



Werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie

Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek naar de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie

Marianne van Baren

Studentnummer: 1708129

Hogeschool Utrecht te Amersfoort

Opleiding: Vaktherapie, Beeldend

Consulent: Marc Willemsen

Opdrachtgever: Gemmy Willemars, beeldend therapeut en docent

Eerste beoordelaar: Judi Janssen

Tweede beoordelaar: Diane Kelderman

Afstudeeropdracht met de focus op het onderzoek

Inleverdatum: 07-01-2021

1^e gelegenheid

Summary

By means of this qualitative practice-oriented research, it has been investigated what -according to professional therapists- the effective factors of visual therapy are in oncology concerning cancer patients aged from 18 to 70 years old who experience distress. Literature and interviews were used to answer said research question. The information obtained from the data sources has been analyzed according to the well-founded theory. Visual therapists working in oncology were questioned by means of semi-structured interviews, using a topic list. After analyzing the obtained material, the information from the two different data sources was combined by means of triangulation.

It can be concluded from this study that there are factors within art therapy which are effective in the treatment of cancer patients. However, the form of the art therapy strongly depends on how the patient is feeling at the time of the therapy session. In addition, not just one aspect of the visual therapy is effective, but the visual material, the method of work and the attitude of the therapist, each form an effective factor.

In this study an attempt has been made to map out some of the effective factors of art therapy within oncology. These active factors can be found in the conclusion of this study in table 2, on pages 42 to 44. These factors are effective according to the literature and the interviews. In order to further substantiate the active factors, a follow-up study will have to be carried out, in which the list of active factors would be applied within the art therapy in practice.

Samenvatting

Door middel van dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek is onderzocht wat volgens vaktherapeuten de werkzame factoren zijn van de beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar die distress ervaren. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van literatuur en interviews. De verkregen informatie is geanalyseerd volgens de gefundeerde theorie. Beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie zijn ondervraagd via semigestructureerde interviews, waarbij gebruik werd gemaakt van een topiclijst. Na de analyse is de informatie vanuit de twee databronnen samengevoegd middels triangulatie.

Er kan uit dit onderzoek geconcludeerd worden, dat er binnen de beeldende therapie factoren zijn die werkzaam zijn in de behandeling van kankerpatiënten. De vorm van de beeldende therapie hangt echter sterk af van hoe de patiënt zich op het moment van de therapiesessie voelt. Daarnaast is er niet maar één aspect van de beeldende therapie werkzaam, maar vormen het beeldend materiaal, de werkvorm en de attitude van de therapeut samen een werkzame factor.

Er is in dit onderzoek een poging gedaan tot het in kaart brengen van enkele werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. Deze werkzame factoren zijn terug te vinden in de conclusie van dit onderzoek in tabel 2, op bladzijde 42 tot en met 44. Deze factoren zijn volgens de literatuur en de interviews werkzaam. Om de werkzame factoren verder te onderbouwen, zal er een vervolgonderzoek moeten worden uitgevoerd, waarbij de lijst van werkzame factoren wordt toegepast binnen de beeldende therapie in de praktijk.

Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoek ter afronding van mijn vierjarige studie Vaktherapie Beeldend aan de Hogeschool van Utrecht te Amersfoort. Voordat ik begon met het uitvoeren en schrijven van dit onderzoek, ben ik gaan kijken naar welke doelgroepen mij interesseerden en welke vraagstukken er in de praktijk aanwezig waren. Vanuit mijn derdejaars stage en vanuit mijn persoonlijke interesse kwam ik uit bij de oncologie. Mijn persoonlijke interesse in de oncologie komt voort uit mijn eigen ervaringen met betrekking op de ziekte. Op jonge leeftijd ben ik mijn beiden ouders verloren aan kanker. Daarnaast zijn er in mijn omgeving veel mensen aan kanker overleden. Dit vormt voor mij een grote bron van motivatie om binnen deze doelgroep iets te kunnen betekenen. Tijdens mijn twee stages binnen de opleiding Vaktherapie Beeldend heb ik ook met deze doelgroep gewerkt. Tijdens deze stages zag ik wat beeldende therapie kan betekenen voor deze doelgroep. Vanuit deze motivatie ben ik me verder gaan verdiepen in de beeldende therapie binnen de oncologie. Via deze weg ben ik terecht gekomen bij het vraagstuk van dit onderzoek.

Ik zou graag een aantal mensen willen bedanken. Als eerst wil ik enkele docenten vanuit school bedanken. In de tijd waarin ik dit onderzoek heb uitgevoerd was er sprake van Covid-19. Dit heeft voor enkele belemmeringen gezorgd, vóór en tijdens het onderzoek. Gerben Roefs en Gemmy Willemars hebben mij heel fijn en goed geholpen en ondersteund tijdens deze periode. Ik wil ze hier graag voor bedanken. Ook wil ik mijn consulent, Marc Willemsen, bedanken voor de inzicht gevende gesprekken. Ik wil ook graag alle vier de beeldend therapeuten bedanken die ik heb mogen interviewen voor dit onderzoek. Bedankt voor alle nieuwe inzichten en alle hulp die jullie mij hebben geboden om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. De drie professionals die mijn onderzoek hebben nagelezen, geëvalueerd en voorzien hebben van feedback, wil ik ook graag bedanken. Tot slot wil ik ook mijn omgeving bedanken voor alle support die ik heb ontvangen tijdens het schrijven van dit onderzoek.

Ik wens u veel plezier met het lezen van dit onderzoeksverslag!

Marianne van Baren

Amersfoort, 18 december 2020

Inhoudsopgave

Summary	1
Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
1. Inhoudelijke oriëntatie.....	6
1.1. Oncologie.....	6
1.1.1. Kanker in cijfers	6
1.1.2. Medische oncologie	6
1.1.3. Psychosociale oncologie	7
1.2. De kankerpatiënten	7
1.2.1. Vermoeidheid.....	7
1.2.2. Depressie en angsten.....	7
1.2.3. Pijn	7
1.2.4. Ziektetraject	7
1.3. Beeldende therapie binnen de oncologie	8
1.3.1. Verschillende behandelformats van beeldende therapie binnen de oncologie	8
1.4. Bepaling werkzaamheid van de factoren van beeldende therapie.....	9
1.4.1. Beeldende therapie binnen de neurologie	10
1.4.2. Hoe werkzame factoren vastgesteld kunnen worden.....	10
2. Onderzoekskwestie	11
2.1. Achtergrond	11
2.2. Praktijkkwestie en Analyse	11
2.3. Beroepsrelevantie	12
2.4. Focus en invalshoek.....	13
3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling	14
3.1. Hoofdvraag	14
3.2. Deelvragen	14
3.3. Doelstelling	14
4. Onderzoeksopzet	15
4.1. Onderzoeksbenadering	15
4.2. Onderzoekstype.....	15
4.3. Dataverzamelingsmethoden en data-analyse	16
4.3.1. Dataverzamelingsmethoden	16
4.3.2. Data-analyse	17
4.4. Databronnen	18
4.4.1. Mediaproducten en literatuur	18
4.4.2. Individuele personen	18
4.5. Kwaliteitscriteria.....	19
4.6. Omstandigheden	20

5. Resultaten.....	21
5.1. Deelvraag 1	21
5.1.1. Dataverzameling.....	21
5.1.2. Triangulatie en conclusie	24
5.2. Deelvraag 2	26
5.2.1. Dataverzameling.....	26
5.2.2. Triangulatie en conclusie	30
5.3. Deelvraag 3	31
5.3.1. Dataverzameling.....	31
5.3.2. Triangulatie en conclusie	35
6. Conclusie	39
7. Aanbevelingen	44
Literatuurlijst	46
Bijlagen	49
Bijlage 1: Gedragscode Hantering	49
Bijlage 2: Topiclijst voor half gestructureerd interview	51
Bijlage 3: Transcript van de interviews	52
Transcript van interview 1 met Margriet Gordijn.....	52
Transcript van interview 2 met Janneke Steentjes	72
Transcript van interview 3 met Yvonne Peschier	90
Transcript van interview 4 met Wike de Klerk	91
Bijlage 4: Analyse van de interviews met aanvullende literatuur	111
Conceptualiseren waaruit kerncategorieën en subcategorieën naar voren komen	111
Bundels tekst per begrip onderverdeeld in thema's en begrippen	112
Literatuur.....	165
Bijlage 5: Toestemmingsformulieren geïnterviewde vaktherapeuten.....	184
Margriet Gordijn	184
Janneke Steentjes	185
Yvonne Peschier.....	186
Wike de Klerk.....	187

Inleiding

Dit praktijkgericht onderzoek is een afstudeeronderzoek die is uitgevoerd voor de opleiding Vaktherapie Beeldend aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort. Dit onderzoek biedt handvatten aan beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie. Er is in Nederland en in het buitenland al redelijk wat onderzoek gedaan naar het effect van beeldende therapie binnen de oncologie, maar er is weinig bekend over welke factoren van beeldende therapie binnen de oncologie werkzaam zijn.

De geformuleerde onderzoeksvraag:

Wat zijn volgens vaktherapeuten de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren?

Hoofdstuk 1 van dit onderzoek bevat de inhoudelijke oriëntatie. Belangrijke begrippen die betrekking hebben op dit onderzoek worden in dit hoofdstuk verkend en beschreven vanuit de literatuur.

Hoofdstuk 2 geeft de onderzoekskwestie weer. In de onderzoekskwestie wordt de achtergrond, de beroepsrelevantie en de focus van dit onderzoek beschreven. Vanuit de onderzoekskwestie zijn de hoofd- en deelvragen gevormd.

De hoofd- en deelvragen zijn samen met de doelstelling beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 heeft betrekking op de onderzoeksmethode, waarin de gekozen onderzoekstype, dataverzamelingstechnieken, data-analyse, databronnen en kwaliteitscriteria zijn verantwoord.

In hoofdstuk 5 zijn per deelvraag de resultaten vanuit de interviews en de literatuur verwerkt, waarna de resultaten zijn getrianguleerd en er antwoord is gegeven op de deelvragen. Hierna volgt in hoofdstuk 6 de conclusie van het onderzoek, waarin de hoofdvraag wordt beantwoord. In hoofdstuk 7 zijn de aanbevelingen beschreven die voortkomen uit het onderzoek. De aanbevelingen zijn bedoeld voor de praktijk, beroepsontwikkelingen en de opdrachtgever. Hierop volgt de literatuurlijst, waarin de geraadpleegde literatuur is terug te vinden. Tot slot volgen de bijlagen. De bijlagen bestaan uit de gedragscode hantering, de topiclijst die is gebruikt voor de interviews, de transcripties van de interviews, de analyse van de interviews en de lijst van werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie.

1. Inhoudelijke oriëntatie

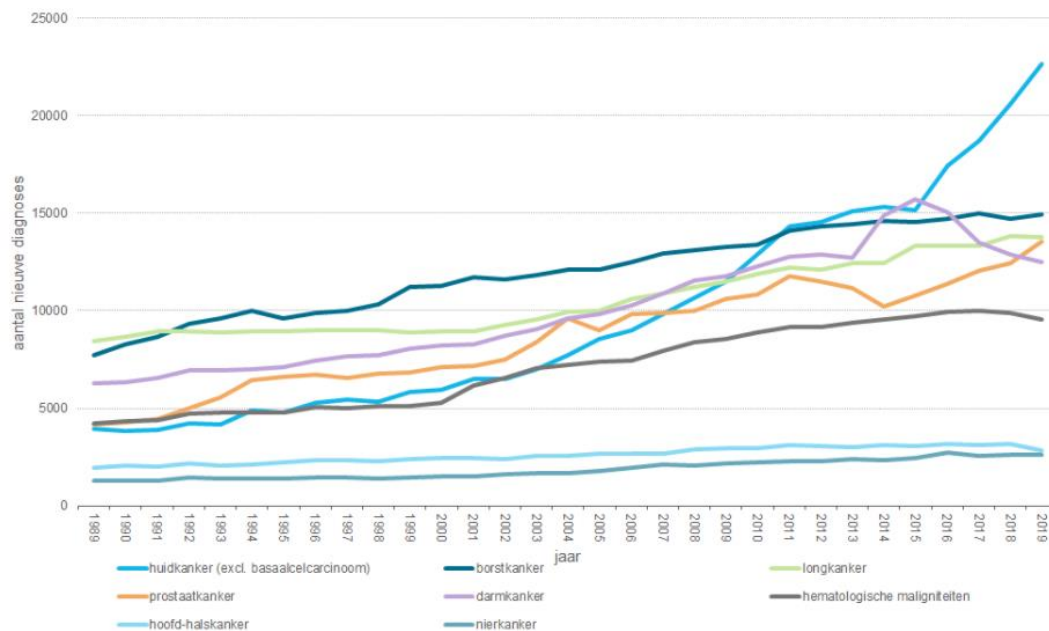
In de inhoudelijke oriëntatie worden de begrippen die van belang zijn voor dit onderzoek verkend en belicht vanuit de literatuur. Deze begrippen zijn: oncologie, de kankerpatiënt, beeldende therapie binnen de oncologie en de bepaling van de werkzaamheid van beeldende therapie.

1.1. Oncologie

1.1.1. Kanker in cijfers

Om een duidelijk beeld te krijgen van de kankerpatiënt is het van belang om in kaart te brengen hoeveel mensen er jaarlijks worden gediagnostiseerd met kanker. In 2019 kregen ongeveer 118.000 mensen in Nederland de diagnose kanker. Dit zijn er 2.000 meer dan in het jaar ervoor, 2018. Deze groei komt door de bevolkingsgroei en de vergrijzing. Mensen op oudere leeftijd hebben namelijk een grotere kans op het ontwikkelen van kanker. In 2019 waren de meest voorkomende soorten kanker: huidkanker, borstkanker, longkanker, prostaatkanker en darmkanker.

In figuur 1 is de toename van het aantal kanker diagnoses per jaar per kankersoort te zien (Kanker.nl, z.d.).



Figuur 1: Aantal nieuwe diagnoses per jaar (Incidentie) (Kanker.nl, z.d.).

In 2019 stierven er 45.024 mensen als gevolg van kanker. Bij 30% van de mensen die in 2019 zijn overleden was de doodsoorzaak kanker. Kanker is dan ook de voornaamste doodsoorzaak in Nederland (Gommer, Poos, & Rodriguez, 2020). De overlevingskans van kanker is per vorm van kanker verschillend. Voor sommige soorten kanker ligt de overlevingskans hoger dan 85%, maar er zijn ook soorten kanker waarbij de overlevingskans kleiner is dan 15% (Van de Velde, Van der Graaf, Van Krieken, & Marijnen, 2017).

1.1.2. Medische oncologie

Onder medische oncologie vallen klinische en poliklinische behandelingen en de zorg aan patiënten met kanker in alle mogelijke verschillende fasen van het ziekteproces. De behandeling is curatief of palliatief en is gericht op het verlengen van de levensduur en het verlichten van de klachten om een betere kwaliteit van leven te bereiken (Van Middendorp, & Jaspers, 2010). Medische behandelingen die in ziekenhuizen kunnen worden aangeboden aan patiënten met kanker zijn: chirurgie, immunotherapie, hormoontherapie, chemotherapie en andere doelgerichte therapieën (Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2020; Wijnhoff, & Wiener, 2018).

1.1.3. Psychosociale oncologie

Het vakgebied van psychosociale oncologie houdt zich op wetenschappelijk gebied bezig met de psychosociale aspecten van kanker, bijvoorbeeld het ontwikkelen en toepassen van interventies. Daarnaast wordt ook de effectiviteit van deze interventies onderzocht. Vanaf de jaren '80 werden er wetenschappelijke artikelen gepubliceerd over psycho-oncologische problematieken en werden hier interventies voor ontwikkeld (Van Middendorp, & Jaspers, 2010). Hierna ontstond er ook in Nederland belangstelling voor deze psycho-oncologische aspecten. Vanaf 1988 ontstonden er in Nederland verschillende instellingen gericht op psychosociale oncologie (IPSO's). Binnen deze instellingen worden verschillende therapieën aangeboden, zoals steunend-structurende therapie, lichaamsgericht werken, aandachtgerichte cognitieve therapie, existentiële psychotherapie, EMDR, mindfulness, oplossingsgerichte therapie, stressreductietraining, vaktherapie, omgaan met stress, verlies, werk en gezin (Van Middendorp, & Jaspers, 2010, p.129; Wijnhoff, & Wiener, 2018).

1.2. De kankerpatiënten

De eerste reactie die vaak ontstaat wanneer iemand hoort dat hij of zij kanker heeft is de angst om dood te gaan (Van de Velde et al., 2017). Deze angst valt onder de distress die 43% van de vrouwen met kanker ervaart (Radl, Vita, Gerber, Gracely, & Bradt, 2018). Ook bij mannen met kanker wordt benoemd dat het gehalte van distress continu hoog aanwezig is (Saw et al., 2018). Voor het woord distress is geen passend Nederlands woord. Distress betekent 'een op meerdere gebieden onplezierige emotionele ervaring van psychologische, sociale en/of spirituele aard'. Onder distress bij kankerpatiënten vallen de problematieken met betrekking op depressie, angsten, paniek, sociale isolatie en existentiële en spirituele crisis (Radl et al., 2018). In het onderzoek van Thyme et al. (2009) staat beschreven dat vrouwen met borstkanker ook vermoeidheid, pijn en een laag zelfbeeld ervaren. De verschillende problematieken die vallen onder distress worden hieronder nader toegelicht.

1.2.1. Vermoeidheid

Uit onderzoek komt naar voren dat vermoeidheid voorkomt bij 70 tot 80 procent van de patiënten met kanker die onder behandeling zijn. Bij mensen met gemetastaseerde kanker komt vermoeidheid bij 50 tot 75 procent voor. Daarnaast is 20 tot 30 procent van de mensen die klaar zijn met de behandeling langer dan een jaar ernstig vermoeid. Fysieke en psychologische revalidatieprogramma's kunnen bijdragen aan een vermindering van de vermoeidheidsklachten (Van de Velde et al., 2017).

1.2.2. Depressie en angsten

Uit het onderzoek van Burgess et al. (2005) en Thyme et al. (2009) komt naar voren dat 50% van de vrouwen met borstkanker last heeft van een depressie en/of angststoornis. In het onderzoek van Burgess et al. (2005) komt ook naar voren dat langdurige depressie en angstklachten leiden tot een korter leven (Burgess et al., 2005). 91% van de mensen met kanker geeft aan klachten te ervaren met betrekking op zich zorgen maken (43%), nerveusheid (33%), somberheid (36%) en prikkelbaarheid (20%) (Saw et al., 2018).

1.2.3. Pijn

Van de patiënten die onder behandeling zijn ervaart 59% pijn. Van de mensen die zijn genezen van kanker is het percentage dat pijn ervaart 33%.

Aan pijn zit ook een psychologisch component verbonden, namelijk de subjectieve ervaring van de betekenis en de intensiteit van de pijn. De intensiteit van pijn hangt in grote mate samen met de kwaliteit van leven. Daarnaast kan pijn leiden tot gevoelens van angst, depressie, verstoorde slaap en een afname van sociale interacties. 40 tot 60 procent van de kankerpatiënten met pijn krijgt geen pijnbehandeling. De inzet van psychosociale interventies zoals pijneducatie, cognitieve gedragstherapie, ontspanningsoefeningen en het bijhouden van een pijn dagboek blijkt effectief te werken op de pijnreductie (Van de Velde et al., 2017).

1.2.4. Ziektetraject

Het ziektetraject bestaat uit verschillende fases, namelijk: een periode van verdenking, diagnosestelling, behandeling, controles en als er geen sprake blijkt te zijn van een recidief of nieuwe tumor, dan volgt het ontslag. De periode van verdenking tot diagnose kan verschillen in tijd. De

behandeling hangt af van de aard van de tumor en het stadium van de ziekte waarin de patiënt zich bevindt op het moment van de diagnose. De behandeling kan bestaan uit observeren, actieve controle of een intensieve gecombineerde behandeling. Onder een intensieve gecombineerde behandeling vallen bijvoorbeeld chirurgie, radiotherapie en systematische behandelingen (chemotherapie, immuuntherapie en hormonale therapie). De duur van de volledige behandeling kan kort zijn, maar de behandeling kan ook langer dan 5 jaar duren (Van de Velde et al., 2017).

Binnen de zorg voor de kankerpatiënten ligt nog steeds de focus op het fysieke herstel. Daarnaast is er tegenwoordig weinig tijd op de werkvloer. Hierdoor is er minder aandacht en tijd voor niet-medische problemen en worden problemen als depressies, angsten en psychiatrische morbiditeit soms slecht herkend en zelfs over het hoofd gezien. Uiteindelijk maakt slechts 10% van alle kankerpatiënten gebruik van psychosociale oncologische hulp (Van de Velde et al., 2017).

1.3. Beeldende therapie binnen de oncologie

In Nederland is beeldende vaktherapie geïntegreerd in de psychosociale zorg van kankerpatiënten. Dit is ook het geval bij het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL). In het AVL werken de beeldend therapeuten samen met de activiteitenbegeleiders en de sociaal werkers. Daarnaast werkt er ook een beeldend therapeut op de afdeling oncologie en hematologie binnen het Erasmus Medische Centrum Rotterdam. De vaktherapeut van het Erasmus MC Rotterdam werkt volgens de antroposofische methode (Linz, 2014).

In 2013 heeft de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) (2013) door middel van een enquête onderzoek gedaan naar hoeveel vaktherapeuten er binnen de doelgroep oncologie werkzaam zijn. Hieruit kwam naar voren dat in dat jaar 37 beeldend therapeuten werkzaam waren binnen de doelgroep oncologie. De meeste beeldend therapeuten zijn buiten de medische instellingen, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, werkzaam en werken vaak als zzp'er in een eigen praktijk (FVB, 2013; Linz, 2014).

In het onderzoek van Linz (2014) wordt onderzocht of vaktherapie beeldend een positief effect heeft op de levenskwaliteit van kankerpatiënten en de emotionele steun aan familieleden. In dit onderzoek is een grote diversiteit van wetenschappelijke artikelen aan elkaar gekoppeld om de werking van vaktherapie beeldend aan te tonen en te onderbouwen.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat vaktherapie beeldend het copinggedrag en het zelfbewustzijn verbetert. Daarnaast beïnvloedt beeldende therapie in positieve zin de symptomen van angst, pijn, depressie, vermoeidheid, stress en verbetert het de kwaliteit van leven. Echter, er zijn nog weinig langetermijneffecten bekend van vaktherapie beeldend met betrekking op cliënten binnen de oncologie. Uit dit onderzoek werd dus wel duidelijk dat beeldende therapie een positief effect heeft, maar niet welke factoren er binnen de beeldende therapie het meest werkzaam zijn geweest.

1.3.1. Verschillende behandelformats van beeldende therapie binnen de oncologie

Uit diverse wetenschappelijke artikelen kwamen meerdere behandelvormen van beeldende therapie binnen de oncologie naar voren. De behandelvormen die worden genoemd zijn: Mindfulness-Based Art Therapy, Self-Book Art Therapy, individuele kortdurende beeldende therapie en semigestructureerde beeldende therapie met de focus op spiritualiteit. Daarnaast zijn er ook andere vormen van beeldende therapie binnen de oncologie (Monti et al., 2005; Radl et al., 2018; Saw et al., 2018; Thyme et al., 2009; Svensk et al. 2008; Puig, Min Lee, Goodwin, & Sherrard, 2006).

Mindfulness-Based Art Therapy

Mindfulness-Based Art Therapy voegt de kwaliteiten van mindfulness, meditatie en aspecten van beeldende therapie samen tot een acht weken durende ondersteunende groepstherapiemodule. Dit multimodale format is ontworpen om verbale en non-verbale ondersteuning aan te kunnen bieden. Het doel van deze vorm van therapie is om de copingstrategieën te verbeteren, de distress te verlagen en de kwaliteit van leven te bevorderen (Monti et al., 2005).

Self-Book Art Therapy

Bij Self-book Art Therapie gaat de cliënt een visueel boek maken. Dit boek heeft de vorm van een logboek, waarbij er wordt gereflecteerd op ervaringen en situaties. Dit boek wordt onder begeleiding van een beeldend therapeut gemaakt. Er wordt bij deze interventie gebruik gemaakt van het maken

van collages in het boek. Op deze manier kunnen de cliënten hun gevoelens documenteren en uiten. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek topic. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek (Radl et al., 2018).

Kortdurende individuele beeldende therapie

Naast Mindfulness-Based Art Therapy en Self-Book Art Therapy wordt ook in een aantal artikelen melding gemaakt van individuele kortdurende beeldende therapie.

In één artikel wordt er kortdurende beeldende therapie aan het bed van de cliënt aangeboden. Dit wordt gedaan met een grote diversiteit aan materialen en na afloop blijven de gebruikte materialen ook op de kamer liggen (Saw et al., 2018). Bij de andere onderzoeken, met betrekking op individuele kortdurende beeldende therapie, bestaat de therapie uit 5 sessies (Thyme et al., 2009; Svensk et al. 2008). In het onderzoek van Thyme et al. (2009) wordt benoemd dat bij elke therapiesessie dezelfde materialen werden gebruikt. De eerste sessie focuste zich op de visualisatie van gevoelens. De tweede sessie had betrekking op een levensgrote uitlijning van het lichaam. De derde en vierde sessie mocht de cliënt iets schilderen wat hij of zij zelf wilde schilderen. De laatste sessie werd teruggekeken op het gemaakte werk van de afgelopen sessies (Thyme et al., 2009).

In het onderzoek van Svensk et al. (2008) wordt beschreven dat de drie doelstellingen binnen de beeldende therapie als volgt zijn: aandacht besteden aan het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress. Tijdens deze therapiesessies werden steeds dezelfde materialen aangeboden (Svensk et al., 2008).

Semigestructureerde beeldende therapie met focus op spiritualiteit

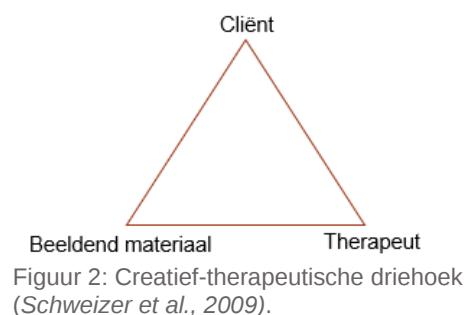
Deze semigestructureerde vorm van beeldende therapie is gebaseerd op creativiteit en spiritualiteit en is bedoeld voor kankerpatiënten die op zoek zijn naar persoonlijke, emotionele en psychologische heling. Deze vorm van beeldende therapie is gericht op positieve psychologie en werkt vanuit de krachten van de mens. Bij deze vorm van beeldende therapie wordt er ook gebruik gemaakt van meditatietechnieken (Puig et al., 2006).

In de bovengenoemde vormen van beeldende therapie die voortkomen uit wetenschappelijke artikelen is het effect van beeldende therapie met betrekking op oncologie gericht op het reduceren van distress onderzocht. Bij de meeste onderzoeken wordt benoemd hoe de interventie eruitzag, maar niet bij allemaal. De onderzoeken richten zich op het effect, maar benoemen niet welke factoren binnen het aanbod precies werkzaam zijn.

1.4. Bepaling werkzaamheid van de factoren van beeldende therapie

Bij elke fase binnen de beeldende therapie staat de beeldend therapeut stil bij de persoonlijkheid van de cliënt en kijkt de beeldend therapeut hoe hij de hulpvraag van de cliënt kan begrijpen en daarbij in vormgevingsprocessen kan aansluiten. Daarnaast stelt de beeldend therapeut zichzelf ook de vraag hoe het beeldend werken zou kunnen aansluiten bij de behoefte, eigenheid, problematiek of stoornis van de cliënt. Ook kijkt de beeldend therapeut naar welke invalshoek hij of zij zelf zal kiezen binnen de beeldende therapie om effectief en communicatief te kunnen zijn. Deze drie kernen staan met elkaar in verbinding en dit wordt ook wel de creatief-therapeutische driehoek genoemd (Schweizer et al., 2009).

Binnen de beeldende therapie werkt de cliënt zelfstandig op aanraden van de beeldend therapeut of samen met de beeldend therapeut met het beeldend materiaal aan de doelen die zijn gesteld binnen de beeldende therapie, waarbij er een balans wordt gezocht tussen veiligheid en uitdaging. Hierbij is de cliënt zelf een bepalende factor binnen de beeldende therapie. De cliënt neemt uitdagingen aan, zoekt, ontwijkt, twijfelt en vindt oplossingen binnen het beeldend werken. De therapeut ondersteunt, helpt, activeert en daagt uit en helpt binnen het beeldend werken van de cliënt om te zoeken naar kansen en aangrijpingspunten. De houding die de therapeut hierbij aanneemt heeft ook een grote invloed binnen de beeldende therapie. Op deze manier is alles binnen de creatieftherapeutische driehoek met elkaar verbonden (Schweizer et al., 2009). De werkzame



factoren binnen de beeldende therapie hebben dus niet alleen betrekking op de beeldende materialen, maar ook op de therapeutische houding en de samenhang tussen de beeldende materialen en de therapeutische houding.

1.4.1. Beeldende therapie binnen de neurologie

Om verder de werkingskracht en de werkzame factoren van vaktherapie beeldend te kunnen begrijpen, is kennis van de werking van de hersenen niet uit te sluiten. Beeldende therapie spreekt de cliënt aan op een diep lichamelijk gewaarwordingsniveau. Hierbij spelen neurobiologische en neuropsychologische aspecten een belangrijke rol. De ontwikkelingsprocessen die plaatsvinden tijdens de behandelingen van beeldende therapie zijn geen oppervlakkige veranderingen en aanpassingen binnen het gedrag, maar gaan verder dan dat (Schweizer et al., 2009).

Verschillende gebieden in de hersenen zijn van belang met betrekking op beeldende therapie, namelijk de frontale kwab, de temporale kwab, de pariëtale kwab, de occipitale kwab en het limbisch systeem. De frontale kwab bevindt zich vooraan in de schedel. De belangrijkste functie van de frontale kwab is het bepalen van de persoonlijkheid en het aansturen van de motoriek. De temporale kwabben bevinden zich aan de zijkant van de hersenen achter de slaap. De belangrijkste functie van de temporaalkwab is het geheugen, de taal, en auditieve informatieverwerking. De pariëtale kwab is voornamelijk bezig met het vertalen van de informatie van verschillende zintuigen en bevindt zich achter de frontale kwab. Eén van de interessantste kwabben is de occipitale kwab, omdat de occipitale kwab zich bevindt aan de achterkant van de hersenen en vrijwel volledig gefocust is op de visuele informatieverwerking. En de visuele informatieverwerking is van groot belang binnen de beeldende therapie. Tot slot speelt het limbisch systeem ook een belangrijke rol. Het limbisch systeem bestaat onder andere uit de hippocampus en de amygdala en wordt ook wel eens de 'zetel der emoties' genoemd. De representaties van het geheugen spelen een belangrijke rol bij verwerken en vormen van emoties. Met name de amygdala speelt hierbij een belangrijke rol (Schweizer et al., 2009).

De neurologische benadering van vaktherapie beeldend door Chapman toont aan dat herinneringen binnen het geheugen die geblokkeerd zijn door stress en traumatische ervaringen, weer teruggehaald kunnen worden en kunnen worden hersteld vanuit verschillende bronnen van informatie. Daarnaast kunnen de herinneringen affectief worden getolereerd. Waarna de herinneringen kunnen worden geïntegreerd in het bewustzijn van de cliënt op het moment dat de cliënt deelneemt aan beeldende activiteiten die zijn ontworpen en gericht zijn op neurologische ontwikkeling. Met name de rechterhemisfeer is een van de belangrijkste bronnen van opslag van traumatische herinneringen. (Schiffer, Teicher, & Papanicolaou, 1995; Monti et al., 2005). Het uitoefenen van beeldende activiteiten kan de rechterhemisfeer activeren op het gebied van kinesthetische en sensorische activiteit (Lusebrink, 2004). Dit kan leiden tot een vergroot bewustzijn van verschillende aspecten met betrekking op bedreigende gebeurtenissen inclusief emotionele reacties. Binnen de beeldende therapie wordt het beeldend werk van de cliënt ook nabesproken. Deze nabespreking zorgt voor activiteit in de linkerhemisfeer (Davidson et al., 2003; Monti et al., 2005).

1.4.2. Hoe werkzame factoren vastgesteld kunnen worden

Uit paragraaf 1.4.1. kan worden opgemaakt dat beeldende therapie veel teweegbrengt in de hersenen. Beeldende activiteiten activeren en stimuleren verschillende hersengebieden. Wanneer er bepaalde hersengebieden gestimuleerd worden, kan worden geconcludeerd dat beeldende therapie effect heeft. Echter is dan nog niet bekend of dit effect positief of negatief is. Door de ervaringen van cliënten mee te nemen in de overweging of de effecten positief of negatief zijn, kan worden bepaald welke factoren van beeldende therapie werkzaam zijn (Schweizer et al., 2009). Om een duidelijk beeld te krijgen van de ervaringen van de cliënten en van de mate van de problematiek en symptomen kan er gebruik worden gemaakt van verschillende effectmaten en vragenlijsten die speciaal zijn ontworpen om de effecten per problematiek te meten (Haeyen, Van Hooren, & Hutschemaekers, 2015; Bartelink, & Boendermaker, 2012).

De onderzoeken die mee zijn genomen in deze inhoudelijke oriëntatie zijn voornamelijk gefocust op de effecten van beeldende therapie en op welke symptomen dit betrekking heeft, maar welke aspecten binnen de interventies hiervoor zorgen is niet duidelijk.

2. Onderzoekskwestie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoekskwestie beschreven. De onderzoekskwestie vloeit voort uit de inhoudelijke oriëntatie.

2.1. Achtergrond

Het aantal mensen waarbij kanker wordt vastgesteld neemt elk jaar toe. Ook het aantal sterfgevallen met kanker als oorzaak stijgt elk jaar. In 2019 werd er bij ongeveer 118.000 mensen de diagnose kanker gesteld, zoals beschreven in paragraaf 1.1.1. (Kanker.nl, z.d.). Het horen van deze diagnose is een ingrijpende gebeurtenis. In elk stadium van het ziekteproces kunnen emotionele, sociale en psychische problemen ontstaan. 43% van de vrouwen met kanker ervaren deze problemen (Radl et al., 2018). Er zijn ook mannen die in hoge mate deze psychische problemen ervaren tijdens het ziekteproces (Saw et al., 2018). Naast fysieke gevolgen brengt deze ziekte dus ook psychische problemen met zich mee. De psychische problemen die kunnen voorkomen tijdens het ziekteproces vallen onder de term distress. De distress bestaat uit vermoeidheid, depressie, angsten, pijn, sociale isolatie en een verlaagd zelfbeeld (Radl et al., 2018; Thyme et al., 2009).

Dit maakt dat naast medische zorg ook psychosociale zorg onmisbaar is tijdens de verschillende fases van het ziekteproces. In het onderzoek van Garssen et al. (2011) kwam naar voren dat psychosociale zorg een bijdrage kan bieden aan kankerpatiënten om de fysieke, sociale en psychische gevolgen te kunnen verwerken. Binnen de zorg van oncologische patiënten ligt de focus voornamelijk op het fysieke herstel. Slechts 10% van alle mensen met kanker maakt gebruik van psychosociale zorg (Van de Velde et al., 2017). Deze 10% is ook weer onderverdeeld in de verschillende vormen van therapie en zorg waarvan vaktherapie beeldend ook een onderdeel is. (Wijnhoff, & Wiener, 2018).

Dit houdt in dat het percentage van kankerpatiënten die beeldende therapie volgt momenteel erg laag is. Daarnaast komt uit de paragrafen 1.3. en 1.4. ook naar voren dat de werking van beeldende therapie binnen de oncologie is onderzocht en is vastgesteld. Echter worden de interventievormen hierbij niet verder toegelicht en wordt ook niet ingegaan op de houding van de beeldend therapeut. Hieruit wordt niet duidelijk wat precies de werkzame factoren zijn binnen de beeldende therapie met betrekking op de oncologie.

2.2. Praktijkkwestie en Analyse

Dit onderzoek zal zich niet specifiek focussen op één vorm van kanker, maar neemt resultaten vanuit verschillende onderzoeken met betrekking op verschillende soort kanker mee om zo een alomvattend beeld neer te zetten van de werkzame factoren binnen de beeldende therapie.

Er zijn momenteel meer dan 100 verschillende soorten kanker en het kan bijna overal in het lichaam ontstaan (KWF Kankerbestrijding, z.d.). In een interview met Margriet Gordijn (2020) kwam naar voren dat de kankerpatiënten die binnen de beeldende therapie worden behandeld erg divers zijn en dat hierbij ook geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende vormen van kanker van de patiënt.

Margriet Gordijn (2020) benoemt ook dat zij in de praktijk wel meer vrouwen ziet, maar dat er ook veel mannen zijn die graag psychische ondersteuning zouden willen krijgen. Ze geeft aan dat de behandelend arts sneller vrouwen doorverwijst naar beeldende therapie, omdat vrouwen vaker worden gelinkt aan creatief en beeldend werken. Daarnaast zijn de mensen die zelf bij de beeldende therapie aankloppen vaak ook vrouwen, omdat zij vaak al ervaring hebben op het gebied van beeldend werken. Volgens Gordijn (2020) zijn er dus wel genoeg mannen die baat kunnen hebben bij beeldende therapie, maar is vaktherapie nog niet erg bekend onder mannen en is de stap groter voor mannen dan voor vrouwen. Wel is het belangrijk om de mannen niet te vergeten.

In de wetenschappelijke literatuur wordt de nadruk vooral gelegd op vrouwen met kanker, zoals blijkt uit de inhoudelijke oriëntatie (hoofdstuk 1) van dit onderzoek. Het inzicht vanuit deze verschillende perspectieven laat zien dat het van belang is om ook de mannelijke kankerpatiënt mee te nemen in het onderzoek naar de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie. Het onderzoek zal zich dus richten op vrouwen én mannen met kanker.

Uit de onderzoeken die zijn meegenomen in de inhoudelijke oriëntatie blijkt dat er een groot deel van de oncologische patiënten psychische problematieken ervaart. Elk onderzoek is hierin gelijk aan elkaar. Ook Gordijn (2020) benoemt dezelfde psychische problemen waar cliënten binnen haar praktijk tegenaan lopen. Vanuit hoofdstuk 1 van dit onderzoek, blijkt distress een overkoepelende term te zijn die wordt gebruikt voor het omschrijven van de psychische problematieken die de kankerpatiënt ervaart. Gordijn sluit hierbij aan en gebruikt ook het woord distress om deze problematieken overkoepelend te omschrijven. Dit houdt in dat het woord distress onder de vaktherapeuten in het werkveld van oncologie al bekend is en dat dit zal aansluiten bij de praktijk.

Het resultaat dat uit alle onderzoeken binnen de inhoudelijke oriëntatie naar voren is gekomen, is dat beeldende therapie een positief effect heeft op de distress die wordt ervaren door kankerpatiënten tijdens en na de behandeling. Echter, in geen enkel onderzoek wordt beschreven welke factoren binnen de beeldende therapie precies werkzaam zijn. Er worden binnen deze onderzoeken verschillende interventievormen en methodes/modules toegepast. Monti et al. (2005) maakt bijvoorbeeld gebruik van Mindfulness-Based Art Therapy. Daarnaast wordt ook Self-book art therapie toegepast in het onderzoek van Radl et al. (2018). In diverse onderzoeken wordt de beeldende interventie beschreven als kortdurende individuele beeldende therapie (Saw et al., 2018; Thyme et al., 2009; Svensk et al., 2008). Ook is er één onderzoek dat gebruik maakt van semigestructureerde beeldende therapie met de focus op spiritualiteit (Puig et al., 2006).

Kortom, er worden dus veel verschillende vormen van beeldende therapie toegepast binnen de oncologie en bij alle vormen komen er positieve resultaten naar voren. Echter wordt er in geen enkel onderzoek benoemd welke factoren binnen de beeldende therapie per methode en vorm daadwerkelijk werkzaam zijn geweest.

In de inhoudelijke oriëntatie is ook aandacht besteed aan hoe kan worden onderzocht welke factoren binnen de beeldende therapie werkzaam zijn. Dit kan vanuit verschillende perspectieven worden bekeken. Schweizer et al. (2009) benoemt dat het hierbij van belang is om een goed beeld te hebben van de werking van de hersenen om zo ook te kunnen begrijpen welke invloed beeldende therapie heeft op de hersenen. Davidson et al. (2003), Schiffer et al. (1995), Monti et al. (2005) en Lusebrink (2004) beschrijven de hersengebieden die binnen de beeldende therapie worden aangesproken en worden geactiveerd en maken dus de koppeling tussen de werking van beeldende therapie en de hersenen. De kennis van de hersenen met betrekking op de beeldende therapie op zich, is nog niet voldoende om te onderzoeken welke factoren binnen de beeldende therapie werkzaam zijn. Om achter de werkzame factoren te komen zijn ook de resultaten vanuit verschillende onderzoeken nodig. In deze onderzoeken moeten er verschillende interventies, methodes of modules zijn aangeboden waarbij er gebruik is gemaakt van vragenlijsten om de verschillende psychische problematieken te meten, vóór, tijdens en na de behandeling (Haeyen et al., 2015; Bartelink, & Boendermaker, 2012). Om een volledig beeld te krijgen van de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie moeten ook de ervaringen binnen de praktijk worden meegenomen. Momenteel is het vanwege Covid-19 niet mogelijk om cliënten te interviewen, maar wel kunnen er professionals binnen het vakgebied geïnterviewd worden. Op deze manier kunnen de vaktherapeuten binnen de oncologie toch de ervaringen van cliënten overbrengen en kan daarnaast ook worden gekeken naar de manier waarop deze professionals de beeldende therapie aanbieden en wat zij als werkzaam ervaren en waaruit zij dat opmaken. Door deze verschillende perspectieven samen te voegen zal er een compleet beeld ontstaan met betrekking op welke factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie werkzaam zijn.

2.3. Beroepsrelevantie

Bij dit onderzoek zijn er verschillende belanghebbenden, namelijk: de doelgroep die bestaat uit kankerpatiënten tussen de 18 en 70 jaar oud en daarbij distress ervaren door hun ziekte, vaktherapeuten die werkzaam zijn op dit gebied, de beroepspraktijk van vaktherapie (beeldend) en de toekomstige studentonderzoekers.

De doelgroep waarop dit onderzoek zich zal focussen zal hoogstwaarschijnlijk baat hebben bij dit onderzoek. Dit onderzoek kan ertoe leiden dat vaktherapie beeldend binnen de oncologie extra onder

de aandacht komt. Dit kan invloed hebben op het aanbod van vaktherapie beeldend binnen de oncologie in Nederland, want het onderzoek kan ertoe leiden dat het aanbod van vaktherapie beeldend voor de doelgroep toegankelijker en uitgebreider wordt. In de literatuur in hoofdstuk 1 is beschreven dat de beeldende therapie positieve effecten kan hebben op de distress van vrouwen met kanker en dat de kwaliteit van leven zal verbeteren na het volgen van beeldende therapie. Door de extra kennis die de vaktherapeuten kunnen opdoen vanuit dit onderzoek, zal er waarschijnlijk nog beter resultaat kunnen worden bereikt en zal dit ook een positieve invloed hebben op de symptomen van distress bij de doelgroep.

De vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie zullen ook baat hebben bij dit onderzoek. Dit onderzoek levert extra bewijs voor het nut en het belang om beeldende therapie bij deze doelgroep aan te bieden. Naast dit bewijs zal dit onderzoek ook meer inzicht geven over welke factoren binnen de beeldende therapie met betrekking op oncologie daadwerkelijk werkzaam zijn. Dit biedt de vaktherapeuten extra handvatten om binnen de beeldende therapie nog betere resultaten te behalen. Daarnaast zal door dit onderzoek vaktherapie binnen de oncologie ook extra belicht worden, waardoor er binnen het vakgebied ook meer ruimte kan ontstaan om met deze doelgroep aan de slag te gaan.

Ook voor de beroepspraktijk van vaktherapie biedt dit onderzoek nieuwe mogelijkheden. Dit onderzoek biedt zoals eerder al is benoemd meer onderbouwing voor vaktherapie binnen de oncologische zorg. Daarnaast kan dit onderzoek leiden tot een ingang voor vaktherapie bij andere (chronische) ziekten, waarbij de focus zal liggen op het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Tot slot hebben ook de vaktherapeuten in opleiding baat bij dit onderzoek. Momenteel wordt binnen het huidige lespakket nog geen aandacht besteed aan vaktherapie gericht op mensen met een (chronische) ziekte zoals kanker. Dit onderzoek kan de oncologie meer onder de aandacht brengen binnen de vaktherapie en een onderbouwing bieden waarom ook vaktherapie binnen de oncologie juist zo belangrijk is. De doelgroep van oncologische cliënten wordt elk jaar groter en er zijn nog steeds niet genoeg doeltreffende behandelmethode, waardoor de grootte van de groep zal blijven stijgen. Zoals eerder in hoofdstuk 1 is benoemd zijn er veel cliënten binnen de oncologie die psychosociale hulp nodig hebben. Kortom, de doelgroep is erg groot en voor het vakgebied liggen hier nog erg veel mogelijkheden.

2.4. Focus en invalshoek

Dit onderzoek heeft als focus om duidelijkheid te scheppen over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten tussen de 18 en 70 jaar oud die distress ervaren. In dit onderzoek wordt een poging gedaan tot het in kaart brengen van deze werkzame factoren vanuit de literatuur en interviews met beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie. Zoals beschreven in paragraaf 2.3. is dit onderzoek ook bedoeld als extra onderbouwing van vaktherapie beeldend binnen de oncologie in het werkveld van vaktherapeuten. Dit onderzoek is bedoeld om vaktherapeuten binnen de oncologie extra handvatten te bieden. Vanuit deze focus en invalshoek is de hoofdvraag van het onderzoek geformuleerd en deze is beschreven in paragraaf 3.1.

Het onderzoek is een kwalitatief praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek. Daarnaast is het onderzoek direct gekoppeld aan de praktijk door middel van responsieve onderzoeksmethoden, zoals het afnemen van half gestructureerde interviews. Binnen dit onderzoek zal gefocust worden op de ervaringen van beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie en de literatuur met betrekking op de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie. Daarnaast zal er ook gefocust worden op het maken van een onderzoek dat geschikt is voor de praktijk. Hierbij is het de bedoeling dat dit onderzoek de beeldend therapeuten binnen de oncologie nieuwe handvatten biedt. Dit onderzoek moet een positieve bijdrage leveren aan de praktijk.

3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling

In dit hoofdstuk zullen de hoofdvraag en de deelvragen worden toegelicht, waarna er een toelichting wordt gegeven over de doelstelling van dit onderzoek.

3.1. Hoofdvraag

Wat zijn volgens vaktherapeuten de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren?

3.2. Deelvragen

1. Op welke manier uit de distress zich bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud?
2. Welke vormen/methoden van beeldende therapie worden er in de praktijk toegepast binnen de klinische setting van de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren?
3. Hoe verhoudt wat de geïnterviewde vaktherapeuten zeggen over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de klinische setting van de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren zich tot de literatuur en andere databronnen?

3.3. Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is gericht op het meer inzicht krijgen over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie. Door middel van dit onderzoek zal er een poging worden gedaan om inzicht te krijgen in wat het best ingezet kan worden tijdens de beeldende therapie binnen de oncologie. Dit onderzoek is bedoeld om vaktherapeuten binnen de oncologie extra handvatten te bieden om binnen de beeldende therapie bij kankerpatiënten het meest uit de therapie te kunnen halen. Momenteel is er nog weinig bekend over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie. Dit komt mede doordat er in Nederland nog op relatief weinig plekken beeldende therapie wordt aangeboden aan mensen met kanker. Door in dit onderzoek te focussen op de oncologie binnen de beeldende therapie, is er een kans dat er binnen de opleiding van vaktherapie beeldend en het werkveld van beeldend therapeuten meer aandacht wordt besteed aan het onderwerp oncologie. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat meer beeldend therapeuten aan de slag zouden willen gaan met de doelgroep oncologie, waarna er een kans is dat deze beeldend therapeuten zelf nieuwe plekken creëren waar kankerpatiënten terecht kunnen. Door een duidelijk beeld te creëren van welke factoren er binnen de beeldende therapie werkzaam zijn bij de doelgroep van kankerpatiënten die distress ervaren, kan de stap voor nieuwe vaktherapeuten om ook met deze doelgroep aan de slag te gaan, verkleind worden. De doelgroep kan via deze weg meer bekendheid krijgen. Het doel van dit onderzoek samengevat, is een poging doen tot het in kaart brengen van de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie en dit overzichtelijk maken om beeldend therapeuten binnen de oncologie nieuwe handvatten te bieden waar ze in de praktijk baat bij kunnen hebben.

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Hierbij wordt gekeken naar de onderzoeksbenadering, onderzoekstype, dataverzamelmethode, data-analyse, databronnen, kwaliteitscriteria en de omstandigheden van dit onderzoek.

4.1. Onderzoeksbenadering

Dit is een kwalitatief praktijkgericht onderzoek. Binnen dit onderzoek wordt er gekeken naar de kwaliteit van beeldende therapie binnen de oncologie op kwalitatief niveau. Om precies te onderzoeken waar de kwaliteiten liggen van beeldende therapie binnen de oncologie, wordt er gekeken naar de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren. De benadering van dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek is ontvankelijk en flexibel, wat inhoudt dat het gaat om een analyse beschreven in een natuurlijke taal en door middel van een open verzameling van gegevens. Kwalitatief praktijkgericht onderzoek is een onderzoeksopzet waarin analyseren en verzamelen nauw met elkaar verweven zijn. Kenmerkend voor een kwalitatief onderzoek, is dat vooraf gaand geselecteerde respondenten open worden bevraagd. Dit biedt de respondenten de mogelijkheid om vrij te kunnen vertellen over hun ervaringen (Willemars, 2020). De subjectiviteit staat in dit onderzoek centraal. Dit betekent echter niet dat het onderzoek subjectief is (Migchelbrink, 2013). De subjectieve werkelijkheid zal moeten worden bevraagd en worden vergeleken met de subjectieve werkelijkheid van anderen. De subjectieve werkelijkheid kan dan worden geanalyseerd en met elkaar worden geïntegreerd (Willemars, 2020). Bij dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek wordt gekeken naar de achtergrond van de vergaarde data. Het doel van kwalitatief onderzoek is om personen, gebeurtenissen en de onderzoekskwestie te beschrijven en te interpreteren. De data die voor kwalitatief onderzoek worden gebruikt hebben ook een kwalitatief karakter (Baarda et al., 2013).

Vanuit verschillende databronnen wordt onderzocht welke factoren binnen de beeldende therapie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar werkzaam zijn. Hierbij moet worden gekeken naar de manier waarop distress zich uit bij kankerpatiënten, welke vormen/methoden van beeldende therapie er in de praktijk binnen de oncologie worden toegepast en welke factoren van beeldende therapie er volgens vaktherapeuten en volgens de literatuur werkzaam zijn. Door bij deelvraag 1 de problematieken van de kankerpatiënten in kaart te brengen, kunnen uiteindelijk de resultaten van de vormen, methoden en modules van de beeldende therapie worden vergeleken met het antwoord op deelvraag 1. Hierdoor zal duidelijk worden of de vormen, methoden en modules daadwerkelijk invloed hebben op de problematiek van de doelgroep en dus werkzaam zijn. Deelvraag 2 biedt daarnaast de basis voor het beantwoorden van deelvraag 3. De resultaten van de deelvragen zullen worden geanalyseerd.

4.2. Onderzoekstype

Dit onderzoek heeft de vorm van een ontwikkelingsonderzoek. Binnen een ontwikkelingsonderzoek wordt er gewerkt aan het tot stand brengen van een product (Migchelbrink, 2013). Dit onderzoek zal de basis bieden voor het ontwikkelen van een presentatie, die zal worden gegeven aan vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie. Bij een ontwikkelingsonderzoek wordt gekeken naar een bestaande situatie die moet worden herzien en verbeterd. (Willemars, 2020). Vanuit hoofdstuk 1 “Inhoudelijke oriëntatie” en hoofdstuk 2 “Onderzoekskwestie” kwam duidelijk naar voren dat beeldende therapie binnen de oncologie een positief effect heeft op de distress die kankerpatiënten ervaren, maar er is momenteel nog niet bekend wat de werkzame factoren zijn van beeldende therapie binnen de oncologie. Het doel van dit onderzoek is dan ook om vernieuwing aan te bieden aan de praktijk wat de vaktherapeuten binnen de oncologie nieuwe handvatten kan bieden om nog meer uit de beeldende therapie te halen. Het doel is om de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie inzichtelijk te maken. Omdat een ontwikkelingsonderzoek kijkt naar de huidige situatie en van daaruit iets nieuws of een verbetering ontwikkelt, past de vorm van een ontwikkelingsonderzoek het best bij dit onderzoek.

In dit onderzoek zal de focus liggen bij het onderzoeken van de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie. Het resultaat dat uit dit onderzoek naar voren komt, zal worden verwerkt in een presentatie.

De kernmerken van een ontwikkelingsonderzoek die Wang & Hannafin (2005) beschrijven, kunnen als volgt worden gekoppeld aan dit onderzoek:

- *Pragmatisch*: het oplossen van het bestaande probleem dat er momenteel nog weinig onderzoek is gedaan naar de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten van 18 tot en met 70 jaar oud. Na dit onderzoek wordt er een plan ontwikkeld;
- *Contextueel*: de praktijk wordt bij het onderzoek betrokken en het onderzoek en het product zijn passend binnen de praktijk;
- *Theoriegericht*: binnen dit onderzoek wordt voortgebouwd op bestaande onderzoeken die betrekking hebben op het onderwerp en de problematiek waarop dit onderzoek zich richt;
- *Iteratief*: de ontwikkelfase bestaat uit een aantal cycli van analyseren, ontwerpen en ontwikkelen. Binnen dit onderzoek vindt de analyse en het onderzoeken van de informatie die nodig is plaats, voordat er kan worden begonnen aan het ontwerpen en het ontwikkelen van een plan. Het ontwerpen en ontwikkelen zal plaatsvinden na het onderzoek, waarbij het onderzoek de basis vormt;
- *Interactief*: de samenwerking tussen het onderzoek en de praktijk is van belang. Binnen dit onderzoek wordt er door middel van interviews gezamenlijk gekeken naar hoe het er binnen de praktijk op dit moment uit ziet en hoe dit verbeterd kan worden;
- *Integratief*: binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een mix van methoden en benaderingen. Dit is verder uitgewerkt in paragraaf 4.3;

4.3. Dataverzamelingsmethoden en data-analyse

Binnen dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek gaat de dataverzamelmethode hand in hand met de data-analyse. Bij de dataverzamelmethode gaat het om een stapsgewijze, weloverwogen, systematische en doelgerichte uitvoering van het onderzoek. Bij de data-analyse wordt de verkregen informatie geanalyseerd en ontrafeld door de data onder te verdelen in categorieën, waarna er per categorie een begrip wordt toegekend. Hierna worden de relaties tussen de begrippen met betrekking op de onderzoeksvraag uiteengezet en getoetst.

4.3.1. Dataverzamelingsmethoden

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is van verschillende dataverzamelingsmethoden gebruik gemaakt. Er is gebruik gemaakt van de hieronder beschreven dataverzamelingsmethoden om te voldoen aan verschillende kwaliteitscriteria. De kwaliteitscriteria worden verder toegelicht in paragraaf 4.5. Hieronder wordt beschreven van welke dataverzamelingsmethoden gebruik wordt gemaakt en hoe deze zijn toegepast binnen het onderzoek.

Semigestructureerde interviews

Bij de uitvoering van dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Bij de interviews van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een topiclijst, die voorafgaand aan de interviews is uitgewerkt. Voor het maken van deze topiclijst is er gekeken naar de inhoudelijke oriëntatie, de onderzoeksvraag en de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Momenteel is het vanwege Covid-19 niet mogelijk om cliënten te interviewen. Door de professionals binnen vaktherapie en oncologie te interviewen en door te vragen naar de ervaringen van cliënten zal dit aspect via een andere invalshoek benaderd kunnen worden. Daarnaast zullen de interviews met de professionals zich voornamelijk focussen op de werkzame factoren van de beeldende therapie die zij aanbieden aan de doelgroep oncologie. Daarnaast wordt er ook gekeken naar de attitude die de beeldende therapeut hierbij aanneemt. De belangrijkste begrippen zijn hieruit gehaald en omgevormd tot een topiclijst. Het streven was om binnen dit onderzoek zes vaktherapeuten binnen de oncologie te interviewen. Tijdens het onderzoek is echter gebleken dat er momenteel nog weinig vaktherapeuten werkzaam zijn binnen de oncologie. Daarnaast heeft de aanwezigheid van Covid-19 ook invloed op de bereikbaarheid van potentiële vaktherapeut-respondenten. Het nieuwe streven is om vier vaktherapeuten binnen de

oncologie te interviewen. Voor het afnemen van de interviews is er aan de vaktherapeut-respondenten toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Door het interview op te nemen kan het interview getranscribeerd worden. Door buiten de literatuur om ook de vaktherapeut-respondenten erbij te betrekken wordt het onderzoek een praktijkgericht onderzoek.

Peer debriefing

Tijdens de uitvoering van het onderzoek zijn de gekozen dataverzamelmethode en de data-analyse voorgelegd aan de opdrachtgever. Daarnaast zijn de resultaten die door middel van deze dataverzamelmethode en data-analyse naar voren zijn gekomen teruggekoppeld naar de opdrachtgever en besproken. Naast de opdrachtgever wordt het onderzoek ook voorgelegd aan drie onafhankelijke professionals die ervaring hebben met betrekking op het werken binnen de oncologie. Vanuit de opdrachtgever en de drie onafhankelijke professionals zal er feedback worden gegeven. De feedback die wordt ontvangen, wordt hierna verwerkt in het onderzoek.

Triangulatie

Triangulatie kan worden gezien als een dataverzamelmethode, maar kan ook vallen onder de data-analyse. Bij triangulatie wordt er gebruik gemaakt van verschillende databronnen om zo zoveel mogelijk perspectieven te belichten, namelijk vanuit de praktijk en theoretische opvattingen vanuit de literatuur. Triangulatie bevordert de betrouwbaarheid van het onderzoek. De databronnen waarvan gebruik is gemaakt in dit onderzoek, worden in paragraaf 4.4. nader toegelicht.

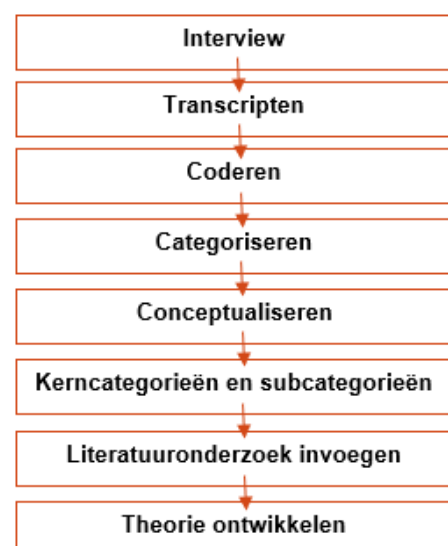
4.3.2. Data-analyse

Het materiaal dat binnen dit onderzoek wordt gebruikt voor de data-analyse is afkomstig van getranscribeerde interviews. De data-analyse van dit onderzoek zal volgens de Grounded Theory, ofwel gefundeerde theoriebenadering, worden toegepast. Volgens Smeijsters (2006) is de gefundeerde theoriebenadering een strategie die kan worden toegepast in de kwalitatieve data-analyse. Binnen de gefundeerde theoriebenadering staan twee kenmerken centraal:

- *Inductief*: Bij de gefundeerde theoriebenadering wordt ernaar gestreefd om een theorie te vormen vanuit verzamelde data;
- *Iteratief*: Bij de gefundeerde theoriebenadering vindt de dataverzameling en het analyseren tegelijkertijd plaats. Hierbij vallen de dataverzameling en het analyseren constant op elkaar terug. Steeds als er nieuwe informatie is die voortkomt uit de dataverzameling dan begint het proces opnieuw en worden de data met elkaar vergeleken en geanalyseerd (Willemars, 2020).

Binnen de analyse van dit onderzoek zal er steeds opnieuw een proces worden doorlopen van *coderen*, *categoriseren*, *conceptualiseren* en *theoretiseren*. Uit alle verzamelde data worden de belangrijkste aspecten gemarkeerd met een reeks aan codes. Deze codes worden uit de tekst gehaald. De codes die overeenkomen met elkaar worden gegroepeerd in categorieën. Vanuit deze categorieën worden concepten gevormd, waarna deze concepten weer worden gevormd tot kerncategorieën. De kerncategorieën vormen de basis voor het ontwikkelen van een theorie. Om uiteindelijk de theorie te kunnen ontwikkelen is er naast de kerncategorieën ook literatuuronderzoek nodig (Willemars, 2020).

Smeijsters (2006) geeft dit proces weer in een schema. Dit schema is hiernaast te zien in figuur 3. Deze manier van dataverzameling, data-analyse en reflecteren zijn gericht op het bieden van inhoud en diepgang aan de categorieën en concepten, waarna dit ook te zien zal zijn in de ontwikkelde theorie (Willemars, 2020). In dit onderzoek zullen dezelfde stappen worden doorlopen als die te zien zijn in figuur 3 en zal de gefundeerde theorie de leidraad zijn om de verkregen data te analyseren.



Figuur 3: Proces van coderen (Smeijsters, 2006).

4.4. Databronnen

Bij dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Door meerdere databronnen te gebruiken en te combineren zal de betrouwbaarheid toenemen (Willemars, 2020). Hieronder zal worden toegelicht welke groepen databronnen van Migchelbrink (2013) zijn benut.

4.4.1. Mediaproducten en literatuur

Voor dit onderzoek is de meest passende literatuur over kankerpatiënten, medische en psychosociale oncologie en beeldende therapie binnen de oncologie geraadpleegd. De focus lag op het verzamelen van de meest recente literatuur. Daarnaast is ook gebruik gemaakt van minder recente literatuur, maar hierbij is gekeken naar de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de literatuur en ook of deze literatuur een meerwaarde had met betrekking op dit onderzoek. De gebruikte literatuur betreft zowel Nederlandstalige als Engelstalige literatuur.

Door middel van literatuuronderzoek zal verder de behoefte van de oncologische cliënt worden onderzocht en zal er worden gekeken naar welke factoren binnen de beeldende therapie bij deze doelgroep daadwerkelijk werkzaam zijn en hoe de cliënt hierop reageert.

4.4.2. Individuele personen

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek zijn individuele personen aangesproken als databron. Onder deze individuele personen vallen de vaktherapeut-respondenten. De vaktherapeuten zijn gedurende geruime tijd werkzaam geweest binnen de oncologie als vaktherapeut. Een deel van de vaktherapeuten is werkzaam binnen een klinische setting. De andere vaktherapeuten hebben een eigen praktijk waarbij ze beeldende therapie aanbieden aan cliënten met kanker. Bij beiden settings worden kankerpatiënten doorverwezen of komen de kankerpatiënten op eigen initiatief.

De inclusiecriteria voor dit onderzoek

- Vaktherapeuten die ervaring hebben met het werken met kankerpatiënten;
- Vaktherapeuten waarbij/onder wie de cliëntengroep binnen de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar valt;
- Vaktherapeuten waarbij/bij wie de cliëntengroep in behandeling is voor kanker of de behandelingen heeft afgerond.

De exclusiecriteria voor dit onderzoek

- Vaktherapeuten die minder dan een jaar binnen de oncologie werkzaam zijn als vaktherapeut;
- Vaktherapeuten die langer dan een jaar niet meer werkzaam zijn geweest binnen de oncologie als vaktherapeut;
- Vaktherapeuten waarbij/onder wie de cliëntengroep buitende leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud valt;
- Vaktherapeuten die alleen kankerpatiënten tijdens de palliatieve fase begeleiden.

De beeldend therapeuten die zijn geïnterviewd

Margriet Gordijn

Momenteel werkzaam in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.
Heeft 18 jaar binnen de oncologie gewerkt en is nog steeds werkzaam binnen de oncologie.
Behandelt cliënten tijdens en na de behandelfase.

Janneke Steentjes

Momenteel werkzaam bij AxionContinu.
Heeft 3 jaar binnen de oncologie gewerkt en is nog steeds werkzaam binnen de oncologie.
Behandelt cliënten tijdens de behandelfase.

Yvonne Peschier

Momenteel werkzaam bij het Erasmus MC.
Heeft 10 jaar binnen de oncologie gewerkt en is nog steeds werkzaam binnen de oncologie.
Werkt voornamelijk bij klinische patiënten aan het bed, dus tijdens een ziekenhuisopname.
Daarnaast behandelt ze poliklinische patiënten.

Wike de Klerk

Momenteel werkzaam in haar eigen praktijk.
Heeft 11 jaar binnen de oncologie gewerkt en is nog steeds werkzaam binnen de oncologie.
Behandelt cliënten tijdens en na de behandelfase.

4.5. Kwaliteitscriteria

Onderzoek dient aan verschillende kwaliteitseisen te voldoen. Binnen een praktijkgericht onderzoek zijn de kwaliteitseisen bruikbaarheid en betrouwbaarheid het meest van belang. De bruikbaarheid wordt gegarandeerd als de inhoud zowel in vorm als op praktisch niveau bruikbaar is (Willemars, 2020). De betrouwbaarheid in dit onderzoek is gebaseerd op de nauwkeurigheid en de zorgvuldigheid van de werkwijze van het onderzoek (Smeijsters, 2006). De resultaten die in dit onderzoek naar voren komen, moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn (Baarda et al., 2013). De betrouwbaarheid blijkt uit de hieronder genoemde kwaliteitscriteria van Smeijster (2006).

Geloofwaardigheid

De resultaten van dit onderzoek zijn geloofwaardig, omdat deze vanuit meerdere perspectieven en door middel van verschillende dataverzamelingstechnieken zullen worden verzameld. De resultaten komen voort uit de ervaringen, belevingen en de professionaliteit van de respondenten en vanuit betrouwbare literatuur. Deze resultaten worden samengebracht en met elkaar vergeleken en tot slot door middel van triangulatie verwerkt en uitgeschreven.

Betrouwbaarheid

De resultaten van dit onderzoek zijn zo compleet mogelijk. Door vanuit verschillende perspectieven naar het vraagstuk te kijken en door meerdere onderzoeksmethoden te gebruiken wordt geprobeerd om zo goed en volledig mogelijk de deelvragen te beantwoorden, waarna de hoofdvraag ook beantwoord kan worden.

Daarnaast zal er richting het einde van het onderzoek feedback worden gevraagd aan de opdrachtgevers en drie professionals binnen vaktherapie en oncologie. Op deze manier wordt er vanuit de praktijk gekeken of het onderzoek en de resultaten ervan compleet en volledig zijn beschreven.

Conformiteit

Door conformability moet de lezer van het onderzoek kunnen volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Door middel van hoofdstuk 4 “Onderzoeksopzet” van dit onderzoek wordt weergegeven volgens welke methodes het onderzoek wordt uitgevoerd. Daarnaast zijn de transcripties van de interviews en de uitwerking hiervan, die volgens de gefundeerde theorie is uitgevoerd, terug te vinden in de bijlagen. Ook is de gedragscode beschreven en opgenomen in bijlage 1. Door deze processen in de bijlagen te zetten ontstaat er meer transparantie over de stappen die zijn doorlopen binnen het onderzoek. Dit zorgt er ook voor dat het onderzoek controleerbaar is. Daarnaast zijn de bronnen die zijn gebruikt in de literatuurlijst opgenomen in de literatuurlijst. Dit zorgt ook weer voor extra transparantie. Door transparant te zijn over het verloop van het onderzoek, is het voor de lezer van het onderzoek ook duidelijk zichtbaar welke stappen er zijn ondernomen om tot de resultaten te komen.

Overdraagbaarheid

De onderzoeksresultaten worden zo beschreven dat duidelijk wordt hoe de context er voorheen uit zag en hoe het onderzoek kan bijdragen aan vernieuwing binnen deze context. Ook wordt duidelijk

beschreven wat de overeenkomsten zijn van de context tijdens het onderzoek en de vernieuwing binnen deze context.

Authenticiteit

Door gebruik te maken van een semigestructureerd interview wordt aan de respondenten een eerlijke kans geboden om hun eigen ervaringen, bevindingen en visie met betrekking op de vaktherapie binnen de oncologie in te brengen. Er wordt geïnterviewd aan de hand van een topiclijst. Dit gaf de respondenten de kans om een eigen invulling te geven aan de onderwerpen die werden benoemd en besproken. Aan de hand van de antwoorden van de respondenten is doorgevraagd om zo tot een zo compleet en goed mogelijk beeld te komen van de eigen visie van de respondenten.

4.6. Omstandigheden

Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode van Covid-19. Covid-19 heeft voor verschillende belemmeringen bij de uitvoering van dit onderzoek gezorgd. Het was niet mogelijk om dit onderzoek binnen een organisatie uit te voeren. Hierdoor was het niet mogelijk om binnen een organisatie de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de beeldende therapie bij de kankerpatiënten te toetsen. Daarnaast was het lastig om in contact te komen met de doelgroep. Meerdere organisaties en instellingen gaven aan dat de cliënten niet geïnterviewd mochten worden vanwege de privacywetgeving. Daarnaast zijn de groepen van de doelgroep op sociale media tegenwoordig afgeschermd. Het was dus ook niet mogelijk om de doelgroep via sociale media te bereiken.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden alle resultaten die zijn verkregen vanuit de verschillende databronnen beschreven. Op elke deelvraag zal er antwoord worden gegeven, door middel van de informatie die is verkregen vanuit de literatuur en de interviews.

5.1. Deelvraag 1

Op welke manier uit de distress zich bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud?

5.1.1. Dataverzameling

5.1.1.1. Literatuur

Uit de inhoudelijke oriëntatie, de onderzoekskwestie en de aanvullende literatuur uit bijlage 4, is gebleken dat de ziekte van kanker, naast de fysieke gevolgen, ook veel psychische problematieken met zich meebrengt. De overkoepelende term voor deze problematieken is distress. Van de vrouwen met kanker ervaart 43% distress en ook bij mannen is de gemeten distress continu hoog aanwezig (Radl et al., 2018; Saw et al., 2018). Onder de term distress vallen de volgende problematieken: depressie, angsten, paniek, sociale isolatie, verlies, vermoeidheid, pijn, boosheid, verstoord zelfbeeld, existentiële en spirituele crisis (Radl et al., 2018; Van de Velde et al., 2017; Saw et al., 2018; Rhondali, 2013; Lindemalm, Granstam-Björneklett, Bergkvis, Ojutkangas, & Strang, 2012). De meerderheid van de patiënten ervaart meteen na de diagnose psychosociale- en verwerkingsproblematiek, voornamelijk in het eerste jaar na de diagnose. De prevalentie van de angstproblematiek en depressie nemen na dit eerste jaar af. De psychosociale problematieken met betrekking op een negatief zelfbeeld, seksualiteit en de angst voor de terugkeer van de ziekte kunnen langer dan een jaar aanwezig blijven. De patiënten met een laag inkomen, jonge borstkankerpatiënten, patiënten waarbij er sprake is van comorbiditeit en patiënten die voorafgaand aan de diagnose al kwetsbaar waren, vormen de risicogroep tot het verder ontwikkelen van psychische problematieken (Integraal Kankercentrum Nederland, 2019). Ongeveer één derde van de opgenomen kankerpatiënten en een kwart van de poliklinische kankerpatiënten ervaart psychologische comorbiditeit (Gil Moncayo et al., 2008; Singer et al., 2010).

Uit onderzoek is gebleken dat 70% tot 80% van de kankerpatiënten die in behandeling zijn vermoeidheidsproblematieken ervaart. Dit is 50% tot 75% bij mensen met gemetastaseerde kanker en 20% tot 30% bij kankerpatiënten die de behandeling hebben afgerond (Van de Velde et al., 2017). Daarnaast geeft 91% van de kankerpatiënten aan klachten te ervaren met betrekking op zich zorgen maken, nerveusheid, somberheid en prikkelbaarheid (Saw et al., 2018). Bij borstkankerpatiënten is het percentage voor depressie en angstproblematiek zelfs 50% (Burgess et al., 2005; Thyme et al., 2009). Door 59% van de kankerpatiënten die in behandeling zijn wordt pijn ervaren en dit is 33% voor de mensen die genezen zijn van kanker. Deze pijn heeft ook invloed op de psychologische component en de kwaliteit van leven van de patiënt. Pijn kan leiden tot angst, depressie, verstoorde slaap en afname van sociale interacties (Van de Velde et al., 2017). Dit betekent dat wanneer de pijn wordt behandeld en afneemt dit een positieve invloed kan hebben op de angst- en depressieve klachten. Naast de pijnklachten ervaart de kankerpatiënt ook problemen op het gebied van het zelfbeeld. Het seksueel functioneren heeft invloed op het zelfbeeld van de patiënt. Door de tumor zelf of door de bij de behandeling opgelopen schade, leidt dit in 30% van de gevallen tot blijvende problematieken bij het seksueel functioneren (Van de Velde et al., 2017).

Tot slot spelen existentiële problematieken ook een belangrijke rol binnen het ziekteproces, zoals betekenis geven en het bewust zijn van de waarde van het leven (Lindemalm et al., 2012). Om de problematieken van de cliënt binnen de beeldende therapie goed in kaart te brengen, kan er gebruik worden gemaakt van het draaglast-draagkrachtmodel en de window of tolerance. Door middel

van het draaglast-draagkrachtmodel kan er worden gekeken wat de distress bij de kankerpatiënt veroorzaakt en op welke manier de ziekte invloed heeft op de draagkracht van de patiënt. Om inzicht te krijgen in de bandbreedte van het vermogen van de kankerpatiënt om cognitief te kunnen functioneren en emoties te kunnen verdragen, kan de window of tolerance worden gebruikt (De Haes Gualthérie, Van Wezel, & Sanderman, 2017). Beide modellen zijn terug te vinden in bijlage 4. Door middel van deze modellen kan binnen de beeldende therapie worden gekeken naar de manier waarop distress zich uit bij de kankerpatiënten.

