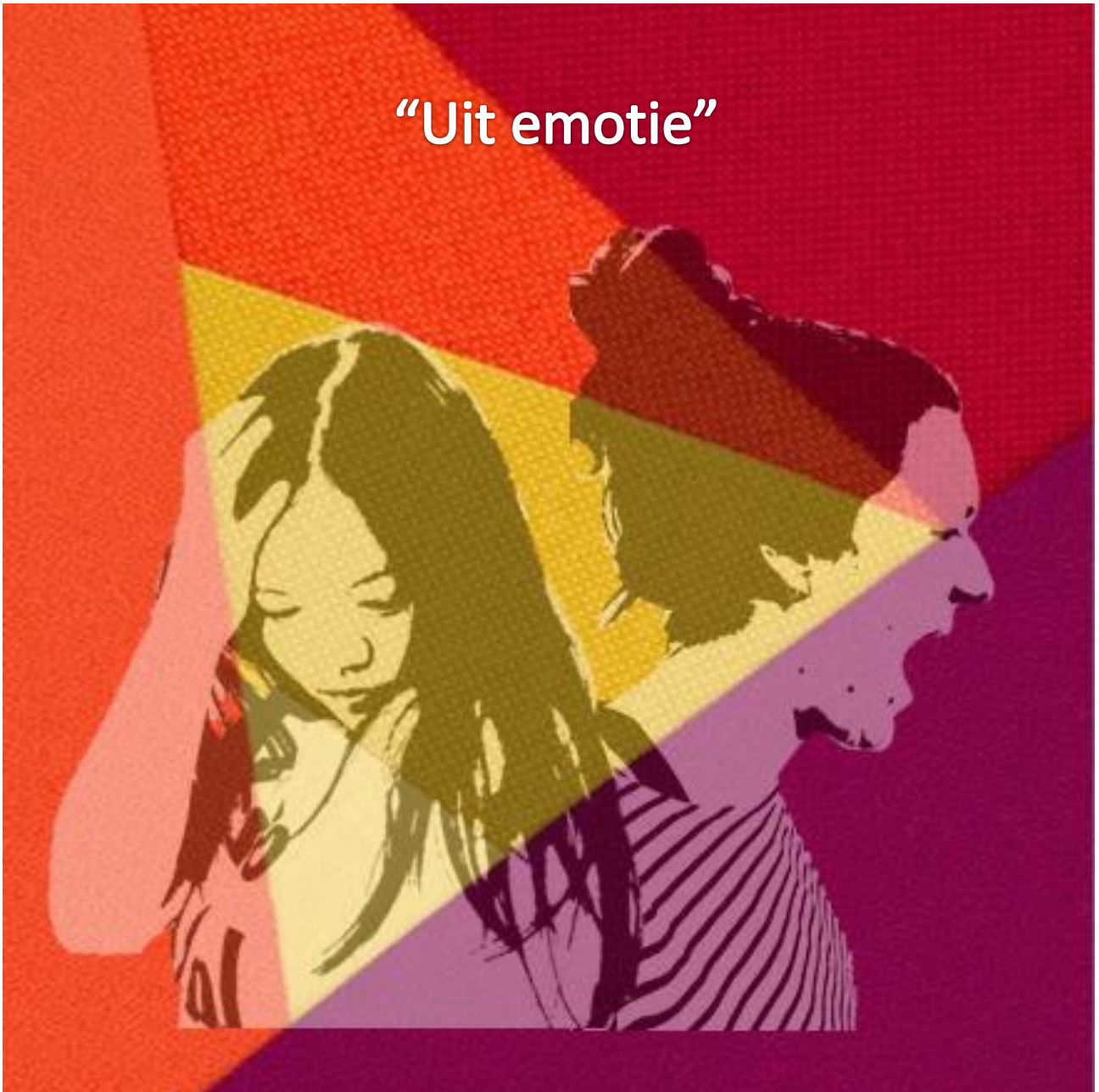


“Uit emotie”



***Een actiegericht onderzoek naar het uiten van emoties
bij mensen met afasie in beeldende therapie.***

Vaktherapie, Beeldend
Zuyd Hogeschool Heerlen
Faculteit Gezondheidszorg

Verklaring eigen werk
5 juni 2019

S. De Haes 1554697
L.M. Top 1535374

In opdracht van Adelante Hoensbroek namens:
J. Ploum & M. Thaler
Begeleider/1^e examinerator: D. Abeling-Boselie
2^e examinerator: T. van Rossum

**Je hoeft niet altijd
positief te zijn.**

**Het is volkomen normaal
om verdrietig, boos,
geërgerd, gefrustreerd,
bang of angstig te zijn.**

**Emoties hebben maakt
een mens van je !**

Voorwoord

De scriptie is geschreven in het kader van het afstuderen van S. De Haes en L. Top aan de opleiding Vaktherapie Beeldend te Zuyd Hogeschool Heerlen. Het werken met de doelgroep afasie was voor ons beiden geheel nieuw. We zijn van februari 2019 t/m juni 2019 bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

Allereerst willen wij graag een aantal mensen bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan dit afstudeerproject. Hun betrokkenheid, geduld en expertkennis was onmisbaar in het onderzoek en schrijven van de scriptie. De volgende mensen willen wij bedanken:

Janneke Ploum, opdrachtgever, begeleider van dit onderzoek en logopedist te Adelante. Jouw motivatie en enthousiasme om BT in te willen zetten bij afasiecliënten was een grote drijfveer voor ons door het onderzoek heen. Dankzij jouw initiatief om ons te willen begeleiden vanuit Adelante, hebben we het onderzoek voort kunnen zetten. Bedankt voor jouw inzet en steun.

Martina Thaler (beeldend therapeut) en Danny Mennen (neuropsycholoog), hulpverleners te Adelante Hoensbroek. Wij willen jullie bedanken voor het delen van jullie expertkennis die onmisbaar was voor het verzamelen van data. Ook jullie motivatie voor dit onderzoek hielp ons om het onderzoek zo goed mogelijk uit te willen voeren.

Dieuwertje Abeling-Boselie, scriptiebegeleider van dit afstudeeronderzoek. Bedankt voor jouw begeleiding en engelengeduld tijdens het onderzoek. Dankzij jouw feedback hebben wij zowel ons onderzoek als onze rol als onderzoeker kunnen aanscherpen en verbeteren.

Johan De Haes, Dierk Rotseart, Cor Top, Marianne Top en Leen Van Eenoo. Wij willen jullie bedanken voor alle tijd die jullie hebben gestoken in het feedback geven op de inhoud van de scriptie. Door jullie hebben wij de scriptie zowel kunnen inkorten als versterken.

Alle mede vierdejaarsstudenten die ons geholpen en gemotiveerd hebben tijdens het doen van onderzoek en schrijven van de scriptie.

Als laatste willen we elkaar bedanken. Wij konden elkaar steunen, aanvullen en motiveren waar nodig. Zonder onze enthousiasme en samenwerking zou het niet gelukt zijn om dit resultaat neer te zetten.

Saar De Haes & Liyan Top

Heerlen, Juni 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	8
Inleiding	10
Hoofdstuk 1: De probleemstelling	11
1.1. Aanleiding.....	11
1.1.1. Persoonlijke aanleiding Saar De Haes	12
1.1.2. Persoonlijke aanleiding Liyan Top	13
1.1.3. Duo project.....	14
1.2. Zoekstrategie	15
1.3. Literatuurstudie	16
1.3.1. Doelgroep.....	16
1.3.2. Emoties	17
1.3.3. Vaktherapie	20
1.3.4. Afasie, beeldende therapie en emoties	23
1.4. Vraagstelling	26
1.5. Doelstelling	27
1.6. Relevantie	28
Hoofdstuk 2: Onderzoeksdesign	29
2.1. Onderzoekstype.....	29
2.2. Onderzoeksmethode.....	30
2.3. Voorfase	31
2.3.1. Start van het onderzoek.....	31
2.3.2. Actorennetwerk.....	32
2.4. Oriëntatiefase	34
2.4.1. Probleemstelling	34
2.4.2. Oriëntatie op de doelgroep	34

2.4.3. Observatie in de praktijk	35
2.5. Diagnostische fase	36
2.5.1. Interviews hulpverleners	36
2.5.2. Interviews afasiecliënten	38
2.5.3. Participerend observeren	39
2.5.4. Literatuuronderzoek	39
2.5.5. Voorbereiding op de ontwikkelingsfase	40
2.6. Ontwikkelingsfase	43
2.6.1. Afspraken	43
2.6.2. Verloop werkvormen met afasiecliënten	43
2.6.3. Verloop werkvorm met oud-afasiecliënt	44
2.6.4. Enquêtes hulpverleners	45
2.7. Evaluatiefase	46
2.8. Kwaliteitscriteria	47
2.8.1. Samenwerking	47
2.8.2. Reflectie	48
2.8.3. Kennisbronnen	49
2.8.4. Bruikbaarheid	49
2.8.5. Transparantie	50
2.8.6. Kritische en zorgvuldige omgang met aannames	50
2.8.7. Verantwoording	50
Hoofdstuk 3: Resultaten	52
3.1. Beperkingen door afasie	53
3.1.1. Sociale beperkingen	54
3.1.2. Communicatieve beperkingen	55
3.1.3. Emotioneel beperkingen	56
3.2. Algemene benadering	59
3.2.1. Individuele benadering	59
3.2.2. Communicatiehulpmiddelen	60
3.2.3. Aandacht voor concentratie & belastbaarheid	61
3.2.4. Psychisch welzijn	62
3.3. Methodisch werken in BT	63

