett, C., (2005). <i>Art therapy and cancer care</i> . New York.
	Art therapy and palliative care	Cooper, J., (2006). <i>Occupational therapy in oncology and palliative care</i> . Whurr Publishers Limited.
13 oktober 2014		
PubMed	(art therapy) AND oncology (art therapy) AND cancer	/
ScienceDirect	"art therapy" AND "emotion"	Boehm, K., Cramer, H., Staroszyński, T. & Ostermann, T. (2014). Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. <i>Evidence- Based Complementary and Alternative Medicine</i> , 2014 (1), 1-9. Puig, A., Min Lee, S., Goodwin, L. & Sherrard, P.A.D (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 33, 218-228.
20 oktober 2014		
ScienceDirect	"art therapy" AND "cancer care"	Oster, I., Tavelin, B., Egberg Thyme, K., Magnusson, E., Isaksson, U., Lindh, J. & Åström, S. (2014) Art therapy during radiotherapy – A five-year follow-up study with women diagnosed with breast cancer. <i>The Arts in Psychotherapy</i> . 41(1), 36-40. Nainis, N., Paice, J.A., Ratner, J., Wirth, J., Lai, J. & Shott, S. (2006). Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 31(2), 162-169.
31 oktober 2014		
Persoonlijke communicatie		Patricia Deiters-Rahusen (voorzitter Kanker in Beeld)

3 november 2014

Handsearch	Rouw verwerking	Schweizer, C. (2001). <i>In beeld. Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten</i> . Bohn Stafleu van Loghum.
Persoonlijke communicatie		Marion Willemsen (directeur), Virgine Hartmann (beeldend therapeut)

Zoekgeschiedenis van Alina:

In tabel 13 wordt de zoekgeschiedenis door Alina Ritzen beschreven.

Tabel 13 Zoekgeschiedenis Alina

PICO-vragen		
22 september 2014		
Wat is de invloed van beeldende therapie op de emoties van mensen met kanker?		
Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
Google	Rouwverwerking/ verliesverwerking	NJI. (Februari 2013). Wat werkt bij rouwverwerking? [website]. Opgevraagd op 03 November 2014 van http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Rouw.pdf
	Lichamelijke gevolgen van kanker	Kanker.(z.d.). Lichamelijke gevolgen. [website]. Opgevraagd op 05 November 2014 van https://www.kanker.nl/bibliotheek/artikelen/187-gevolgen http://www.kanker.nl
PubMed	'coping', 'cancer'	Stroebe M.S. & Schut H. (2014). Models of coping with bereavement research. <i>APA, Washington, D.C.</i> , 375-404.
Science Direct	'effect', 'art therapy'	Bollentino, R., & LeShan, L. (1995). Cancer patients and marathon psychotherapy: A new model. <i>Advances: The Journal of Mind Body Health</i> , 4(11), 17–19.
	'art therapy', 'coping', 'adults'	Hiltebrand, E. (1999). Coping with cancer through image manipulation. In C. Malchiodi (Ed.), <i>Medical art therapy with adults</i> . Philadelphia: Jessica Kingsely Publishers.
	Zoeken in: "The Arts in Psychotherapy" 'art therapy', 'cancer', 'patients'	Puig, A., Min Lee, S., Goodwin, L. & Sherrard.P.A.D (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 33, 218-228.

**Handsearch
Bibliotheek
Zuyd
Hogeschool,
Heerlen**

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie: evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Kleber R.J. (2001), *Trauma en verwerking: Trauma, diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Budde E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen, creatieve werkvormen en methodieken*. Bohn Stafleu van Loghum.

De Haes, H., Gualthérie van Weezel, L., & Sanderman, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie, handboek voor de professional*. Assen: Van Gorcum.