5.1.1.2. Interviews

Kankerpatiënten kunnen tijdens het horen van de diagnose midden in hun leven staan. Ook kan de kankerpatiënt juist al aan het vertragen zijn, omdat het pensioen nadert. De kankerpatiënt kan ook al enige tijd klachten ervaren. De kankerpatiënt wordt dan abrupt uit het leven getrokken (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

In het interview met Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) benoemt Margriet Gordijn dat zij de doelgroep van kankerpatiënten onderverdeelt in drie lagen van een piramide. De onderste laag, dus de grootste laag, omvat de mensen die kanker krijgen en redelijk goed herstellen. De middelste groep is al wat kleiner dan de onderste groep en dit zijn de mensen die met een enkele hulpverlener echt goed verder kunnen. De mensen die binnen deze groep psychosociale hulp nodig hebben, kloppen vaak zelf aan bij de beeldende therapie. De laatste groep, het puntje van de piramide, redt het niet zelf. Zij halen niet voldoende uit het eigen netwerk en hebben ook niet voldoende hulp aan een enkele hulpverlener. De mensen die in deze top van de piramide zitten, hebben ernstige klachten en hebben vaak ook een bepaald copingmechanisme dat ze zichzelf in het verleden hebben aangeleerd. Dit copingmechanisme is in de huidige situatie niet meer passend. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) benoemt dat er bij het krijgen en hebben van kanker ook veel stress komt kijken. Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) benoemt dat kanker zorgt voor een chronische stress-situatie. Ze gebruikt de overkoepelende term distress als zij het heeft over de problematieken (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

Het kan zijn dat de kankerpatiënt al eerder iets in zijn of haar leven heeft meegemaakt, bijvoorbeeld een andere ziekte of trauma vanuit de jeugd (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3). Wanneer hiervan sprake is, kan dit de situatie zeer complex maken en is het probleem niet makkelijk op te lossen (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1). Het kan twee kanten op werken. Wanneer iemand al eens iets heeft meegemaakt en daar doorheen is gekomen, dan kan dat draagkracht geven. Maar er zijn ook mensen bij wie het trauma opnieuw wordt getriggerd en de problematiek opnieuw naar boven komt. Daarnaast kan de soort kanker en de plek waar het zit de situatie ook complexer maken (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3).

Uit de interviews komen verschillende problematieken naar voren die onder distress vallen, namelijk verlies, moeite met acceptatie, vermoeidheid, depressieve klachten, sociaal isolement, angst, spanning, pijn, verstoord zelfbeeld, existentiële problematieken en de invloed van de omgeving hierop. Verlies, vermoeidheid, angst, spanning, zelfbeeld en existentiële problematieken komen hierbij het meest naar voren. Daarnaast speelt de omgeving ook een belangrijke rol.

De problematieken met betrekking op verlies en moeite met acceptatie kunnen zich op verschillende manieren voordoen. Tijdens het ziekteproces kan bijvoorbeeld de kankerpatiënt zijn baan kwijtraken, zijn relatie verliezen, zijn huis moeten verkopen en daarnaast nog steeds niet weten of hij eigenlijk wel verder kan met zijn leven of niet. Tijdens het ziekteproces kan de patiënt ook zijn of haar fertiliteit verliezen door de ziekte zelf of door de behandelingen. Ook zijn er kankerpatiënten die zwaar getroffen zijn door de kanker en daardoor bepaalde functies niet meer kunnen uitoefenen (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1). Vaak is het voor de patiënt moeilijk om de beperkingen van het lichaam te accepteren. Ze kunnen niet alles meer doen wat ze gewend waren van vroeger. Ze gaan de strijd aan met het lichaam en wat het lichaam nog kan. Ze worden dan ook regelmatig teruggefloten door het lichaam (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4).

Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) en Janneke Steentjes (Bijlagen 3 transcript 2) benoemen beiden dat vermoeidheid ook een belangrijke rol speelt bij kankerpatiënten. Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) geeft aan dat de vermoeidheid heel erg op lichamelijk vlak is, maar ook dat er op mentaal gebied vermoeidheid speelt. Mensen zijn het zat om het steeds over hun ziekte te hebben en ze zijn moe van alle behandelingen. Cliënten geven bij Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) aan dat ze geen zin hebben om het over de problematiek te hebben en dat ze willen ontspannen, genieten en de gedachten willen verzetten. Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) geeft daarbij nog aan dat de vermoeidheid kan voortkomen uit het feit dat de patiënt dan al vaak gewend is om de schouders eronder te zetten, het aan te pakken en niet te zeuren, maar door te gaan. De vermoeidheid kan dus verschillende oorzaken hebben en kan om verschillende manieren van aanpakken vragen binnen de beeldende therapie.

Tijdens en na de behandeling ervaren kankerpatiënten vaak angsten, namelijk de angst hoe het er nu voor staat, hoe hoog de tumormarkers zijn, hoe alles zich gaat ontwikkelen, angst voor de onzekerheid en angst voor een recidief (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4; Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1; Janneke Steentjes, bijlage 3 transcript 2). Ook kan er angst ontstaan na de behandelingen op het moment dat de kankerpatiënt geen zorg meer krijgt en weer wordt losgelaten in het leven en in de maatschappij. Ze moeten het vanaf dat moment alleen doen en willen dan ook vaak de naasten niet belasten. Ze kunnen ook bang zijn om de naasten te vertellen dat ze last hebben van angsten. Door deze angst kunnen ze vaak niet meer ontspannen en kunnen ze ook nergens meer ontspanning uithalen. Ze kunnen hierdoor niet meer genieten van fijne dingen en kijken met angst naar de toekomst. Ze vergeten dat ze vandaag hebben en ze vergeten in het hier en nu te leven (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4).

Door angst kunnen ook existentiële vraagstukken ontstaan, zoals: “Wat kan ik nog?”, “Wat wil ik nog?”, “Hoe heb ik mijn leven tot nu toe geleid?” en “Hoe zou ik het leven nu willen leiden?”. Vragen over zingeving en bestaansrecht komen dan naar boven (Janneke Steentjes, bijlage 3 transcript 2; Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1; Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3). Ook wordt de kankerpatiënt geconfronteerd met de dood (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3).

Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) en Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) benoemen dat zelfbeeld ook een belangrijk thema is bij kankerpatiënten. Mensen kunnen zich anders voelen dan dat ze zich altijd hebben gevoeld. Ze voelen zich van hun sokkel geduwd en dat zorgt voor onzekerheid. Ze voelen zichzelf niet veel meer waard en ze kennen zichzelf vaak niet meer terug na de behandeling (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1; Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4). De vragen die dan naar boven komen zijn: “Hoe zie ik er nu uit?” en “Ben ik nog mezelf?” (Janneke Steentjes, bijlage 3 transcript 2). Bij deze patiënten daalt het gevoel van eigenwaarde sterk (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4).

De problematieken die minder vaak werden aangehaald in de interviews, maar wel ter sprake kwamen zijn depressieve klachten, sociaal isolement en pijnklachten. Kankerpatiënten voelen zich soms tijdens het ziekteproces alleen en/of heel gedgeprimeerd. Ze kunnen zich onbegrepen voelen en daardoor in een sociaal isolement belanden (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1; Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4). Ook kunnen kankerpatiënten veel last van hun lichamelijke klachten hebben tijdens en na de behandelingen (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

De omgeving van de kankerpatiënt heeft ook een grote invloed op het welzijn van de patiënt. In de maatschappij heerst een groot onbegrip voor de kankerpatiënten die net de behandelingen achter de rug hebben en weer moeten deelnemen aan de maatschappij. Er wordt gedacht: “Je bent nu toch klaar en weer gezond?”. Het gaat echter vaak met betrekking op het psychologisch welzijn niet goed met deze patiënten. Het is voor de naasten lastig om te begrijpen waar de patiënt doorheen gaat (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4; Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1). Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1), Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) en Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) benoemen dat het hierdoor van groot belang is om de naasten niet te vergeten en ze ook bij de behandeling te betrekken.

5.1.2. Triangulatie en conclusie

Vanuit de literatuur en vanuit de interviews komen verschillende problematieken naar voren, waarvan een groot deel met elkaar overeenkomt. De problematieken die in beide databronnen worden genoemd zijn depressie, angsten en paniek, sociale isolatie, verstoord zelfbeeld, pijn, vermoeidheid en existentiële problematieken. De problematieken die daarbuitenom worden genoemd in de literatuur zijn boosheid en spirituele crisis. Uit de interviews kwamen ook de problematieken met betrekking op spanning en moeite met acceptatie naar voren. Ook werd uit de interviews duidelijk dat de omgeving van de kankerpatiënt een belangrijke rol speelt. In de literatuur staan de percentages vermeld in welke mate de distress en de problematieken die kankerpatiënten ervaren voorkomen. Echter, daarin wordt niet beschreven hoe deze problematieken zich voordoen en hoe zij tot uiting komen bij de kankerpatiënten. De interviews zijn een goede aanvulling op de literatuur om inzicht te krijgen in hoe de problematiek zich uit bij de kankerpatiënten.

Binnen de literatuur én de praktijk wordt de term distress gebruikt. Zoals eerder in dit onderzoek is beschreven, is dit een overkoepelende term voor de verschillende problematieken die de kankerpatiënten ervaren. 43% van de vrouwen met kanker ervaart deze distress en ook bij mannen is distress continu hoog aanwezig. Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) gebruikt een piramide om aan te duiden welk deel van de kankerpatiënten distress ervaart. Hierbij benoemt zij dat een deel van het middelste gedeelte en het hele gedeelte van de top van de piramide distress ervaart. De 43% procent van de vrouwen die distress ervaren en de mannen bij wie de distress continu hoog aanwezig is, zouden ingevuld kunnen worden in deze piramide in de helft van de middelste groep en in de top van de piramide.

Uit onderzoek is gebleken dat 70% tot 80% van de kankerpatiënten, die in behandeling zijn, vermoeidheidsproblematieken ervaren. Dit is 50 tot 75% bij mensen met gemetastaseerde kanker en 20% tot 30% bij kankerpatiënten die de behandeling hebben afgerond. De resultaten vanuit de interviews sluiten aan bij deze percentages. Vermoeidheid is een veel voorkomende problematiek bij kankerpatiënten. Het uit zich fysiek en mentaal. Bij de mentale vermoeidheid heeft de kankerpatiënt het liever niet over de ziekte en ligt de hulpvraag voornamelijk in het aanbieden van ontspanning en afleiding.

Daarnaast geeft 91% van de kankerpatiënten aan klachten te ervaren met betrekking op zich zorgen maken, nerveusheid, somberheid en prikkelbaarheid. De problematieken met betrekking op zich zorgen maken en de somberheid werden ook genoemd in de interviews. De somberheid uit zich bij de kankerpatiënt in het alleen en gedeprimeerd voelen, waarbij ook veel verdriet komt kijken. Bij de kankerpatiënt uit de problematiek, met betrekking op het zich zorgen maken, uit dit zich in angsten en zorgen over nu en over de toekomst. Ook maken de patiënten zich zorgen over hun lichaam. Dit heeft ook weer betrekking op het zelfbeeld.

Door 59% van de kankerpatiënten die in behandeling zijn wordt pijn ervaren en dit is 33% bij de mensen die genezen zijn van kanker. Deze pijn heeft ook invloed op de psychologische component en de kwaliteit van leven van de patiënt. Pijn kan leiden tot angst, depressie, verstoorde slaap en afname van sociale interacties. Binnen de interviews wordt er echter weinig verteld over het gegeven dat kankerpatiënten pijn ervaren. Wel wordt er benoemd dat kankerpatiënten veel last kunnen hebben van hun klachten. Het zou kunnen zijn dat de pijn zich uit in andere vormen van problematiek, zoals hierboven beschreven is, namelijk angst, depressie, verstoorde slaap en afname van sociale interacties. Wel kan geconcludeerd worden dat de pijnklachten binnen de beeldende therapie in de praktijk niet centraal staan, maar dat de focus ligt op de andere eerdergenoemde problematieken.

Uit de interviews wordt duidelijk dat het zelfbeeld ook een belangrijk thema is voor kankerpatiënten. Dit sluit aan bij de literatuur die betrekking heeft op het zelfbeeld van de kankerpatiënten. De kankerpatiënten kunnen zich anders voelen dan dat ze zich altijd hebben gevoeld. Ze voelen zichzelf niet veel meer waard en ze kennen zichzelf vaak niet meer terug na de behandeling. De vragen die dan kunnen ontstaan bij de patiënt zijn: "Hoe zie ik er nu uit?" en "Ben ik nog mezelf?". Daarnaast heeft het seksueel functioneren ook invloed op het zelfbeeld van de patiënt. De tumor zelf of door de behandeling opgelopen schade, leidt in 30% van de gevallen tot blijvende problematieken met betrekking op het seksueel functioneren. Ook kan dit leiden tot onzekerheid met betrekking op het zelfbeeld bij de kankerpatiënten. Kortom de eigenwaarde daalt sterk.

De literatuur en de informatie uit de interviews sluiten ook goed bij elkaar aan, als het gaat om de existentiële problematiek. Bij de kankerpatiënt komt dit tot uiting in de vorm van vragen. Deze vragen hebben betrekking op de zingeving en het bestaansrecht. Daarnaast worden de kankerpatiënten ook geconfronteerd met de dood. Dit zorgt ook voor gedachten met betrekking op de dood. Vragen die kunnen ontstaan bij kankerpatiënten zijn: “Wat kan ik nog?”, “Wat wil ik nog?”, “Hoe heb ik mijn leven tot nu toe geleidt?” en “Hoe zou ik het leven nu willen leiden?”.

Wat niet wordt benoemd in de literatuur, maar wat wel als belangrijk aspect naar voren komt vanuit de interviews, is dat de omgeving ook een belangrijke rol speelt binnen de vorming en uiting van de bovengenoemde problematieken. Dit heeft betrekking op de naasten en de maatschappij. Er bestaat op dit moment namelijk nog het beeld dat kankerpatiënten na het afronden van de behandelingen weer gezond zijn en het leven weer aankunnen. Echter, dit is in de meeste gevallen niet het geval. De verschillende problematieken komen op verschillende manieren tot uiting en binnen de maatschappij is daar nog weinig oog voor. Het is de taak van de beeldend therapeut om oog te hebben voor al deze problematieken. Modellen die de beeldend therapeut hierbij zouden kunnen ondersteunen, zijn het draaglast- en draagkrachtmodel en de window of tolerance.

De manier waarop distress zich bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud uit, kan worden onderverdeeld in verschillende vormen van problematiek, namelijk depressie, angsten, paniek, sociale isolatie, verstoord zelfbeeld, pijn, vermoeidheid, existentiële problematieken, boosheid, spirituele crisis, spanning en moeite met acceptatie. De manier waarop deze verschillende problematieken zich uiten is eerder in deze paragraaf beschreven. Samen vormt dit het antwoord op deelvraag 1 “Op welke manier uit de distress zich bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud?”. Daarnaast biedt het antwoord op deze vraag ook de benodigde informatie om later in dit onderzoek na te gaan of uit de resultaten vanuit de literatuur en de interviews naar voren komt dat de beeldende therapie daadwerkelijk effect heeft gehad op de problematieken die in deze paragraaf zijn beschreven.

5.2. Deelvraag 2

Welke vormen of methoden van beeldende therapie worden er in de praktijk toegepast binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar die distress ervaren?

5.2.1. Dataverzameling

5.2.1.1. Literatuur

Vanuit de literatuur komen verschillende vormen en methoden van beeldende therapie, die binnen de oncologie wordt toegepast, naar voren. In deze paragraaf worden deze verschillende vormen en methoden toegelicht.

De interventie-opzet van de onderzoeken van Geue et al. (2012) en Geue, Richter, Buttstädt, Brähler en Singer (2013) heeft verschillende raakvlakken met de Self-Book Art Therapy van Radl et al. (2018). Bij alle drie de interventiemethoden wordt er door de cliënt een boek gemaakt. Het doel van het maken van dit boek is dat de cliënt op deze manier zijn of haar emoties met betrekking op het ziekteproces en de coping kan uiten en documenteren (Geue et al., 2012; Geue et al., 2013; Radl et al., 2018). Bij de Self-Book Art Therapy wordt er bij het maken van het boek gebruik gemaakt van collagetechnieken. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek thema. De interventie bestaat uit 6 sessie van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek (Radl et al., 2018).

In het onderzoek van Geue et al. (2012) worden er verschillende materialen en methoden gebruikt bij het maken van het boek. Daarnaast vindt het maken van het boek bij de onderzoeken van Geue et al. (2012) en Geue et al. (2013) pas in de derde fase plaats. Voorafgaand aan de derde fase wordt er in de eerste fase aandacht besteed aan experimenteel tekenen (blindtekenen en spiraaltekenen). In de tweede fase wordt er kennis gemaakt met aquarelverf. Door middel van aquarelverf wordt er vormgegeven aan het innerlijke beeld, waarbij persoonlijke gedachten en gevoelens worden gevormd met het doel om de zelfperceptie en -reflectie te vergroten. Hierbij worden emoties en zelfportretten getekend (Geue et al., 2012; Geue et al., 2013).

Tabel 6, waarbij de behandeling van Self-Book Art Therapy verder wordt toegelicht, is te vinden in bijlage 4 op bladzijde 196.

Een andere vorm van beeldende therapie, die vanuit de literatuur naar voren komt, is Mindfulness-Based Art Therapy. De Mindfulness-Based Art Therapy bestaat uit: het tekenen van een zelfportret, bewustzijn van sensorische stimuli, het beeldend maken van zelfzorgen, beeldend werken om bij te dragen aan mindfulness en het maken van afbeeldingen van stressvolle en fijne momenten.

Daarnaast worden ook de volgende mindfulness activiteiten toegepast: bodyscanmethoden, zittende meditatie, voorzichtige Hatna yogapositionen, wandelmeditatie en bewust ademhalen. Tot slot worden er ook 5 leerzame sessies aangeboden die gaan over de thema's voeding, beweging, stressreductie, de kans op kanker binnen de familie en het managen van de vermoeidheid (Monti et al., 2005). In dit onderzoek werkte een sociaal werker samen met een klinisch psycholoog. Er is geen beeldend therapeut genoemd in het onderzoek van Monti et al. (2005). Tabel 7, waarbij de behandeling van Mindfulness-Based Art Therapy verder wordt toegelicht, is te vinden in bijlage 4 op bladzijde 197. Binnen de interventie van het onderzoek van Puig et al. (2006) wordt er ook gebruik gemaakt van meditatieoefeningen.

Uit de literatuur komen meerdere onderzoeken naar voren die gebruik maken van kortdurende individuele beeldende interventies, namelijk uit de onderzoeken van Saw et al. (2018), Thyme et al. (2009) en Svensk et al. (2008). In het onderzoek van Saw et al. (2018) wordt de beeldende therapie aan bed aangeboden met behulp van verschillende materialen. Na afloop blijven deze materialen liggen (Saw et al., 2018). De onderzoeken van Thyme et al. (2009) en Svensk et al. (2008) bestaan uit 5 sessies. Binnen de interventie van het onderzoek van Svensk et al. (2008) staan drie doelen centraal, namelijk aandacht besteden aan het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress.

Tijdens de sessies worden steeds dezelfde materialen gebruikt (Svensk et al., 2008). Tijdens de interventie van het onderzoek van Thyme et al. (2009) werden de cliënten aangemoedigd om hun emoties en gedachten te uiten. Het omhooghalen van deze emoties wordt binnen de interventie gezien als een belangrijk aspect. Elke sessie worden dezelfde materialen aangeboden, namelijk oliekrijt, aquarelverf, potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier. De eerste sessie focust zich op het visualiseren van gevoelens. Deze gevoelens worden door de cliënt door middel van tekeningen weergegeven. Er werd tijdens deze sessie een woord genoemd en de cliënt moest hierbij een tekening maken. Tijdens de tweede sessie werd er een levensgrote omlijning van het lichaam gemaakt. Binnen de uitlijning moesten de deelnemers verschillende emoties weergeven. Deze techniek is gebaseerd op de methode van Luzzatto, Sereno en Capps (2003). Tijdens de derde en vierde sessie mochten de cliënten vrij schilderen. De laatste sessie werden alle werken tentoongesteld en werd er aandacht besteed aan de conclusie (Thyme et al., 2009). De interventies van de onderzoeken van Thyme et al. (2009) en Svensk et al. (2008) zijn gebaseerd op verschillende methodieken, namelijk op die van Betensky (1995), en Luzzatto et al. (2003). Het onderzoek van Bar-Sela, Atid, Danos, Gabay en Epelbaum (2007) is gebaseerd op de antroposofie. Tijdens de interventies werd er geschilderd met aquarelverf. Het doel van de beeldende therapie was het reduceren van de distress, waaronder vermoeidheid en depressieve klachten (Bar-Sela et al., 2007).

De semigestructureerde beeldende therapie die in het onderzoek van Puig et al. (2006) wordt toegepast, is gebaseerd op de positieve psychologie, de humanistische en holistische benadering. Tijdens de beeldende therapie werden de kwaliteiten en eigenschappen van de kankerpatiënt door middel van beeldend werken en verbale communicatie geëxploreerd. De eerste sessie werd er gekeken naar wat het ziekteproces betekent. De tweede sessie was gebaseerd op de holistische benadering. De derde sessie stond in het thema van spiritualiteit en de vierde sessie was gericht op speelsheid. Het is niet duidelijk welke materialen er zijn gebruikt. Wel is bekend dat creatieve vrijheid binnen deze interventie centraal stond (Puig et al., 2006).

Er zijn verschillende onderzoeken die niet goed onder te verdelen zijn in bepaalde vormen of methodieken die betrekking hebben op de beeldende therapie, namelijk de onderzoeken van Nainis et al. (2006) en Vianna et al. (2013). Tijdens de interventie van het onderzoek van Nainis et al. (2006) wordt er gebruik gemaakt van verschillende materialen, namelijk kaarten, tekenmateriaal, logboeken, schildermateriaal, stempels, houten kistjes, sieraden. Daarnaast worden er ook nog andere materialen gebruikt, maar die worden verder niet toegelicht (Nainis et al., 2006).

Tijdens de interventie van het onderzoek van Vianna et al. (2013) wordt verhalend gewerkt en wordt er imaginatie toegepast. De interventies bestaan uit het maken van een mandala, de magische doos, ruiken aan bloemen, de eigen tuin, relikwieënkastje, van nacht naar licht, het huis, het openen van het hart, de zandstad, de geheime tuin, de vlinder, de innerlijke torens, het dagboek en imaginatie (Vianna et al., 2013).

5.2.1.2. Interviews

Vanuit de literatuur zijn verschillende thema's naar voren gekomen. Deze thema's hebben betrekking op de wijze waarop de beeldende therapie wordt aangeboden. Deze thema's worden in deze paragraaf verder toegelicht.

Uit de interviews komt naar voren dat er een tweedeling is in de frequentie van de beeldende therapie. Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) biedt ongeveer 10 sessies aan die elk 60 minuten duren. Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) biedt gemiddeld 6 sessies aan, waarbij ze minimaal 1 sessie en maximaal 12 sessies aanbiedt. Margriet Gordijn en Janneke Steentjes liggen dus aardig dicht bij elkaar met betrekking tot de frequentie van de sessies. Janneke (Bijlage 3 transcript 2) benoemt in het interview ook, dat iedereen met kanker die bij de organisatie binnenkomt, standaard een proefsessie van beeldende therapie krijgt. Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) laat de frequentie meer afhangen van de cliënt, maar zit ook op een gemiddelde van 10 à 12 keer, waarbij ze ook twee keer een heel jaar aan iemand therapie heeft gegeven. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) kijkt hierbij ook naar de behoefte van de cliënt en past daar de frequentie van de behandelingen op aan. Yvonne Peschier benoemt ook in het interview dat het erg afhangt van de fase waarin de kankerpatiënt zich bevindt.

Wanneer de kankerpatiënten meteen bij binnenkomst zijn aangemeld en een lang traject door moeten, dan zal de beeldende therapie ook langer duren. Echter, als de kankerpatiënt in de afronding van de behandelingen zit, dan zal de patiënt een minder lange beeldende therapiebehandeling krijgen. De frequentie kan bij Yvonne Peschier oplopen tot 20 keer en elke sessie duurt ongeveer 45 minuten (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3).

Uit de interviews komt één duidelijke module naar voren die wordt gebruikt, namelijk de module van Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1). Zoals eerder is benoemd in deze paragraaf, bestaat de module uit 10 behandelingen, waarbij elke sessie 60 minuten duurt. De eerste drie behandelingen gaan over het opbouwen van vertrouwen. De cliënt moet tijdens deze sessie handvatten krijgen om geactiveerd te worden om beeldend aan het werk te gaan. Margriet Gordijn benoemt dat vooral deze mensen die zoiets heftigs hebben meegemaakt, moeite hebben met in beweging komen. Margriet Gordijn benoemt dat ze de cliënt naar de beweging toe wil krijgen, opdat de cliënt ervaart dat er wel veel dingen mogelijk zijn. De cliënt moet letterlijk in beweging komen. Margriet Gordijn wil dat de cliënt elke sessie een succeservaring heeft. Dit is volgens Margriet Gordijn essentieel voor de cliënt om het vertrouwen in de toekomst weer terug te krijgen. De eerste drie sessies staan vast. Op deze drie sessies volgen 5 sessies die betrekking hebben op de emoties. Tijdens deze sessies wordt er gekeken naar hoe de cliënt is geraakt door de kanker en hoe de cliënt ermee omgaat. Deze behandelingen zijn op maat ingericht. Hierbij wordt gekeken naar de behoefte van de cliënt. De laatste twee sessies gebruikt Margriet Gordijn om de therapie samen met de cliënt te evalueren. Bij de laatste sessie wordt het werk van de cliënt tentoongesteld in de praktijkruimte van Margriet Gordijn. Dit biedt de cliënt en naasten eventueel de ruimte om terug te kijken op het gemaakte werk. Omdat de module uit 10 sessies bestaat, is er niet genoeg tijd voor intensieve langdurige materialen. Bij deze module wordt er gebruik gemaakt van snelle materialen, zoals klei, verf en met collagemateriaal. Mocht iemand aangeven toch gebruik te willen maken van een ander materiaal, dan is dat ook mogelijk (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

Buiten de module van Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) om wordt er in de interviews geen duidelijke module, vorm of methodiek besproken die binnen de beeldende therapie binnen de oncologie wordt toegepast genoemd in de interviews. Wel vertellen de geïnterviewden hoe zij de beeldende therapie aanbieden en waarom. Dit is onderverdeeld in verschillende thema's, namelijk traumatraject, hier en nu, imaginatie box en verhalend werken, samenwerken en het volgen van de cliënt.

Door Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) wordt de behandeling omschreven als een traumatraject. Zij behandelt de klinische patiënten voornamelijk aan het bed tijdens een ziekenhuisopname. In verband met de vitaliteit van de patiënt en hygiënische maatregelen, kunnen er bepaalde materialen wel of juist niet worden gebruikt in. Bij poliklinische patiënten is bij Yvonne Peschier haar palet aan materialen uitgebreider. De opdrachten en doelen per sessie voor klinische patiënten zijn anders dan voor poliklinische patiënten. Yvonne Peschier geeft aan dat de kankerpatiënt moet leren omgaan met het feit dat ze geen zekerheid hebben en moeten afwachten. Het is hierbij van belang om de cliënt naar het hier en nu te halen. Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) sluit hierbij aan en voegt hieraan toe dat ruimte en houvast bieden ook van groot belang is binnen de beeldende therapie bij kankerpatiënten.

Uit de interviews kwam naar voren dat Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) en Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) ook regelmatig samen met de cliënt aan het werk gaan. Yvonne Peschier benoemt dat de cliënt al erg veel alleen moet doen. Door samen met de cliënt aan het werk te gaan, hoeft de cliënt het traject binnen de beeldende therapie niet alleen aan te gaan. Yvonne Peschier vertelt ook dat ze dan vaak vrij aan het werk gaan en laten komen wat er op dat moment naar boven komt bij de cliënt. De werken die dan worden gemaakt, liggen dicht bij elkaar in de buurt. Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) werkt ook af en toe samen met de cliënt. Dit doet ze, omdat sommige cliënten het vervelend vinden om op de vingers te worden gekeken. Ook biedt het meekijken met Wike de Klerk de cliënt de mogelijkheid om te ontdekken hoe een bepaalde techniek werkt (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4).

Janneke Steentje (Bijlage 3 transcript 2) benoemt in het interview, dat er ook wel eens wordt gewerkt vanuit de imaginatie box. Bij de imaginatie box wordt er gewerkt met kaarten en daarbij wordt een

verhaal bedacht. Het gaat hierbij ook om het visualiseren van mooie plekken. Janneke Steentjes zegt in het interview dat ze zich kan voorstellen dat dit kan helpen bij de mensen die veel pijn ervaren of zich erg misselijk voelen tijdens de behandelingen (Janneke Steentjes, bijlage 3 transcript 2). Wike de Klerk (bijlage 3 transcript 4) werkt soms ook met verhalen om troost en geborgenheid te bieden.

Wat er in de interviews het meest uitspringt, is dat het volgen van de cliënt van groot belang is. Alle vier de vaktherapeuten die zijn geïnterviewd vinden dit belangrijk binnen de beeldende therapie bij kankerpatiënten. Elke cliënt binnen de oncologie is anders en heeft andere behoeften. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) geeft aan dat het materiaal eerst op het fysieke aspect van de cliënt moet aansluiten. Als daarmee een bodem is gelegd, dan ontstaat er stabiliteit en rust. Wanneer er rust en stabiliteit is, dan is er ruimte voor het uiten van de emoties. Yvonne Peschier kijkt per moment hoe ze de cliënt kan ondersteunen en daar stemt ze haar opdrachten en materialen op af (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3). Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) volgt geen vast stramien met betrekking op materialen en werkvormen. Zij kijkt naar wie de mens is en past daar haar werkvorm en materiaal op aan (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4). Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) benoemt dat haar belangrijkste richtlijn binnen de beeldende therapie de cliënt is. Ze sluit elke sessie opnieuw aan bij de behoefte van de cliënt. Ze werkt hierdoor binnen de beeldende therapie van beeld naar beeld (Janneke Steentjes, bijlage 3 transcript 2). Zoals al eerder is benoemd, sluit Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) hier ook bij aan, voornamelijk tijdens de vierde tot en met achtste sessie van de module die zij aanbiedt.

Wat ook veel naar voren komt in de interviews, is de cliënt vertrouwen geven in het proces van nieuwe dingen ontdekken. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3), Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) en Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) geven alle drie in de interviews aan dat zij de cliënt het beeldend werken laten ontdekken. Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) benoemt dat je alle cliënten dezelfde techniek kan geven, maar bij iedere cliënt zal de uitkomst anders zijn en betekent het voor iedereen wat anders. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) laat de handen van de cliënt en van zichzelf het werk doen. Er wordt ingegaan op wat men voelt in het lichaam. Yvonne Peschier noemt dit lichaamsgericht werken. Door de cliënt op deze manier te laten werken ziet Yvonne Peschier een ontlading van emoties ontstaan bij de cliënt. In het hoofd kan de cliënt er misschien geen woorden aan geven, maar wanneer het door het lichaam op het papier komt, is het misschien wel mogelijk om er betekenis aan te geven. Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) gaf aan een cliënt een stuk klei om kennis te maken met dit materiaal. De cliënt is tot vormgeving gekomen en heeft een heel betekenisvol beeld gemaakt. Wike heeft de cliënt geen opdracht gegeven, maar heeft het de cliënt het zelf laten ontdekken. Hierdoor ontstond er voor de cliënt een waardevol beeld, waar de cliënt kracht uit kon halen.

De materialen die er worden gebruikt zijn: klei, pastels, verf, collagemateriaal, aquarelverf, wol vilt en papier. Nat-in-nat schilderen biedt Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) aan, omdat kanker een koude ziekte is en ze daar tegenover warmte en stroming wil aanbieden ter ondersteuning van het afweersysteem en om verkramping te voorkomen. Janneke Steentjes kiest niet snel voor klei, omdat dit koud en hard is. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) maakt ook veel gebruik van aquarelverf en gebruikt daarnaast ook vaak pastels. Yvonne Peschier geeft aan dat beide materialen veel emotie kunnen oproepen. Kankerpatiënten kunnen veel piekeren. Aquarelverf en pastels kunnen de kankerpatiënt helpen om weer in contact te komen met het lichaam. Daarnaast zorgt pastels voor emotionele ontlading. Yvonne Peschier biedt ook soms wol vilt aan ter ontspanning. Ook heeft Yvonne Peschier haar cliënt een keer het papier laten scheuren. Ze heeft dit gedaan, omdat de cliënt hoog in haar emoties zat. Door middel van het scheuren ontstond er ontlading van emoties (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3). Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) biedt klei aan voor houvast en om aan de cliënt een bodem aan te bieden voor de tranen en het verdriet. Echter doet ze dit niet bij elke cliënt. Zoals al eerder is benoemd, past zij de werkvorm aan op de behoefte van de cliënt. Aan iemand die moeite heeft met het uiten van emoties biedt Wike de Klerk aquarelverf aan. Om iemand meer houvast te bieden, biedt Wike de Klerk pastels aan.

Uit de interviews komt naar voren dat voornamelijk de manier waarop de beeldende therapie wordt aangeboden van belang is. Dit wordt afgestemd op de cliënt en daarbij wordt er gekeken welke materialen en welke vormen van de beeldende therapie er passend zijn bij de cliënt.

5.2.2. Triangulatie en conclusie

Binnen de literatuur ligt de focus op het effect van de beeldende therapie binnen de oncologie. De werkvormen en methoden worden binnen de literatuur beknopt beschreven. Ook de houding van de beeldend therapeut wordt nagenoeg niet beschreven. Daartegenover staan de verhalen van de geïnterviewde vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie. Drie van de vier vaktherapeuten handelen niet volgens een duidelijke methodiek of module. De vierde vaktherapeut biedt beeldende therapie aan volgens een door haarzelf ontwikkelde module.

De interviews en de literatuur hebben wel enkele overeenkomsten. Zo wordt er bijvoorbeeld in beide databronnen benoemd dat er werkvormen met aquarelverf worden aangeboden. In de interviews wordt benoemd dat aquarelverf het gevoel aanspreekt. Het werken met aquarelverf kan de cliënt helpen om weer in contact te komen met het lichaam. Daarnaast wordt het ook aan cliënten aangeboden die moeite hebben met het uiten van emoties. De literatuur sluit hierbij aan en biedt aquarelverf aan, zodat de cliënt zijn innerlijke beeld kan vormgeven, waarbij persoonlijke gedachten en gevoelens kunnen worden gevormd en geuit. Hierbij worden door middel van aquarelverf zelfportretten gemaakt. De emoties worden in het zelfportret verwerkt (Geue et al., 2012; Geue et al., 2013). Ook binnen de beeldende therapie die is gebaseerd op de antroposofie, die in de literatuur wordt genoemd, wordt er met aquarelverf gewerkt. Het doel hiervan is het reduceren van distress, waaronder vermoeidheid en depressieve klachten (Bar-Sela et al., 2007).

Op het gebied van imaginatie en verhalend werken zijn er ook overeenkomsten tussen de literatuur en de interviews. Zo wordt er in de interviews bijvoorbeeld de imaginatie box genoemd. Bij de imaginatie box wordt er gewerkt met kaarten en verhalen. Deze kaarten en verhalen worden gebruikt om tot visualisatie te komen. Er wordt in de interviews ook omschreven dat verhalen troost en geborgenheid kunnen bieden.

In de literatuur bij de Mindfulness-Based Art Therapy worden er afbeeldingen gemaakt van stressvolle en fijne momenten. Deze afbeeldingen worden tijdens de mindfulness oefeningen meegenomen (Monti et al., 2005). Ook wordt er in de literatuur beschreven dat er tijdens een interventie verhalend wordt gewerkt en dat hierbij ook imaginatie wordt toegepast (Vianna et al., 2013). In de interviews wordt benoemd dat er per cliënt wordt gekeken hoe de cliënt ondersteund kan worden en daar worden de opdrachten op afgestemd. De interventie in het onderzoek van Svensk et al. (2008) heeft ook als doel om de cliënt te ondersteunen.

Wat er uit de interviews het meest naar voren komt, is de cliënt het vertrouwen geven in het proces van nieuwe dingen ontdekken. Dit werd door de meeste geïnterviewde therapeuten gedaan door middel van het aanbieden van een vrije opdracht, waarbij het materiaal al was bepaald, of het aanbieden van opdrachten waarbij de cliënt direct beeldend moest vormgeven, zodat niet de gedachten maar het gevoel en het lichaam van de cliënt werden aangesproken. In de literatuur worden er meerdere werkvormen aangeboden waarbij ook vrij wordt gewerkt, namelijk in de onderzoeken van Thyme et al. (2009) en in het onderzoek van Puig et al. (2006). Tijdens de eerste sessie van de interventie van het onderzoek van Thyme et al. (2009) werden er door de vaktherapeut woorden genoemd die betrekking hadden op emoties, waarna de cliënt deze direct moest tekenen. Tijdens de derde en vierde sessie van deze interventie mochten de cliënten vrij schilderen. Daarnaast stond tijdens de interventie van het onderzoek van Puig et al. (2006) creatieve vrijheid centraal.

Er kan geconcludeerd worden dat er binnen de interviews en de literatuur enkele overlappingen zijn. Echter, zijn er ook genoeg vormen en methoden van beeldende therapie die enkel binnen de literatuur of binnen de praktijk worden aangeboden. Alle vormen en methodieken van de beeldende therapie zijn terug te vinden in paragraaf 5.2.1.1. en 5.2.1.2. De overeenkomsten van vormen en methoden binnen de beeldende therapie zijn eerder in deze paragraaf beschreven. Dit vormt samen het antwoord op deelvraag 2, namelijk welke vormen en methoden van beeldende therapie die in de praktijk worden toegepast binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar die distress ervaren. Het antwoord op deelvraag twee vormt de basis voor het beantwoorden van deelvraag 3. Nu de vormen, methoden en modulen van de beeldende therapie binnen de oncologie bekend zijn, kunnen de resultaten hieraan worden gekoppeld en kan er worden gekeken wat werkzaam is.

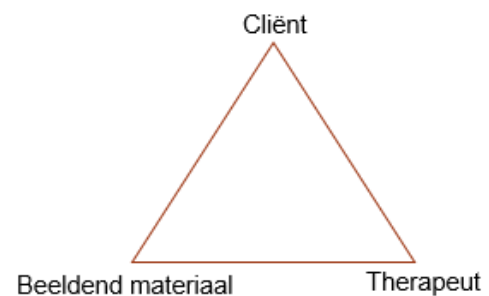
5.3. Deelvraag 3

Hoe verhoudt wat de geïnterviewde vaktherapeuten zeggen over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren zich tot de literatuur en andere databronnen?

5.3.1. Dataverzameling

5.3.1.1. Literatuur

Binnen de beeldende therapie staan drie kernen met elkaar in verbinding, namelijk de cliënt, de therapeut en het beeldend materiaal. Dit is weergegeven in figuur 4. De cliënt is de bepalende factor binnen de beeldende therapie. De therapeut past daar het beeldende materiaal en de attitude op aan. De therapeut ondersteunt, activeert en daagt de cliënt uit tijdens het beeldend werken. De beeldende materialen bieden een andere vorm van communicatie aan en hebben op zichzelf staand een grote invloed op de cliënt (Schweizer, et al., 2009). De creatief-therapeutische driehoek biedt een houvast om de vormen, methoden en modules vanuit de literatuur en interviews te analyseren.



Figuur 4: Creatief-therapeutische driehoek.

Volgens Péntzes, Hooren, Dokter, & Hutschemaekers (2020) is beeldende therapie een ervaringsgerichte therapie, waarbij het beeldend werken wordt ingezet om ervaringen te initiëren. Dit stimuleert verandering, ontwikkeling en stabilisatie en zorgt voor acceptatie van het emotionele, gedragsmatige, cognitieve, sociale, neurologische en fysieke aspect van het functioneren. De meeste beeldend therapeuten zien vaak signalen terug in het beeldend werk van de cliënt met betrekking tot het mentaal welzijn en welke interventies er zouden moeten worden gekozen. De onderliggende veronderstelling die wordt gemaakt, is dat de formele elementen in een beeldend werk laten zien hoe de cliënten werken met de beeldende materialen om tot expressie te komen. Dit is gerelateerd aan het mentaal welzijn van de cliënt (Péntzes et al., 2020). Péntzes et al. (2020) hebben de formele elementen binnen het beeldend werken van de cliënt onderverdeeld in zes hoofdcategorieën. Binnen deze vijf categorieën zijn 17 formele elementen onderverdeeld. De hoofdcategorieën zijn: vorm, compositie, kleur, ruimte en de kwaliteit van het oppervlak. De 17 formele elementen zijn: geometrie, contour, symmetrie, ritme, lijn kwaliteit, lineariteit, beweging, dynamiek, hoeveelheid kleuren, kleur verzadiging, kleur helderheid, kleur tint, mix van kleuren, opgevulde gebieden, gebruikte ruimte, suggestie van ruimte en textuur. In tabel 5 zijn de hoofdcategorieën en de formele elementen die onder de hoofdcategorieën vallen weergegeven. Tabel 5 is terug te vinden in bijlage 4, bladzijde 191. De 17 formele elementen die Péntzes et al. (2020) beschrijft, kan gebruikt worden binnen het analyseren van het beeldend werk van de cliënt. Voor vervolg onderzoek zou dit gebruikt kunnen worden. Daarnaast biedt dit een extra perspectief op de vormen, methoden en modules van beeldende therapie die binnen de literatuur worden benoemd.

Op de volgende pagina wordt in tabel 1 weergegeven welke vormen en methoden er zijn toegepast binnen de beeldende therapie binnen de oncologie, wat de attitude was van de beeldend therapeuten en welk effect de vorm, methode en attitude hebben gehad op de distress van de kankerpatiënt.

Vorm en methode van de beeldende therapie + de attitude van de vaktherapeut	Resultaat
Beeldende therapie en psychotherapie. Nabehandelingen programma. Drie fases: in het begin <i>experimenteel tekenen</i> Tijdens de tweede fase maakten de cliënten kennis met <i>aquarelverf waarbij vormgegeven kon worden aan het innerlijke beeld</i> . In de derde fase werd een individueel boek gemaakt (Geue, 2012).	Uit het onderzoek van Geue (2012) komt naar voren dat de scores met betrekking op de angsten waren afgenomen. De subjectieve ervaring van de cliënten met betrekking tot persoonlijke groei, betekening en expressie en verhoogde emotionele stabiliteit was positief (Geue, 2012).
De manier waarop de beeldende therapie wordt gegeven is niet duidelijk, maar wel welke materialen er worden gebruikt, namelijk: <i>kaarten, tekenmateriaal, logboeken, schildermateriaal, stempels, houten kistjes, sieraden</i> . Daarnaast worden er nog andere materialen gebruikt, maar die worden verder niet beschreven in het onderzoek (Nainis et al., 2006).	36% gaf aan dat beeldende therapie ontspannend was en een kalmerend effect had. 12% voelde zich productief. 90% constateerde dat de sessie hen afleidde en hen focuste op positiviteit. 6% gaf aan dat beeldende therapie helemaal geen effect had. 48% voelde zich comfortabel bij het maken van beeldend werk. 4% voelde zich oncomfortabel bij het maken van beeldend werk (Nainis et al., 2006).
Binnen de interventie van het onderzoek van Svensk et al. (2008) <i>staan drie doelen centraal, namelijk aandacht besteden aan het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress. Tijdens de sessies worden steeds dezelfde materialen gebruikt</i> (Svensk et al., 2008).	Er is een positief significant verschil bereikt op het gebied van het zelfbeeld en toekomstperspectief. Het deelnemen aan de beeldende therapie kan een positief significant effect hebben op de kwaliteit van leven. Beeldende therapie vermindert symptomen die gebruikelijk zijn binnen de oncologie, het vermindert met name angst, depressie en stress en een significante verbetering in het sociaal functioneren, de kwaliteit van leven en de communicatie met vrienden en familie (Svensk et al., 2008).
Tijdens de interventie van het onderzoek van Vianna et al. (2013) wordt <i>verhalend gewerkt en wordt er imaginatie toegepast. De interventies bestaan uit het maken van een mandala, de magische doos, ruiken aan bloemen, de eigen tuin, relikwieënkastje, van nacht naar licht, het huis, het openen van het hart, de zandstad, de geheime tuin, de vlinder, de innerlijke torens, het dagboek en imaginatie</i> (Vianna et al., 2013).	Het resultaat van deze vorm van therapie is vaak een verbetering van fysieke en psychische symptomen (Vianna et al., 2013).
Self-book therapie focust zich op <i>zelfexpressie met betrekking op gedachtes en emoties en laat de cliënt hier een tastbare vorm van maken, wat uiteindelijk zorgt voor zelfbewustzijn en verwerking</i> (Radl et al., 2018). Bij de Self-Book Art Therapy wordt er bij het maken van het boek gebruik gemaakt van <i>collagetechnieken. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek thema. De interventie bestaat uit 6 sessie van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek</i> (Radl et al., 2018).	Met betrekking tot distress was er gedurende het hele therapietraject een positieve trend zichtbaar, maar er werd geen significant verschil gemeten. Wel was er een significant verschil te zien in het spiritueel welbevinden. 30% van de interventiegroep had na de behandelingen een score van onder de 4 op de DT. En hiermee vergeleken slechts 5% van de controlegroep. Bevindingen suggereren dat er binnen de jongere deelnemers van de Self-Book Art Therapy meer resultaat is behaald dan bij de oudere deelnemers (Radl et al., 2018).
Eerste fase: Het leren van experimentele tekentechnieken (blind tekenen, spiraal tekenen) waarbij er een thema wordt gegeven. Tweede fase: Het vormen van persoonlijke gedachtes en gevoelens met het doel om de zelfperceptie en reflectie te vergroten (het tekenen van emoties en zelfportretten). Derde fase: De cliënten maken hun eigen boek, waarin zij hun ziekte en copingstrategieën kunnen verwerken. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van verschillende methoden en materialen (Geue et al., 2012),	Er is geen significant verschil te vinden met betrekking op het geslacht ondanks de stress en de kwaliteit van leven die gemeten is voor en na de interventie. Bij de vrouwen was een reductie te zien van distress en een toename van het zelfvertrouwen en fysieke activiteiten. Mannen ervaren cardiologisch-specifieke voordelen ervaren (Geue et al., 2012),

Vorm en methode van de beeldende therapie + de attitude van de vaktherapeut	Resultaat
Tijdens de interventie van het onderzoek van Thyme et al. (2009) werden de cliënten aangemoedigd om hun emoties en gedachten te uiten. Elke sessie werden dezelfde materialen aangeboden, namelijk oliekrijt, aquarelverf, potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier. De eerste sessie focust zich op het visualiseren van gevoelens. Deze gevoelens worden door de cliënt door middel van tekeningen weergegeven. Er werd tijdens deze sessie een woord genoemd en de cliënt moest hierbij een tekening maken. Tijdens de tweede sessie werd er een levensgrote omlijning van het lichaam gemaakt. Binnen de uitlijning moesten de deelnemers verschillende emoties weergeven. Deze techniek is gebaseerd op de methode van Luzzatto et al. (2003). Tijdens de derde en vierde sessie mochten de cliënten vrij schilderen. De laatste sessie werden alle werken tentoongesteld en werd er aandacht besteed aan de conclusie (Thyme et al., 2009).	Binnen het onderzoek van Thyme et al. (2009) lieten de vrouwen die beeldende therapie kregen een dalende lijn zien in de psychische symptomen. Er was een duidelijke daling te zien in de meting met betrekking tot depressie, angst, en de somatische symptomen bij de vrouwen die deelnamen aan de beeldende therapie.
Tijdens de beeldende therapie werden de kwaliteiten en eigenschappen van de kankerpatiënt door middel van beeldend werken en verbale communicatie geëxploreerd. De eerste sessie werd er gekeken naar wat het ziekteproces betekent. De tweede sessie was gebaseerd op de holistische benadering. De derde sessie stond in het thema van spiritualiteit en de vierde sessie was gericht op speelsheid. Het is niet duidelijk welke materialen er zijn gebruikt. Wel is bekend dat creatieve vrijheid binnen deze interventie centraal stond (Puig et al., 2006).	Wel had het een significant positief effect op de gespannenheid, angsten, depressie, boosheid en verwarring. (Puig et al., 2006).
In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van antroposofische beeldende therapie. Tijdens de interventies werd er geschilderd met aquarelverf. Het doel van de beeldende therapie was het reduceren van de distress, waaronder vermoeidheid en depressieve klachten (Bar-Sela et al., 2007).	Uit het onderzoek van Bar-sela et al. (2007) kwam naar voren dat er een significante vermindering was met betrekking op de symptomen van een depressie. Cliënten ervaren voornamelijk ontspanning en ze benoemen dat het ze ruimte geeft om te kunnen ademen tijdens de chemobehandelingen. Ze konden hun emoties loslaten en voelden zichzelf lichter na de behandelingen. Er is er een vermoeden van een reductie van vermoeidheidsklachten (Bar-sela et al., 2007).
De Mindfulness-Based Art Therapy bestaat uit: het tekenen van een zelfportret, zich bewust zijn van sensorische stimuli, het beeldend maken van het voor zichzelf zorgen, beeldend werken om bij te dragen aan mindfulness en het maken van afbeeldingen van stressvolle en fijne momenten. Daarnaast worden ook de volgende mindfulness activiteiten toegepast: bodyscan-methoden, zittende meditatie, voorzichtige Hatna yogapositions, wandelmeditatie en bewust ademen. Tot slot worden er ook 5 leerzame sessies aangeboden die gaan over de thema's en voeding, beweging, stressreductie, de kans op kanker binnen de familie en het managen van de vermoeidheid (Monti et al., 2005).	Bij deelnemers met een hoog stressgehalte aan het begin van de therapie trad een significante verbetering op met betrekking tot de totale uitkomst. Dit was direct na de behandelingen zichtbaar en ook na 6 maanden was dit nog zichtbaar. De deelnemers die na deze 6 maanden nog 5 extra follow-up sessies volgden, leken de verbeteringen beter te kunnen vasthouden dan de controlegroep (Monti et al., 2005).

Tabel 1: Vormen, methoden, attitude van de vaktherapeut en het resultaat van de beeldende therapie vanuit de literatuur.

5.3.1.2. Interviews

Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) vermeldt dat ze een onderzoek heeft gedaan waarbij ze de distress heeft gemeten bij kankerpatiënten die bij haar in therapie kwamen. Voorafgaand aan de beeldende therapie en de revalidatie scoorden de cliënten die in de bovenste top van de piramide van Margriet Gordijn zitten, een 7 op de distressthermometer. De distressthermometer heeft een bandbreedte van 1 tot en met 10, dus een score van 7 is erg hoog. Na de beeldende therapie en de revalidatie scoorden de cliënten onder de 5. Dit is een significante daling van het distressgehalte. De middengroep scoorde voorafgaand aan de beeldende therapie al lager op de distressthermometer dan de groep uit de top van de piramide, maar na het volgen van de beeldende therapie en de revalidatie scoorden ze ook onder de 5 van de distressthermometer. Margriet geeft aan dat als je goede hulp verleent, dat dan ook de problematiek aanzienlijk afneemt. De eerste drie sessies die Margriet aanbiedt hebben betrekking op het opbouwen van vertrouwen om de cliënten te motiveren om tot beeldende vormgeving te komen. De vijf sessies die daarop volgen hebben betrekking op de emoties. De laatste twee sessies wordt de therapie afgerond, waarbij tijdens de laatste sessie de werken tentoon worden gesteld. Margriet maakt tijdens de sessies gebruik van klei, verf en collagemateriaal (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

Margriet Gordijn benoemt ook dat het mentaliserend vermogen een belangrijk werkzaam onderdeel is van de beeldende therapie. Als mensen stress hebben en in een crisissituatie zitten, dan neemt het mentaliserend vermogen af. Kanker kan gezien worden als een extreme crisissituatie. Door middel van beeldende therapie wordt het mentaliserend vermogen weer gestimuleerd (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

Volgens Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) is het beeldend materiaal zelf ook een werkzame factor van beeldende therapie. Het beeldende materiaal biedt een andere manier van communiceren. Doordat de cliënt iets maakt wat van zichzelf is, laat hij zichzelf zien in het licht van de eindigheid van zijn bestaan. Zelfs in de ergste nood heeft men één vrijheid, namelijk de vrijheid om zich te uiten. Via het beeldend materiaal kan de cliënt laten zien wie hij is en wat zijn bestaan inhoudt. Dit noemt Margriet Gordijn creativiteit. Margriet Gordijn denkt dat als je mensen die in nood zijn weer kennis laat maken met hun creativiteit, dat je ze dan iets heel groots geeft, namelijk hun eigen identiteit "Dit ben ik" (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1).

Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) vertelt in het interview dat vrij werken met de handen zorgt voor het ontladen van emoties. Yvonne Peschier geeft aan dat tijdens deze werkvorm niet bewust gestuurd hoeft te worden richting het uiten van emoties. Wanneer je de handen van de cliënt het werk laat doen en de cliënt vrij laat werken, dan ontstaat er al een ontlading van emoties. Yvonne benoemt dat de materialen pastelkrijt en aquarelverf kunnen zorgen voor deze emotionele ontlading. Het beeldend werk dat de cliënt maakt geeft weer wat de cliënt voelt. Yvonne Peschier werkt tijdens het vrij werken ook vaak samen met de cliënt. Op een ander blad maakt Yvonne Peschier dan ook een beeldend werk. Yvonne benoemt dat het beeldend werk niets hoeft te worden. Alles is goed binnen de beeldende therapie. Op deze manier komt de cliënt meer in contact met zijn lichaam en zal hij minder vastzitten in zijn hoofd. Tijdens deze werkvorm wordt er gewerkt met aquarelverf (Yvonne Peschier, bijlage 3 transcript 3).

Wike de Klerk heeft ook haar cliënt vrij laten werken met klei. Het beeldend werk stond voor de cliënt voor een bepaalde symboliek en hieruit haalde de cliënt veel kracht. Wike de Klerk is ervan overtuigd dat het vrij kunnen ontdekken een werkzame factor is van beeldende therapie binnen de oncologie (Wike de klerk, bijlage 3 transcript 4).

Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) benoemt dat je in de creativiteit nooit weet hoe het gaat uitpakken, dus de route die tijdens de creativiteit wordt afgelegd is onduidelijk en onzeker. Het maakt hierbij niet uit of je als beeldend therapeut een opdracht geeft of niet, wat eruit komt zal altijd verschillen. De cliënt zal dus altijd tijdens de beeldende therapie een onzekere route moeten lopen als hij een beeldend werk gaat maken. De uitkomst is iets van hem- of haarzelf en dat is ego bevestigend. Margriet Gordijn denkt, dat wanneer een cliënt steeds iets onzekers aan moet gaan en wanneer er daarna een succeservaring plaatsvindt, omdat de cliënt iets heeft gemaakt wat van hem- of haarzelf is, dat de cliënt dan ook weer het vertrouwen terug kan vinden om ook na het ziekteproces een onbekende route te lopen en uiteindelijk tot een zinvol leven te komen. Margriet Gordijn ervaart het vertrouwen in het proces als een zeer werkzame factor van de beeldende therapie binnen de

oncologie. De cliënt begint de beeldende therapiesessie niet met de gedachten over het eindproduct in zijn hoofd, maar ontdekt wat er gedurende de sessie plaatsvindt (Margriet Gordijn, bijlage 3 transcript 1). Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) zei in het interview: *“Dat is het mooie van creativiteit en ons vak. Het gebeurt al, dus dat hoeft je helemaal niet in te zetten, want dat zet je al in als je je vak doet”*. Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) gaf hier een mooie aanvulling op in haar interview, namelijk: *“Het gaat uiteindelijk om het proces en ook niet om het resultaat”*.

Uit het interview met Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) blijkt dat zij zich met betrekking op dit aspect niet aansluit bij Margriet Gordijn en Yvonne Peschier. Janneke Steentjes vertelt dat het resultaat juist belangrijk is binnen de beeldende therapie binnen de oncologie. Een mooi en goed resultaat binnen de beeldende therapie zorgt voor positiviteit. Positiviteit zorgt volgens Janneke Steentjes voor een verhoogd welzijn van de cliënt en dit biedt de cliënt ondersteuning tijdens het ziekteproces. Janneke Steentjes kijkt samen met de cliënt binnen de beeldende therapie naar wat er nog wel mogelijk is. De focus binnen de beeldende therapie die Janneke Steentje aanbiedt is gericht op het resultaat. De werkvormen zijn op de cliënt en op het behalen van een positief resultaat afgestemd. Er wordt binnen de beeldende therapie, die Janneke Steentjes aanbiedt, gekeken naar het gezonde deel van de cliënt en niet naar het zieke deel van de cliënt. De cliënten ervaren dit als zeer prettig, omdat ze niet geconfronteerd worden met de ziekte. Veel cliënten geven ook aan dat ze het liefst afleiding en ontspanning willen. Janneke Steentjes biedt hierbij mooie afbeeldingen en mooie materialen aan en maakt gebruik van mooie kleuren. Ze wil de cliënt weer terug in balans brengen, door positiviteit tegenover de narisigheid van de ziekte te zetten. Ze werkt hierbij met aquarelverf met de nat-in-nat techniek. Ook maakt ze gebruik van andere werkvormen en materialen waarbij de kans groot is dat er een positief resultaat uit komt. Janneke Steentjes wil zorgen voor een verrassingsmoment bij de cliënt, dat de cliënt trots is op wat hij heeft gemaakt. Kortom, Janneke Steentjes ervaart dat resultaatgericht werken waarbij er gegarandeerd een mooi resultaat ontstaat een werkzame factor is van beeldende therapie binnen de oncologie (Janneke Steentjes, bijlage 3 transcript 2).

Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) kijkt naar wat de cliënt nodig heeft. Ze maakt ruimte voor de cliënt en biedt houvast. Om houvast te bieden, biedt Wike de Klerk ook wel eens klei aan tijdens de beeldende therapie. Echter, ze doet dit niet bij elke cliënt. Ze biedt een thema en werkvorm aan die passend is bij de cliënt en bij het moment. Wike de Klerk biedt dan ook geregeld een verhaal aan waarmee iemand zich kan identificeren. De werkvormen die Wike de Klerk aanbiedt, bieden geborgenheid en troost. Aan iemand die moeite heeft met het uiten van emoties biedt Wike de Klerk aquarelverf aan. Om iemand meer houvast te bieden, biedt Wike de Klerk pastelkrijt aan (Wike de Klerk, bijlage 3 transcript 4).

5.3.2. Triangulatie en conclusie

Wanneer de resultaten vanuit de verschillende databronnen naast elkaar wordt gezet, komen er verschillende overlappings naar voren. Daarnaast komen er ook verschillende perspectieven vanuit de databronnen naar voren. Eerst zullen de overlappings worden beschreven. Hierna volgt een overzicht van de verschillen tussen de twee databronnen. Tot slot volgt een conclusie over de wijze waarop de visie van de geïnterviewde vaktherapeuten op de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren, zich verhoudt tot de literatuur en andere databronnen.

De resultaten van de beeldende therapie die Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) aanbiedt sluiten aan bij de resultaten van twee onderzoeken, namelijk dat van Svensk et al. (2008) en Radl et al. (2018). De interventie van Margriet Gordijn en de interventies die in de twee onderzoeken worden toegepast hebben alle drie een positief effect op het distressniveau van kankerpatiënten. De manier waarop Margriet Gordijn en de twee onderzoeken de interventies aanbieden en de materialen die zij daarbij gebruiken, zijn de een paar van de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie waarbij het doel is om de distress te reduceren. De werkzame factoren hierbij zijn:

1. 10 sessies, waarbij de eerste drie sessies focussen op het opbouwen van vertrouwen om de cliënten te motiveren om tot beeldende vormgeving te komen, de vierde tot en met achtste

- sessie zich focussen op de emoties en de laatste twee sessies als afronding dienen met een tentoonstelling. Bij de sessie wordt gebruikt gemaakt van klei, verf en collage materiaal;
2. Beeldende therapie waarbij er drie doelen centraal staan, namelijk het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress. Hierbij wordt gebruik gemaakt van steeds dezelfde materialen;
 3. Self-book beeldende therapie waarbij er een tastbare vorm wordt gemaakt van de zelfexpressie met betrekking tot gedachtes en emoties van de cliënt in de vorm van een boek. Er wordt gebruik gemaakt van collagetechnieken. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek thema. De interventie bestaat uit 6 sessie van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek.

De manier waarop Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) de beeldende therapie aanbiedt en welke materialen zij daarbij gebruikt komen met verschillende onderzoeken overeen, namelijk met het onderzoek van Geue et al. (2012), Radl et al. (2018), Thyme et al. (2009), Puig et al. (2006) en Bar-Sela et al. (2007). Ook zijn er overeenkomsten met de manier waarop Wieke de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) de beeldende therapie aanbiedt. Wieke de Klerk laat namelijk haar cliënten ook regelmatig vrij werken. Volgens Yvonne Peschier (Bijlage 3 transcript 3) zorgt haar eigen manier van beeldende therapie aanbieden voor emotionele ontlading en het verplaatsen van de aandacht van het hoofd naar het lichaam en naar het gevoel. De werkvormen die Wike de Klerk (Bijlage 3 transcript 4) met aquarelverf aanbiedt zorgen voor een verbetering in het kunnen uiten van emoties. Wike de Klerk benoemd daarnaast dat de cliënten door middel van vrij werken veel kracht uit het werk kunnen halen. Uit de onderzoeken die aansluiten bij de manier van beeldende therapie geven van Yvonne Peschier, komt naar voren dat de scores met betrekking tot de distress, angsten, depressie, somatische symptomen, gespannenheid, boosheid en verwarring zijn afgenomen. Daarnaast is er een vermoeden van een reductie van vermoeidheidsklachten. Cliënten geven aan dat ze een betere emotionele stabiliteit en ontspanning ervaren, dat ze de emoties beter los kunnen laten en dat ze een positieve ervaring hebben ten aanzien van de persoonlijke groei. De manier waarop Yvonne Peschier de beeldende therapie aanbiedt, de materialen die zij daarbij gebruikt en de interventies en materialen vanuit de onderzoeken kunnen gezien worden als werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. De werkzame factoren hierbij zijn:

4. Vrij werken, waarbij de handen het werk doen. Hierbij wordt gewerkt met pastelskrijt en aquarelverf;
5. Beeldende therapie die bestaat uit drie fases. Fase 1: experimenteel tekenen. Fase 2: vormgeven van het innerlijke beeld door middel van aquarelverf. Fase 3: het maken van een individueel boek;
6. Self-book beeldende therapie waarbij er een tastbare vorm wordt gemaakt van de zelfexpressie met betrekking tot gedachtes en emoties van de cliënt in de vorm van een boek. Er wordt gebruik gemaakt van collagetechnieken. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek thema. De interventie bestaat uit 6 sessie van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek;
7. Beeldende therapie waarbij de eerste sessie zich focust op het visualiseren van gevoelens, de tweede sessie wordt er een levensgrote omlijning van het lichaam gemaakt waarin de emoties worden weergegeven, de derde en vierde sessie bestaan uit vrij schilderen en de vijfde sessie wordt het werk tentoongesteld. Hierbij werd tijdens elke sessie gebruik gemaakt van de volgende materialen: oliekrijt, aquarelverf, potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier;
8. Beeldende therapie waarbij de eerste sessie ingaat op het ziekteproces, de tweede sessie gebaseerd is op de holistische benadering, de derde sessie in het thema staat van spiritualiteit en de vierde sessie gericht is op speelsheid. Creatieve vrijheid staat binnen deze beeldende therapie-interventie centraal;
9. Antroposofische beeldende therapie waarbij er wordt geschilderd met aquarelverf;
10. De cliënt vrij laten werken met klei of andere materialen;
11. Werken met aquarelverf om het uiten van de emoties te stimuleren.

De beeldende therapie die Wike de Klerk aanbiedt en de materialen die ze daarbij gebruikt, hebben raakvlakken met het onderzoek van Vianna et al. (2013). Wike de Klerk maakt namelijk tijdens de beeldende therapie die zij aanbiedt gebruik van verhalen. In het onderzoek van Vianna et al. (2013) wordt dit ook gedaan. De resultaten die voortkomen uit de beeldende therapie die Wike de Klerk aanbiedt en het onderzoek van Vianna et al. (2013) zijn een toename van het gevoel van geborgenheid en troost en een verbetering van fysieke en psychische symptomen. De werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie die hieruit volgen zijn:

12. Verhalend werken;
13. Beeldende therapie waarbij er verhalend wordt gewerkt en de werkvormen bestaan uit het maken van een mandala, een magische doos, de eigen tuin, relikwieënkastje, het huis, de zandstad, de geheime tuin, de vlinder, de innerlijke torens, het dagboek, er wordt geroken aan bloemen, er wordt van licht naar donker wordt gewerkt, het hart wordt geopend en waarbij er gebruik wordt gemaakt van imaginatie.

Een gedeelte van de manier waarop Janneke Steentjes (Bijlage 3 transcript 2) beeldende therapie aanbiedt, de materialen die ze daarbij gebruikt en de resultaten die het oplevert komen met verschillende onderzoeken overeen. De onderzoeken die gedeeltelijk overeenkomen met de werkwijze van Janneke Steentjes, zijn de onderzoeken van Svensk et al. (2008) en Bar-Sela et al. (2007). Janneke Steentjes biedt namelijk tijdens de beeldende therapie ondersteuning aan tijdens het ziekteproces. Janneke Steentjes werkt met aquarelverf en biedt hiermee ook de werkvorm van nat-in-nat schilderen vanuit de antroposofie. In het onderzoek van Svensk et al. (2008) wordt ondersteuning aangeboden in het heropbouwen van het lichaamsbeeld. In het onderzoek van Bar-Sela et al. (2007) wordt antroposofische beeldende therapie aangeboden, waarbij er gebruik wordt gemaakt van aquarelverf. De onderzoeken die overeenkomen met het resultaat van de beeldende therapie van Janneke Steentjes, zijn de onderzoeken van Nainis et al. (2006) en Bar-Sela et al. Het resultaat dat wordt behaald bij de beeldende therapie van Janneke Steentjes is positiviteit. Positiviteit zorgt voor een verbetering in het welzijn van de cliënt en dit biedt de cliënt ondersteuning tijdens het ziekteproces. De resultaten van de interventies van de onderzoeken van Svensk et al. (2008), Bar-Sela et al. (2007) en Nainis et al. (2006) zijn: verbetering van het zelfbeeld, toekomstperspectief, kwaliteit van leven, sociaal functioneren en een vermindering van angst, depressie en stress. Ook is er een vermoeden van een reductie van vermoeidheidsklachten. Cliënten ervaren ontspanning, verlichting en konden emoties beter loslaten. Van de kankerpatiënten gaf 36% aan dat de beeldende therapie ontspannend was en een kalmerend effect had, 12% voelde zich productief en 90% ervoer afleiding waarbij de focus werd gelegd op positiviteit. De werkzame factoren die vanuit het interview met Janneke Steentjes en de onderzoeken van Svensk et al. (2008), Bar-Sela et al. (2007) en Nainis et al. (2006) naar voren komen zijn:

14. Beeldende therapie die gericht is op het bieden van een mooi resultaat en positiviteit door middel van nat-in-nat schilderen en andere werkvormen waarbij gegarandeerd een mooi resultaat ontstaat. Hierbij wordt gebruik gemaakt van aquarelverf en andere materialen die aansluiten bij werkvormen die gegarandeerd een mooi resultaat opleveren;
15. Antroposofische beeldende therapie waarbij er wordt geschilderd met aquarelverf;
16. Beeldende therapie waarbij er gebruik wordt gemaakt van kaarten, tekenmateriaal, logboeken, schildermateriaal, stempels, houten kistje en sieraden;
17. Beeldende therapie waarbij er drie doelen centraal staan, namelijk het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress en waarbij er gebruik wordt gemaakt van steeds dezelfde materialen.

Vanuit de literatuur en de interviews zijn er ook perspectieven met betrekking tot de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie die niet met elkaar overeenkomen. Wike de Klerk (Bijlage 2 transcript 4) biedt naast eerdergenoemde werkvormen ook werkvormen aan waarbij gebruik wordt gemaakt van pastelkrijt. De werkvorm met pastelkrijt bieden de cliënt houvast. Margriet Gordijn (Bijlage 3 transcript 1) benoemt dat het mentaliserend vermogen ook een belangrijke werkzame factor is van de beeldende therapie binnen de oncologie. Ook benoemt Margriet Gordijn dat het beeldend materiaal op zichzelf staand ook een werkzame factor is van de beeldende therapie

binnen de oncologie. Tot slot benoemt Margriet Gordijn dat ook het vertrouwen hebben in het proces een werkzame factor is van beeldende therapie binnen de oncologie. Deze werkzame factoren zijn echter enkel benoemd binnen de interviews, er zijn geen duidelijke resultaten aangekoppeld. Wel is de module die Margriet aanbiedt werkzaam en hetgeen wat Margriet Gordijn benoemd dat werkzaam is wordt binnen deze module toegepast.

De interventievorm die vanuit de interviews niet duidelijk wordt onderbouwd, maar waar het onderzoek van Monti et al. (2005) wel genoeg onderbouwing voor biedt, is Mindfulness-Based Art Therapy. Vanuit latere feedback op het onderzoek benoemd Yvonne Peschier (Bijlage 6, evaluatieformulier 1) dat zij raakvlakken heeft met de manier van beeldende therapie aanbieden binnen de Mindfulness-Based Art Therapy. Tijdens het aanbieden van de beeldende therapie besteed zij namelijk aandacht aan de ademhaling, het voelen van het lichaam, het aankomen in het hier en nu en bewust worden van gedachten en patronen. Wanneer zij hiervoor een opening ziet binnen de beeldende therapie past zij dit toe. Bij deze toevoeging van Yvonne Peschier is echter niet duidelijk wat de resultaten hiervan zijn. Het resultaat van de Mindfulness-Based Art Therapie uit het onderzoek van Monti et al. (2005) was een significante daling van het stressgehalte.

De overige werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie zijn:

18. Werken met pastelkrijt om houvast te bieden;
19. Het mentaliserend vermogen;
20. Het beeldend materiaal;
21. Het vertrouwen hebben in het proces;
22. Mindfulness-Based Art Therapy, waarbij de interventies bestaan uit het tekenen van een zelfportret, bewustwording van sensorische stimuli, het beeldend maken van zelfzorg en het beeldend werken om bij te dragen aan de mindfulness oefeningen. Daarnaast worden ook de volgende mindfulness activiteiten toegepast: bodyscanmethoden, zittende meditatie, voorzichtige Hatna yogapositionen, wandelmeditatie en bewust ademhalen. Tot slot 5 leerzame sessies die gaan over de thema's voeding, beweging, stressreductie, de kans op kanker binnen de familie en het managen van de vermoeidheid.

De informatie vanuit de interviews, waarbij de vaktherapeuten binnen de oncologie zeggen welke factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie werkzaam zijn, zijn in deze paragraaf samengevoegd met de literatuur die aansluit bij de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. Hieruit blijkt dat er redelijk wat overeenkomsten zijn tussen wat de vaktherapeuten vanuit de interviews zeggen over de werkzame factoren van de beeldende therapie en de resultaten met betrekking tot de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie die voortkomen uit de literatuur. Daarnaast is door middel van het beantwoorden van deelvraag 3 "Hoe verhoudt wat de geïnterviewde vaktherapeuten zeggen over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren zich tot de literatuur en andere databronnen?" ook een lijst ontstaan waarin alle werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie worden weergegeven.

6. Conclusie

De onderzoekskwestie die beschreven is in hoofdstuk 2 van dit onderzoek, is de drijfveer geweest tot het uitvoeren van dit onderzoek. Door middel van literatuuronderzoek en interviews is een poging gedaan tot het in kaart brengen van de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren. Dit onderzoek toont aan hoe de distress die kankerpatiënten ervaren zich uit, welke vormen en methoden van beeldende therapie er binnen de oncologie worden aangeboden en op welke manier, wat de geïnterviewde vaktherapeuten zeggen over de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie, zich verhoudt tot de literatuur. Dit onderzoek maakt het belang van vaktherapie bij kankerpatiënten zichtbaar. Daarnaast biedt dit onderzoek ook handvatten voor beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie. Door middel van dit praktijkgericht onderzoek is er een antwoord op de hoofdvraag tot stand gekomen.

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Wat zijn volgens vaktherapeuten de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren?

Kanker brengt veel fysieke en psychosociale problematieken met zich mee. Deze problematieken komen zowel tijdens als na de kanker voor bij de patiënt. Kankerpatiënten die kampen met psychosociale problematieken kloppen zelf aan bij de beeldende therapie of worden doorverwezen door de revalidatiearts. De problematieken die de kankerpatiënt ervaart vallen onder de noemer distress. De manier waarop distress zich bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud uit, kan worden onderverdeeld in verschillende vormen van problematiek, namelijk: depressie, angsten, paniek, sociale isolatie, verstoord zelfbeeld, pijn, vermoeidheid, existentiële problematieken, boosheid, spirituele crisis, spanning en moeite met acceptatie.

Binnen het ontwikkelen van en omgaan met de problematiek, speelt de omgeving ook een grote rol. Hierbij gaat het over de naasten en de maatschappij als geheel. Wanneer de behandelingen zijn afgerond, wordt ervan uitgegaan dat de kankerpatiënt weer volledig kan deelnemen aan de maatschappij. Dit is een misvatting die vaak voorkomt. De problematieken van kankerpatiënten worden vaak niet gezien of weggewuifd. De beeldend therapeut kan hiertegenover juist de kankerpatiënt het gevoel geven dat hij wordt gezien en dat het normaal is om deze problematieken te ervaren. Om de problematiek van de kankerpatiënt goed in kaart te brengen, kan er gebruik worden gemaakt van het draaglast- en draagkrachtmodel en de window of tolerance. Deelname aan beeldende therapie kan bij deze doelgroep een bijdrage leveren aan de vermindering van distress. Beeldende therapie biedt daarnaast ook ontspanning, een plek om emoties te kunnen uiten en een plek om het ziekteproces te verwerken.