3.3.1. Hulpvragen.....	63
3.3.2. Thema's.....	64
3.3.3. Doelen	65
3.3.4. Therapeutische houding en werkwijze.....	66
3.3.5. Individueel of in groep	66
3.3.6. Andere doelgroepen	69
3.4. Observaties beeldende werkvormen	70
3.4.1. Ervaringskennis vaktherapeuten	70
3.4.2. Algemene gegevens van de participanten	71
3.4.3. Observaties per afasiecliënt	71
3.4.4. Overkoepelende samenvatting vanuit de observaties	79
3.5. Meerwaarde van beeldende therapie in de behandeling	81
3.5.1. Meerwaarde afasiecliënten, ervaringen vanuit de werkvormen.....	81
3.5.2. Meerwaarde voor chronische-pijn groep	81
3.5.3. Meerwaarde voorhulpverleners.....	82
3.6. Indicatiestelling beeldende therapie	84
3.6.1. Vastlopen in emoties	84
3.6.2. Diagnostiseren van psychische klachten	85
3.6.3. Fasering.....	85
3.6.4. Nazorg.....	87
3.6.5. Inter- en multidisciplinair samenwerken	87
Hoofdstuk 4: Discussie.....	89
4.1. Discussie Saar De Haes	89
4.1.1. Interpretatie van resultaten.....	89
4.1.2. Kritische reflectie	99
4.1.3. Terugkoppeling opdrachtgever	104
4.1.4. Conclusie en aanbevelingen.....	105
4.1.5. Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen	112
4.2. Discussie Liyan Top	117
4.2.1. Interpretatie van de resultaten	117
4.2.2. Terugkoppeling opdrachtgever	125
4.2.3. Sterktes en tekortkomingen.....	126

4.2.4. Conclusies en aanbevelingen	131
4.2.5. Eigen vaktherapeutisch handelen.....	134
Literatuurlijst	137
Bijlagen	149
Bijlage 1, Begrippenlijst	149
Bijlage 2, Zoekgeschiedenis en PICO-vraag	152
Bijlage 3, Neurologie	157
Bijlage 4, Boston Classificatie	159
Bijlage 5, Ellis & Young model.....	160
Bijlage 6, 7 vermogens voor emotieregulatie	161
Bijlage 7, Akkoordformulier.....	162
Bijlage 8, Algemene introductie Onderzoek.....	163
Bijlage 9, Observatie kenmerken afasie.....	164
Bijlage 10, Agenda hoogtepunten.....	166
Bijlage 11, Toestemmingsformulieren.....	167
Bijlage 12, Afasie-vriendelijk onderzoeksvoorstel.....	170
Bijlage 13, Toestemmingsformulier afasie	171
Bijlage 14, interviews afasiecliënten	173
Bijlage 15, Tijdplanning beeldend werken	176
Bijlage 16, Enquête pijn-cliënten.....	177
Bijlage 17, Literatuuronderzoek	179
Bijlage 18, Uitgewerkte werkvormen	180
Bijlage 19, Observatieformulier beeldend werken	187
Bijlage 20, Enquête hulpverleners	188
Bijlage 21, PowerPoint evaluatie	194
Bijlage 22, Interviews hulpverleners	198

Samenvatting

Introductie: Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie die voornamelijk ingezet wordt bij psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen.

Het beeldend medium wordt gekenmerkt door een breed scala aan materialen en werkvormen: teken-, schilder-, 3D-technieken, hout-, metaal-, steenbewerking en textiele werkvormen (Smeijsters, 2014).

Er is weinig tot geen onderzoek naar de werking van beeldende therapie voor mensen met afasie. Er werd onderzocht welke beeldende materialen, technieken en werkwijzen passen voor mensen met afasie, gericht op het uiten van emoties.

Doelgroep: De doelgroep zijn afasie-cliënten die in behandeling zijn in Adelante Hoensbroek. Afasie is een taalstoornis ontstaan door een niet aangeboren hersenletsel (NAH). Als gevolg van de NAH kan een beperking ontstaan zijn in de taalproductie en/of het taalbegrip (Bastiaanse, 2010).

Probleemstelling: Vanuit Adelante Hoensbroek kwam de vraag of beeldende therapie mensen met afasie psychische hulp kan aanreiken gericht op het uiten van emoties. Er wordt momenteel voornamelijk gewerkt met gesprekstherapie, maar hulpverleners merken op dat deze niet toereikend is omdat de taal een barrière vormt. Beeldende therapie is gericht op het ervaren waardoor taal er minder toe doet.

Onderzoektype: Het is een actieonderzoek, specifiek een ontwikkelingsonderzoek, dat gericht is op het verbeteren van het huidig aanbod (Migchelbrink, 2010).

Methode: Zowel de doelgroep als de instelling moesten in kaart gebracht worden. Daarom zijn er interviews en enquêtes afgenomen bij hulpverleners uit verschillende disciplines te Adelante.

Verder is er geobserveerd tijdens logopediesessies met de doelgroep en werd d.m.v. participerend observeren bij een beeldende sessie bij chronische-pijnpatiënten een idee gevormd van de mogelijkheden voor BT in de instelling.

Aan de hand van verzamelde data en literatuur zijn beeldende werkvormen opgesteld. Deze werkvormen zijn bij vijf afasiecliënten uitgevoerd. Daarnaast is er een interview afgenomen bij hen. Vier cliënten waren in behandeling, één cliënt had de behandeling afgerond. Door observaties werd data verzameld.

Analyse: Bij de data-analyse is gebruik gemaakt van open coderen (Migchelbrink, 2016). Hierbij worden gegevens gecategoriseerd in terugkerende thema's.

Voor de observaties bij het beeldend werk werd de driehoek cliënt-therapeut-medium gehanteerd om een globaal beeld te krijgen. Er werd gelet op hetgeen wat werkt voor de doelgroep.

Resultaten en discussie: Door nauw aan te sluiten bij de verkregen data en de geraadpleegde literatuur over de doelgroep en beeldende werkvormen, kregen de resultaten vorm. Vanuit de bestaande behandeling werden verschillende kenmerken verzameld die van belang zijn voor de benadering van afasie-cliënten: aansluiten op het individu, hulpmiddelen om communicatie te vergemakkelijken, concentratie & belastbaarheid en niet expliciet ingaan op de emotionele ervaringen. Vanuit de beeldende werkvormen kwam naar voren dat afstemmen op de cliënt d.m.v. materiaalkeuze en techniek, structureren van werkvormen en ervaringsgericht werken belangrijk zijn.

Er is echter nog geen concreet antwoord verkregen omtrent de indicatiestelling voor beeldende therapie.

Inleiding

Dit onderzoek is opgedeeld in vier hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk “de probleemstelling”, wordt de algemene en persoonlijke aanleiding van dit onderzoek beschreven. Vervolgens is literatuurstudie gebruikt om het probleemgebied te verkennen. Hierin wordt ingegaan op de doelgroep “afasie”, het hoofdonderwerp “emoties”, vaktherapie en specifiek beeldende therapie. Door het verslag heen wordt beeldende therapie afgekort als BT. Tot slot wordt de vraagstelling, doelstelling en relevantie van dit onderzoek beschreven

In het tweede hoofdstuk “onderzoeksdesign”, worden het onderzoekstype en onderzoeksmethode beschreven. Verder omvat het de vijf fasen van onderzoek en wordt er ingegaan op de kwaliteitscriteria

Het derde hoofdstuk bevat de resultaten. D.m.v. de gekozen dataverzamelingstechniek uit hoofdstuk twee, werd de data geanalyseerd en geordend. Hieruit werden de resultaten beschreven.

Hoofdstuk vier is de discussie van het onderzoek. Deze is individueel (per onderzoeker) uitgewerkt. De discussie bevat de volgende thema's: de interpretatie en verklaring van de resultaten, eigen methodisch handelen, de sterkten/tekortkomingen van het onderzoek, antwoord op de onderzoeksvraag en de aanbevelingen.

Hoofdstuk 1: De probleemstelling

1.1. Aanleiding

Ons onderzoek is tot stand gekomen n.a.v. een opdracht geformuleerd door Adelante Hoensbroek. Adelante is een zorggroep met verschillende kernactiviteiten: volwassenen- en kinderrevalidatie, arbeidsreïntegratie, speciaal onderwijs, wonen, audiologie en communicatie (www.adelante-zorggroep.nl).

De vraag van Adelante Hoensbroek was specifiek gericht op “personen met afasie”. Afasie is een taalstoornis ontstaan door een niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Tegenwoordig is de samenleving erg verbaal ingesteld. Deze mensen hebben dat verbale aspect (gedeeltelijk) verloren. Naast de taalbeperking is er ook sprake van een emotionele belasting. Afasiecliënten zijn namelijk moeilijk in staat om hun gedachten en emoties verbaal te uiten. Soms is de emotionele belasting zo groot dat deze in de weg staat van het revalidatieproces (zoals het volgen van logopedie/gesprekstherapie). De emoties of de rouw om het verlies van de verbale communicatie zit bij cliënten vaak nog zo diep dat ze niet aan de inhoud van andere therapieën toekomen (J. Ploum, persoonlijke communicatie, 14 september, 2018).