**Persoonlijke
communicatie**

Gesprek van 31 oktober 2014

Patricia Deiters-Rahusen (Voorzitter Kanker in beeld)

Gesprek van 03 November 2014

Marion Willemsen (directeur), Virgine Hartmann (beeldend therapeut)

Bijlage 4: Definitie begrippen

Thema's	Dit betekent letterlijk 'punt van behandeling'. Hiermee wordt bedoeld: een onderwerp dat tijdens een behandeling duidelijk naar voren komt (Algemeen Nederlands woordenboek, 2015).
Symboliek	Het symbool verwijst naar 'een diepere (irrationele) betekenis die slechts ten dele kenbaar is. Een verkeersbord is een teken en een cirkel kan een symbool zijn. De cliënt kan universele of persoonlijke accidentele symbolen gebruiken' (Smeijsters, 2009, p. 297). 'Het verhaal achter de voorstelling, een weergave van gevoel in kleur en beeld, het bewerken en verwerken van informatie door het werken met symbolen (Symbolische betekenis, z.d).
Methodisch handelen	Dit betekent letterlijk 'volgens bepaalde stappen een doel bereiken'. Hiermee wordt bedoeld: een verzameling van methoden voor een bepaalde doelgroep en een bepaald beroep ('methodisch handelen', z.d.).

Bijlage 5: Gefundeerde theoriebenadering

Gefundeerde theoriebenadering uitgelegd aan de hand van een stappenplan:

1. *Onderzoeksvraag formuleren*
2. *Theoretische sampling uitvoeren bij doelgroep*: Interviews uitvoeren.
3. *Verzamelen van de data*: Uitwerken van de interviews.
4. *Coderen van de verzamelde data*: Terugkerende uitspraken coderen zodat hieruit concepten kunnen worden gevormd.
5. *Constant vergelijken*: Iteratief blijven onderzoeken, dus als er onduidelijkheid heerst tijdens het coderen, stap 2 en 3 opnieuw uitvoeren.
6. *Theoretische verzadiging van de categorieën*: Alle nodige informatie die van belang is om de onderzoeksvraag te beantwoorden is verzameld.
7. *Relaties tussen categorieën zoeken*: Zo ontstaan er hypothesen die getoetst kunnen worden.
- 8 en 9. *Stap 2 en 3 nogmaals herhalen*: Verdere interviews uitvoeren om de hypothesen verder uit te werken.
10. *Verzadiging van de categorieën*: Alle nodige informatie die nodig is om de hypothesen te testen is aanwezig.
11. *Hypothesen testen*: Leidt tot een substantiële theorie.
12. *Data uit andere settings verzamelen*: Leidt tot een formele theorie (Bryman, 2008).