Uit de samenvoeging van de resultaten van de interviews, literatuur en het antwoord op deelvraag 1, bleek dat er redelijk wat overeenkomsten zijn tussen wat de vaktherapeuten vanuit de interviews zeggen over de werkzame factoren van de beeldende therapie en de resultaten met betrekking op de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie die voortkomen uit de literatuur en zijn vergeleken met de genoemde problematiek van de kankerpatiënt uit deelvraag 1.

Vanuit de verschillende databronnen kwam naar voren dat de beeldende therapie in verschillende vormen en op basis van verschillende methoden en modules wordt aangeboden. Door de verscheidenheid aan vormen, methoden en modules van de beeldende therapie binnen de oncologie, kan dit niet beknopt worden beschreven in de conclusie. Een overzicht van deze vormen, methoden en modules is terug te vinden in paragraaf 5.3. Uit dit overzicht kan geconcludeerd worden dat er met betrekking op de vormen, methoden en modules van beeldende therapie die binnen de oncologie worden toegepast, overlappings te vinden zijn tussen de literatuur en de gehouden interviews. Wel zijn er ook vormen, methoden en modules van beeldende therapie die binnen de oncologie worden toegepast, die enkel alleen binnen de interviews of binnen de literatuur worden benoemd. Vanuit de interviews kwam daarnaast ook naar voren dat het van belang is om voorafgaand aan elke beeldende therapiesessie de vorm van de beeldende therapie zo goed mogelijk af te stemmen op de cliënt. De

vorm van de beeldende therapie is erg afhankelijk van hoe de cliënt zich op het moment van de beeldende therapie voelt.

Er kan geconcludeerd worden dat er binnen de beeldende therapie factoren zijn die werkzaam zijn binnen de behandeling van kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren, maar dat de vorm van de beeldende therapie sterk afhangt van hoe de patiënt zich op het moment van de therapiesessie voelt. De beeldend therapeut stemt de werkvorm en het materiaal af op de behoefte van de cliënt. Goed afgestemd materiaal, een passende werkvorm en therapeutische houding, zijn dus belangrijke factoren om de beeldende therapie werkzaam te laten zijn. Hierbij kan er worden gekeken naar de creatief-therapeutische driehoek, waarmee er wordt weergegeven dat het beeldend materiaal, de therapeut en de cliënt allemaal invloed hebben op elkaar. De werkzame factoren die vanuit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn op de volgende pagina's weergegeven door middel van een tabel. Vanuit de literatuur en vanuit de vaktherapeuten binnen de oncologie worden deze factoren als werkzaam beschouwd. De cliënten vanuit de oncologie zijn echter niet bij dit onderzoek betrokken geweest. Hierdoor kan uit dit onderzoek geconcludeerd worden dat er extra onderzoek nodig is naar de onderbouwing van de werkzame factoren van beeldende therapie, waarbij de tot nu toe onderzochte werkzame factoren worden toegepast. De werkzame factoren kunnen daarna worden onderzocht door middel van de formele elementen van het beeldend werk en de ervaringen van de cliënten

De tabel is onderverdeeld in meerdere onderwerpen, die zijn te herkennen aan de licht oranje kleur. Doordat meerdere werkzame factoren verschillende overlappingen hebben met elkaar, is het niet mogelijk om ze apart van elkaar te beschrijven. De belangrijke aspecten die onder het onderwerp vallen zijn in de tekst dikgedrukt. Op deze manier kan er worden gekeken naar de dikgedrukte woorden die met elkaar overeenkomen. De onderverdeling van de onderwerpen zorgt voor de eerste onderscheiding van de werkzame factoren en de dikte gedrukte woorden zorgen voor de tweede onderscheiding van de werkzame factoren. Op deze manier is er geprobeerd om de tabel zo overzichtelijk mogelijk te maken.

Tabel 2: Werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie bij kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot en met 70 jaar oud die distress ervaren.

Werkzame factoren	Resultaat
Werkzame factoren die allemaal hetzelfde resultaat opleveren, namelijk het reduceren van het distress niveau.	
1) 10 sessies, waarbij de eerste drie sessies focussen op het opbouwen van vertrouwen de cliënten motiveren om tot beeldende vormgeving te komen, de vierde tot en met achtste sessie zich focust op de emoties, de laatste twee sessies dienen al afronding met een tentoonstelling en waarbij gebruikt wordt gemaakt van klei, verf en collage materiaal;	Positief effect op het reduceren van het distress niveau
2) Beeldende therapie waarbij er drie doelen centraal staan, namelijk het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress en waarbij er gebruik wordt gemaakt van steeds dezelfde materialen;	Positief significant verschil met betrekking tot het zelfbeeld en toekomstperspectief. Kan een positief significant effect hebben op de kwaliteit van leven. Verminderd symptomen die gebruikelijk zijn binnen de oncologie (distress) , namelijk vermindering in angst, depressie en stress en een significante verbetering in het sociaal functioneren, kwaliteit van leven en verbetering in communicatie met vrienden en familie.
3) Self-book beeldende therapie waarbij er een tastbare vorm wordt gemaakt van de zelfexpressie met betrekking tot gedachtes en emoties van de cliënt in de vorm van een boek. Er wordt gebruik gemaakt van collagetechnieken. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek thema. De interventie bestaat uit 6 sessie van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek	Enige verbetering met betrekking tot distress . Verbetering in het spiritueel welbevinden.
Werkzame factoren waarbij vrij wordt gewerkt, gebruik wordt gemaakt van aquarelverf en/of die zorgen voor emotionele ontlading.	
4) Vrij werken, waarbij de handen het werk doen en er wordt gewerkt met pastelkrijt en aquarelverf ;	Zorgt voor emotionele ontlading en het verplaatsen van de aandacht van het hoofd naar het lichaam en naar het gevoel.
5) Beeldende therapie die bestaat uit drie fases. Fase 1: experimenteel tekenen . Fase 2: vormgeven van het innerlijke beeld d.m.v. aquarelverf . Fase 3: het maken van een individueel boek;	Afname van angsten. De subjectieve ervaring van de cliënten met betrekking tot persoonlijke groei, betekening en expressie en verhoogde emotionele stabiliteit zijn positief.
6) Self-book beeldende therapie waarbij er een tastbare vorm wordt gemaakt van de zelfexpressie met betrekking tot gedachtes en emoties van de cliënt in de vorm van een boek. Er wordt gebruik gemaakt van collagetechnieken. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een	Enige verbetering met betrekking tot distress. Verbetering in het spiritueel welbevinden.

specifiek thema. De interventie bestaat uit 6 sessie van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek	
7) Beeldende therapie waarbij de eerste sessie zich focust op het visualiseren van gevoelens , de tweede sessie wordt er een levensgrote omlijning van het lichaam gemaakt waarin de emoties worden weergegeven , de derde en vierde sessie bestaat uit vrij schilderen en de vijfde sessie wordt het werk tentoongesteld. Hierbij werd elke sessie gebruik gemaakt van de materialen: oliekrijt, aquarelverf , potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier;	Duidelijke daling van depressie, angst, en de somatische symptomen.
8) Beeldende therapie waarbij de eerste sessie ingaat op het ziekteproces, de tweede sessie gebaseerd is op de holistische benadering, de derde sessie in het thema staat van spiritualiteit en de vierde sessie gericht is op speelsheid. Creatieve vrijheid staat binnen deze beeldende therapie interventie centraal;	Positief effect op de gespannenheid, angsten, depressie, boosheid en verwarring.
9) Antroposofische beeldende therapie waarbij er wordt geschilderd met aquarelverf ;	Significante vermindering met betrekking tot de symptomen van een depressie. Cliënten ervaren voornamelijk ontspanning en ze benoemen dat het ze ruimte geeft om te kunnen ademen tijdens de chemo behandelingen. Ze konden hun emoties loslaten en voelde zichzelf lichter na de behandelingen. Er is er een vermoeden van een reductie van vermoeidheidsklachten.
10) De cliënt vrij laten werken met klei of andere materialen;	Cliënten halen veel kracht uit het werk
11) Werken met aquarelverf om het uiten van de emoties te stimuleren .	Het uiten van emoties wordt gestimuleerd.
Werkzame factoren waarbij verhalend te werk wordt gegaan.	
12) Verhalend werken;	Toename van het gevoel van geborgenheid en troost.
13) Beeldende therapie waarbij er verhalend wordt gewerkt en de werkvormen bestaan uit het maken van een mandala, een magische doos, de eigen tuin, relikwieënkastje, het huis, de zandstad, de geheime tuin, de vlinder, de innerlijke torens, het dagboek, er wordt geroken aan bloemen, er van licht naar donker wordt gewerkt, het hart wordt geopend en waarbij er gebruik wordt gemaakt van imaginatie.	Verbetering van fysieke en psychische symptomen.
Werkzame factoren gericht op een mooi resultaat, ontspanning, positiviteit en ondersteuning, waarbij de resultaten en/of de materialen (aquarelverf) met elkaar overeenkomen.	
14) Beeldende therapie die gericht is op het bieden van een mooi resultaat en positiviteit door middel van nat-in-nat schilderen en andere werkvormen waarbij gegarandeerd een mooi resultaat ontstaat . Hierbij wordt gebruik gemaakt van aquarelverf en andere materialen die aansluiten bij werkvormen die gegarandeerd een mooi resultaat opleveren ;	Biedt positiviteit . Positiviteit zorgt voor een verbetering in het welzijn van de cliënt en dit biedt de cliënt ondersteuning tijdens het ziekteproces. Cliënten ervaren ontspanning , verlichting en konden emoties beter loslaten.

15) Antroposofische beeldende therapie waarbij er wordt geschilderd met aquarelverf .	Significante vermindering met betrekking tot de symptomen van een depressie. Cliënten ervaren voornamelijk ontspanning en ze benoemen dat het ze ruimte geeft om te kunnen ademen tijdens de chemo behandelingen. Ze konden hun emoties loslaten en voelde zichzelf lichter na de behandelingen. Er is er een vermoeden van een reductie van vermoeidheidsklachten.
16) Beeldende therapie waarbij er gebruik wordt gemaakt van kaarten, tekenmateriaal, logboeken, schildermateriaal, stempels, houtenkistje en sieraden;	36% gaf aan dat beeldende therapie ontspannend was en een kalmerend effect had. 12% voelde zich productief. 90% constateerde dat de sessie hen afleidde en hun focuste op positiviteit. 6% gaf aan dat beeldende therapie helemaal geen effect had. 48% voelde zich comfortabel bij het maken van beeldend werk. 4% voelde zich oncomfortabel bij het maken van beeldend werk.
17) Beeldende therapie waarbij er drie doelen centraal staan, namelijk het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van ondersteuning in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress en waarbij er gebruik wordt gemaakt van steeds dezelfde materialen.	Positief significant verschil met betrekking tot het zelfbeeld en toekomstperspectief. Kan een positief significant effect hebben op de kwaliteit van leven. Verminderd symptomen die gebruikelijk zijn binnen de oncologie (distress), namelijk vermindering in angst, depressie en stress en een significante verbetering in het sociaal functioneren, kwaliteit van leven en verbetering in communicatie met vrienden en familie.
Overige werkzame factoren.	
18) Werken met pastelkrijt.	De werkvorm met pastelkrijt bieden de cliënt houvast.
19) Het mentaliserend vermogen.	Geen resultaat genoemd.
20) Het beeldend materiaal.	Geen resultaat genoemd.
21) Het vertrouwen hebben in het proces.	Geen resultaat genoemd.
22) Mindfulness-Based Art Therapy, waarbij de interventies bestaan uit het tekenen van een zelfportret, bewustwording van sensorische stimuli, het beeldend maken van zelfzorg en het beeldend werken om bij te dragen aan de mindfulness oefeningen. Daarnaast worden ook de volgende mindfulness activiteiten toegepast: body-scan methoden, zittende meditatie, voorzichtige Hatna yoga posities, wandel meditatie en bewust ademen. Tot slot 5 leerzame sessies die gaan over het thema voeding, beweging, stressreductie, de kans op kanker binnen de familie en het managen van de vermoeidheid.	een significante daling van het stress gehalte.

7. Aanbevelingen

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek zijn verschillende aanbevelingen naar voren gekomen vanuit onder andere de literatuur en de interviews. Deze aanbevelingen zijn bedoeld voor de praktijk, de beroepsontwikkelingen en de opdrachtgever. In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen puntsgewijs beschreven.

Aanbeveling voor de praktijk

- Sta als beeldend therapeut regelmatig stil bij de werkzaamheid van de beeldende therapie die je aanbiedt. Toets dit ook door feedback te vragen. Op deze manier wordt de kwaliteit van de beeldende therapie gewaarborgd en kan de kennis makkelijker worden overgedragen aan nieuwe beeldend therapeuten.
- Het is van belang dat vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie, de doelgroep onder de aandacht brengen van de nieuwe lichting van beeldend therapeuten. Dit zou er namelijk voor kunnen zorgen dat er meer vaktherapeuten willen werken binnen de oncologie en dat er op die manier meer banen worden gecreëerd door de nieuwe beeldend therapeuten zelf. Door middel van het aanbieden van stage en gastlessen zou dit bereikt kunnen worden.
- Het is van belang dat de beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie vaker contact met elkaar zoeken en hun bevindingen met elkaar deden. Vanuit de interviews en vanuit de uitvoering van de onderzoekspresentatie kwam naar voren, dat veel beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie elkaar helemaal niet kennen of alleen elkaars naam kennen. Wanneer er meer contact ontstaat tussen de verschillende beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie, zal de (nieuwe) informatie en verworven kennis ook makkelijker kunnen worden overgedragen.
- Het is van belang dat er aandacht wordt besteed aan de naasten van de kankerpatiënt. Afgezien van het feit dat het ziekteproces van de kankerpatiënt ook zwaar is voor de naasten, hebben de naasten ook een grote invloed op het ontstaan en het herstel van de psychosociale problematieken van de kankerpatiënt. Het besteden van aandacht aan de naasten kan worden gedaan door de naasten bij de beeldende therapie van de kankerpatiënt te betrekken.
- Het is wenselijk dat de naasten van kankerpatiënten ook psychosociale hulp krijgen aangeboden. Het ziekteproces van de kankerpatiënt heeft namelijk een grote invloed op de naasten. Momenteel is er nog weinig psychosociale hulp voor de naasten.
- Het is van belang dat behandelend artsen niet alleen zelf het onderscheid maken tussen de kankerpatiënten waarvan zij denken dat beeldende therapie passend zou kunnen zijn, maar dat de mogelijkheid van beeldende therapie vaker wordt voorgelegd aan de kankerpatiënt. Uit de inhoudelijke oriëntatie en de onderzoekskwestie van dit onderzoek kwam namelijk naar voren dat meer vrouwen dan mannen worden doorverwezen door de behandelend arts, terwijl blijkt dat er ook genoeg mannelijke kankerpatiënten zijn die baadt zouden kunnen hebben bij beeldende therapie. Door de behandeloptie van beeldende therapie bij meerdere kankerpatiënten voor te leggen als behandelend arts, zullen meer kankerpatiënten op de hoogte zijn van het bestaan van beeldende therapie en kunnen zij ook zelf de keuze maken of het passend is voor hen zelf.

Aanbeveling voor de beroepsontwikkeling

- Om de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie nog beter te kunnen onderbouwen is vervolgonderzoek nodig. In dit onderzoek was het niet mogelijk om de cliënten erbij te betrekken vanwege Covid-19. De cliënten zelf zijn echter een belangrijke bron van informatie om te bepalen of een factor van de beeldende therapie werkzaam is. De werkzame factoren die voort zijn gekomen uit dit onderzoek, kunnen in een vervolgonderzoek worden toegepast binnen de beeldende therapie, waarna er kan worden gekeken of deze factoren daadwerkelijk werkzaam zijn geweest. De werkzame factoren kunnen worden onderzocht door middel van de formele elementen van het beeldend werk en de ervaringen van de cliënten.
- Het is van belang dat er meer onderzoek verricht wordt met betrekking op de doelgroep van kankerpatiënten. Daarbij is het van belang dat deze onderzoeken worden gedeeld met de praktijk. Dit kan namelijk zorgen voor meer bekendheid over de doelgroep binnen het vakgebied. Daarnaast blijft de praktijk op deze manier ook op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen.
- Binnen de nieuwe onderzoeken die worden gedaan met betrekking tot beeldende therapie en oncologie, moeten de interventievormen duidelijker worden omschreven. Wanneer dit op een duidelijke manier wordt opgeschreven, zal het makkelijker worden voor vaktherapeuten om het in de praktijk toe te passen. Daarbij is het ook van belang om de therapeutische attitude mee te nemen. Zoals in dit onderzoek naar voren is gekomen, heeft de therapeutische attitude ook invloed op de werkzaamheid van de beeldende therapie.
- Het is van belang dat binnen nieuw onderzoek van beeldende therapie binnen de oncologie ook vaker mannelijke kankerpatiënten mee worden genomen. Uit het onderzoek komt namelijk naar voren dat de meeste onderzoeken van beeldende therapie binnen de oncologie zijn gericht op vrouwen. Onderzoek biedt op dit moment weinig onderbouwing voor beeldende therapie bij mannelijke kankerpatiënten.
- Het is van belang dat er meer bekendheid ontstaat over vaktherapie binnen de oncologische revalidatie. Momenteel zijn er nog weinig revalidatieplekken die ook beeldende therapie aanbieden binnen het revalidatiepakket.
- Het is wenselijk dat meer huisartsen afweten van de Verwijsgids Kanker. Op deze manier weet de kankerpatiënt ook makkelijk de beeldende therapie te vinden. Dit kan gedaan worden door middel van promotie. Ook kunnen de vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie, contact opnemen met de huisartsen in de omgeving van de instelling of praktijk.

Aanbeveling voor de opdrachtgever

- Het is wenselijk dat er binnen de opleiding van vaktherapie meer aandacht wordt besteed aan de doelgroep oncologie door middel van gastlessen, om zo de bekendheid van de mogelijkheden als vaktherapeut binnen de oncologie te vergroten. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat er meer plekken ontstaan waar de kankerpatiënt vaktherapie zou kunnen volgen.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Teunissen, J., De Goede, M.P.M., Fischer, T., Bakker, E., Peters, V., & Julsing, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. (3^e ed.). Nederland, Groningen/Houten: Noordhoff.
- Bartelink, C., & Boedermaker, L. (2012). Creatieve therapie. Geraadpleegd op: 05-11-2020, Van https://www.researchgate.net/profile/Cora_Bartelink/publication/239585243_Creatieve_therapie/links/00b7d528c78779d2df000000/Creatieve-therapie.pdf
- Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N., & Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16. 980-984. DOI:10.1002/pon.1175
- Betensky, M. (1995). *What Do You See?*. Londen: Jessica Kingsley.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in woman with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F. . . Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. doi:10.1097/01.psy.00000.67574.e3
- De Haes, H., Gualthérie van Wezel, L., & Sanderma, R. (2017). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: handboek voor professionals*. Nederland, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Federatie Vaktherapeutische beroepen. (2013). *Samenvatting enquête: Vaktherapeuten werkveld oncologie*. Geraadpleegd op 03-11-2020, van <https://fvb.vaktherapie.nl/fvb-kennisnetwerk-oncologie>
- Gantt, L., & Tannin L.W. (2008). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *Arts Psychother*, 36(3). 148-153.
- Geue, K., Richter, R., Buttstädt, M., Brähler, E., Boehler, E., & Singer, S. (2012). Art therapy in psycho-oncology-recruitment of participants and gender differences in usage. *Supportive Care in Cancer*, 20(4). 679-686. DOI: [10.1007/s00520-011-1095-y](https://doi.org/10.1007/s00520-011-1095-y)
- Geue, K., Richter, R., Buttstädt, M., Brähler, E., & Singer, S. (2013). An art therapy intervention for cancer patient in the ambulant aftercare – results from non-randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 22, 345-352. doi:10.1111/ecc.12037
- Gil Moncayo, F.L., Costa R.C., Perez, F.J., Salamero, M., Sancjez, N., & Sirga, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cancer. *Medicina Clinica*, 130, 90-92.
- Gommer, A.M., Poos, M.J.J.C., & Rodriguez, M. (2020). Sterfte aan kanker. Geraadpleegd op 30 oktober 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/sterfte-en-overleving>

- Haeyen, S., Van Hooren, S., & Hutschemaekers, G. (2015). Meten is méér dan weten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 11, 13-23.
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). (2019). Cijfers over kanker: Incidentie, Alle kankersoorten, Aantal. Geraadpleegd op 27 november 2020, van https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/incidentie_borst/img568b9b027142c
- Kanker.nl, (z.d.). Cijfers over kanker 2019. Geraadpleegd op 30 oktober 2020, van <https://www.kanker.nl/overig/cijfers-over-kanker-2019>
- KWF Kankerbestrijding. (z.d.). Hoe ontstaat kanker? Geraadpleegd op 31 oktober 2020, van <https://www.kwf.nl/kanker/wat-is-kanker/hoe-ontstaat-kanker>
- Lindemalm, C., Granstam-Björneklett, H., Bergkvist, L., Ojutkangas, M.L., & Strang, P. (2012). Existential aspects are neglected in the evaluation of support-intervention in breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 51, 807-809. DOI:10.3109/0284186X.2012.681699
- Linz, D. (2014). *Art therapy and oncology*. (The effects of Art Therapy interventions for adult cancer patients: A systematic literature review). HAN University of Applied Sciences, Nederland, Arnhem.
- Lusebrink, V.B. (2004). Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying process of art expression in therapy. *Art Therapy: J Am Art Ther Assoc*, 21(3), 125-135. <https://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129496>
- Luzzatto, P., Sereno, V., & Capps, R. (2003). A communication tool for cancer patients with pain: The art therapy technique of the body outline. *Palliative and Supportive Care*, 1, 135-142.
- Migchelbrink, F. (2013). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Nederland, Amsterdam: SWP.
- Monti, D.A., Peterson, C., Shakin Kunker, E.J., Hauck, W.W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G.C. (2005). A randomized, controlled trial of Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) For Woman With Cancer. *Wiley InterScience, Psycho-Oncology*, 15, 363-373. doi:10.1002/pon.988
- Nainis, N., Paice, J.A., Ratner, J., Wirth, J.H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2005.07.006.
- Pénzes, I., Van Hooren, S., Dokter, D., & Hutschemaekers, G. (2020). Formal Element of Art Products Indicate Aspects of Mental Health. *Frontiers in Psychology*, 11, article 572700. doi:10.3389/fpsyg.2020.572700
- 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. doi:10.1016/j.aip.2006.02.004
- Radl, D., Vita, M., Gerber, N., Gracely, E.J., & Bradt, J. (2018). The effects of Self-Book art therapy on cancer-related distress in female cancer patients during active treatment: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncologie*, 27, 2087-2095. doi:10.1002/pon.4758

- Saw, J.J., Curry, E.A., Ehlers, S.L., Scanlon, P.D., Bauer, B.A., Rian, J., . . . Wolanskyj, A.P. (2018). A brief bedside visual art intervention decreases anxiety and improves pain and mood in patients with haematologic malignancies. *Eur J Cancer Care*, 27, e12852. doi:10.1111/ecc.12852
- Schiffer, F., Teicher, M.H., & Papanicolaou, A.C. (1995). Evoked potential evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 7(2), 169-175. doi:10.1176/jnp.7.2.169
- Schweizer, C., De Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M., & Visser, H. (2009). *Handboek Beeldende Therapie, uit de verf*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Singer, S., Goetze, H., Buttstaedt, M. Geue, K., Momenghalibaf, A., & Böhler, U. (2010). The effects of an art education program on competencies, coping, and well-being in outpatients with cancer – results of a prospective feasibility study. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 383-389.
- Svensk, A.C., Öster, I., Thyme, K.E., Magnusson, E., Sjödin, M., Eidemann, M., ... Lindh, J. (2008). Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 18, 69-77. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00952.x
- Thyme, K.E., Sundin, E.C., Wiberg, B., Öster, I., Åström, S., & Lindh, J. (2009). Individual brief art therapy can be helpful for woman with breast cancer: A randomized controlled clinical study. *Palliative and Supportive Care*, 7, 87-95. doi:10.1017/S147895150900011X
- Universitair Medisch Centrum Utrecht. (2020). Oncologie. Geraadpleegd op 2 november 2020, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Professionals/Oncologie>
- Van de Velde, C.J.H., Van der Graaf, W.T.A., Van Krieken, J.H.J.M., & Marijnen, C.A.M. (2017). *Leerboek oncologie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Middendorp, H., & Jaspers, J. (2010). *Psychosociale zorg bij chronische ziekten*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vianna, D., Claro, L.L., Mendes, A.A., Silva, A.N., Bucci, D.A., Sá, P.T., ... Silva, P.R. (2013). Infusion of life: patient perceptions of expressive therapy during chemotherapy sessions. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 377-388. DOI:10.111/ecc12041
- Wijnhoff, M., & Wiener, A. (2018). *Mammacarcinoom in beeld*. (Een praktijkgericht kwalitatief onderzoek naar de effecten van vaktherapie bij vrouwen met mammacarcinoom). Vaktherapie Beeldend, Hogeschool Utrecht, Nederland, Amersfoort.
- Willemars, G. (2020). Reader Praktijkgericht Onderzoek (PGO) 2019/2020. Geraadpleegd op 19 november 2020, van <https://canvas.hu.nl/courses/19548/files?preview=1123394>

Bijlagen

Bijlage 1: Gedragscode Hantering

De Gedragscode voor praktijkgericht onderzoek bestaat uit vijf regels (Migchelbrink, 2013):

1. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Het kwalitatief praktijkgericht onderzoek en de onderzoekspresentatie zijn gericht op het leveren van kennis aan de praktijk en het onderwijs. Binnen het onderzoek is een poging gedaan tot het in kaart brengen van de werkzame factoren van beeldende therapie binnen de oncologie. De resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, kunnen beeldend therapeuten binnen de oncologie nieuwe handvatten bieden. Naar aanleiding van een probleem in de praktijk, is er dus een innovatieve en toepasbare oplossing uitgewerkt en gedeeld met de praktijk. Door middel van de presentatie is de verworven kennis vanuit het onderzoek overgedragen aan de praktijk. Dit biedt de praktijk nieuwe perspectieven om binnen de beeldende therapie toe te passen. Ook zet dit onderzoek de vier geïnterviewde beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie aan het denken over de werkzame factoren van hun eigen beeldende therapie die zij aanbieden. Het advies wat uit het onderzoek volgt is dat beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie vaker stil zouden moeten staan bij welke factoren van de beeldende therapie die zij aanbieden werkzaam zijn. Door binnen de praktijk hier meer inzicht over te creëren, zal het ook makkelijker zijn om deze kennis over te dragen aan de nieuwe beeldend therapeuten.

2. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn respectvol.

Binnen het onderzoek en het product is er respectvol omgegaan met onderzoekers vanuit de literatuur en de beeldend therapeuten die zijn geïnterviewd. De literatuur is volgens de APA-richtlijnen verwerkt in het onderzoek en in de presentatie. De auteurs van de gebruikte onderzoeken zijn benoemd in de tekst en zijn ook verwerkt in de literatuurlijst.

Voor het opnemen van de interviews is mondeling en schriftelijk toestemming gevraagd. De toestemmingsformulieren zijn terug te vinden in bijlage 4. De interviews zijn woordelijk getranscribeerd. Hierbij zijn de “Uhms” en de dubbele woorden eruit gehaald. Verder is alles gelijk aan de opname. Het onderzoek is opgestuurd naar de geïnterviewden en zo konden zij ook feedback geven op de verwerking van de interviews. De feedback is meegenomen in het onderzoek. Dit zorgt ervoor, dat wat er in het onderzoek terug te vinden is met betrekking tot de geïnterviewden, zo dicht mogelijk ligt bij de zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van de geïnterviewde beeldend therapeuten. Voorafgaand aan de presentaties is gevraagd of de deelnemers akkoord gingen met het opnemen van de presentatie. Dit is na het starten van de opname nogmaals gevraagd, om het akkoord zwart op wit te hebben.

Tijdens het onderzoek en de presentatie is zo veel mogelijk rekening gehouden met de rechten, het belang en de privacy van onderzoekers vanuit de literatuur en de geïnterviewde vaktherapeuten.

3. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn zorgvuldig.

Binnen het onderzoek is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van meerdere wetenschappelijke opvattingen en overwegingen. Het onderzoek is een kwalitatief praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek. Het onderzoek is volgens de onderzoeksmethode van een ontwikkelingsonderzoek uitgewerkt en de informatie vanuit de verschillende databronnen is geanalyseerd volgens de gefundeerde theorie. Binnen het onderzoek lag de focus op de wetenschap en de praktijk, waarbij ze zijn samengevoegd door middel van triangulatie. Er is tijdens het onderzoek rekening gehouden met de onderzoeks- en beroepsethiek en de waarden die binnen het vakgebied van vaktherapie gelden.

Zoals bij punt 3 al is benoemd, is de literatuur verwerkt volgens de APA-richtlijnen. Dit maakt hetgeen wat gerapporteerd is juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar. De interviews zijn volgens de richtlijnen van de Hogeschool Utrecht te Amersfoort uitgewerkt. Vanuit de geschreven tekst is

navolgbaar vanuit welk interview het is geschreven. De resultaten vanuit de verschillende databronnen zijn nauwkeurig en navolgbaar geschreven.

Het onderzoek en de bijkomende data zal zorgvuldig bewaard worden. Wanneer het onderzoek af is en is beoordeeld, zal dit onderzoek gedeeld worden met de opdrachtgever en de geïnterviewde beeldend therapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie. Het onderzoek zal dan ook mogen worden gedeeld met relevante derden van de opdrachtgever en de geïnterviewde beeldend therapeuten. Hier is mondeling toestemming voor gegeven door de opdrachtgever en de geïnterviewden. Via deze weg zal het onderzoek in de praktijk van beeldende therapie belanden, wat zorgt voor de overdracht van kennis vanuit het onderzoek aan de praktijk. De overige data, zoals de opnames, zullen tot en met de beoordeling op een veilige plek worden bewaard. Na een beoordeling van een voldoende zal de overige data worden verwijderd.

4. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs zijn integer.

Tijdens het onderzoek is er kritisch gekeken naar de opvattingen en probleemdefinities vanuit de verschillende databronnen. De verschillende data zijn naast elkaar gezet, met elkaar overwogen en daaruit is geselecteerd wat van belang was voor het onderzoek. Zoals eerder al is benoemd zijn de bronnen verwerkt volgens de APA-richtlijnen. Deze verwerking van de bronnen biedt transparantie richting de lezer van het onderzoek. Alle bronnen zijn naar waarheid gebruikt en alle bronnen die zijn gebruikt zijn naar waarheid verwerkt in de literatuurlijst. De interviews en de literatuur zijn onpartijdig geanalyseerd en uitgeschreven in het onderzoek. Het onderzoek is gedeeld met de geïnterviewden, zodat zij feedback konden geven over de manier van schrijven. Deze feedback is meegenomen in het onderzoek. Echter, is de verwerking van de feedback nog steeds onpartijdig geschreven.

5. Onderzoekers aan het hbo-onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag.

In het onderzoek wordt de relevantie van het gekozen onderwerp en de gehanteerde methoden toegelicht in hoofdstuk 2 en 4. In hoofdstuk 1 van het onderzoek is de inhoudelijke oriëntatie terug te vinden. In de inhoudelijke oriëntatie is er gekeken naar verschillende begrippen die binnen de doelgroep en het onderzoek van belang zijn. Door middel van deze oriëntatie is er georiënteerd welke vraagstukken er in de praktijk aanwezig zijn. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoekskwestie toegelicht. De onderzoekskwestie is gebaseerd op de inhoudelijke oriëntatie en maakt duidelijk welk vraagstuk er is gekozen en waarom hiervoor is gekozen. In hoofdstuk 4 is de onderzoeksopzet beschreven. In de onderzoeksopzet wordt beschreven welke methoden zijn gebruikt. Ook worden de beperkingen, de zorgvuldigheid van de uitvoering en de gehanteerde bronnen van het onderzoek in dit hoofdstuk beschreven. De onderbouwing van de conclusie volgt uit de gekozen relevante literatuur en de interviews met beeldend therapeuten die werkzaam zijn in de praktijk. De verantwoording voor de implementatie van het onderzoek in de praktijk en het onderwijs wordt toegelicht in hoofdstuk 2 en 4 van dit onderzoek en in dit verantwoordingsverslag in hoofdstuk 1.

Bijlage 2: Topiclijst voor half gestructureerd interview

- ☐ Vaktherapeutschap
- ☐ Oncologie binnen vaktherapie
- ☐ Algemene visie binnen eigen therapie
- ☐ De doelgroep
- ☐ Psychische problematieken
- ☐ Vorm/methodiek van de beeldende therapie
- ☐ Hoe zien de behandelingen eruit?
- ☐ Werkzame factoren
- ☐ Wanneer succes moment?
- ☐ Feedback van cliënten
- ☐ Eigen interpretatie en mening over werkzame factoren
- ☐ Momenteel van belang binnen vaktherapie en oncologie

Bijlage 3: Transcript van de interviews

Transcript van interview 1 met Margriet Gordijn

Marianne:

Ik vroeg me af wanneer je bent begonnen als vaktherapeut, helemaal in het begin.

Margriet:

Ik ben in 90 afgestudeerd, vorige eeuw is dat, dus dat is al lang geleden.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ja, 30 jaar.

Marianne:

En waarin heb je allemaal gewerkt? Welke doelgroepen? Of ben je meteen binnen de oncologie gestart?

Margriet:

Nee, nee, nee ik ben niet in de oncologie gestart, ik ben, ik heb eerst een jaar in het buitenland gezeten, dat kon toen nog met je, ja met je buitenlandstage van een jaar, toen heb ik met meisjes gewerkt die in een gevangenis zaten. Van daaruit ben ik in Nederland teruggekomen weer in de kinderplichtverlening terechtgekomen. Uiteindelijk in de kinderpsychiatrie. Maar ik had altijd ja dat was een kleine baan, dus ik heb dat gecombineerd met volwassenenpsychiatrie en ik heb ook in mijn stages veel met volwassenengroepen binnen de psychiatrie gewerkt, dus ik had daar veel ervaring mee. En toen ben ik achttien jaar geleden heb ik hier gesolliciteerd (AVL) en toen ben ik in de oncologie terecht gekomen, ja.

Marianne:

Heel divers eigenlijk.

Margriet:

Ja, ja, ik was altijd heel allround. Inmiddels ben ik niet meer zo allround heb ik al gehoord, want omdat ik zo lang al in de oncologie werk is dat natuurlijk heel gespecialiseerd geworden, ja.

Marianne:

Logisch.

Margriet:

Ja.

Marianne:

Hoe is dat eigenlijk, ook een beetje vanuit mijn eigen nieuwsgierigheid, als je zo lang al binnen één doelgroep werkt?

Margriet:

Ja.

Marianne:

Zou je dan nog kunnen switchen of zit je er dan echt meer aan vast?

Margriet:

Ja, nee, ik denk dat je heel goed zou kunnen switchen.

Marianne:

Oké.

Margriet:

Ik denk dat uhm, de oncologie is, uh, wat zo leuk is aan oncologie, is dat het een heel breed, brede doelgroep is. Dat betekent, tuurlijk hebben ze allemaal algemeen dat ze kanker hebben gehad, maar het zijn natuurlijk ook mensen die een psychiatrische achtergrond hebben of een misbruikverleden of een, weet je dus, dus je komt met heel veel verschillende mensen in aanraking, alleen je gaat niet met al die problemen, daar ga je niet allemaal op in.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ja, ja wat van toepassing is voor deze doelgroep, voor de oncologie patiënt, dat is ook heel vaak heel erg van toepassing op andere doelgroepen. En dat gaat over omgaan met iets heel moeilijks, iets wat je niet zo makkelijk weg krijgt in je leven en dus omgaan met een crisissituatie, je aanpassen aan de omstandigheden die zich dus voordoen. Naja dat is van toepassing op heel veel mensen, dat is eigenlijk wat je heel specifiek doet in mijn werk met de doelgroep waarmee ik werk. Ja.

Marianne:

Ja en als je kijkt naar doe doelgroep uit wat voor mensen bestaat het voornamelijk? Zijn het vooral mannen of zijn het vooral vrouwen? Welke leeftijd zie je het vaakst of is dat ook heel divers?

Margriet:

Ja dat is heel divers. Om dat uit te leggen zal ik je even een klein tekeningetje laten zien.

Marianne:

(Instemmend uhum)

Margriet:

Het is een piramide met drie lagen, zie je dat?

Marianne:

Ja.

Margriet:

De onderste laag, dat zijn mensen die eigenlijk kanker krijgen en best wel goed herstellen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

In de zin van, ze leren ermee om gaan, weer naar hun werk of niet, ze gaan weer verder met hun leven. En dan heb je die middelste groep, die is alweer wat kleiner, maar nog steeds heel groot. Dat zijn mensen die met een enkele hulpverlener echt goed verder kunnen. Bijvoorbeeld mensen die door de kanker last van hun schouder krijgen en die schouder functie die moet verbeterd worden, dan gaan ze naar een fysiotherapeut of ze gaan naar een psycholoog omdat ze problemen krijgen op hun werk omdat ze niet alles meer tegelijk kunnen. Dus met een enkele hulpverlener komen ze nog best wel ver. En dan heb je een klein topje en dat is de laatste vijf procent en die redt het eigenlijk niet zelf met hun netwerk, die redt het ook niet met één hulpverlener, die heeft specifieke hulp nodig en dan komen ze bij de oncologische revalidatie en dan komen ze bij mij terecht. Dat is heel divers waarom mensen het niet redden met hun eigen omgeving of enkele hulpverlening is natuurlijk heel divers, maar vaak liggen er dan al andere problemen daaronder of is de situatie zo complex dat het niet zo makkelijk op te lossen is, dus dan denk ik aan bijvoorbeeld een zzp'er die niet meer kan werken, daardoor zijn baan verliest, daardoor zijn relatie verliest, zijn huis moet verkopen en nog steeds niet weet of hij nou eigenlijk wel of niet verder kan met zijn leven eigenlijk. Dus weet je dat zijn, of de situatie is heel complex de voorgeschiedenis is heel complex en dat kan dus heel verschillend zijn wie er komen. Het kunnen hele jonge mensen zijn. Want bijvoorbeeld jonge mensen die hun fertiliteit verliezen door de kanker of de behandelingen of die hele heftige behandelingen hebben meegemaakt waar ze bijna dood van gingen, die hebben hele, die kunnen soms zich niet meer zo goed aanpassen aan andere jongeren dus die hebben echt iets nodig, die hebben hulp nodig om dat weer te kunnen doen en ook om weer zinvol verder te kunnen. Dus er komen jongeren, mensen met psychiatrische achtergrond, mensen die een bijna dood ervaring hebben gehad tijdens de behandelingen, mensen die echt heel

erg getroffen zijn door de kanker en daardoor bepaalde functies niet meer uit kunnen oefenen. Dus dat is heel divers. Over het algemeen kun je wel stellen dat het is een verouderingsziekte kanker.

Marianne:
(Instemmend uhm)

Margriet:
Het is een fout in het DNA en dat komt vaker voor bij mensen die al wat langer leven, want die hebben veel meer, hun cellen moeten zich vaker kopiëren waardoor er vaker een foutje kan komen. Dus over het algemeen zijn het wel wat oudere mensen, maar in vaktherapie en wat ik zeg vooral in de revalidatie zijn er toch ook wel veel echt jonge mensen en over het algemeen zijn vrouwen meer geneigd om deze vorm van therapie aan te pakken dan mannen of worden vrouwen vaker verwezen, omdat verwijzers denken dat vrouwen daar meer geschikt voor zijn.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Maar dat is ja, helemaal niet zagezegd.

Marianne:
Dat is meer een opvatting die dan wordt gemaakt? Voorafgaand eigenlijk al.

Margriet:
Ja, dat denk ik en daardoor heb je denk ik wel wat minder mannen in therapie, maar eigenlijk door de revalidatie heen krijg je. Dat is zo leuk, want in die middengroep van die piramide die ik tekende daar zitten natuurlijk mensen die zelf opzoek gaan naar hulpverlening die hen kan helpen en dan komen er mensen naar de beeldende therapie die affiniteit hebben of die het wel een gehoord hebben of zien zitten.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Maar ik het bovenste stukje, die revalidatie, dan zegt de revalidatiearts eigenlijk, dit lijkt me goed voor u, dit is eigenlijk wat zou moeten gaan gebeuren. En ja, dan kan nog steeds een patiënt zeggen, nou daar ben ik het niet mee eens dat ga ik niet doen, maar de meeste mensen volgen wel het advies van een revalidatiearts.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Dus je krijgt heel diverse mensen binnen. Ja.

Marianne:
Ja, wel ook heel interessant om te horen want ik heb al heel veel wetenschappelijk onderzoek al doorgelopen en daaruit kwam heel erg naar voren dat er continu onderzoek wordt gedaan naar vrouwen met kanker.

Margriet:
Ja.

Marianne:
En dan allerlei verschillende soorten, dus daaruit kun je bijna opnemen van zijn er dan gewoon veel meer vrouwen binnen vaktherapie beeldend, maar dat, ja vandaar.

Margriet:
Naja dat heeft ook wel verschillende redenen. Borstkanker is natuurlijk één van de hele grote kanker groepen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus die treft natuurlijk veel vrouwen en het is ook maar waar je naar kijkt, want de revalidatie, daar hebben we nog niet zo veel van. Oncologische revalidatie, daar is nog niet zo veel van in Nederland en helemaal niet qua vaktherapie als in het programma zit. En wat ik zeg in die andere groep, in die grote middengroep dat vaak die vrouwen, hoogopgeleide vrouwen, actief gaan zoeken naar welke vorm van therapie kan mij helpen en dan komen ze vaak op vaktherapie als ze daar inderdaad al een affiniteit mee hebben, maar mannen zullen dat veel minder hebben dan vrouwen. Je ziet ook dat het vaak hoogopgeleide vrouwen zijn. Het is maar de vraag of dat alleen maar een natuurlijke selectie, dat is een natuurlijke selectie, want die mensen hebben het geld en de kennis om verder zoeken, maar dat wil niet zeggen dat het niet geschikt is voor andere groepen en inderdaad die vrouwen zijn ook heel vaak genegen om te zeggen ja hoor ik wil wel meewerken aan een onderzoek of aan een interview. Dat zijn echt die hoogopgeleide vrouwen met borstkanker vaak die opgenomen worden in dat soort onderzoeken. Het is heel interessant om ook eens naar die andere doelgroepen te kijken. Stel je voor dat die, zoals in mijn geval, worden verwezen door een arts werkt het dan net zo goed?

Marianne:

Ja, dat is eigenlijk best wel interessant ook.

Margriet:

Ja. Het werkt ook soms wel beter.

Marianne:

Ja?

Margriet:

Ik heb dus onderzoek gedaan naar die distress bij die mensen die dus aan vaktherapie deelnamen en mensen die door de revalidatie werden verwezen die hadden vaak een hogere begin meting van de distress thermometer. Je kent die thermometer?

Marianne:

Ja, ken ik.

Margriet:

Van nul tot tien en vijf is het afbouwpunt, dat wist je ook?

Marianne:

Ja.

Margriet:

Nou die mensen zitten vaak boven de zeven, dus dat is echt best wel hoog.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En als ze dan vaktherapie en revalidatie hebben gehad, dan zitten ze onder de vijf. Dus dat is echt een significant en klinische relevante daling van de distress. En je ziet dat mensen die dus niet in een revalidatieprogramma, maar dus individueel, dus die middengroep, individueel naar iemand toe komen, naar mij in dit geval die beginnen al met een lagere score op de distress thermometer dus die hebben al minder klachten, eigenlijk kun je dat wel zo zeggen. Wat natuurlijk logisch is, want die andere groep die heeft zo veel klachten, dat er een gespecialiseerd team naar moet kijken, dus dat is specialisme. Maar goed, die hebben dus al minder klachten en die duiken ook onder die vijf alleen iets minder spectaculair zeg maar. Dus de afname is iets minder groot.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Allemaal wel te verklaren natuurlijk, want de mensen die in de top van die Pyramide zitten die hebben ernstige klachten. Dus als je daar goed hulpverleend, dan kunnen die klachten ook aanzienlijk afnemen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Maar goed, dus het is heel interessant en er is nog heel weinig bekend van, in Nederland dan, wat er van die revalidatie patiënten hoe dat zich in de praktijk verbeterd.

Marianne:

Dat klopt inderdaad ja.

Margriet:

Ja.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En omdat er nog zo weinig vaktherapeuten in revalidatieprogramma's werken.

Marianne:

Ja, in eerste instantie wilde ik ook meer richting de revalidatie gaan kijken, maar vanuit daar kon ik geen enkel onderzoek vinden binnen de databanken van school, Dus dan kan ik nu op te weinig baseren voor dit onderzoek voor school.

Margriet:

Ja, ja, dat klopt. Dat is echt het probleem, maar dat komt ook kijk die oncologische revalidatie is nog niet zo oud.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Zeg maar vijf jaar geleden ofzo, denk ik, toen heeft de regering gezegd, als je iemand behandeld met kanker, dan moet je ook iemand een nabehandeling geven. Je moet iemand ook helpen met de gevolgen daarvan. En toen is eigenlijk oncologische revalidatie ontstaan. Ik denk dat het iets langer is dan vijf jaar, maar dat betekent dat dat nog echt recent is.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus, en dan wordt er met name gebruik gemaakt van maatschappelijk werkers en psychologen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Het is natuurlijk vrij uniek dat in het AVL er een vaktherapeut is en wat meegenomen wordt in het revalidatieprogramma.

Marianne:

Ja, klopt inderdaad. Ik had ook twee andere organisaties, die zijn er wel mee bezig. Eentje waar ik dan stage heb gelopen die zij het aan het opzetten.

Margriet:

Welke is dat?

Marianne:

AxionContinu.

Margriet:
Waar zit die?

Marianne:
In Utrecht en beetje omgeving van Utrecht.

Margriet:
Oohja.

Marianne:
Met meerdere locaties, maar dat is Domstate zijn ze het nu aan het opzetten. Dat is één locatie.

Margriet:
Leuk.

Marianne:
Maar dat verloopt best moeizaam.

Margriet:
En die andere?

Marianne:
Volgens mij was dat Merem. Daar had ik contact mee gehad want ik was een opdrachtgever aan het zoeken, want vanwege corona was de eerste weggevallen van AxionContinu, vandaar dat ik op een gegeven moment ook daar kwam.

Margriet:
Ja, want ik heb contact gehad met een vrouw van revalidatie Friesland denk ik dat het was en zij willen dat ook gaan opzetten vaktherapie binnen de revalidatie. Dus er zijn absoluut, het begint wel te komen.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Maar het is nog summier, dus het is ook heel onbekend. In het buitenland is het veel bekender, dat heb je vast ook wel in onderzoeken gelezen.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Dat in de Verenigde staten, Canada, maar ook Azië en Australië, Nieuwzeeland.

Marianne:
In Zweden ook. Het viel me op dat ook in Zweden in ieder geval veel onderzoek ernaar is gedaan.

Margriet:
Ja, ja en die zijn allemaal, gebruiken ze daar vaktherapie voornamelijk ook muziektherapie in de oncologie, maar in Nederland is dat echt nog heel zeldzaam. Duitsland is ook heel goed bezig met de oncologie en vaktherapie en vooral ook muziektherapie. Maar Nederland niet, Nederland is vooral vaktherapie van de psychiatrie.

Marianne:
Ja, klopt, ja.

Margriet:
En van de kinderen en niet voor de oncologie, maar dat gaat vast veranderen.

Marianne:
Ik hoop het.

Margriet:
Maar je hebt ook wel, bij op school dan waar we les over krijgen, dat je geen enkel iets mee krijgt over de oncologie. Helemaal niks.

Marianne:
Nee, nee.

Dit tussenstuk heeft betrekking op een sollicitatie die Margriet heeft gedaan binnen de Hogeschool Utrecht. Vanwege privacy redenen wordt dit niet uitgewerkt in het transcript. Wat hierbij wel naar voren komt en wat van belang is binnen dit onderzoek is hieronder uitgewerkt.

Margriet:
De kennis die je opdoet binnen de oncologie, kun je heel goed voor verschillende doelgroepen toepassen en het is een ontzettend groeiende doelgroep, natuurlijk jammer genoeg, maar het is wel zo en heel veel mensen moeten leren leven met kanker of de gevolgen van kanker ook omdat het steeds meer een chronische ziekte aan het worden is. Een er zijn natuurlijk heel veel chronische ziektes in onze wereld, de westerse wereld. Dus ja, leer daar mensen maar eens mee om gaan. Psychiatrie is redelijk verzadigd in de zin van die weet heus wel wat vaktherapie kan doen. Jammer genoeg wordt daar heel erg op bezuinigt, maar in de oncologie zit en ook nog wel wat geld en heel veel mogelijkheden. Het is mijn wens ook dat er binnen de opleiding er wat meer aandacht aan wordt besteed.

Marianne:
Even kijken waar we zijn gebleven, want we hadden het over de doelgroep, daarna zijn we heel interessant zo verder gegaan, wat ook heel handig is en ook belangrijk. Je had het ook gehad over dat de middengroep zelf verder snel aan de belt trekt. Wat voor problemen zie je voornamelijk, wat voor psychische problemen? Want je had het ook over distress als overkoepelende term eigenlijk, maar wat zie jij binnen jouw praktijk?

Margriet:
Nou het afkappunt van distress is natuurlijk 5. Daaronder zijn vaak lichamelijke problemen die mensen kunnen ervaren, wat natuurlijk heel logisch is met oncologie behandelingen en kanker en daarboven zit vaak de psychosociale last die mensen kunnen ervaren. Wat ik zie heel vaak, ten eerste omgaan met vermoeidheid is een hele moeilijke. Mensen hebben vaak een coping mechanisme, een manier van omgaan met dingen die ze geleerd hebben in hun verleden die vaak niet helpend is als ze zich heel moe voelen of heel gedeprimeerd of heel veel last hebben van klachten. Je kan je voorstellen dat mensen die heel erg geleerd hebben van schouders eronder, aanpakken die handel, niet zeuren maar doorgaan, dat die heel veel last hebben van die vermoeidheidsklachten. Dus vermoeidheidsklachten in combinatie met coping. Dus dat mensen iet zo goed weten hoe ze daar anders mee om kunnen gaan, dat is een hele belangrijke. Wat ik ook zie is omgaan met de omgeving, met de commentaren, hoe de omgeving reageert. De omgeving vindt het soms heel moeilijk om te begrijpen waar de revalidatie patiënt mee te maken heeft, want het lastige is achter de rug, de zware behandelingen zijn achter de rug, dus het moet nu toch allemaal beter gaan en dat mensen dan juist mentaal een klap krijgen dat snappen vaak de omgeving niet waardoor mensen zich heel eenzaam en onbegrepen voelen, gefrustreerd voelen, maar tegelijkertijd hun boosheid niet kunnen uiten, omdat ze ook dankbaar zijn voor wat mensen allemaal voor ze gedaan hebben en nu ook vinden dat ze niet moeten zeuren. Dus het gaat ook heel vaak over hoe ga ik om met mijn emoties en met mijn omgeving. Verder komt natuurlijk aan de orde hele existentiële problematiek van kanker heeft als geen ander, oncologie patiënten hebben als geen andere doelgroep te maken met dood en leven. Zo van ik heb de dood in de ogen gekeken. Als iemand de diagnose krijgt wordt hij meteen geconfronteerd met ik zou wel eens dood kunnen gaan.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dat hoeft helemaal niet zo te zijn. Tegenwoordig is dat ook niet meteen waar je aan moet denken, maar het gebeurt omdat dat natuurlijk toch een dodelijke ziekte kan zijn.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En dat betekent mensen heel erg om moeten leren gaan met hoe heb ik het nu gedaan tot nu toe in mijn leven, is dat zinvol geweest, hoe zou ik het nu weer willen, zou ik het anders willen? Dus er komen heel veel, dat noem ik, existentiële problematieken over zingeving en je bestaansrecht komen naar boven.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En dat is ook een belangrijk thema wat er in de therapieën naar voren komt. m de angst voor recidief daarvoor dat het terug zou komen en hoe moet je daarmee omgaan. Dus leren omgaan met angst. Is ook een hele belangrijke. Dan komen er vaak nog wat individuele thema's in de zin van mensen met verlieservaringen moeten omgaan. Sommige mensen hebben letterlijk, ik vertelde net al dat jonge mensen die hebben hun fertiliteit verloren of zelfs een zwangerschap hebben afgebroken of misschien een baan hebben verloren of een lichaamsdeel of andere dingen die echt heel heftig zijn.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Of soms tijdens dat ze ziek zijn hun moeder of vader hebben verloren en dan niet kunnen rouwen omdat ze andere dingen te doen hebben, namelijk het herstellen en die behandelingen doorstaan. Dus verlies ervaringen zijn een belangrijk item en zelfbeeld is een belangrijk item. Dus mensen kunnen zich anders voelen dan dat ze zich altijd hebben gevoeld en vinden dat moeilijk, want daarbij herkennen zichzelf soms niet meer. Dus dat kan ook door behandelingen zijn. Ik heb een mevrouw gehad en die was 49 en ze was een ontzettende knappe vrouw met lang donker haar en was Braziliaans, heel mooie vurige vrouw en toen na de behandelingen kwam er grijs kort haar terug, liep ze met een stok, moest ze een bril. Ze voelde zich ineens oud en ze herkende zichzelf helemaal niet meer in de spiegel. Ze was ook heel veel aangekomen. Dus vooral die mensen worstelen heel erg met hun zelfbeeld. Hoe moet ik hier nou weer mee omgaan, met die plotselinge veranderingen. Ook mannen kunnen daar heel veel last van hebben. Ik heb nu een man in therapie die ook veel vermoeid is en zegt zo ken ik mezelf niet en zo kent mijn omgeving mij ook niet. Ik ben altijd de sterke. Ik ben altijd degene die plannen maakt en zorgt voor het gezin en nu kan ik niet eens meer stofzuigen, als mijn vrouw terugkomt van haar werk dan moet ze dat zelf doen. Weet je dat heeft natuurlijk enorme impact op zijn zelfbeeld. Dus zelfbeeld is ook een thema. Dus eigenlijk die thema's zijn wel de grote thema's.

Marianne:

Ja, die zijn het belangrijkste daarin?

Margriet:

Ja.

Marianne:

Ja, allemaal ook wel een beetje wat ik ben tegengekomen, maar nu ook een beetje meer uitgediept. Het geeft wat meer inzicht daarin. Hoe ziet zo'n therapiesessie erbij jou uit? Wat doe jij binnen de behandelingen?

Margriet:

Nou ik heb een module ontwikkeld van ongeveer 10 sessies en één sessie is ongeveer 60 minuten. Niet ongeveer die is 60 minuten.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dat betekent dat je niet met hele intensieve materialen kan werken dus je moet met de snelle materialen werken. Dus ik werk met klei, met verf, met collage materiaal, met klei. Soms is het materiaal vrij als mensen al een paar basistechnieken kennen voor mijn opdrachten, dan kunnen ze dat ook kiezen. Eigenlijk moet je zien dat de opdracht die ik geef altijd een soort van opstapje voor iemand om zich te kunnen uiten. Stel je voor dat er iemand binnen komt die al heel veel ervaring heeft met beeldend werk en zegt ik wil eigenlijk heel graag nu met acrylverf werken dan is dat prima, weet je.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus het is niet zo dat mijn opdrachten vastliggen. Het zijn altijd, voor veel mensen eigenlijk heel veel mensen, wel 95% heeft geen ervaring met beeldende technieken. Die weten niet het verschil tussen vetkrijt en pastelkrijt. Die hebben nog nooit een kwast in hun handen gehad, laat staan klei. Dus voor die mensen is het natuurlijk heel prettig als je introduceert wat het is en ik ben ook heel erg van technieken leren. Weet je als je de techniek in de eerste vijf minuten van de sessie uitlegt dan kunnen mensen ook heel vaak van alles.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus mensen hebben handvaten, techniek en aanleiding nodig om tot werken te komen. Dat is eigenlijk het belangrijkste. Hoe het dan uiteindelijk wordt, dat maakt niet uit want het is altijd prima, maar mensen moeten wel aan het werk komen.

Marianne:

Ja, dat is het belangrijkste. Wat ik me net nog bedacht, we hadden het even over de doelgroep, maar wanneer behandel jij ze precies? Want je zei in de revalidatie, maar is het dan dat ze nog wat behandelingen krijgen of zij ze echt helemaal klaar met de behandelingen?

Margriet:

Nee ze zijn echt klaar met de acute behandelingen. Natuurlijk hormoontherapie, dat is ook een behandeling, die gaat jaren door.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus die hebben ze vaak nog wel. Heel soms immuuntherapie gaat nog wel wat langer door. Dat kan soms echt nog wel chronisch toegediend moeten worden. Maar in principe hebben ze de acute behandelingen klaar en zitten ze eigenlijk te denken van hoe moet ik nu verder weet je.

Marianne:

Ja.

Margriet:

De dokter zegt, dit is wat we hebben kunnen doen, doe het hier maar mee.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En dan weten ze het niet meer vaak. Maar het kan natuurlijk voorkomen dat iemand een recidief krijgt en toch weer moet behandeld worden. Dus dat kan voorkomen, maar dat is niet hoe het, ja dat is gewoon de pech die iemand dan heeft en dan weer een recidief krijgt. Soms wordt dan ook de revalidatie gestopt omdat dan iemand heel hard zijn tijd en energie nodig heeft om in het ziekenhuis de behandelingen weer te doorstaan. Dus het is niet. Je noemt dat in de oncologie de chronische fase.

Marianne:

Ja.

Margriet:

De acute fase is wanneer iemand het hoort en behandelingen krijgt en de chronische fase is wanneer de behandelingen af zijn gerond en iemand nog niet beter is verklaard. Dat wordt tegenwoordig totaal niet meer gedaan, maar waarin iemand moet leven met de onzekerheid en met de gevolgen van de behandelingen ja.

Marianne:

Ja, ik dacht om dat nog even wat duidelijker te hebben.

Margriet:

Ja en het zou ook kunnen dat vaktherapie wordt ingezet in de palliatieve fase.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Palliatieve fase is een lastig begrip, omdat veel mensen dan denken dat je al meteen doodgaat, maar palliatieve fase kan best wel lang duren. Het kan zijn dat iemand te horen krijgt, we kunnen niks meer voor u doen, maar de kanker kan dan heel lang nog sluimerend zijn, onder controle zijn en dat is ook vaak een hele lastige fase om mee om te gaan. Mensen weten dan ook niet zo goed wat ze kunnen verwachten en dat is een hele lastige fase en daarin zou vaktherapie ook heel geschikt in kunnen zijn, maar dat wordt nog niet zo vaak gedaan. Het is vaak dan toch een soort van ondersteunende therapie waarin mensen iets fijns kunnen doen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Maar je zal echt moeten leren omgaan met dat onzekere perspectief, dat zou ook heel goed passen. Die mensen heb ik trouwens ook wel in therapie hoor, die mensen die echt niet weten hoe dat nu verder moet gaan en waarvan de arts heeft gezegd, u heeft nog een jaar tot weten we niet.

Marianne:

Dat is zo weinig om aan vast te houden.

Margriet:

Ja dat is heel weinig om aan vast te houden en dat kan heel heftig zijn voor mensen om daarmee om te gaan, ja.

Marianne:

Dus die zie jij soms ook?

Margriet:

Ja.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Maar het is niet zo dat het een, je zou ook kunnen voorstellen dat dat wat structureler gebeurt, snap je? Dat is nog niet zo. Dat zijn mensen die in de revalidatie komen, omdat er nog tijd is.

Marianne:

Ja, ik snap hem. Je vertelde net ook al over je eigen module die je dan een beetje volgt, dat het richtlijnen zijn, maar dat je er niet elke sessie er krampachtig aan vast houdt, maar hoe ziet die module er dan verder uit?

Margriet:

Nou hij is opgebouwd uit tien keer.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Waar de eerste drie keer gaan over vertrouwen opbouwen, mensen moeten aan de slag. Mensen zijn bang om aan de slag te gaan. Vooral mensen die zoiets heftigs hebben meegemaakt als kanker, die durven bijna niet meer zo erg in beweging te komen. Die zijn eigenlijk een beetje verkrampd kun je zeggen, die hebben zoiets van, in ieder geval weten ze dat ze een heleboel verloren hebben maar dat ze niet weten wat er allemaal nog kan en je wilt de mensen naar die beweging toekrijgen dat er nog veel dingen kunnen en daardoor moeten ze in beweging komen. Dan moeten ze in mijn therapie letterlijk iets gaan maken. Ze gaan elke sessie wil ik dat ze succes ervaringen hebben, ze het gevoel hebben, ik wist niet dat ik dit kon, maar ik kan het.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En dat is wat mij betreft heel essentieel om weer vertrouwen terug te krijgen in de toekomst en je eigen kunnen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus dat is over het algemeen het allerbelangrijkste van die module, dat mensen weer vertrouwen terugkrijgen in hun kunnen. Ten tweede wil ik ze na die drie keer, die drie keer zijn daar onderdeel van, de eerste drie sessies eigenlijk die staan vast. Dan komen er iets van vijf sessies over emotie en over hoe die emoties zijn geraakt door de kanker en hoe mensen daarmee omgaan. Daar volg ik, vijf sessie heb ik daarvoor om dat uit te werken met mensen. Dat is natuurlijk heel op maat, voor de een die heeft vooral heel veel last van angst en die moet daarmee leren omgaan en de ander heeft last van verlies of verdriet en die moet daarmee leren omgaan. Dus dat is heel specifiek voor het doel waarmee iemand komt. En dan de laatste twee sessie gebruik ik eigenlijk om te evalueren, om dan te kijken naar wat heb je hier nou geleerd, wat wil je meenemen, wat kan je gebruiken. En de allerlaatste sessie, dus sessie negen doe ik als evaluatie en sessie tien hang ik alle werkstukken op en zet ik ze neer, komen mensen vaak met hun partner. Dat vind ik eigenlijk ook erg belangrijk, omdat in alle behandelingen voor kanker mag iedereen altijd mee, nu met corona is dat natuurlijk wel een beetje anders, maar in principe als iemand moet bloedprikken of als iemand onder een scan gaat weet je hun naasten staan er altijd op een paar centimeter afstand bij.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Maar in de revalidatie gaat de deur dicht voor de naasten. Die naasten snapt soms ook niet zo goed waarom dat nog allemaal nodig is, ik bedoel waarom moet je nou nog allemaal meer naar dat ziekenhuis je hebt geen behandeling meer. Die naaste kan zich net zo rot voelen als die patiënt, die heeft natuurlijk ook heel veel meegemaakt. Dus ik vind het heel belangrijk om die naasten erbij te betrekken. Daarom stimuleer ik en adviseer ik ook de mensen om hun werkstukken thuis te laten zien, weet je dat licht ook helemaal aan de situatie natuurlijk. Maar juist beeldende werkstukken zijn juist zo

laagdrempelig om te kunnen laten zien wat er in de therapie is gebeurd. Mensen mogen dus niet hun werkstukken meenemen, maar mogen wel foto's maken. De werkstukken worden op het eind in deze ruimte in een expositie neergehangen of neergezet en dan praat je met de naasten erbij door wat er nou gebeurd is zeg maar in de therapie en ook wat er onder zit en dat is vaak heel leerzaam en heel goed voor een relatie ook, weet je. Dat mensen snappen waar iemand mee bezig is geweest en dat je ook even aandacht hebt voor die naasten. Want dat zal je misschien ook niet zo in die onderzoeken gevonden hebben, maar die naasten hebben het natuurlijk ook heel zwaar en die worden echt niet zo erg meegenomen.

Marianne:

Ja klopt.

Margriet:

Ik pas een, nou ja twee jaar terug had ik een stagiair die deed haar minor over de naasten en de kankerpatiënt en die had een kleine module gemaakt van een aantal keer voor de naasten van de kankerpatiënt en de kankerpatiënt. Een soort relatietherapie.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Maar het was geen relatietherapie. Het was meer een soort onderzoeken van hoe pak jij het nou aan en hoe pak ik het nou aan en kunnen we elkaar daarin begrip geven zeg maar. Vond ik een heel leuk initiatief en ik denk ook dat de oncologie dat nog een beetje mist, dat de naaste betrokken wordt. Maar goed.

Marianne:

Dat snap ik wel. Vanuit eigen ervaring weet ik dat ook vanuit meerdere hoeken van verschillende mensen dat dat, de naasten op een gegeven moment scheidt dat zich heel erg. Iemand kan daar zo mee bezig zijn ook in het hoofd en die gaat dan zelf ook naar die psychologische zorg toe, maar de rest krijgt dat allemaal niet mee.

Margriet:

Nee, nee het is heel intern inderdaad. De veranderingen gaan dan heel intern. En dat is het leuke van vaktherapie dat je juist een middel hebt om te communiceren.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En dat is ook nog echt ook een open plek binnen de oncologie weet je, om iets te doen met die naasten. Ook patiënten waarderen het ontzettend hoor als de naaste niet vergeten wordt weet je wel.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Als je echt vraagt van goh hoe en ook hoe gaat het met je kinderen en mensen zijn ook heel bezorgd om hun kinderen. Dus ik vind dat dat nog beter ingebed zou kunnen worden in de oncologie.

Marianne:

Ja, die naasten er meer in mee te nemen.

Margriet:

Ja dat is natuurlijk, het klinkt een beetje gek, niet zo veel geld mee te halen want als een patiënt ingeschreven staat in ons systeem en we zeggen we hebben psychologische hulp voor diegene dan kunnen we dat declareren bij de zorgverzekering. Als we een naaste uitnodigen dan wordt dat niet gedeclareerd.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dat is het probleem denk ik zelf. Maar het zou heel mooi zijn als er meer mogelijkheden zijn om die naasten te betrekken in de hele zorg, want daardoor gaat de patiënt ook beter functioneren.

Marianne:

Ja, eigenlijk is het wel heel erg van belang alleen speelt altijd geld daarin wel een belangrijke rol.

Margriet:

Ja, zeker. Dus dat zou ook nog leuk zijn om als vaktherapeuten te ontwikkelen weet je. Wat voor effect dat heeft op het herstel van een patiënt als die naasten ook meer begeleiding krijgen.

Marianne:

Ja, ik zal hem onthouden en hem een beetje meenemen. Want bij mij gaat het onderzoek meer over de werkzame factoren, dus in principe hoort dat er ook al deels bij natuurlijk.

Margriet:

Ja, het is heel erg onbelicht en onbekend, dus het is al heel leuk om het in ieder geval al in je discussie te noemen dat dat ook nog iets is wat verder onderzocht kan worden.

Marianne:

Precies, maar als je kijkt naar de werkzame factoren binnen jouw therapie, wat ervaar je zelf als werkzaam? Het is natuurlijk ook een beetje objectief natuurlijk.

Margriet:

Ooh dit is heel interessant, daar kan ik wel uren over vertellen, wat werkt, wat is werkzaam.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Wat ik heel grappig vind vorige week had ik hier een mevrouw voor het eerst en die zie, die had een tekening gemaakt als eerste en zij was helemaal emotioneel ervan ze zegt, het is eigenlijk dat ik mezelf zie in de spiegel, maar zonder worden en niet als spiegel snap je? Dus ze zag zichzelf alleen op een heel andere manier dan voorheen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus wat is werkzaam en daar zal Gemmy (docent bij onderzoeker op school en is tevens ook de opdrachtgever van dit onderzoek) heel blij mee zijn dat ik dit zo ga vertellen dat is mentalliserend vermogen. Gemmy is heel erg van de mentallisatie, tenminste dat. Het mentalliserend vermogen is echt een heel belangrijk werkzaam onderdeel van de vaktherapie. Wat bekend is uit de literatuur is dat als mensen stress ervaren en in crisissituatie zich bevinden het mentalliserend vermogen afneemt.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Nou kun je echt kanker zien als een extreme crisissituatie.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Stresssituatie erger nog hij is niet acuut, want het is niet zoals een bijna-ongeluk dat je s' avonds op de bank zit en denkt jesus dat is nog maar net goed afgelopen, maar het is een chronische stresssituatie.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Dus dat kun je zeggen van kanker, waardoor dus dat mentaliserend vermogen heel erg afneemt. Door vaktherapie stimuleer je het mentaliserend vermogen weer. Je stimuleert het vermogen van mensen om weer naar zichzelf te kunnen kijken, kunnen reflecteren op wat ze van binnen voelen, daar op een nieuwe manier naar te kijken en dat ook te communiceren met anderen waardoor anderen ook weer meer begrip krijgen van wat in hun binnenste speelt.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Dus het mentaliserend vermogen van vaktherapie is een hele belangrijke factor.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Wat ook werkzaam is en dat is wat filosofischer vind ik, maar ik vind het ook echt heel belangrijk, dat is als mensen het moeilijk hebben proberen zich vaak uit te drukken in iets anders dan woorden. Dus dan drukken zich vaak uit in muziek of in andere dingen en ja misschien, ik weet niet hoe je dit op moet schrijven in je onderzoeksverslag, maar dat maakt me niet uit. Door iets te maken wat van hunzelf is laat eigenlijk de oncologie cliënt zien hoe hij zich verhoudt met de dood.

Marianne:
Ja.

Margriet:
Dus eigenlijk laat hij dus zichzelf zien in het licht van de eindigheid van hun bestaan. Dus weet je ik denk dan altijd, ik ben ook heel geïnteresseerd in hoe mensen in gevangenschap zich toch uiten. Je hebt voorbeelden van mensen in gevangenschap die, dan denk je aan concentratiekampen, waarbij mensen gingen zingen met elkaar of muziek gingen maken. Je hebt kampen in Indonesië zijn daar een goed voorbeeld van waar vrouwen een naald onder een stukje eelt verstopte en daarmee kleine dingetjes borduurde als cadeau voor andere kampgenoten. Dus mensen in nood, zelfs in de ergste nood, die hebben één vrijheid dat is namelijk een vrijheid om zich te uiten. En ik denk dat dat eigenlijk een soort laat zien van dit ben ik, dit is mijn bestaan, dit ben ik. Maakt niet uit wat er met mij gebeurt maar dit stukje krijg je niet van me want hierin ben ik vrij.

Marianne:
Ja.

Margriet:
En dat is creativiteit. Dus ik denk dus ook dat als mensen weer, mensen die in nood zijn weer kennis laat maken met hun creativiteit dat je ze iets heel groots geeft, namelijk een soort identiteit van dit ben ik. Het maakt niet uit. Dat heeft natuurlijk ook weer met dat mentaliserend vermogen te maken, want mensen zijn zichzelf soms een beetje kwijtgeraakt in het hele ziekteproces he ze zeggen van ja ik was zo goed in mijn werk en ik was zo goed in dingen onthouden, ik was zo vitaal en ik liep hard dat kan ik allemaal niet. Wie ben ik dan nog? Nou en wie ben ik dan nog is wat ze laten zien.

Marianne:
Ja.

Margriet:
En in onze vaktherapie laten ze zien wie ze zijn.

Marianne:
Dan val je er eigenlijk ook weer op terug, dus het heeft heel erg raakvlakken met elkaar.

Margriet:

Ja. Tuurlijk heeft heel erg met elkaar te maken en ja het is in mijn filosofische visie dat mensen in zware omstandigheden creativiteit kunnen gebruiken om hun bestaan weer terug te vinden. Het recht op bestaan.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ik weet niet goed hoe ik het anders moet zeggen.

Marianne:

Ik snap wat je bedoelt.

Margriet:

Dat vind ik ook heel werkzaam.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus dat mentaliserend vermogen vind ik heel werkzaam en zeg maar het filosofische gedeelte van creativiteit is heel werkzaam en wat heel werkzaam ook is, is dat mensen weer nieuwe dingen ontdekken. In creativiteit weet je namelijk nooit hoe het gaat uitpakken. Dus je hebt altijd een hele onduidelijke route. He een hele onzekere route. Als ik jou klei geef weet je niet wat er gaat gebeuren ook al geef ik je ook de opdracht het moet een paard worden weet je.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Het betekent dus dat mensen een hele onzekere route moeten lopen steeds als zij iets creatiefs gaan maken met de uitkomst iets van zichzelf en dat is heel echo bevestigend. Dus als je steeds iets onzekers moet aangaan en daarna een succeservaring krijgt want je hebt iets gemaakt wat van jou is dan denk ik dat je vertrouwen weer terug kan vinden om ook na die kanker een onbekende route te gaan lopen en uiteindelijk weer tot een goed zinvol leven te komen.

Marianne:

Ja, om ook zonder die zekerheden te kunnen.

Margriet:

Precies en mensen vooral in onze westerse wereld zijn natuurlijk geneigd om het heel erg, ik wil een hele goede accountant worden, dus ik moet dat en dat en dat doen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Heel plan maten en heel doelmatig aan de slag te gaan en als ik dat dus niet haal dan heb ik gefaald.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dat is, zo zijn wij een beetje opgevoed. Maar wat we een beetje verleerd hebben is om het proces te vertrouwen. Dat je durft te vertrouwen dat ook in het proces er iets ontstaat. Misschien niet het perfecte plaatje wat je hier had bedacht, maar er komt iets uit wat van jou is.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En dat proces leren vertrouwen is ook een heel werkzame factor van vaktherapie, want elk creatief proces heeft een onzekere start en heeft een onzeker proces in zich.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En als je daar weer op durft te vertrouwen dat het wel weer iets op gaat leveren. Dan denk ik dat je ook in de tijd na de kanker met de gevolgen van kanker ook gaat zien dat het wel iets op gaat leveren, alleen weet je nog niet precies wat.

Marianne:

Nee, maar het gaat juist dan ook om dat vertrouwen.

Margriet:

Het vertrouwen in het proces dat is eigenlijk wat ik denk dat ook een heel belangrijk werkzaam onderdeel is van onze vaktherapie.

Marianne:

En als je al die dingen wat meer vertaald in het beeldend werken, hoe je, meer de specifieke manier waarop je dat aanbiedt. Je had het er op een gegeven moment ook over dat de maatschappij meer planmatig is, hoe wij aan de slag gaan. Maar hoe pak jij dat dan binnen de beeldende therapie aan als je dat aanbiedt?

Margriet:

Nou, je hoeft het helemaal niet aan te pakken want het gebeurt.

Marianne:

Ja. Dus eigenlijk ook al.