De klinische zorg staat in Adelante Hoensbroek centraal. Dit houdt in dat de focus vooral wordt gelegd op somatische klachten en de verschijnselen ervan. Daardoor heeft de psychische gezondheid nog weinig plaats in de behandeling van NAH. Momenteel wordt er psychische hulp aangeboden d.m.v. gesprekstherapie of muziektherapie. Afasiecliënten kunnen minder effectief ondersteund worden in hun emotionele verwerkingsproces. Dat komt omdat hulpverleners opmerkten dat gesprekstherapie geen optie is wanneer een persoon bijna geen of geen mogelijkheid heeft tot communicatie (door de taalstoornis). Muziektherapie wordt al ingezet in de behandeling. De focus hiervan ligt op zowel het psychische vlak als op het bevorderen van de spraakmogelijkheden. Het aanbod voor (non-verbale) psychische ondersteuning in de behandeling blijft beperkt.

Vanuit verschillende hulpverleners waaronder de logopedisten en de psycholoog wordt de noodzaak aan passende psychische zorg aangegeven. Tegenwoordig wordt er veel aandacht besteed aan de positieve gezondheidzorg. Hierbij ligt het accent niet op de ziekte maar op de mens zelf en op wat hun leven betekenisvol maakt (www.iph.nl). Deze verandering in de moderne zorg is van belang om behandelingen persoonlijker te maken en aan te sluiten bij de cliënt. De belangen en wensen van de cliënt staan voorop. In Adelante wordt hier veel

aandacht aan besteed waardoor ze op zoek zijn gegaan naar andere methodieken om aan de behoeften van cliënten te voldoen.

Om het uiten van emoties en gedachten mogelijk te maken voor afasiecliënten, is een non-verbale benadering mogelijk een belangrijke aanvulling. J. Ploum, logopediste en van huis uit klinisch linguïst, heeft na overleg met meerdere hulpverleners van het afasieteam geconstateerd dat BT (beeldende therapie) een bijdrage kan leveren aan de behandeling van afasiecliënten.

Volgens de pilotbeschrijving van voormalig opdrachtgever P. van Bilsen (persoonlijke communicatie, 14 september 2018) kan BT het (gedeeltelijk) wegvallen van verbale communicatie compenseren door leren communiceren via beeldelementen. Verder kan BT zich richten op verwerkingsprocessen om emotionele processen op gang te brengen (J. Ploum, persoonlijke communicatie, 14 september, 2018).

Deze bevindingen zijn vooral gebaseerd op ervaringen van de hulpverleners van Adelante. Het is noodzakelijk dat er wetenschappelijke onderbouwing is om BT te kunnen toepassen bij afasiecliënten te Adelante Hoensbroek. Dit bood ons een geschikte gelegenheid om hier onderzoek te doen. In het algemeen is er weinig bekend over de combinatie van BT en afasie. Verder is er op Adelante niet eerder onderzoek gedaan over deze combinatie.

Hiernaast spelen er tal van actuele belangen binnen de Vaktherapie. Artikel 34 van de wet BIG erkent de GZ-vaktherapeuten niet als beschermd beroep (www.fvb.vaktherapie.nl). Vóór 2020 zal er bekeken worden of Vaktherapie in de dynamische lijst kan worden opgenomen. De effectiviteit van het beroep moet getoetst en gestaafd worden door middel van wetenschappelijke onderzoeken. Wij konden d.m.v. dit onderzoek een steentje bijdragen aan de wetenschappelijke onderbouwing en effectiviteit van beeldende therapie.

1.1.1. Persoonlijke aanleiding Saar De Haes

Mijn enthousiasme voor dit onderzoek werd gewekt door de thema's verlies en rouw. Deze thema's vind ik interessant omdat iedere vorm van "ziek zijn" gepaard gaat met een verlieservaring. Dit kan verlies zijn op het functionele vlak maar eveneens op het psychische vlak. Het omgaan met dit verlies is dan dé uitdaging en ik geloof dat vaktherapie hierin een meerwaarde kan bieden.

Verder wilde ik onderzoeken in hoeverre het beeldend medium kan worden benut om non-verbaal tot communicatie te komen.

Het ervaren van materialen, het spelen en creëren kan iedere mens helpen om zijn binnenwereld, gedachten, gevoelens, naar buiten te brengen. Door zelf met beeldend materiaal aan de slag te gaan heb ik dit al ervaren. Dit was eveneens zichtbaar in mijn stage vorig schooljaar. Cliënten benoemden dat ze tot rust kwamen, nieuwe dingen ontdekten, anderen dat ze uitgedaagd werden en/of geconfronteerd werden met hun handelingspatronen.

Verder werd mijn nieuwsgierigheid gewekt door de doelgroep zelf: mensen met afasie maken een verlies van hun taalvermogen door. Hierbij komen er tal van emoties naar boven die ze niet meer verbaal kunnen uitdrukken. Veel mensen hebben geen andere manier om met hun emoties om te gaan dan erover te praten. Wanneer dit je ontnomen wordt, moet je toch een uitweg kunnen vinden voor al deze gevoelens. Deze weg wilde ik onderzoeken.

Ik was verbaasd dat de werking van BT voor afasiecliënten zo weinig onderzocht werd, al lijkt het voor mij vanzelfsprekend dat deze twee hand in hand kunnen gaan. In mijn stage merkte ik dat BT voor veel mensen, zowel cliënten als zorgverstrekkers, “onbekend terrein” is. Zo heb ik via dit onderzoek mijn steentje bijgedragen om beeldende therapie op de kaart te zetten.

1.1.2. Persoonlijke aanleiding Liyan Top

“Wat is beeldende therapie? Werkt dat nou écht?” Deze vragen hoor ik maar al te vaak in mijn omgeving. Beeldende therapie, of vaktherapie in het algemeen is helaas nog niet zo bekend dat iedereen zegt: “aha, vaktherapie, dat ken ik!”. En laat dat nou precies mijn drijfveer zijn: het bekend maken van BT en het bewijzen van de effecten ervan!

Deze behoefte is vooral naar voren gekomen in het derde stagejaar. Ik heb mijn stage gelopen bij het Vincent van Gogh GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) in Venlo. Hier heb ik ervaren hoeveel behoefte er eigenlijk is naar (tastbaar) bewijs dat BT werkt. Ik zag dat het een belangrijk onderdeel uitmaakt van de behandelingen daar. Het bekend maken en het bewijzen van de werking van vaktherapie is belangrijk om niet wegbezuinigd te worden. Dat geldt zowel binnen instellingen als daarbuiten: door de landelijke politiek.

Er was niet eerder een samenwerking tussen studenten van Vaktherapie Zuyd Hogeschool en Adelante Hoensbroek. Dit sprak me aan omdat het namelijk betekende dat er, naast het opzetten van onderzoek, een andere uitdaging voor mij stond: het opbouwen van een nieuwe, goede werkrelatie.

Verder leek het mij boeiend om een doelgroep die mij niet bekend was te onderzoeken. De uitdaging om met een doelgroep te werken die beperkt is in communicatie, sprak mij erg aan.

Het leek mij een nieuwe en zeer waardevolle ervaring om non-verbaal met deze doelgroep aan de slag te gaan. BT is volgens mij passend omdat het gericht is op non-verbale communicatie waardoor ik mensen, die iets kwijt zijn geraakt (in dit geval verbale communicatie), graag wil laten ervaren dat zij meer kwaliteiten in zich hebben dan zij soms denken.

1.1.3. Duo project

Voor dit onderzoek werd er gekozen voor een duo project. Een pilotonderzoek in duo vergroot de betrouwbaarheid en de validiteit (Migchelbrink, 2016). Samenwerken geeft kansen om elkaar kritisch te bevragen, taken te verdelen, dieper in te gaan op de problematiek. In de kwaliteitscriteria wordt hier verder op ingegaan (zie paragraaf 2.8.1.).

1.2. Zoekstrategie

Deze paragraaf beschrijft hoe we zochten naar literatuur voor dit onderzoek. Voor we onze zoektocht startten, hadden we een duidelijke PICO-vraag nodig (zie Bijlage 1, Begrippenlijst). Na het kennismakingsgesprek en veel brainstormen concludeerden we dat de focus gelegd moest worden op het thema emotieregulatie. Maar naarmate het onderzoek vorderde, kwam er door onze literatuurstudie en door een gesprek met J. Ploum (logopedist te Adelante Zuyd) naar voren dat afasiecliënten erg belemmerd worden in het uiten van emoties en niet zozeer in het reguleren ervan (persoonlijke communicatie, 19 februari 2019). Zo ontstond de PICO-vraag:

Hoe kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van volwassenen met afasie te Adelante Hoensbroek, gericht op het uiten van emoties?

Doordat we een heldere PICO-vraag hadden opgesteld, konden we ons gaan richten op specifieke zoektermen. We gebruikten zowel Nederlandse als Engelse zoektermen. We maakten gebruik van de DIZ-zoekmachine van Zuyd Hogeschool. Deze zoekmachine bundelt de verschillende (internationale) zoekresultaten van meerdere zoekmachines tegelijkertijd. Verder maakten we gebruik van Google Scholar om relevante thema's te vinden.