Bijlage 6: Topiclijst

Introductie

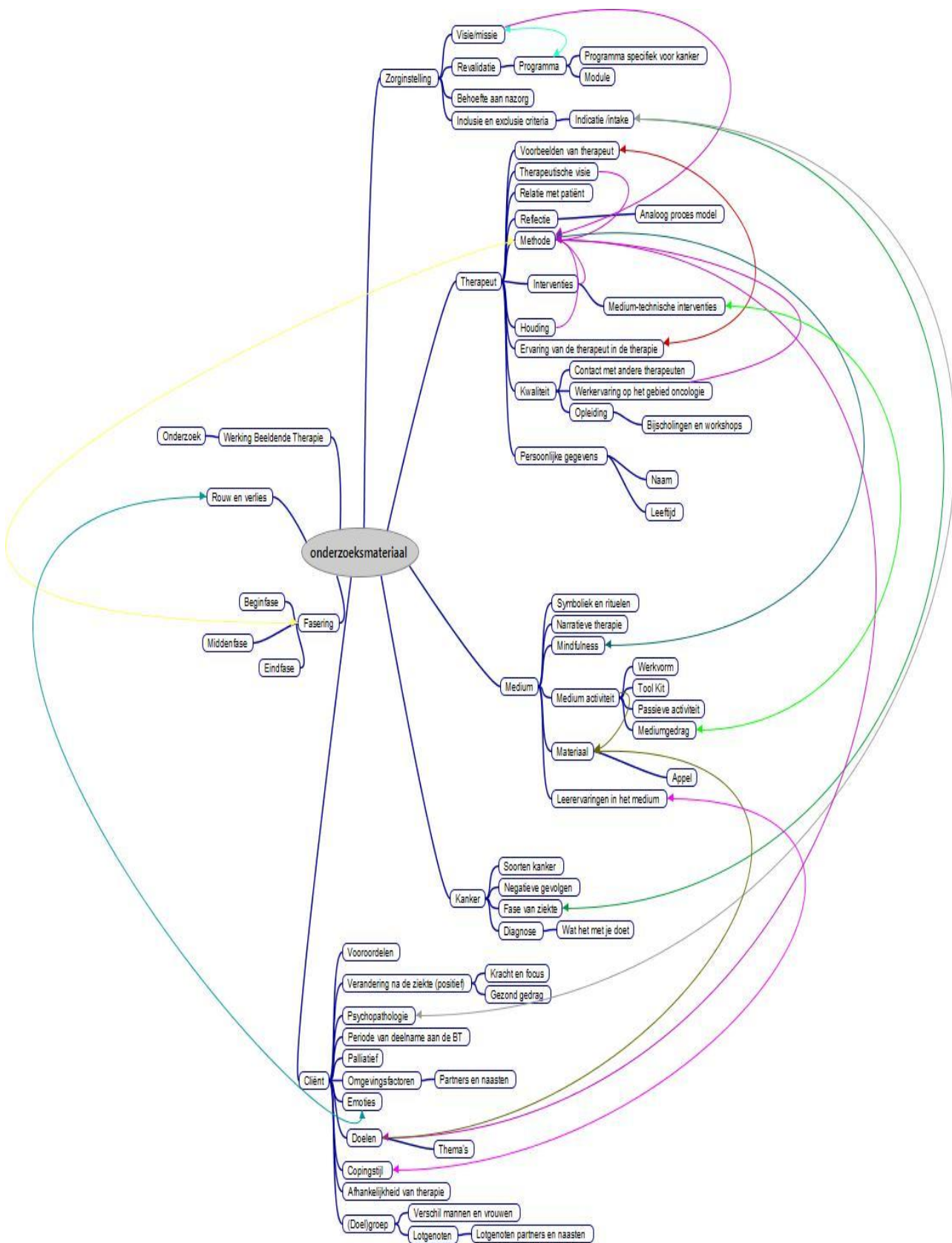
- | | |
|--|------------------------------------|
| - Voorstellen | - Aantekeningen |
| - Achtergrond onderzoek | - Verwerking gegevens en resultaat |
| - Tijdsduur interview | - Gesprek opnemen (anonimiteit) |
| - Aangeven hoe het interview opgebouwd wordt | |

Tabel 14 Topiclijst

Topic	Sub topic	Voorbeeldvragen
Persoonlijke gegevens	• Naam • Leeftijd • Opleiding • Geslacht	Welke opleiding heeft u gevolgd?
Therapeut	• Werkervaring • Visie/missie • Methode • Houding • Relatie	Kunt u iets vertellen over de methode die u bij deze doelgroep hanteert?
Doelgroep (kankerpatiënten)	• Soorten kanker • Leeftijd • Geslachten • Emoties • Rouw/verlies • Palliatief/curatief • Lotgenotencontact • Kenmerkend	Welke soorten kanker komt u tegen binnen de beeldende therapie?
Doelen	• Doelen vanuit de cliënt • Doelen vanuit de instelling	Welke doelen hebben cliënten?
Werkplek	• Actueel werkplek • Visie/missie • Soort zorginstelling	Waar bent u op dit moment werkzaam?
Beeldende therapie	• Interventies • Werkvormen • (Medium) activiteiten • Materiaal • Technieken • Symboliek/ metaforen	Kunt u voorbeelden geven van activiteiten die u inzet tijdens de behandeling van kankerpatiënten?
Randvoorwaarden	• Behandelduur • Periode van deelname • Therapieruimte	Wanneer nemen cliënten deel aan de beeldende therapie?
Overige	• CT bij deze doelgroep	Wat maakt beeldende therapie geschikt voor deze doelgroep? Wat maakt beeldende therapie ongeschikt voor deze doelgroep?
Kwaliteit	• Bijscholing/ workshops/ kennisgroepen/ georganiseerde dagen • Recente onderzoeken • Contact vaktherapeuten	Welke stappen onderneemt u om deel te nemen aan workshops, kennisgroepen of georganiseerde dagen rondom oncologie?