Margriet:

Want je geeft iemand een techniek. Kijk ik kan iemand dezelfde tijdschriften geven en vragen maak eens een collage over de tijd voordat je ziek werd en iedereen doet dat anders met precies dezelfde tijdschriften. Dus is niet eens iets wat je kan sturen. Dat is iets wat gebeurt.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus dat. Kijk als mensen hier bij mij binnen komen. Die kast achter mij staat vol met beeldjes, die hebben allemaal mensen gemaakt. Die zien die kast en zeggen oh, maar dat kan ik niet. Terwijl de mensen die dit gemaakt hebben zijn allemaal precies hetzelfde.

Marianne:

Die hebben dat ook gezegd?

Margriet:

Ja, die hebben dat ook gezegd. Precies dat. Want als ik één zo'n beeldje eruit haal en zeg dit moet je namaken, dan gaat niemand dat lukken.

Marianne:

Nee.

Margriet:

Maar als ik zeg hier heb je klei, we gaan kijken wat voor beeldje je gaat maken, dan lukt dat iedereen.

Marianne:

Klopt ja.

Margriet:

Dus je gaat niet met de afloop in je hoofd beginnen. Je gaat beginnen waar je mee gaat beginnen en dan ga je kijken wat er gebeurt.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus dat hoeft je helemaal niet te sturen als therapeut, want dat gebeurt.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dat is het mooie van creativiteit en van ons vak. Het gebeurt als, dus dat hoeft je helemaal niet in te zetten, want dat zet je al in als je je vak doet.

Marianne:

Ja, daar was ik naar opzoek, want dat begreep ik al een beetje uit je verhaal.

Margriet:

Ja.

Marianne:

Maar ik dacht nog even concreet om het zo te hebben, ja.

Margriet:

Ja.

Marianne:

Ja, ik ga kijken wat ik nog allemaal verder heb, want je hebt al een heleboel beantwoord eigenlijk.

Margriet:

Ja, want het is een uur he, zijn we al aan het spreken.

Marianne:

Ja, daarom.

Margriet:

Je moet denk ik een afrondende vraag, want ik moet straks verder met de therapie.

Marianne:

Ja, ik was nog wel heel benieuwd, want in deze corona tijd kan ik niet echt makkelijk in gesprek komen met de cliënten binnen de oncologie. Heb jij wel eens feedback van hun ontvangen om, hoe zij de therapie ervaren?

Margriet:

Ja, ja, ik heb allerlei vragenlijsten. Voor en na en in de na vragenlijst staat ook een regeltje waar ze gewoon wat in kunnen vullen. Dus ja dat heb ik.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ik heb feedback.

Marianne:

Ja en hoe ervaren zij dan over het algemeen de therapie?

Margriet:

Ze vinden het heel vaak heel verrassend. Weet je, ze konden zich geen voorstelling vinden. Dan heb je het precies over waar we het net over hadden. Het proces vertrouwen is spannend, maar als mensen dat eenmaal gaan doen dan, dan zijn ze vaak heel verrast over wat ze zelf eigenlijk kunnen. Wat ik heel leuk vind, is bijvoorbeeld de feedback van zo'n vrouw die voor het eerst komt en zegt, van ja dit ben ik weet je dat mensen zichzelf herkennen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ik had ook een hele leuke feedback van een mevrouw, die heb ik ook gebruikt in een folder, die zei bij de psycholoog leer ik heel veel, maar hier gaat het over mij.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus het is heel erg opmaat. Dus mensen hebben heel erg het gevoel dat het over hun gaat en niet over iemand anders. Mensen hebben het gevoel dat ze. Ik heb hier ook nog wel wat feedback opgeschreven, even kijken of ik het kan vinden, soms als iemand iets leuks zegt dan schrijf ik het even op. Ohja deze vind ik ook heel leuk van een vrouw van 57. Creatieve therapie heeft mij spelenderwijs bewust gemaakt van mezelf. En een mevrouw die zei, vaktherapie is op een zachte manier in de spiegel kijken.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En een andere mevrouw: in deze therapie werden moeilijke onderwerpen behandeld, maar door er iets creatiefs mee te doen kreeg het een plek en dat ik daarvan lichter werd merkte ik later pas. Dus het is, wat ik heel vaak terug hoor van mensen is, ze moeten heel vaak huilen in mijn therapie. Want ik ga recht op, ja, hunzelf af eigenlijk he dus.

Marianne:

Ja.

Margriet:

En daardoor komen ze ook pijn tegen en frustratie, maar ze hebben altijd een prettig gevoel erna, omdat als het natuurlijk over hunzelf gaat en als ze iets hebben gemaakt waarvan ze kunnen zeggen: kijk dit heb ik gemaakt. Dus het is, ik vind het een hele, mensen ervaren het vaak ook als een constructieve therapie. Dat het iets oplevert.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dat het hun iets oplevert. Nou het minst wat het ze oplevert is een berg papier waar een tekening op staat, maar het levert ze letterlijk iets op en dat heeft alles te maken met dat wat ik zei over dat filosofische. Het levert ze iets op dat zij bevestigd worden in hun bestaan.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ja, dat is een hele grote zin. Een hele, ja, maar ik denk dat dat wel echt zo is.

Marianne:

Eigenlijk de alles omvattende zin van de feedback die je net benoemde.

Margriet:

Ja, als je het zo uitspreek. In America kunnen ze het misschien wel waarderen, maar in Nederland denken we echt, ja hoor doe. Maar ik denk wel dat het daar om gaat.

Marianne:

Ja, daar valt natuurlijk ook weer een heleboel onder dus dat kun je ook weer, die zin kan nog steeds mee worden genomen.

Margriet:

Ja. Wat zo'n mevrouw zegt: ik zie mezelf. Of het is op spelenderwijs bewust worden van jezelf. Dat is natuurlijk jezelf bevestigen.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Dus dat is denk ik, de grootste verrassing en een soort van, je leert nieuwe dingen over jezelf hoewel het niet makkelijk was, maar het is toch leuk. Dat is zo grappig eraan. Mensen zeggen ook heel vaak aan het eind: ik vond het ontzettend leuk. Dat je echt denkt nou volgens mij toen je erin zat vond je het niet altijd leuk wat ik deed, maar ja wordt heel vaak leuk ervaren. Ja.

Marianne:

Ja, top.

Margriet:

Dus.

Marianne:

Dat was eigenlijk de laatste belangrijke vraag. Ik heb nog een hele kleine en hele korte vraag, want je had het op een gegeven moment over iets over wat je zelf had geschreven ook over de distress.

Margriet:

Ja ik ben bezig met een artikel, is nog niet af.

Marianne:

Ik dacht anders kan ik dat ook weer meenemen.

Margriet:

Ja dat snap ik, maar die is helaas nog niet helemaal af.

Marianne:

Dan ga ik er met smart op wachten. Tegen die tijd.

(Er wordt gelachen)

Marianne:

Ja.

Margriet:

Heb je genoeg informatie Marianne?

Marianne:

Zeker. Dank je wel voor alle, zo veel informatie en ik kan er echt een heleboel gebruik van maken.

Margriet:

Goed zo, nou ik wens je heel veel succes met je laatste werkstuk.

Marianne:

Dank je wel en ik hou je ook wel op de hoogte mocht hij af zijn dan, mocht je dat leuk vinden tenminste?

Margriet:

Ja zeker, dat vind ik altijd heel leuk.

Marianne:

Ja.

Margriet:

Ja?

Marianne:

Yes super.

Margriet:

Oké.

Marianne:

Succes nog.

Margriet:

Joe, jij ook.

Marianne:

Dank je wel.

Transcript van interview 2 met Janneke Steentjes

Marianne: Ik was heel benieuwd naar wanneer je eigenlijk bent begonnen als vaktherapeut?

Janneke: Ooh, dat weet ik niet meer precies.

Marianne: Ongeveer.

Janneke: Jeetje, ja ik zei van de week tegen iemand van volgens mij ben ik nu 10 jaar als vaktherapeut werkzaam. Ik denk dat dat ongeveer klopt.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, dat ik 10 jaar. En daarvoor natuurlijk wel bij de stichting werkzaam, maar niet als vaktherapeut.

Marianne: Ja en hoe lang geef je al beeldende therapie aan cliënten binnen de oncologie?

Janneke: Ik denk dat dat 2/3 jaar geleden begonnen is. Ja, eerder drie, ja.

Marianne: Ja, want toen begonnen jullie ook met het opzetten of niet?

Janneke: Ja toen kwam die, dat zorg pad werd toen gemaakt en toen werd ik daarin meegenomen. Zo van toen werd ik meteen de vaktherapeut daarin in de tweede of derde week.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, Ik heb hier even dat lijstje eronder liggen met die punten die ik sowieso even wil meenemen.

Janneke: Ja, is goed.

Marianne: Wat is jouw eigen visie binnen de beeldende therapie, waar jij voor staat?

Janneke: Gericht op de oncologie of in het algemeen?

Marianne: Meer gericht op de oncologie.

Janneke: Ja, nou wat ik hoop en wat ik denk is dat als je bezig bent met een ja positieve activiteit of beeldende therapie dat die je welzijn verhoogt die je goed doet dat je dan, dat dat helpt in je proces zeg maar van het gevecht tegen de kanker.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat is eigenlijk met de beeldende therapie heb ik, dat hoop ik dus eigenlijk dat de mensen ondersteund worden Psychisch en lichamelijk. Er komt hier iemand binnen. Kind komt binnen.

(Er wordt gelachen)

Janneke: Ik werk thuis, dus. Dat mensen psychisch en lichamelijk ondersteund worden in het proces en dat heeft dus, ik denk zelfs dat je zelf genezend vermogen gestimuleerd wordt. Dat is natuurlijk best wel gevaarlijk om te zeggen. Maar ik denk ook gewoon dat je behandelingen veel beter aan kan. Dat je positief in het leven staat en het allemaal wat meer ziet zitten en dat dat effect heeft op je algehele gesteldheid en dat dat dus sowieso ten goede komt. Ik zeg niet dat je beeldende therapie moet doen om kanker te genezen.

Marianne: Nee, ik snap je. Ik heb het vaker ook wel voorbij zien komen in onderzoek een beetje die visie of die richting.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, ja, ja, dus in die zin, ja dat is mijn visie denk ik ja.

Marianne: Ja, wel een mooie visie.

Janneke: Ja, naja, ik hoop dat je het allemaal goed kan opschrijven en reproduceren, want ik had een ander interview en dat is wel goed om even te zeggen, had ik teruggekregen en toen kwam ik erachter dat ik heel vaak mijn zinnen niet afmaak.

Marianne: Ik zal erop letten.

Janneke: Ze had het uitgeschreven. Ze begreep wel wat ik bedoelde, maar ik zei het niet.

Marianne: Ah, ja dan mis je eigenlijk net dat stukje informatie.

Janneke: Ja.

Marianne: Maar dat is dan ook aan degene die dan het interview doet om even door te vragen. Om dan toch antwoord te krijgen op die ene vraag.

Janneke: Ja, dus zeg het als je blijft als ik, als je denkt het is nog niet helemaal. Beter dat we het een keertje extra nog zeggen, dan dat je straks allemaal gaten hebt. Dan moet je me even goed gaan mailen of bellen.

Marianne: Ja, met meer gerichte vragen ven he dit mis ik nog.

Janneke: Ja, precies. Dit staat nog niet in de tekst, kun je dit nog verduidelijken?

Marianne: Ja, ik snap hem.

Janneke: Het mag wel hoor.

Marianne: Ja, nou het volgende topic was eigenlijk over de doelgroep. Welke mensen kom je tegen binnen de oncologie? Je kan daarbij denken aan mannen of vrouwen, de leeftijd.

Janneke: Even kijken. Ik werk natuurlijk in de geriatrische revalidatie, dus ze zijn over het algemeen de wat oudere doelgroep. Maar daar heb je natuurlijk ook, ik noem het altijd een beetje de jongere oudere. Ja je denk bij ouderen aan de 80, maar heel veel mensen die net met pensioen zijn, zo weet je wel. Of net niet.

Marianne: Beetje rond de 60 ook?

Janneke: Ja, ja, ja, bij oncologie heb ik het idee dat het net een beetje onze jongere doelgroep is. Dus als je kijkt richting geriatrie in het algemeen dus we hebben allemaal ouderen, dan zijn de oncologie cliënten vaak de wat jongere binnen die groep. Dat is mijn idee daarin. Dus hebben we het erover, kan 50 zijn, 60.

Marianne: Ja.

Janneke: Ik denk dat nu de laatste die ik heb gehad, de laatste was een jongeman van mijn leeftijd, dus dat is rond de 40.

Marianne: Ja.

Janneke: 40 à 45. En het zijn volgens mij, maar ik heb de cijfers niet, vaker vrouwen dan mannen.

Marianne: Ja, ja ik heb vanuit. Ik heb een inhoudelijke oriëntatie moeten schrijven en daaruit kwam naar voren dat vrouwen er over het algemeen wel wat meer last van hebben, maar dat het redelijk toch gelijk is. Dat er niet een groot verschil is.

Janneke: Ja, ja, het kan zijn natuurlijk dat de vrouwen misschien wat meer behoefte hebben aan de beeldende therapie.

Marianne: Ja.

Janneke: Maar de meeste mensen krijg ik sowieso doorverwezen, dus de mannen en de vrouwen dat maakt dan eigenlijk niet uit.

Marianne: Nee.

Janneke: En daar merk ik wel in dat de vrouwen zich wat makkelijker over kunnen geven als ze geen ervaring hebben met kunst dan de man.

Marianne: Ja.

Janneke: Vrouwen vinden het makkelijker om het te hebben over hun gevoelens en daarin te laveren. Zijn misschien van nature wat creatiever of hebben wat meer zin om iets te maken, te knutselen ook en hebben dat misschien al vaker gedaan ook. Mannen vinden dat soms lastig, zo van ja wat ga ik dan doen.

Marianne: Vanuit waar worden ze doorverwezen?

Janneke: Nou we hebben afgesproken dat we alle oncologie revalidanten sowieso een proefsessie krijgen en dat hebben we dus met de artsen afgesproken eigenlijk het hele behandelteam, het disciplinaire team. Dat gaat niet altijd goed, maar in principe worden ze dus vanuit een afstemmingsoverleg of wanneer ze binnenkomen met een oncologisch zorg pad, dan zal ik ze zien. Dan zien ze ook de psycholoog en ook de maatschappelijk werker.

Marianne: Oké, ja, omdat je dan, in principe haal je dat dan ook gelijk tussen mannen en vrouwen, die eerste.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, daar was ik even benieuwd naar.

Janneke: Ja, ik denk ook dat, het is niet een heel groot verschil hoor. Ik denk dat er bij ons iets meer vrouwen. En het is natuurlijk de groep die tussen de zware behandelingen door niet naar huis kunnen om verder te herstellen.

Marianne: Ja.

Janneke: Die mensen komen bij ons. Anders komen ze niet bij ons revalideren. Die zo verzwakt zijn dat ze verzorgd moeten worden en er zijn natuurlijk zat mensen die dit thuis kunnen doen met zorg en hulp.

Marianne: Ja.

Janneke: Een groep die dat niet lukt en die niet die hulp hebben, die helemaal geen familie of kennissen hebben die jou daarin kunnen ondersteunen.

Marianne: Ja ik vind het wel mooi om te zien dat er allemaal verschillen zijn binnen de revalidatie, want je, ook vanuit een ander interview, dat was wat meer tijdens de behandeling soms, terwijl dit eigenlijk meer in die tussen fases is dan.

Janneke: Ja, ja, dat kan dus ook. Want wij hebben mensen die een keer in de zoveel tijd chemo krijgen en daar dus van op moeten knappen.

Marianne: Ja.

Janneke: En die dat thuis echt niet kunnen doen. Dus die komen dus ook, dus niet alleen als het helemaal klaar is. En er zijn mensen die te horen krijgen dat ze alleen nog maar palliatief behandeld worden.

Marianne: Ja.

Janneke: Die hebben we natuurlijk ook en die komen dan nog even aansterken, maar die weten dat ze niet meer beter gaan worden.

Marianne: Maar begeleiden jullie dan ook echt dat hele laatste stuk of?

Janneke: Dat is een hele goeie vraag. Dat willen we wel. In heel veel gevallen vinden mensen dat ook fijn als ze het goed hebben. Mensen zijn bijvoorbeeld heel tevreden in zorg hotel de Wartburg, staat goed aangeschreven. Dan zouden mensen het vaak fijn vinden om het laatste stukje daar gewoon te blijven en niet naar een hospice te verhuizen.

Marianne: Ja.

Janneke: Want dan moet je toch weer verplaatsen en aan nieuwe mensen wennen en soms wordt die zorg geleverd, omdat het ineens heel snel gaat en dan is er niet eens een keuze om iemand te verplaatsen naar een hospice.

Marianne: Dat is ook zo.

Janneke: En soms kiezen mensen er bewust voor om te blijven en het is wel iets wat we met elkaar hebben besproken. We willen eigenlijk dat stukje wat meer standaard ook leveren die palliatieve zorg.

Marianne: Ja.

Janneke: Met name als het bij oncologie voorkomt, maar dus ook bij andere mensen.

Marianne: Ja.

Janneke: Andere revalidanten.

Marianne: Ja, dat valt ook weer binnen de algemene revalidatie natuurlijk.

Janneke: Ja, het is eigenlijk iets, het is toch een vak apart denk ik ook wel.

Marianne: Ja.

Janneke: Die palliatieve zorg he. Die laatste zorg is veel meer wensen, wens dieet en rustig. Revalidatie is heel erg, alles is revalidatie. Zo veel mogelijk zelf doen. Je moet naar de therapieën. En ik heb echt wel van mensen met kanker gehoord ook van, moet ik dit nog in de laatste fase van mijn leven meemaken ik moet zus ik moet zo, dat wil ik helemaal niet, ik wil tempo lager.

Marianne: Dat is dan eigenlijk niet meer passend.

Janneke: Ja. Ik wil gewoon nog kunnen kiezen. Ik wil controle over mijn leven. Ik wil zachte warme zorg. Ongeveer zo.

Marianne: Ja.

Janneke: Niet iedereen is fit genoeg om dat te revalideren, dus nu zijn we er wel veel beter in ook de zorg, omdat ze weten we krijgen oncologie binnen dat je anders omgaat met die mensen dan de standaard revalidant.

Marianne: Ja, want uiteindelijk, dat las ik dan ook, dat er, er wordt ook steeds meer aandacht besteed aan wanneer iemand in behandeling of net klaar met de behandeling is niet per se palliatieve fase dat dan ook veel meer aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van leven.

Janneke: Ja, dat is heel belangrijk ja.

Marianne: Ja, ligt daar bij jullie ook de focus op dan?

Janneke: Ja, dat kan ik niet zo zeer zeggen, maar ik heb wel meteen zoiets van ja dat is heel belangrijk en dat is ook wel iets waar de psychosociaal vakgroep mee bezig is. Wat is de kwaliteit van leven, maatschappelijk werk. Ja ik denk wel dat dat meegenomen wordt. Dat dat ook, ja je kent ons zorg plan met de vier domeinen. Daar komt het natuurlijk ook wel naar voren van wat is nog de kwaliteit van leven.

Marianne: Ja.

Janneke: Ik denk wel dat het iets is wat je eigenlijk pas thuis ook weer gaat ervaren als je hebt gerevalideerd.

Marianne: Ja, dat snap ik.

Janneke: Ja.

Marianne: En als je verder kijkt naar de doelgroep met welke problematieken komen ze eigenlijk binnen? Of, want je ziet sowieso iedereen natuurlijk, maar degene die dan blijven plakken.

Janneke: Ja, ja, het is vermoeidheid. Vermoeidheid, conditie is het vooral denk ik. En dan heb je dus een deel die zingevingsvragen hebben. Dus dat psychosociale vlak.

Marianne: Ja.

Janneke: Angst, misschien ook wat kan ik nog? Wat wil ik nog? ja echte levensvragen.

Marianne: Ja.

Janneke: Wat heeft het nog voor zin? Word ik ooit nog beter? Of kan nog weer naar huis? Maar ja het is dus ook wel heel erg conditie. Heel erg op lichamelijk vlak zeg maar.

Marianne: Ja.

Janneke: De hulpvraag.

Marianne: Ja, maar de, je zei ook die vermoeidheid, is dat dan ook echt alleen op lichamelijk vlak of ook dat je ziet dat het door mentale processen en problemen voortkomt? Of een beetje beiden?

Janneke: Ja, dan denk ik een beetje aan dat mensen het zat zijn om het over hun ziekte te hebben. Dat ze moe zijn van alle behandelingen, van alle emoties, van familie, van alles wat erbij komt kijken. Dat mensen er gewoon moe van zijn. Ik heb wel mensen die bij mij komen en dan letterlijk zeggen: ik heb echt helemaal geen zin om daarmee bezig te zijn. Ik vind het leuk om bij jou te komen, maar we gaan het niet hebben over problemen. Ik wil gewoon plezier beleven of iets moois maken, lekker ontspannen genieten en de gedachten tot rust laten komen.

Marianne: Ja.

Janneke: Uit mijn hoofd, ja.

Marianne: Eigenlijk een hele andere kant dan dat je normaal zou verwachten.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, dat is wel goeie, want daar zat ik nog van tevoren nog over na te denken want wat voor vragen komen mensen eigenlijk bij mij. Ja ze hebben dan een indicatie oncologie, maar het gros van de mensen wil gewoon ontspanning, wil gewoon afleiding.

Marianne: Ja.

Janneke: En dan zit je dan ook al heel erg op het vlak van welzijn. Dat je, dat het best wel een beetje het kijken is van wat ben je aan het doen. Ben je in het moment vooral mensen aan het ondersteunen of ben je echt therapeutisch doel aan het behandelen en zit je in het proces. Ik denk dat doordat ze lekker bezig zijn, dan zijn ze lekker bezig en dan toch vertellen.

Marianne: Dan ben je er indirect toch weer mee bezig eigenlijk.

Janneke: Ja, maar echt de grootste hulpvraag is afleiding en ontspanning.

Marianne: Ja. Wel bijzonder.

Janneke: Dus dan hebben we die vraag ook meteen gehad.

Marianne: Ja, want hoe bied jij de beeldende therapie aan? Wat doe jij tijdens de beeldende therapie? Of waar let je op?

Janneke: Even kijken. Veel mensen hebben nog niks creatiefs gedaan, dus veel kan, klein deel kan ook zelf aan de slag en heeft ook een idee van ik wil dit of dat doen, dat vind ik leuk, daar ga ik mee aan de slag. Dus die gaan lekker vrij aan het werk. En dan doe ik af en toe kleine interventies, van dit is misschien een leuk idee of dat project kunnen we doen he als ondersteuning.

Marianne: Ja.

Janneke: Ik bied heel vaak een nat-in-nat schildering aan waar ze kleuren mogen kiezen. Als mensen nog geen ervaring hebben met kunstzinnige therapie bijvoorbeeld, kunstzinnige therapie dan niet vaktherapie en dan mogen mensen zelf de kleur kiezen en dan kunnen ze gewoon ervaren wat het schilderen en wat het kleuren met hun doen. En ik kies vooral daarvoor, omdat ze dan een beetje vanuit kunstzinnige therapie kanker dan meer een koude ziekte is en dat je een beetje stroming of warmte aanbiedt ter ondersteuning van hun afweersysteem en om die verkramping, dat vastzitten op te lossen.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat vind ik wel gevaarlijk, want dat is helemaal in de vaktherapie niet, maar dus wel een beetje vanuit kunstzinnigheid dat je dan niet kiest voor iets vast of hard zoals klei, daar kies je in eerste instantie niet voor, maar iets met kleuren, iets stromends, iets makkelijk.

Marianne: Ja.

Janneke: Als mensen iets willen kleien kunnen ze prima gaan kleien. Dat is niet zo dat het dan erger wordt.

Marianne: Nee.

Janneke: Nee. Dus dat vind ik dan een fijne oefening om mee te beginnen.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat mensen daar dus gewoon een sfeer lekker gewoon en dan vanuit die kleur en vanuit die beweging dan eventueel figuratie kunnen maken. En vaak mensen vinden mensen dat al zo heerlijk, want is natuurlijk precies wat ze willen, afleiding en ontspanning en het wordt al heel snel mooi.

Marianne: Ja, ja.

Janneke: Dus dan gaat het op de foto in de familie-appgroep. Kijk eens ik heb geschilderd. Helemaal fantastisch.

Marianne: Ja, ja het is dus eigenlijk ook een soort van, ik ben even het woord kwijt, een soort verrassingsmoment van zichzelf.

Janneke: Ja en het is, wat natuurlijk heel belangrijk is als je heel erg ziek bent en of ongeneselijk ziek, heel vaak is kanker ook alweer soort van chronische ziekte geworden he dat je altijd kanker blijft hebben, maar dat je nog heel veel jaren door kan is het heel fijn om te ervaren wat je gezonde deel is. Dat is natuurlijk waar vaktherapie beeldend, ik denk andere vaktherapie trouwens ook wel, heel erg op inspelen. Van wat kan ik nog wel? Wat is mijn gezonde deel en dat spreek je dan aan. Dat is natuurlijk heel erg in die speelsheid en die.

Marianne: Ja.

Janneke: Creativiteit, verrassingsmoment dat trots zijn op iets wat je maakt. Weet je wel.

Marianne: Ja.

Janneke: Het heel leuk vinden. En niet mee bezig met want dat is natuurlijk wat de behandelingen doen die zijn bezig met jou zieke deel. Dat moet genezen, dus je moet heel erg klachtgericht bezig.

Marianne: Ja.

Janneke: Maar, ja wij zijn dan meer mens gericht ofzo.

Marianne: Eigen dus ook wel een beetje om een soort van spiegel voor te houden voor het eigen deel. Voor de eigen.

Janneke: Ja.

Marianne: Het zelf.

Janneke: Ja dat is wel iets wat mensen kunnen ervaren dat dat deel van zichzelf.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat zie je natuurlijk dat dan heel direct als je resultaat hebt.

Marianne: Ja.

Janneke: Zo van jeetje wat grappig nou dat ga ik delen. Dat had ik nooit verwacht, ooh dat zal mijn kleindochter leuk vinden weet je welk?

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, dan denk ik heel positief.

Marianne: Ook een erkenning van jezelf dan in wat je hebt gemaakt.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, wel tof

Janneke: Ja. Mooi vak he!

Marianne: Ja, maar ook wel goed om ook vanuit de kunstzinnige kant te kijken wat jullie, wat jij dan daar eigenlijk doet, in plaats vanuit alleen de beeldende meer de creatieve kant zoals dat eerder heette dan.

Janneke: Ja.

Marianne: Want hoeveel behandelingen voer je normaal uit? Hoelang duurt het ongeveer?

Janneke: Nou ik, komt het getal 6 in me op gemiddelde.

Marianne: Ja.

Janneke: Het kan wel eens zijn dat iemand echt maat 2 à 3 keer bij mij komt. Het kan ook zijn dat iemand een wat langere periode heeft, dan met wat tussen poses van af en toe een week als ze af en toe behandelingen hebben.

Marianne: Ja.

Janneke: Weet je dat het af en toe wel 12 keer kan zijn, maar die revalidatie trajecten zijn vaak gewoon wat kortere trajecten.

Marianne: Ja.

Janneke: Dus dan is iemand maximaal 12 keer bij mij. Dat is wel, ik denk dat dat dan veel is voor, ik denk dat dan mensen vooral korter, ja. Dus dat is denk ik een keer of 6.

Marianne: Dat is dan een beetje een mooi gemiddelde ertussenin.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, volg je, je omschreef net wel een beetje hoe je de behandeling uit voert of wat je in de behandeling doet, maar voeg je daarbij ook bepaalde richtlijnen of een module of methode of is het meer vanuit de intuïtie dat je tewerk gaat. Dus vanuit je eigen gevoel wat werkzaam is?

Janneke: Ja, ja, ik denk dat de grootste richtlijn is dat ik de mens volg, de revalidant.

Marianne: Ja.

Janneke: Tuurlijk gebruik ik ook mijn intuïtie, maar het is heel erg aansluiten bij waar wat de behoefte van hem of haar is van dat moment.

Marianne: Ja.

Janneke: En dan werken we eigenlijk best wel van beeld naar beeld, dus als dat al een richtlijn is dan denk ik dat dat hem is. Dat je echt per week samen kijkt waar zijn we mee bezig, wat wordt de volgende stap, wat gaan we nu doen?

Marianne: Ja.

Janneke: Gaan we het uitbreiden of gaan we het verhalen. Gaan we het inlijsten.

Marianne: Ja, dus heel erg op het moment gericht eigenlijk?

Janneke: Ja.

Marianne: En dat mensen.

Janneke: Ja, ik heb niet echt een doel zo van daar willen we ja, uiteindelijk wil je dan, ja heb je wel een doel misschien. Nee, nee eigenlijk niet. Eigenlijk heb ik niet een heel groot einddoel.

Marianne: Nee.

Janneke: En bespreek ik dat ook niet. Is echt elke keer opnieuw kijken. Wanneer, je merkt ook gewoon dat mensen zo in hun energiek kunnen verschillen en zo in niveau verschillen van wat ze kunnen creatief. En zo in hun behoeftes verschillen van wat ze willen.

Marianne: Ja.

Janneke: Daar valt bijna niet geen richtlijn op te maken, wil je dat doen? Ga je dat pogen?

Marianne: Deel, meer een handvaten bieden om.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, ik denk dat dat heel goed kan, dat is natuurlijk ook mooi om wat kaders te hebben.

Marianne: Ja.

Janneke: Vooral als je natuurlijk ook je iets ziet terugkomen in de interviews van dingen die goed werken en minder goed werken.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, ik wil ook gaan kijken naar, vanuit de literatuur wat daar werkzaam is en welke dingen helpend kunnen zijn en welke ook weer niet en dan ook vanuit de interviews kijken en dan wel samenvoegen waardoor je een soort wel een overzicht krijgt van wat kun je zou je kunnen doen en wanneer wel en wanneer niet.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, want je hebt ook van collega's uit die werkveldgroep.

Marianne: Ja.

Janneke: Gehoord dat ze ook wel veel werken vanuit een of andere imaginatie box.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, ben je het tegengekomen?

Marianne: Ja, van Jan Taal geloof ik.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja. Dat mensen daar ook wel mee werken. Ook met voorbeeld kaarten en daar dan verhaal bij bedenken en heel erg dus ook visualiseren van mooie plekken enz.

Marianne: Ja.

Janneke: Ik kan me ook voorstellen dat dat ook helpen is als je veel last hebt van pijn.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat soort van bijwerkingen.

Marianne: Ja.

Janneke: En misselijkheid en al die dingen en dat het mooi is om iets te visualiseren.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, ik merk dus ook er wordt vanuit heel veel verschillende vormen wordt er gewerkt, maar dat wil ik wel graag samenkoppelen. Dus dat je van alles een stukje hebt en wat dan echt helpend is.

Janneke: Ja.

Marianne: Dus dat je één groot overzicht hebt.

Janneke: Ja.

Marianne: Maar als je kijkt naar jou binnen de beeldende therapie, welke factoren denk je dat echt werkzaam zijn die iets teweegbrengen of ja je zei dat je niet echt een doel had, maar toch richting een einddoel van het eind van die op zich te brengen?

Janneke: Ja, ik denk dat ja dat vindt iedereen fijn, maar toch komt er bij mij bij deze doelgroep wel komt dat boven dat deze doelgroep toch wel iets moois willen maken.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat er resultaat is. Dus dat je voldoende ondersteuning geeft om tot een goed resultaat te komen.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat ze het echt fijn vinden om een mooi schilderijtje of een leuk plaatje. Waar ze echt naar kijken van he wauw dat kan ik of dat is mooi geworden. Maar in de beeldende therapie natuurlijk is zo proces gericht en gaat echt om het doel en niet om het resultaat en ja ik heb het idee dat dat best wel om het resultaat bij de oncologie.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, dat dat juist heel versterkend werkt omdat je naar het gezonde deel wilt kijken en dat het dan fijn is als het iets wordt en niet een of andere bruine vlek dat je denkt ugh, dat je geconfronteerd wordt met ziekten en uh.

Marianne: Ja, maar heeft dat dan ook misschien te maken met dat deel van het zelfbeeld of van het de gezonde persoon naast de zieke persoon. Dus wie je zelf bent naast de ziekte eigenlijk?

Janneke: Dat zou je misschien wel zo kunnen zeggen, ja. Dat je daarnaar wil kijken, ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, ja ik vind ergens ook wel een beetje logisch klinken. Kan het me ook zo voor mezelf zo voorstellen dat als je zo veel bezig bent met ziekte en het is zo levensbedreigend en zwaar en onprettig met allemaal dingen die erbij komen kijken .

Marianne: Ja.

Janneke: Met zo'n behandeling dat je van je ontlasting last krijgt en van je mond en he allemaal ellende, haar uitval, je bent helemaal niet meer wie je vroeger was en dan in de beeldende therapie

daar dan ook nog eens letterlijk mee aan de slag gaan dat lijkt me heftig. Terwijl je toch ook wel hoort van mensen met borstkanker van dat ze dan heel erg dat zelfbeeld aan de slag gaan. Dat je je borsten bent kwijtgeraakt ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Hoe zie ik er nou uit weet je wel? Ben ik nog mezelf? Dat je daarmee bezig gaat dat snap ik wel, maar ik kan me ook heel goed voorstellen dat je even helemaal niet geconfronteerd wilt worden met al het lelijke en al het naarheid heftige.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja toch het is natuurlijk heel ja, hoe noem je dat, heel rauw ofzo.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, zo'n proces.

Marianne: Ja en heel hard.

Janneke: Ja. En dan mooie afbeeldingen kijken en mooie kleuren, mooie materialen. Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, dat kan ik me dan wel voorstellen dat dat fijn is.

Marianne: Ja, ik snap wel wat je bedoelt.

Janneke: Strelend voor de ziel.

Marianne: Ja in plaats van eigenlijk een soort van evenwicht creëren tussen de hardheid en de rauwheid van wat er speelt en om daar wat tegenover te zetten.

Janneke: Ja, dan kom je toch weer terug op dat in balans brengen.

Marianne: Ja.

Janneke: Van de mens, dus inderdaad daar iets tegenoverstellen.

Marianne: Ja, dat maak ik een beetje op uit je verhaal.

Janneke: Ja, dat zeg je goed. Dat vind ik fijn om zo terug te horen zo van dan denk ik ja he dat is het.

Marianne: Ja, dit was wel dat laatste stukje van de zin, waar je het toen eerder over had.

(Er wordt gelachen)

Janneke: Jeej het is je gelukt.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja waarschijnlijk ga je toch nog vragen moeten stellen hoor als je het moet uitwerken.

Marianne: Ja je loopt toch altijd weer tegen dingen aan. Daarom. Maar groot en deels hebben we dan denk ik. Ik ga even kijk of ik, ik heb al best wel wat gevraagd, ja ik was ook nog benieuwd naar, ja op dit moment kan ik niet echt cliënten interviewen. Ik ben daar wel naar opzoek gegaan, maar dat is gewoon nu best wel lastig, ook online zeg maar. Ik was benieuwd of je ook wel eens feedback krijgt van cliënten? Wat ze dan zeggen?

Janneke: Ja, ja de grootste feedback is eigenlijk dat ze niet met mij door willen dat ze het gewoon niks vinden. Ja, dat is eigenlijk, dat is de meest duidelijke feedback zo van het is echt niks voor mij, ik vind het helemaal niks. Het is allemaal prima laat me maar.

Marianne: Ja.

Janneke: Ik probeer altijd wel iets te vinden wat echt nog wel aansluit, maar soms klikt het niet of vinden ze het gewoon, is het gewoon niks.

Marianne: Ja.

Janneke: Wat ik voor feedback verder krijg is vooral ook wel op de aandacht die ik ze geef, dat ze dat heel positief vinden.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat je echt tijd hebt voor de mensen. Dus dat vinden mensen prettig. Dat geven ze ook aan dat ze dat belangrijk, het contact, het luisterend oor. Dat je gewoon bijna een uur voor iemand hebt en geen haast, weet je wel zo. Dat vinden ze heel fijn. Dat je dan flexibel bent in wat je aanbiedt en wat ze nodig hebben. Dus als ze een keertje niet bezig willen zijn beeldend en het is mooi weer en je gaat even naar buiten, dat vinden ze heel fijn. Dat heb ik ook wel positieve feedback op gekregen. Ja, ik denk, ja over het algemeen is het wel positieve feedback. Vinden mensen het heel fijn dat ze dat extra's krijgen aangeboden.

Marianne: Ja.

Janneke: Dat is soms ook wat de anderen zeggen van je moet ook naar Jenneke gaan.

Marianne: Ja.

(Er wordt gelachen)

Janneke: En dan hebben die mensen helemaal geen handicap of indicatie, ga dat maar eens vertellen. Dat is best moeilijk als mensen toch wel graag willen.

Marianne: En dan niet kunnen.

Janneke: En dan niet kunnen, ja. Ja en ik heb wel, ik merk wel dat soms kom ik een beetje te kort qua materialen ofzo. Ik zit best wel op het tekenen, schilderen, boetseren en op de Wartburg dan wordt het eigenlijk standaard nooit gedaan. Ik heb daar geen klei liggen.

Marianne: Ja.

Janneke: Maar er zijn wel mensen die bijvoorbeeld dan liever nog breder creatief bezig zouden willen zijn, weet je wel. Jij hebt natuurlijk ook gezien dat decopatchen, maar ik noem maar even een zijstraat glasverven.

Marianne: Ja.

Janneke: Of weet je wel, gewoon die eigenlijk wel het gewoon heel leuk zouden vinden om te knutselen. En dan heb je natuurlijk als je niet een heel geotieerd atelier hebt dan kan je ze niet bieden waar ze behoefte aan hebben.

Marianne: Ja.

Janneke: Je hebt dan die groep die heel graag voor de resultaten gaan, eigenlijk wel iets willen knutselen of willen maken en dan kan je dat niet helemaal bieden, dus dan moet je weer de spullen mee nemen naar het atelier.

Marianne: Ja.

Janneke: Daar heb ik ook wel eens feedback op gekregen.

Marianne: Ja.

Janneke: Zo van dat er weinig mogelijk is.

Marianne: Dat snap ik wel dan voor de mensen die echt resultaatgericht zijn.

Janneke: Ik zit me trouwens te bedenken, ik weet het niet dat ga je natuurlijk zo nog vragen, zijn er nog dingen die je wil vertellen. Wat ik ook wel heb gedaan met een mensen is een soort van laatste project. Dat ik gewoon wist dat ze zou gaan overlijden toen is ze samen met haar zus een soort van drieluik gaan afmaken. Dus toen is ze bij mij begonnen en toen ging ze naar een hospice en daar is ze ook samen met een medewerker welzijn ook binnen de stichten en met haar zus is ze dat project gaan afmaken. Dat is natuurlijk ook prachtig.

Marianne: Ja.

Janneke: Als dat kan he. Dat je echt iets achter kan laten.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja.

Marianne: Zeker.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Maar je had het over feedback.

Marianne: Ja, maar dat, in principe hoort dat stuk er ook wel een beetje bij. Maar ik was nog wel benieuwd van de mensen die dan al meteen beginnen zeggen dat ze zeggen dat ze het niet zien zitten, wat voor mensen zijn dat? Wie vallen daar een beetje onder.

Janneke: Ik denk de mensen die nog nooit, vooral die nog nooit iets creatiefs hebben gedaan.

Marianne: Ja.

Janneke: En er zijn een aantal mensen die het fysiek gewoon niet aan kunnen. Die hebben we ook. Of mentaal misschien stiekem dan ook.

Marianne: Ja.

Janneke: Het gewoon te spannend vinden.

Marianne: Ja.

Janneke: En te veel is. Dat ze echt gewoon moe zijn en er geen behoefte aan hebben. Het is me allemaal te veel, laat me alsjeblief.

Marianne: Er speelt al genoeg dan.

Janneke: Ja, ja ze hebben al genoeg en geen behoefte om daar verder beeldend iets te gaan doen.

Marianne: Nee.

Janneke: Dat is gewoon heel moe, maar ik denk dat dat wat ook geldt gewoon in de gewoon in de beeldende therapie is de mensen die weinig ervaring hebben beetje bang zo ik ben helemaal niet creatief.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja.

Marianne: De bekende cliënt. Zeg maar.

Janneke: Ja, ja, ja, ja

Marianne: Ja, jullie bieden geen beeldende therapie daarbuiten om aan toch? Buiten.

Janneke: Als we naar huis gaan bedoel je? Ambulant?

Marianne: Ja.

Janneke: Ja kan wel. Kan wel. Gebeurt niet vaak, maar het kan wel.

Marianne: Oké.

Janneke: Ik kan ook gewoon in de eerste lijn werken, dus, maar je merkt wel dat de meeste mensen hebben nog van de hemmentownling instituut psychosociale begeleiding.

Marianne: Ja.

Janneke: Maar dat ze nog een psycholoog hebben daar, maar eigenlijk is er nooit een vraag kunnen we doorzetten, nee.

Marianne: Nee. Is die bekendheid er dan niet dat dat niet zou kunnen of is dat dan dat ze het echt niet zouden wil doorzetten.

Janneke: Ik denk dat het ook een beetje vraag en aanbod is. Als ik het aan zou bieden dan zou de vraag daar ook meer zijn.

Marianne: Ja.

Janneke: Weet je wel zo. Dat een beetje ja wat is het kip of het ei verhaal. Ik denk dat als we iets zouden neerzetten dat die behoefte dan ook meer naar boven zou komen omdat ze het wel fijn vinden en dan vooral ook in een groep om met elkaar uit te wisselen en delen.

Marianne: Ja.

Janneke: Van hoe ga je daarmee om? Ik denk dat die behoefte er wel degelijk is, maar ik bied het ook niet aan ik wil die vraag verder dan ook niet. Want weet je ik ga die vraag ook niet stellen of ze die behoefte hebben want ik heb ook niks om ze dat kunnen bieden en het wordt allemaal mij lastig en een gedoe.

Marianne: Ja.

Janneke: Maar ja, stiekem weet ik wel dat het natuurlijk wel voor een heleboel mensen het fijn is om gewoon thuis stukje begeleiding te krijgen.

Marianne: Ja, want je hebt ook dat deel op een gegeven moment weer, dat de mensen weer moeten re-integreren in de samenleving, want dat heb je dan denk ik minder wanneer je ze echt nog binnen de revalidatie begeleid als ze tussen de behandelingen in zitten. Lijkt mij.

Janneke: Ja en het is natuurlijk ook verschil want jouw onderzoek gaat over van 18 tot.

Marianne: 60. echt een hele brede.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, ja, precies en ik zie natuurlijk daarna ook nog.

Marianne: Ja.

Janneke: En die mensen hebben een hele andere functie in de samenleving.

Marianne: Ja.

Janneke: Dus een deel heeft dan een werkzaam leven of zijn net klaar met werken of weet je wel, staan nog vol in het leven en worden er zo uitgerukt. Veel waren al aan het vertragen.

Marianne: Ja.

Janneke: En hadden al klachten of hebben weer opnieuw kanker.

Marianne: Ja.

Janneke: Weet je wel.

Marianne: Dat kan ook.

Janneke: Dus mijn doelgroep is nog wel ook nog wel wat anders, na jouw onderzoek.

Marianne: Ja, nee, ik snap hem. Ja want dat is net dat laatste stukje zeg maar, maar daarom ook tot 60 maar eigenlijk zou je dan ook net ook die andere mensen wel mee kunnen nemen in dat er best wel een verschil in zit.

Janneke: Ja.

Marianne: In of je dan midden in je leven staat of het begin van het leven eigenlijk of dat je al in ieder geval met werk al een beetje aan het afronden bent.

Janneke: Ja.

Marianne: De laatste werklootjes.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, want het lijkt mij ook wel echt wel degelijk, als ik het even op mezelf betrek, als ik borstkanker zou krijgen op deze leeftijd.

Marianne: Ja.

Janneke: Kijk ik vind nu dat ik nog onwijs meedoe weet je wel?

Marianne: Ja.

Janneke: En midden in het leven sta en ja dan ben je ook bezig met je seksualiteit je bent nog actief daarin.

Marianne: Ja.

Janneke: Je wilt nog in je bikini weet ik veel wat nog meer.

Marianne: Ja.

Janneke: En ik zie mezelf als ik 80 ben. Ik zeg het even netjes. Het komt natuurlijk in het onderzoek.

(Er wordt gelachen)

Marianne: Ja.

Janneke: Maar mijn lichaam is veranderd. Ik ben er helemaal naartoe gegroeid dat mijn lichaam veranderd is weet je wel en dat ik anders en misschien seksueel niet zo actief meer ben dan is dat natuurlijk heel anders wanneer je borstkanker krijgt of een borst verliest.

Marianne: Ja.

Janneke: Toch.

Marianne: Ja.

Janneke: Lijkt mij wel.

Marianne: Ja.

Janneke: En hoe je dan ik het leven staan. Als je al een beetje afscheid aan het nemen bent en je bent er al mee bezig in een andere fase van het leven dan dat je vol in het leven staat zoals zeg maar die collega kennis van mij.

Marianne: Ja.

Janneke: Dus dat heeft natuurlijk ontzettend veel impact om op je veertigste kanker te krijgen en je lichaam te zien veranderen en die vermoeidheid en alles wat daarbij komt kijken.

Marianne: Vaak heb je dan ook nog op die leeftijd heb je nog kinderen, dus dat komt er dan ook bij.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja op latere leeftijd heb je ook kinderen, maar die wonen dan niet meer in huis. Dus daar heb je minder verantwoordelijkheid.

Janneke: Ja en die kunnen jou ook helpen.

Marianne: Ja.

Janneke: Dus dat is ook weer. Die kleine kinderen moet je dan nog verzorgen. Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja dus het is wel interessant. Kijk een vervolgonderzoek zou kunnen zijn wat doe je met die groep na 60. Dus als jij, misschien dat jij ook nog wel een heel groot verschil ziet binnen die groep.

Marianne: Ja.

Janneke: Van wat voor behandelingen zijn er. Wat vind je van het eind van die leeftijdscategorie of aan het begin?

Marianne: Het is wel heel interessant om dat mee te nemen om al een beetje te kunnen belichten.

Janneke: Ja.

Marianne: En dan al eventueel in de discussie.

Janneke: Je kunt een advies doen.

Marianne: Of een advies.

Janneke: Of vervolgonderzoek van ervoor, voor 18 de kinderen of daarna ja.

Marianne: Ja want als je nog rond de 18 bent of in de 20 en je zou nog heel graag kinderen willen krijgen dan is dat natuurlijk weer een heel ander verhaal, dat heeft er natuurlijk wel mee te maken maar.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja zeker, want hoe ben je tot die leeftijdscategorie gekomen van 18 tot 60?

Marianne: Omdat ik daarin nog niet zo specifiek wilde maken omdat ik het echt meer ging over de werkzame factoren. Anders werd ook de literatuur werd te lastig om daarin, dan was er te weinig eigenlijk.

Janneke: Ja.

Marianne: Dus zo bied ik dan nu een grotere, ja, een grotere informatiebron waar ik uit kan putten.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja, slim.

Marianne: Maar uiteindelijk zal je dan dus wel in vervolgonderzoek zou je meer kunnen toespitsen op bepaalde leeftijdscategorieën.

Janneke: Ja.

Marianne: Dus wat specifieker.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja, maar ik hem wel een keer voorbij horen komen en ik heb meerdere ook vanuit een ander interview kwam wat dingen naar voren die dan niet specifiek voor dit onderzoek heel handig zijn, maar wel kleine dingetjes die je mee kan nemen voor wat uiteindelijk ook nog verder onderzocht kan worden.

Janneke: Ja.

Marianne: Ja.

Janneke: Ja. Ik zit nou zo te denken want jij zei ik kan eigenlijk geen mensen spreken he?

Marianne: Ja.

Janneke: Want dan zouden we ja, zou het misschien nog interessant zijn om dat groepje van Marieken te vragen, dat groepje dames. Als daar.

Marianne: Ja.

Janneke: Nou ja.

Marianne: Dat zou ook kunnen ja.

Janneke: Dan heb je een groepje van allemaal vrouwen die kanker hebben gehad.

Marianne: Ja. Dat zou ook kunnen. Dat zou helemaal tof zijn, maar ja. Het is nu ook merk ik. Vorig jaar was er een bepaalde Facebookgroep die open was en daar heb ik toen een bericht in geplaatst en daar kreeg ik toen heel veel reacties, maar dit is nu niet meer open en zijn geen openbare platvormen waarbij je meerdere mensen kan bereiken dus dan zou je echt kennissen moeten hebben die dan ziek zijn geweest of nog ziek zijn.

Janneke: Ja ik weet niet hoeveel tijd je hebt met je onderzoek nog, maar ik kan wel, sowieso voor nu denk ik dat het bijna klaar is toch of niet?

Marianne: Nou.

Janneke: Of niet?

Marianne: Ik moet nog wel veel doen, maar ik heb een hele strakke planning op dit moment. Ik heb nu anderhalve week ongeveer, nou ja bijna twee weken, de tijd om interviews te doen en nog een aantal in te plannen. Ik heb er al wel een aantal staan, maar er moeten nog wat meer en om uit te werken.

Janneke: Oeh dat is inderdaad best.

Marianne: Ja, maar ik heb in de afgelopen drie weken heb ik heel hard gewerkt en mega veel voor elkaar kunnen krijgen. Dus ik heb wel het idee van ik ga er ook volledig voor.

Janneke: Ja.

Marianne: Ik heb er nu ook even geen baan naast zodat ik alle aandacht erop kan storten.

Janneke: Ja, oké.

Marianne: Het komt wel goed.

Janneke: Ja.

Marianne: Yes, nou succes nog.

Janneke: Ja jij ook.

Transcript van interview 3 met Yvonne Peschier

Dit transcript is er voor het uploaden in de HBO Kennisbank eruit gehaald.
Wat vanuit dit transcript van belang is, is wel meegenomen in de analyse.

Transcript van interview 4 met Wike de Klerk

00:00:01

Wike: Het is ook wel grappig, wat is jouw motivatie om in dit gebied onderzoek te doen?

00:00:05

Marianne: Dat ligt meer, een beetje bij mezelf, omdat vanuit de privésfeer dat ik ben beide ouders ben ik verloren en mijn vriend is ook zijn ouders verloren dus dat. Dat is een beetje mijn motivatie waarom ik op een gegeven moment ook ik ben ik heb stagegelopen in het AVL en dat was toen mijn motivatie. En uiteindelijk komt ik het toch elke keer weer tegen, ook daarna op een andere stage. Dan sta ik toch weer in verband met de oncologie, en dan niet, toen was het niet voor 100 procent en werkte ik ook met andere doelgroepen, maar ja.

00:00:43

Wike: Ja, mag ik vragen hoe oud jij bent?

00:00:46

Marianne: Ik ben 22.

00:00:47

Wike: Zo dan ben je jonger je ouders verloren dan ik. Ik was ook twintiger toen ik mijn beide ouders verloor aan kanker. Die zijn vrij kort na elkaar gestorven ook mijn moeder begonnen met kanker en een jaar later hadden ze het allebei. Mijn vader ging toen heel snel. Die overleed twee maanden na de diagnose al. Een half jaar. daarna is mijn moeder ook overleden. Toen was ik eind twintig. Maar jij bent wel heel jong hoor.

00:01:12

Marianne: Ja.

00:01:13

Wike: Kut om maar zo te zeggen toch?

00:01:14

Marianne: Ja. Was het ook ja, ik was bij mijn vader was ik zeven jaar oud en bij mijn moeder was ik 15 jaar oud, dus het is al eventjes geleden.

00:01:24

Wike: Ja, en toen, wat is er toen met je gebeurd? Waar ben je terecht gekomen.

00:01:29

Marianne: Bij mijn oom en tante.

00:01:31

Wike: Ja.

00:01:31

Marianne: Ja.

00:01:31

Wike: Jeetje wat heftig.

00:01:34

Marianne: Ja, ja, maar ook alweer normaal ofzo.

00:01:37

Wike: Ja het ging wel goed om bij hen terecht te komen?

00:01:42

Marianne: Nou niet zozeer maar ja.

00:01:47

Wike: Je joh, ja, maar dan snap ik het wel ja.

00:01:50

Marianne: Ja, dus dan blijft toch altijd een belangrijk plekje ofzo.

00:01:54

Wike: Ja, dat denk ik ook hoor. Het is voor mij ook lang geleden natuurlijk je kan aan mijn grijze haren

wel zien dat ik ook wat ouder ben. Ik denk dat dat nu zo'n 24 jaar geleden is inderdaad dat mijn ouders gestorven zijn dat is best wel een hele tijd Voordat jij geboren werd dus eigenlijk al. Kun je nagaan, maar dat blijft zo inderdaad, maar dat wil niet zeggen, dat merk je misschien nu ook al wel. Dat dat niet te dragen is door de tijd heen is natuurlijk de opgave om het grote verdriet te leren dragen, maar dat blijft altijd wel een ding ja, af en toe moet je toch weer even neer zetten, herschikken en opnieuw oppakken en verder dragen, maar dan op een andere manier ofzo. Ja, het is ook zoiets groots het zal ongetwijfeld wel zijn invloed blijven houden.

00:02:43

Marianne: Dat denk ik ook wel. Ja en je maakt toch veel dingen mee in je leven en daarin zullen ze er dan niet zijn. Dus dan zal het ook altijd weer een moment zijn van.

00:02:52

Wike: Ja, ja, en daardoor kan het soms ook niet op de achtergrond raken. Ik weet nog wel dat mijn broer, die heeft een jongere vrouw, dus hij is vrij laat vader geworden. En net toen ik dacht van, nou ik kan het verlies, redelijk goed dragen kreeg hij zijn eerste kind. En toen merkte ik dus dat ook voor mij een soort van nieuwe tak aan die stam van rouw begon te groeien. Het verdriet om het feit dat hij niet zijn kinderen kennis kan laten maken met onze ouders en ik zie zijn pijn daarin. Ik vind dat zelf ook eeuwig zonde voor mijn ouders maar ook voor die opgroeiende kinderen dat zijn hun grootouders niet zullen leren kennen alleen uit verhalen en foto's. Dat deed opnieuw pijn en dat vond ik eigenlijk niet aanzien komen. Er zijn nog wel grootouders aan de andere kant gelukkig.

00:03:43

Marianne: Ik kon er destijds, ik had er zo'n last van dat ik ook een beetje een soort sneer had gegeven van he verdorie. Zij wel en mijn ouders niet, maar die andere grootouders die hebben dat heel goed opgepakt, die konden tegen mij zeggen, van goh joh. Wat ongelooflijk vervelend hé. Wij snappen jou, pijn, want wij genieten hier zo van. En omdat zij dat zeiden en mijn verdriet zagen en erkende. Dan was het over en kon ik het goed handelen als zij genieten van hun kleinkinderen, dan is het goed? Dan heb ik niet meer die pijn als toen, omdat het erkent is kennelijk ofzo.

00:04:20

Marianne: Ja, iemand ziet het.

00:04:21

Wike: Ja, iemand ziet, het, en benoemt het en dat klopt wat je zegt. Dat ga je waarschijnlijk ook nog wel meemaken dat het gewoon eeuwig zonde blijft dat zij op bepaalde mijlpaal voor jou er niet zijn.

00:04:34

Marianne: Ja.

00:04:38

Wike: Goh joh, zo gaat dat soms hé.

00:04:44

Marianne: Ja, en mijn vriend en ik die maken er samen wat van we hebben ons plekje ons thuis, dus, ja.

00:04:52

Wike: En je zal het waarschijnlijk delen.

00:04:56

Marianne: Ja, dat ook ja en we begrijpen elkaar. Al is het wel af en toe wat anders natuurlijk, maar je snapt dat wel.

00:05:05

Wike: Er zijn natuurlijk bepaalde emoties en belevingen die overeenkomen dus het is niet hetzelfde dat is natuurlijk zo, en hoe je het ervaart is niet hetzelfde altijd. Je gaat er altijd anders mee om. In grote lijnen kun je elkaar natuurlijk wel begrijpen. Dat is natuurlijk fijn, dan heb je aan een half woord genoeg.

00:05:22

Marianne: Ja precies.

00:05:23

Wike: Ja, dat is nog prettiger dan dat je een partner zou hebben die totaal niet snapt hoe dat zou kunnen voelen zo hè.

00:05:31

Marianne: Ja. klopt, ja.

00:05:34

Wike: Maar dan was hij ook jong.

00:05:36

Marianne: Ja, ja, het is nu twee jaar geleden.

00:05:40

Wike: Dat is vers toch? Twee jaar is niks.

00:05:41

Marianne: Nee. Nee, dan denk ik eigenlijk nog van het voelt als kortgeleden terwijl het eigenlijk alweer twee jaar voorbij is.

00:05:51

Wike: Ja heel herkenbaar inderdaad. Het kan voelen als de dag van gisteren bij wijze van spreken. Of straks dan voelt het wel wat verder weg als die dag van gisteren. Maar dan is het nog steeds niet, loopt het nog steeds niet synchroon met het aantal jaren van het verlies. Dan is het bijvoorbeeld tien jaar geleden, maar dat voelde bijvoorbeeld als geleden een jaar geleden ofzo. Het voelt kennelijk altijd korter dan het daadwerkelijk aantal jaar dat het geleden is.

00:06:21

Marianne: Dat klopt inderdaad.

00:06:23

Wike: Ving ik ook. Nog steeds dus ja.

00:06:26

Marianne: Ook wel bijzonder om te horen, zo voor jou dan om.

00:06:29

Wike: Ja.

00:06:29

Marianne: Omdat het bij jou dan langer geleden is.

00:06:34

Wike: Ja best wel lang natuurlijk, maar toch hè er, zijn natuurlijk bepaalde gebeurtenissen daarin. Ook momenten, die ik me nog zo goed herinner dat het niet als 24 jaar voelt. Wel al langer dan bijvoorbeeld. Ik weet wel dat het voelt ook wel alsof het niet een jaar geleden is. Maar toch voelt het korter als die 24 jaar dat het daadwerkelijk geleden is. Ja het is heel raar, ja dat is.

00:06:58

Marianne: Ja, ja, ik heb dat ook met mijn vader, die dan dat dat nu 15 jaar geleden ongeveer, maar dat is ook. Dat voelde ook niet zo lang geleden.

00:07:09

Wike: Ja, ja, en dan denk maakt het ook nog uit welke leeftijd je had, je was 7, je was hartstikke jong man.

00:07:18

Marianne: Ja.

00:07:18

Wike: Poeh.

00:07:19

Marianne: Maar we zijn er.

00:07:24

Wike: Ja, inderdaad, ja, vertel.

00:07:27

Marianne: Nou, ik heb ook hier even een topic lijstje liggen, zodat ik dat af en toe even langs kan lopen of ik alles heb gehad, dus dan weet je dat als ik even naar beneden kijken. Maar wanneer ben je begonnen als Vaktherapeut?

00:07:40

Wike: Ik ben in 2007 afgestudeerd, ik heb nog aan de Wervol gestudeerd trouwens. Academie de Wervol die bestond toen nog. Ik was één van de laatste Lichteningen daar en in 2007 ben ik dus afgestudeerd en toen heb ik eerst gezocht naar vacatures op het gebied van vaktherapie. Die waren er bijna niets tot nauwelijks. Dat is mij ook niet gelukt om een vacature te vinden om een baan in loondienst te vinden in 2009 dacht ik van ja, als ik werkzaam wil zijn als vaktherapeut. Dan blijft er maar één ding over, en dat is een eigen praktijk starten. Dat heb ik toen gedaan ik ben in oktober naar de kamer van koophandel gegaan in het jaar 2009 en ik heb mij ingeschreven. Vanaf toen ben ik dus eigenlijk aan werken in mijn praktijk, wat overigens dan niet gelijk gevuld is. Maar zo is de praktijk gestart dat was toen.

00:08:37

Marianne: Ja, ja, want ook nu is het dan niet makkelijk om aan een baan binnen het werkveld te komen maar toen al helemaal niet lijkt mij.

00:08:45

Wike: Nee, ik heb het idee dat daar niet heel veel groei in vacatures is het lijkt er wel te zijn, maar dan vooral op het gebied van psychiatrie. Als ik vacatures vind is het meestal voor muziektherapeuten en vaak ook in de psychiatrie. Op mijn gebied en zeker niet in de oncologie, dat is gewoon niet te vinden.

00:09:05

Marianne: Nee, nee, dat viel mij ook op. Ja, en wanneer ben je begonnen binnen de oncologie?

00:09:11

Wike: Eigenlijk gelijk al ik wist tijdens mijn opleiding al dat ik dat graag wilde en ik heb ook destijds tijdens mijn opleiding, dat natuurlijk wel eens van die groepsopdrachtjes en ik heb eigenlijk mijn groep altijd zo richting de oncologie geduwd omdat ik dat wilde. Dat is een zo'n sterke drive, dat wilde ik per se. Dat wist ik toen al. Dus toen ik gestart ben, ja ook eigenlijk gelijk al op deze doelgroep, en dat wil niet zeggen dat nooit met andere mensen werk. Die heb ik zeker in mijn praktijk en dat is ook prima. Ik moet het gevoel hebben dat ik daadwerkelijk deze mensen kan helpen en als dat zo is, is hij welkom, wel of geen oncologie, maar ik wist dus eigenlijk al tijdens mijn studie dat ik deze doelgroep, daar ligt mijn hart – daar wil ik iets voor betekenen. En die impact is zo groot, niet alleen op de mens zelf, maar ook op de naasten. Nou, daar is bijna niks voor en dat vind ik heel kwalijk en daarom ben ik eigenlijk in dat gat gestapt. Ik zie het als een gat.

00:10:13

Marianne: Dat snap ik wel, ja, het valt me nu ook nog steeds op. Ik heb al een paar mensen gesproken, en ook vanuit de onderzoeken die ik lees dat het gewoon, dat het inderdaad echt een gat is.

00:10:23

Wike: Ja hé, dat vind ik dus ook. En ik vind eigenlijk dat je dat als gezondheidszorg als maatschappij niet kunt maken, dat je deze mensen met zo'n heftige diagnose voor iedereen die om die mensen staat, dat je ze zomaar laat zwemmen, dat dat fysieke stuk is goed natuurlijk in beeld. Daar wordt van alles aan gedaan om de tumor zo snel mogelijk uit het lichaam te krijgen en daarop behandelingen aan te bieden om de kans te verkleinen. Maar die psychische impact, veel te weinig aandacht. Dat kun je eigenlijk niet maken dat je de mens zo de wereld weer instuurt en je doet niets aan voor een handvat of zorg daarin om misschien emoties en angsten uit kan spreken. Daar wil ik dus iets aan doen. Ja dat is mijn motivatie.

00:11:12

Marianne: Ja, dat snap ik wel. Ook een hele duidelijke motivatie.

00:11:15

Wike: Ja.

00:11:15

Marianne: Ja.

00:11:16

Wike: Ik kan het inderdaad ook niet duidelijk maken dan dat. Ik vind het gewoon echt niet kunnen. Het raakt mij dan echt. Daar moet iets gedaan worden, dus vandaar.

00:11:27

Marianne: Ja, het komt ook over het beeld, zeg maar.

00:11:31

Wike: Zelfs die oké.

00:11:33

Marianne: Maar ook wel mooi voor mij, want zelf sta ik er dan ook voor en dan is het fijn als andere mensen daar ook voor staan, als je dat hoort.

00:11:42

Wike: Ja er zijn er ook wel meer inderdaad, daar wil ik me echt hard voor maken en ik heb eens het gevoel dat ik eens soort pionier ben in de nieuwe maatschappij op dat gebied. Is dus niet zo, maar degene die er ook mee bezig zijn, die staan natuurlijk wat verder weg. We zijn verder weg van elkaar daarin en weten soms niet altijd dat we er zijn. Maar ik denk, als we daar echt voor gaan staan en dragen dat uit en we geven niet op en we blijven daarin bezig dat er dan steeds meer aandacht voor zou komen. En dat zie je ook al wel gebeuren in de maatschappij, ook in de gezondheidszorg krijgen ze steeds meer. Nu in de gaten van hé, op dit gebied moeten we echt iets te doen. Dat is belangrijk. Dus het komt wel. Er is al een kentering gaande, maar de laatste tijd kennende zal dat niet heel snel gaan.

00:12:24

Marianne: Nee klopt.

00:12:24

Wike: Maar het moet wel.

00:12:25

Marianne: Ja, ja, want je merkt al wel dat er wat meer wordt gefocust, ook op de kwaliteit van leven, dat het steeds meer in beeld komt.

00:12:33

Wike: Ja, precies ja, dat is heel belangrijk. Dus er is wel een verandering gaande, maar volgens mij is die echt niet pas op gang gekomen. En ja, een beetje. Het kost gewoon tijd.

00:12:45

Marianne: Klopt Inderdaad, en als jij met de doelgroep aan de slag gaat, wat voor oefeningen doe je dan zoal als werkvormen, of gebruik je een bepaalde methodiek of module om het aan te bieden.

00:13:00

Wike: Eigenlijk niet ik, ik kijk niet alleen naar het feit dat deze mensen oncologie problematiek hebben. Dus die kanker heeft of heeft gehad, maar ik kijk ook naar de mensen zelf. Wat heeft die nodig? Hebben ze in kortgeleden had ik iemand die enorm overmand was door emoties zat ook heel veel verlies daarvoor trouwens hoor.

00:13:19

Marianne: Ja.

00:13:19

Wike: En aan al die verliezen was ze niet toegekomen, dus toen zij als afsluiter van dat hele traject van opeenvolgende verliezen hoorde dat zij zelf de diagnose darmkanker had, was helemaal het hek van de dam, zeg maar toen was ze echt onderuitgehaald zeg maar en ik had het gevoel dat deze vrouw, die heel makkelijk huilde, ook dat zij voor al haar verdriet een bedding nodig gehad. Dat als die tranen niet een oeverloze plas water zouden worden, maar dat het een beetje gekabbelseerd zou worden, ook wat houvast, wat grond onder de voeten. Dus toen kwam ik op klei uit, maar dat doe ik echt niet bij iedereen. Dus ik kijk niet alleen van oké, deze mensen komen hier omdat hij kanker heeft of heeft gehad, maar ook meer naar een totaalplaatje. Wat speelt er nog meer bij deze mensen en wat

heeft hij dan nodig, dus bij haar heb ik met klei gewerkt, maar iemand die bijvoorbeeld weer wat meer moeite heeft met emoties die bied ik weer bijvoorbeeld aquarelverf aan met weer een andere bied ik pastelkrijt aan dat dat wat meer houvast geeft op die kleur beleving. Ik heb niet echt een vast stramien ik kijkt vooral naar wie is deze mens en ja die heeft dan vaak ook dan kanker of gehad, maar vooral naar mens, en daarna laat ik me door inspireren, krijg ik een gevoel bij van welke technieken is hier het meest passend. En daar bedenk ik, zoek ik dan de opdracht mee met die niet techniek, dus ik heb eigenlijk geen vast, nee. Dat zou ik soms wel eens graag willen, want dan heb ik daar ook een houvast aan. Mij, nee, ik denk inmiddels van nee, dat past niet. Mensen zijn niet standaard.

00:15:01

Marianne: Nee.

00:15:01

Wike: Dus ik kijk eigenlijk steeds per persoon weer naar wie komt er, wat heeft deze persoon nodig en dat kan dus heel goed zijn dat de een zus nodig heeft en de ander zo.

00:15:12

Marianne: Ja, en als je kijkt naar de wat succes momentjes die er zijn geweest, waar bestonden die uit of hoe kwamen die tot stand?

00:15:27

Wike: Bedoel je dan techniek?

00:15:27

Marianne: Bijvoorbeeld, maar ook wel qua materialen, misschien ehm dat je echt dacht van wow dit heeft echt, dit doet heel veel bij die persoon en hiermee kan hij verder.

00:15:40

Wike: Waar we het net over hadden hé met die klei, want toen ik haar voor het eerst klei aanbood toen een dame die heel erg actief met haar situatie aan de gang ging. Ze had ook een opschrijfboekje bij zich. Ze maakte tijdens de sessies aantekeningen of ze bij mij kwam, kwam ze ook vaak weer met de teksten die ze had gevonden of verhalen waar ze inspiratie of kracht uit haalde. Ze heeft me songteksten toegestuurd waarvan ze vertelde van dit vind ik, die tekst raakt me enorm, wat vind jij en dan luisterde ik daarnaar. Dus zij was al heel zelf heel actief daarin bezig en toen ze bij mij kwam en ik gaf haar die klei opdracht toen – ik heb haar in eerste instantie – gewoon eens kennis laten maken met klei, want ze kende het niet om daarmee te werken. En toen had ze was ze bezig met een kommetje en daar moesten vooral scheuren in die stonden niet alleen symbool voor wat haar was overkomen maar, zij liet zich gewoon inspireren door een uitspraak uit een songtekst van Leonard Cohen. Misschien ken je hem wel, there is a crack in everything and that is how the light gets in. Dat was heel belangrijk voor haar dus dat maakte zij in dat kommetje. En dat kommetje heeft ze met goud en zilver verf geschilderd. En voor wat extra licht pakte ze dus ook een kaars en stak die zo in de bodem van dat kommetje. Dus dat kommetje was ook nog een soort van kandelaar. Nou, dat, daar had ze zo veel aan dat daar haalde ze zoveel kracht uit dat. Dat dat was zo positief voor haar, terwijl eigenlijk, ik had niet eens wat gezegd over een opdracht he. Dit was meer een kennismaking met klei en het ontstaat daar al. Vooral als daar al iets ontstaat. Dat vind ik dan interessant om te kijken van hé. Wat gebeurt hier nou eigenlijk en dan laat ik dat gaan en dan stel ik een vraag ook van goh, ik zie dat ontstaan, hoe kom je daar zo bij, en dan hebben we daar een gesprek over, maar dat bleek heel veel. Heel veel kracht voor haar te zijn heel vol symboliek. En dat dat werkt enorm, en dan denk ik alleen maar super en daarnaast dus haar actieve houding in het zoeken in haar eigen omgeving naar inspirerende verhalen gedichten songteksten mooie plaatjes. Ze maakte wel eens mooie foto van een van een afbeelding, soms gecombineerd met een spreuk. En ze is ook maar vrij kort bij mij geweest. Ik denk zes keer en ze heeft nu het gevoel van, nou ik ben er misschien niet helemaal, maar ik kan wel weer op eigen benen verder en dat is precies waar het om gaat.

00:18:06

Marianne: Ja ze heeft weer die bodem om verder te gaan.

00:18:09

Wike: Ja ze heeft inderdaad die bodem weer gevonden om op te staan, en om verder te gaan, ze zei wel van, hij wiebelt af en toe nog wel. Maar ja, prima dat kan natuurlijk. Daar is niks mis mee, maar ze voelt hem al sterk genoeg om verder te gaan. Super. Een andere vrouw. Dat is overigens geen

sprake van oncologie. Daar was ik laatst mee bezig om haar kwaliteiten en vaardigheden te duidelijk te krijgen dat is een mevrouw die een gebrek aan eigenwaarde heeft, maar dat zie ik ook vaak bij mensen met oncologie hoor. Die onderuit zijn gehaald. Die bijzaken even niet meer weten van goh wat ben ik nog waard. Wie ben ik nog? Deze mevrouw was gewoon via lijstjes op zoek gegaan naar welke kwaliteiten horen bij mij heb ik aangeboren gekregen. En welke vaardigheden heb ik geleerd en ben ik goed in. Daar heb ik met pastelkrijt gewerkt aan een boom en bij die boomwortels had ze moeite mee. Logisch ook, want haar wortels waren natuurlijk niet stevig dat dat de correspondeert dan met haar naja niet goed geworteld zijn, niet voldoende eigen waarde hebben. Dus we hadden plaatjes opgezocht van boomwortels die boven de aarde uitstekend, ja, precies nou, dat heeft ze uiteindelijk een beetje kunnen tekenen en die kwaliteiten van die vaardigheden en ook haar kwaliteit die ze aangeboren heeft die talenten, hebben we in die boomwortels geschreven hebben we opgeschreven dat je zag. Je zag aan haar gezicht dat dat er kwartjes vielen. Een soort van inzicht van oh wacht verrek, dat nou ja iemand dan zo'n klein stukje open. Dat is ook mooi om te zien en wat heb ik nog meer. Ja, je kan eigenlijk zo niet ook van die voorbeelden gewoon zomaar op poppen. Er zijn vaak wel tijdens zo'n sessie dat er van die 'ah ha' momenten weet je wel, van die 'oh wacht verrek' of 'oh zit dat zo' of 'Ohja ik zou dit of dat kunnen doen'

00:20:12

Marianne: Ja.

00:20:13

Wike: Dat elk soort oefening eigenlijk kan oproepen, dat is denk ik niet aan een techniek gekoppeld. Nee, ik geloof het niet. Het is wat er op dat moment gebeurt, wat volgens mij ook met een andere techniek kunnen zijn waar die inzichten die die mensen opeens opdoen of dat ze opeens hun emotie erkennen. Dat heb ik ook wel. Dat iemand zicht voelt op een bepaalde manier kan er de vinger niet op leggen, heeft daar ook last van. En opeens voelt hij van oh maar, ik voel mij zo hol van binnen of mijn hoofd zit zo vol en dat, dat vind ik terug in mijn tekening. We hebben ook wel chaos getekend heb dat zit ook hier in mijn hoofd en dat dat ja, dat zijn ze opeens bewust. Zou dat wel gevoeld, maar nu kunnen ze daar ook echt gehoor aan geven nu herkennen ze het ook echt. Ja, en dat geeft soms ook rust.

00:21:07

Marianne: Ja, het is wordt dan ineens zichtbaar wat er speelt. Het wordt dan ineens erkenning.

00:21:10

Wike: Ja, dat. Ja, zichtbaar. En doordat het zichtbaar is geworden herkennen ze beter bij zichzelf waardoor ze dus stappen kunnen ondernemen om daar verandering in te krijgen en dat – bespreken we ook met elkaar van goh. Wat voor kleine stapjes zou je al kunnen zetten? Of kunnen doen, deze week om daar verandering op gang te brengen en daar spreken we dan af en de volgende keer dat iemand komt daar hebben we het dan ook over op van goh? Hoe is het gegaan? Is goed gegaan of juist niet? Waarom niet? Wat heb je nodig? Hoe kan ik je daarin helpen.

00:21:43

Marianne: Ja.

00:21:44

Wike: Het geeft niet als je niet gelijk lukt, natuurlijk iemand is net begonnen met staan en lopen bij wijze van spreken. Dus struikel je nog wel eens. en dan de moed niet te verliezen. Dat normaal is en zo. Ja.