In de zoektocht naar literatuur pasten we de Boolean Search toe (AND, OR, Author, Titel, Subject) om de zoekresultaten te specificeren. Om een actueel beeld te krijgen hebben we gefilterd op recentere jaren. Op die manier werd er een ruim aanbod gevonden aan literatuur over de verschillende onderwerpen BT of afasie. Helaas leverde het zoeken naar de combinatie afasie en BT vrijwel niets op. Daarom is er zoveel mogelijk literatuur gezocht over deze twee onderwerpen apart

Verder hebben we contact opgenomen met de werkveldgroep NAH. Zij inventariseert de behoeftes binnen het werken met deze doelgroep m.b.t. BT. Daarnaast hebben zowel de docenten als de instelling zelf ons verder geholpen met het vinden van geschikte literatuur. We raadpleegden ook boeken en scripties van de bibliotheek (handsearch) (zie bijlage 2, Zoekgeschiedenis en PICO-vraag).

1.3. Literatuurstudie

1.3.1. Doelgroep

Dit onderzoek is gericht op de doelgroep cliënten met afasie veroorzaakt door een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) bij Adelante Hoensbroek.

Afasie is een taalstoornis (Bastiaanse, 2010). Bij mensen met een NAH raakten de gebieden in de hersenen die betrokken zijn bij taal beschadigd (zie Bijlage 3, Neurologie) (Bastiaanse, 2010). Als het woord afasie wordt ontleed, betekent het: “a” (niet) en “fasie” (spreken) (www.afasienet.com). Afasie betekent dus letterlijk “niet spreken”. Het taalvermogen (begrijpen, spraak, lezen en schrijven) is dus aangetast of zelfs verdwenen (Bastiaanse, 2010). Volgens de Boston Classificatie zijn er acht verschillende afasietypen die te onderscheiden zijn op basis van drie linguïstiek kenmerken: vloeiendheid, naspreken en taalbegrip (zie Bijlage 4, Boston Classificatie) (zie Bijlage 1: Begrippenlijst). (NVAT, z.d.). Vloeiendheid gaat om het vloeiend spreken waarbij niet vloeiend betekent dat een afasiecliënt heel weinig woorden kan zeggen. Het nazeggen gaat om het herhalen wat de ander zegt.

Vroeger werd er gebruik gemaakt van een syndroomdiagnostiek om het type afasie in kaart te brengen. Deze diagnostiek wordt steeds meer losgelaten omdat er in de klinische praktijk meer gemengde vormen van afasie voorkomen dan de “zuivere” syndromen. Op basis van deze gemengde vormen kan een grove indeling worden gemaakt.

Het categoriseren van verschillende afasiesoorten is echter bijna niet mogelijk. Tegenwoordig wordt er per cliënt gekeken naar de verschillende linguïstische symptomen. Het model van Ellis en Young geeft een beeld van hoe een cliënt taal begrijpt en produceert (zie Bijlage 5, Ellis en Young model) (Ellis & Young, 1988) Aan de hand van dit model kunnen er onderliggende taalstoornissen gevonden worden. Taalverwerking is erg complex. Daardoor is afasie moeilijk in “hokjes” te plaatsen.

Voor dit onderzoek werden alle vormen van afasie meegenomen, omdat ze allemaal aanwezig konden zijn op de afasie-afdeling in Adelante Hoensbroek. Ons aanbod moest bij alle afasiecliënten op de afdeling kunnen aansluiten en daarom is het niet specifiek gericht op één soort afasiesyndroom.

Bij mensen met afasie wordt de communicatie in het dagelijkse leven belemmerd. Afasie raakt niet alleen de cliënt zelf maar ook de context, omdat de communicatie met partner, familie, vrienden, etc. niet meer verloopt zoals vroeger (Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel & Wade, 2010).

Dalemans, De Witte, Wade en Van Den Heuvel (2009) onderzochten de sociale participatie van mensen met afasie. Hun conclusie was dat mensen met afasie zich geïsoleerd voelen, zichzelf als belastend ervaren en moeite hebben met deelnemen aan gesprekken.

De impact van afasie op het communicatievermogen is groot. Het verlies van taal is één aspect maar het gevolg ervan is dat afasiecliënten geïsoleerd raken van hun sociale omgeving. Zo kunnen ze vaak eigen gedachten, vragen, gevoelens of emoties niet meer uitspreken of uiten (Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel & Wade, 2010).

Andere beperkingen naast afasie

Hierboven beschreven we dat afasie ontstaat door een NAH. Er zijn in totaal vier mogelijke oorzaken voor een NAH: beroerte, trauma, tumor of een ontsteking (Bastiaanse, 2010).

Veel mensen met afasie hebben daarnaast ook een lichamelijke beperking opgelopen (AZ Sint-Lucas, z.j.):

- Spraakproblemen (dysartrie)
- Problemen met uitvoeren van doelgerichte handelingen (apraxie)
- Evenwichtsstoornissen
- Een volledige of halfzijdige (meestal rechterzijde) verlamming (hemiplegie)
- Uitval van de helft van het gezichtsveld (hemianopsie)

Andere beperkingen

- Problemen met concentratie, geheugenverlies of emoties uiten

Als gevolg daarvan zijn er problemen op het vlak van (Van De Weghe, 2008):

- Functionele zelfredzaamheid
- Psychosociaal functioneren
- Emotionele en gedragsmatige veranderingen

Er zijn tal van variaties in afasie en iedereen ervaart afasie op zijn eigen manier. Dit maakt dat de behandeling breed aangeboden moet worden.

In dit onderzoek wordt rekening gehouden met andere hersenbeschadigingen (zowel lichamelijk als cognitief) maar de nadruk wordt gelegd op de beperkingen bij het uiten van emoties als gevolg van afasie.

1.3.2. Emoties

Deze paragraaf richt zich op de betekenis en inhoud van emoties. In de vorige paragrafen werd duidelijk wat de impact kan zijn van afasie. Afasie veroorzaakt grote problemen op

emotioneel vlak. Emotie is een belangrijk probleemgebied binnen dit onderzoek (zie paragraaf 1.1. Aanleiding). Om te begrijpen wat emoties voor mensen met afasie betekenen, moet er eerst gekeken worden naar het begrip “emotie” zelf.

Allereerst is het van belang om de verschillen tussen affecten, emoties en gevoelens te herkennen omdat deze drie begrippen zowel samenhangen als los van elkaar staan.

- Affecten zijn lichamelijke reacties op prikkels (Nicolai, 2016). Deze prikkels kunnen van binnen (vanuit het lichaam) of van buiten (de omgeving) komen. Een voorbeeld van een affect is het rillen wanneer je bang bent. Doordat affecten lichamelijke reacties zijn, kun je ze niet stoppen.
- Emoties gaan net een stapje verder dan affecten. Emoties zijn affecten waarover je hebt leren voelen en nadenken (Nicolai, 2016). Daarnaast heb je namen gegeven aan deze affecten zoals bij de vier B's: blij, bedroefd, bang en boos (www.nlp-groningen.com). Het kunnen herkennen van een affect (bv. het rillen) en het dan kunnen voelen en benoemen (bv. dat je bang bent), is dus een emotie. Ook emoties kun je niet stoppen. Je kunt wel kiezen hoe je bepaalde emoties uitdrukt (of niet).
- Gevoelens zijn emoties waaraan je zelf een persoonlijke betekenis hebt gegeven en waarover je kunt nadenken. Volgens Damasio (in Nicolai, 2016) staan gevoelens verder weg van lichamelijke reacties omdat ze vaak gekoppeld zijn aan objecten of situaties. Al staan ze verder weg, gevoelens kunnen het lichaam wel raken. Denk bv. aan ontroering bij mooie muziek. Gevoelens zijn bewust en kennen duizenden combinaties.

Volgens Nicolai (2016) is emotieregulatie het behouden van de gemoedrust. Dat houdt in dat je begrijpt wat je ontregelt, serieus neemt wat dat over jezelf zegt en daarna begrijpt wat de eventuele bedoeling is van de ander. Iemand die zijn/haar emotie kan reguleren, kan fysiologische, cognitieve en gedragsmatige reacties op zowel externe als interne prikkels opmerken (Bohlmeijer, Hulsbergen & Van Heycop ten Ham, 2014). Volgens Berking en Wupperman (in Bohlmeijer, et al., 2014) zijn er minstens zeven vermogens die een volwassen persoon nodig heeft om zijn/haar emotie te reguleren (zie Bijlage 6). Veel mensen hebben moeite met één of meer van de zeven vermogens. Iedereen accepteert emoties op een verschillende manier. De ene vindt een emotie verschrikkelijk, angstig of beschamend. De ander maakt een onderscheid tussen emoties: sommige mogen wel (bv. blijheid, verdriet) en sommige mogen niet (boosheid, jaloezie) (Nicolai, 2016). De emoties die niet getoond mogen worden, worden onderdrukt. De zeven vermogens in Bijlage 6 zijn niet vanzelfsprekend.

Laten we ze beschrijven als: “makkelijker gezegd dan gedaan”. Ze zijn echter wel aan te scherpen of aan te leren.

Het reguleren van emoties heeft verschillende functies (Nicolai, 2016):

- Pijn vermijden en plezier of welbehagen behouden (goed in je vel zitten)
- Behouden van sociale relaties
- Signaalfunctie (bewust maken dat er iets speelt)
- Motiveren (aanzetten om in actie te komen)
- Communiceren (emoties te uiten om de ander te laten weten dat er iets aan de hand is)

Bijlage 3 Neurologie geeft meer informatie over emoties in de hersenen.