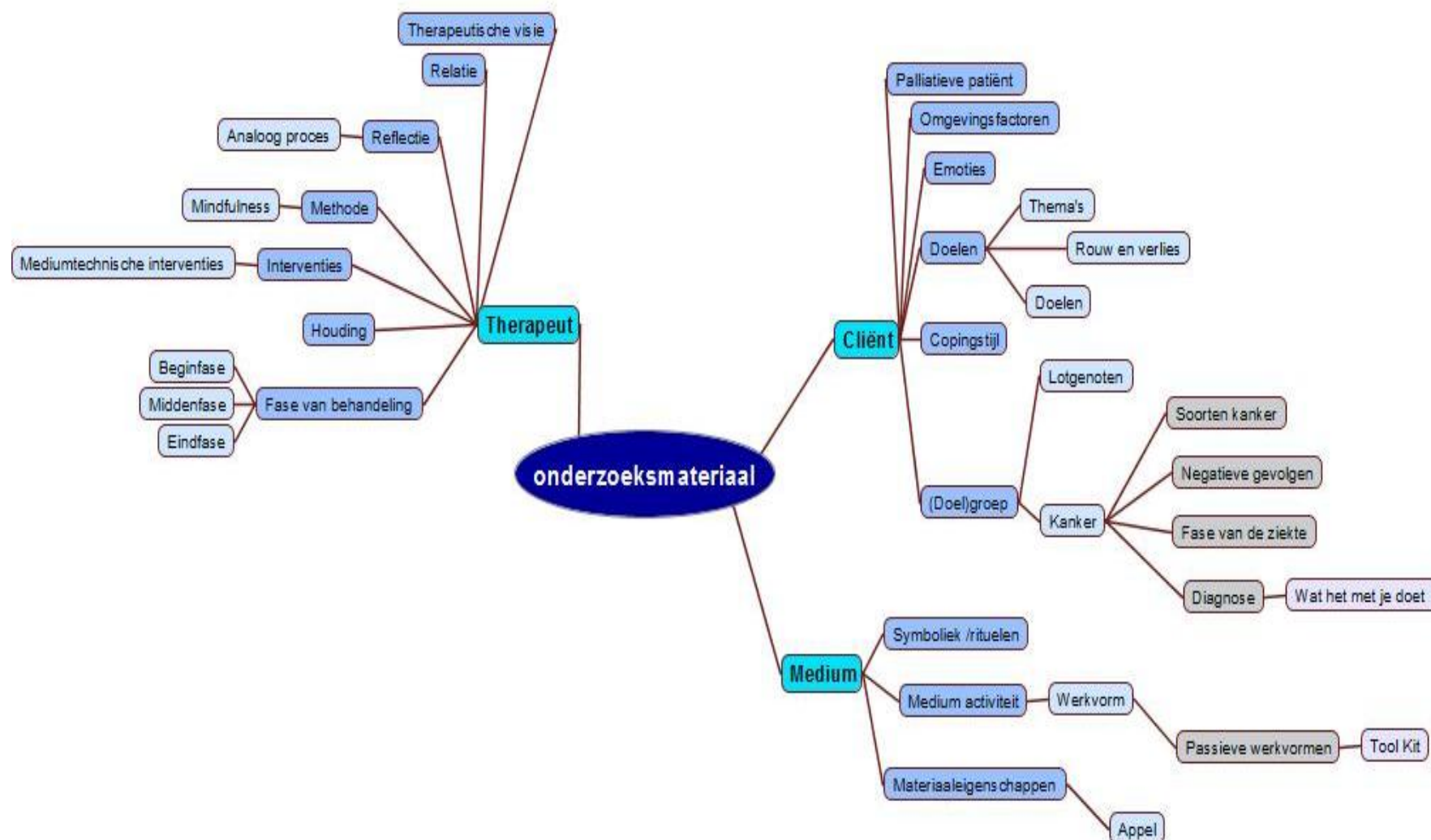
Bijlage 7: Code boom

MINDMAP -1- Eerste analyse stap



Afbeelding 2 Eerste analysestap van het onderzoeksmateriaal

MINDMAP -2- Analyse materiaal concreter uitgezocht



Afbeelding 3 Mindmap van het onderzoeksmateriaal

Toelichting MINDMAP -1-

Nadat via NVivo een code boom is ontstaan van alle informatie uit de interviews die zijn afgenomen, is gekozen om ter verduidelijking een mindmap te maken. Opvallend hierbij was dat de code boom veel te groot bleek en dat er geen relaties werden gelegd tussen bepaalde codes die met elkaar in verband stonden. Door middel van een mindmap programma (free mindmap) werd middels pijlen een relatie gelegd tussen bepaalde codes.