00:21:58

Marianne: Ja, het en laat je het dan ook vooral tijdens de therapie wat meer gebeuren dat ze dat er dat er iets ontstaat of ben je meer sturend. Daarin.

00:22:10

Wike: Dat ligt er een beetje aan. Ik denk dat er in eerste instantie laat ik het gaan. Iemand krijgt een opdracht en soms doe ik ook mee dat iemand dat vervelend kan vinden dat ik op de vingers zitten kijken. Ik doe dan mee en iemand kan ook aan mij een beetje afkijken van goh. Ik ben niet zo bekend met deze techniek. niet hoe doet Wike dat kunnen ze beetje afkijken. In de tussentijd kijk ik natuurlijk ook wel hoe het bij hun gaat kunnen we over uit uitwisselen dus ik, ik kijk en hoe het gaat. Dus die terughouding heb ik wel, maar als ik het gevoel hebt dat ik daarin moet sturen – of ik heb het idee dat

iemand worstelt of dat er iets gebeurt bij iemand haar emoties, dan zeg ik dan vraag ik dan ik daar graag naar.

00:22:55

Marianne: Ja.

00:22:56

Wike: Ik zie dat je het er moeilijk mee hebt dat het je raakt. Wil je iets over vertellen. Wat gebeurt er, is nog een ruimte voor soms, soms als vurig, maar alleen als ik denk dat het nodig is. niet gelijk al.

00:23:08

Marianne: Nee.

00:23:09

Wike: Zie ik leg het uit het uit ik lichten het toe dan mee en dan kijk ik hoe het gaat, soms gaat het een andere kant op. Dat geeft eigenlijk niet want daar komt ook informatie uit, want ik laat iemand niet echt zwemmen dat is niet de bedoeling. Dus als ik denk dat het moment daar is om te sturen om iets te zeggen of aan te reiken of wat dan ook, maar niet gelijk. Ik zit er niet bovenop.

00:23:34

Marianne: Nee, ik hoorde ik hoor dat wel vaker terug merk ik.

00:23:39

Wike: Ja?

00:23:40

Marianne: Dus er zit wel een beetje een lijn in merk ik.

00:23:43

Wike: Mmm.

00:23:44

Marianne: Mooi om te zien.

00:23:46

Wike: Ja, het is een beetje meebewegen, aanvoelen of aftasten, ik hoe dat dan zo gaat dus. En als het nodig is dan onderneem ik wel iets, ongeacht wat ik dan op dat moment passend vind.

00:23:59

Marianne: Ja.

00:24:00

Wike: Maar niet gelijk. Niet dat iemand iets per sé op die manier moet doen want dan metsel je het helemaal dicht, hè, dan wordt het iets wat vast is. Het is juist interessant ook om te kijken als iemand weggaat gebeurt er dan allemaal met en mag daar ruimte voor zijn. Ik denk dat dat goed is, dat er ruimte voor is, maar het moet niet zo zijn dat het dat iemand valt of zo.

00:24:22

Marianne: Nee, je bent eigenlijk er dan ook een beetje het vangnet die dan.

00:24:30

Wike: Ja, iemand mag wel een soort van struikelen, dat kan ook werkzaam zijn, maar hij moet niet plat op zijn gezicht gaan, bij wijze van spreken. Dat is ook niet de bedoeling. Dus ik probeer daar wel op te letten. Wanneer ik iets wel of niet doe, dus dat pas ik voortdurend in mezelf aan. Ik zal ongetwijfeld wel een keer misgrijpen natuurlijk.

00:24:47

Marianne: Ja.

00:24:48

Wike: Daar ben ik wel alert op, daar probeer ik wel goed zicht op te houden. Van wanneer ga ik het in of wanneer stuur ik bij. Dat is een beter woord denk ik en wanneer niet, maar ik vind het juist interessant om dingen te laten ontstaan, want dat ontstaat niet voor niets. Dan mag je ruimte voor zijn, dan kunnen we het er over hebben. Ik denk dat ook op zich best wel interessant is wat ontstaat er, wat wil gezien en gehoord worden ook en daarna kunnen we dan aandacht aan besteedden op dat moment.

00:25:20

Marianne: Ja, en als je dan kijkt naar een beetje de werkzame factoren dat is dan misschien een wat lastig om eraan te koppelen, maar wat denk jij, dat binnen de beeldende therapie het meest werkzaam is binnen de oncologie? Dan kun je ook kijken naar een bepaalde visie of een.

00:25:36

Wike: Ik denk ruimte bieden. Dat dat wat is ruimte bieden, houvast ook. Het bevestigen dat het normaal is. Ik vertel regelmatig dat wat mensen voelen normaal is. Maar ik heb wel eens iemand gehad die die was zo opgelucht om te horen dat bepaalde emoties en angsten dat dat normaal was en er waren in haar omgeving niet veel mensen die ook kanker hadden gehad. Dus ze dacht dat ze de enige was en dat ze misschien wel een beetje gek was. Ja, dat het niet normaal was. Dat ze misschien extreem angstig was. Joh. Ik ken inmiddels zo veel mensen. Ik werk bijvoorbeeld ook nog in een inloophuis voor mensen met kanker. Ik hoor van zoveel mensen over bepaalde angsten en emoties. Er is heel veel normaal in een abnormale situatie. En dan dat zij dat ervaren, dat stelde haar gerust. Kennelijk hoort dat erbij. Dan is het wel vervelend, maar ben ik niet gek of raar of afwijkend of doe ik het niet goed hé dan is het ook vaak het gevoel van hé ga ik hier wel goed mee om, loop ik niet vast. Het valt vaak reuze mee over het algemeen. Het is meestal toch wel heel normaal en zie ik daar weer een soort lijn in. De dingen waar mensen mee worstelen.

00:27:01

Marianne: Ja.

00:27:02

Wike: Dus ruimte bieden aan dat wat er is, houvast, ja, en vervolgens zo kijken of ik iets kan aanreiken van wat er op dat moment nodig is. Dus ook die houvast bieden in een bepaalde techniek. Een thema in een opdracht wat passend is bij dat moment. Een verhaal aanbieden waar iemand zich mee kan identificeren. Bijvoorbeeld er was een vrouw die vertelde dat ze door alles wat ze had meegemaakt voelde ze zich een soort van gebutst en beschadigd. En toen kwam ik op het verhaal van de steen in de woestijn. Die mag ik graag inzetten, misschien ken je het verhaal.

00:27:40

Marianne: Ja, volgens mij wel.

00:27:43

Marianne: Die steen die in de woestijn ligt die door alle weersomstandigheden nou ja gevormd wordt die hitte die gloeiendhete, de zon, de regen die zowel verkoelend is, maar hem ook koud maakt. Die geselende wind. Daar baalt hij van maar als de bedoeïen langskomt op z'n, goede in de woestijn is en de woestijn maar kaal vindt, maar hé daar ligt een steen. Dat is geweldig die stapt af en die bewondert die steen. Die ziet die kleuren en die rondingen en dergelijke. Maar die kleuren en rondingen en die gladheid zijn natuurlijk ontstaan door die weersomstandigheden dus toen die mevrouw dit zei dacht ik van hé, dat verhaal. Dus ik vertelde haar dat verhaal, dus toen kon ze weer anders naar haar kreukels en butsen kijken. Goh ja, dit is wat mij overkomen is, dat vormt mij ook. Daar word ik niet per se een slechter mens van, misschien wel uiteindelijk word ik er een mooier mens van. Dan denk ik yes. Als je dat kan zien. Dat je inderdaad gevormd wordt door alles wat je meemaakt maar ook kan zien dat het je een mooi, wijs mens maakt, dat is super. Dus voor verhalen gebruik ik ook dat erbij als metafoor, maar ook oefeningen aanbieden die troost en geborgenheid natuurlijk bieden. Dat iemand zich even ja, eh kan terugtrekken in een sfeer die fijn is of ja dat.

00:29:13

Marianne: Ja.

00:29:14

Wike: En dat een beetje vast kan houden voor dat moment, de verbinding voelen met een andere mensen. Soms voelen ze zich alleen omdat er veel onbegrip in de maatschappij is voor iemand zeker als de behandelingen zijn afgerond. Die denken, ja je bent nou toch klaar? Je ziet er goed uit je haar is weer gegroeid.

00:29:36

Marianne: Ja.

00:29:36

Wike: Waar heb je het over? Maar dan begint het pas. Die mensen doodsbang, want die zorg van al

die zorgverleners in het ziekenhuis die doen even dit, want je mag zelf de wereld in, maar het is doodeng. Ze hebben heel lang het gevoel gehad. Dat valt nu weg en heeft hen die garantie dat het goed blijft gaan, dat kan niemand geven, dus dat is heel spannend en die angst, ze willen geen zeur zijn. Dus men spreekt zich niet uit naar de naasten. Durft niet te vertellen dat ze bang en nog heel onzeker zijn, dat ze verdrietig zijn, dat ze het gevoel hebben dat ze er nog helemaal niet goed uit zien, de vermoeidheid die er vaak nog is. Dan merk je dat die mens alleen komt te staan op zijn eiland. Dat is heel moeilijk, dat is waar ze last van hebben. Daar wil ik de ruimte aan geven, dat iemand bij mij van z'n eiland af kan. Dat ik er ook even op dat eiland ben.

00:30:33

Marianne: Ja, dat je dat even samen kan doen.

00:30:36

Wike: Ja, ja, precies.

00:30:39

Marianne: Dat ze er niet alleen voor staan.

00:30:43

Wike: Ja inderdaad, dat ze er niet alleen voorstaan. Want dat gevoel hebben ze vaak wel weer. Zeker nadat de behandelingen zijn afgerond. Als je nog in behandeling bent, dan zien andere mensen ook vaak wel. Dan is ook alle begrip. Er wordt om gevraagd hoe het met je gaat, maar op een gegeven moment valt dat stil en dan hebben ze evengoed nog nodig dat iemand vraagt: hoe is het met je, hoe hou je je staande, red je het een beetje. Die vragen worden niet meer gesteld. Iedereen gaat weer door waarmee hij bezig is, maar deze mensen nog niet. Dat is het zwarte gat waar ze het over hebben. Los van elkaar noemen ze dat het zwarte gat.

00:31:22

Marianne: Ja en betrek je ook wel eens de naasten erbij omdat die natuurlijk ook wel invloed hebben op dat zwarte gat.

00:31:28

Wike: Die voelen dat ook he soms hé dat zwarte gat, maar ook hoe gaat het nu verder met mijn een ouder.

00:31:35

Marianne: Ja.

00:31:35

Wike: Nou, die zou ik wel wat vaker willen zien. Die zie ik niet zo vaak en dat is ook het euvel wat ik merk in het inloophuis. We zijn er zowel voor de mensen met kanker als voor diens naasten en partners, maar die zien wij bijna niet of ze hebben de behoefte niet dat kan, wat ik mij afvraag, want ik ben bijvoorbeeld lid van een facebookgroep voor de naasten van specifieke iemand die kanker hebben, zodat je naast elkaar ook een lotgenoten platform hebben – en ik zie daar wel degelijk een enorme bezorgdheid – heel veel verdriet in de hele groep en ook angst om de ander te verliezen, dus ik zou ze zeker graag ook hier zien op het moment dat iemand daar behoefte aan heeft, maar bijna niet nee.

00:32:20

Marianne: Nee.

00:32:21

Wike: En dus ik weet eerlijk gezegd nog niet hoe. Ik zou natuurlijk aan mijn cliënt zelf kunnen hoe of wat maar ik denk ik. Ja, ik weet niet ik zou het kunnen vragen.

00:32:35

Marianne: Het is een lastige om die brug te slaan naar de naar de naasten, ja.

00:32:38

Wike: Ja, dat merk ik in het inloophuis dus ook hè, want ze communiceren wel dat we er voor ze zijn. We hebben ook kinderclub een kidsclub. Dat heeft best wat moeite gekost om die up and running te krijgen. Gaat nu wel goed. Komen nu zo'n 12 kinderen, beetje variërend in leeftijd en die gaan wat leuks doen vooral samen. Soms is er wel ruimte, ja er is sowieso ruimte voor een gesprek, maar vindt

het gesprek niet geplaast. Daar wordt niet op gestuurd, want het is laten het vanuit het kind komen. Dus als er behoefte lijkt te zijn om te praten dan wordt dat gedaan. Als het kind gewoon lekker ontspannen wil spelen met de rest, helemaal goed. Dat ze in ieder geval keer die uitlaat plek hebben en thuis kan men ook, even geen kind, even fijn tot zichzelf komen. Dus ik weet dat die naasten er zijn, die zijn ook van harte welkom. Maar ik zie ze niet, en dat kan zijn omdat ze niet weten dat er hulp is.

00:33:32

Marianne: Ja.

00:33:32

Wike: Dat ik ben, maar ook überhaupt dat er geen hulp is. Ik vind het een goeie vraag. Ze zijn sowieso van harte welkom, maar ik zie ze dus niet. Nee, nee, nee.

00:33:46

Marianne: Nee in, ik hoor hem vaker voorbijkomen over de naaste, maar ik zat ook te denken. Zou het dan eventueel kunnen doordat zij al zo druk bezig zijn met de persoon die ziek is om ook zichzelf grote houden en zichzelf er doorheen te slaan en maar te gaan dat ze dan misschien niet meteen bewust zijn.

00:34:12

Wike: Dat ze niet bewust zijn dat daar hulp voor is bedoel je?

00:34:14

Marianne: Ja.

00:34:14

Wike: Ja, dat zou heel goed kunnen. Ik wist dat destijds ook niet. Jij hebt misschien ook wel ervaren toen. Ik vond het heel zwaar om allebei de ouders ziek te hebben en ik heb ook wel eens gedacht van? Ik trek het gewoon niet en met name emotioneel dan.

00:34:29

Marianne: Ja.

00:34:32

Wike: Ik, ik weet niet wat deze naasten doen inderdaad. Ik vraag me af of zij bijvoorbeeld bewust zijn dat ze naar een huisarts in eerste instantie kunnen gaan en daar vertellen van dat trek ik niet of. Ik vermoed dat deze groep zelf ook niet zo goed weet bewust is dat er hulp beschikbaar is en dat ze niet op het idee kwam om dit te zoeken. Of inderdaad vinden dat ze zelf sterk genoeg moeten zijn dan want de mensen met kanker vinden van zichzelf, vindt dat van zichzelf vaal ook. Dit moet ik toch aankunnen. Dit moet ik toch zelf kunnen doen. Je moet het uiteindelijk ook zelf doen, maar het hoeft niet alleen. Het kan heel fijn zijn om te weten dat je een uitlaatklep hebt of dat je steun hebt, dat er überhaupt de er ruimte is voor jouw gevoelens als je naasten niet wilt belasten dat is dus ook nog vaak zo bij de personen zowel de naasten als degene die ziek is, willen elkaar vaak sparen. Spreken zich niet naar elkaar uit. Komen allebei daardoor onwijs op hun eiland terecht. Dat is ook jammer. Dat is ook schrijnend. Ook heel begrijpelijk overigens, maar het is niet altijd goed.

00:35:41

Marianne: Nee.

00:35:41

Wike: Omdat als je die pijn durft te delen met elkaar dan verbind je ook, maar dat zien ze vaak niet. Daar is onze hulp dan ook bij te gebruiken, wenselijk dan denk ik dan.

00:35:55

Marianne: Ja, dat lijkt mij ook ja.

00:35:56

Wike: Ja, ik denk dat ze zich niet bewustzijn dat die hulp er is.

00:36:00

Marianne: Nee, nee, je hebt ook eigenlijk als ik op mezelf terugkijk naar mezelf in die tijd dan ik wist eigenlijk ook helemaal niet dat het er was, dus dan nee.

00:36:08

Wike: Nee hé.

00:36:09

Marianne: Nee.

00:36:10

Wike: Nee, Ik had ook geen idee nee, en ik denk ook dat er op dit moment nu al meer hulp is dan destijds.

00:36:16

Marianne: Ja.

00:36:16

Wike: Ik denk zeker als ik dan naar mijn eigen situatie kijk. 24 jaar terug. Ik heb bijvoorbeeld wel destijds toen mijn vader ziek was en in het ziekenhuis kwam met longkanker. Op een gegeven moment kregen we te horen, nou nog maar twee weken dan is het klaar. Toen is ons ook gesprekken aangeboden bij de maatschappelijk werker in het ziekenhuis. Ik ben denk ik de enige van het gezin die daar twee keer is geweest, omdat ik vind, ik vond het destijds heerlijk om gewoon even mijn ei kwijt te kunnen tegen iemand zonder dat ik mijn familie daarmee belaste.

00:36:50

Marianne: Ja.

00:36:51

Wike: Dat vond ik fijn. De rest had dat kennelijk allemaal niet nodig weet ik veel – ik heb het wel gedaan – ik heb het aangegeven dat ik dacht ik ga gewoon lekker mijn ei spuien bij die persoon. Dan hoef ik mijn naasten daar niet mee te belasten. Ik vond dat fijn.

00:37:04

Marianne: Ja.

00:37:05

Wike: Dus ik weet niet of er in die periode al meer hulp was, ik wist er niet van en ik ben er ook niet op gewezen – in eerlijk gezegd dan de maatschappelijk werker natuurlijk wel. Dat was ook nog omdat mijn vader in het ziekenhuis lag. Zijn longen waren dermate kapot en het moest af en toe leeggezogen worden, dus die medische zorg was ook nodig. Mijn moeder is wel thuis gestorven die had niet zo zoveel medische zorg nodig dat ze daarvoor naar het ziekenhuis moest. Ik kan me voorstellen dat als je een zieke ouder thuis hebt dat je dan minder op zorg wordt gewezen als uitlaatklep. Maatschappelijk werk, psycholoog of vaktherapie. Vaktherapie is nog meer onbekend. Ik denk dat daar nog steeds iets te doen is om dat meer bekender te maken dat er vormen van hulp zijn voor deze mensen en dat ze daarop gewezen worden volgens mij wordt er te weinig op gewezen dat dat er is en dat er meer hulp beschikbaar is dan dat je denkt.

00:38:07

Marianne: Ja.

00:38:07

Wike: Ik vind dat ook een missie van mezelf om dat naar buiten te brengen.

00:38:13

Marianne: Ja, ik ga heb ook meenemen als voor in de conclusie en eventuele aanbeveling om toch.

00:38:23

Wike: Hoor je dat ook van anderen die je hebt gesproken? Ja, dat er is echt, is te weinig zichtbaar dat er hulp is. Ik ben vrij actief op sociale media. Ik post regelmatig en daarbij heb ik het ook wel eens over de verwijsgids kanker bijvoorbeeld. Daar is heel veel hulp te vinden, maar dat moet je wel weten dat die verwijsgids er is. Dat weten te weinig mensen. Hoe kun je nou weten als mens met kanker dat die er is, wordt het je vertelt? Ik denk het niet.

00:38:49

Marianne: Nee.

00:38:51

Wike: Ze zullen hier en daar gaan Googlen, maar er zullen ook heel veel zijn die dat niet durven

omdat het te veel info is. het is te confronterend. Ik denk wel dat er gecommuniceerd moet worden dat als je behoefte hebt aan hulp, veel steun en begeleiding dat die er dus is.

00:39:06

Marianne: Ja.

00:39:08

Wike: Maar waar vind je die dan? Dat weten veel mensen denk ik niet. Mij ervaring is ook dat ze het verwachten te horen van hun oncoloog of huisarts, maar die lijken het ook niet te weten. Ze communiceren het niet.

00:39:19

Marianne: Nee.

00:39:20

Wike: Dat vind ik, dat vind ik eigenlijk wel een kwalijke zaak. Als iemand niet wil prima, maar als er mensen zijn die het wel willen en wel behoefte hebben, dan moeten ze weten dat dat er is en waar het te vinden is.

00:39:33

Marianne: Ze moeten die optie wel bieden.

00:39:36

Wike: Ja het is wel geboden worden, want als je keus dat is natuurlijk vrij altijd, maar ze moeten het inderdaad weten. Het moet aan hun geboden worden. Joh, dit en dat en zus en zo is er. kijk maar of je er behoefte aan hebt. Kijk maar. Is het niet voor nu, dan misschien voor later.

00:39:52

Marianne: Ja, maar dan weet je dat er is.

00:39:54

Wike: Ja, precies dan weet je wel dat dat er is.

00:39:59

Marianne: En nog even terugkomend op de doelgroep met wat voor problematieken zie jij ze binnenkomen?

00:40:05

Wike: Wacht even, ik versta je even slecht, wil je de vraag nog eens herhalen?

00:40:10

Marianne: De wasmachine staat ook een beetje aan, dus misschien dat het daardoor komt.

00:40:13

Wike: Nee, die hoor ik niet. Het is meer dat ik je, de woorden niet zo duidelijk uitgesproken leken te zijn, maar een beetje. vertel wat vroeg je?

00:40:23

Marianne: Wat welke problematiek je tegenkomt dus buiten de ja, wel, de oncologie, mensen met kanker, maar dan met welke hulpvraag ze precies binnenkomen?

00:40:36

Wike: Er is dus iemand geweest die dus heel veel verdriet had en het gevoel had van dit is niet alleen over mijn eigen diagnose en mijn angst er zit nog veel meer voor. Na uitvragen bleek dat ook te zijn, dus ze was heel lang mantelzorger geweest voor haar ouders. Die waren kort na elkaar overleden aan alzheimer en, maar toen de ene ouder overleed was heel snel moest ze zorgen voor de andere. Dus ze kwam eigenlijk niet aan rouw voor haar eerste ouder en toen kwam de tweede en die viel om en toen werd haar broer ziek die kreeg een hersenbloeding. Toen moest ze daarvoor zorgen of ze ging daarvoor zorgen. Dus ze kon niet naar het verdriet van allebei haar ouders toe. En toen kreeg ze zelf de diagnoses. Dus al dat verdriet. Daarvoor was ze er niet aan toegekomen, dus dat was heel veel verdriet, daar kwam ze mee. Daar wilden ze aandacht voor hebben van hé. Hoe kan ik het is zoveel, hoe kan ik hier nou toch een weg in vinden. Heel veel mensen hebben angst voor de terugkeer van kanker, dat verpest eigenlijk hun leven. Ze merken dat ze niet goed kunnen ontspannen. Daardoor dus ook niet genieten van de leuke dingen van het leven, en dat het goed gaat op dat moment die

blijdschap is maar even want oh help die toekomst en hoe zal het volgende onderzoek en uitslag. Men ziet er altijd enorm tegen op.

00:41:56

Marianne: Ja.

00:41:58

Wike: Ik heb zelfs een vrouw die die heeft uitgezaaide darmkanker. Die wordt dus niet meer beter en die moet eigenlijk om de drie weken naar het ziekenhuis. Ze krijgt nog wel immunotherapie, maar om de drie weken moet ze daar naar het ziekenhuis voor. Krijgt ze ook weer een onderzoek van hé? Hoe staat het er mee, zijn de tumormarkers zichtbaar, zijn ze gestegen. Dat belast haar zo elke drie weken rond de tijd vliegt voordat ze het weet moet ze er weer heen en weer en weer die spanning van die uitslagen, dat trekt zie niet. Ze heeft aangegeven van joh kunnen die tussenpozen niet wat grote, want ik kan die spanning kan ik zo slecht aan en die oncoloog wil dat niet, want die wil zijn behandeling voortzetten. Hij heeft geen oog of oor voor wat zij belangrijk vindt. Dat ze die tussenpozen groter wil. Zij worstelt met die spanning. Hoe kan ik die spanning waarderen en waarom luistert zo'n oncoloog niet? Die worstelt daarin. Haar vraag is eigenlijk: hoe kan ik bij mezelf en in m'n eigen kracht blijven, zelf de regie houden? Want mijn man wil eigenlijk het liefst dat ik het wel net als de oncoloog allemaal vol houd en mijn kinderen ja soort het zijn er vier, drie daarvan kunnen wel een soort van achter haar staan, maar één zit er echt bovenop. Ja, maar je moet echt alles doen, want dat wil ze dus niet, dus zij worstelt heel erg met: hoe kan ik in m'n eigen kracht blijven staan zonder dat ik me te veel door hen laat beïnvloeden? Ik voel mij geleefd, in iets gedwongen in iets wat ik niet wil. Daar komt zij mee ehm. Ik heb ook mensen die zich van hun sokkel geduwd voelen, dus eigenlijk onzeker voelen. Ook over de toekomst maar ook zichzelf opeens niet veel waard meer vinden lijkt het omdat ze niet voldoende energie meer hebben. Ze kunnen niet meer meegaan op de snelheid van de maatschappij. Die andere volhouden. Dat vinden ze heel lastig. Dan hebben ze ook het gevoel dat ze vrienden en familie verliezen. Dat die een beetje zo van we vragen die persoon toch maar niet meer. Je raakt een beetje eenzaam, maar vooral ook het niet meer durven delen van emoties met de ander. Geen zeur willen zijn, niet lastig willen zijn. De ander willen sparen, dat is ook wel eh, een groot, een onderwerp wat ik vaak zie en daar horen ook emoties bij dat men emoties niet durf te laten zien. Niet meer durven huilen of zelfs niet eens soms weten waarom ze huilen. Dan raakt iemand overmand door tranen. Ik denk van ja, maar waarom eigenlijk. Ik weet niet eens waarom ik huil, maar ik voel zo'n diep verdriet en dan durven ze. Dan kunnen ze ook niet mee met die omgeving, want die snappen dat helemaal niet.

00:44:49

Marianne: Niet nee.

00:44:50

Wike: Dus het onbegrip uit de omgeving en daardoor niet meer durven delen, dat is, denk ik wel de allergrootste en je onzekere toekomst en dus niet meer goed kunnen ontspannen. Ik heb echt mensen die tegen mij zeggen dat ze niet meer kunnen ontspannen. Dus als ik dan vraag: wat doe je dan ook leuke of fijne dingen waar vind je ontspanning in. Dat is bijna niets meer. Dat lukt gewoon niet, dat vind ik een heel opvallende en kwalijke zorgelijke situatie. Ja, kwalijk is niet het goede woord, zorgelijk, ja.

00:45:27

Marianne: Ja, dat snap ik wel.

00:45:29

Wike: Ook om te zien dat dat kan om die spanningen, spanningen en angst voor een onzekere toekomst. Angst voor de dood, angst voor de dood, soms nog meer voor de aftakeling en daar geen grip op hebben, geen controle over hebben.

00:45:45

Marianne: Een verlies, ja.

00:45:51

Wike: een geen controle hebben, ook hoe het gaat. We hebben een vrouw die hier. Ze voelt zich goed, gaat hier best heel goed met haar, maar de laatste paar keer dat ze in het ziekenhuis was, was de tumormarker gestegen en dat soort uitspraken van zo'n oncoloog die dan zegt: het was echt

minimaal, hoor nul komma nul. Dat is de eerste gradatie waarin een tumormarker weer zichtbaar is echt heel klein. En dat de oncoloog dan zegt: kijk daar heb je hem, de stijgende lijn is ingezet. En dan zeg ik: wat gebeurt hier terwijl dat helemaal niet zo hoeft te zijn en het kan heel stabiel blijven, misschien wordt die uit zichzelf minder geen idee. Maar hij kan stabiel blijven, maar het feit dat deze arts dat zegt en dat zij daarvan op tilt slaat. Joh denk even na hoe je zoiets zegt, maar goed dat wakkert dus angst aan, terwijl ze zich lichamelijk goed voelt. Ik zou haar eigenlijk gunnen, ga er maar vanuit geniet van elke dag dat je je goed voelt. Vul je dag in zoals je dat wil, probeer je niet te veel te laten afleiden door zo'n tumormarker, maar dan doordat de arts dit zegt op zo'n manier raakt zij in de stress en in de paniek en kan dus moeilijker ontspannen. Dat vind ik jammer.

00:47:10

Marianne: Ja.

00:47:11

Wike: Bijna schadelijk.

00:47:13

Marianne: Ja, en ook dat het zo wordt gecommuniceerd eigenlijk.

00:47:15

Wike: Ja, precies ja, maar dat is dat is een beetje waar mensen mee komen, angst voor het niet weten hoe de ziekte zich gaat ontwikkelen in de toekomst, en dat niemand die garantie kan geven dat het goed blijft gaan.

00:47:29

Marianne: Ja.

00:47:29

Wike: Ja die onzekerheid, die angst met zich meeneemt daardoor niet kunnen ontspannen, niet kunnen genieten van fijne dingen dat eigenlijk meer met angst naar de toekomst kijken en vergeten dat ze vandaag hebben en het hier en nu even vergeten. Om maar even die term te gebruiken, eh dat denk ik vooral. De emoties die niet getoond durven worden omdat men het gevoel heeft dat de omgeving het niet begrijpt en dus de omgeving niet wil belasten en zich daardoor terughoudt en daardoor eigenlijk in een sociaal isolement komt. Dat is, denk ik in het algemeen waarom iemand bij mij komt, en dat is niet meer te dragen voor hen alleen. Dat is het moment waarop ze hulp zoeken ja.

00:48:18

Marianne: Heel logisch, maar eigenlijk zijn ze dan al best wel ver daar in het in het punt dat het niet meer te doen is.

00:48:24

Wike: Ja, ja gaat het toch een tijdje natuurlijk proberen en kijken of dat op de één of andere manier lukt. Uiteindelijk staat dat water tot hier of tot net aan de lippen en dan gaan ze zoeken naar hulp.

00:48:39

Marianne: Ja en krijg je ook wel eens feedback van cliënten terug van wat ze van de beeldende therapie vinden of hoe ze dat ervaren.

00:48:48

Wike: Ja, ik, ik had een poosje geleden via Carijn. Ik krijg niet zo veel doorverwijzingen. Ik moet echt zelf aan mijn client komen en zij moeten mij vinden. Dat huisarts nou eenmaal niet weten van het bestaan van vaktherapie en als ze dat al wel weten, dan weten ze vaak niet van wat het inhoudt. Dus eigenlijk verwijzen ze nooit door, ik zit ik zie nu ik denk het laatste jaar of het laatste halfjaar zeker goed in het achterhoofd van een ambulant begeleider van bij Carijn. Daar kreeg ik een mevrouw van doorverwees en die heeft aan de ambulant begeleider, die daar nog steeds ook komt. Heel enthousiast vertelt over wat ze nu al ervaart aan de beeldende therapie. Ik heb deze mevrouw nog maar drie keer gezien, maar die was heel enthousiast over en dat vond die ambulant begeleider leuk om te horen. Die koppelde dat aan mij terug, van hé joh ik hoor hele enthousiaste verhalen over jou en de beeldende therapie. Dan denk ik, Yes dat is het en die mevrouw ervaart daar kennelijk heel veel aan. Ik denk, dat vind ik super en ook die die dus die dame waar ik het net over had die een kommetje en dei scheuren die die cracks met zilver en goud heeft geverfd en na zes keer eigenlijk alweer losloopt en het gevoel heeft van ja, ik kan er, ik voel mij nu krachtig genoeg meer om zelf de

draaien op te pakken en zelf ver te gaan in mijn leven. Die zag ik ook elke keer als ze iets had gemaakt of ontdekt ook met zo'n big smile van, oh, zo. Ja, je ziet het gewoon aan iemand zijn gezicht als er een kwartje valt, als daar een lichtstraal doorbreekt. Een andere mevrouw ook die gaat hier toch steeds een beetje krachtiger de deur uit steeds als dat ze gekomen, is.

00:50:27

Marianne: Ja.

00:50:28

Wike: Dus ja, dat dat dat is wat je voor dat moment in ieder geval aan iemand mee wil geven dat ze een klein beetje zich krachtiger voelen met meer inzicht, met een klein beetje meer wijsheid de deur uit gaan dan dat ze gekomen zijn.

00:50:42

Marianne: Ja.

00:50:43

Wike: Ik heb vorig jaar, ja ook alweer anderhalf jaar geleden alweer een man gehad zelfs. Ik communiceer ook vrouwen eigenlijk, maar deze jongeman. Begin 30 met teelbal kanker.

00:50:57

Marianne: Ja.

00:50:57

Wike: Die was in binnen een vrij vroeg stadium van ik moet hier iets mee, want als ik dat niet doe, dan over een paar jaar, dan krijg ik het weer terug op mijn bord en dan moet ik alsnog iets mee, dus ik wil het nu aanpakken. Maar die heb ik eigenlijk ik denk ook nog geen tien keer gezien, maar die kon heel goed reflecteren op wat die kwam doen. Die gaf ik ook klei. Dar heb ik ook platonische vormen hé, die geometrische vormen mee geboetseerd. Dat paste bij zijn denkwijze, heel rationeel ook aan te sluiten. Maar hij kon tegelijkertijd ook goed voelen en reflecteren op wat er dan aan de binnenkant speelde. Daar deed hij zo veel inzichten aan op dat die was ook vrij snel weer op eigen benen en dan had hij daarnaast ook natuurlijk het geluk dat zijn controles steeds goed uitpakte. Dat helpt natuurlijk ook mee. Als controles niet goed uitpakken. Dan zakt iemand waarschijnlijk meer in de angst.

00:51:49

Marianne: Ja.

00:51:49

Wike: En zal hij bij mij blijven, maar hij had het geluk dat dat er geen sprake was van uitzaaiingen. Er hoefde zelfs geen nabehandeling te zijn. De operatie was voldoende, maar hij was zich toch dermate kapot geschrokken natuurlijk. Maar hij kon toch wel redelijk snel vertrouwen hebben ik ook hoe dat die serieus met de opdracht bezig ging en elke keer als hij had geboetseerd, ging hij ook nog eens in de houtskool ervaren, dat licht donker. En durfde ook net het duistere in zijn leven te kijken en naar het licht. En kon daar echt goed op reflecteren. Van een beetje een filosofische inslag ook. Die heeft daar ook veel aan gehad. Letterlijk ook houvast zij hij, maar vooral ook doordat, doordat die dat aan durfde en ook kon dat reflecteren, had ie gewoon duidelijk van. Oké, dit is wat mij overkomen is. Hij ontdekte bijvoorbeeld ook dat het werk wat hij deed had een hoge functie in de financiële wereld, maar ontdekte ook in dit geval van ja maar dit ga ik echt niet tot mijn pensioen doen. Ik ben er goed in, ja, dat klopt. Maar als ik nou diep in mijn hart kijk, vind ik dit ook heel fijn werk. Eigenlijk niet. Dus we hebben gekeken wat zou je dan? Wat zou je dan echt willen doen? Waar ligt je hart? Toch dan liever bij mensen werk, met mensen werken.

00:53:11

Marianne: Ja.

00:53:12

Wike: En wat hij ook als wens had om een studie filosofie te gaan doen. Hij is ook naar open dagen geweest en ze hebben gekeken goh welke stappen zou je daarin kunnen zetten? Hij is naar open dagen geweest van de opleiding filosofie aan werd geboden en hij is als het goed is begonnen. Hij heeft een plek gevonden waar het hem aansprak, als het goed is hij daar nu begonnen. Ik zou hem eigenlijk even weer moeten contacten om te vragen: hé hoe is het nu met je?

00:53:36

Marianne: Ja.

00:53:36

Wike: Die die, die heeft dus ontdekt, door het ziek zijn en bij mij komen en de kijk op z'n leven dat die hoge functie die die had was ie heel goed in, maar dat was niet waar zijn hart lag. Hij heeft ervoor gekozen om meer zijn hart te volgen. Want ja, je zal maar ziek worden heeft hij geleerd. En dan is het leven misschien wel voorbij. Hij heeft net een jong gezinnetje ook. Echt een jong gezinnetje. Kinderen van ik denk was nog net geen drie geloof ik, dus echt jong. Ja, misschien dat zo'n beetje. Over het algemeen positief effect, of ook iemand die ik, dat was een dame met longkanker het zag er slecht uit voor haar. Zij is geen cliënt geweest bij mij in de zin van het traject heeft gevolgd. Maar zij kreeg van haar goede vriendin een workshop bij mij, één op één, gewoon een één op één sessie en ik had een klein beetje achtergrondinformatie van deze vriendin gehad. En dat heb ik gemaakt als thema om met haar aan de slag te gaan. Ik dacht we gaan op een soort van kracht symbool vinden en dat schilderen en mee naar huis nemen, waar je dus kracht aan kan ontlelen en ook echt voelen. Dat werd heel mooi, ze heeft een hele mooie engel vorm geschilderd op het doek. Op het moment dat ze kwam bij mij had ze eigenlijk geen idee, maar na een beetje een gesprek, een oefening. Wat daaruit kwam heeft ze geschilderd. Het werd een hele mooie ochtend. En onlangs dat het maar een ochtend was geweest. Ik heb haar daarna ook helemaal niet meer gezien en ik weten inmiddels dat het naar omstandigheden goed gaat, is het niet weg, want ze heeft uitgezaaide longkanker, maar het is een soort van stabiel en haar kwaliteit is best oké. Ze kan best genieten van haar leven. Ik had één schilderij dat hangt bij haar in de woonkamer. Elke keer als ze daarnaar kijkt dan voelt ze die verbinding daarmee en met die workshop wat ze daar beleefd heeft. Dat doet haar goed. Dat troost haar. Het geeft een gevoel van kracht.

00:55:32

Marianne: Ja.

00:55:29

Wike: Je kan je je misschien wel een beetje voorstellen hoe dat is als ze er steeds naar kijkt en dat doet haar goed. Ook die ene keer dus maar ja als iemand dat zo beleefd dan, dat is waardevol. Ze is maar één keer geweest.

00:55:46

Marianne: Wat één keer dan eigenlijk al kan doen.

00:55:48

Wike: Precies wat één keer eigenlijk al kan doen en kennelijk heeft ze niet de behoefte aan meer, dat is ook prima.

00:55:54

Marianne: Ja.

00:55:54

Wike: Wat één keer eigenlijk al kan doen, ja, dat kan heel veel zijn. Dat kan heel veel zijn.

00:56:00

Marianne: Ja, want hoe vaak een bied je normaalgesproken, hoeveel sessies biedt je normaalgesproken aan? Want ik hoorde al verschillende hoeveelheden vallen, zeg maar.

00:56:10

Wike: Ik heb daar mee geëxperimenteerd om er bijvoorbeeld een pakket van te maken van zeven keer, bijvoorbeeld. Bij mij is dat niet gelukt om aan de man te krijgen.

00:56:19

Marianne: Mijn accu is bijna leeg, dus ik zet hem heel even in de oplader. Anders dan valt hij zo weg.

00:56:36

Wike: Zo weg, ja dat zou zonde zijn inderdaad. Het is niet, ik bied niet een vast geheel van sessies aan. Dat hebben we dus geprobeerd, maar dat lijkt niet aan te slaan. Dus ik kijk gewoon hoe het gaat en de één heeft er zes nodig, sommige hebben er tien nodig. Ik heb ook wel eens dat het 12 is. In het ehm zeldzame geval heb ik ook wel eens iemand een jaar gehad.

00:57:01

Marianne: Ja.

00:57:02

Wike: Ik heb zelfs twee keer iemand gehad die een jaar is geweest, ook wel iemand met ook wel meerdere maanden, maar ik denk dat gemiddeld zo'n, 10 à 12 keer.

00:57:12

Marianne: Ja.

00:57:13

Wike: Het wisselt, een beetje per persoon. Ik heb niet een afgebakend geheel en dat we daarna evalueren en kijken hoe het verder is. De zorg voor sommige collega's zal dat misschien werken. Bij mij leek dat niet aan te slaan bij de mensen die kwam daar niet op. Ik weet niet waarom. Kan ook natuurlijk een prijs dingetjes zijn. Je neemt dan wel zo'n heel traject ik één keer af. Meestal is dat bij mij wel zo dat als iemand komt en die zegt bijvoorbeeld van nou, ik weet niet of ik nog een afspraak wil want ik heb het gevoel dat, dat ik wel alleen weer verder kan. Vaak heb ik dat gevoel dan ook al zo'n sessie of twee. Dat ik denk van hm, er lijkt niet zo heel veel meer te gebeuren, misschien is het wel tijd om te bekijken van goh. Hoe wil je nu verder of heb je mij nog nodig? Of gaat het misschien voor nu alleen? Je kan altijd het contact opnemen op het moment waarop je denkt ik wil weer even langskomen, even kijken hoe het gaat. Dat is altijd mogelijk. En doordat het ik dat in het begin eigenlijk al aangeef, dan kun je – misschien kunnen we de tussen poses groter maken, maar weet dat je altijd terug kan komen, hè als je na een paar weken het gevoel hebt van. Nou, ik, ik wil eigenlijk even een gesprek, misschien in combinatie met een oefening. Even hoe, waar sta ik nu. Ik heb het gevoel dat ik iets nodig heb. Nou prima, dus dat wisselt een beetje. Ik heb daar niet een vast aantal voor het wisselt een beetje tussen de ja, ik denk 6 en de 12 en daar een beetje tussenin.

00:58:44

Marianne: Ja, dus eigenlijk ook veel meer persoonsgericht.

00:58:48

Wike: Ja, dat zeker, want de is echte niet te vergelijken met de ander. Dan denk ik soms wel eens van oh, dat is wel serieuze materie daar konden we wel eens tijd voor nodig hebben. Dus ja, ik vind het heel persoons- afhankelijk en wil mij daar ook niet vast in zetten. We kijken gewoon hoe het gaat – en ik ga er eigenlijk vanuit iemand is welkom zo lang als het nodig is, zo lang als nodig is – en dat zal bij de een zus zijn en bij de andere zo. Inderdaad heel persoonsafhankelijk. Wie is deze mensen? Waar komt die mee? En ik wil eigenlijk alle ruimte bieden om het zo te laten gaan zoals het kennelijk past of nodig is. En als ik denk dat het niet meer past of dat het voldoende is, dan heb ik het daarover met de client. Vaak liggen we wel vlak bij elkaar daarin. Het blijkt dat we allebei al een beetje zitten te twijfelen van hé moeten we nog verder gaan. Zo ja, hoe dan komt er iemand nog één keer per maand of zo, en voelt van het luk dat met die tussenpozen. Dat gaat goed. Ik heb ik heb nu ook iemand die ik via de mail eigenlijk of nee ook zoals wij nu via beeldbellen. Ze daar nu op het punt staat om te verhuizen. Ik kwam met mij, bij mij met de vraag van goh lichamelijk gaat het redelijk goed zo'n vrouw die voor de tweede keer borstkanker heeft ik heb op heel jonge leeftijd was ze geloof ik was ze 18, dus volgens mij was ze iets ouder dan ik. Halverwege de 50 zijn.

01:00:20

Marianne: Ja.

01:00:22

Wike: Die kwam eigenlijk met de vraag. Nou lichamelijk gaat het best goed met me, maar ik heb wel de na een sleep en ik ben vermoeid. Ik kan echt hooguit één ding op een dag echt afspreken verder echt niks, maar daar houdt ze zich redelijk aan. Ze zei ik wil daar wel wat steviger in worden dat ik iets meer mijn grenzen durf aan te geven, want ik laat toch nog wel gauw de andere weer voor gaan. Ze zou zo graag weer nu ze weer thuis, ik zou graag thuis weer in mijn atelier aan de slag willen, maar het komt er niet van, ik kom tot niks. Ik weet niet waar ik moet beginnen. Toen hebben we eigenlijk een heel simpel begin gemaakt van ruim je atelier eens op. Maak letterlijk eens ruimte om te beginnen. Dan stuur je mij een foto van nu hoe atelier eruitziet en nadat je hebt opgeruimd. Als stok achter de deur hé. Ik zeg niet of je het goed of niet goed hebt gedaan, maar als stok achter de deur. Nou ze maakte een filmpje voor mij en nam me mee in haar atelier. Kijk, zo ziet het eruit en ik kreeg

later een filmpje van hoe ze het had opgeruimd. Dat ruimte scheppen, voor haar zelf in haar atelier gaf al rust, overzicht en oh, ja, dit is wat ik heb en dat ligt daar en dat ligt daar. Daar staat mijn kleine ets pers. Dat gaf haar alweer letterlijk lucht en ruimte om ook daadwerkelijk te beginnen. En ze is dus weer op gang. Ze gaat nu verhuizen naar Drenthe nota bene, dus ik ga haar verliezen, maar zei ze, als ik eenmaal daar ben, dan wil ik nog een keer een sessie met je via beeldbellen om hoe dat zo gaat. Dus er komen waarschijnlijk nog wel wat sessies aan maar dan dus letterlijk op grote afstand. Maar dan denk ik: ja zij geeft gewoon niet zozeer mentaal iets nodig gehad ook wel een beetje. Maar vooral, hoe kom ik weer aan het werk. Hoe kan ik mezelf weer aan het werk krijgen want dat wil ik zo graag.

01:02:13

Marianne: Ja.

01:02:13

Wike: Door ruimte te scheppen. Eigenlijk als ze dat met ieder ander kunnen doen. Niet eens zozeer via mij, maar ik had haar ontmoet via een workshop die ik bij de Volks Universiteit had aangeboden. Daar was zij. We kwamen met elkaar in gesprek. Ze was vroeg en we kwamen dus in gesprek. Toen vroeg ze natuurlijk naar wie ik was, wat ik deed. Toen vertelde ze oh ik heb kanker gehad. Nou toen ging het balletje zo rollen en bleef ik in haar achterhoofd zitten en klopte ze even later bij me aan. Dus zo en die heeft het gevoel van ja, ik ben op orde gekomen dankzij de beeldende therapie. Straks wordt daar dus nog een vervolg aangegeven. Want in haar nieuwe huis is er, dus heeft ze ook al een ruimte ingenomen, waar haar atelier komt. Dat is een tuinkamer achtig iets die en die ruimte wilde ze hebben, want haar man werkt ook veel vanuit huis. Ze dacht van ja, hij kan die ruimte ook als werkkamer innemen, maar ik wil hem want hij.

01:03:10

Marianne: Hij kijkt uit op de tuin.

01:03:12

Wike: Ze heeft zich dus echt hard gemaakt daarvoor van ik wil die ruimte hebben eigenlijk. Dus dat moet gaan. Het feit dat ze dus aangaf van ik wil eigenlijk die ruimte en nou daar ga ik voor. Als ik het niet krijg, oké, maar dan heb ik het wel aangegeven dat ik die ruimte wil. Ze heeft hem gekregen, en dat wordt dus haar atelier. Dat dat ik denk ik ook wel een goede motivatie voor haar dat ze dan straks ook daadwerkelijk aan de slag zal gaan. Maar omdat zij dus beperkt is in haar energie zal het met kleine stapjes gaan. Niet zo snel als bij een gezonde mens. Dat is prima als ze maar van zichzelf accepteert. dat die stapjes wat kleiner zijn.

01:03:47

Marianne: Ja.

01:03:48

Wike: Dat is een uitdaging. Dat is ook wel wat trouwens vaker ook bij mijn andere cliënten ook zie dat ze moeite hebben met accepteren van hun beperkingen op dit moment. Met de beperkingen die samenhangen met de sporen die de behandeling later. Dus concentratieproblemen, vermoeid zijn. Niet alles meer kunnen wat ze gewend waren, er eigenlijk tegen opboksen ertegen strijden dat ze het toch graag willen. Maar dat wil natuurlijk niet constant teruggefloten door je lijf, maar je wordt eigenlijk alleen maar vermoeider. Dus dat zijn ook dingen waar mensen mee komen dat het feit dat ze eigenlijk moeten zien te accepteren dat het is zoals het nu is, dat er misschien verbetering mogelijk is, maar misschien ook niet. Hoe ga je daar dan mee om?

01:04:36

Marianne: Ja, het is ook leren omgaan met een nieuwe situatie die er is ontstaan door alles wat er is gebeurd.

01:04:42

Wike: Ja, klopt ja, precies dat ja.

01:04:46

Marianne: Ja, wat een informatie en wat een verhalen.

01:04:49

Wike: Ja, heel fijn hé?

01:04:51

Marianne: Ja, heel fijn.

01:04:51

Wike: Kun je er wat mee of is dat?

01:04:53

Wike: Ja.

01:04:53

Wike: Je hebt het natuurlijk ook opgenomen.

01:04:55

Marianne: Ja, ik kan er zeker wat mee. Ja, zo tussendoor ben ik al wel al een beetje aan het kijken van. Hoe zou ik dit allemaal bij mekaar kunnen doen?

01:05:02

Wike: En hoe.

01:05:03

Marianne: Nee, ja, dat komt wel goed.

01:05:06

Wike: Oké.

01:05:07

Marianne: Ja, ik denk ook dat ik zo'n beetje alles heb gehad. Ik loop het even snel na.

01:05:12

Wike: Ja, kijk maar even.

01:05:19

Marianne: Ja, we hebben het eigenlijk allemaal wel een beetje gehad denk ik.

Bijlage 4: Analyse van de interviews met aanvullende literatuur

De transcripties van de interviews zijn eerst gecodeerd. Aan verschillende bundels van tekst zijn begrippen toegekend. Deze begrippen zijn gemarkeerd te zien in de linker kolom van tabel 4. Binnen de bundels tekst is gekeken naar verbanden en relaties en hier zijn ook begrippen en thema's aan toegekend. Dit is zichtbaar in tabel 3. In tabel 4 is door middel van deze kleurcode de tekst vanuit de interviews die al zijn onderverdeeld onder begrippen verder gemarkeerd. Na tabel 3 is alle informatie per kleurgroep/thema overzichtelijk uitgewerkt. Op deze manier is duidelijk welke informatie er is per kleurgroep/thema. Hierna volgt een overzicht van alle literatuur die onder deze thema's en begrippen vallen. De triangulatie van de informatie die is gewonnen uit de interviews en de informatie die is verkregen vanuit de literatuur is terug te vinden in hoofdstuk 5 Resultaten.

Conceptualiseren waaruit kerncategorieën en subcategorieën naar voren komen

Tabel 3: Conceptualiseren waaruit kerncategorieën en subcategorieën naar voren komen.

Doelgroep/problematiek Algemeen Complexe situatie Verlies en moeite met acceptatie Vermoeidheid Depressieve klachten, verdriet, sociaal isolement Pijn Boosheid Angst en spanning Zelfbeeld Moeite met aanpassen De omgeving Existentiële problematieken Leeftijdscategorie en geslacht	Werking beeldende therapie Algemeen Distress Mentaliserend vermogen Het filosofische gedeelte en de creativiteit Vertrouwen in het proces van nieuwe dingen ontdekken. Positiviteit, ontspanning, resultaat gericht en verrassingsmomenten Zelfbeeld Ruimte en houvast	Aanbod Algemeen Module/methode Traumabehandeling Hier en nu en contact maken met het lichaam Samen werken Het volgen van de cliënt Imaginatie box / verhalend werken Materialen	Oncologische revalidatie
Fase In isolatie Tijdens de behandeling Chronisch Na de behandelingen	Vervolgonderzoek Vaktherapie binnen revalidatie Naasten	Ervaring cliënten Algemeen iets bereikt bij de cliënt Ontspanning en afleiding Zelfbeeld Verrast Negatieve feedback Familiesysteem	

Bundels tekst per begrip onderverdeeld in thema's en begrippen

Tabel 4: Bundels tekst per begrip. Hierna is de tekst onderverdeeld in verschillende thema's en begrippen en dit is gemarkeerd.

	Interview 1: Margriet Gordijn	Interview 2: Janneke Steentjes	Interview 3: Yvonne Peschier	Interview 4: Wike de Klerk
Doelgroep/problematiek	Ja dat is heel divers. Om dat uit te leggen zal ik je even een klein tekeningetje laten zien. Het is een piramide met drie lagen, zie je dat? De onderste laag, dat zijn mensen die eigenlijk kanker krijgen en best wel goed herstellen. In de zin van, ze leren ermee om gaan, weer naar hun werk of niet, ze gaan weer verder met hun leven. En dan heb je die middelste groep, die is alweer wat kleiner, maar nog steeds heel groot. Dat zijn mensen die met een enkele hulpverlener echt goed verder kunnen. Bijvoorbeeld mensen die door de kanker last van hun schouder krijgen en die schouder functie die moet verbeterd worden, dan gaan ze naar een fysiotherapeut of ze gaan naar een psycholoog omdat ze problemen krijgen op hun werk omdat ze niet alles meer tegelijk kunnen. Dus met een enkele hulpverlener komen ze nog best wel ver. En dan heb je een klein topje en dat is de laatste vijf procent en die redt	Even kijken. Ik werk natuurlijk in de geriatrische revalidatie, dus ze zijn over het algemeen de wat oudere doelgroep. Maar daar heb je natuurlijk ook, ik noem het altijd een beetje de jongere oudere. Ja je denk bij ouderen aan de 80, maar heel veel mensen die net met pensioen zijn, zo weet je wel. Of net niet. Ja, ja, ja, bij oncologie heb ik het idee dat het net een beetje onze jongere doelgroep is. Dus als je kijkt richting geriatrie in het algemeen dus we hebben allemaal ouderen, dan zij de oncologie cliënten vaak de wat jongere binnen die groep. Dat is mijn idee daarin. Dus hebben we het erover, kan 50 zijn, 60. Ik denk dat nu de laatste die ik heb gehad, de laatste was een jongeman van mijn leeftijd, dus dat is rond de 40. 40 à 45. En het zijn volgens mij, maar ik heb de cijfers niet, vaker vrouwen dan mannen.	Nou het zijn eigenlijk allemaal volwassenen sowieso, want je hebt hier ook wel Sofia maar dat is echt een ander kinderziekenhuis echt een andere doelgroep. Allemaal 16 jaar en ouder. Ik zie heel veel mensen op de verpleegafdeling, vooral hematologie, en daar kan het heel verschillend zijn. De mensen kunnen daar al vanaf 16 jaar liggen dus echt heel jongvolwassenen tot en met nou ja, 70 en echt alles ligt daar dus het ligt er ook. Maar net aan of de verpleegkundige op dat moment denkt dat kunstzinnige therapie kan aansluiten bij die patiënten op dat moment of dat die patiënt zelf denkt. Dat wil ik wel. Daar over hoort en aanvraagt en heel vaak zijn mensen die wel iets met creativiteit die daar in ieder geval voor openstaan, soms staan ze er minder voor open. Maar dan probeert de verpleegkundige toch op een bepaalde manier een ingang te vinden dat iemand zonder witte jas zonder al te zwaar is wat lichtere therapie natuurlijk kan het	dat is een mevrouw die een gebrek aan eigenwaarde heeft, maar dat zie ik ook vaak bij mensen met oncologie hoor. Die onderuit zijn gehaald. Die bijzaken even niet meer weten van goh wat ben ik nog waard. Wie ben ik nog? Het geeft niet als je niet gelijk lukt, natuurlijk iemand is net begonnen met staan en lopen bij wijze van spreken. Dus struikel je nog wel eens. en dan de moed niet te verliezen. Dat normaal is en zo. Ja. Soms voelen ze zich alleen omdat er veel onbegrip in de maatschappij is voor iemand zeker als de behandelingen zijn afgerond. Die denken, ja je bent nou toch klaar? Je ziet er goed uit je haar is weer gegroeid. Waar heb je het over? Maar dan begint het pas. Die mensen doodsbang, want die zorg van al die zorgverleners in het ziekenhuis die doen even dit, want je mag zelf de wereld in, maar het is doodeng. Ze hebben heel lang het gevoel gehad. Dat valt nu weg en heeft hen die garantie dat het goed blijft

	het eigenlijk niet zelf met hun netwerk, die redt het ook niet met één hulpverlener, die heeft specifieke hulp nodig en dan komen ze bij de oncologische revalidatie en dan komen ze bij mij terecht. Dat is heel divers waarom mensen het niet redden met hun eigen omgeving of enkele hulpverlening is natuurlijk heel divers, maar vaak liggen er dan al andere problemen daaronder of is de situatie zo complex dat het niet zo makkelijk op te lossen is, dus dan denk ik aan bijvoorbeeld een zzp'er die niet meer kan werken, daardoor zijn baan verliest, daardoor zijn relatie verliest, zijn huis moet verkopen en nog steeds niet weet of hij nou eigenlijk wel of niet verder kan met zijn leven eigenlijk. Dus weet je dat zijn, of de situatie is heel complex de voorgeschiedenis is heel complex en dat kan dus heel verschillend zijn wie er komen. Het kunnen hele jonge mensen zijn. Want bijvoorbeeld jonge mensen die hun fertiliteit verliezen door de kanker of de behandelingen of die hele heftige behandelingen hebben meegemaakt waar ze bijna dood van gingen, die hebben hele, die kunnen soms zich niet meer zo goed aanpassen aan andere jongeren dus die hebben echt iets nodig, die hebben hulp nodig om dat weer te kunnen doen en ook om weer zinvol verder te kunnen.	Ja, ja, het kan zijn natuurlijk dat de vrouwen misschien wat meer behoefte hebben aan de beeldende therapie. En daar merk ik wel in dat de vrouwen zich wat makkelijker over kunnen geven als ze geen ervaring hebben met kunst dan de man. Vrouwen vinden het makkelijker om het te hebben over hun gevoelens en daarin te laveren. Zijn misschien van nature wat creatiever of hebben wat meer zin om iets te maken, te knutselen ook en hebben dat misschien al vaker gedaan ook. Mannen vinden dat soms lastig, zo van ja wat ga ik dan doen. Ja, ik denk ook dat, het is niet een heel groot verschil hoor. Ik denk dat er bij ons iets meer vrouwen. En het is natuurlijk de groep die tussen de zware behandelingen door niet naar huis kunnen om verder te herstellen. Een groep die dat niet lukt en die niet die hulp hebben, die helemaal geen familie of kennissen hebben die jou daarin kunnen ondersteunen. Ja, ja, dat kan dus ook. Want wij hebben mensen die een keer in	zijn, dus dat je dan toch een beetje een ingang kan vinden om te steunen. Zo, maar het is dus een heel verschillende doelgroep, zowel mannen als vrouwen. Ik heb een poosje gehad waar het weer veel jongvolwassenen, een poosje waren het veel wat oudere mannen die wat ouder waren, dus echt van alles. Maar de mensen op de hematologie liggen er over het algemeen lang en die zijn dan voor weken achtereen opgenomen. In isolatie kamer, dus dan mag je je kamer niet af en degene die er inkomen, dat is ook allemaal heel goed gereguleerd, mag geen raam open. Je leven staat echt op dat moment gewoon stil en draait alleen maar daarom, dan gebeurt er heel veel medisch, maar ook emotioneel. En ja dan, dan kan dus eigenlijk een soort trauma traject, bijna wel zo'n vorm van therapie, of kan helpen. Dus ja, en dat is ook weer heel divers, want de één zit gewoon in overleef modes van ik wil vooral niet voelen ik wil doorgaan Ja, je hebt ja het is maar net ook waar de patiënt is de een zit echt op z'n, overleef modus en de ander met levensvragen kan er al wat meer bij, het wisselt ook een	gaan, dat kan niemand geven, dus dat is heel spannend en die angst, ze willen geen zeur zijn. Dus men spreekt zich niet uit naar de naasten. Durft niet te vertellen dat ze bang en nog heel onzeker zijn, dat ze verdrietig zijn, dat ze het gevoel hebben dat ze er nog helemaal niet goed uit zien, de vermoeidheid die er vaak nog is. Dan merk je dat die mens alleen komt te staan op zijn eiland. Dat is heel moeilijk, dat is waar ze last van hebben. Want dat gevoel hebben ze vaak wel weer. Zeker nadat de behandelingen zijn afgerond. Als je nog in behandeling bent, dan zien andere mensen ook vaak wel. Dan is ook alle begrip. Er wordt om gevraagd hoe het met je gaat, maar op een gegeven moment valt dat stil en dan hebben ze evengoed nog nodig dat iemand vraagt: hoe is het met je, hoe hou je je staande, red je het een beetje. Die vragen worden niet meer gesteld. Iedereen gaat weer door waarmee hij bezig is, maar deze mensen nog niet. Dat is het zwarte gat waar ze het over hebben. Los van elkaar noemen ze dat het zwarte gat. Er is dus iemand geweest die dus heel veel verdriet had en het gevoel had van dit is niet alleen over mijn eigen diagnose en mijn
--	--	---	--	--

Dus er komen jongeren, mensen met psychiatrische achtergrond, mensen die een bijna dood ervaring hebben gehad tijdens de behandelingen, mensen die echt heel erg getroffen zijn door de kanker en daardoor bepaalde functies niet meer uit kunnen oefenen. Dus dat is heel divers. Over het algemeen kun je wel stellen dat het is een verouderingsziekte kanker. Het is een fout in het DNA en dat komt vaker voor bij mensen die al wat langer leven, want die hebben veel meer, hun cellen moeten zich vaker kopiëren waardoor er vaker een foutje kan komen. Dus over het algemeen zijn het wel wat oudere mensen, maar in vaktherapie en wat ik zeg vooral in de revalidatie zijn er toch ook wel veel echt jonge mensen en over het algemeen zijn vrouwen meer geneigd om deze vorm van therapie aan te pakken dan mannen of worden vrouwen vaker verwezen, omdat verwijzers denken dat vrouwen daar meer geschikt voor zijn. Ja, dat denk ik en daardoor heb je denk ik wel wat minder mannen in therapie, maar eigenlijk door de revalidatie heen krijg je. Dat is zo leuk, want in die middengroep van die piramide die ik tekende daar zitten natuurlijk mensen die zelf	de zoveel tijd chemo krijgen en daar dus van op moeten op knappen. En die dat thuis echt niet kunnen doen. Dus die komen dus ook, dus niet alleen als het helemaal klaar is. En er zijn mensen die te horen krijgen dat ze alleen nog maar palliatief behandeld worden. Die hebben we natuurlijk ook en die komen dan nog even aansterken, maar die weten dat ze niet meer beter gaan worden. Ja, ja, het is vermoeidheid. Vermoeidheid, conditie is het vooral denk ik. En dan heb je dus een deel die zingevingsvragen hebben. Dus dat psychosociale vlak. Angst, misschien ook wat kan ik nog? Wat wil ik nog? ja echte levensvragen. Wat heeft het nog voor zin? Word ik ooit nog beter? Of kan nog weer naar huis? Maar ja het is dus ook wel heel erg conditie. Heel erg op lichamenlijk vlak zeg maar. Ja, dan denk ik een beetje aan dat mensen het zat zijn om het over hun ziekte te hebben. Dat ze moe zijn van alle behandelingen, van alle	beetje. En soms zit iemand in het begin nog heel erg van overleef modus van. Ik verwacht niet dat het om mij gaat. op een geven moment begint de cliënt te dalen, begint het besef te komen van zo tegenkomt, maar ik kan wel tegen de patiënt die ziek is... zeker als het gaat om ja, en bijwerkingen kan krijgen en zo dus dan is het wel besef Ja, die isolatie kamer, helpt er ook bij. Ik heb wel eens. Ik heb wel eens het idee dat doordat je in zon isolatie zit, je bijna een soort cocon waarin een rups gaat, de cocoonen of een soort de baarmoeder gevoel. Het klinkt een beetje gek, maar je zit opgesloten, je moet afwachten, je moet het maar laten gebeuren. Op een gegeven moment mag je eruit. Dat je ja, die isolatie kamer geeft ook een soort bescherming ofzo. Soort en daar mag ik even bij. Ik mag even in iemand z'n eigen plekje eigen ruimte komen. En mensen zijn tuurlijk sowieso door chemo al heel kwetsbaar. Zitten op het fysiek, al dat je natuurlijk heel gevoelig bent, maar ook in door de isolatie kamer, denk ik nog gevoeliger. En als je daar, dan kun je denk nog meer bij iemand zijn kern	angst er zit nog veel meer voor. Na uitvragen bleek dat ook te zijn, dus ze was heel lang mantelzorger geweest voor haar ouders. Die waren kort na elkaar overleden aan alzheimer en, maar toen de ene ouder overleed was heel snel moest ze zorgen voor de andere. Dus ze kwam eigenlijk niet aan rouw voor haar eerste ouder en toen kwam de tweede en die viel om en toen werd haar broer ziek die kreeg een hersenbloeding. Toen moest ze daarvoor zorgen of ze ging daarvoor zorgen. Dus ze kon niet naar het verdriet van allebei haar ouders toe. En toen kreeg ze zelf de diagnoses. Dus al dat verdriet. Daarvoor was ze er niet aan toegekomen, dus dat was heel veel verdriet, daar kwam ze mee. Daar wilden ze aandacht voor hebben van hé. Hoe kan ik het is zoveel, hoe kan ik hier nou toch een weg in vinden. Heel veel mensen hebben angst voor de terugkeer van kanker, dat verpest eigenlijk hun leven. Ze merken dat ze niet goed kunnen ontspannen. Daardoor dus ook niet genieten van de leuke dingen van het leven, en dat het goed gaat op dat moment die blijdschap is maar even want oh help die toekomst en hoe zal het volgende onderzoek en uitslag. Men ziet er altijd enorm tegen op.
---	--	--	---

	opzoek gaan naar hulpverlening die hun kan helpen en dan komen er mensen naar de beeldende therapie die affiniteit hebben of die het wel een gehoord hebben of zien zitten. Maar ik het bovenste stukje, die revalidatie, dan zegt de revalidatiearts eigenlijk, dit lijkt me goed voor u, dit is eigenlijk wat zou moeten gaan gebeuren. En ja, dan kan nog steeds een patiënt zeggen, nou daar ben ik het niet mee eens dat ga ik niet doen, maar de meeste mensen volgen wel het advies van een revalidatiearts. Dus die treft natuurlijk veel vrouwen en het is ook maar waar je naar kijkt, want de revalidatie, daar hebben we nog niet zo veel van. Oncologische revalidatie, daar is nog niet zo veel van in Nederland en helemaal niet qua vaktherapie als in het programma zit. En wat ik zeg in die andere groep, in die grote middengroep dat vaak die vrouwen, hoogopgeleide vrouwen, actief gaan zoeken naar welke vorm van therapie kan mij helpen en dan komen ze vaak op vaktherapie als ze daar inderdaad al een affiniteit mee hebben, maar mannen zullen dat veel minder hebben dan vrouwen. Je ziet ook dat het vaak hoogopgeleide vrouwen zijn. Het is	emoties, van familie, van alles wat erbij komt kijken. Dat mensen er gewoon moe van zijn. Ik heb wel mensen die bij mij komen en dan letterlijk zeggen: Ik heb echt helemaal geen zin om daarmee bezig te zijn. Ik vind het leuk om bij jou te komen, maar we gaan het niet hebben over problemen. Ik wil gewoon plezier beleven of iets moois maken, lekker ontspannen genieten en de gedachten tot rust laten komen. Ja ze hebben dan een indicatie oncologie, maar het gros van de mensen wil gewoon ontspanning, wil gewoon afleiding. Ja, maar echt de grootste hulpvraag is afleiding en ontspanning. Dus een deel heeft dan een werkzaam leven of zijn net klaar met werken of weet je wel, staan nog vol in het leven en worden er zo uitgerukt. Veel waren al aan het vertragen. En hadden al klachten of hebben weer opnieuw kanker.	komen, en dat maakt het wel heel bijzonder. Ze hebben allemaal een vorm van kanker en als je ook kanker krijgt dan heb je ook stress. Dat sowieso en dan ineens krijg je ook existentiële vragen van je weet allemaal dat je doodgaat jij en ik gaan ook dood, maar als je ineens de diagnose krijgt kan dat ineens dichterbij zijn en ga er meer over nadenken. Er zijn heel veel stressen inderdaad van wat overkomt mij. Ook wel had ik het kunnen voorkomen? Wat als vragen. Ook rollen die, moeders of vaders die in een keer ook hier komen en horen dat ze de rol in het gezin niet meer kunnen vervullen. Of werk wat een hele fijne uitlaatklep is voor veel mensen is werken een hele fijne uitlaatklep, ja, ook daar mee leren omgaan het gewoon het leren omgaan met dat je geen zekerheid hebt dat je moet afwachten. Dat je geen controle hebt, dat je gewoon niet weet hoe het verder gaat, dus het is heel sterk terugwerpen op het hier en nu is een grotere hoeveelheid vormen van stress en levensvragen alles gekoppeld daaraan. Wat speelt en wat ook kan, is dat iemand al eerder iets heeft meegemaakt in zijn biografie een andere ziekte	Ik heb zelfs een vrouw die die heeft uitgezaaide darmkanker. Die wordt dus niet meer beter en die moet eigenlijk om de drie weken naar het ziekenhuis. Ze krijgt nog wel immunotherapie, maar om de drie weken moet ze daar naar het ziekenhuis voor. Krijgt ze ook weer een onderzoek van hé? Hoe staat het er mee, zijn de tumormarkers zichtbaar, zijn ze gestegen. Dat belast haar zo elke drie weken rond de tijd vliegt voordat ze het weet moet ze er weer heen en weer en weer die spanning van die uitslagen, dat trekt zie niet. Ze heeft aangegeven van joh kunnen die tussenpozen niet wat grote, want ik kan die spanning kan ik zo slecht aan en die oncoloog wil dat niet, want die wil zijn behandeling voortzetten. Hij heeft geen oog of oor voor wat zij belangrijk vindt. Dat ze die tussenpozen groter wil. Zij worstelt met die spanning. Hoe kan ik die spanning waarderen en waarom luistert zo'n oncoloog niet? Die worstelt daarin. Haar vraag is eigenlijk: hoe kan ik bij mezelf en in m'n eigen kracht blijven, zelf de regie houden? Want mijn man wil eigenlijk het liefst dat ik het wel net als de oncoloog allemaal vol houd en mijn kinderen ja soort het zijn er vier, drie daarvan kunnen wel een soort van achter haar staan, maar één zit er echt bovenop. Ja, maar je moet echt alles doen, want dat wil ze dus niet, dus zij worstelt heel
--	---	---	--	--

	maar de vraag of dat alleen maar een natuurlijke selectie, dat is een natuurlijke selectie, want die mensen hebben het geld en de kennis om verder zoeken, maar dat wil niet zeggen dat het niet geschikt is voor andere groepen en inderdaad die vrouwen zijn ook heel vaak genegen om te zeggen ja hoor ik wil wel meewerken aan een onderzoek of aan een interview. Dat zijn echt die hoogopgeleide vrouwen met borstkanker vaak die opgenomen worden in dat soort onderzoeken. Het is heel interessant om ook eens naar die andere doelgroepen te kijken. Stel je voor dat die, zoals in mijn geval, worden verwezen door een arts werkt het dan net zo goed? want de mensen die in de top van die Pyramide zitten die hebben ernstige klachten. Wat ik zie heel vaak, ten eerste omgaan met vermoeidheid is een hele moeilijke. Mensen hebben vaak een coping mechanisme, een manier van omgaan met dingen die ze geleerd hebben in hun verleden die vaak niet helpend is als ze zich heel moe voelen of heel gedeprimeerd of heel veel last hebben van klachten. Je kan je voorstellen dat mensen die heel erg geleerd hebben van schouders eronder, aanpakken die handel,		misschien wel iets in z'n jeugd of iets anders je psychisch en dat dan dat dat ook weer getriggerd wordt op zo'n, heel een diagnose en zo'n proces. Ja, dat kan twee kanten op werk. Het kan zijn, iemand is er toen ook door gekomen. Dat kan ook. Ja, iemand heeft al een keer eerder iets doorstaan, dus dat kan ook draagkracht geven, zeker we gaan nu weer zo verder dus je hebt al een rugzak, maar het kan ook zijn. Ja, er zijn ook mensen met ptss die kunnen ook gewoon kanker krijgen, dan kan er wel heel veel meer spelen en dit is wel universitair Medisch centrum dat betekent dat de gewone borst- of darmkanker komen in andere ziekenhuizen. Hier is het wat complexer en hematologie sowieso door heel je lijf. Het zit overal. Op interne onco zijn ook vaak wat plekken die wat lastiger zijn. Soms ook op meerdere plekken met uitzaaiingen. Dus dat maakt het dus wat complexer. Is na hun behandeling – en hier is het echt al tijdens de behandeling. Iemand kan vandaag de diagnose krijgen en een uur later sta ik er kan ik iets betekenen en dat is een heel anders fase in dat hele na traject kan het ook nog hoor. Dat zijn heel andere soorten vragen. En dan zit je veel meer op een soort	erg met: hoe kan ik in m'n eigen kracht blijven staan zonder dat ik me te veel door hen laat beïnvloeden? Ik voel mij geleefd, in iets gedwongen in iets wat ik niet wil. Daar komt zij mee ehm. Ik heb ook mensen die zich van hun sokkel geduwd voelen, dus eigenlijk onzeker voelen. Ook over de toekomst maar ook zichzelf opeens niet veel waard meer vinden lijkt het omdat ze niet voldoende energie meer hebben. Ze kunnen niet meer meegaan op de snelheid van de maatschappij. Die andere volhouden. Dat vinden ze heel lastig. Dan hebben ze ook het gevoel dat ze vrienden en familie verliezen. Dat die een beetje zo van we vragen die persoon toch maar niet meer. Je raakt een beetje eenzaam, maar vooral ook het niet meer durven delen van emoties met de ander. Geen zeur willen zijn, niet lastig willen zijn. De ander willen sparen, dat is ook wel eh, een groot, een onderwerp wat ik vaak zie en daar horen ook emoties bij dat men emoties niet durf te laten zien. Niet meer durven huilen of zelfs niet eens soms weten waarom ze huilen. Dan raakt iemand overmand door tranen. Ik denk van ja, maar waarom eigenlijk. Ik weet niet eens waarom ik huil, maar ik voel zo'n diep verdriet en dan durven ze. Dan kunnen ze ook niet
--	---	--	--	--