Bij cliënten met afasie gaan we er niet van uit dat zij problemen hebben met emotieregulatie. Door de afasie kunnen ze hun emoties niet meer verbaal uiten. Dat wil dus niet zeggen dat ze deze emoties niet kunnen reguleren. Het gaat er juist om dat bij mensen met afasie de verwerking van hun emoties bemoeilijkt wordt doordat ze die niet goed meer kunnen uiten. In het proces van emotieregulatie kunnen vervolgens problemen optreden. Dit onderzoek gaat dus echt over het gevolg van afasie op emoties en het uiten ervan en niet op het reguleren.

1.3.2.1. Afasie en emoties

Nu we hebben gespecificeerd wat emoties inhouden, kunnen we een link maken naar de emoties bij mensen met afasie. Het vermogen om effectief en betrouwbaar te communiceren is aangetast (Kline, 2016). Daarnaast zijn mensen met afasie veel andere dingen kwijtgeraakt (2016). Denk bijvoorbeeld aan lichamelijk of geestelijk functioneren, mogelijke relaties in hun omgeving of zelfstandigheid. Bij al deze verliezen komen veel emoties en gevoelens kijken. Code, Hemsley en Herrman (1999) veronderstellen dat ons emotionele leven ontstaat door in interactie te zijn met de samenleving. Hoe dit per persoon wordt waargenomen, bepaalt de kwaliteit van de levenservaringen (Code, Hemsley & Herman, 1999). Daarnaast benadrukt Douglas (2013) het belang van gemeenschap en sociale integratie als een middel om iemands zelfbeeld, betrokkenheid en kwaliteit van leven te ondersteunen. Door interactie met de omgeving worden mogelijke ervaringen van sociale isolatie en gebrek aan sociale contacten verminderd (Douglas, 2013). Het verbaal betrekken van gemeenschap/sociale integratie is een grote uitdaging voor mensen met afasie. Op non-verbaal gebied zijn er daarentegen veel opties om een persoon met afasie alsnog sociaal contact te laten ervaren.

Alhoewel mensen met afasie vaak beperkt zijn in hun communicatiemogelijkheden, is hun intellect in de meeste gevallen intact (Györfi, 2010). Daardoor zijn zij vaak goed in staat om nieuwe mogelijkheden te exploreren (2010). Alle mogelijkheden zouden overwogen moeten worden om verloren vaardigheden te herstellen en/of om te compenseren voor vaardigheden die niet herstellen (2010) Op die manier kan de psychosociale impact van het taalverlies geminimaliseerd worden (2010). Dat leidt dus allemaal tot de vraag: hoe kunnen mensen met afasie zonder gebruik van (veel) verbale communicatie hun emoties uiten?

1.3.3. Vaktherapie

Vaktherapie bestaat uit verschillende media (zie Bijlage 1, Begrippenlijst). Omdat al deze behandelvormen overeenkomstige kenmerken hebben, worden ze samengevat onder de noemer vaktherapie (Van Hooren, 2018). Van Hooren (2018) beschrijft de volgende drie belangrijke kenmerken:

1. Het medium: de therapeut maakt tijdens het therapeutische proces gebruik van middelen, materialen en methodieken (het medium). Deze worden op een methodische wijze afgestemd op de situatie en de cliënt op dat moment. Het medium kan niet zomaar ingezet worden. Het vraagt vakmanschap van de therapeut in kwestie. Behalve het vakmanschap moet de therapeut ook kennis hebben van psychopathologie, ontwikkelingspsychologie, therapeutische stromingen en diagnostiek. Deze drie kenmerken zijn nodig om een vaktherapeut te zijn.
2. Ervaringsgericht werken: d.m.v. de beeldende materialen, drama, dans, muziek, spel en beweging kunnen vaktherapeuten hun cliënten de mogelijkheid geven om ervaringsgericht/handelingsgericht te werken. De cliënt kan ervaren hoe een handeling voelt. Zo kan de cliënt zich bewust worden van haar/zijn eigen gedrag, juist omdat dat gedrag zichtbaar is tijdens het handelen. Door deze bewustwording kan de cliënt vervolgens inzicht krijgen in eigen emoties en/of reactiepatronen. Meestal kunnen de ervaringen die de cliënt opdoet in therapie gerelateerd worden aan het handelen in het dagelijkse leven. De cliënt kan dus eigenlijk gaan experimenteren met alternatieve gedragingen binnen de therapie en zich vervolgens de gewenste alternatieve gedragingen eigen maken. Deze kan hij/zij dan toepassen in het dagelijkse leven. Bij het handelingsgerichte werken is het belangrijk om te weten dat een continue verbale interactie tussen cliënt en therapeut niet altijd nodig is. Het gaat namelijk om ‘het doen’. Vandaar dat het non-verbale aspect belangrijk is voor vaktherapie.

3. De nadruk leggen op de positieve kenmerken en kwaliteiten van de cliënt: bij alle vormen van vaktherapie geldt dat de nadruk wordt gelegd op het bevorderen van een (persoonlijke) ontwikkeling. Verder kan de behandeling gericht worden op het opheffen, verminderen of accepteren van klachten.

1.3.3.1. Beeldende therapie

Beeldende therapie (BT) stond in het gehele onderzoek centraal. BT heeft een aantal kenmerken waarmee het zich onderscheidt van de andere vaktherapieën:

1. Tastbaar en visueel product: het maakt niet uit of het gaat om procesgericht of resultaatgericht werken, bij BT ontstaat er altijd een product uit beeldend materiaal. Het product toont aan dat er een proces is geweest. De cliënt kan hier niet omheen en alles wat hij/zij heeft gedaan is letterlijk zichtbaar (Schweizer, 2009).
2. Materialen: ieder materiaal heeft een intrinsieke structuur. Elk materiaal heeft zijn eigen manier van werken. De wijze waarop een persoon materialen behandelt, kan veel zeggen over zijn/haar gedragingen. Er ontstaat een analogie tussen het psychische proces en het mediumproces (Schweizer, 2009). Verder kan er sensopathisch gewerkt worden met materialen waarbij het voelen centraal staat.

Beeldend therapeuten hebben meerdere criteria als het gaat om het kiezen van de materialen (Moon, 2010). Persoonlijke voorkeuren en pragmatische overwegingen zoals budget, tijd en ruimte zijn allemaal van invloed op het kiezen van materiaal voor een bepaalde sessie (Rubin, 1999). Het therapeutische vermogen van materialen is deels bepaald door praktische factoren en deels bepaald door de appèls en appèlwaarden ervan. Voorbeelden van praktische factoren bij materialen zijn: moeilijkheidsgraad, aantal voorafgaande stappen die nodig zijn, fysieke eisen, veiligheid en formele eigenschappen (waar materialen bedoeld voor zijn, bijv. een potlood om rechte lijnen te maken) (White, 2002).

Elk materiaal heeft ook eigen appèls en appèlwaarden (Smeijsters, 2014). Kliphuis (1973, 1988) gaf voor het eerst vorm aan de creatief-proces-theorie waarbij hij een appèllijst ontwikkelde op basis van onderzoek. Deze lijst met in totaal 32 appèls zegt iets over de bij de cliënt bestaande behoeften (Kliphuis, 1973, 1988). Het medium, of in het geval van BT de materialen, doen een appèl op een persoon. Dat betekent dat de persoon wordt uitgenodigd om iets met de materialen te gaan doen (Smeijsters, 2014). Bijv. een schaar doet appèl op het knippen van een papier i.p.v. scheuren. Het gebruik van appèls is bedoeld om de relatievormen tussen de emotionele, sociale en fysieke omgeving tot stand

te brengen (Smitskamp, 1993). Bij appèlwaarden gaat het juist om welk appèl een specifiek medium (in BT dus het materiaal) doet op de persoon (Smeijsters, 2014). Daarnaast wordt er ook gekeken aan welke behoeften het medium kan voldoen (Smeijsters, 2014). Bijv. een appèlwaarde van een persoon is dat hij het gebruik van de schaar niet fijn vindt en liever papier scheurt. Op deze behoeften kan dan worden ingespeeld door materialen aan te bieden waarmee de persoon graag werkt / fijn vindt om mee te werken.

3. Uiten via beeldspraak: veel mensen hebben moeite met het uiten (van gevoelens) in woorden, zeker afasiecliënten door de taalstoornis. Het zichtbare en tastbare beeldende werk kan veel vertellen over wat belangrijk is voor een persoon (Schweizer, 2009). Beeldend werken biedt een andere ingang dan praten (GGNet-Scelta, 2012). Personen die verbaal sterk zijn, kunnen mogelijk met woorden hun gevoelens niet bereiken (2012). D.m.v. non-verbaal beeldend werken kan er meer contact worden gemaakt met deze gevoelens (2012). Lusebrink, Mārtinsone en Džilna-Šilova (2013) bevestigen de hierboven genoemde uitspraken door te benoemen dat kunst gekarakteriseerd wordt door de expressie van sensatie, perceptie, gevoelens, gedachten, ideeën en ervaringen van non-verbale verbeeldingen.

1.3.3.2. Rol van de therapeut

De therapeutische relatie tussen de beeldend therapeut en de cliënt speelt ook een belangrijke rol in de behandeling van de cliënt (Chapman, 2014). De therapeutische rol kan variëren van getuige zijn van het therapeutische proces tot dienen als rolmodel of juist functioneren als een onderwijzer d.m.v. het geven van begeleiding (Chapman, 2014). Doordat de therapeutische relatie een kernelement is in de revalidatie moet de beeldend therapeut continu afstemmen met de cliënt om te anticiperen en te reageren op de behoeften (Kline, 2016). Op die manier kan de therapeut een cliëntgerichte behandeling geven (2016). Het is bijvoorbeeld van belang dat de therapeut een groot scala aan interventies ontwikkelt die nodig zijn om de gevoelens (hulpeloosheid, angst en woede) van de cliënt te adresseren (McGraw, 1999).