Bovendien werden codes via NVivo samengevoegd die bij elkaar horen of werd besloten om codes uit te sluiten vanwege het niet aansluiten op de vraagstelling.

Toelichting MINDMAP -2-

Nadat de codes ingekort werden en relaties werden gelegd tussen bepaalde codes, is gekozen om een nieuw, overzichtelijkere mindmap te maken. Bovendien is gekozen om vanaf dit moment gebruik te maken van drie hoofdcategorieën die zichtbaar werden gedurende dit proces, namelijk: cliënt – therapeut – medium.

Deze hoofdcategorieën gaven de mogelijkheid om de gegevens beter te structureren en een duidelijker antwoord te verkrijgen op de deelvragen van het onderzoek. Net zoals de gehanteerde methode, bevatten ook de deelvragen de onderverdeling in structuur van: cliënt – therapeut – medium. Door middel van de verschillende kleuren is getracht te verduidelijken dat een bepaalde hiërarchie is ontstaan.

Bijlage 8: Tabellen

Tabel 15 Hoofdcategorieën van behandelingsstrategieën

Zorginstelling/ organisatie	Behandelduur	Methode	Uitleg	Therapeutische houding	Werkwijze	Uitleg
Inloophuizen	Onbeperkt	Steunend	Gericht op het voorkomen van achteruitgang of functioneren, het beperken van de gevolgen van de stoornis of het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling (Schweizer, 2009)	Volgend, invoegend en uitnodigend	Supportief en Palliatief	Supportief - Ondersteunen bij het verwerken van en het leren omgaan met problemen. - Doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter (Smeijsters, 2008)
						Palliatief - Ondersteunen bij het verwerken van en het leren omgaan met problemen. - Doelstellingen zijn het verzachten van fysieke pijn, het verzachten van en het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek (Smeijsters, 2008).

Zorginstelling /organisatie	Behandelduur	Methode	Uitleg	Therapeutische houding	Werkwijze	Uitleg
Ziekenhuizen/privé praktijken	5-10 keer	Klachtengericht/ focaal/inzicht gevend	- Gericht op het verminderen van klachten. - Doorgaans een kortdurend karakter - Vrij directief met cognitief gedragstherapeutische elementen en oefeningen en opdrachten die invloed hebben op de door de cliënt ervaren problemen. (Schweizer, 2009)	Directief, structurerend, confronterend	Re-educatief en reconstructief	Re-educatief - Beïnvloeden en doorwerken van problemen, enerzijds via gestructureerde trainingsgerichte activiteiten, het probleemgedrag veranderen. - Anderzijds het behandelen van psychische conflicten, die aan het probleem ten grondslag liggen. - Het eigen gedrag in het hier en nu en de oorzaken hiervan staan centraal (Smeijsters, 2008).
						Reconstructief - Doorwerken van problemen - Ontdekken en oplossen van onbewuste conflicten, die vaak een oorsprong hebben in het verleden.

Tabel 16 Eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie

Eindcompetenties			
Behandelen	Organisatie	Professionalisering	Onderwijs en onderzoek
➤ Diagnosticeren en indiceren	➤ Samenwerken	➤ Reflecteren	➤ Onderzoeken
➤ Behandelen	➤ Rapporteren	➤ Ontwikkelen	➤ Profileren
➤ Ondersteunen / begeleiden	➤ Ondernemen	➤ Actualiseren	➤ Overdragen

Opmerking. Overgenomen van Cilissen-IJsermans, Pénczes & Welten, Module: CA.15-16 "Afstudeerproject". Heerlen: 2014, p. 5.