	niet zeuren maar doorgaan, dat die heel veel last hebben van die vermoeidheidsklachten. Dus vermoeidheidsklachten in combinatie met coping. Dus dat mensen iet zo goed weten hoe ze daar anders mee om kunnen gaan, dat is een hele belangrijke. Wat ik ook zie is omgaan met de omgeving, met de commentaren, hoe de omgeving reageert. De omgeving vindt het soms heel moeilijk om te begrijpen waar de revalidatie patiënt mee te maken heeft, want het lastige is achter de rug, de zware behandelingen zijn achter de rug, dus het moet nu toch allemaal beter gaan en dat mensen dan juist mentaal een klap krijgen dat snappen vaak de omgeving niet waardoor mensen zich heel eenzaam en onbegrepen voelen, gefrustreerd voelen, maar tegelijkertijd hun boosheid niet kunnen uiten, omdat ze ook dankbaar zijn voor wat mensen allemaal voor ze gedaan hebben en nu ook vinden dat ze niet moeten zeuren. Dus het gaat ook heel vaak over hoe ga ik om met mijn emoties en met mijn omgeving. Verder komt natuurlijk aan de orde hele existentiële problematiek van kanker heeft als geen ander, oncologie patiënten hebben als geen andere doelgroep te maken met dood en leven. Zo van ik heb de dood in de ogen gekeken. Als iemand de diagnose		verwerkingsstuk. Het eerste stuk zit je veel meer op overleven. Hier en nu. Marianne: Je bent eigenlijk inderdaad veel meer bezig met hier en nu. Yvonne: Ja, ik denk dat het grote verschil in zit. Ja, weet je de oncologische patiënt is heel lief eigenlijk altijd voor degene die aan het bed staat. Dat ik ook wel een zeg van nou ja, van nee is oké hé. Je mag ook nee zeggen en je hoeft je niet te verontschuldigen in die zin dat ze niet zo heel erg kritisch zijn.	mee met die omgeving, want die snappen dat helemaal niet. Dus het onbegrip uit de omgeving en daardoor niet meer durven delen, dat is, denk ik wel de allergrootste en je onzekere toekomst en dus niet meer goed kunnen ontspannen. Ik heb echt mensen die tegen mij zeggen dat ze niet meer kunnen ontspannen. Dus als ik dan vraag: wat doe je dan ook leuke of fijne dingen waar vind je ontspanning in. Dat is bijna niets meer. Dat lukt gewoon niet, dat vind ik een heel opvallende en kwalijke zorgelijke situatie. Ja, kwalijk is niet het goede woord, zorgelijk, ja. een geen controle hebben, ook hoe het gaat Ja, precies ja, maar dat is dat is een beetje waar mensen mee komen, angst voor het niet weten hoe de ziekte zich gaat ontwikkelen in de toekomst, en dat niemand die garantie kan geven dat het goed blijft gaan. Ja die onzekerheid, die angst met zich meeneemt daardoor niet kunnen ontspannen, niet kunnen genieten van fijne dingen dat eigenlijk meer met angst naar de toekomst kijken en vergeten dat ze vandaag hebben en het hier en nu even vergeten. Om maar even die
--	--	--	---	---

	krijgt wordt hij meteen geconfronteerd met ik zou wel eens dood kunnen gaan. En dat betekent mensen heel erg om moeten leren gaan met hoe heb ik het nu gedaan tot nu toe in mijn leven, is dat zinvol geweest, hoe zou ik het nu weer willen, zou ik het anders willen? Dus er komen heel veel, dat noem ik, existentiële problematieken over zingeving en je bestaansrecht komen naar boven. En dat is ook een belangrijk thema wat er in de therapieën naar voren komt. Samen met natuurlijk de angst voor recidief daarvoor dat het terug zou komen en hoe moet je daarmee omgaan. Dus leren omgaan met angst. Is ook een hele belangrijke. Dan komen er vaak nog wat individuele thema's in de zin van mensen met verlieservaringen moeten omgaan. Sommige mensen hebben letterlijk, ik vertelde net al dat jonge mensen die hebben hun fertiliteit verloren of zelfs een zwangerschap hebben afgebroken of misschien een baan hebben verloren of een lichaamsdeel of andere dingen die echt heel heftig zijn. Of soms tijdens dat ze ziek zijn hun moeder of vader hebben verloren en dan niet kunnen			term te gebruiken, eh dat denk ik vooral. De emoties die niet getoond durven worden omdat men het gevoel heeft dat de omgeving het niet begrijpt en dus de omgeving niet wil belasten en zich daardoor terughoudt en daardoor eigenlijk in een sociaal isolement komt. Dat is, denk ik in het algemeen waarom iemand bij mij komt, en dat is niet meer te dragen voor hen alleen. Dat is het moment waarop ze hulp zoeken ja. Ja, ja gaat het toch een tijdje natuurlijk proberen en kijken of dat op de één of andere manier lukt. Uiteindelijk staat dat water tot hier of tot net aan de lippen en dan gaan ze zoeken naar hulp. Ik heb vorig jaar, ja ook alweer anderhalf jaar geleden alweer een man gehad zelfs. Ik communiceer ook vrouwen eigenlijk, maar deze jongeman. Begin 30 met teelbal kanker. Die kwam eigenlijk met de vraag. Nou lichamelijk gaat het best goed met me, maar ik heb wel de na een sleep en ik ben vermoeid. Ik kan echt hooguit één ding op een dag echt afspreken verder echt niks, maar daar houdt ze zich redelijk aan. Ze zei ik wil daar wel wat steviger in worden dat ik iets meer mijn grenzen durf aan te geven, want ik laat toch nog wel gauw de
--	---	--	--	--

	rouwen omdat ze andere dingen te doen hebben, namelijk het herstellen en die behandelingen doorstaan. Dus verlies ervaringen zijn een belangrijk item en zelfbeeld is een belangrijk item. Dus mensen kunnen zich anders voelen dan dat ze zich altijd hebben gevoeld en vinden dat moeilijk, want daarbij herkennen zichzelf soms niet meer. Dus dat kan ook door behandelingen zijn. Ik heb een mevrouw gehad en die was 49 en ze was een ontzettende knappe vrouw met lang donker haar en was Braziliaans, heel mooie vurige vrouw en toen na de behandelingen kwam er grijs kort haar terug, liep ze met een stok, moest ze een bril. Ze voelde zich ineens oud en ze herkende zichzelf helemaal niet meer in de spiegel. Ze was ook heel veel aangekomen. Dus vooral die mensen worstelen heel erg met hun zelfbeeld. Hoe moet ik hier nou weer mee omgaan, met die plotselinge veranderingen. Ook mannen kunnen daar heel veel last van hebben. Ik heb nu een man in therapie die ook veel vermoeid is en zegt zo ken ik mezelf niet en zo kent mijn omgeving mij ook niet. Ik ben altijd de sterke. Ik ben altijd degene die plannen maakt en zorgt voor het gezin en nu kan ik niet eens meer stofzuigen, als mijn vrouw terugkomt van haar werk dan moet			andere weer voor gaan. Ze zou zo graag weer nu ze weer thuis, ik zou graag thuis weer in mijn atelier aan de slag willen, maar het komt er niet van, ik kom tot niks. Ik weet niet waar ik moet beginnen. Dat is ook wel wat trouwens vaker ook bij mijn andere cliënten ook zie dat ze moeite hebben met accepteren van hun beperkingen op dit moment. Met de beperkingen die samenhangen met de sporen die de behandeling later. Dus concentratieproblemen, vermoeid zijn. Niet alles meer kunnen wat ze gewend waren, er eigenlijk tegen opboksen ertegen strijden dat ze het toch graag willen. Maar dat wil natuurlijk niet constant teruggefloten door je lijf, maar je wordt eigenlijk alleen maar vermoeider. Dus dat zijn ook dingen waar mensen mee komen dat het feit dat ze eigenlijk moeten zien te accepteren dat het is zoals het nu is, dat er misschien verbetering mogelijk is, maar misschien ook niet. Hoe ga je daar dan mee om?
--	--	--	--	--

	ze dat zelf doen. Weet je dat heeft natuurlijk enorme impact op zijn zelfbeeld. Dus zelfbeeld is ook een thema. Dus eigenlijk die thema's zijn wel de grote thema's.			
Werking beeldende therapie	Ik heb dus onderzoek gedaan naar die distress bij die mensen die dus aan vaktherapie deelnamen en mensen die door de revalidatie werden verwezen die hadden vaak een hogere begin meting van de distress thermometer. Je kent die thermometer? Van nul tot tien en vijf is het afbouwpunt, dat wist je ook? Nou die mensen zitten vaak boven de zeven, dus dat is echt best wel hoog. En als ze dan vaktherapie en revalidatie hebben gehad, dan zitten ze onder de vijf. Dus dat is echt een significant en klinische relevante daling van de distress. En je ziet dat mensen die dus niet in een revalidatieprogramma, maar dus individueel, dus die middengroep, individueel naar iemand toe komen, naar mij in dit geval die beginnen al met een lagere score op de distress thermometer dus die hebben al minder klachten, eigenlijk kun je dat wel zo zeggen. Wat natuurlijk logische is, want die andere groep die heeft zo veel klachten, dat er een gespecialiseerd team naar	Ja, nou wat ik hoop en wat ik denk is dat als je bezig bent met een ja positieve activiteit of beeldende therapie dat die je welzijn verhoogt die je goed doet dat je dan, dat dat helpt in je proces zeg maar van het gevecht tegen de kanker. Dat is eigenlijk met de beeldende therapie heb ik, dat hoop ik dus eigenlijk dat de mensen ondersteund worden Psychisch en lichamelijk. Dat mensen psychisch en lichamelijk ondersteund worden in het proces en dat heeft dus, ik denk zelfs dat je zelf genezend vermogen gestimuleerd wordt. Dat is natuurlijk best wel gevaarlijk om te zeggen. Maar ik denk ook gewoon dat je behandelingen veel beter aan kan. Dat je positief in het leven staat en het allemaal wat meer ziet zitten en dat dat effect heeft op je algehele gesteldheid en dat dat dus sowieso ten goede komt. Ik zeg niet dat je beeldende therapie moet doen om kanker te genezen.	In het begin ga je al snel heel diep en dan kan één sessie voelen als een heel traject dus dat is misschien wel veel extremer dan normaal. Het intuïtief werken. Het is echt hoofd uit je handen, weten het wel. En eigenlijk is dat dus eigenlijk. Lichaamsgericht werken. Het ontladen van emoties, emoties zitten toch ergens in je lijf. Die heb je niet in je hoofd kun je ook geen woorden aangeven totdat ze er misschien uit te komen. En dan kun je ze misschien bekijken en dan ineens er wel woorden aan geven te plaatsen. Het is echt iemand het zelf actief uit van emoties, en dat hoeft niet eens zo bewust te zijn. Kan ook zijn dat iemand vertelt wat hem of haar nou allemaal is overkomen vanaf het moment dat ze dan dus gaan die aan de slag, en dan zie ik van alles gebeuren. Ja, de ik denk wat er gebeurd is. Iemand vertelt het verhaal alsof hij misschien vaker zelf zou vertellen aan verschillende mensen, iets daarmee misschien het verhaal voor zichzelf een	Dus zij was al heel zelf heel actief daarin bezig en toen ze bij mij kwam en ik gaf haar die klei opdracht toen – ik heb haar in eerste instantie – gewoon eens kennis laten maken met klei, want ze kende het niet om daarmee te werken. En toen had ze was ze bezig met een kommetje en daar moesten vooral scheuren in die stonden niet alleen symbool voor wat haar was overkomen maar, zij liet zich gewoon inspireren door een uitspraak uit een songtekst van Leonard Cohen. Misschien ken je hem wel, there is a crack in everything and that is how the light gets in. Dat was heel belangrijk voor haar dus dat maakte zij in dat kommetje. En dat kommetje heeft ze met goud en zilver verf geschilderd. En voor wat extra licht pakte ze dus ook een kaars en stak die zo in de bodem van dat kommetje. Dus dat kommetje was ook nog een soort van kandelaar. Nou, dat, daar had ze zo veel aan dat daar haalde ze zoveel kracht uit dat. Dat dat was zo positief voor haar, terwijl eigenlijk, ik had niet eens wat gezegd over een opdracht he. Dit was meer een kennismaking met klei en het ontstaat daar al. Vooral als daar al

moet kijken, dus dat is specialisme. Maar goed, die hebben dus al minder klachten en die duiken ook onder die vijf alleen iets minder spectaculair zeg maar. Dus de afname is iets minder groot. Dus als je daar goed hulpverlenend, dan kunnen die klachten ook aanzienlijk afnemen. Wat ik heel grappig vind vorige week had ik hier een mevrouw voor het eerst en die zie, die had een tekening gemaakt als eerste en zij was helemaal emotioneel ervan ze zegt, het is eigenlijk dat ik mezelf zie in de spiegel, maar zonder worden en niet als spiegel snap je? Dus ze zag zichzelf alleen op een heel andere manier dan voorheen. Dus wat is werkzaam en daar zal Gemmy (docent bij onderzoeker op school en is tevens ook de opdrachtgever van dit onderzoek) heel blij mee zijn dat ik dit zo ga vertellen dat is mentalliserend vermogen. Gemmy is heel erg van de mentallisatie, tenminste dat. Het mentalliserend vermogen is echt een heel belangrijk werkzaam onderdeel van de vaktherapie. Wat bekend is uit de literatuur is dat als mensen stress ervaren en in crisissituatie zich bevinden het mentalliserend vermogen afneemt.	Ja en het is, wat natuurlijk heel belangrijk is als je heel erg ziek bent en of ongeneselijk ziek, heel vaak is kanker ook alweer soort van chronische ziekte geworden he dat je altijd kanker blijft hebben, maar dat je nog heel veel jaren door kan is het heel fijn om te ervaren wat je gezonde deel is. Dat is natuurlijk waar vaktherapie beeldend, ik denk andere vaktherapie trouwens ook wel, heel erg op inspelen. Van wat kan ik nog wel? Wat is mijn gezonde deel en dat spreek je dan aan. Dat is natuurlijk heel erg in die speelsheid en die. Ja, ik denk dat ja dat vindt iedereen fijn, maar toch komt er bij mij bij deze doelgroep wel komt dat boven dat deze doelgroep toch wel iets moois willen maken. Dat er resultaat is. Dus dat je voldoende ondersteuning geeft om tot een goed resultaat te komen. Dat ze het echt fijn vinden om een mooi schilderijtje of een leuk plaatje. Waar ze echt naar kijken van he wauw dat kan ik of dat is mooi geworden. Maar in de beeldende therapie natuurlijk is zo proces gericht en gaat echt om het doel en niet om het	beetje aan het ordenen. Maar dat verhaal heeft niet alleen worden die in het hoofd zitten, maar ook een lading die in het lijf zit. En door ondertussen ook met handen bezig te zijn en denk daarbij zo sterk aan pastel en uit te wrijven komt ook die lading emotionele lading er op die manier een beetje uit. Heel vaak klopt dan wat iemand in beeld ziet dat wat iemand heeft verteld. Dat vind ik gewoon een prachtige manier en ik ben dan ook bezig en ik merk dan in mijn lijf vaak ook wel dat er enorm veel spanning bij de patiënt is, want dat voel ik gewoon, ik ga er bijna daarin mee en dan probeer ik mezelf af te remmen. Ik ga tegenbeeld proberen, ik ga dan mezelf afremmen. Ik laat de patiënt, want daar moet iets uit en heel vaak zegt de patiënt dan na afloop van ja, dit is, hoe ik me voel over zijn eigen tekening en dat is nou hoe ik me zou willen voelen, dat is dan de tekening die ik heb gemaakt. En het is vaak een hele mooie zet die ook nog eens bij elkaar kan passen. Dat je denkt van wauw dat is bijzonder. Ik – ik ga ook bij mezelf heel sterk na van wat voel ik, en in hoeverre is dit van mij, want ik kan ook wel	iets ontstaat. Dat vind ik dan interessant om te kijken van hé. Wat gebeurt hier nou eigenlijk en dan laat ik dat gaan en dan stel ik een vraag ook van goh, ik zie dat ontstaan, hoe kom je daar zo bij, en dan hebben we daar een gesprek over, maar dat bleek heel veel. Heel veel kracht voor haar te zijn heel vol symboliek. En dat dat werkt enorm Daar heb ik met pastelkrijt gewerkt aan een boom en bij die boomwortels had ze moeite mee. Logisch ook, want haar wortels waren natuurlijk niet stevig dat dat de correspondeert dan met haar naja niet goed geworteld zijn, niet voldoende eigen waarde hebben. Dus we hadden plaatjes opgezocht van boomwortels die boven de aarde uitstekend, ja, precies nou, dat heeft ze uiteindelijk een beetje kunnen tekenen en die kwaliteiten van die vaardigheden en ook haar kwaliteit die ze aangeboren heeft die talenten, hebben we in die boomwortels geschreven hebben we opgeschreven dat je zag. Je zag aan haar gezicht dat dat er kwartjes vielen. Een soort van inzicht van oh wacht verrek, dat nou ja iemand dan zo'n klein stukje open. Dat is ook mooi om te zien en wat heb ik nog meer. Ja, je kan eigenlijk zo niet ook van die voorbeelden gewoon zomaar op poppen. Er zijn vaak wel tijdens
--	--	--	---

	Nou kun je echt kanker zien als een extreme crisissituatie. Stresssituatie erger nog hij is niet acuut, want het is niet zoals een bijna-ongeluk dat je s' avonds op de bank zit en denkt jesus dat is nog maar net goed afgelopen, maar het is een chronische stresssituatie. Dus dat kun je zeggen van kanker, waardoor dus dat mentaliserend vermogen heel erg afneemt. Door vaktherapie stimuleer je het mentaliserend vermogen weer. Je stimuleert het vermogen van mensen om weer naar zichzelf te kunnen kijken, kunnen reflecteren op wat ze van binnen voelen, daar op een nieuwe manier naar te kijken en dat ook te communiceren met anderen waardoor anderen ook weer meer begrip krijgen van wat in hun binnenste speelt. Dus het mentaliserend vermogen van vaktherapie is een hele belangrijke factor. Wat ook werkzaam is en dat is wat filosofischer vind ik, maar ik vind het ook echt heel belangrijk, dat is als mensen het moeilijk hebben proberen zich vaak uit te drukken in iets anders dan woorden. Dus dan drukken zich vaak uit in muziek of in andere dingen en ja	resultaat en ja ik heb het idee dat dat best wel om het resultaat bij de oncologie. Ja, dat dat juist heel versterkend werkt omdat je naar het gezonde deel wilt kijken en dat het dan fijn is als het iets wordt en niet een of andere bruine vlek dat je denkt ugh, dat je geconfronteerd wordt met ziekten en ehm. Met zo'n behandeling dat je van je ontlasting last krijgt en van je mond en he allemaal ellende, haar uitval, je bent helemaal niet meer wie je vroeger was en dan in de beeldende therapie daar dan ook nog eens letterlijk mee aan de slag gaan dat lijkt me heftig. Terwijl je toch ook wel hoort van mensen met borstkanker van dat ze dan heel erg dat zelfbeeld aan de slag gaan. Dat je je borsten bent kwijtgeraakt ja. Hoe zie ik er nou uit weet je wel? Ben ik nog mezelf? Dat je daarmee bezig gaat dat snap ik wel, maar ik kan me ook heel goed voorstellen dat je even helemaal niet geconfronteerd wilt worden met al het lelijke en al het naarheid heftige. Ja. En dan mooie afbeeldingen kijken en mooie kleuren, mooie materialen. Ja.	eens hoofdpijn hebben of niet goed geslapen hebben of weet ik veel wat. In hoeverre kan dit iets zeggen mogelijk over de patiënt, probeer ik echt te zoeken van wat gebeurt er nu? Dus ik blijf ook heel erg in als een soort je meetinstrument situatie in te voelen. Dan ga ik gewoon intuïtief ook gewoon aan de slag. Kan op dat moment ook niet goed vanuit mijn hoofd dat gaat gewoon op gevoel. Soms zie ik ook wel dat we intuïtief dezelfde kleur pakken. Het is zo grappig dat je denkt, nou en dan denk ik: ja, het hangt is gewoon een soort sfeer hier in de kamer. Het hangt er en je kan er soms met je hoofd nog niet bij. We pakken het allebei gewoon en de sfeer is dan ook gewoon goed, zeker als de patiënt dan ook zegt van ja, het is, zo voel ik het wel, zo zou ik het wel willen voelen en het spreekt me heel erg aan, zeg ik: nou, daar zit ook een stukje van u. Wat u heeft verteld. Ik pik uw energie op. Ik ben op dat moment volledig voor de patiënt. Het is voor mij ook wel fijn dat ik ondertussen ook zelf aan de slag ben. Dat je ook dat wat je hoort kun je ook weer omzetten in iets. Dus je kan zelf ook een stukje ontladen. Het moment dat bijvoorbeeld alleen de patiënten	zo'n sessie dat er van die 'ah ha' momenten weet je wel, van die 'oh wacht verrek' of 'oh zit dat zo' of 'Ohja ik zou dit of dat kunnen doen' Dat elk soort oefening eigenlijk kan oproepen, dat is denk ik niet aan een techniek gekoppeld. Nee, Ik geloof het niet. Het is wat er op dat moment gebeurt, wat volgens mij ook met een andere techniek kunnen zijn waar die inzichten die die mensen opeens opdoen of dat ze opeens hun emotie erkennen. Dat heb ik ook wel. Dat iemand zicht voelt op een bepaalde manier kan er de vinger niet op leggen, heeft daar ook last van. En opeens voelt hij van oh maar, ik voel mij zo hol van binnen of mijn hoofd zit zo vol en dat, dat vind ik terug in mijn tekening. We hebben ook wel chaos getekend heb dat zit ook hier in mijn hoofd en dat dat ja, dat zijn ze opeens bewust. Zou dat wel gevoeld, maar nu kunnen ze daar ook echt gehoor aan geven nu herkennen ze het ook echt. Ja, en dat geeft soms ook rust. Ja, dat. Ja, zichtbaar. En doordat het zichtbaar is geworden herkennen ze beter bij zichzelf waardoor ze dus stappen kunnen ondernemen om daar verandering in te krijgen en dat – bespreken we ook met elkaar van goh. Wat voor kleine stapjes zou je al kunnen zetten? Of kunnen doen, deze
--	---	---	--	--

misschien, ik weet niet hoe je dit op moet schrijven in je onderzoeksverslag, maar dat maakt me niet uit. Door iets te maken wat van hunzelf is laat eigenlijk de oncologie cliënt zien hoe hij zich verhoudt met de dood. Dus eigenlijk laat hij dus zichzelf zien in het licht van de eindigheid van hun bestaan. Dus weet je ik denk dan altijd, ik ben ook heel geïnteresseerd in hoe mensen in gevangenschap zich toch uiten. Je hebt voorbeelden van mensen in gevangenschap die, dan denk je aan concentratiekampen, waarbij mensen gingen zingen met elkaar of muziek gingen maken. Je hebt kampen in Indonesië zijn daar een goed voorbeeld van waar vrouwen een naald onder een stukje eelt verstopte en daarmee kleine dingetjes borduurde als cadeau voor andere kampgenoten. Dus mensen in nood, zelfs in de ergste nood, die hebben één vrijheid dat is namelijk een vrijheid om zich te uiten. En ik denk dat dat eigenlijk een soort laat zien van dit ben ik, dit is mijn bestaan, dit ben ik. Maakt niet uit wat er met mij gebeurt maar dit stukje krijg je niet van me want hierin ben ik vrij. En dat is creativiteit. Dus ik denk dus ook dat als mensen weer, mensen die in nood zijn weer kennis laat maken met hun	Strelend voor de ziel. Ja, dan kom je toch weer terug op dat in balans brengen.	en ik niet, dan ben ik vooral aan het opvangen. Ja waar laat je het en ik denk juist dat we met z'n tweeën bezig zijn. Dat helpt voor de patiënt nog beter denk ik. En ook omdat je samen iets doet – ik zeg ik van ja – je was al zoveel alleen hier. Dit hele traject doe je eigenlijk gewoon een heel eenzaam traject, laten we dit dan gewoon samen doen. Het is al een succes. Als iemand op dat moment fijn vindt om te doen, al wordt het helemaal niets. Het feit dat we al contact hebben, het kan natuurlijk ook al een succes moment zijn natuurlijk wel als iemand zichzelf erin herkent en er over kan praten dat er weer een beetje lucht ontstaat een beetje bodem misschien ook Ja eigenlijk als je al iets merkt dat? Het kan ook zijn dat iemand zich op dat moment even wat minder pijn heeft gehad. Even zich wat minder misselijk voelde of zelfs even helemaal een beetje naar de achtergrond is verdwenen of als iemand daarna lekker kan slapen ja of een leuk momentje met familie samen dat vooral als er iemand op bezoek is, dat moeder en dochter samen aan tekenen of schilderen, zijn	week om daar verandering op gang te brengen en daar spreken we dan af en de volgende keer dat iemand komt daar hebben we het dan ook over op van goh? Hoe is het gegaan? Is goed gegaan of juist niet? Waarom niet? Wat heb je nodig? Hoe kan ik je daarin helpen. Ik denk ruimte bieden. Dat dat wat is ruimte bieden, houvast ook. Het bevestigen dat het normaal is. Ik vertel regelmatig dat wat mensen voelen normaal is. Dus ruimte bieden aan dat wat er is, houvast, ja, en vervolgens zo kijken of ik iets kan aanreiken van wat er op dat moment nodig is. Dus ook die houvast bieden in een bepaalde techniek. Een thema in een opdracht wat passend is bij dat moment. Een verhaal aanbieden waar iemand zich mee kan identificeren. Bijvoorbeeld er was een vrouw die vertelde dat ze door alles wat ze had meegemaakt voelde ze zich een soort van gebutst en beschadigd. En toen kwam ik op het verhaal van de steen in de woestijn. Die mag ik graag inzetten, misschien ken je het verhaal. Die steen die in de woestijn ligt die door alle weersomstandigheden nou ja gevormd wordt die hitte die gloeiendhete, de zon, de regen die
--	---	---	--

	creativiteit dat je ze iets heel groots geeft, namelijk een soort identiteit van dit ben ik. Het maakt niet uit. Dat heeft natuurlijk ook weer met dat mentaliserend vermogen te maken, want mensen zijn zichzelf soms een beetje kwijtgeraakt in het hele ziekteproces he ze zeggen van ja ik was zo goed in mijn werk en ik was zo goed in dingen onthouden, ik was zo vitaal en ik liep hard dat kan ik allemaal niet. Wie ben ik dan nog? Nou en wie ben ik dan nog is wat ze laten zien. Dus dat mentaliserend vermogen vind ik heel werkzaam en zeg maar het filosofische gedeelte van creativiteit is heel werkzaam en wat heel werkzaam ook is, is dat mensen weer nieuwe dingen ontdekken. In creativiteit weet je namelijk nooit hoe het gaat uitpakken. Dus je hebt altijd een hele onduidelijke route. He een hele onzekere route. Als ik jou klei geef weet je niet wat er gaat gebeuren ook al geef ik je ook de opdracht het moet een paard worden weet je. Het betekent dus dat mensen een hele onzekere route moeten lopen steeds als zij iets creatiefs gaan maken met de uitkomst iets van zichzelf en dat is heel echo bevestigend. Dus als je steeds iets onzekers moet aangaan en daarna		ook weer even een andere ervaring van het ziekenhuis eigenlijk iets heel kleins kan nog genoeg zijn. Ja, dat is het mooie van beeldende therapie inderdaad. Je laat echt iets achter, en dat kan dus ook heel veel betekenen voor het hele familiesystemen.	zowel verkoelend is, maar hem ook koud maakt. Die geselende wind. Daar baalt hij van maar als de bedoeïen langskomt op z'n, goede in de woestijn is en de woestijn maar kaal vindt, maar hé daar ligt een steen. Dat is geweldig die stapt af en die bewondert die steen. Die ziet die kleuren en die rondingen en dergelijke. Maar die kleuren en rondingen en die gladheid zijn natuurlijk ontstaan door die weersomstandigheden dus toen die mevrouw dit zei dacht ik van hé, dat verhaal. Dus ik vertelde haar dat verhaal, dus toen kon ze weer anders naar haar kreukels en butsen kijken. Goh ja, dit is wat mij overkomen is, dat vormt mij ook. Daar word ik niet per se een slechter mens van, misschien wel uiteindelijk word ik er een mooier mens van. Dan denk ik yes. Als je dat kan zien. Dat je inderdaad gevormd wordt door alles wat je meemaakt maar ook kan zien dat het je een mooi, wijs mens maakt, dat is super. Dus voor verhalen gebruik ik ook dat erbij als metafoor, maar ook oefeningen aanbieden die troost en geborgenheid natuurlijk bieden. Dat iemand zich even ja, eh kan terugtrekken in een sfeer die fijn is of ja dat. En dat een beetje vast kan houden voor dat moment, de verbinding voelen met een andere mensen
--	---	--	---	---

	een succeservaring krijgt want je hebt iets gemaakt wat van jou is dan denk ik dat je vertrouwen weer terug kan vinden om ook na die kanker een onbekende route te gaan lopen en uiteindelijk weer tot een goed zinvol leven te komen. En dat proces leren vertrouwen is ook een heel werkzame factor van vaktherapie, want elk creatief proces heeft een onzekere start en heeft een onzeker proces in zich. En als je daar weer op durft te vertrouwen dat het wel weer iets op gaat leveren. Dan denk ik dat je ook in de tijd na de kanker met de gevolgen van kanker ook gaat zien dat het wel iets op gaat leveren, alleen weet je nog niet precies wat. Het vertrouwen in het proces dat is eigenlijk wat ik denk dat ook een heel belangrijk werkzaam onderdeel is van onze vaktherapie. Want je geeft iemand een techniek. Kijk ik kan iemand dezelfde tijdschriften geven en vragen maak eens een collage over de tijd voordat je ziek werd en iedereen doet dat anders met precies dezelfde tijdschriften. Dus is niet eens iets wat je kan sturen. Dat is iets wat gebeurt.			
--	--	--	--	--

	Dus je gaat niet met de afloop in je hoofd beginnen. Je gaat beginnen waar je mee gaat beginnen en dan ga je kijken wat er gebeurt. Dat is het mooie van creativiteit en van ons vak. Het gebeurt als, dus dat hoeft je helemaal niet in te zetten, want dat zet je al in als je je vak doet.			
Aanbod	Nou ik heb een module ontwikkeld van ongeveer 10 sessies en één sessie is ongeveer 60 minuten. Niet ongeveer die is 60 minuten. Dat betekent dat je niet met hele intensieve materialen kan werken dus je moet met de snelle materialen werken. Dus ik werk met klei, met verf, met collage materiaal, met klei. Soms is het materiaal vrij als mensen al een paar basistechnieken kennen voor mijn opdrachten, dan kunnen ze dat ook kiezen. Eigenlijk moet je zien dat de opdracht die ik geef altijd een soort van opstapje voor iemand om zich te kunnen uiten. Stel je voor dat er iemand binnen komt die al heel veel ervaring heeft met beeldend werk en zegt ik wil eigenlijk heel graag nu met acrylverf werken dan is dat prima, weet je. Dus het is niet zo dat mijn opdrachten vastliggen. Het zijn altijd, voor veel mensen eigenlijk heel veel mensen, wel 95% heeft	Nou we hebben afgesproken dat we alle oncologie revalidanten sowieso een proefsessie krijgen En dan zit je dan ook al heel erg op het vlak van welzijn. Dat je, dat het best wel een beetje het kijken is van wat ben je aan het doen. Ben je in het moment vooral mensen aan het ondersteunen of ben je echt therapeutisch doel aan het behandelen en zit je in het proces. Ik denk dat doordat ze lekker bezig zijn, dan zijn ze lekker bezig en dan toch vertellen. Even kijken. Veel mensen hebben nog niks creatiefs gedaan, dus veel kan, klein deel kan ook zelf aan de slag en heeft ook een idee van ik wil dit of dat doen, dat vind ik leuk, daar ga ik mee aan de slag. Dus die gaan lekker vrij aan het werk. En dan doe ik af en toe kleine interventies, van dit is misschien een leuk idee of dat	in overleef modes van ik wil vooral niet voelen ik wil doorgaan en laten we iets gaan natekenen, en ik wil graag iets hè en dan ben ik de teken juf. En dan heb je veel les, geeft je veel les vandaag zeggen ze dan, en de volgende ziet het echt als therapie is zo van ja nu kan ik mijn verhaal kwijt. Wat kan iemand steunen op dat moment? Daar speel ik op in qua opdrachten en materiaal. Ja je kan hier geen lang traject, zoals je misschien normaalgesproken in mijn praktijk bijvoorbeeld. Mijn, anders kun je vrij werken nog even goed alles bij elkaar leggen, een plan maken. Dat kan hier niet. Je moet je plan à la minuten kunnen bijstellen, je maakt een plan voor de dag zelf of op het moment zelf en zelfs dan moet je nog kijken van. Kan dit wel, want iemand kan s ochtends nog denken. Vanmiddag is prima en die die	Eigenlijk niet ik, ik kijk niet alleen naar het feit dat deze mensen oncologie problematiek hebben. Dus die kanker heeft of heeft gehad, maar ik kijk ook naar de mensen zelf. Wat heeft die nodig? Dat als die tranen niet een oeverloze plas water zouden worden, maar dat het een beetje gekabbeliseerd zou worden, ook wat houvast, wat grond onder de voeten. Dus toen kwam ik op klei uit, maar dat doe ik echt niet bij iedereen. Dus ik kijk niet alleen van oké, deze mensen komen hier omdat hij kanker heeft of heeft gehad, maar ook meer naar een totaalplaatje. Wat speelt er nog meer bij deze mensen en wat heeft hij dan nodig, dus bij haar heb ik met klei gewerkt, maar iemand die bijvoorbeeld weer wat meer moeite heeft met emoties die bied ik weer bijvoorbeeld aquarelverf aan met weer een andere bied ik pastelkrijt aan dat dat wat meer houvast geeft op die kleur beleving. Ik heb niet echt een vast stramien ik kijkt

	geen ervaring met beeldende technieken. Die weten niet het verschil tussen vetkrijt en pastelkrijt. Die hebben nog nooit een kwast in hun handen gehad, laat staan klei. Dus voor die mensen is het natuurlijk heel prettig als je introduceert wat het is en ik ben ook heel erg van technieken leren. Weet je als je de techniek in de eerste vijf minuten van de sessie uitlegt dan kunnen mensen ook heel vaak van alles. Dus mensen hebben handvaten, techniek en aanleiding nodig om tot werken te komen. Dat is eigenlijk het belangrijkste. Hoe het dan uiteindelijk wordt, dat maakt niet uit want het is altijd prima, maar mensen moeten wel aan het werk komen. Waar de eerste drie keer gaan over vertrouwen opbouwen, mensen moeten aan de slag. Mensen zijn bang om aan de slag te gaan. Vooral mensen die zoiets heftigs hebben meegemaakt als kanker, die durven bijna niet meer zo erg in beweging te komen. Die zijn eigenlijk een beetje verkrampd kun je zeggen, die hebben zoiets van, in ieder geval weten ze dat ze een heleboel verloren hebben maar dat ze niet weten wat er allemaal nog kan en je wilt de mensen naar die beweging toekrijgen dat er nog veel dingen	project kunnen we doen he als ondersteuning. Ik bied heel vaak een nat-in-nat schildering aan waar ze kleuren mogen kiezen. Als mensen nog geen ervaring hebben met kunstzinnige therapie bijvoorbeeld, kunstzinnige therapie dan niet vaktherapie en dan mogen mensen zelf de kleur kiezen en dan kunnen ze gewoon ervaren wat het schilderen en wat het kleuren met hun doen. En ik kies vooral daarvoor, omdat ze dan een beetje vanuit kunstzinnige therapie kanker dan meer een koude ziekte is en dat je een beetje stroming of warmte aanbiedt ter ondersteuning van hun afweersysteem en om die verkrampt, dat vastzitten op te lossen. Dat vind ik wel gevaarlijk, want dat is helemaal in de vaktherapie niet, maar dus wel een beetje vanuit kunstzinnigheid dat je dan niet kiest voor iets vast of hard zoals klei, daar kies je in eerste instantie niet voor, maar iets met kleuren, iets stromends, iets makkelijk. Dat mensen daar dus gewoon een sfeer lekker gewoon en dan vanuit die kleur en vanuit die	middag kotsmisselijk zijn en denken. Dit gaat worden dus ja, dat kan heel erg verschillen. Maar soms merk je wel dat een bepaalde materialen heel sterk bij iemand past. Ook altijd wat ik ook altijd zie is: je moet eerst op het fysieke kloppen, dus het materiaal moet op het fysieke aansluiten en als daar iets meer bodem is, stabiliteit en rust begint te komen. Dan komt er vaak pas ruimte om emoties te uiten. Als die een beetje zo eruit zijn, dan komen ze vaak ook met de ik gerelateerde onderwerpen, levensvragen, wat wil ik, wie ben ik en waar wil ik naartoe. En dat kan soms in één sessie als zitten waarbij je misschien mensen buiten zo'n ziekenhuis setting weken over doet, kan in deze setting gewoon in één sessie. En dat is natuurlijk heel intens, maar ook voor de therapeut. Dat ligt eraan hoe iemand zit qua vitaliteit. Meestal zo rond de drie kwartier en daar omheen bereid ik de materialen nog voor. Vaak heb ik daarvoor dan al eventjes een beetje afgestemd van hoe gaat het en in het dossier. Materialen, schoonmaken, klaarleggen en na afloop ook weer schoonmaken. Je bent er ongeveer drie kwartier, meestal aan het werk, en het kan wel eens iets langer duren als er heel	vooral naar wie is deze mens en ja die heeft dan vaak ook dan kanker of gehad, maar vooral naar mens, en daarna laat ik me door inspireren, krijg ik een gevoel bij van welke technieken is hier het meest passend. En daar bedenk ik, zoek ik dan de opdracht mee met die niet techniek, dus ik heb eigenlijk geen vast, nee. Dat zou ik soms wel eens graag willen, want dan heb ik daar ook een houvast aan. Mij, nee, ik denk inmiddels van nee, dat past niet. Mensen zijn niet standaard. Dus ik kijk eigenlijk steeds per persoon weer naar wie komt er, wat heeft deze persoon nodig en dat kan dus heel goed zijn dat de een zus nodig heeft en de ander zo. En ze is ook maar vrij kort bij mij geweest. Ik denk zes keer en Daar was ik laatst mee bezig om haar kwaliteiten en vaardigheden te duidelijk te krijgen Dat ligt er een beetje aan. Ik denk dat er in eerste instantie laat ik het gaan. Iemand krijgt een opdracht en soms doe ik ook mee dat iemand dat vervelend kan vinden dat ik op de vingers zitten kijken. Ik doe dan mee en iemand kan ook aan mij een beetje afkijken van goh. Ik ben niet zo bekend met
--	---	--	---	---

kunnen en daardoor moeten ze in beweging komen. Dan moeten ze in mijn therapie letterlijk iets gaan maken. Ze gaan elke sessie wil ik dat ze succes ervaringen hebben, ze het gevoel hebben, ik wist niet dat ik dit kon, maar ik kan het. En dat is wat mij betreft heel essentieel om weer vertrouwen terug te krijgen in de toekomst en je eigen kunnen. Dus dat is over het algemeen het allerbelangrijkste van die module, dat mensen weer vertrouwen terugkrijgen in hun kunnen. Ten tweede wil ik ze na die drie keer, die drie keer zijn daar onderdeel van, de eerste drie sessies eigenlijk die staan vast. Dan komen er iets van vijf sessies over emotie en over hoe die emoties zijn geraakt door de kanker en hoe mensen daarmee omgaan. Daar volg ik, vijf sessie heb ik daarvoor om dat uit te werken met mensen. Dat is natuurlijk heel op maat, voor de een die heeft vooral heel veel last van angst en die moet daarmee leren omgaan en de ander heeft last van verlies of verdriet en die moet daarmee leren omgaan. Dus dat is heel specifiek voor het doel waarmee iemand komt. En dan de laatste twee sessie gebruik ik eigenlijk om te evalueren, om dan te kijken naar wat heb je hier nou geleerd,	beweging dan eventueel figuratie kunnen maken. En vaak mensen vinden mensen dat al zo heerlijk, want is natuurlijk precies wat ze willen, afleiding en ontspanning en het wordt al heel snel mooi. Creativiteit verrassingsmoment dat trots zijn op iets wat je maakt. Weet je wel. Het heel leuk vinden. En niet mee bezig met want dat is natuurlijk wat de behandelingen doen die zijn bezig met jou zieke deel. Dat moet genezen, dus je moet heel erg klachtgericht bezig. Nou ik, komt het getal 6 in me op gemiddelde. Het kan wel eens zijn dat iemand echt maat 2 à 3 keer bij mij komt. Het kan ook zijn dat iemand een wat langere periode heeft, dan met wat tussen poses van af en toe een week als ze af en toe behandelingen hebben. Weet je dat het af en toe wel 12 keer kan zijn, maar die revalidatie trajecten zijn vaak gewoon wat kortere trajecten. Dus dan is iemand maximaal 12 keer bij mij. Dat is wel, ik denk	veel emotie komt. Het kan ook wel eens korter zijn als ik merk dat iemand gewoon niet aan kan. Dat hij moe is, pijn heeft of er komt ineens iets tussendoor van behandeling of er komt bezoek dan gaan we verder, maar zo'n driekwartier. Er zijn patiënten die ik één keer zie. Zijn patiënten die ik gewoon misschien wel 20, keer zien ofzo. Het is heel wisselend, het ligt er ook maar net aan op welk moment worden ze aangemeld? Heeft iemand bijvoorbeeld z'n, eerste kuur, één en ander ziekenhuis gehad of op de poli en komt iemand alleen voor stamcellen. Dan is het maar heel kort, maar er zijn ook patiënten die dus de eerste keer, tweede kuur, stamcel kuur. En misschien ook nog een keer als er bijwerkingen zijn voor je moeten worden opgenomen. Reactie op de stamcellen, hè dat kan versus host, heb je wel is, soms als iemand een recidive heeft, dus als het weer terugkomt, en dan heb je soms hele lange trajecten. Maar het kan ook kort zijn. Soms sluit het ook niet aan. Of probeer ik het steeds en is het eigenlijk toch niet iets wat waar die patiënt op zit te wachten? Wat misschien wel de verpleegkundige heel erg vond passen, maar de patiënt	deze techniek. niet hoe doet Wike dat kunnen ze beetje afkijken. In de tussentijd kijk ik natuurlijk ook wel hoe het bij hun gaat kunnen we over uit uitwisselen dus ik, ik kijk en hoe het gaat. Dus die terughouding heb ik wel, maar als ik het gevoel hebt dat ik daarin moet sturen – of ik heb het idee dat iemand worstelt of dat er iets gebeurt bij iemand haar emoties dan zeg ik dan vraag ik dan ik daar graag naar. Ik zie dat je het er moeilijk mee hebt dat het je raakt. Wil je iets over vertellen. Wat gebeurt er, is nog een ruimte voor soms, soms als vurig, maar alleen als ik denk dat het nodig is. niet gelijk al. Zie ik leg het uit het uit ik lichten het toe dan mee en dan kijk ik hoe het gaat, soms gaat het een andere kant op. Dat geeft eigenlijk niet want daar komt ook informatie uit, want ik laat iemand niet echt zwemmen dat is niet de bedoeling. Dus als ik denk dat het moment daar is om te sturen om iets te zeggen of aan te reiken of wat dan ook, maar niet gelijk. Ik zit er niet bovenop. Ja, het is een beetje meebewegen, aanvoelen of aftasten, ik hoe dat dan zo gaat dus. En als het nodig is dan onderneem ik wel iets, ongeacht wat ik dan op dat moment passend vind.
--	--	--	--

	wat wil je meenemen, wat kan je gebruiken. En de allerlaatste sessie, dus sessie negen doe ik als evaluatie en sessie tien hang ik alle werkstukken op en zet ik ze neer, komen mensen vaak met hun partner. Dat vind ik eigenlijk ook erg belangrijk, omdat in alle behandelingen voor kanker mag iedereen altijd mee, nu met corona is dat natuurlijk wel een beetje anders, maar in principe als iemand moet bloedprikken of als iemand onder een scan gaat weet je hun naasten staan er altijd op een paar centimeter afstand bij. Daarom stimuleer ik en adviseer ik ook de mensen om hun werkstukken thuis te laten zien, weet je dat licht ook helemaal aan de situatie natuurlijk. Maar juist beeldende werkstukken zijn juist zo laagdrempelig om te kunnen laten zien wat er in de therapie is gebeurd. Mensen mogen dus niet hun werkstukken meenemen, maar mogen wel foto's maken. De werkstukken worden op het eind in deze ruimte in een expositie neergehangen of neergezet en dan praat je met de naasten erbij door wat er nou gebeurd is zeg maar in de therapie en ook wat er onder zit en dat is vaak heel leerzaam en heel goed voor een relatie ook, weet je. Dat mensen snappen waar iemand mee bezig is geweest en dat je ook even	dat dat dan veel is voor, ik denk dat dan mensen vooral korter, ja. Dus dat is denk ik een keer of 6. Ja, ja, ik denk dat de grootste richtlijn is dat ik de mens volg, de revalidant. Tuurlijk gebruik ik ook mijn intuïtie, maar het is heel erg aansluiten bij waar wat de behoefte van hem of haar is van dat moment. En dan werken we eigenlijk best wel van beeld naar beeld, dus als dat al een richtlijn is dan denk ik dat dat hem is. Dat je echt per week samen kijkt waar zijn we mee bezig, wat wordt de volgende stap, wat gaan we nu doen? Gaan we het uitbreiden of gaan we het verhalen. Gaan we het inlijsten. Marianne: Ja, dus heel erg op het moment gericht eigenlijk? Janneke: Ja. Ja, ik heb niet echt een doel zo van daar willen we ja, uiteindelijk wil je dan, ja heb je wel een doel misschien. Nee, nee eigenlijk niet. Eigenlijk heb ik niet een heel groot einddoel.	misschien niet of wat gewoon niet past binnen het hele opname traject, het behandeld traject. Dus, het is zo wisselend het is bijna geen goed antwoord te geven. Ja. Ik gebruik eigenlijk heel veel pastels en aquarelverf, omdat beide zo sterk dat gevoel gebied aanspreken, een patiënt zitten vaak zonder ontzettend in hun hoofd, vind ik heel erg aan het piekeren en aan het nadenken en dan proberen te begrijpen en aan het opletten als de arts komt van alles en nog wat. Dus ik wil eigenlijk zo veel mogelijk dat hoofd uitzetten en contact maken met het lichaam en ook contact te maken met het gevoelens gebied zodat iemand ook echt met het hier en nu kan zijn. Kan blijven. En ook omdat het ziekenhuis setting is natuurlijk vrij kleurloos, hè dus vrij wit klinisch. En dan ben ik me wel bewust van dat ik wel het verschil kan maken daar wat kleur in kan brengen. Dus dat doe ik. Die twee materialen, gebruik ik veel. Dan kijk ik vaak van joh, hoe zit iemand qua vitaliteit. Zitten de emoties heel hoog en wil iemand merk ik dat iemand behoefte heeft aan ontladen van die emoties dan pak ik vaak pastels en de opdracht die ik	Maar niet gelijk. Niet dat iemand iets per sé op die manier moet doen want dan metsel je het helemaal dicht, hè, dan wordt het iets wat vast is. Het is juist interessant ook om te kijken als iemand weggaat gebeurt er dan allemaal met en mag daar ruimte voor zijn. Ik denk dat dat goed is, dat er ruimte voor is, maar het moet niet zo zijn dat het dat iemand valt of zo. Ja, iemand mag wel een soort van struikelen, dat kan ook werkzaam zijn, maar hij moet niet plat op zijn gezicht gaan, bij wijze van spreken. Dat is ook niet de bedoeling. Dus ik probeer daar wel op te letten. Wanneer ik iets wel of niet doe, dus dat pas ik voortdurend in mezelf aan. Ik zal ongetwijfeld wel een keer misgrijpen tuurlijk. Daar ben ik wel alert op, daar probeer ik wel goed zicht op te houden. Van wanneer ga ik het in of wanneer stuur ik bij. Dat is een beter woord denk ik en wanneer niet, maar ik vind het juist interessant om dingen te laten ontstaan, want dat ontstaat niet voor niets. Dan mag je ruimte voor zijn, dan kunnen we het er over hebben. Ik denk dat ook op zich best wel interessant is wat ontstaat er, wat wil gezien en gehoord worden ook en daarna kunnen we
--	--	---	--	---

	aandacht hebt voor die naasten. Want dat zal je misschien ook niet zo in die onderzoeken gevonden hebben, maar die naasten hebben het natuurlijk ook heel zwaar en die worden echt niet zo erg meegenomen.	En bespreek ik dat ook niet. Is echt elke keer opnieuw kijken. Wanneer, je merkt ook gewoon dat mensen zo in hun energiek kunnen verschillen en zo in niveau verschillen van wat ze kunnen creatief. En zo in hun behoeftes verschillen van wat ze willen. Daar valt bijna niet geen richtlijn op te maken, wil je dat doen? Ga je dat pogen? Gehoord dat ze ook wel veel werken vanuit een of andere imaginatie box. Dat mensen daar ook wel mee werken. Ook met voorbeeld kaarten en daar dan verhaal bij bedenken en heel erg dus ook visualiseren van mooie plekken enz. Ik kan me ook voorstellen dat dat ook helpen is als je veel last hebt van pijn. En misselijkheid en al die dingen en dat het mooi is om iets te visualiseren. Ik zit me trouwens te bedenken, ik weet het niet dat ga je natuurlijk zo nog vragen, zijn er nog dingen die je wil vertellen. Wat ik ook wel heb gedaan met een mensen is een soort van	het liefst is dan gewoon niet denken doen je handen. Weten het wel. Komt goed en ik doe mee en want Ik doe vaak ook mee, want er is tenminste iets wat ze niet alleen doen samen. Op hun eigen vel natuurlijk en dan ondertussen raak je in gesprek en die handen weten het inderdaad wel en dan komt er vaak ook iets uit waar die patiënt natuurlijk in gesprek met mij ineens heel veel uit kan halen over zichzelf en ook gewoon echt voelt van. Oh ja, zo voel ik mij. Echt gewoon een soort opluchting. Het is heel sterk intuïtief werken. Hetzelfde geldt ook voor aquarel ook intuïtief werken. Maar dat doe ik vaak als iemand verminderd is qua kracht en vitaliteit, en dat gaan we wel zien of we, laten we een beetje gaan experimenteren, kijken wat de kleur doet een beetje. Dat je dan ook heel sterk dat hoofd weer uit probeert te zetten, hoeft niks te worden. Alles is goed. Alles is, oké, dat hoofd is misschien al te veel aan het werk geweest, we gaan nu gewoon doen. En als we het leuk hebben, als we, dan is het ook goed. En we zien wel wat eruit komt en vaak hangen ze dan ook het werk wel op de kamer en soms ook	dan aandacht aan besteedden op dat moment. Dus voor verhalen gebruik ik ook dat erbij als metafoor, maar ook oefeningen aanbieden die troost en geborgenheid natuurlijk bieden. Dat iemand zich even ja, eh kan terugtrekken in een sfeer die fijn is of ja dat. Daar wil ik de ruimte aan geven, dat iemand bij mij van z'n eiland af kan. Dat ik er ook even op dat eiland ben. Ik heb daar mee geëxperimenteerd om er bijvoorbeeld een pakket van te maken van zeven keer, bijvoorbeeld. Bij mij is dat niet gelukt om aan de man te krijgen. Het is niet, ik bied niet een vast geheel van sessies aan. Dat hebben we dus geprobeerd, maar dat lijkt niet aan te slaan. Dus ik kijk gewoon hoe het gaat en de één heeft er zes nodig, sommige hebben er tien nodig. Ik heb ook wel eens dat het 12 is. In het ehm zeldzame geval heb ik ook wel eens iemand een jaar gehad. Ik heb zelfs twee keer iemand gehad die een jaar is geweest, ook wel iemand met ook wel meerdere maanden, maar ik denk dat gemiddeld zo'n, 10 à 12 keer.
--	---	---	---	--

		laatste project. Dat ik gewoon wist dat ze zou gaan overlijden toen is ze samen met haar zus een soort van drieluik gaan afmaken. Dus toen is ze bij mij begonnen en toen ging ze naar een hospice en daar is ze ook samen met een medewerker welzijn ook binnen de stichten en met haar zus is ze dat project gaan afmaken. Dat is natuurlijk ook prachtig.	mijn werk als het ook gewoon ook anders is, want vaak is het toch een beetje een soort – set het pas vaak heel sterk bij elkaar op de één of andere manier. En dan kijken ze er nog naar. Hebben ze ook gesprekken over met andere mensen die binnenkomen, zowel familie- als verzorgende als de dame van koffie als de arts. Iedereen probeert toch op een bepaalde manier ook via dat beeldend werk, ook die patiënt of eigenlijk de mens achter de patiënt te zien. En dat vind ik ook heel mooi van het beeldend, dat dat dus iets kan bijdragen. Ook de hele benadering naar de patiënt toe. Ook voor andere mensen die de kamer binnen komen, het kan een stukje mens zijn laten ontwaken. En dat stimuleer ik vaak ook van als ik dan zeg van als nou de arts die vraagt, hoe voel je je. Je hebt net gezegd dat dit is, hoe je je voelt, zeg het maar gewoon. Kijk, ik kan het misschien niet helemaal in woorden vatten, maar zo ziet het eruit en ik merk dat gaandeweg de jaren dat ik zelf daar steviger in geworden ben, maar ook misschien wel de artsen van nu zijn misschien ook al wat meer openminded daarin.	Het wisselt, een beetje per persoon. Ik heb niet een afgebakend geheel en dat we daarna evalueren en kijken hoe het verder is. De zorg voor sommige collega's zal dat misschien werken. Bij mij leek dat niet aan te slaan bij de mensen die kwam daar niet op. Ik weet niet waarom. Kan ook natuurlijk een prijs dingetjes zijn. Je neemt dan wel zo'n heel traject ik één keer af. Meestal is dat bij mij wel zo dat als iemand komt en die zegt bijvoorbeeld van nou, ik weet niet of ik nog een afspraak wil want ik heb het gevoel dat, dat ik wel alleen weer verder kan. Vaak heb ik dat gevoel dan ook al zo'n sessie of twee. Dat ik denk van hm, er lijkt niet zo heel veel meer te gebeuren, misschien is het wel tijd om te bekijken van goh. Hoe wil je nu verder of heb je mij nog nodig? Of gaat het misschien voor nu alleen? Je kan altijd het contact opnemen op het moment waarop je denkt ik wil weer even langskomen, even kijken hoe het gaat. Dat is altijd mogelijk. En doordat het ik dat in het begin eigenlijk al aangeef, dan kun je – misschien kunnen we de tussen poses groter maken, maar weet dat je altijd terug kan komen, hè als je na een paar weken het gevoel hebt van. Nou, ik, ik wil eigenlijk even een gesprek, misschien in combinatie met een oefening. Even hoe, waar sta ik nu. Ik heb het gevoel dat ik iets nodig
--	--	---	---	---

			Denk ik gebruik ik wel eens viltstift, enkele keer klei, maar ook niet op de hematologie. Maar er is bijvoorbeeld een dame die heeft die heeft zit in het poliklinisch traject en die is met een stuk verwerking bezig van wat er allemaal is overkomen. En die wil dan bijvoorbeeld haar eigen borst ik klei maken, die heeft ook wel echt een beeld erbij van oh ja, dan wil ik eigenlijk draait alles om mijn borst, zegt ze en niet op mij. Dus ik wil eigenlijk mijn borst maken en mijzelf daar dan ook klein in doen, want zo voel ik dat. Nou, dan gaan we ook met klei aan de slag Soms ook met wol van wol viltten, dus nat viltten of soms een keer prik viltten. Dat doe ik meer op verwen dagen. Om een zeepje bijvoorbeeld. Fijne oefening die je eventjes kan doen, en ook dat kan niet op de hematologie, want die rol, die kan ik gewoon. Ja, daar heb ik toch meerdere mensen aan gezeten en die kan ik niet eerst helemaal onder de alcohol doen. Ehm en ik heb ook wel eens met een patiënten zijn gewoon papier, gaan scheuren, want toen had ik met haar al best wel basis en ik merkte dat ze enorm hoog in de emoties zat en toen zei ik: kom maar binnen en toen. Ze had echt een huil dag.	heb. Nou prima, dus dat wisselt een beetje. Ik heb daar niet een vast aantal voor het wisselt een beetje tussen de ja, ik denk 6 en de 12 en daar een beetje tussenin. Ja, dat zeker, want de is echte niet te vergelijken met de ander. Dan denk ik soms wel eens van oh, dat is wel serieuze materie daar konden we wel eens tijd voor nodig hebben. Dus ja, ik vind het heel persoons- afhankelijk en wil mij daar ook niet vast in zetten. We kijken gewoon hoe het gaat – en ik ga er eigenlijk vanuit iemand is welkom zo lang als het nodig is, zo lang als nodig is – en dat zal bij de een zus zijn en bij de andere zo. Inderdaad heel persoonsafhankelijk. Wie is deze mensen? Waar komt die mee? En ik wil eigenlijk alle ruimte bieden om het zo te laten gaan zoals het kennelijk past of nodig is. En als ik denk dat het niet meer past of dat het voldoende is, dan heb ik het daarover met de client. Vaak liggen we wel vlak bij elkaar daarin. Het blijkt dat we allebei al een beetje zitten te twifelen van hé moeten we nog verder gaan. Zo ja, hoe dan komt er iemand nog één keer per maand of zo, en voelt van het luk dat met die tussenpozen. Dat gaat goed. Die kwam eigenlijk met de vraag. Nou lichamelijk gaat het best goed
--	--	--	---	---

		Toen zei ze misschien wel goed om te gaan tekenen, maar ja het lukte haar gewoon niet. Ik zei: joh: laten we gaan scheuren wat kan jou het schelen. Ze ging scheuren en toen kwamen er nog meer tranen. Scheuren stimuleert ook tranen, maar de moeder was daar die kon haar heel goed troosten. Zit natuurlijk ook een beetje dan met die afstand, want het is niet zo lang geleden, maar het was wel heel goed, het luchtte wel op. Ze wilde die snippers ook bewaren en dan gingen ze met haar handen er zo doorheen dus ook weer even dat voelen. Dus toen dacht ik, ja dit, dit kan het ook zijn. Ja. Ja, dus in de opname als gedurende de is het vaak pastel en aquarel. En als je op gegeven moment een beetje een basis hebt, dan kun je een beetje gaan, variëren daarin. En ik heb ook wel eens gehad dat iemand een jaar na dato zei van ja, vorig jaar was heel mijn traject. Ik heb al met tekeningen bewaard. Zullen we voor het eind werkstuk gaan en toen kwamen ze hier in patio en toen hebben we al die werkstukken, doorgelopen en herinneringen opgehaald aan de kunstzinnige sessies, maar ook hoe ze in het ziekenhuis traject heeft ervaren en toen ging ze ook werkstukken scheuren ook om	met me, maar ik heb wel de na een sleep en ik ben vermoeid. Ik kan echt hooguit één ding op een dag echt afspreken verder echt niks, maar daar houdt ze zich redelijk aan. Ze zei ik wil daar wel wat steviger in worden dat ik iets meer mijn grenzen durf aan te geven, want ik laat toch nog wel gauw de andere weer voor gaan. Ze zou zo graag weer nu ze weer thuis, ik zou graag thuis weer in mijn atelier aan de slag willen, maar het komt er niet van, ik kom tot niks. Ik weet niet waar ik moet beginnen. Toen hebben we eigenlijk een heel simpel begin gemaakt van ruim je atelier eens op. Maak letterlijk eens ruimte om te beginnen. Dan stuur je mij een foto van nu hoe atelier eruitziet en nadat je hebt opgeruimd. Als stok achter de deur hé. Ik zeg niet of je het goed of niet goed hebt gedaan, maar als stok achter de deur. Nou ze maakte en filmpje voor mij en nam me mee in haar atelier. Kijk, zo ziet het eruit en ik kreeg later een filmpje van hoe ze het had opgeruimd. Dat ruimte scheppen, voor haar zelf in haar atelier gaf al rust, overzicht
--	--	--	--

			los te laten van zo'n transformatieproces, en ze wilde heel graag op een soort mal van een hand doen, want de hand was voor haar heel mooi symbool voor hoe zij dat had ervaren. Dus dan hebben we zo'n eindwerkstuk ervan gemaakt. Ja precies nou dat gevoel. Ik vind dat moeilijk om uit te leggen, want als iemand behoefte heeft aan een tissue, dan wil ik wel dat hij zelf kan pakken. Maar ik wil niet gaan betuttelen, zo van laat het er maar gewoon zijn. Als mijn ogen vochtig worden doordat ik gewoon zo sterk kan meevoelen hoe het met iemand is, nou dan is dat ook wat er is. Ik ga niet meehuilen. Ik wil het zeker niet naar mij toe trekken, maar ja, die emoties mogen er gewoon zijn. Daar moet je ook elkaar in kunnen vinden en zoveel mogelijk die eigen regie stimuleren door met elkaar een goede verbinding te hebben kun je al zo veel bieden. Ja, als je dat ja ja en ook wel door als je ook wat verschillende studenten gehad die stageliepen, en dan zag ik dat hun ook weer bepaalde technieken die ze gingen onderzoeken dat ik dacht: oh, dat werkt ook wel met voor tekenen of voor schilderen. In het	
--	--	--	---	--

			begin vond ik dat super eng, want als therapeut heb ik heel veel vertrouwen gemaakt. Dus ik voel me geen kunstenaar. Ja, ik moet misschien toch maar gewoon doen, want ik zag ook dat ik kon bijdrage in de setting als deze. Door het gewoon te doen, merk je dat het ook lukt. Je zit in een goeie sfeer met elkaar. Ik heb hem wel regelmatig, dat ik ook wel moeilijke opdrachtjes doe. Patiënte een keer haar dochtertje nagetekend. Ze had wel een fotootje hoor en die vrouw ging wel overlijden, maar haar dochtertje vond het wel heel mooi. Toen is één van ons daar geweest en toen kwam ik bij die vrouw binnen en zei ze: Oh je bent kunstzinnig therapeuten. Wil je dan een portret van mijn maken. Het is wel, ik ben geen kunstenaar ofzo. Het is wel moeilijk, maar ik ga mijn best doen. En toen heb ik toch in een uur tijd best wel een aardige start gemaakt, ook met behulp van een fotootje die ook nog aan de muur hing. Ik kende haar natuurlijk helemaal niet. Toen zei ik tegen hem gezegd, weet je wat we laten even op de plank zit, u gaat er lekker een weekje af en toe er is naar kijken. Als u, als ik dan volgende week terugkomt, zegt u wat ik nog kan veranderen,	
--	--	--	---	--

			want misschien zien we nu iets niet wat we ergens komende week wel zien. Toen kwam ik die week daarna ik dacht nu ga je het krijgen. Ja, ik wil nog oorbellen en kettingen, en dan is die goed, ik dacht dan zal het wel geslaagd zijn, Het gaat uiteindelijk om het proces en ook niet om het resultaat. Ja en wat ik dus op een gegeven moment ben gaan doen toen dacht ja, die studenten die ik toen had, die ging dus naast de patiënt zitten en zo voor schilderen, maar ik dacht nee ik wil contact hebben met de patiënt. Ik wil die patiënt kunnen, dus ik ben ondersteboven, gaan werken aan het bed tafeltje. De patiënt lag in bed, het bed tafeltje zo daarnaast daar stond dan het werk en zo gekanteld als een soort ezeltje en ik stond daar dan achter, kon ik ondersteboven tekenen en ondertussen de patiënt in de gaten. De patiënt kon mij en het beeld zien, ik dacht van ja, dat is patiënt gericht. Ik wil gewoon dat contact hebben. En dat is: dat is een leuke uitdaging. Doordat je eigenlijk doordat je op z'n kop werkt. Blijf je in de waarneming. Blijf je als therapeut in de waarneming en	
--	--	--	---	--

			goed kijken. Kom je niet in de beleving en dat helpt op zo'n moment, want je wil het zo goed mogelijk doen. En het grappige is, als je dan later omdraait en je gaat dan aan de andere kant van de patiënt staan, kijk je samen even naar dat beeld dat je in één keer dat hebt, ik heb is ook dan ga je in één keer voelen. Klopt zeg maar. Ga je uit je hoofd en zit je meer in je beleving, maar ik zie vaak van aan de patiënt aan de bepaalde oogopslag en aan de houding zijn enthousiasme. Dat het wel oké is, coach me maar hoor. Dit zijn uw handen, zeg maar wat ik moet doen, ja, dus dat is ook wel een hele fijne techniek, om zeker voor hele zieke mensen te kunnen aanbieden. En soms ook wel ontspanning, omdat iemand heel erg benauwd is, zeg maar een beetje, heeft heel veel pijn dat je dan door het voor schilderen iemand zo veel meer in die beleving kan komen, want dan is soms het fysieke doen te veel, dan gaat die ademhaling te veel omhoog. Veel pijn. Dat is hem dan gewoon niet. Dus veel meer ontspannen weer overal. voor je ogen gewoon is te zien ontstaan. Ook gewoon mee te gaan te zakken ja, dan kijk je ook echt. Wat heeft iemand	
--	--	--	---	--

			nodig? Dat probeer ik dan ook. Al hij veel pijn heeft dan ga ik ook veel langzamer bewegen. zachter praten. bijna niet praten. Probeer daarin al bijna een soort van bedding te geven. Dus dat vind ik ook wel een hele mooie techniek. Om toe te passen. Heel geschikt voor mensen die in het ziekenhuis liggen. <i>Marianne:</i> Ja, want betrek jij de naast er soms ook bij? 00:30:03 <i>Yvonne:</i> Ja als ze er toevallig zijn, of soms maken we een afspraak op het moment dat ze op bezoek zijn. Dat dochtertje dacht van hé ik ga naar het ziekenhuis, dat is ook wel fijn, dan mag ik ook weer tekenen en dan ging dat meisje aan tafel lekker tekenen, moeder lag in bed en die vader zat op de rand. Het was echt even een familie momentje. Zal ik foto's maken? Dat is altijd mooi. Mooie herinnering aan dit is ook het ziekenhuis en dan maak ik foto's met de mobiel van de patiënt. Maar in mijn achterhoofd denk ik dan, maar hé die foto's hebben ze en ja het is, zo probeer ik dan de familie erbij te betrekken. Familie vindt het vaak ook wel leuk. Soms zijn ze ook samen op één vel aan het	
--	--	--	---	--

			tekenen en schilderen. Ook wel leuk om te zien hoe ze dat dan met elkaar doen en hoe ze elkaar aan kunnen voelen of een beetje kunnen botsen en ook wel een heleboel kunnen hebben.	
Oncologische revalidatie	Maar goed, dus het is heel interessant en er is nog heel weinig bekend van, in Nederland dan, wat er van die revalidatie patiënten hoe dat zich in de praktijk verbeterd. En omdat er nog zo weinig vaktherapeuten in revalidatieprogramma's werken. oncologische revalidatie is nog niet zo oud. Zeg maar vijf jaar geleden ofzo, denk ik, toen heeft de regering gezegd, als je iemand behandelt met kanker, dan moet je ook iemand een nabehandeling geven. Je moet iemand ook helpen met de gevolgen daarvan. En toen is eigenlijk oncologische revalidatie ontstaan. Ik denk dat het iets langer is dan vijf jaar, maar dat betekent dat dat nog echt recent is. Het is natuurlijk vrij uniek dat in het AVL er een vaktherapeut is en wat meegenomen wordt in het revalidatieprogramma.	Die palliatieve zorg he. Die laatste zorg is veel meer wensen, wens dieet en rustig. Revalidatie is heel erg, alles is revalidatie. Zo veel mogelijk zelf doen. Je moet naar de therapieën. En ik heb echt wel van mensen met kanker gehoord ook van, moet ik dit nog in de laatste fase van mijn leven meemaken ik moet zus ik moet zo, dat wil ik helemaal niet, ik wil tempo lager. Niet iedereen is fit genoeg om dat te revalideren, dus nu zijn we er wel veel beter in ook de zorg, omdat ze weten we krijgen oncologie binnen dat je anders omgaat met die mensen dan de standaard revalidant.		