Het belangrijkste aspect van de therapeut is het vermogen om een gevoel van veiligheid en laagdrempeligheid te creëren voor elke cliënt d.m.v. een flexibele, consistente en ondersteunende aanpak (Kline, 2016). Smeijsters (2014) beschrijft een aantal therapeutische werkwijzen die kunnen aansluiten bij de hierboven benoemde aspecten:

Alle bovengenoemde kenmerken zijn mogelijk essentieel als we kijken naar een aanbod voor afasiecliënten. Samen met de algemene kenmerken van vaktherapie lijkt het erop dat BT goed in de behandeling van afasiecliënten zou passen.

Werkwijze	Gericht op
Re-educatieve	het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Eigen gedrag en beleven in het “hier en nu” en de directe oorzaken hiervan staan centraal.
Supportieve	het ondersteunen bij het leren omgaan met problemen. Niet gericht op het doorwerken van de problematieken inzicht krijgen.
Palliatieve	het verzachten van fysieke pijn en het verzachten van en ondersteunen bij psychische problemen (rouwverwerking)
Ortho(ped)agogische	ondersteunen van een algemene ontwikkeling, zoals bij o.a. gehandicapten (activiteiten begeleiding).

Figuur 1. Therapeutische werkwijzen

Gegevens afkomstig van H. Smeijsters, 2014, Bussum

Bijlage 3 Neurologie geeft meer aanvullende informatie over BT in de hersenen.

1.3.4. Afasie, beeldende therapie en emoties

Tijdens de literatuurstudie lazen we artikels over de noodzaak naar onderzoek rond BT en afasie (Reynolds, 2012).

Bij de toepassing van BT bij afasiecliënten moet ermee rekening worden gehouden dat het gaat om mensen met een taalproblematiek. De problematiek is in verschillende gradaties aanwezig (zie paragraaf 1.3.1.). Het is van belang dat de therapeut de instructies op een begrijpelijke manier naar de cliënt overbrengt en deze toetst. Bij sommige types afasie hebben de cliënten namelijk moeite met het begrijpen van gesproken en/of geschreven taal (www.adelante-zorggroep.nl). Het is heel belangrijk dat de therapeut de cliënt correct begrijpt en vice versa. Het kan namelijk zijn dat een cliënt iets vertelt waarbij hij/zij onbedoelde woorden gebruikt of woorden niet vindt (www.adelante-zorggroep.nl). Dit is niet alleen een uitdaging voor de instructie maar eveneens voor nabesprekingen van werkstukken. Voorbeelden van bestaande communicatiemethodieken zijn: pictogrammen, stemmingsmeters, etc. Er is ook een mogelijkheid om te communiceren in het medium zelf. Tekeningen kunnen gemaakt worden om te communiceren (Sacchett, Byng, Marshall & Pound, 1999).

De focus voor dit onderzoek ligt op de materiaalinteractie van de cliënt, het handelen met het materiaal en wat het materiaal met de afasiecliënt doet. Péntzes (2017) beschrijft dat je via methodisch inzetten van een kunstvorm de cliënt in de gelegenheid kan stellen om te ervaren. Zo kan je via het beeldende medium bestaande mechanismen beïnvloeden door het opdoen van nieuwe of andere ervaringen (Péntzes, 2017). De bestaande mechanismen kunnen disfunctioneel zijn voor de cliënt. De focus ligt dus op ervaringsgericht werken in het moment zelf om de gezondheid van de cliënt te bevorderen.

Het non-verbale aspect kan voor mensen met afasie een nieuwe taal worden, een manier om zichzelf te uiten. De kans om zelf te kiezen wat je gaat creëren en met welke materialen/technieken dit gebeurt, verbetert namelijk het oplossings- en beslissingsvermogen (Foster, 1992; Moon, 1994; Czamanski-Cohen, 2012).

Kim (2006) beschrijft dat BT een effectieve behandelingsmethode kan zijn. De reden daarvoor is dat BT zich zowel richt op een non-verbale benadering als op het gebruiken van symbolische beelden. Deze twee aspecten zijn geschikt voor cliënten, die problemen hebben met controle en cognitieve dysfunctie, omdat ze alternatieve methoden bieden om hun emoties en gedachten tot uitdrukking te brengen (Kim, 2006).

Kim (2006) vermeldt verder dat afasiecliënten veel ervaringen hebben met het verlies van controle. Ten eerste al het verlies van de spraak door de afasie maar ook op lichamelijk vlak zijn ze dingen kwijtgeraakt. Een voorbeeld is een halfzijdige of een volledige verlamming (zie paragraaf 1.3.1.) (AZ Sint-Lucas, z.d.). Dit heeft uiteraard consequenties voor het beeldende medium. Het is van belang om materialen, technieken en methodes te kiezen die haalbaar zijn op lichamelijk vlak. Tekentechnieken vereisen de coördinatie van fijne bewegingen wat voor sommige cliënten met afasie confronterend kan zijn (Beesley, White, Alston, Sweetapple & Pollack, 2011). Het zal vaak voorkomen dat de cliënten geen gebruik kunnen maken van de voorkeurhand (Sacchett, Byng, Marshall & Pound, 1999).

Doordat afasie één van de gevolgen is van een NAH kan het voorkomen dat andere hersengebieden ook aangetast zijn. Het is van groot belang dat de beeldend therapeut een duidelijk beeld heeft of dit bij een cliënt het geval is of niet. De wijze waarop BT wordt ingezet, verandert namelijk wanneer er meerdere hersengebieden zijn aangetast. Het kan voorkomen dat er bijkomende problematieken zijn bij ruimtelijke ordening en schikken, kleur en ruimtelijk inzicht, etc. (Kim, S.H., Kim, M.Y., Lee & Chun, 2008). Met andere woorden: de beeldende aspecten veranderen waardoor gekozen werkvormen mogelijk moeten worden aangepast. Verder kan het voorkomen dat er in de hersenen een deel rondom de emoties

(emoties uiten of verwerken) is aangetast, wat invloed heeft op de mogelijkheden van de cliënt in kwestie. Dit onderzoek richt zich niet op deze bijkomende problematieken benoemd in paragraaf 1.3.1. Het is echter wel belangrijk om deze aspecten mee te nemen in BT.

Afasiecliënten zijn prikkelgevoelig: met aspecten zoals groepsgrootte, duur van de therapie en omgeving moet rekening gehouden worden. Doordat de concentratie bij veel afasiecliënten verminderd is, kan visuele kunst ook cognitief veeleisend zijn (Beesley, White, Alston, Sweetapple & Pollack, 2011). Uit onderzoek van BT in relatie tot beroertes blijkt dat individuele sessies de communicatie met de therapeut vergemakkelijken (Higgings, McKeivitt & Wolfe, 2005).

Beeldend werken kan leiden tot het vergroten van zelfvertrouwen, het bieden van motivatie en het creëren van plezier (Lee, Lo & Ho, 2018). Het kan ook negatieve ervaringen/emoties veroorzaken zoals het (cognitief) veeleisende proces van beeldend werken, het gebruik van getroffen ledenmaten of het opdiepen van trieste herinneringen die verbonden zijn met de beperking (Thornberg, Josephsson & Lindquist, 2014). Het is van belang dat je als therapeut je hiervan bewust bent, dat je alert blijft en per individu de juiste materialen en technieken kiest. Ook het effect van kijken naar kunst werd onderzocht (zie Bijlage 1, Begrippenlijst).

BT kan op het gebied van werken met emoties veel betekenen. Het herkennen, serieus nemen, benoemen, uiten van emoties kan op verschillende manieren gebeuren in BT. Door het grote scala aan mogelijkheden is er een grote kans om aansluiting te vinden bij afasiecliënten. In een fenomenologische studie bleek dat participeren aan beeldende kunst de deelnemers hielp om hun verdriet te kunnen uitdrukken, een groter keuzegevoel te creëren, hun prioriteiten te kunnen herzien en een ingeschakelde flow en spontaneïteit te ontwikkelen waarbij positieve emoties zoals ondersteunende humor en blijdschap en vreugde op de voorgrond komen te staan (NVBT, z.d; Reynolds & Prior, 2003; Smeijsters, 2014).

Het non-verbale aspect in BT, zoals al eerder is benoemd, heft de grootste belemmering van afasiecliënten op: het verbaal communiceren. Voor dit onderzoek ging het erom om een manier te vinden waarop afasiecliënten hun emoties konden uiten zonder te focussen op het verbale aspect.

1.4. Vraagstelling

Zoals beschreven in de vorige paragraaf lag ligt de focus van het onderzoek op het uiten van emoties bij mensen met afasie. De onderzoeksvraag die in samenwerking met Adelante Hoensbroek is geformuleerd, is als volgt:

“Hoe kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van volwassenen met afasie te Adelante Hoensbroek, gericht op het uiten van emoties?”

Verder is er ook een deelvraag geformuleerd om een concreter antwoord te geven op de hoofdvraag. Deze is van belang om gevoelens, gedachten en gedragingen in kaart te brengen. Deze symptomen zijn noodzakelijk om een indicatie te stellen voor BT.

“Welke symptomen worden zichtbaar bij een persoon met afasie wanneer hij/zij vastloopt in zijn/haar emoties?”

1.5. Doelstelling

Vanuit de vraagstelling en het lopend onderzoek is uiteindelijk een product ontwikkeld. Dit product is adviserend en informierend van aard. Concreet is het een advies omtrent een aanbod aan BT bij mensen met afasie binnen Adelante. Hieronder wordt beschreven hoe het onderzoek een bijdrage kan leveren aan de werking van Adelante Hoensbroek, de mogelijkheden van BT voor afasiecliënten en het eigen vaktherapeutisch handelen.

Allereerst is zowel afasie als NAH een onbekende doelgroep binnen BT. Daarom was het van belang om een duidelijk beeld te schetsen van deze doelgroep voordat er verder gekeken werd naar het beeldende medium. Om dit te specificeren hebben we ons gericht op volwassenen met een zware vorm van afasie waarbij de communicatie zeer zwak is (dit kan zowel over (terug)spreken als begrijpen en schrijven gaan). Er werd zowel op psychische als op somatische mogelijkheden gefocust. Beide aspecten hebben namelijk een rol binnen het beeldende medium waardoor er rekening gehouden moet worden met zowel beperkingen als mogelijkheden.

Ten tweede is het onderzoek gericht op aansluitende beeldende methodieken voor de doelgroep. Deze zijn gericht op non-verbale werkvormen waarbij emoties kunnen worden geuit d.m.v. beeldend werken. Hiervoor werd gekeken naar therapeutische houding, beeldende materialen en technieken, mogelijke interventies en hulpmiddelen aansluitend op de doelgroep. Met de gevonden informatie werd er een advies geformuleerd voor het beeldende aanbod bij afasiecliënten rondom het uiten van emoties. Daarnaast werd er ook gekeken naar een indicatiestelling voor BT. Dit zou kunnen via het multidisciplinaire team. De praktijk, Adelante Hoensbroek, krijgt er door dit onderzoek een mogelijkheid bij om afasiecliënten te ondersteunen in hun emotionele noden.

Verder was dit onderzoek ook een goede manier om het beroep BT te profileren. Dit onderzoek kan mogelijk een beeldende therapeutische bijdrage leveren aan een behandeling van afasiecliënten. Hiernaast hebben de opgedane ervaringen een bijdrage geleverd tot onze persoonlijke ontwikkeling als beeldend therapeut (zie paragraaf 4.1.5. & 4.2.5.).

1.6. Relevantie

In deze paragraaf wordt ingegaan op de kwestie waarom dit onderzoek relevant is voor de beroepspraktijk, de cliënten van de instelling, de ontwikkeling van het beroep vaktherapie en de eigen vaktherapeutische ontwikkeling. Voor iedere belanghebbende levert dit onderzoek een bijdrage.

De bijdrage voor Adelante Hoensbroek is dat het een winst is om hun bestaande aanbod voor afasiecliënten te kunnen verbeteren waardoor er een optimale zorg aangeboden kan worden. Hoe beter de kwaliteit van de zorg, hoe sneller een cliënt hoogstwaarschijnlijk kan revalideren. Dit levert de instelling tijd, geld en bekendheid op. Verder kan het behandelteam zich meer gaan richten op de behoeften van de cliënt d.m.v. het aanreiken van verschillende behandelopties. Op die manier kan er meer cliëntgericht gewerkt worden (Kline, 2016).

Zowel de samenleving als de manier van werken vanuit de instelling zijn verbaal gericht. Voor afasiecliënten wordt psychosociale begeleiding aangeboden maar dit gebeurt in de vorm van gesprekken. Het behandelteam van afasiecliënten geeft aan dat een non-verbale benadering beter kan aansluiten bij hun mogelijkheden. Als er sprake is van extreme afasie waarbij er weinig tot geen communicatiemogelijkheden zijn, zijn verbale therapieën niet geschikt. Deze kunnen dan mogelijk te confronterend zijn voor de cliënt aangezien hij/zij zich dan verbaal moet uiten. Door deze onmogelijkheid is het niet haalbaar om verbaal psychische ondersteuning/begeleiding te ontvangen.

Ook levert het onderzoek een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep vaktherapie. Binnen Adelante wordt BT veelvuldig ingezet bij de Pijnrevalidatie. De verbinding naar CVA/NAH is echter nog niet gelegd. Door dit onderzoek wordt de bekendheid van BT in Adelante vergroot. De combinatie BT en afasie is nog nauwelijks bekend waardoor dit pilotonderzoek voor de ontwikkeling van vaktherapie vooruitstrevend is. Het onderzoek draagt daarom bij aan zowel de effectiviteit van vaktherapie als het vergroten van evidence van BT. Evidence is voor vaktherapie een noodzaak om BIG erkend te worden zodat het een beschermd beroep kan worden en cliënten verzekerd kunnen worden door zorgverzekeraars. Ten slotte biedt het ons als toekomstige beeldend therapeuten nieuwe inzichten voor onze eigen ontwikkeling (zie paragraaf 4:1.5. & 4.2.5).

Hoofdstuk 2: Onderzoeksdesign

In de volgende paragrafen wordt de keuze van het onderzoekstype en de onderzoeksmethode onderbouwd. Daarnaast wordt ook het verloop van het onderzoek uitgelegd.

2.1. Onderzoekstype

Als onderzoekstype is er gekozen voor het ontwikkelingsonderzoek. D.m.v. “nieuwe” werkwijzen/behandelingen/methodieken wordt er een verbetering van het huidige aanbod ontwikkeld (Migchelbrink, 2010).

Het uitgangspunt van dit onderzoek is om een innovatief advies te creëren ter verbetering van de huidige situatie door een beeldend therapeutisch aanbod te ontwikkelen voor afasiecliënten. De verbetering houdt in dat afasiecliënten hun emoties kunnen uiten via non-verbale manieren in BT.

De vraagstelling is specifiek gericht op één bepaalde groep/afdeling in Adelante Hoensbroek, namelijk cliënten met forse afasie. Reason en Bradbury (2001, 2008) beschrijven dit als een second person-actieonderzoek, gericht op praktijkontwikkeling. Er wordt onderzoek verricht naar een bepaald onderwerp waarover een gedeelde zorg is, waarbij meerdere disciplines worden betrokken (Reason & Bradbury, 2001, 2008). Zoals vermeld, is er ook een gedeelde zorg, namelijk dat de hulpverleners momenteel niet de optimale zorg kunnen leveren aan de afasiecliënten. Ze merkten op dat afasiecliënten vastlopen in hun emoties en dat deze vaak in de weg zitten om te komen tot bv. effectieve logopedische of psychologische ondersteuning (P. van Bilsen, persoonlijke communicatie, 3 oktober 2018).

2.2. Onderzoeksmethode

Doordat het onderzoekstype ontwikkelingsgericht is, kozen we voor een actiegericht onderzoeksmethode. De reden hiervoor is dat er bij actiegericht onderzoek nauw samengewerkt kan worden met de praktijk. Op die manier kunnen de probleemgebieden en mogelijke oplossingen zo gericht mogelijk uitgediept worden. Hierdoor kan er een zo compleet mogelijk antwoord gegeven worden op de vraagstelling. Dergelijk onderzoek bestaat uit een voor-, oriëntatie-, diagnostische-, ontwikkel-, actie- en evaluatiefase (Migchelbrink, 2016). Het is kenmerkend dat de fasen van actieonderzoek door elkaar lopen aangezien de praktijk erg dynamisch is (Migchelbrink, 2010).

Het accent kan per onderzoek verschillen. Dit onderzoek begon vanaf de voorfase: er was nog geen vooronderzoek geweest en er moest een geheel nieuw product ontworpen worden. Daarom lag het accent van dit onderzoek op de eerste vier fasen. Wegens de korte periode en omdat het ging om een pilot, was er geen ruimte voor een actiefase om een uitgewerkt aanbod uit te proberen. Er was wel een evaluatiefase om feedback te kunnen ontvangen/geven, richting te geven aan de reflectie en eventueel het plan bij te stellen (Migchelbrink, 2007).

In de vraagstelling gaat het over het veranderen van de methodes bij behandelingen van volwassenen met afasie. Volgens Baarda (2014) is het doel van actiegericht onderzoek een verandering tot stand te brengen. Actiegericht onderzoek kenmerkt zich door het samenwerken met de betrokkenen in de praktijk waarbij er oplossingen worden gezocht gericht op verbetering (Baarda, 2014). Zowel de opdrachtgever (Adelante Hoensbroek) als de onderzoekers zijn gelijkwaardig betrokken bij het proces (Verhoeven, 2011). Deze manier van samenwerking wordt ook wel co-creatie genoemd, het samen (co) creëren (creatie) van een innovatie (Migchelbrink, 2016).

2.3. Voorfase

Deze fase wordt gekenmerkt door het leggen van contact en het opbouwen van een relatie met de betrokkenen in het actiegericht onderzoek. Dit staat centraal in de voorfase naast het verkennen van de te onderzoeken problematieken (Migchelbrink, 2016).

2.3.1. Start van het onderzoek

Wij zijn als onderzoekers blanco in het onderzoek binnengekomen, we hadden geen geschiedenis in de instelling en weinig tot geen inzicht in de doelgroep (Migchelbrink, 2016). De ideeën, problemen of moeilijkheden vanuit de instelling waren ons nog niet bekend (2016). Via mail legden we contact met P. van Bilsen, (voormalig) coördinator van innovatie in Adelante Hoensbroek. P. van Bilsen bracht ons in contact met actoren die een rol speelden in het onderzoek. In een kennismakingsgesprek leerden we M. Thaler kennen, beeldende therapeute te Adelante.