	Maar het is nog summier, dus het is ook heel onbekend. In het buitenland is het veel bekender, dat heb je vast ook wel in onderzoeken gelezen. Ja, ja en die zijn allemaal, gebruiken ze daar vaktherapie voornamelijk ook muziektherapie in de oncologie, maar in Nederland is dat echt nog heel zeldzaam. Duitsland is ook heel goed bezig met de oncologie en vaktherapie en vooral ook muziektherapie.			
Fase	Nee ze zijn echt klaar met de acute behandelingen. Natuurlijk hormoontherapie, dat is ook een behandeling, die gaat jaren door. Maar het kan natuurlijk voorkomen dat iemand een recidief krijgt en toch weer moet behandeld worden. Dus dat kan voorkomen, maar dat is niet hoe het, ja dat is gewoon de pech die iemand dan heeft en dan weer een recidief krijgt. Soms wordt dan ook de revalidatie gestopt omdat dan iemand heel hard zijn tijd en energie nodig heeft om in het ziekenhuis de behandelingen weer te doorstaan. Dus het is niet. Je noemt dat in de oncologie de chronische fase.			
Vervolgonderzoek	Maar in de revalidatie gaat de deur dicht voor de naasten. Die naasten snapt soms ook niet zo goed waarom dat nog allemaal nodig is, ik bedoel waarom moet je nou nog	Ja dus het is wel interessant. Kijk een vervolgonderzoek zou kunnen zijn wat doe je met die groep na 60. Dus als jij, misschien dat jij ook nog wel	Klopt ja. Ik vermoed omdat ze gewoon het vak nog heel jong is en vaktherapeuten nog heel veel te doen hebben op gebiedt van ergens binnenkomen en er is nog	En ik vind eigenlijk dat je dat als gezondheidszorg als maatschappij niet kunt maken, dat je deze mensen met zo'n heftige diagnose voor iedereen die om die mensen

	allemaal meer naar dat ziekenhuis je hebt geen behandeling meer. Die naaste kan zich net zo rot voelen als die patiënt, die heeft natuurlijk ook heel veel meegemaakt. Dus ik vind het heel belangrijk om die naasten erbij te betrekken. En dat is ook nog echt ook een open plek binnen de oncologie weet je, om iets te doen met die naasten. Ook patiënten waarderen het ontzettend hoor als de naaste niet vergeten wordt weet je wel. Ja, zeker. Dus dat zou ook nog leuk zijn om als vaktherapeuten te ontwikkelen weet je. Wat voor effect dat heeft op het herstel van een patiënt als die naasten ook meer begeleiding krijgen.	een heel groot verschil ziet binnen die groep. Van wat voor behandelingen zijn er. Wat vind je van het eind van die leeftijdscategorie of aan het begin?	heel weinig onderzoeksmateriaal natuurlijk.	staat, dat je ze zomaar laat zwemmen, dat dat fysieke stuk is goed natuurlijk in beeld. Daar wordt van alles aan gedaan om de tumor zo snel mogelijk uit het lichaam te krijgen en daarop behandelingen aan te bieden om de kans te verkleinen. Maar die psychische impact, veel te weinig aandacht. Dat kun je eigenlijk niet maken dat je de mens zo de wereld weer instuurt en je doet niets aan voor een handvat of zorg daarin om misschien emoties en angsten uit kan spreken. Daar wil ik dus iets aan doen. Ja dat is mijn motivatie. Nou, die zou ik wel wat vaker willen zien. Die zie ik niet zo vaak en dat is ook het euvel wat ik merk in het in inloophuis. We zijn er zowel voor de mensen met kanker als voor diens naasten en partners, maar die zien wij bijna niet of ze hebben de behoefte niet dat kan, wat ik mij afvraag, want ik ben bijvoorbeeld lid van een facebookgroep voor de naasten van specifieke iemand die kanker hebben, zodat je naast elkaar ook een lotgenoten platform hebben – en ik zie daar wel degelijk een enorme bezorgdheid – heel veel verdriet in de hele groep en ook angst om de ander te verliezen, dus ik zou ze zeker graag ook hier zien op het moment dat iemand daar behoefte aan heeft, maar bijna niet nee.
--	--	--	--	---

				Dus ik weet dat die naasten er zijn, die zijn ook van harte welkom. Maar ik zie ze niet, en dat kan zijn omdat ze niet weten dat er hulp is. Ik denk dat daar nog steeds iets te doen is om dat meer bekender te maken dat er vormen van hulp zijn voor deze mensen en dat ze daarop gewezen worden volgens mij wordt er te weinig op gewezen dat dat er is en dat er meer hulp beschikbaar is dan dat je denkt. Ze zullen hier en daar gaan Googlen, maar er zullen ook heel veel zijn die dat niet durven omdat het te veel info is. het is te confronterend. Ik denk wel dat er gecommuniceerd moet worden dat als je behoefte hebt aan hulp, veel steun en begeleiding dat die er dus is. Maar waar vind je die dan? Dat weten veel mensen denk ik niet. Mij ervaring is ook dat ze het verwachten te horen van hun oncoloog of huisarts, maar die lijken het ook niet te weten. Ze communiceren het niet.
Ervaring cliënten	Ze vinden het heel vaak heel verrassend. Weet je, ze konden zich geen voorstelling vinden. Dan heb je het precies over waar we het net over hadden. Het proces vertrouwen is spannend, maar als mensen dat eenmaal gaan doen dan, dan zijn ze vaak heel verrast	Ik probeer altijd wel iets te vinden wat echt nog wel aansluit, maar soms klikt het iet of vinden ze het gewoon, is het gewoon niks. Wat ik voor feedback verder krijg is vooral ook wel op de aandacht	Als ik er dan niet ben geweest en dat ze dan tegen Marcella zeggen "Oh ja, ik heb het zo fijn gehad" en dat hoor ik dan terug van collega's hoe ze het dan hebben gehad en wat het heeft geboden. Het mooiste compliment natuurlijk, als je nog	ze heeft nu het gevoel van, nou ik ben er misschien niet helemaal, maar ik kan wel weer op eigen benen verder en dat is precies waar het om gaat. van hé joh ik hoor hele enthousiaste verhalen over jou en

over wat ze zelf eigenlijk kunnen. Wat ik heel leuk vind, is bijvoorbeeld de feedback van zo'n vrouw die voor het eerst komt en zegt, van ja dit ben ik weet je dat mensen zichzelf herkennen. die zei bij de psycholoog leer ik heel veel, maar hier gaat het over mij. van een vrouw van 57. Creatieve therapie heeft mij spelenderwijs bewust gemaakt van mezelf. En een mevrouw die zei, vaktherapie is op een zachte manier in de spiegel kijken. En een andere mevrouw: in deze therapie werden moeilijke onderwerpen behandeld, maar door er iets creatiefs mee te doen kreeg het een plek en dat ik daarvan lichter werd merkte ik later pas. Dus het is, wat ik heel vaak terug hoor van mensen is, ze moeten heel vaak huilen in mijn therapie. Want ik ga recht op, ja, hunzelf af eigenlijk he dus. Dus het is, ik vind het een hele, mensen ervaren het vaak ook als een constructieve therapie. Dat het iets oplevert. Dat is zo grappig eraan. Mensen zeggen ook heel vaak aan het eind: ik vond het ontzettend leuk. Dat je echt denkt nou volgens mij toen je erin zat vond je het niet	die ik ze geef, dat ze dat heel positief vinden. Dat je echt tijd hebt voor de mensen. Dus dat vinden mensen prettig. Dat geven ze ook aan dat ze dat belangrijk, het contact, het luisterend oor. Dat je gewoon bijna een uur voor iemand hebt en geen haast, weet je wel zo. Dat vinden ze heel fijn. Dat je dan flexibel bent in wat je aanbiedt en wat ze nodig hebben. Dus als ze een keertje niet bezig willen zijn beeldend en het is mooi weer en je gaat even naar buiten, dat vinden ze heel fijn. Dat heb ik ook wel positieve feedback op gekregen. Ja, ik denk, ja over het algemeen is het wel positieve feedback. Vinden mensen het heel fijn dat ze dat extra's krijgen aangeboden. Maar er zijn wel mensen die bijvoorbeeld dan liever nog breder creatief bezig zouden willen zijn, weet je wel. Jij hebt natuurlijk ook gezien dat decopatchen, maar ik noem maar even een zijstraat glasverven. Of weet je wel, gewoon die eigenlijk wel het gewoon heel leuk zouden vinden om te knutselen. En dan heb je	in een boekje of uiteindelijk dan op een rouwkaart je naam ziet. Dan weet je het echt veel heeft betekend. vanaf het eerste moment heb ik heel veel voor die vrouw kunnen betekenen en dus blijkbaar in heel dat familiesysteem. Uiteindelijk kwam het terug en uiteindelijk is ze ook overleden en mocht ik ook op de uitvaart komen, crematie. Ik had helemaal niet in de gaten. Ik heb gewoon mijn werk gedaan. Ik heb ook geprobeerd het hier te laten, het achter me te laten, niet mee naar huis te nemen, wat best lastig is als het ook een vriendin van je is. Nou ja, het was me aardig gelukt. Tijdens de crematie kwam er best veel van de beeldende therapie naar voren: in verschillende speeches. Ja, want het heeft haar dus handvatten gegeven om het aan haar kinderen en kleinkinderen uit te leggen wat ze voelde bij bepaalde beelden die betekenisvol waren. Dat dat beeld ook op de rouwkaart is gekomen die voor haar heel betekenisvol was. Haar kleinkinderen zaten dan als vogeltjes in een boom zeg, maar zo erin. Er was ook zo'n tekening met vliegers dat en ik zag dat mandje waar ze in lag met	de beeldende therapie. Dan denk ik, Yes dat is het en die mevrouw ervaart daar kennelijk heel veel aan. Ik denk, dat vind ik super en ook die die dus die dame waar ik het net over had die een kommetje en dei scheuren die die cracks met zilver en goud heeft geleverd en na zes keer eigenlijk alweer losloopt en het gevoel heeft van ja, ik kan er, ik voel mij nu krachtig genoeg meer om zelf de draaien op te pakken en zelf ver te gaan in mijn leven. Die zag ik ook elke keer als ze iets had gemaakt of ontdekt ook met zo'n big smile van, oh, zo. Ja, je ziet het gewoon aan iemand zijn gezicht als er een kwartje valt, als daar een lichtstraal doorbreekt. Een andere mevrouw ook die gaat hier toch steeds een beetje krachtiger de deur uit steeds als dat ze gekomen, is. hij had het geluk dat dat er geen sprake was van uitzaaiingen. Er hoefde zelfs geen nabehandeling te zijn. De operatie was voldoende, maar hij was zich toch dermate kapot geschrokken natuurlijk. Maar hij kon toch wel redelijk snel vertrouwen hebben ik ook hoe dat die serieus met de opdracht bezig ging en elke keer als hij had geboetseerd, ging hij ook nog eens in de houtskool ervaren, dat licht donker. En durfde ook net het duistere in zijn leven te kijken en naar het licht. En kon daar echt
---	--	---	--

	altijd leuk wat ik deed, maar ja wordt heel vaak leuk ervaren. Ja.	natuurlijk als je niet een heel geotieerd atelier hebt dan kan je ze niet bieden waar ze behoefte aan hebben. En er zijn een aantal mensen die het fysiek gewoon niet aan kunnen. Die hebben we ook. Of mentaal misschien stiekem dan ook.	ballonnen. Toen dacht ik hé, dat was toch iets met vliegers? Weet je nog die tekening met die vlieger? ja, zijn dat die ballonnen? Ja zegt hij dat is een beetje het idee dus die tekeningen schilderijen hebben zo veel betekent in haar proces van rouwen en loslaten, en dus daarna ook voor heel haar familie en ook tijdens ook weer in het hele proces van. Ik had een paar keer dat de patiënt aan het tekenen was en op dat moment was haar vriendin er ook – en dat die vriendin zegt: ik wil ook een creatieve opleiding gaan doen. Toen was ze er. Ik zeg: oh wat mooi dat je er nu bent, want misschien kun je het dan nu wel zien in ieder geval en overtuigd raken dat je het wil hé. Daarna gingen we tekenen en er kwam echt een enorme lading uit, ook een soort inzicht, het komt toch weer elke keer op hetzelfde neer. Een soort zwarte (Niet verstaanbaar). We kunnen wel rondjes blijven draaien zei hij op een gegeven moment. Hij ging dus echt heel diep naar die emotie, maar het kwam nog steeds op hetzelfde neer. Dan schrik je natuurlijk ook, die vriendin ook, maar ze zei: dat was het moment waarop ik wist dat hij ook realiseerde, ik realiseer me ook, dit komt niet	goed op reflecteren. Van een beetje een filosofische inslag ook. Die heeft daar ook veel aan gehad. Letterlijk ook houvast zij hij, maar vooral ook doordat, doordat die dat aan durfde en ook kon dat reflecteren, had ie gewoon duidelijk van. Oké, dit is wat mij overkomen is. Hij ontdekte bijvoorbeeld ook dat het werk wat hij deed had een hoge functie in de financiële wereld, maar ontdekte ook in dit geval van ja maar dit ga ik echt niet tot mijn pensioen doen. Ik ben er goed in, ja, dat klopt. Maar als ik nou diep in mijn hart kijk, vind ik dit ook heel fijn werk. Eigenlijk niet. Dus we hebben gekeken wat zou je dan? Wat zou je dan echt willen doen? Waar ligt je hart? Toch dan liever bij mensen werk, met mensen werken. Maar zij kreeg van haar goede vriendin een workshop bij mij, één op één, gewoon een één op één sessie en ik had een klein beetje achtergrondinformatie van deze vriendin gehad. En dat heb ik gemaakt als thema om met haar aan de slag te gaan. Ik dacht we gaan op een soort van kracht symbool vinden en dat schilderen en mee naar huis nemen, waar je dus kracht aan kan ontleen en ook echt voelen. Dat werd heel mooi, ze heeft een hele mooie engel vorm geschilderd op het doek. Op het moment dat ze kwam
--	---	--	---	---

			meer goed. Maar ook ze was zo blij dat zij op dat moment erbij was en dat ze dat heeft kunnen zien en dat ze dat moment samen hadden. Ik heb later ook met haar nog contact gehad. Ze stuurde me een mail om te vertellen van hoe bijzonder dat moment voor haar was en dat hij uiteindelijk was overleden.	bij mij had ze eigenlijk geen idee, maar na een beetje een gesprek, een oefening. Wat daaruit kwam heeft ze geschilderd. Het werd een hele mooie ochtend. En onlangs dat het maar een ochtend was geweest. Ik heb haar daarna ook helemaal niet meer gezien en ik weten inmiddels dat het naar omstandigheden goed gaat, is het niet weg, want ze heeft uitgezaaide longkanker, maar het is een soort van stabiel en haar kwaliteit is best oké. Ze kan best genieten van haar leven. Ik had één schilderij dat hangt bij haar in de woonkamer. Elke keer als ze daarnaar kijkt dan voelt ze die verbinding daarmee en met die workshop wat ze daar beleefd heeft. Dat doet haar goed. Dat troost haar. Het geeft een gevoel van kracht.
--	--	--	--	---

Alle gemarkeerde stukken uit tabel 3 zijn hieronder per thema/begrip (kleur) opgesplitst om alle informatie vanuit verschillende begrippen overzichtelijk weer te geven. Door middel van de markering in tabel 3 zijn er verbanden gelegd tussen de verschillende begrippen en zijn daar nieuwe thema's en begrippen aan gekoppeld.

Doelgroep/problematiek

Algemeen

Het is een piramide met drie lagen

De onderste laag, dat zijn mensen die eigenlijk kanker krijgen en best wel goed herstellen.

En dan heb je die middelste groep, die is alweer wat kleiner, maar nog steeds heel groot. Dat zijn mensen die met een enkele hulpverlener echt goed verder kunnen.

En dan heb je een klein topje en dat is de laatste vijf procent en die redt het eigenlijk niet zelf met hun netwerk, die redt het ook niet met één hulpverlener, die heeft specifieke hulp nodig en dan komen ze bij de oncologische revalidatie en dan komen ze bij mij terecht. Dat is heel divers waarom mensen het niet redden met hun eigen omgeving of enkele hulpverlening is natuurlijk heel divers, want de mensen die in de top van die Pyramide zitten die hebben ernstige klachten.

Mensen hebben vaak een coping mechanisme, een manier van omgaan met dingen die ze geleerd hebben in hun verleden

Dus dat mensen niet zo goed weten hoe ze daar anders mee om kunnen gaan, dat is een hele belangrijke.

En het is natuurlijk de groep die tussen de zware behandelingen door niet naar huis kunnen om verder te herstellen.

Een groep die dat niet lukt en die niet die hulp hebben, die helemaal geen familie of kennissen hebben die jou daarin kunnen ondersteunen.

En die dat thuis echt niet kunnen doen. Dus die komen dus ook, dus niet alleen als het helemaal klaar is. En er zijn mensen die te horen krijgen dat ze alleen nog maar palliatief behandeld worden.

Dus een deel heeft dan een werkzaam leven of zijn net klaar met werken of weet je wel, staan nog vol in het leven en worden er zo uitgerukt. Veel waren al aan het vertragen. En hadden al klachten of hebben weer opnieuw kanker. Ja, je hebt ja het is maar net ook waar de patiënt is de een zit echt op z'n, overleef modus

Ze hebben allemaal een vorm van kanker en als je ook kanker krijgt dan heb je ook stress.

Er zijn heel veel stressen inderdaad van wat overkomt mij. Ook wel had ik het kunnen voorkomen?

Het geeft niet als je niet gelijk lukt, natuurlijk iemand is net begonnen met staan en lopen bij wijze van spreken. Dus struikel je nog wel eens. en dan de moed niet te verliezen. Dat normaal is en zo. Ja.

Ze merken dat ze niet goed kunnen ontspannen. Daardoor dus ook niet genieten van de leuke dingen van het leven, en dat het goed gaat op dat moment die blijdschap is maar even want oh help die toekomst en hoe zal het volgende onderzoek en uitslag. Men ziet er altijd enorm tegen op.

hoe kan ik bij mezelf en in m'n eigen kracht blijven, zelf de regie houden?

maar vooral ook het niet meer durven delen van emoties met de ander. Geen zeur willen zijn, niet lastig willen zijn. De ander willen sparen, dat is ook wel eh, een groot, een onderwerp wat ik vaak zie en daar horen ook emoties bij dat men emoties niet durf te laten zien. Niet meer durven huilen of zelfs niet eens soms weten waarom ze huilen.

een geen controle hebben, ook hoe het gaat

niet meer te dragen voor hen alleen.

Dus concentratieproblemen,

het is een chronische stresssituatie.

Complexe situatie

vaak liggen er dan al andere problemen daaronder of is de situatie zo complex dat het niet zo makkelijk op te lossen is

er zit nog veel meer voor.

Wat speelt en wat ook kan, is dat iemand al eerder iets heeft meegemaakt in zijn biografie een andere ziekte misschien wel iets in z'n jeugd of iets anders je psychisch en dat dan dat dat ook weer getriggerd wordt op zo'n, heel een diagnose en zo'n proces. Ja, dat kan twee kanten op werk. Het kan zijn, iemand is er toen ook door gekomen. Dat kan ook. Ja, iemand heeft al een keer eerder iets doorstaan, dus dat kan ook draagkracht geven, zeker we gaan nu weer zo verder dus je hebt al een rugzak, maar het kan ook zijn. Ja, er zijn ook mensen met ptss die kunnen ook gewoon kanker krijgen, dan kan er wel heel veel meer spelen en dit is wel universitair Medisch centrum dat betekent dat de gewone borst- of darmkanker komen in andere ziekenhuizen. Hier is het wat complexer en hematologie sowieso door heel je lijf. Het zit overal. Op interne onco zijn ook vaak wat plekken die wat lastiger zijn. Soms ook op meerdere plekken met uitzaaiingen. Dus dat maakt het dus wat complexer.

Verlies en moeite met acceptatie

daardoor zijn baan verliest, daardoor zijn relatie verliest, zijn huis moet verkopen en nog steeds niet weet of hij nou eigenlijk wel of niet verder kan met zijn leven eigenlijk.

Want bijvoorbeeld jonge mensen die hun fertiliteit verliezen door de kanker of de behandelingen of die hele heftige behandelingen hebben meegemaakt waar ze bijna dood van gingen

mensen die echt heel erg getroffen zijn door de kanker en daardoor bepaalde functies niet meer uit kunnen oefenen.

Dan hebben ze ook het gevoel dat ze vrienden en familie verliezen.

de zin van mensen met verlieservaringen moeten omgaan

Dus verlies ervaringen zijn een belangrijk item

Dat is ook wel wat trouwens vaker ook bij mijn andere cliënten ook zie dat ze moeite hebben met accepteren van hun beperkingen op dit moment

Niet alles meer kunnen wat ze gewend waren, er eigenlijk tegen opboksen ertegen strijden dat ze het toch graag willen. Maar dat wil natuurlijk niet constant teruggefloten door je lijf,

accepteren dat het is zoals het nu is, dat er misschien verbetering mogelijk is, maar misschien ook niet.

Vermoeidheid

Ja, ja, het is vermoeidheid. Vermoeidheid, conditie is het vooral denk ik

Maar ja het is dus ook wel heel erg conditie. Heel erg op lichamelijk vlak zeg maar.

Ja, dan denk ik een beetje aan dat mensen het zat zijn om het over hun ziekte te hebben. Dat ze moe zijn van alle behandelingen, van alle emoties, van familie, van alles wat erbij komt kijken. Dat mensen er gewoon moe van zijn. Ik heb wel mensen die bij mij komen en dan letterlijk zeggen: Ik heb echt helemaal geen zin om daarmee bezig te zijn. Ik vind het leuk om bij jou te komen, maar we gaan het niet hebben over problemen. Ik wil gewoon plezier beleven of iets moois maken, lekker ontspannen genieten en de gedachten tot rust laten komen.

schouders eronder, aanpakken die handel, niet zeuren maar doorgaan, dat die heel veel last hebben van die vermoeidheidsklachten. Dus vermoeidheidsklachten in combinatie met coping

die vaak niet helpend is als ze zich heel moe voelen

Wat ik zie heel vaak, ten eerste omgaan met vermoeidheid is een hele moeilijke.

Depressieve klachten, verdriet, sociaal isolement

Soms voelen ze zich alleen

dat ze verdrietig zijn,

die dus heel veel verdriet had

Dat die een beetje zo van we vragen die persoon toch maar niet meer. Je raakt een beetje eenzaam, of heel gedeprimeerd

waardoor mensen zich heel eenzaam en onbegrepen voelen,

en daardoor eigenlijk in een sociaal isolement komt.

Pijn

of heel veel last hebben van klachten.

Angst en spanning

Die mensen doodsbang, want die zorg van al die zorgverleners in het ziekenhuis die doen even dit, want je mag zelf de wereld in, maar het is doodeng. Ze hebben heel lang het gevoel gehad. Dat valt nu weg en heeft hen die garantie dat het goed blijft gaan, dat kan niemand geven, dus dat is heel spannend en die angst, ze willen geen zeur zijn. Dus men spreekt zich niet uit naar de naasten. Durft niet te vertellen dat ze bang

mijn angst

Angst, misschien ook wat kan ik nog? Wat wil ik nog? ja echte levensvragen.

Hoe staat het er mee, zijn de tumormarkers zichtbaar, zijn ze gestegen. Dat belast haar zo elke drie weken rond de tijd vliegt voordat ze het weet moet ze er weer heen en weer en weer die spanning van die uitslagen, dat trekt zie niet. Ze heeft aangegeven van joh kunnen die tussenpozen niet wat grote, want ik kan die spanning kan ik zo slecht aan en die oncoloog wil dat niet, want die wil zijn behandeling voortzetten.

je onzekere toekomst en dus niet meer goed kunnen ontspannen. Ik heb echt mensen die tegen mij zeggen dat ze niet meer kunnen ontspannen. Dus als ik dan vraag: wat doe je dan ook leuke of fijne dingen waar vind je ontspanning in. Dat is bijna niets meer. Dat lukt gewoon niet, dat vind ik een heel opvallende en kwalijke zorgelijke situatie. Ja, kwalijk is niet het goede woord, zorgelijk, ja.

angst voor het niet weten hoe de ziekte zich gaat ontwikkelen in de toekomst, en dat niemand die garantie kan geven dat het goed blijft gaan.

Ja die onzekerheid, die angst met zich meeneemt daardoor niet kunnen ontspannen, niet kunnen genieten van fijne dingen dat eigenlijk meer met angst naar de toekomst kijken en vergeten dat ze vandaag hebben en het hier en nu even vergeten. Om maar even die term te gebruiken, eh dat denk ik vooral. De emoties die niet getoond durven worden omdat men het gevoel heeft dat

Samen met natuurlijk de angst voor recidief daarvoor dat het terug zou komen en hoe moet je daarmee omgaan. Dus leren omgaan met angst.

Zelfbeeld

dat is een mevrouw die een gebrek aan eigenwaarde heeft, maar dat zie ik ook vaak bij mensen met

oncologie hoor. Die onderuit zijn gehaald. Die bijzaken even niet meer weten van goh wat ben ik nog waard. Wie ben ik nog?

en nog heel onzeker zijn, dat ze het gevoel hebben dat ze er nog helemaal niet goed uit zien,

Ik heb ook mensen die zich van hun sokkel geduwd voelen, dus eigenlijk onzeker voelen. Ook over de toekomst maar ook zichzelf opeens niet veel waard meer vinden lijkt het omdat ze niet voldoende energie meer hebben. Ze kunnen niet meer meegaan op de snelheid van de maatschappij. Die andere volhouden. Dat vinden ze heel lastig.

zelfbeeld is een belangrijk item. Dus mensen kunnen zich anders voelen dan dat ze zich altijd hebben gevoeld en vinden dat moeilijk, want daarbij herkennen zichzelf soms niet meer. Dus dat kan ook door behandelingen zijn.

Dus zelfbeeld is ook een thema.

Hoe zie ik er nou uit weet je wel? Ben ik nog mezelf? Dat je daarmee bezig gaat dat snap ik wel,

Ze zei ik wil daar wel wat steviger in worden dat ik iets meer mijn grenzen durf aan te geven, want ik laat toch nog wel gauw de andere weer voor gaan. Ze zou zo graag weer nu ze weer thuis, ik zou graag thuis weer in mijn atelier aan de slag willen, maar het komt er niet van, ik kom tot niks. Ik weet niet waar ik moet beginnen.

Hoe zie ik er nou uit weet je wel? Ben ik nog mezelf? Dat je daarmee bezig gaat dat snap ik wel,

De omgeving

omdat er veel onbegrip in de maatschappij is voor iemand zeker als de behandelingen zijn afgerond. Die denken, ja je bent nou toch klaar? Je ziet er goed uit je haar is weer gegroeid.

Want dat gevoel hebben ze vaak wel weer. Zeker nadat de behandelingen zijn afgerond. Als je nog in behandeling bent, dan zien andere mensen ook vaak wel. Dan is ook alle begrip. Er wordt om gevraagd hoe het met je gaat, maar op een gegeven moment valt dat stil en dan hebben ze evengoed nog nodig dat iemand vraagt: hoe is het met je, hoe hou je je staande, red je het een beetje. Die vragen worden niet meer gesteld. Iedereen gaat weer door waarmee hij bezig is, maar deze mensen nog niet. Dat is het zwarte gat waar ze het over hebben. Los van elkaar noemen ze dat het zwarte gat.

Wat ik ook zie is omgaan met de omgeving, met de commentaren, hoe de omgeving reageert. De omgeving vindt het soms heel moeilijk om te begrijpen waar de revalidatie patiënt mee te maken heeft, want het lastige is achter de rug, de zware behandelingen zijn achter de rug, dus het moet nu toch allemaal beter gaan en dat mensen dan juist mentaal een klap krijgen dat snappen vaak de omgeving niet

Dus het onbegrip uit de omgeving en daardoor niet meer durven delen, dat is, denk ik wel de allergrootste

de omgeving het niet begrijpt en dus de omgeving niet wil belasten en zich daardoor terughoudt

Daarom stimuleer ik en adviseer ik ook de mensen om hun werkstukken thuis te laten zien, weet je dat licht ook helemaal aan de situatie natuurlijk. Maar juist beeldende werkstukken zijn juist zo laagdrempelig om te kunnen laten zien wat er in de therapie is gebeurd. Mensen mogen dus niet hun werkstukken meenemen, maar mogen wel foto's maken. De werkstukken worden op het eind in deze ruimte in een expositie neergehangen of neergezet en dan praat je met de naasten erbij door wat er nou gebeurd is zeg maar in de therapie en ook wat er onder zit en dat is vaak heel leerzaam en heel goed voor een relatie ook, weet je. Dat mensen snappen waar iemand mee bezig is geweest en dat je ook even aandacht hebt voor die naasten.

Marianne: Ja, want betrek jij de naast er soms ook bij?

00:30:03

Yvonne: Ja als ze er toevallig zijn, of soms maken we een afspraak op het moment dat ze op bezoek zijn.

Dat dochtertje dacht van hé ik ga naar het ziekenhuis, dat is ook wel fijn, dan mag ik ook weer tekenen en dan ging dat meisje aan tafel lekker tekenen, moeder lag in bed en die vader zat op de rand. Het was echt even een familie momentje. Zal ik foto's maken? Dat is altijd mooi.

Mooie herinnering aan dit is ook het ziekenhuis en dan maak ik foto's met de mobiel van de patiënt. Maar in mijn achterhoofd denk ik dan, maar hé die foto's hebben ze en ja het is, zo probeer ik dan de familie erbij te betrekken. Familie vindt het vaak ook wel leuk. Soms zijn ze ook samen op één vel aan het tekenen en schilderen. Ook wel leuk om te zien hoe ze dat dan met elkaar doen en hoe ze elkaar aan kunnen voelen of een beetje kunnen botsen en ook wel een heleboel kunnen hebben.

Existentiële problematieken

en de ander met levensvragen kan er al wat meer bij,

En dan heb je dus een deel die zingevingsvragen hebben.

dan ineens krijg je ook existentiële vragen van je weet allemaal dat je doodgaat jij en ik gaan ook dood, maar als je ineens de diagnose krijgt kan dat ineens dichterbij zijn en ga er meer over nadenken.

dan ineens krijg je ook existentiële vragen van je weet allemaal dat je doodgaat jij en ik gaan ook dood, maar als je ineens de diagnose krijgt kan dat ineens dichterbij zijn en ga er meer over nadenken.

Verder komt natuurlijk aan de orde hele existentiële problematiek van kanker heeft als geen ander, oncologie patiënten hebben als geen andere doelgroep te maken met dood en leven. Zo van ik heb de dood in de ogen gekeken. Als iemand de diagnose krijgt wordt hij meteen geconfronteerd met ik zou wel eens dood kunnen gaan.

En dat betekent mensen heel erg om moeten leren gaan met hoe heb ik het nu gedaan tot nu toe in mijn leven, is dat zinvol geweest, hoe zou ik het nu weer willen, zou ik het anders willen? Dus er komen heel veel, dat noem ik, existentiële problematieken over zingeving en je bestaansrecht komen naar boven.

Leeftijdscategorie en geslacht

wat oudere doelgroep. Maar daar heb je natuurlijk ook, ik noem het altijd een beetje de jongere oudere. Ja je denk bij ouderen aan de 80, maar heel veel mensen die net met pensioen zijn, zo weet je wel. Of net niet.

Ja, ja, ja, bij oncologie heb ik het idee dat het net een beetje onze jongere doelgroep is. Dus als je kijkt richting geriatrie in het algemeen dus we hebben allemaal ouderen, dan zij de oncologie cliënten vaak de wat jongere binnen die groep. Dat is mijn idee daarin. Dus hebben we het erover, kan 50 zijn, 60.

40 à 45. En het zijn volgens mij, maar ik heb de cijfers niet, vaker vrouwen dan mannen.

Ja, ik denk ook dat, het is niet een heel groot verschil hoor. Ik denk dat er bij ons iets meer vrouwen

vaktherapie en wat ik zeg vooral in de revalidatie zijn er toch ook wel veel echt jonge mensen en over het algemeen zijn vrouwen meer geneigd om deze vorm van therapie aan te pakken dan mannen of worden vrouwen vaker verwezen, omdat verwijzers denken dat vrouwen daar meer geschikt voor zijn.

Ja, dat denk ik en daardoor heb je denk ik wel wat minder mannen in therapie,

Nou het zijn eigenlijk allemaal volwassenen sowieso

Allemaal 16 jaar en ouder. Ik zie heel veel mensen op de verpleegafdeling, vooral hematologie, en daar kan het heel verschillend zijn. De mensen kunnen daar al vanaf 16 jaar liggen dus echt heel jongvolwassenen tot en met nou ja, 70 en echt alles ligt daar dus het ligt er ook

een man gehad zelfs. Ik communiceer ook vrouwen eigenlijk, maar deze jongeman. Begin 30 met teelbal kanker.

Werking beeldende therapie

Algemeen

In het begin ga je al snel heel diep en dan kan één sessie voelen als een heel traject dus dat is misschien wel veel extremer dan normaal.

Dus als je daar goed hulpverleend, dan kunnen die klachten ook aanzienlijk afnemen. Er zijn vaak wel tijdens zo'n sessie dat er van die 'ah ha' momenten weet je wel, van die 'oh wacht verrek' of 'oh zit dat zo' of 'Ohja ik zou dit of dat kunnen doen'

Dat elk soort oefening eigenlijk kan oproepen, dat is denk ik niet aan een techniek gekoppeld. Nee, ik geloof het niet. Het is wat er op dat moment gebeurt, wat volgens mij ook met een andere techniek kunnen zijn waar die inzichten die die mensen opeens opdoen of dat ze opeens hun emotie erkennen.

Distress

Ik heb dus onderzoek gedaan naar die distress bij die mensen die dus aan vaktherapie deelnamen en mensen die door de revalidatie werden verwezen die hadden vaak een hogere begin meting van de distress thermometer. Je kent die thermometer?

Van nul tot tien en vijf is het afbouwpunt, dat wist je ook?

Nou die mensen zitten vaak boven de zeven, dus dat is echt best wel hoog.

En als ze dan vaktherapie en revalidatie hebben gehad, dan zitten ze onder de vijf. Dus dat is echt een significant en klinische relevante daling van de distress. En je ziet dat mensen die dus niet in een revalidatieprogramma, maar dus individueel, dus die middengroep, individueel naar iemand toe komen, naar mij in dit geval die beginnen al met een lagere score op de distress thermometer dus die hebben al minder klachten, eigenlijk kun je dat wel zo zeggen. Wat natuurlijk logische is, want die andere groep die heeft zo veel klachten, dat er een gespecialiseerd team naar moet kijken, dus dat is specialisme. Maar goed, die hebben dus al minder klachten en die duiken ook onder die vijf alleen iets minder spectaculair zeg maar. Dus de afname is iets minder groot.

Mentaliserend vermogen

dat is mentaliserend vermogen.

Het mentaliserend vermogen is echt een heel belangrijk werkzaam onderdeel van de vaktherapie. Wat bekend is uit de literatuur is dat als mensen stress ervaren en in crisissituatie zich bevinden het mentaliserend vermogen afneemt.

Nou kun je echt kanker zien als een extreme crisissituatie.

Dus dat kun je zeggen van kanker, waardoor dus dat mentaliserend vermogen heel erg afneemt. Door vaktherapie stimuleer je het mentaliserend vermogen weer. Je stimuleert het vermogen van mensen om weer naar zichzelf te kunnen kijken, kunnen reflecteren op wat ze van binnen voelen, daar op een nieuwe manier naar te kijken en dat ook te communiceren met anderen waardoor anderen ook weer meer begrip krijgen van wat in hun binnenste speelt.

Dus het mentaliserend vermogen van vaktherapie is een hele belangrijke factor.

Dat heeft natuurlijk ook weer met dat mentaliserend vermogen te maken, want mensen zijn zichzelf soms een beetje kwijtgeraakt in het hele ziekteproces he ze zeggen van ja ik was zo goed in mijn werk en ik was zo goed in dingen onthouden, ik was zo vitaal en ik liep hard dat kan ik allemaal niet. Wie ben ik dan nog? Nou en wie ben ik dan nog is wat ze laten zien.

Het filosofische gedeelte en de creativiteit

ik denk zelfs dat je zelf genezend vermogen gestimuleerd wordt

Maar ik denk ook gewoon dat je behandelingen veel beter aan kan.

Wat ook werkzaam is en dat is wat filosofischer vind ik, maar ik vind het ook echt heel belangrijk, dat is als mensen het moeilijk hebben proberen zich vaak uit te drukken in iets anders dan woorden. Dus dan drukken zich vaak uit in muziek of in andere dingen en ja misschien, ik weet niet hoe je dit op moet schrijven in je onderzoeksverslag, maar dat maakt me niet uit. Door iets te maken wat van hunzelf is laat eigenlijk de oncologie cliënt zien hoe hij zich verhoudt met de dood.

Dus eigenlijk laat hij dus zichzelf zien in het licht van de eindigheid van hun bestaan.

concentratiekampen, waarbij mensen gingen zingen met elkaar of muziek gingen maken. Je hebt kampen in Indonesië zijn daar een goed voorbeeld van waar vrouwen een naald onder een stukje eelt verstopte en daarmee kleine dingetjes borduurde als cadeau voor andere kampgenoten. Dus mensen in nood, zelfs in de ergste nood, die hebben één vrijheid dat is namelijk een vrijheid om zich te uiten. En ik denk dat dat eigenlijk een soort laat zien van dit ben ik, dit is mijn bestaan, dit ben ik. Maakt niet uit wat er met mij gebeurt maar dit stukje krijg je niet van me want hierin ben ik vrij.

En dat is creativiteit. Dus ik denk dus ook dat als mensen weer, mensen die in nood zijn weer kennis laat maken met hun creativiteit dat je ze iets heel groots geeft, namelijk een soort identiteit van dit ben ik. Het maakt niet uit.

Creativiteit

Vertrouwen in het proces van nieuwe dingen ontdekken.

Het intuïtief werken.

Het is echt hoofd uit je handen, weten het wel. En eigenlijk is dat dus eigenlijk. Lichaamsgericht werken. Het ontladen van emoties, emoties zitten toch ergens in je lijf. Die heb je niet in je hoofd kun je ook geen woorden aangeven totdat ze er misschien uit te komen. En dan kun je ze misschien bekijken en dan ineens er wel woorden aan geven te plaatsen. Het is echt iemand het zelf actief uit van emoties, en dat hoeft niet eens zo bewust te zijn. Kan ook zijn dat iemand vertelt wat hem of haar nou allemaal is overkomen vanaf het moment dat ze dan dus gaan die aan de slag, en dan zie ik van alles gebeuren.

Ja, de ik denk wat er gebeurd is. Iemand vertelt het verhaal alsof hij misschien vaker zelf zou vertellen aan verschillende mensen, iets daarmee misschien het verhaal voor zichzelf een beetje aan het ordenen. Maar dat verhaal heeft niet alleen worden die in het hoofd zitten, maar ook een lading die in het lijf zit.

toen – ik heb haar in eerste instantie – gewoon eens kennis laten maken met klei, want ze kende het niet om daarmee te werken. En toen had ze was ze bezig met een kommetje en daar moesten vooral scheuren in die stonden niet alleen symbool voor wat haar was overkomen maar, zij liet zich gewoon inspireren door een uitspraak uit een songtekst van Leonard Cohen. Misschien ken je hem wel, there is a crack in everything and that is how the light gets in. Dat was heel belangrijk voor haar dus dat maakte zij in dat kommetje. En dat kommetje heeft ze met goud en zilver verf geschilderd. En voor wat extra licht pakte ze dus ook een kaars en stak die zo in de bodem van dat kommetje. Dus dat kommetje was ook nog een soort van kandelaar

terwijl eigenlijk, ik had niet eens wat gezegd over een opdracht he. Dit was meer een kennismaking met klei en het ontstaat daar al. Vooral als daar al iets ontstaat. Dat vind ik dan interessant om te

kijken van hé. Wat gebeurt hier nou eigenlijk en dan laat ik dat gaan en dan stel ik een vraag ook van goh, ik zie dat ontstaan, hoe kom je daar zo bij, en dan hebben we daar een gesprek over, maar dat bleek heel veel. Heel veel kracht voor haar te zijn heel vol symboliek. En dat dat werkt enorm

komt ook die lading emotionele lading er op die manier een beetje uit. Heel vaak klopt dan wat iemand in beeld ziet dat wat iemand heeft verteld.

Dat vind ik gewoon een prachtige manier en ik ben dan ook bezig en ik merk dan in mijn lijf vaak ook wel dat er enorm veel spanning bij de patiënt is, want dat voel ik gewoon, ik ga er bijna daarin mee en dan probeer ik mezelf af te remmen. Ik ga tegenbeeld proberen, ik ga dan mezelf afremmen. Ik laat de patiënt, want daar moet iets uit en heel vaak zegt de patiënt dan na afloop van ja, dit is, hoe ik me voel over zijn eigen tekening en dat is nou hoe ik me zou willen voelen, dat is dan de tekening die ik heb gemaakt.

En het is vaak een hele mooie zet die ook nog eens bij elkaar kan passen. Dat je denkt van wauw dat is bijzonder.

Ik – ik ga ook bij mezelf heel sterk na van wat voel ik, en in hoeverre is dit van mij, want ik kan ook wel eens hoofdpijn hebben of niet goed geslapen hebben of weet ik veel wat. In hoeverre kan dit iets zeggen mogelijk over de patiënt, probeer ik echt te zoeken van wat gebeurt er nu? Dus ik blijf ook heel erg in als een soort je meetinstrument situatie in te voelen.

Dan ga ik gewoon intuïtief ook gewoon aan de slag. Kan op dat moment ook niet goed vanuit mijn hoofd dat gaat gewoon op gevoel. Soms zie ik ook wel dat we intuïtief dezelfde kleur pakken. Het is zo grappig dat je denkt, nou en dan denk ik: ja, het hangt is gewoon een soort sfeer hier in de kamer. Het hangt er en je kan er soms met je hoofd nog niet bij. We pakken het allebei gewoon en de sfeer is dan ook gewoon goed, zeker als de patiënt dan ook zegt van ja, het is, zo voel ik het wel, zo zou ik het wel willen voelen en het spreekt me heel erg aan, zeg ik: nou, daar zit ook een stukje van u. Wat u heeft verteld. Ik pik uw energie op. Ik ben op dat moment volledig voor de patiënt. Het is voor mij ook wel fijn dat ik ondertussen ook zelf aan de slag ben. Dat je ook dat wat je hoort kun je ook weer omzetten in iets. Dus je kan zelf ook een stukje ontladen. Het moment dat bijvoorbeeld alleen de patiënten en ik niet, dan ben ik vooral aan het opvangen.

en wat heel werkzaam ook is, is dat mensen weer nieuwe dingen ontdekken. In creativiteit weet je namelijk nooit hoe het gaat uitpakken. Dus je hebt altijd een hele onduidelijke route. He een hele onzekere route. Als ik jou klei geef weet je niet wat er gaat gebeuren ook al geef ik je ook de opdracht het moet een paard worden weet je.

Het betekent dus dat mensen een hele onzekere route moeten lopen steeds als zij iets creatiefs gaan maken met de uitkomst iets van zichzelf en dat is heel echo bevestigend. Dus als je steeds iets onzeker moet aangaan en daarna een succeservaring krijgt want je hebt iets gemaakt wat van jou is dan denk ik dat je vertrouwen weer terug kan vinden om ook na die kanker een onbekende route te gaan lopen en uiteindelijk weer tot een goed zinvol leven te komen.

En dat proces leren vertrouwen is ook een heel werkzame factor van vaktherapie, want elk creatief proces heeft een onzekere start en heeft een onzeker proces in zich.

Het vertrouwen in het proces dat is eigenlijk wat ik denk dat ook een heel belangrijk werkzaam onderdeel is van onze vaktherapie.

Want je geeft iemand een techniek. Kijk ik kan iemand dezelfde tijdschriften geven en vragen maak eens een collage over de tijd voordat je ziek werd en iedereen doet dat anders met precies dezelfde tijdschriften. Dus is niet eens iets wat je kan sturen. Dat is iets wat gebeurt.

Dus je gaat niet met de afloop in je hoofd beginnen. Je gaat beginnen waar je mee gaat beginnen en dan ga je kijken wat er gebeurt.

Dat is het mooie van creativiteit en van ons vak. Het gebeurt als, dus dat hoeft je helemaal niet in te zetten, want dat zet je al in als je je vak doet.

Dus het is niet zo dat mijn opdrachten vastliggen.

Hoe het dan uiteindelijk wordt, dat maakt niet uit want het is altijd prima, maar mensen moeten wel aan het werk komen.

Dat ligt er een beetje aan. Ik denk dat er in eerste instantie laat ik het gaan.

Ja, ik heb niet echt een doel zo van daar willen we ja, uiteindelijk wil je dan, ja heb je wel een doel misschien. Nee, nee eigenlijk niet. Eigenlijk heb ik niet een heel groot einddoel.

En bespreek ik dat ook niet. Is echt elke keer opnieuw kijken. Wanneer, je merkt ook gewoon dat mensen zo in hun energie kunnen verschillen en zo in niveau verschillen van wat ze kunnen creatief. En zo in hun behoeftes verschillen van wat ze willen

Op hun eigen vel natuurlijk en dan ondertussen raak je in gesprek en die handen weten het inderdaad wel en dan komt er vaak ook iets uit waar die patiënt natuurlijk in gesprek met mij ineens heel veel uit kan halen over zichzelf en ook gewoon echt voelt van. Oh ja, zo voel ik mij. Echt gewoon een soort opluchting. Het is heel sterk intuïtief werken. Hetzelfde geldt ook voor aquarel ook intuïtief werken. Maar dat doe ik vaak als iemand verminderd is qua kracht en vitaliteit, en dat gaan we wel zien of we, laten we een beetje gaan experimenteren, kijken wat de kleur doet een beetje.

Dat je dan ook heel sterk dat hoofd weer uit probeert te zetten, hoeft niks te worden. Alles is goed. Alles is, oké, dat hoofd is misschien al te veel aan het werk geweest, we gaan nu gewoon doen. En als we het leuk hebben, als we, dan is het ook goed.

En we zien wel wat eruit komt en vaak hangen ze dan ook het werk wel op de kamer en soms ook mijn werk als het ook gewoon ook anders is, want vaak is het toch een beetje een soort – set het pas vaak heel sterk bij elkaar op de één of andere manier. En dan kijken ze er nog naar. Hebben ze ook gesprekken over met andere mensen die binnenkomen, zowel familie- als verzorgende als de dame van koffie als de arts. Iedereen probeert toch op een bepaalde manier ook via dat beeldend werk, ook die patiënt of eigenlijk de mens achter de patiënt te zien. En dat vind ik ook heel mooi van het beeldend, dat dat dus iets kan bijdragen. Ook de hele benadering naar de patiënt toe.

Het gaat uiteindelijk om het proces en ook niet om het resultaat.

Positiviteit, ontspanning, resultaat gericht en verrassingsmomenten

Ja, nou wat ik hoop en wat ik denk is dat als je bezig bent met een ja positieve activiteit of beeldende therapie dat die je welzijn verhoogt die je goed doet dat je dan, dat dat helpt in je proces zeg maar van het gevecht tegen de kanker.

Dat je positief in het leven staat en het allemaal wat meer ziet zitten en dat dat effect heeft op je algehele gesteldheid en dat dat dus sowieso ten goede komt

Dat is natuurlijk waar vaktherapie beeldend, ik denk andere vaktherapie trouwens ook wel, heel erg op inspelen. Van wat kan ik nog wel? Wat is mijn gezonde deel en dat spreek je dan aan. Dat is natuurlijk heel erg in die speelsheid en die.

Ja, ik denk dat ja dat vindt iedereen fijn, maar toch komt er bij mij bij deze doelgroep wel komt dat boven dat deze doelgroep toch wel iets moois willen maken.

Dat er resultaat is. Dus dat je voldoende ondersteuning geeft om tot een goed resultaat te komen.

Dat ze het echt fijn vinden om een mooi schilderijtje of een leuk plaatje. Waar ze echt naar kijken van he wauw dat kan ik of dat is mooi geworden.

ik heb het idee dat dat best wel om het resultaat bij de oncologie.

Ja, dat dat juist heel versterkend werkt omdat je naar het gezonde deel wilt kijken en dat het dan fijn is als het iets wordt en niet een of andere bruine vlek dat je denkt ugh, dat je geconfronteerd wordt met ziekten en ehm.

maar ik kan me ook heel goed voorstellen dat je even helemaal niet geconfronteerd wilt worden met al het lelijke en al het naarheid heftige.

Ja. En dan mooie afbeeldingen kijken en mooie kleuren, mooie materialen. Ja.

Strelend voor de ziel.

Ja, dan kom je toch weer terug op dat in balans brengen.

En dan zit je dan ook al heel erg op het vlak van welzijn. Dat je, dat het best wel een beetje het kijken is van wat ben je aan het doen. Ben je in het moment vooral mensen aan het ondersteunen of ben je echt therapeutisch doel aan het behandelen en zit je in het proces. Ik denk dat doordat ze lekker bezig zijn, dan zijn ze lekker bezig en dan toch vertellen.

En dan doe ik af en toe kleine interventies, van dit is misschien een leuk idee of dat project kunnen we doen he als ondersteuning.

aan waar ze kleuren mogen kiezen. Als mensen nog geen ervaring hebben met kunstzinnige therapie bijvoorbeeld, kunstzinnige therapie dan niet vaktherapie en dan mogen mensen zelf de kleur kiezen en dan kunnen ze gewoon ervaren wat het schilderen en wat het kleuren met hun doen. En ik kies vooral daarvoor, omdat ze dan een beetje vanuit kunstzinnige therapie kanker dan meer een koude ziekte is en dat je een beetje stroming of warmte aanbiedt ter ondersteuning van hun afweersysteem en om die verkramping, dat vastzitten op te lossen.

Dat mensen daar dus gewoon een sfeer lekker gewoon en dan vanuit die kleur en vanuit die beweging dan eventueel figuratie kunnen maken. En vaak mensen vinden mensen dat al zo heerlijk, want is natuurlijk precies wat ze willen, afleiding en ontspanning en het wordt al heel snel mooi. verrassingsmoment dat trots zijn op iets wat je maakt. Weet je wel.

Het heel leuk vinden. En niet mee bezig met want dat is natuurlijk wat de behandelingen doen die zijn bezig met jou zieke deel. Dat moet genezen, dus je moet heel erg klachtgericht bezig.

Fijne oefening die je eventjes kan doen,

Zelfbeeld

Terwijl je toch ook wel hoort van mensen met borstkanker van dat ze dan heel erg dat zelfbeeld aan de slag gaan. Dat je je borsten bent kwijtgeraakt ja.

Ruimte en houvast

Dus ruimte bieden aan dat wat er is, houvast, ja, en vervolgens zo kijken of ik iets kan aanreiken van wat er op dat moment nodig is. Dus ook die houvast bieden in een bepaalde techniek. Een thema in een opdracht wat passend is bij dat moment. Een verhaal aanbieden waar iemand zich mee kan identificeren. Bijvoorbeeld er was een vrouw die vertelde dat ze door alles wat ze had meegemaakt voelde ze zich een soort van gebutst en beschadigd. En toen kwam ik op het verhaal van de steen in de woestijn. Die mag ik graag inzetten, misschien ken je het verhaal.

Die steen die in de woestijn ligt die door alle weersomstandigheden nou ja gevormd wordt die hitte die gloeiendhete, de zon, de regen die zowel verkoelend is, maar hem ook koud maakt. Die geselende wind. Daar baalt hij van maar als de bedoeïen langskomt op z'n, goede in de woestijn is en de woestijn maar kaal vindt, maar hé daar ligt een steen. Dat is geweldig die stapt af en die bewondert die steen. Die ziet die kleuren en die rondingen en dergelijke. Maar die kleuren en rondingen en die gladheid zijn natuurlijk ontstaan door die weersomstandigheden dus toen die mevrouw dit zei dacht ik van hé, dat verhaal. Dus ik vertelde haar dat verhaal, dus toen kon ze weer anders naar haar kreukels en butsen kijken. Goh ja, dit is wat mij overkomen is, dat vormt mij ook. Daar word ik niet per se een slechter mens van, misschien wel uiteindelijk word ik er een mooier mens van. Dan denk ik yes. Als je dat kan zien. Dat je inderdaad gevormd wordt door alles wat je meemaakt maar ook kan zien dat het

je een mooi, wijs mens maakt, dat is super. Dus voor verhalen gebruik ik ook dat erbij als metafoor, maar ook oefeningen aanbieden die troost en geborgenheid natuurlijk bieden. Dat iemand zich even ja, eh kan terugtrekken in een sfeer die fijn is of ja dat.

En dat een beetje vast kan houden voor dat moment, de verbinding voelen met een andere mensen

Dat als die tranen niet een oeverloze plas water zouden worden, maar dat het een beetje gekabbeliseerd zou worden, ook wat houvast, wat grond onder de voeten

omdat beide zo sterk dat gevoel gebied aanspreken, een patiënt zitten vaak zonder ontzettend in hun hoofd, vind ik heel erg aan het piekeren en aan het nadenken en dan proberen te begrijpen en aan het opletten als de arts komt van alles en nog wat. Dus ik wil eigenlijk zo veel mogelijk dat hoofd uitzetten en contact maken met het lichaam en ook contact te maken met het gevoelens gebied zodat iemand ook echt met het hier en nu kan zijn. Kan blijven. En ook omdat het ziekenhuis setting is natuurlijk vrij kleurloos, hè dus vrij wit klinisch. En dan ben ik me wel bewust van dat ik wel het verschil kan maken daar wat kleur in kan brengen

Daar moet je ook elkaar in kunnen vinden en zoveel mogelijk die eigen regie stimuleren door met elkaar een goede verbinding te hebben kun je al zo veel bieden.

Aanbod

Algemeen

ongeveer 10 sessies en één sessie is ongeveer 60 minuten

Nou we hebben afgesproken dat we alle oncologie revalidanten sowieso een proefsessie krijgen

Dat ligt eraan hoe iemand zit qua vitaliteit. Meestal zo rond de drie kwartier en daar omheen bereid ik de materialen nog voor. Vaak heb ik daarvoor dan al eventjes een beetje afgestemd van hoe gaat het en in het dossier. Materialen, schoonmaken, klaarleggen en na afloop ook weer schoonmaken. Je bent er ongeveer drie kwartier, meestal aan het werk, en het kan wel eens iets langer duren als er heel veel emotie komt. Het kan ook wel eens korter zijn als ik merk dat iemand gewoon niet aan kan. Dat hij moe is, pijn heeft of er komt ineens iets tussendoor van behandeling of er komt bezoek dan gaan we verder, maar zo'n driekwartier.

En ze is ook maar vrij kort bij mij geweest. Ik denk zes keer en

Nou ik, komt het getal 6 in me op gemiddelde.

Het kan wel eens zijn dat iemand echt maat 2 à 3 keer bij mij komt. Het kan ook zijn dat iemand een wat langere periode heeft, dan met wat tussen poses van af en toe een week als ze af en toe behandelingen hebben.

Weet je dat het af en toe wel 12 keer kan zijn, maar die revalidatie trajecten zijn vaak gewoon wat kortere trajecten.

Dus dan is iemand maximaal 12 keer bij mij. Dat is wel, ik denk dat dat dan veel is voor, ik denk dat dan mensen vooral korter, ja. Dus dat is denk ik een keer of 6.

Er zijn patiënten die ik één keer zie. Zijn patiënten die ik gewoon misschien wel 20, keer zien ofzo.

Het is heel wisselend, het ligt er ook maar net aan op welk moment worden ze aangemeld? Heeft iemand bijvoorbeeld z'n, eerste kuur, één en ander ziekenhuis gehad of op de poli en komt iemand alleen voor stamcellen. Dan is het maar heel kort, maar er zijn ook patiënten die dus de eerste keer, tweede kuur, stamcel kuur. En misschien ook nog een keer als er bijwerkingen zijn voor je moeten worden opgenomen. Reactie op de stamcellen, hè dat kan versus host, heb je wel is, soms als iemand een recidive heeft, dus als het weer terugkomt, en dan heb je soms hele lange trajecten. Maar het kan ook kort zijn. Soms sluit het ook niet aan. Of probeer ik het steeds en is het eigenlijk toch niet iets wat waar die patiënt op zit te wachten? Wat misschien wel de verpleegkundige heel erg vond

passen, maar de patiënt misschien niet of wat gewoon niet past binnen het hele opname traject, het behandeld traject. Dus, het is zo wisselend het is bijna geen goed antwoord te geven.

Maar niet gelijk. Niet dat iemand iets per sé op die manier moet doen want dan metsel je het helemaal dicht, hè, dan wordt het iets wat vast is. Het is juist interessant ook om te kijken als iemand weggaat gebeurt er dan allemaal met en mag daar ruimte voor zijn. Ik denk dat dat goed is, dat er ruimte voor is, maar het moet niet zo zijn dat het dat iemand valt of zo.

Ja, iemand mag wel een soort van struikelen, dat kan ook werkzaam zijn, maar hij moet niet plat op zijn gezicht gaan, bij wijze van spreken. Dat is ook niet de bedoeling. Dus ik probeer daar wel op te letten. Wanneer ik iets wel of niet doe, dus dat pas ik voortdurend in mezelf aan. Ik zal ongetwijfeld wel een keer misgrijpen natuurlijk.

Daar ben ik wel alert op, daar probeer ik wel goed zicht op te houden. Van wanneer ga ik het in of wanneer stuur ik bij. Dat is een beter woord denk ik en wanneer niet, maar ik vind het juist interessant om dingen te laten ontstaan, want dat ontstaat niet voor niets. Dan mag je ruimte voor zijn, dan kunnen we het er over hebben. Ik denk dat ook op zich best wel interessant is wat ontstaat er, wat wil gezien en gehoord worden ook en daarna kunnen we dan aandacht aan besteedden op dat moment.

Ik heb daar mee geëxperimenteerd om er bijvoorbeeld een pakket van te maken van zeven keer, bijvoorbeeld. Bij mij is dat niet gelukt om aan de man te krijgen.

Het is niet, ik bied niet een vast geheel van sessies aan. Dat hebben we dus geprobeerd, maar dat lijkt niet aan te slaan. Dus ik kijk gewoon hoe het gaat en de één heeft er zes nodig, sommige hebben er tien nodig. Ik heb ook wel eens dat het 12 is. In het ehm zeldzame geval heb ik ook wel eens iemand een jaar gehad.

Ik heb zelfs twee keer iemand gehad die een jaar is geweest, ook wel iemand met ook wel meerdere maanden, maar ik denk dat gemiddeld zo'n, 10 à 12 keer.

Het wisselt, een beetje per persoon. Ik heb niet een afgebakend geheel en dat we daarna evalueren en kijken hoe het verder is.

Ik heb daar niet een vast aantal voor het wisselt een beetje tussen de ja, ik denk 6 en de 12 en daar een beetje tussenin.

Ja, dat zeker, want de is echte niet te vergelijken met de ander. Dan denk ik soms wel eens van oh, dat is wel serieuze materie daar konden we wel eens tijd voor nodig hebben. Dus ja, ik vind het heel persoons- afhankelijk en wil mij daar ook niet vast in zetten. We kijken gewoon hoe het gaat – en ik ga er eigenlijk vanuit iemand is welkom zo lang als het nodig is, zo lang als nodig is – en dat zal bij de een zus zijn en bij de andere zo. Inderdaad heel persoonsafhankelijk. Wie is deze mensen? Waar komt die mee? En ik wil eigenlijk alle ruimte bieden om het zo te laten gaan zoals het kennelijk past of nodig is. En als ik denk dat het niet meer past of dat het voldoende is, dan heb ik het daarover met de client. Vaak liggen we wel vlak bij elkaar daarin. Het blijkt dat we allebei al een beetje zitten te twijfelen van hé moeten we nog verder gaan. Zo ja, hoe dan komt er iemand nog één keer per maand of zo, en voelt van het luk dat met die tussenpozen. Dat gaat goed.

Maar ik wil niet gaan betuttelen,

Module/methode

Nou ik heb een module ontwikkeld van

Niet ongeveer die is 60 minuten.

Dus mensen hebben handvaten, techniek en aanleiding nodig om tot werken te komen. Dat is eigenlijk het belangrijkste.

Waar de eerste drie keer gaan over vertrouwen opbouwen, mensen moeten aan de slag. Mensen zijn bang om aan de slag te gaan. Vooral mensen die zoiets heftigs hebben meegemaakt als kanker, die durven bijna niet meer zo erg in beweging te komen. Die zijn eigenlijk een beetje verkrampd kun je zeggen, die hebben zoiets van, in ieder geval weten ze dat ze een heleboel verloren hebben maar dat ze niet weten wat er allemaal nog kan en je wilt de mensen naar die beweging toekrijgen dat er nog veel dingen kunnen en daardoor moeten ze in beweging komen. Dan moeten ze in mijn therapie letterlijk iets gaan maken. Ze gaan elke sessie wil ik dat ze succes ervaringen hebben, ze het gevoel hebben, ik wist niet dat ik dit kon, maar ik kan het. En dat is wat mij betreft heel essentieel om weer vertrouwen terug te krijgen in de toekomst en je eigen kunnen.

Dus dat is over het algemeen het allerbelangrijkste van die module, dat mensen weer vertrouwen terugkrijgen in hun kunnen. Ten tweede wil ik ze na die drie keer, die drie keer zijn daar onderdeel van, de eerste drie sessies eigenlijk die staan vast. Dan komen er iets van vijf sessies over emotie en over hoe die emoties zijn geraakt door de kanker en hoe mensen daarmee omgaan. Daar volg ik, vijf sessie heb ik daarvoor om dat uit te werken met mensen. Dat is natuurlijk heel op maat, voor de een die heeft vooral heel veel last van angst en die moet daarmee leren omgaan en de ander heeft last van verlies of verdriet en die moet daarmee leren omgaan. Dus dat is heel specifiek voor het doel waarmee iemand komt. En dan de laatste twee sessie gebruik ik eigenlijk om te evalueren, om dan te kijken naar wat heb je hier nou geleerd, wat wil je meenemen, wat kan je gebruiken. En de allerlaatste sessie, dus sessie negen doe ik als evaluatie en sessie tien hang ik alle werkstukken op en zet ik ze neer, komen mensen vaak met hun partner. Dat vind ik eigenlijk ook erg belangrijk, omdat in alle behandelingen voor kanker mag iedereen altijd mee, nu met corona is dat natuurlijk wel een beetje anders, maar in principe als iemand moet bloedprikken of als iemand onder een scan gaat weet je hun naasten staan er altijd op een paar centimeter afstand bij.

Traumabehandeling

En ja dan, dan kan dus eigenlijk een soort trauma traject, bijna wel zo'n vorm van therapie, of kan helpen.

Hier en nu en contact maken met het lichaam

Of werk wat een hele fijne uitlaatklep is voor veel mensen is werken een hele fijne uitlaatklep, ja, ook daar mee leren omgaan het gewoon het leren omgaan met dat je geen zekerheid hebt dat je moet afwachten. Dat je geen controle hebt, dat je gewoon niet weet hoe het verder gaat, dus het is heel sterk terugwerpen op het hier en nu is een grotere hoeveelheid vormen van stress en levensvragen alles gekoppeld daaraan

Het eerste stuk zit je veel meer op overleven. Hier en nu

Ik denk ruimte bieden. Dat dat wat is ruimte bieden, houvast ook. Het bevestigen dat het normaal is. Ik vertel regelmatig dat wat mensen voelen normaal is.

Samen werken

Ja waar laat je het en ik denk juist dat we met z'n tweeën bezig zijn. Dat helpt voor de patiënt nog beter denk ik.

En ook omdat je samen iets doet – ik zeg ik van ja – je was al zoveel alleen hier. Dit hele traject doe je eigenlijk gewoon een heel eenzaam traject, laten we dit dan gewoon samen doen.

opdracht en soms doe ik ook mee dat iemand dat vervelend kan vinden dat ik op de vingers zitten kijken. Ik doe dan mee en iemand kan ook aan mij een beetje afkijken van goh. Ik ben niet zo bekend met deze techniek. niet hoe doet Wike dat kunnen ze beetje afkijken

Komt goed en ik doe mee en want ik doe vaak ook mee, want er is tenminste iets wat ze niet alleen doen samen.

Het volgen van de cliënt

Wat kan iemand steunen op dat moment? Daar speel ik op in qua opdrachten en materiaal.

heeft gehad, maar ik kijk ook naar de mensen zelf. Wat heeft die nodig? Dus ik kijk niet alleen van oké, deze mensen komen hier omdat hij kanker heeft of heeft gehad, maar ook meer naar een totaalplaatje. Wat speelt er nog meer bij deze mensen en wat heeft hij dan nodig

Je moet je plan à la minuten kunnen bijstellen, je maakt een plan voor de dag zelf of op het moment zelf en zelfs dan moet je nog kijken van. Kan dit wel, want iemand kan s ochtends nog denken. Vanmiddag is prima en die die middag kotsmisselijk zijn en denken. Dit gaat worden dus ja, dat kan heel erg verschillen. Maar soms merk je wel dat een bepaalde materialen heel sterk bij iemand past. Ook altijd wat ik ook altijd zie is: je moet eerst op het fysieke kloppen, dus het materiaal moet op het fysieke aansluiten en als daar iets meer bodem is, stabiliteit en rust begint te komen. Dan komt er vaak pas ruimte om emoties te uiten. Als die een beetje zo eruit zijn, dan komen ze vaak ook met de ik gerelateerde onderwerpen, levensvragen, wat wil ik, wie ben ik en waar wil ik naartoe. En dat kan soms in één sessie als zitten waarbij je misschien mensen buiten zo'n ziekenhuis setting weken over doet, kan in deze setting gewoon in één sessie. En dat is natuurlijk heel intens, maar ook voor de therapeut.

Ik heb niet echt een vast stramien ik kijkt vooral naar wie is deze mens en ja die heeft dan vaak ook dan kanker of gehad, maar vooral naar mens, en daarna laat ik me door inspireren, krijg ik een gevoel bij van welke technieken is hier het meest passend. En daar bedenk ik, zoek ik dan de opdracht mee met die niet techniek, dus ik heb eigenlijk geen vast, nee. Dat zou ik soms wel eens graag willen, want dan heb ik daar ook een houvast aan. Mij, nee, ik denk inmiddels van nee, dat past niet. Mensen zijn niet standaard.

Dus ik kijk eigenlijk steeds per persoon weer naar wie komt er, wat heeft deze persoon nodig en dat kan dus heel goed zijn dat de een zus nodig heeft en de ander zo.

Ja, het is een beetje meebewegen, aanvoelen of aftasten, ik hoe dat dan zo gaat dus. En als het nodig is dan onderneem ik wel iets, ongeacht wat ik dan op dat moment passend vind.

Ja, ja, ik denk dat de grootste richtlijn is dat ik de mens volg, de revalidant.

Tuurlijk gebruik ik ook mijn intuïtie, maar het is heel erg aansluiten bij waar wat de behoefte van hem of haar is van dat moment.

En dan werken we eigenlijk best wel van beeld naar beeld, dus als dat al een richtlijn is dan denk ik dat dat hem is. Dat je echt per week samen kijkt waar zijn we mee bezig, wat wordt de volgende stap, wat gaan we nu doen?

Gaan we het uitbreiden of gaan we het verhalen. Gaan we het inlijsten.

Dan kijk ik vaak van joh, hoe zit iemand qua vitaliteit. Zitten de emoties heel hoog en wil iemand merk ik dat iemand behoefte heeft aan ontladen van die emoties dan pak ik vaak pastelkrijt en de opdracht die ik het liefst is dan gewoon niet denken doen je handen.

Dan kijk ik vaak van joh, hoe zit iemand qua vitaliteit. Zitten de emoties heel hoog en wil iemand merk ik dat iemand behoefte heeft aan ontladen van die emoties dan pak ik vaak pastelkrijt en de opdracht die ik het liefst is dan gewoon niet denken doen je handen. Weten het wel

want toen had ik met haar al best wel basis en ik merkte dat ze enorm hoog in de emoties zat en toen zei ik: kom maar binnen en toen. Ze had echt een huildag.

Toen zei ze misschien wel goed om te gaan tekenen, maar ja het lukte haar gewoon niet. Ik zei: joh: laten we gaan scheuren wat kan jou het schelen. Ze ging scheuren en toen kwamen er nog meer tranen. Scheuren stimuleert ook tranen, maar de moeder was daar die kon haar heel goed troosten.

Zit natuurlijk ook een beetje dan met die afstand, want het is niet zo lang geleden, maar het was wel heel goed, het luchtte wel op. Ze wilde die snippers ook bewaren en dan gingen ze met haar handen er zo doorheen dus ook weer even dat voelen. Dus toen dacht ik, ja dit, dit kan het ook zijn. Ja.

Dat je echt tijd hebt voor de mensen. Dus dat vinden mensen prettig. Dat geven ze ook aan dat ze dat belangrijk, het contact, het luisterend oor. Dat je gewoon bijna een uur voor iemand hebt en geen haast, weet je wel zo. Dat vinden ze heel fijn. Dat je dan flexibel bent in wat je aanbiedt en wat ze nodig hebben. Dus als ze een keertje niet bezig willen zijn beeldend en het is mooi weer en je gaat even naar buiten, dat vinden ze heel fijn. Dat heb ik ook wel positieve feedback op gekregen. Ja, ik denk, ja over het algemeen is het wel positieve feedback. Vinden mensen het heel fijn dat ze dat extra's krijgen aangeboden.

Imaginatie box / verhalend werken

Gehoord dat ze ook wel veel werken vanuit een of andere imaginatie box.

Dat mensen daar ook wel mee werken. Ook met voorbeeld kaarten en daar dan verhaal bij bedenken en heel erg dus ook visualiseren van mooie plekken enz.

Ik kan me ook voorstellen dat dat ook helpen is als je veel last hebt van pijn.

En misselijkheid en al die dingen en dat het mooi is om iets te visualiseren.

Dus voor verhalen gebruik ik ook dat erbij als metafoor, maar ook oefeningen aanbieden die troost en geborgenheid natuurlijk bieden. Dat iemand zich even ja, eh kan terugtrekken in een sfeer die fijn is of ja dat.

Materialen

toen ze bij mij kwam en ik gaf haar die klei opdracht

En door ondertussen ook met handen bezig te zijn en denk daarbij zo sterk aan pastel en uit te wrijven

Daar heb ik met pastels gewerkt

Dat betekent dat je niet met hele intensieve materialen kan werken dus je moet met de snelle materialen werken. Dus ik werk met klei, met verf, met collage materiaal, met klei. Soms is het materiaal vrij als mensen al een paar basistechnieken kennen voor mijn opdrachten, dan kunnen ze dat ook kiezen. Eigenlijk moet je zien dat de opdracht die ik geef altijd een soort van opstapje voor iemand om zich te kunnen uiten. Stel je voor dat er iemand binnen komt die al heel veel ervaring heeft met beeldend werk en zegt ik wil eigenlijk heel graag nu met acrylverf werken dan is dat prima, weet je.

Dus toen kwam ik op klei uit, maar dat doe ik echt niet bij iedereen.

Ik bied heel vaak een nat-in-nat schildering

dus bij haar heb ik met klei gewerkt, maar iemand die bijvoorbeeld weer wat meer moeite heeft met emoties die bied ik weer bijvoorbeeld aquarelverf aan met weer een andere bied ik pastels aan dat dat wat meer houvast geeft op die kleur beleving.

kunstzinnigheid dat je dan niet kiest voor iets vast of hard zoals klei, daar kies je in eerste instantie niet voor, maar iets met kleuren, iets stromends, iets makkelijk.

Ja. Ik gebruik eigenlijk heel veel pastels en aquarelverf,

Denk ik gebruik ik wel eens viltstift, enkele keer klei, maar ook niet op de hematologie.

Nou, dan gaan we ook met klei aan de slag Soms ook met wol van wol vilten, dus nat vilten of soms een keer prik vilten.

Ehm en ik heb ook wel eens met een patiënten zijn gewoon papier, gaan scheuren

Ja, dus in de opname als gedurende de is het vaak pastel en aquarel.

Oncologische revalidatie

Fase

In isolatie

Maar de mensen op de hematologie liggen er over het algemeen lang en die zijn dan voor weken achtereen opgenomen. In isolatie kamer, dus dan mag je je kamer niet af en degene die er Inkomen, dat is ook allemaal heel goed gereguleerd, mag geen raam open. Je leven staat echt op dat moment gewoon stil en draait alleen maar daarom, dan gebeurt er heel veel medisch, maar ook emotioneel.

Ja, die isolatie kamer, helpt er ook bij. Ik heb wel eens. Ik heb wel eens het idee dat doordat je in zon isolatie zit, je bijna een soort cocon waarin een rups gaat, de cocoonen of een soort de baarmoeder gevoel. Het klinkt een beetje gek, maar je zit opgesloten, je moet afwachten, je moet het maar laten gebeuren. Op een gegeven moment mag je eruit. Dat je ja, die isolatie kamer geeft ook een soort bescherming ofzo. Soort en daar mag ik even bij. Ik mag even in iemand z'n eigen plekje eigen ruimte komen. En mensen zijn tuurlijk sowieso door chemo al heel kwetsbaar.

Tijdens de behandeling

en hier is het echt al tijdens de behandeling. Iemand kan vandaag de diagnose krijgen en een uur later sta ik er kan ik iets betekenen

Chronisch

heel vaak is kanker ook alweer soort van chronische ziekte geworden he dat je altijd kanker blijft hebben, maar dat je nog heel veel jaren door kan is het heel fijn om te ervaren wat je gezonde deel is

Na de behandelingen

Nee ze zijn echt klaar met de acute behandelingen. Natuurlijk hormoontherapie, dat is ook een behandeling, die gaat jaren door.

Vervolgonderzoek

Vaktherapie binnen revalidatie

Oncologische revalidatie, daar is nog niet zo veel van in Nederland en helemaal niet qua vaktherapie als in het programma zit.

Maar goed, dus het is heel interessant en er is nog heel weinig bekend van, in Nederland dan, wat er van die revalidatie patiënten hoe dat zich in de praktijk verbeterd.

En omdat er nog zo weinig vaktherapeuten in revalidatieprogramma's werken.

oncologische revalidatie is nog niet zo oud.

Zeg maar vijf jaar geleden ofzo, denk ik, toen heeft de regering gezegd, als je iemand behandeld met kanker, dan moet je ook iemand een nabehandeling geven. Je moet iemand ook helpen met de gevolgen daarvan. En toen is eigenlijk oncologische revalidatie ontstaan. Ik denk dat het iets langer is dan vijf jaar, maar dat betekent dat dat nog echt recent is.

Het is natuurlijk vrij uniek dat in het AVL er een vaktherapeut is en wat meegenomen wordt in het revalidatieprogramma.

Maar het is nog summier, dus het is ook heel onbekend. In het buitenland is het veel bekender, dat heb je vast ook wel in onderzoeken gelezen.

Niet iedereen is fit genoeg om dat te revalideren, dus nu zijn we er wel veel beter in ook de zorg, omdat ze weten we krijgen oncologie binnen dat je anders omgaat met die mensen dan de standaard revalidant.

Naasten

Maar in de revalidatie gaat de deur dicht voor de naasten. Die naasten snapt soms ook niet zo goed waarom dat nog allemaal nodig is, ik bedoel waarom moet je nou nog allemaal meer naar dat ziekenhuis je hebt geen behandeling meer. Die naaste kan zich net zo rot voelen als die patiënt, die heeft natuurlijk ook heel veel meegemaakt. Dus ik vind het heel belangrijk om die naasten erbij te betrekken.

En dat is ook nog echt ook een open plek binnen de oncologie weet je, om iets te doen met die naasten. Ook patiënten waarderen het ontzettend hoor als de naaste niet vergeten wordt weet je wel. Ja, zeker. Dus dat zou ook nog leuk zijn om als vaktherapeuten te ontwikkelen weet je. Wat voor effect dat heeft op het herstel van een patiënt als die naasten ook meer begeleiding krijgen.

Nou, die zou ik wel wat vaker willen zien. Die zie ik niet zo vaak en dat is ook het euvel wat ik merk in het inloophuis. We zijn er zowel voor de mensen met kanker als voor diens naasten en partners, maar die zien wij bijna niet of ze hebben de behoefte niet dat kan, wat ik mij afvraag, want ik ben bijvoorbeeld lid van een facebookgroep voor de naasten van specifieke iemand die kanker hebben, zodat je naast elkaar ook een lotgenoten platform hebben – en ik zie daar wel degelijk een enorme bezorgdheid – heel veel verdriet in de hele groep en ook angst om de ander te verliezen, dus ik zou ze zeker graag ook hier zien op het moment dat iemand daar behoefte aan heeft, maar bijna niet nee.

Dus ik weet dat die naasten er zijn, die zijn ook van harte welkom. Maar ik zie ze niet, en dat kan zijn omdat ze niet weten dat er hulp is.

Ik denk dat daar nog steeds iets te doen is om dat meer bekender te maken dat er vormen van hulp zijn voor deze mensen en dat ze daarop gewezen worden volgens mij wordt er te weinig op gewezen dat dat er is en dat er meer hulp beschikbaar is dan dat je denkt.

Ze zullen hier en daar gaan Googlen, maar er zullen ook heel veel zijn die dat niet durven omdat het te veel info is. Het is te confronterend. Ik denk wel dat er gecommuniceerd moet worden dat als je behoefte hebt aan hulp, veel steun en begeleiding dat die er dus is.

Maar waar vind je die dan? Dat weten veel mensen denk ik niet. Mij ervaring is ook dat ze het verwachten te horen van hun oncoloog of huisarts, maar die lijken het ook niet te weten. Ze communiceren het niet.

Ervaring cliënten

Algemeen iets bereikt bij de cliënt

Nou, dat, daar had ze zo veel aan dat daar haalde ze zoveel kracht uit dat. Dat dat was zo positief voor haar,

Ja eigenlijk als je al iets merkt dat? Het kan ook zijn dat iemand zich op dat moment even wat minder pijn heeft gehad. Even zich wat minder misselijk voelde of zelfs even helemaal een beetje naar de achtergrond is verdwenen of als iemand daarna lekker kan slapen ja of een leuk momentje met familie samen dat vooral als er iemand op bezoek is, dat moeder en dochter samen aan tekenen of schilderen, zijn ook weer even een andere ervaring van het ziekenhuis eigenlijk iets heel kleins kan nog genoeg zijn.

Ja, dat is het mooie van beeldende therapie inderdaad. Je laat echt iets achter, en dat kan dus ook heel veel betekenen voor het hele familiesystemen.

Wat ik voor feedback verder krijg is vooral ook wel op de aandacht die ik ze geef, dat ze dat heel positief vinden.

Als ik er dan niet ben geweest en dat ze dan tegen Marcella zeggen "Oh ja, ik heb het zo fijn gehad" en dat hoor ik dan terug van collega's hoe ze het dan hebben gehad en wat het heeft geboden. Het mooiste compliment natuurlijk, als je nog in een boekje of uiteindelijk dan op een rouwkaart je naam ziet. Dan weet je het echt veel heeft betekend.

ze heeft nu het gevoel van, nou ik ben er misschien niet helemaal, maar ik kan wel weer op eigen benen verder en dat is precies waar het om gaat.

van hé joh ik hoor hele enthousiaste verhalen over jou en de beeldende therapie. Dan denk ik, Yes dat is het en die mevrouw ervaart daar kennelijk heel veel aan. Ik denk, dat vind ik super en ook die die dus die dame waar ik het net over had die een kommetje en dei scheuren die die cracks met zilver en goud heeft geverfd en na zes keer eigenlijk alweer losloopt en het gevoel heeft van ja, ik kan er, ik voel mij nu krachtig genoeg meer om zelf de draaien op te pakken en zelf ver te gaan in mijn leven. Die zag ik ook elke keer als ze iets had gemaakt of ontdekt ook met zo'n big smile van, oh, zo. Ja, je ziet het gewoon aan iemand zijn gezicht als er een kwartje valt, als daar een lichtstraal doorbreekt. Een andere mevrouw ook die gaat hier toch steeds een beetje krachtiger de deur uit steeds als dat ze gekomen, is.

Dus het is, ik vind het een hele, mensen ervaren het vaak ook als een constructieve therapie. Dat het iets oplevert.

Mensen zeggen ook heel vaak aan het eind: ik vond het ontzettend leuk. Dat je echt denkt nou volgens mij toen je erin zat vond je het niet altijd leuk wat ik deed, maar ja wordt heel vaak leuk ervaren. Ja.

Die heeft daar ook veel aan gehad. Letterlijk ook houvast zij hij, maar vooral ook doordat, doordat die dat aan durfde en ook kon dat reflecteren, had ie gewoon duidelijk van. Oké, dit is wat mij overkomen is. Hij ontdekte bijvoorbeeld ook dat het werk wat hij deed had een hoge functie in de financiële wereld, maar ontdekte ook in dit geval van ja maar dit ga ik echt niet tot mijn pensioen doen. Ik ben er goed in, ja, dat klopt. Maar als ik nou diep in mijn hart kijk, vind ik dit ook heel fijn werk. Eigenlijk niet. Dus we hebben gekeken wat zou je dan? Wat zou je dan echt willen doen? Waar ligt je hart? Toch dan liever bij mensen werk, met mensen werken.

Elke keer als ze daarnaar kijkt dan voelt ze die verbinding daarmee en met die workshop wat ze daar beleefd heeft. Dat doet haar goed. Dat troost haar. Het geeft een gevoel van kracht.

Ontspanning en afleiding

Ja, maar echt de grootste hulpvraag is afleiding en ontspanning.

Zelfbeeld

een mevrouw voor het eerst en die zei, die had een tekening gemaakt als eerste en zij was helemaal emotioneel ervan ze zegt, het is eigenlijk dat ik mezelf zie in de spiegel, maar zonder worden en niet als spiegel snap je? Dus ze zag zichzelf alleen op een heel andere manier dan voorheen.

van ja dit ben ik weet je dat mensen zichzelf herkennen.

van een vrouw van 57. Creatieve therapie heeft mij spelenderwijs bewust gemaakt van mezelf. En een mevrouw die zei, vaktherapie is op een zachte manier in de spiegel kijken.

Verrast

Het proces vertrouwen is spannend, maar als mensen dat eenmaal gaan doen dan, dan zijn ze vaak heel verrast over wat ze zelf eigenlijk kunnen. Wat ik heel leuk vind, is bijvoorbeeld de feedback van zo'n vrouw die voor het eerst komt en zegt

Negatieve feedback

Ik probeer altijd wel iets te vinden wat echt nog wel aansluit, maar soms klikt het niet of vinden ze het gewoon, is het gewoon niks.

Familiesysteem

vanaf het eerste moment heb ik heel veel voor die vrouw kunnen betekenen en dus blijkbaar in heel dat familiesysteem. Uiteindelijk kwam het terug en uiteindelijk is ze ook overleden en mocht ik ook op de uitvaart komen, crematie. Ik had helemaal niet in de gaten. Ik heb gewoon mijn werk gedaan. Ik heb ook geprobeerd het hier te laten, het achter me te laten, niet mee naar huis te nemen, wat best lastig is als het ook een vriendin van je is. Nou ja, het was me aardig gelukt. Tijdens de crematie kwam er best veel van de beeldende therapie naar voren: in verschillende speeches.

Ja, want het heeft haar dus handvatten gegeven om het aan haar kinderen en kleinkinderen uit te leggen wat ze voelde bij bepaalde beelden die betekenisvol waren. Dat dat beeld ook op de rouwkaart is gekomen die voor haar heel betekenisvol was. Haar kleinkinderen zaten dan als vogeltjes in een boom zeg, maar zo erin. Er was ook zo'n tekening met vliegers dat en ik zag dat mandje waar ze in lag met ballonnen. Toen dacht ik hé, dat was toch iets met vliegers? Weet je nog die tekening met die vlieger? ja, zijn dat die ballonnen? Ja zegt hij dat is een beetje het idee dus die tekeningen schilderijen hebben zo veel betekent in haar proces van rouwen en loslaten, en dus daarna ook voor heel haar familie en ook tijdens ook weer in het hele proces van.

Literatuur

Doelgroep/problematiek

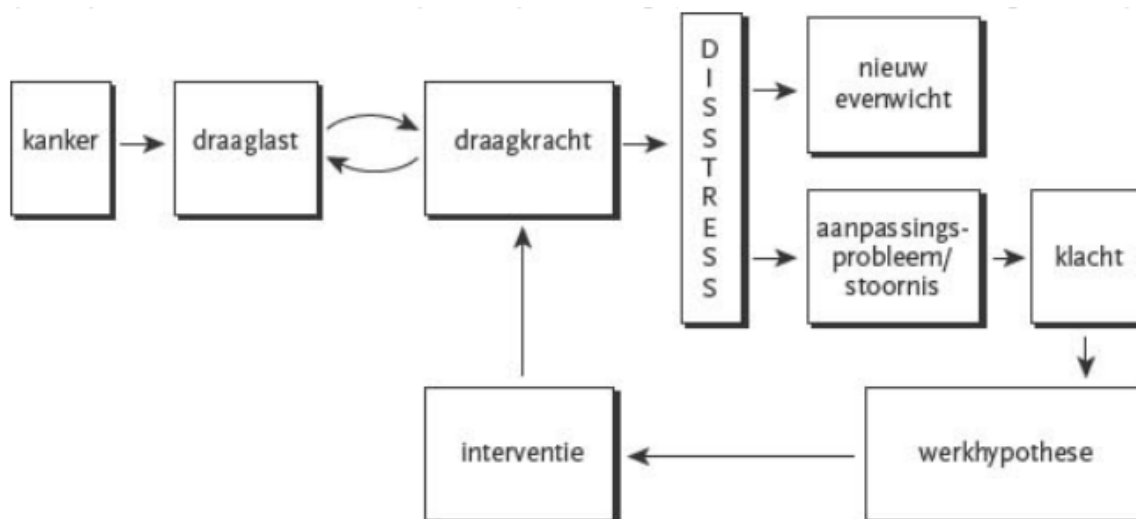
Algemeen

Distress

De eerste reactie die vaak ontstaat wanneer iemand hoort dat hij/zij kanker heeft is de angst om dood te gaan (Van de Velde et al., 2017). Deze angst valt onder de distress die 43% van de vrouwen met kanker ervaren (Radl et al., 2018). Ook bij mannen met kanker wordt benoemd dat het gehalte van distress continu hoog aanwezig is (Saw et al., 2018). Voor het woord distress is geen passend Nederlands woord. Distress betekend 'een op meerdere gebieden onplezierige emotionele ervaring van psychologische, sociale en/ of spirituele aard'. Onder distress bij kankerpatiënten vallen de problematieken met betrekking op depressie, angsten, paniek, sociale isolatie en existentiële en spirituele crisis (Radl et al., 2018).

De meerderheid van de patiënten ervaart meteen na de diagnose psychosociale- en verwerkingsproblematiek, voornamelijk in het eerste jaar na de diagnose. De prevalentie van de angstproblematiek en depressie nemen na dit eerste jaar af. De psychosociale problematieken met betrekking op een negatief zelfbeeld, seksualiteit en de angst voor de terugkeer van de ziekte kunnen echter langer dan een jaar aanwezig blijven. De patiënten met een laag inkomen, jonge borstkankerpatiënten, patiënten waarbij er sprake is van comorbiditeit en patiënten die voorafgaand aan de diagnose al kwetsbaar waren vormen de risicogroep tot het verder ontwikkelen van psychische problematieken (Integraal Kankercentrum Nederland, 2019)

Volgens De Haes et al. (2017) is het voor het begrijpen van de psychische klachten goed om het draaglast-draagkrachtmodel erbij te gebruiken. De confrontatie die de patiënt heeft met de kanker brengt namelijk een enorme draaglast met zich mee. Zoals al eerder benoemd wordt de spanning en stress die wordt veroorzaakt door de ziekte van kanker ook wel distress genoemd. In de figuur 5 hieronder wordt het overzichtelijk weergegeven (De Haes et al., 2017).

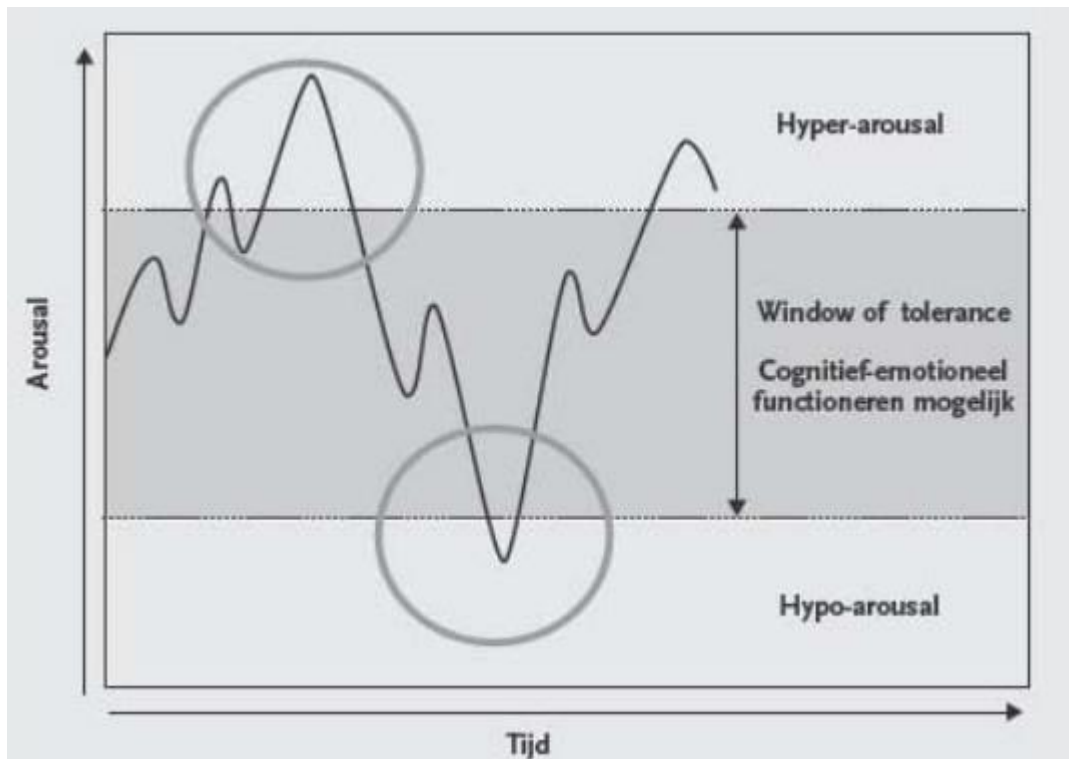


Figuur 5: Draaglast- en draagkrachtmodel (De Haes et al., 2017).

Door in kaart te brengen op welke manier de ziekte invloed heeft op de draagkracht van de patiënt, zal duidelijk worden rond welk aspect in het ziekteproces de problematiek is ontstaan (De Haes et al., 2017).

De window of tolerance zou een passende vorm zijn om de stress die ervaren wordt rondom het ziekteproces en wat eventueel stress verminderend zou kunnen zijn weer te geven. Het raamwerk geeft een bandbreedte weer van het vermogen om cognitief te functioneren en emoties te kunnen verdragen. De problemen met betrekking op het aanpassingsvermogen kunnen worden gezien als een chronische toestand van emotionele ontregeling (hyper- of hypo-arousal). Hierbij zijn patiënten

niet meer in staat de eigen draaglast in zijn eigen situatie te integreren. Bij iedereen verschilt deze window of tolerance, dus ook bij kankerpatiënten. Sommige mensen kunnen veel aan en andere mensen raken sneller ontregeld. Temperament, genetische invloeden en hechtingservaringen hebben invloed op de bandbreedte van de window of tolerance. Om inzichtelijk te krijgen welke bandbreedte de kankerpatiënt heeft is het handig om deze window of tolerance te gebruiken (De Haes et al., 2017).



Figuur 6: Window of tolerance (De Haes et al., 2017).

Complexe situatie

Ongeveer een derde van de opgenomen kankerpatiënten en een kwart van de poliklinische kankerpatiënten ervaart psychologische comorbiditeit (Gil Moncayo et al., 2008; Singer et al., 2010).

Verlies en moeite met acceptatie

In het onderzoek van de Velde et al. (2017) wordt benoemd dat binnen deze doelgroep ook verwerkingsproblemen voorkomen.

Vermoeidheid

Uit onderzoek komt naar voren dat vermoeidheid voorkomt bij 70 tot 80 procent van de patiënten met kanker die in behandeling zijn. Bij mensen met gemetastaseerde kanker komt vermoeidheid bij 50 tot 75 procent voor. Daarnaast is 20 tot 30 procent van de mensen die klaar zijn met de behandeling langer dan een jaar ernstig vermoeid. Fysieke en psychologische revalidatieprogramma's kunnen bijdragen aan een vermindering van de vermoeidheidsklachten (Van de Velde et al., 2017).

Depressieve klachten, verdriet, sociaal isolement

Uit het onderzoek van Burgess et al. (2005) en Thyme et al. (2009) komt naar voren dat 50% van vrouwen met borstkanker last hebben van een depressie en/of angststoornis. In dit onderzoek komt ook naar voren dat langdurige depressie en angstklachten leiden tot een korter leven (Burgess et al., 2005). 91% van de mensen met kanker geven aan klachten te ervaren met betrekking op zich zorgen maken (43%), nerveusheid (33%), somberheid (36%) en prikkelbaarheid (20%) (Saw et al., 2018).

Pijn

59% van de patiënten die onder behandeling zijn ervaren pijn. Van de mensen die zijn genezen van kanker is percentage dat pijn ervaart 33%. Aan pijn zit ook een psychologisch component verbonden,

namelijk de subjectieve ervaring van de betekenis en de intensiteit van de pijn. De intensiteit van pijn hangt in grote mate samen met de kwaliteit van leven. Daarnaast kan pijn leiden tot gevoelens van angst, depressie, verstoorde slaap en een afname van sociale interacties. 40 tot 60 procent van de kankerpatiënten met pijn krijgen geen pijnbehandeling. De inzet van psychosociale interventies zoals pijneducatie, cognitieve gedragstherapie, ontspanningsoefeningen en het bijhouden van een pijn dagboek blijkt effectief te werken op de pijnreductie (Van de Velde et al., 2017).

Uit het onderzoek van Rhondali (2013) komt naar voren dat er reductie plaatsvindt met betrekking op de pijn symptomen wanneer beeldende therapie wordt ingezet. (Heeft ook betrekking op de werking van beeldende therapie)

Boosheid

Angst en spanning

De eerste reactie die vaak ontstaat wanneer iemand hoort dat hij/zij kanker heeft is de angst om dood te gaan (Van de Velde et al., 2017). Uit het onderzoek van Burgess et al. (2005) en Thyme et al. (2009) komt naar voren dat 50% van vrouwen met borstkanker last hebben van een depressie en/of angststoornis. In dit onderzoek komt ook naar voren dat langdurige depressie en angstklachten leiden tot een korter leven (Burgess et al., 2005). 91% van de mensen met kanker geven aan klachten te ervaren met betrekking op zich zorgen maken (43%), nerveusheid (33%), somberheid (36%) en prikkelbaarheid (20%) (Saw et al., 2018).

Zelfbeeld

Het seksueel functioneren is binnen het zelfbeeld een belangrijk aspect. Kanker kan problemen opleveren op het gebied van seksualiteit en het zelfbeeld. De problematiek met betrekking tot het seksueel functioneren komt met name voor bij de kankerpatiënten die een tumor hebben bij de geslachtorganen en of borstkanker hebben. Door de tumor zelf en de door de behandeling opgelopen schade leidt dat in 30 procent van de gevallen tot blijvende problematieken met betrekking tot het seksueel functioneren. Buiten de behandelingen en de chirurgie om die kunnen zorgen voor een verstoord seksueel functioneren kunnen andere mentale problematieken hierin ook een belangrijke rol spelen. Voorbeelden hiervan zijn vermoeidheid, lichaamsbeeld na amputatie, vervroegde overgang, infertiliteit, pijn, het gevoel van mannelijk- of vrouwelijkheid, **boosheid**, schaamte en angst (Van de Velde et al., 2017).

Moeite met aanpassen

De omgeving

Kankerpatiënten kunnen steun missen vanuit de mensen in hun omgeving. Bestaande relaties zoals die binnen het gezin, met de partner, ouders of kinderen kunnen onder druk komen te staan. Door de ziekte kunnen de patiënten vaak niet meer bepaalde taken uitvoeren die zij voorheen altijd deden, zoals het huishouden of het ophalen van de kinderen na school (Van de Velde et al., 2017).

Existentiële problematieken

Lindemalm et al. (2012) beschrijft dat existentiële problemen een belangrijke rol spelen in het ziekteproces van een kankerpatiënt. Problemen zoals betekenis, bewustzijn van de waarde van het leven en ook de behoefte aan natuur worden benoemd in de resultaten van dit onderzoek van Lindemalm et al. (2012).

Leeftijdscategorie en geslacht

In het onderzoek van Geue et al. (2012) kwam naar voren dat er geen significant verschil te vinden is met betrekking op het geslacht ondanks de stress en de kwaliteit van leven die gemeten is voor en na de interventie. Bij de vrouwen uit dit onderzoek van Geue et al. (2012) was een reductie te zien van distress en een toename van het zelfvertrouwen en fysieke activiteiten. Ook komt in dit onderzoek naar voren dat mannen cardiologisch-specifieke voordelen ervaren, terwijl bij vrouwen de distress afnam en het zelfvertrouwen en de fysieke activiteiten toenamen (Geue et al., (2012).

Bar-sela et al. (2007): 60 deelnemers. Interventiegroep bestaat uit 4 mannen en 15 vrouwen. Participatiegroep bestaat uit 9 mannen en 32 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 55 (25-77).

Geue, Richter, Buttstadt, Brahler, & Singer (2013): 74 deelnemers. Mannen en vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 51,5.

Geue et al. (2012): 74 deelnemers. 14 mannen en 60 vrouwen in de leeftijd van 18-55+ jaar.

Monti, et al. (2005): 191 deelnemers. Vrouwen met borstkanker met de leeftijd 21+ jaar oud. Gemiddelde leeftijd: 53 jaar oud.

Nainis et al. (2006): 50 deelnemers, waarvan 21 mannen en 29 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 51,3 jaar oud.

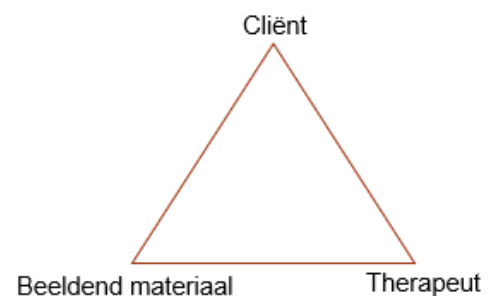
Svensk et al. (2008): 42 deelnemers. Borstkanker patiënten. De controlegroep heeft een gemiddelde leeftijd van 55 jaar oud en de interventie groep heeft een gemiddelde leeftijd van 59,5 jaar oud.

Vianna et al. (2013): 253 deelnemers, waarvan 196 kankerpatiënten en 57 patiënten met een auto-immuun ziekte. Onderverdeeld in 48 groepen. Het zijn poliklinische patiënten die chemotherapie krijgen in de leeftijd van 19-87 jaar oud

Werking beeldende therapie

Bij elke fase binnen de beeldende therapie staat de beeldend therapeut stil bij wie de cliënt is en hoe de beeldend therapeut de hulpvraag en de vormgevingsprocessen kan begrijpen van de cliënt.

Daarnaast stelt de beeldend therapeut zichzelf ook de vraag hoe het beeldend werken zou kunnen aansluiten bij de behoefte, eigenheid, problematiek of stoornis van de cliënt. Ook kijkt de beeldend therapeut naar welke invalshoek hij of zij zelf zal kiezen binnen de beeldende therapie om effectief en communicatief te kunnen zijn. Deze drie kernen staan met elkaar in verbinding en dit wordt ook wel de creatief-therapeutische driehoek genoemd (Schweizer et al., 2009).



Figuur 7: Creatief-therapeutische driehoek (Schweizer et al., 2009).

Binnen de beeldende therapie werkt de cliënt zelfstandig op aanraden van de beeldend therapeut of samen met de beeldend therapeut met het beeldend materiaal aan de doelen die zijn gesteld binnen de beeldende therapie waarbij er een balans wordt gesteld tussen veiligheid en uitdaging. Hierbij is de cliënt zelf een bepalende factor binnen de beeldende therapie. De cliënt neemt uitdagingen aan, zoekt, ontwijkt, twijfelt en vindt oplossingen binnen het beeldend werken. De therapeut ondersteunt, helpt, activeert en daagt uit en helpt binnen het beeldend werken van de cliënt zoeken naar kansen en aangrijpingspunten. De houding die de therapeut hierbij aan neemt heeft ook een grote invloed binnen de beeldende therapie. Op deze manier is alles binnen de creatieftherapeutische driehoek aan elkaar verbonden (Schweizer et al., 2009). De werkzame factoren binnen de beeldende therapie hebben dus niet alleen betrekking op de beeldend materialen, maar ook op de therapeutische houding en de samenhang tussen de beeldend materialen en de therapeutische houding.

Beeldende therapie is een ervaringgerichte therapie waarbij het beeldend werken wordt ingezet om ervaringen te initiëren die verandering, ontwikkeling en stabilisatie stimuleren of voor acceptatie van het emotionele, gedragsmatige, cognitieve, sociale, neurologische of fysieke aspect van functioneren. Het beeldend werk en het gebruik van beeldende materialen is het specifieke en unieke aspect van beeldende therapie. Binnen de beeldende therapie wordt ervan uitgegaan dat het mentaalwelzijn van de cliënt wordt geuit in het beeldend werk. Er zijn binnen de beeldende therapie meerdere perspectieven en benadering met betrekking op de kijk op hoe het beeldend werk zich precies verhoudt tot het mentale welzijn van de cliënt, namelijk psychodynamische benadering, humanistische benadering, behaviorisme, ontwikkelingsbenadering en de integratieve benaderingen. De meeste beeldend therapeuten zien vaak het mentaalwelzijn, signalen hoe te behandelen, welke therapeutische doelen en interventies er zouden moeten worden gekozen terug in het beeldend werk van de cliënt. De onderliggende veronderstelling die wordt gemaakt is dat de formele elementen in

een beeldend werk laten zien hoe de cliënten werken met de beeldende materialen om tot expressie te komen en dat dit gerelateerd is aan het mentaalwelzijn van de cliënt (Pénzes et al., 2020).

Pénzes et al. (2020) heeft de formele elementen binnen het beeldend werken onderverdeeld in zes hoofdcategoriën. Binnen deze zes categoriën zijn 17 formele elementen onderverdeeld. In tabel 5 is zichtbaar wat de hoofdcategoriën zijn en welke formele elementen eronder vallen.

Tabel 5: Formele elementen van het beeldend werk van de cliënt (Pénzes et al., 2020).

1. Shape
Geometry
Geometry refers to geometric shapes, such as rectangles, circles, and triangles. The opposite of geometric is organic.
Contour
Contour refers to the sharp edges, outlines, and borders of and between separate parts of the art product. Contour is formed by the use of sharp lines or distinct borders. Shapes are completely accentuated by lines and/or have distinct borders as if they were "cut out." The opposite of contour is pictorial, diffuse artwork.
2. Composition
Symmetry
Symmetry is formed by an optical vertical axis of the middle of the artwork. The left and right half of the art product are mirrored and are equal with regard to color and/or shape, line, or figure. The opposite of a symmetric composition is a chaotic overall composition.
Rhythm
Rhythm refers to the regular return of lines, shapes, or colors. It is a repeated pattern that can be predicted once it is recognized.
Line quality
The quality of a line is strong when it is serried, straight, sharp, and fluent. The opposite is a line that is broken, sketchy, wavered, crumbled, and cautious. To judge line quality, the quality of the lines present is observed rather than the number of lines.
Linearity
Linearity refers to the extent to which an artwork consists of lines. A line is a stripe not broader than the tip of the used tool (graphic art material) or the brush. Lines can form shapes. The opposite is a pictorial artwork that lacks lines.
Movement
Movement consists of a combination of elements, such as diagonals and overlap. Movement varies in amount.
Dynamic
Dynamic refers to the tension within the artwork. Tension is created when the artwork seems to deny the frame. This is called "a-tectonic." The opposite is an artwork that shows no tension with the frame.
3. Color
Number of colors
The number of distinct, used colors. An artwork can be very colorful and have many colors. The opposite is an artwork that consists of a limited number of colors.
Color saturation
The extent to which a color is saturated. The more saturated the color is, the less paper/canvas, etc., is apparent.
Color brightness
Bright colors sparkle and are pure and fresh, such as the green of grass, the yellow of the sun, and the blue of the sky. The color brightness of an artwork increases with the number of bright colors used. Colors that are mixed with water, white, or black (dark or pastel colors) are not bright.
Hue
Hue refers to gradience from light to dark tones of one color or grays (not different "families of color" such as greens, blues, cold or warm colors).
Mixture of color
The amount of which colors are visibly mixed. The opposite is an art product in which the colors are not mixed and applied separately.
4. Space
Filled area
Filled area refers to the "worked" space on the paper or canvas and the ratio between used and unused space.
Used space
Used space refers to the space on the paper/canvas, etc., that is used.
Suggestion of space
Space can be suggested by several techniques, such as overlap, shadow, line perspective, atmospheric perspective, and foreground and background. The suggestion of depth is created. The opposite refers to a "flat" artwork without any suggestion of space.
5. Surface quality
Texture
Texture refers to the tactile surface of the artwork. This does not depend on the used paper or canvas but can depend on the art material used and the way it is applied.

Algemeen

In het onderzoek van Linz (2014) is de aanname bevestigd dat beeldende interventies het

zelfbewustzijn en het coping gedrag verbeteren. Beeldende therapie heeft een gunstige invloed op de symptomen van angst, pijn, depressie, vermoeidheid, stress en kan de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten verbeteren. Uit het onderzoek van Geue (2012) komt naar voren dat er geen significant verschil is gemeten in de verandering van de scores van de depressieve symptomen. Wel kwam uit zijn onderzoek naar voren dat de scores met betrekking op de angsten waren afgenomen (Geue, 2012).

Om de werkingskracht en de werkzame factoren van vaktherapie beeldend te kunnen begrijpen is kennis van de werking van de hersenen niet uit te sluiten. Beeldende therapie spreekt de cliënt aan op een diep lichamelijk gewaarwordingsniveau. Hierbij spelen neurobiologische en neuropsychologische aspecten een belangrijke rol. De ontwikkelingsprocessen die plaatsvinden tijdens de behandelingen van beeldende therapie zijn geen oppervlakkige veranderingen en aanpassingen binnen het gedrag, maar gaan verder dan dat (Schweizer et al., 2009).

Verschillende gebieden in de hersenen zijn van belang met betrekking op beeldende therapie, namelijk de frontale kwab, de temporale kwab, de pariëtale kwab, de occipitale kwab en het limbisch systeem. De frontale kwab bevindt zich vooraan in de schedel. De belangrijkste functie van de frontale kwab is de persoonlijkheid en het aansturen van de motoriek. De temporale kwabben bevinden zich aan de zijkant van de hersenen achter de slaap. De belangrijkste functie van de temporaalkwab is het geheugen, taal, en auditieve informatieverwerking. De pariëtale kwab is voornamelijk bezig met het vertalen van de informatie van verschillende zintuigen en bevindt zich achter de frontale kwab. Eén van de interessantste kwabben is de occipitale kwab. De occipitale kwab is gelegen aan de achterkant van de hersenen en is vrijwel volledig gefocust op de visuele informatieverwerking. Tot slot speelt het limbisch systeem ook een belangrijke rol. Het limbisch systeem bestaat uit de hippocampus en de amygdala en wordt ook wel eens de 'zetel der emoties' genoemd. De representaties van het geheugen spelen een belangrijke rol bij verwerken en vormen van emoties. Met name de amygdala speelt hierbij een belangrijke rol (Schweizer et al., 2009).

Chapman zijn neurologische benadering van vaktherapie beeldend toont aan dat herinneringen binnen het geheugen die geblokkeerd zijn door stress en traumatische ervaringen weer teruggehaald kunnen worden en kunnen worden hersteld vanuit verschillende bronnen van informatie, affectief kunnen worden getolereerd en kunnen worden geïntegreerd in het bewustzijn van de cliënt wanneer zij deelnemen aan beeldende activiteiten die zijn ontworpen en gericht zijn op neurologische ontwikkeling. Met name de rechterhemisfeer is een van de belangrijkste bronnen van opslag van traumatische herinneringen. (Schiffer et al., 1995) (Monti et al., 2005). Het uitoefenen van beeldende activiteiten kan de rechterhemisfeer activeren op het gebied van kinesthetische en sensorische activiteit (Lusebrink, 2004). Dit kan leiden tot een vergroot bewustzijn van verschillende aspecten met betrekking op bedreigende gebeurtenissen inclusief emotionele reacties. Binnen beeldende therapie wordt het beeldend werk van de cliënt ook nabesproken. Deze nabespreking zorgt voor activiteit in de linker hemisfeer (Davidson et al., 2003; Monti et al., 2005).

Uit bovenstaande alinea's kan worden opgemaakt dat beeldende therapie veel te weeg brengt in de hersenen. Beeldende activiteiten activeren en stimuleren bepaalde hersengebieden. Wanneer er bepaalde hersengebieden gestimuleerd worden, kan worden geconcludeerd dat beeldende therapie effect heeft. Echter is dan nog niet bekend of dit effect positief of negatief is. Door de ervaringen van cliënten mee te nemen in de overweging of de effecten positief of negatief zijn kan worden bepaald welke factoren van beeldende therapie werkzaam zijn (Schweizer et al., 2009). Om een duidelijk beeld te krijgen van de ervaringen van de cliënten en van de mate van de problematiek/symptomen kan er gebruik worden gemaakt van verschillende effectmaten en vragenlijsten die speciaal zijn ontworpen om de effecten te meten per problematiek. Via deze weg kunnen de effecten ook in kaart worden gebracht (Haeyen et al., 2015; Bartelink, & Boendermaker, 2012).

De volgende informatie met betrekking tot de werking van de beeldende therapie die voortkomt uit verschillende interventievormen past niet binnen één thema die voort is gekomen uit de codering van de interviews, maar past binnen meerdere thema's. Daarom is deze informatie hieronder geplaatst.

In het onderzoek van Nainis et al. (2006) wordt beschreven wat de cliënten hebben ervaren. De manier waarop de beeldende therapie wordt gegeven is niet duidelijk, maar wel welke materialen er worden gebruikt. De materialen die worden gebruikt worden verder toegelicht onder het thema “Materialen”. Na het afronden van de werkvorm vroeg de beeldend therapeut aan de patiënt: “Dacht je tijdens dat je dit aan het maken was aan iets specifiek? Hebben sommige keuzes van jou een speciale betekenis?” Aan het einde van de sessie discussieerde de patiënten over dit onderwerp. 36% gaf aan dat beeldende therapie ontspannend was en een kalmerend effect had. 12% voelde zich productief. 90% constateerde dat de sessie hen afleidde en hun focuste op positiviteit. 6% gaf aan dat beeldende therapie helemaal geen effect had. 48% voelde zich comfortabel bij het maken van beeldend werk. 4% voelde zich oncomfortabel bij het maken van beeldend werk (Nainis et al., 2006).

Svensk et al. (2008) beschrijft: door middel van de beeldende therapie is er een positief significant verschil bereikt op het gebied van het zelfbeeld en toekomstperspectief. De resultaten wijzen erop dat het deelnemen aan de beeldende therapie een positief significant effect kan hebben op de kwaliteit van leven. Beeldende therapie verminderd symptomen die gebruikelijk zijn binnen de oncologie, namelijk vermindering in angst, depressie en stress en een significante verbetering in het sociaal functioneren, kwaliteit van leven en verbetering in communicatie met vrienden en familie (Svensk et al., 2008).

Expressive therapy wordt in het onderzoek van Vianna et al. (2013) gebruikt als interventie methode en biedt emotionele en psychologische support, door middel van zelfexpressie, wat zorgt voor een toename van zelfbewustzijn en leert om effectieve coping-skills in te zetten. Het resultaat van deze vorm van therapie is vaak een verbetering van fysieke en psychische symptomen (Vianna et al., 2013).

Beeldende therapie laat een reductie van de meest voorkomende symptomen bij kankerpatiënten zien (Linz, 2014).

Een andere interventievorm die binnen dit onderzoek wordt meegenomen is de Self-Book Art Therapy. Deze vorm van therapie kan echter onder de verschillende thema's vallen binnen het begrip “Werking beeldende therapie”. Daarom is dit onder “Algemeen” geplaatst. Self-Book Art Therapy is gebaseerd op de theoretische onderbouwing dat het menselijk brein de intentie heeft tot opdringende en vermijdende stressreacties wanneer men wordt geconfronteerd met ongunstige situaties en dat creatieve, non-verbale processen deze mensen kunnen helpen om hun problematiek aan te pakken en te kunnen verwerken (Gantt, & Tannin, 2008; Radl et al., 2018). Self-book therapie focust zich op zelfexpressie met betrekking op gedachtes en emoties en laat de cliënt hier een tastbare vorm van maken wat uiteindelijk zorgt voor zelfbewustzijn en verwerking (Radl et al., 2018). Met betrekking tot distress was er gedurende het hele therapie traject positieve trends zichtbaar, maar er werd geen significant verschil gemeten. Wel was er een significant verschil te zien in het spiritueel welbevinden tussen de interventiegroep en de controlegroep. 30% van de interventiegroep had na de behandelingen een score van onder de 4 op de DT in vergelijking met 5% van de controlegroep. Bevindingen suggereren dat er binnen de jongere deelnemers van de Self-Book Art Therapy meer resultaat is behaald dan bij de oudere deelnemers (Radl et al., 2018).

Distress

Binnen het onderzoek van Thyme et al. (2009) lieten de vrouwen die beeldende therapie kregen een dalende lijn zien in de psychische symptomen terwijl bij de groep die geen therapie ontving de psychische symptomen hetzelfde bleven. Er was een duidelijke daling te zien in de meting met betrekking tot depressie, angst, en de somatische symptomen bij de vrouwen die deelnamen aan de beeldende therapie. Bij de controlegroep waren geen significante verschillen te zien.

Mentaliserend vermogen

Het filosofische gedeelte en de creativiteit

Vertrouwen in het proces van nieuwe dingen ontdekken.

Geue et al. (2013) benoemd in zijn onderzoek dat de subjectieve ervaring van de cliënten met betrekking tot persoonlijke groei, betekening en expressie en verhoogde emotionele stabiliteit positief waren. In dit onderzoek wordt ook aandacht besteed aan experimenteel tekenen en vertrouwen op het proces (Geue et al., 2013).

Uit de resultaten van het onderzoek van Puig et al. (2006) komt naar voren dat er op het gebied van emotionele expressie en spiritualiteit wel een significante verbetering is ontstaan gedurende de beeldende therapie, maar in vergelijking met de controlegroep was er geen significant verschil zichtbaar. Wel had het een significant positief effect op de gespannenheid, angsten, depressie, boosheid en verwarring. Met betrekking op de vermoeidheid was er geen duidelijke verbetering zichtbaar (Puig et al., 2006). De interventie in dit onderzoek heeft een open karakter waarbij er ook ruimte is voor nieuwe ontdekkingen en vrij werken. Daarnaast is het ook gericht op positiviteit en ontspanning en daarom zal dit stuk met betrekking tot het onderzoek van Puig et al. (2006) ook bij het volgende thema worden herhaald.

Positiviteit, ontspanning, resultaat gericht en verrassingsmomenten

Uit het onderzoek van Bar-sela et al. (2007) kwam naar voren dat er een significante vermindering was met betrekking op de symptomen van een depressie. In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van antroposofische beeldende therapie waarbij de cliënten voornamelijk ontspanning ervaarden en ze benoemen dat het ze ruimte geeft om te kunnen ademen tijdens de chemo behandelingen. Ze konden hun emoties loslaten en voelde zichzelf lichter na de behandelingen. Bij deze vorm van beeldende therapie is geen verbetering in angstklachten te zien. Wel is er een vermoeden van een reductie van vermoeidheidsklachten (Bar-sela et al., 2007). Deze vorm van therapie was echter niet resultaat gericht, maar past verder wel binnen dit thema.

Uit de resultaten van het onderzoek van Puig et al. (2006) komt naar voren dat er op het gebied van emotionele expressie en spiritualiteit wel een significante verbetering is ontstaan gedurende de beeldende therapie, maar in vergelijking met de controlegroep was er geen significant verschil zichtbaar. Wel had het een significant positief effect op de gespannenheid, angsten, depressie, boosheid en verwarring. Met betrekking op de vermoeidheid was er geen duidelijke verbetering zichtbaar (Puig et al., 2006). Deze vorm van therapie was echter niet resultaat gericht, maar past verder wel binnen dit thema.

Zelfbeeld

Svensk et al. (2008) vond een significant en positief verschil op het gebied van zelfbeeld en toekomstperspectief.

Ruimte en houvast

In het onderzoek van Svensk et al. (2008) wordt beschreven dat de drie doelen binnen de beeldende therapie als volgt zijn: aandacht besteden aan het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van support in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress. Tijdens de therapiesessies werden steeds dezelfde materialen aangeboden (Svensk et al., 2008).

Mindfulness-Based Art Therapy

Monti et al. (2005) benoemd dat Mindfulness-Based Art Therapy is bedoeld om de symptomen van stress te reduceren en om emotionele support en een middel tot expressie te bieden. In dit onderzoek werkte echter een sociaal werker samen met een klinisch psycholoog. Er is geen beeldend therapeut genoemd in dit onderzoek van Monti et al. (2005). Bij deelnemers met een hoog stress gehalte aan het begin van de therapie trad een significante verbetering op met betrekking tot de totale uitkomst. Dit was direct na de behandelingen zichtbaar en ook na 6 maanden was dit nog zichtbaar. De deelnemers die na deze 6 maanden nog 5 extra follow-up sessies volgden leken de verbeteringen beter te kunnen vasthouden dan de controlegroep (Monti et al., 2005).

Aanbod

Algemeen

In het onderzoek van Geue et al. (2013) wordt de interventie als volgt beschreven: Drie fases: in het begin experimenteel tekenen met begeleiding van de therapeut. Tijdens de tweede fase maakten de cliënten kennis met waterverf en konden de cliënten hun innerlijke beeld laten zien. In de derde fase werd een individueel boek gemaakt (Geue et al., 2013). Geue et al. (2012) heeft ongeveer dezelfde vorm van interventie uitgevoerd namelijk: Eerste fase: Het leren van experimentele teken technieken (blind tekenen, spiraal tekenen) waarbij er een thema wordt gegeven. Tweede fase: Het vormen van persoonlijke gedachten en gevoelens met het doel om het zelfperceptie en reflectie te vergroten (het tekenen van emoties en zelfportretten). Derde fase: De cliënten maken hun eigen boek, waarin zij hun ziekte en coping strategieën kunnen verwerken. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van verschillende methoden en materialen (Geue et al., 2012)

De interventie die in het onderzoek van Nainis et al. (2006) wordt omschreven ziet er als volgt uit: er wordt gebruik gemaakt van verschillende beeldende materialen, namelijk kaarten, teken materiaal, journaals, schildermateriaal, stempels, houten kistjes, sieraden en daarnaast nog vele andere materialen.

Kortdurende individuele beeldende therapie

Naast Mindfulness-Based Art Therapy en Self-Book Art Therapy is er ook een samenstelling van artikelen waarbij er individuele kortdurende beeldende therapie is gegeven. In één artikel wordt er kortdurende beeldende therapie aan het bed van de cliënt aangeboden. Dit wordt gedaan met een grote diversiteit aan materialen en na afloop blijven de gebruikte materialen ook op de kamer liggen (Saw et al., 2018). Bij de andere onderzoeken, met betrekking op individuele kortdurende beeldende therapie, bestaat de therapie uit 5 sessies (Thyme et al., 2009; Svensk et al. 2008).

In het onderzoek van Svensk et al. (2008) wordt beschreven dat de drie doelen binnen de beeldende therapie als volgt zijn: aandacht besteden aan het bieden van tijd en ruimte voor expressie en reflectie, het bieden van support in het heropbouwen van het lichaamsbeeld en het reduceren van stress. Tijdens de therapiesessies werden steeds dezelfde materialen aangeboden (Svensk et al., 2008).

Semigestructureerde beeldende therapie

Deze semigestructureerde vorm van beeldende therapie is gebaseerd op creativiteit en spiritualiteit en is bedoeld voor oncologische cliënten die opzoek zijn naar persoonlijke, emotionele en psychologische heling. Deze vorm van beeldende therapie is gericht op positieve psychologie en werkt vanuit de krachten van de mens. Bij deze vorm van beeldende therapie wordt er ook gebruik gemaakt van meditatie technieken (Puig et al., 2006).

Er werd gelet op de emotionele en psychische aandacht die de cliënten nodig hadden. De vrouwen werden aangemoedigd om elke sessie een onderwerp/probleem vanuit het dagelijks leven mee te nemen. De semigestructureerde therapie bood de houvast tot emotionele en psychische exploratie. De theoretische achtergrond is de positieve psychologie en de humanistische therapeutische toepassing waarbij er wordt gekeken naar de kracht van de cliënt in plaats van naar de psychopathologie (Puig, Min Lee, Goodwin, & Sherrard, 2006).

Elke vrouw startte de therapie met een lijst van eigenschappen en kwaliteiten die voortkwamen uit het aanpassen aan de ziekte en andere aspecten uit het leven. De exploratie van deze kwaliteiten en eigenschappen werden verbaal en door middel van beeldend werken gedaan. Creatieve vrijheid stond centraal binnen de interventie. Ook werd er gebruik gemaakt van begeleidende meditatie. De eerste sessie werd er gekeken naar wat het ziekteproces betekend. De tweede sessie had een holistische benadering. De derde sessie was gericht op het verkennen van verschillende vormen van spiritualiteit. De vierde en de laatste sessie stond in het teken van speelsheid (Puig et al., 2006).

Module/methode

Binnen het onderzoek van Svensk et al. (2008) worden steeds dezelfde materialen aangeboden, namelijk vellen papier, rol met papier, oliepastel in 48 verschillende kleuren, olieverf, scharen en schilderskwasten. Beeldend therapeuten leidde de sessies. De sessie was gebaseerd op de methode

van Betensky (1995). De focus van de interventie lag bij het zelf beoordelen van de kwaliteit van leven.

Self-Book Art Therapy

Bij Self-book art therapie gaat de cliënt een visueel boek maken. Dit boek heeft een journal-style waarbij er ook wordt gereflecteerd op ervaringen en situaties. Dit boek wordt onder begeleiding van een beeldend therapeut gemaakt. Er wordt bij deze interventie gebruik gemaakt van het maken van collages in het boek. Op deze manier kunnen de cliënten de gevoelens documenteren en uiten. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek topic. Deze interventie bestaat uit 6 sessies van 50 minuten. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek (Radl et al., 2018).

Tabel 6: Self-Book Art Therapy interventies (Radl et al., 2018).

TABLE 1 The Self-Book[©] art therapy intervention 6-session curriculum

Session	Self-Book [©] Directives (Administered by a Master-Level, Board Certified Art Therapist)	Self-Book [©] Therapeutic Objectives
1	Using precut, categorized magazine images and create your safe place on the inside spread of the Self-Book [©] blank segment. (Blank segment, scissors, magazine images, and a glue stick are provided at each session.)	• Become acquainted with the art materials. • Create a sense of personal safety. • Begin to establish a trusting relationship. • Experience privacy.
2	Using precut, categorized magazine images and identify your supports on the inside of the second blank segment.	• Identify and value supports. • Identify connections with others.
3	Using precut, categorized magazine images and identify your strengths and virtues on the inside of the third blank segment spread. (A list of the 26 strengths and virtues from positive psychology are offered to patients, who then select 6 or 7 that she identifies as belonging to her.)	• Learn about positive psychology. • Identify personal strengths and virtues. • Explore self-awareness. • Encourage reintegration of self. • Initiate awareness of inner coping skills.
4	Using precut, categorized magazine images, make a wish for people close to you and/or loved ones on the inside of the fourth blank segment spread.	• Express positive well-being for those close to self. • Explore personal connection(s).
5	Using precut, categorized magazine images and make a wish for yourself on the inside of the fifth blank segment spread.	• Increase awareness of self-care. • Sponsor ownership and gifting to self. • Acknowledge self-empowerment and autonomy. • Engender hope of survival and personal growth.
6	Assemble and decorate your Self-Book [©] . Glue the 5 segments together to form a book. Using colorful stickers, jewels, feathers, and anything that can adhere to the pages. Decorate your Self-Book [©] . Engage in a verbal response.	• Make meaning of personal choices. • Celebrate progress. • Create a transitional object.

Kortdurende individuele beeldende therapie

In het onderzoek van Thyme et al. (2009) wordt benoemd dat de interventie bestaat uit 5 sessies waarbij de deelnemers werden aangemoedigd om hun emoties en gedachtes te uiten. Het omhooghalen van emoties en gedachtes is een belangrijk punt binnen de communicatie. De sessie waren gebaseerd op de methoden van Betensky (1995). Elke sessie werden dezelfde materialen aangeboden, namelijk oliekrijt, aquarelverf, potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier. De eerste sessie focust zich op het visualiseren van gevoelens die worden weergegeven door middel van tekeningen. Bijvoorbeeld een lijn neerzetten op impuls na het horen van een woord. De tweede sessie focust zich op het weergeven van een levensgrote uitlijning van het lichaam. Deze techniek is gebaseerd op de methode van Luzzatto et al. (2003). Binnen de uitlijning moesten de deelnemers de verschillende gevoelens weergeven. Tijdens de derde en vierde sessie mochten de deelnemers schilderen wat ze zelf wilde. De laatste sessie werd besteed aan de conclusie en werden alle werken van de deelnemers laten zien. (Thyme et al., 2009).

Traumabehandeling

Hier en nu en contact maken met het lichaam

Mindfulness-Based Art Therapy kan worden toegekend aan het thema "Hier en nu en contact maken met het lichaam". Mindfulness-Based Art Therapy bestaat uit: creatieve expressie: het tekenen van een zelfportret, bewustzijn van sensorische stimuli, het beeldend maken van self-care, beeldend werken om bij te dragen aan mindfulness en het maken van afbeeldingen van stressvolle en fijne momenten. Body-scan methoden, zittende meditatie, voorzichtige Hatna yoga posities, wandel meditatie en bewust ademhalen. BSCG: 5 leerzame sessies: thema en voeding, beweging,

stressreductie, de kans op kanker binnen de familie en het managen van de vermoeidheid (Monti et al., 2005).

Tabel 7: Mindfulness-Based Art Therapy interventies (Monti et al., 2005).

366

D.A. MONTI ET AL.

Table 1. MBAT eight-week program curriculum

Week	Mindfulness skills development: MBSR curriculum content ^a	Mindful art activity
	Home and in-group practice discussion, didactic, experiential components included in each session	Group discussion of direct experience of process and pictures in each session
1	Introduction to Program and Intervention Embodied well-being: responding vs Reacting to the stress of life Body scan meditation	Introduction to art-making. 'Draw a complete picture of yourself' Self-picture assessment (SPA) task
2	Body scan meditation Attitudinal foundations of mindfulness Anchoring attention with the breath (AOB)	Mindful exploration of art materials (colored pencil, marker, pastel, watercolor crayon, paint). Awareness of sensory stimulus and response
3	Gentle yoga and sitting meditation Intending well-being/loving kindness meditation	Exploring the mind body relationship: pre-post assessment of mind/body relationship before and after gentle yoga
4	Cultivating receptive attention Gentle yoga and sitting meditation Loving kindness meditation	Creative problem solving/imagery self-care. Transforming mental, emotional and physical pain; introducing self-care imagery into the picture ^b
5	Expanding awareness Sitting (meditation) with thoughts and feelings Loving kindness meditation	Exploring meditation practice experience: art productions, using collage element, serve as basis for increasing skills with mindfulness practice in the realm of thoughts and feelings
6	The physiology of stress Walking meditation Loving kindness meditation	Stressful and pleasant event pictures as introduction to the physiology of stress including stressful communication/ non-reactive communication skills
7	An evening (or) afternoon silent retreat: guided meditation practices and open studio	Open studio: free art-making
8	Guided imagery to a place of healing Program review and discussion of program close as new beginning. Closing ceremony	Drawing from the healing place 'Draw a complete picture of yourself' Self-picture assessment (SPA) task

^a Derived from Kabat-Zinn and Santorelli (1999).

^b Derived from Fleming and Cox (1989).

Samen werken

Het volgen van de cliënt

Imaginatie box / verhalend werken

Expressive therapy interventies worden beschreven in het onderzoek van Vianna et al. (2013). De interventies bestaan uit: Het maken van een mandala, the magic box, ruiken aan bloemen, interieur tuin, relikwieënkastje, van nacht naar licht, het huis, het openen van het hart, de zand stad, de geheime tuin, de vlinder, de innerlijke torens, het dagboek en imaginatie tijdens de sessies (Vianna et al. 2013).

Antroposofische beeldende therapie

In het onderzoek van Bar-sela et al. (2007) werd er gebruik gemaakt van antroposofische beeldende therapie waarbij er met waterverf werd geschilderd. Het doel van de beeldende therapie was het reduceren van de emotionele distress, vermoeidheid en depressie.

Materialen

Tekenen, kleuren en taping.

Verschillende beeldende materialen, namelijk kaarten, teken materiaal, journaals, schildermateriaal, stempels, houten kistjes, sieraden en daarnaast nog vele andere materialen.

Binnen het onderzoek van Svensk et al. (2008) worden steeds dezelfde materialen aangeboden, namelijk vellen papier, rol met papier, oliepastel in 48 verschillende kleuren, olieverf, scharen en schilderskwasten.

Elke sessie werden dezelfde materialen aangeboden, namelijk oliekrijt, aquarelverf, potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier (Thyme et al., 2009)

De meeste cliënten zullen de materialen kennen vanuit de beeldende vormgeving en vanuit de kunst en vormen vanuit hieruit ook hun verwachting en normering die zij hebben met betrekking tot het beeldend materiaal. Het beeldend materiaal krijgt echter binnen de beeldende therapie een andere context, namelijk in de context van de beeldende therapie. De keuze die wordt gemaakt met betrekking op de beeldend materialen, werkvormen en opdrachten hangt samen met de kenmerken van de cliënt, de doelstelling van de therapie en de setting van de therapie (Schweizer et al., 2009).

Oncologische revalidatie

In Nederland is vaktherapie beeldend geïntegreerd in de psychosociale zorg van kankerpatiënten. Dit is ook het geval bij het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL). In het AVL werken de beeldend therapeuten samen met de activiteitenbegeleiders en de social-workers. Daarnaast werkt er ook een beeldend therapeut op de afdeling oncologie en hematologie binnen Erasmus MC Rotterdam. De vaktherapeut van Erasmus MC Rotterdam werkt volgens de antroposofische methode (Linz, 2014). In 2013 heeft de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) (2013) door middel van een enquête onderzoek gedaan naar hoeveel vaktherapeuten er binnen de doelgroep oncologie werkzaam zijn. Hieruit kwam naar voren dat in 2013 37 beeldend therapeuten werkzaam waren binnen de doelgroep oncologie. De meeste beeldend therapeuten zijn werkzaam buiten medische instellingen, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra of werken als zzp'er in een eigen praktijk (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2013; Linz, 2014).

Fase

Het ziekte traject bestaat uit verschillende fases namelijk, een periode van verdenking, diagnosestelling, behandeling, controles en als er geen sprake blijkt te zijn van een recidief of een nieuwe tumor dan volgt het ontslag. De periode van verdenking tot diagnose kunnen verschillen in tijd. De behandeling hangt af van de aard van de tumor en het stadium van de ziekte waarin de patiënt zich bevindt op het moment van de diagnose. De behandeling kan bestaan uit observeren, actieve controle of een intensieve gecombineerde behandeling. Onder een intensieve gecombineerde behandeling valt bijvoorbeeld chirurgie, radiotherapie en systematische behandelingen (chemotherapie, immuuntherapie en hormonale therapie). De duur van de volledige behandeling kan kort duren, maar kan ook langer dan 5 jaar duren (Van de Velde et al., 2017).

Binnen de zorg van oncologische patiënten ligt nog steeds de focus op het fysieke herstel. Daarnaast is er tegenwoordig weinig tijd op de werkvloer. Hierdoor is er minder aandacht en tijd voor niet-medische problemen en worden problemen als depressies, angsten en psychiatrische morbiditeit soms slecht herkend en over het hoofd gezien. Uiteindelijk maakt slechts 10% van alle mensen met kanker gebruik van psychosociale oncologische hulp (Van de Velde et al., 2017).

In isolatie

Tijdens de behandeling

Thyme et al. (2009): De deelnemers hebben chemotherapie en radiotherapie gehad of krijgen het nog. Een deel krijgt ook hormoontherapie.

Puig et al. (2006): 20 vrouwen had stage 1 van borstkanker. 19 vrouwen had stage 2 van borstkanker.

Monti, et al. (2005): Vrouwen met borstkanker.

Vianna et al. (2013): 196 kankerpatiënten en 57 patiënten met een auto-immuun ziekte onderverdeeld in 48 groepen. Het zijn poliklinische patiënten die chemotherapie krijgen.

Chronisch

Na de behandelingen

Vervolgonderzoek

Er zijn meer studies nodig die gebaseerd zijn op methodologische homogeniteit waarbij er gebruik wordt gemaakt van een grotere steekproef om de lange termijneffecten van beeldende therapie aan te tonen (Linz, 2014).

Vaktherapie binnen revalidatie

Naasten

Ervaring cliënten

Algemeen iets bereikt bij de cliënt

De subjectieve ervaring van de cliënten met betrekking tot persoonlijke groei, betekening en expressie en verhoogde emotionele stabiliteit was positief (Geue, 2012).

Ontspanning en afleiding

In het onderzoek van Bar-Sela et al. (2007) wordt benoemd dat de cliënten aan geven dat ze de beeldende therapiesessies als erg ontspannend ervaren en ze benoemen dat het ze ruimte geeft om te ademen tijdens de chemotherapie. Ze konden hun emoties loslaten en voelde zichzelf lichter.

Zelfbeeld

Verrast

Negatieve feedback

Familiesysteem

Tabel 8: Alle onderzoeken met interventies en resultaten op een rij.

Auteur en jaar van onderzoek	Leeftijd en geslacht	Vaktherapeutische interventie	Meet methodes	Behandel intensiteit	Verbeteringen en resultaten
1) Thyme et al. (2009)	Deelnemers: 42 vrouwen. Interventiegroep 20 Participatiegroep 22 De deelnemers hebben chemotherapie en radiotherapie gehad of krijgen het nog. Een deel krijgt ook hormoontherapie. Leeftijd: 37-69	De interventie bestaat uit 5 sessies waar de deelnemers werden aangemoedigd om hun emoties en gedachten te uiten. Het omhooghalen van emoties en gedachten is een belangrijk punt binnen de communicatie. De sessie waren gebaseerd op de methoden van Betensky (1995). Elke sessie werden dezelfde materialen aangeboden, namelijk oliekrijt, aquarelverf, potlood, houtskool, tape, scharen, schilderskwasten en vellen en rollen papier. De eerste sessie focust zich op het visualiseren van gevoelens die worden weergegeven door middel van tekeningen. Bijvoorbeeld een lijn neerzetten op impuls na het horen van een woord. De tweede sessie focust zich op het weergeven van een levensgrote uitlijning van het lichaam. Deze techniek is gebaseerd op de methode van Luzzatto et al. (2003). Binnen de uitlijning moesten de deelnemers de verschillende gevoelens weergeven. Tijdens de derde en vierde sessie mochten de deelnemers schilderen wat ze zelf wilde. De laatste sessie werd besteed aan de conclusie en werden alle werken van de deelnemers laten zien.	SASB (Structural Analysis of Social Behavior). SCL90 (Symptom Check List-90). Interview.	Wordt niet benoemd.	De vrouwen die beeldende therapie kregen lieten een dalende lijn zien in de psychische symptomen terwijl bij de groep die geen therapie ontving de psychische symptomen hetzelfde bleven. Er was een duidelijke daling te zien in de meting met betrekking tot depressie, angst, en de somatische symptomen bij de vrouwen die deelnamen aan de beeldende therapie. Bij de controlegroep waren geen significante verschillen te zien.
2) Bar-sela et al. (2007)	Deelnemers: 60 Interventiegroep	Antroposofische beeldende therapie. Schilderen met waterverf.	Voor meting en erna vier metingen: Depressie (HADS)	Eén keer per week een beeldende therapiesessie die	Significante vermindering in symptomen van depressie. Met betrekking tot de angst symptomen is geen resultaat

	Man/vrouw: 4/15 Participatiegroep Man/vrouw: 9/32 Gemiddelde leeftijd: 55 (25-77)		Angst (HADS) Vermoeidheid (BFI) Tekening en vragenlijst.	een paar minuten tot meer dan een uur konden duren. Vaktherapeuten waren elke sessie aanwezig.	gevonden, omdat de scores voorafgaand aan de beeldende therapie al laag waren. De reductie van de BFI-score laat een trend van verbetering zien waarbij de gemiddelde vermoeidheid score veranderd richting het einde van de beeldende therapie naar een milde vermoeidheidsscore. De cliënten geven aan de beeldende therapiesessies als erg ontspannend te ervaren en benoemen dat het ze ruimte geeft om te ademen tijdens de chemotherapie. Ze konden hun emoties loslaten en voelde zichzelf lichter.
3) Radl et al. (2018)	Deelnemers: 60 vrouwen Waarvan: interventiegroep: 30 controlegroep: 30 gemiddelde leeftijd interventiegroep: 51,95 Gemiddelde leeftijd controlegroep: 52,3	Bij Self-book art therapie gaat de cliënt een visueel boek maken. Dit boek heeft een journal-style waarbij er ook wordt gereflecteerd op ervaringen en situaties. Dit boek wordt onder begeleiding van een beeldend therapeut gemaakt. Er wordt bij deze interventie gebruik gemaakt van het maken van collages in het boek. Op deze manier kunnen de cliënten de gevoelens documenteren en uiten. Elke sessie wordt er een pagina toegevoegd met een specifiek topic. Tijdens de laatste sessie wordt er aandacht besteed aan de buitenkant van het boek.	Het distress level is gemeten door middel van de DT en de Perceived Emotional Distress Inventory (PEDI). DT is een thermometer met een schaal van 0 tot 10. Het psychologische welbevinden is gemeten door middel van de Patient- Reported Outcomes Measurement Information System Brief Psychological Well-being test. Ook werd The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual	Deze interventie bestaat uit 6 sessies van 50 minuten.	Self-Book Art Therapy is gebaseerd op de theoretische onderbouwing dat het menselijk brein de intentie heeft tot opdringende en vermijdende stressreacties wanneer men wordt geconfronteerd met ongunstige situaties en dat creatieve, non-verbale processen deze mensen kunnen helpen om hun problematiek aan te pakken en te kunnen verwerken (Gantt, & Tannin, 2008; Radl et al., 2018). Self-book therapie focust zich op zelfexpressie met betrekking op gedachten en emoties en laat de cliënt hier een tastbare vorm van maken wat uiteindelijk zorgt voor zelfbewustzijn en verwerking (Radl et al., 2018). Met betrekking tot distress was er gedurende het hele therapie traject positieve trends zichtbaar, maar er werd geen significant verschil gemeten. Wel was er een significant verschil te zien in het spiritueel welbevinden tussen de interventiegroep en de controlegroep.

			Well-being test hiervoor gebruikt.		30% van de interventiegroep had na de behandelingen een score van onder de 4 op de DT in vergelijking met 5% van de controlegroep. Bevindingen suggereren dat er binnen de jongere deelnemers van de Selfbook art therapy meer resultaat is behaald dan bij de oudere deelnemers.
4) Geue et al. (2013)	Deelnemers: 74 Man/vrouw: Gemiddelde leeftijd: 51,5	Beeldende therapie en psychotherapie. Nabehandelingen programma. Drie fases: in het begin experimenteel tekenen met begeleiding van de therapeut. Tijdens de tweede fase maakten de cliënten kennis met waterverf en konden de cliënten hun innerlijke beeld laten zien. In de derde fase werd een individueel boek gemaakt.	HADS, FVK en PACIS meten de psychosociale distress en de omgang met de ziekte.	Wekelijks een sessie 22 weken lang waarbij elke sessie 90 minuten duurt.	Geen veranderingen gevonden met betrekking tot de depressie scores. Angsten verminderde in vergelijking met de meting die gedaan was voorafgaand aan de therapie. Langetermijneffecten zijn gevonden met betrekking tot angsten. Geen significante veranderingen met betrekking tot probleemoplossend gedrag, afleiding en zelfontwikkeling. De subjectieve ervaring van de cliënten met betrekking tot persoonlijke groei, betekenis geven, expressie en verhoogde emotionele stabiliteit was positief.
5) Geue et al. (2012)	Deelnemers: 74 Man/Vrouw: 14/60 Leeftijd: 18-55+	Eerste fase: Het leren van experimentele teken technieken (blind tekenen, spiraal tekenen) waarbij er een thema wordt gegeven. Tweede fase: Het vormen van persoonlijke gedachten en gevoelens met het doel om het zelfperceptie en reflectie te vergroten (het tekenen van emoties en zelfportretten). Derde fase: De cliënten maken hun eigen boek, waarin zij hun ziekte en coping strategieën kunnen verwerken. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden en materialen.	HADS, EORTC, QLQ-C30 en FVK worden gebruikt om het volgende te meten: Angst, depressie screening, psychische distress, kwaliteit van leven en omgang met de ziekte.	Wekelijkse sessies. (22 dubbele sessie) Duurt 6 maanden.	Er is geen significant verschil te vinden met betrekking op het geslacht ondanks de stress en de kwaliteit van leven die gemeten is voor en na de interventie. Bij de vrouwen was een reductie te zien van distress en een toename van het zelfvertrouwen en fysieke activiteiten. Ook komt in dit onderzoek naar voren dat mannen cardiologisch-specifieke voordelen ervoeren, terwijl bij vrouwen de distress afnam en het zelfvertrouwen en de fysieke activiteiten toenamen.

6) Puig et al. (2006)	Deelnemers: 39 vrouwen Leeftijd: 18+ 20 vrouwen had stage 1 van borstkanker. 19 vrouwen had stage 2 van borstkanker.	Semigestructureerde beeldende therapie. Er werd gelet op de emotionele en psychische aandacht die de cliënten nodig hadden. De vrouwen werden aangemoedigd om elke sessie een onderwerp/probleem vanuit het dagelijks leven mee te nemen. De semigestructureerde therapie bood de houvast tot emotionele en psychische exploratie. De theoretische achtergrond is de positieve psychologie en de humanistische therapeutische toepassing waarbij er wordt gekeken naar de kracht van de cliënt in plaats van naar de psychopathologie. Elke vrouw startte de therapie met een lijst van eigenschappen en kwaliteiten die voortkwamen uit het aanpassen aan de ziekte en andere aspecten uit het leven. De exploratie van deze kwaliteiten en eigenschappen werden verbaal en door middel van beeldend werken gedaan. Creatieve vrijheid stond centraal binnen de interventie. Ook werd er gebruik gemaakt van begeleidende meditatie. De eerste sessie werd er gekeken naar wat het ziekteproces betekend. De tweede sessie had een holistische benadering. De derde sessie was gericht op het verkennen van verschillende vormen van spiritualiteit. De vierde en de laatste sessie stond in het teken van speelsheid.	EACS (Emotional Approach Coping Scale) ESI-R (Expressions of spirituality Inventory-Revised) POMS (Profile of Mood States) Afsluitende vragenlijst	Heeft 4 weken geduurd.	Uit de resultaten komt naar voren dat er op het gebied van emotionele expressie en spiritualiteit wel een significante verbetering is ontstaan gedurende de beeldende therapie, maar in vergelijking met de controlegroep was er geen significant verschil zichtbaar. Wel had het een significant positief effect op de gespannenheid, angsten, depressie, boosheid en verwarring. Met betrekking op de vermoeidheid was er geen duidelijke verbetering zichtbaar.
7) Monti, et al. (2005)	Deelnemers: 191 Vrouwen met borstkanker.	MBAT: Mindfulness-Based Art Therapy. Creatieve expressie: het tekenen van een zelfportret, bewustzijn van sensorische stimuli, het beeldend maken van self-care, beeldend werken om bij te dragen aan	Psychische distress en stress gerelateerde problematieken zijn voor, tijdens en na	36 sessies in drie periodes. Na 6 maanden een follow-up van 5 of meer sessies.	Bij deelnemers met een hoog stress gehalte aan het begin van de therapie trad een significante verbetering op met betrekking tot de totale uitkomst. Dit was direct na de behandelingen zichtbaar en

	Leeftijd: 21+ Gemiddelde leeftijd: 53	mindfulness en het maken van afbeeldingen van stressvolle en fijne momenten. Body-scan methoden, zittende meditatie, voorzichtige Hatna yoga posities, wandel meditatie en bewust ademen. BSCG: 5 leerzame sessies: thema en voeding, beweging, stressreductie, de kans op kanker binnen de familie en het managen van de vermoeidheid.	de behandeling beoordeeld (week 1, 9 en 36) door middel van een symptomen checklijst (SCL-90-R). Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven was voor en na de behandeling beoordeeld door middel van de Medical Outcome Study Short-form Health Survey (SF-36).	Sociaal werker en klinische psycholoog. Geen vaktherapeut, maar zou wel toepasbaar kunnen zijn binnen de beeldende therapie.	ook na 6 maanden was dit nog zichtbaar. De deelnemers die na deze 6 maanden nog 5 extra follow-up sessies volgden leken de verbeteringen beter te kunnen vasthouden dan de controlegroep. MBAT is bedoeld om in de behoefte te voorzien van kankerpatiënten waarbij er wordt gezorgd voor stressreductie, emotionele support en betekenisvolle manieren van expressie.
8) Nainis et al. (2006)	Deelnemers: 50 Man/Vrouw: 21/29 Gemiddelde leeftijd: 51,3	Verschillende beeldende materialen, namelijk kaarten, teken materiaal, journaals, schildermateriaal, stempels, houten kistjes, sieraden en daarnaast nog vele andere materialen.	De meetinstrumenten die zijn gebruikt om de fysieke en emotionele symptomen met betrekking op kanker te meten zijn: ESAS en STAI-S.	Het onderzoek duurde 4 maanden. Elke sessie duurde een uur. De frequentie wordt niet benoemd.	Na het afronden van de werkvorm vroeg de beeldend therapeut aan de patiënt: "Dacht je tijdens dat je dit aan het maken was aan iets specifieks? Hebben sommige keuzes van jou een speciale betekenis?" Aan het einde van de sessie discussieerde de patiënten over dit onderwerp. 36% gaf aan dat beeldende therapie ontspannend was en een kalmerend effect had. 12% voelde zich productief. 90% constateerde dat de sessie hen afleidde en hun focuste op positiviteit. 6% gaf aan dat beeldende therapie helemaal geen effect had. 48% voelde zich comfortabel bij het maken van beeldend werk. 4% voelde zich oncomfortabel bij het maken van beeldend werk.
9) Svensk et al. (2008)	Deelnemers: 42 Borstkanker patiënten.	Elke sessie werden dezelfde materialen aangeboden, namelijk vellen papier, rol met papier, oliepastel in 48 verschillende kleuren, olieverf, scharen en schilderskwasten. Beeldend therapeuten	WHOQOL-BREF wordt gebruikt om de kwaliteit van leven te meten.	5 weken (Door de grote afstand tussen de therapie praktijk en de	Door middel van de beeldende therapie is er een positief significant verschil bereikt op het gebied van het zelfbeeld en toekomstperspectief. De resultaten wijzen erop dat het deelnemen aan de

	Leeftijd controlegroep leeftijd: 55 Interventie groep leeftijd: 59,5	leidde de sessies. De sessie is gebaseerd op de methode van Betensky (1995). De focus van de interventie lag bij het zelf beoordelen van de kwaliteit van leven.	Ook wordt EORTC gebruikt.	woonomgeving van de deelnemers)	beeldende therapie een positief significant effect kan hebben op de kwaliteit van leven. Beeldende therapie verminderd symptomen die gebruikelijk zijn binnen de oncologie, namelijk vermindering in angst, depressie en stress en een significante verbetering in het sociaal functioneren, kwaliteit van leven en verbetering in communicatie met vrienden en familie.
10) Vianna et al. (2013)	Deelnemers: 253 Waarvan: 196 kankerpatiënten 57 patiënten met een auto-immuun ziekte. 48 groepen Poliklinische patiënten die chemotherapie krijgen. Leeftijd: 19-87	Expressive therapy interventies. Interdisciplinair team. Mandala, the magic box, ruiken aan bloemen, interieur tuin, relikwieënkastje, van nacht naar licht, het huis, het openen van het hart, de zand stad, de geheime tuin, de vlinder, de innerlijke torens en het dagboek. Imaginatie is de sessies.	De kwalitatieve onderzoeksanalyse maakte gebruik van de reacties van de cliënten in de open vragenlijst en de mondelinge verhalen over hun eigen ervaringen.	Elke sessie duurde 90 minuten en werd uitgevoerd tijdens de chemobehandeling.	Expressive therapy biedt emotionele en psychologische support, door middel van zelfexpressie, wat zorgt voor een toename van zelfbewustzijn en leert om effectieve coping-skills in te zetten. Het resultaat van deze vorm van therapie is vaak een verbetering van fysieke en psychische symptomen.

Bijlage 5: Toestemmingsformulieren geïnterviewde vaktherapeuten

Margriet Gordijn

Toestemmingsformulier

Naam van het onderzoeksproject:

Werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek wordt geleid door Marianne van Baren. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen wat de werkzame factoren zijn van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Gang van zaken tijdens het onderzoek :

U neemt deel aan een interview waarin aan u vragen zullen worden gesteld over uw werkzaamheden als vaktherapeut binnen de oncologie. Een voorbeeld van een typische vraag die u zal worden gesteld: "Welke beeldende werkvormen biedt u aan?". Tijdens het interview zal, aan de hand van een topic list, dieper worden ingegaan op de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. Van het interview zal een audio-opname worden gemaakt, zodat het gesprek later woordelijk kan worden uitgewerkt. Dit transcript wordt vervolgens gebruikt in het verdere onderzoek.

Vertrouwelijkheid van gegevens :

Mag uw naam worden genoemd in het onderzoek?

☒ Ja ☐ Nee

Mag in het onderzoek worden vermeld waar u werkzaam bent en bent geweest?

☒ Ja ☐ Nee

Dit onderzoek zal worden gedeeld met Hogeschool Utrecht en vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie.

Toestemmingsverklaring:

Met de ondertekening van dit document geeft u aan dat u akkoord gaat met de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld.

Naam deelnemer:

Margriet Gordijn

Datum:

11-12-2020

Handtekening:

M. Gordijn

Naam onderzoeksleider

Marianne van Baren

Datum:

11-12-2020

Handtekening

M. Baren

Toestemmingsformulier

Naam van het onderzoeksproject:

Werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek wordt geleid door Marianne van Baren. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen wat de werkzame factoren zijn van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Gang van zaken tijdens het onderzoek :

U neemt deel aan een interview waarin aan u vragen zullen worden gesteld over uw werkzaamheden als vaktherapeut binnen de oncologie. Een voorbeeld van een typische vraag die u zal worden gesteld: "Welke beeldende werkvormen biedt u aan?". Tijdens het interview zal, aan de hand van een topic list, dieper worden ingegaan op de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. Van het interview zal een audio-opname worden gemaakt, zodat het gesprek later woordelijk kan worden uitgewerkt. Dit transcript wordt vervolgens gebruikt in het verdere onderzoek.

Vertrouwelijkheid van gegevens :

Mag uw naam worden genoemd in het onderzoek?

☒ Ja ☐ Nee

Mag in het onderzoek worden vermeld waar u werkzaam bent en bent geweest?

☒ Ja ☐ Nee

Dit onderzoek zal worden gedeeld met Hogeschool Utrecht en vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie.

Toestemmingsverklaring:

Met de ondertekening van dit document geeft u aan dat u akkoord gaat met de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld.

Naam deelnemer:

J. STEENTJES

Naam onderzoeksleider

Marianne van Baren

Datum:

17-12-20

Datum:

11-12-2020

Handtekening:

J. Steentjes

Handtekening

M. van Baren

Toestemmingsformulier

Naam van het onderzoeksproject:

Werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek wordt geleid door Marianne van Baren. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen wat de werkzame factoren zijn van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Gang van zaken tijdens het onderzoek :

U neemt deel aan een interview waarin aan u vragen zullen worden gesteld over uw werkzaamheden als vaktherapeut binnen de oncologie. Een voorbeeld van een typische vraag die u zal worden gesteld: "Welke beeldende werkvormen biedt u aan?". Tijdens het interview zal, aan de hand van een topic list, dieper worden ingegaan op de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. Van het interview zal een audio-opname worden gemaakt, zodat het gesprek later woordelijk kan worden uitgewerkt. Dit transcript wordt vervolgens gebruikt in het verdere onderzoek.

Vertrouwelijkheid van gegevens :

Mag uw naam worden genoemd in het onderzoek?

☒ Ja ☐ Nee

Mag in het onderzoek worden vermeld waar u werkzaam bent en bent geweest?

☒ Ja ☐ Nee

Dit onderzoek zal worden gedeeld met Hogeschool Utrecht en vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie.

Toestemmingsverklaring:

Met de ondertekening van dit document geeft u aan dat u akkoord gaat met de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld.

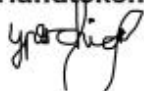
Naam deelnemer:

Yvonne Peschier

Datum:

11-12-2020

Handtekening:



Naam onderzoeksleider

Marianne van Baren

Datum:

11-12-2020

Handtekening



Toestemmingsformulier

Naam van het onderzoeksproject:

Werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek wordt geleid door Marianne van Baren. Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen wat de werkzame factoren zijn van de beeldende therapie binnen de oncologie.

Gang van zaken tijdens het onderzoek :

U neemt deel aan een interview waarin aan u vragen zullen worden gesteld over uw werkzaamheden als vaktherapeut binnen de oncologie. Een voorbeeld van een typische vraag die u zal worden gesteld: "Welke beeldende werkvormen biedt u aan?". Tijdens het interview zal, aan de hand van een topic list, dieper worden ingegaan op de werkzame factoren van de beeldende therapie binnen de oncologie. Van het interview zal een audio-opname worden gemaakt, zodat het gesprek later woordelijk kan worden uitgewerkt. Dit transcript wordt vervolgens gebruikt in het verdere onderzoek.

Vertrouwelijkheid van gegevens :

Mag uw naam worden genoemd in het onderzoek?

☒ Ja ☐ Nee

Mag in het onderzoek worden vermeld waar u werkzaam bent en bent geweest?

☒ Ja ☐ Nee

Dit onderzoek zal worden gedeeld met Hogeschool Utrecht en vaktherapeuten die werkzaam zijn binnen de oncologie.

Toestemmingsverklaring:

Met de ondertekening van dit document geeft u aan dat u akkoord gaat met de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld.

Naam deelnemer:

W.M. de Klerk

Datum:

17-12-2020

Handtekening:



Naam onderzoeksleider

Marianne van Baren

Datum:

11-12-2020

Handtekening