Er werd open gecommuniceerd over de verwachtingen, dromen, mogelijkheden en behoeftes van beide partijen waardoor we op één lijn kwamen m.b.t. het onderzoek. Verder kregen we een rondleiding in de instelling en volgden er nog enkele gesprekken zodat we ons een duidelijker beeld konden vormen van de doelgroep en de mogelijkheden in de instelling. Migchelbrink (2016) vermeldt dat het opbouwen van contact en relatie tussen de onderzoekers en de actoren belangrijk is om het vertrouwen te winnen van de actoren en om duidelijk te maken wat wel en niet van de onderzoekers verwacht kan worden.

Door een reorganisatie binnen Adelante is P. van Bilsen begin februari weggefallen. Na actief zoeken nam J. Ploum het initiatief om haar functie deels over te nemen en het onderzoek te begeleiden. J. Ploum werkt in Zuyd Hogeschool én in Adelante, waardoor de communicatie vlot kon verlopen. Samen werd het actie-netwerk opnieuw in kaart gebracht en werden er nieuwe afspraken gemaakt omtrent het verloop van het onderzoek (zie Bijlage 7, akkoordformulier).

Verder zijn andere hulpverleners van de afdeling NAH (specifiek afasie) benaderd om ons als onderzoekers aan voor te stellen (zie Bijlage 8, Algemene introductie Onderzoek). Op deze manier werden de werknemers van Adelante geïnformeerd en wij kregen de kans om vragen te stellen.

2.3.2. Actorennetwerk

In figuur 2 is het actienetwerk met de verschillende actoren die direct betrokken waren bij het onderzoek weergegeven (Migchelbrink, 2016). In figuur 3 staan de indirect betrokken actoren. Per actor wordt de rol en de fase waarin ze betrokken waren vermeld.

<i>Actoren</i>	<i>Wie</i>	<i>Rol</i>	<i>Fase</i>
Voormalige opdrachtgever	Pascalie van Bilsen	Coördinator innovatie van Zorggroep Adelante Hoensbroek. Ze was contactpersoon en heeft inzicht in het onderzoek. Ze bracht ons in contact met meerdere actoren.	(1)
Begeleider Logopedist & klinisch linguïst in Adelante	Janneke Ploum	Stuurt het onderzoek aan. Is de brug tussen Zuyd Hogeschool en Adelante Hoensbroek. Aanspreekpunt en verwijzen.	(1t/m5)
Onderzoekers	Liyan Top & Saar De Haes	Vierdejaars studenten van de opleiding Vaktherapie, Beeldende vorming aan Zuyd Hogeschool.	(1t/m5)
Scriptiebegeleider en docent Vaktherapie	Dieuwertje Abeling Boselie	Scriptiebegeleider vanuit de opleiding Vaktherapie Beeldend.	(1t/m5)
Afasiecliënten in Adelante	4 cliënten van de afdeling	Zij zijn situationeel betrokken bij het onderzoek. Het gaat namelijk om hun welzijn.	(4)
Oud afasiecliënt van Adelante	1 oud cliënt van Adelante	Ervaringsdeskundige met afasie.	(4)
Chronische pijncliënten	8 cliënten	Patiënten in Adelante die beeldende therapie in hun programma hebben.	(3)
Beeldend therapeut Initiatiefnemer (Projectmedewerkers)	Martina Thaler	Beeldend therapeut op afdeling chronische pijn. Ze neemt initiatief om dit onderzoek mee te begeleiden en actief mee te denken.	(1,3,4 &5)
Psycholoog Probleemdrager	Danny Mennen	Psycholoog voor afasiecliënten. Expert in het ziektebeeld afasie.	(2t/m5)
Beeldend therapeut	Marian van der Pijl	Beeldend therapeut op afdeling chronische pijn.	(3)
Muziektherapeut Probleemdrager	Marco Habets	Muziektherapeut op afdeling afasie. Heeft inzicht in de doelgroep en probleemkenning op psychisch vlak.	(2&3)

Figuur 2. Onderzoek setting, direct betrokken actoren.

De fasen worden weergegeven met nummers:

(1) Voor- (2) Oriëntatie- (3) Diagnostische- (4) Ontwikkelings -en (5) Evaluatiefase

<i>Actoren</i>	<i>Wie</i>	<i>Rol</i>	<i>Fase</i>
Mantelzorgers/ familie van cliënten	2 partners van afasiecliënten	De omgeving van de afasiecliënt (sociaal netwerk). Zij hebben zicht op het dagelijkse leven van de cliënt.	(2)
Logopedie Probleemdrager	Carine Crijns Virginie Pielanen	Logopedisten op Adelante Hoensbroek. Hebben zicht op de doelgroep en het probleemgebied. Experts op gebied van communicatie	(2)
Medewerkers kenniscentrum	Sonja Geijselaers- Biermans Veronique van de Woude	Zijn werkzaam in Adelante Hoensbroek. Begeleiding in aanvragen stagecontracten.	(1)
Onderzoekscoördinator	Simone Sep	Onderzoekscoördinator van Zorggroep Adelante Hoensbroek. Begeleiding in het proces met de MEC (medisch ethische commissie)	(1)
Professor en lector Kennisontwikkeling Vaktherapieën	Susan van Hooren	Verkrijgen van passende literatuur.	(2)
Senior- en hoofddocent opleiding logopedie en senior-onderzoeker	Ruth Dalemans	Expertisecentrum innovatie zorg en technologie	(2)
Studenten logopedie	Vinny Schrijver & Esra Hendriks	Verkrijgen van voorbeelden afasievriendelijke communicatie.	(2)
Project organisator van VZ werkveldgroep NAH	Marion van Ogtrop	Lid van Nederlandse vereniging Beeldende Therapie. Verkrijgen van passende literatuur.	(2)
Kennisinnovatie werkveld	Marion Huijbregts	Lid van Nederlandse vereniging Beeldende Therapie. Verkrijgen van passende literatuur.	(2)
Seniordocent opleiding Vaktherapie	Ingrid Péntzes	Docent van de Vaktherapie Beeldend. Ze begeleidt het onderzoek mede door het opstellen van de probleemstelling en het onderzoeksdesign.	(1&2)

Figuur 3. Onderzoek setting, indirect betrokken actoren

De fasen worden weergegeven met nummers:

(1) Voor- (2) Oriëntatie- (3) Diagnostische- (4) Ontwikkelings -en (5) Evaluatiefase

2.4. Oriëntatiefase

Volgens Migchelbrink (2007) gaat het in deze fase om drie verschillende thema's:

- Het verkennen van de probleemsituatie en het doel van betrokkenen
- Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met de betrokken actoren
- Het invullen van de rol van de onderzoekers

Deze thema's zijn verwerkt in de volgende paragrafen.

2.4.1. Probleemstelling

Voor het oriënteren werd er gekozen voor een perspectiefbenadering (Migchelbrink, 2007). Migchelbrink (2016) omschrijft dit als het kijken naar een situatie/probleem door een positieve bril. Net zoals in de positieve psychologie wordt de wens, uitdaging of droom geformuleerd en niet het probleem ervan (2016). Deze benadering past bij de werking van Adelante. Zij kijken naar de mogelijkheden en sterktes van de cliënt en de instelling om naar een verbeterplan voor afasiecliënten toe te werken. De therapieën die momenteel gegeven worden, zijn verbaal gericht waardoor een non-verbale werking een mooie aanvulling is in het bestaande aanbod. Deze manier van oriënteren kan gekoppeld worden aan de "omgekeerde oriëntatie op een doelgroep" (Migchelbrink, 2016, p. 164). De onderzoekers deden informatie en kennis op vanuit o.a. literatuurstudie. Op basis van deze kennis volgde het contact met de doelgroep (afasie). Er was geen voorkennis vanuit de praktijk. In de oriëntatiefase was het belangrijk om inzicht te krijgen in de doelgroep d.m.v. observeren en formele en informele gesprekken met verschillende actoren.

Door in de instelling aanwezig te zijn raakten de onderzoekers bekend met de routines en de werking en kwamen ze in aanraking met cliënten en de behandelaars. Verder werd de accommodatie van de beeldende ruimte verkend waardoor ze zicht kregen op aanwezige materialen.

2.4.2. Oriëntatie op de doelgroep

Voor de onderzoekers was het belangrijk om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep. Observeren van afasiecliënten was een noodzaak om zicht te krijgen op de symptomen wanneer ze vastlopen in hun emoties (zie ook paragraaf 3.6.1. Vastlopen in emoties). Deze kennis is deels verkregen door interviews af te nemen van de hulpverleners en afasiecliënten te observeren. Door zowel eigen observaties als observaties van de hulpverleners, kon er aanvullende informatie worden verzameld. Er werd gebruik gemaakt van de (5xW+H)-analyse (zie Bijlage 1, Begrippenlijst) (Migchelbrink, 2016).

Deze methodiek werd gebruikt om observatieschema's te maken en interviews voor te bereiden. De informatie uit de interviews, is zowel van belang geweest in de oriëntatie- als de diagnostische fase. In de oriëntatiefase lag de focus op de verkenning van het probleemgebied van de doelgroep. Hier werd er gefocust op gedragingen, lichaamshouding en uitdrukkingen van emoties (zie Bijlage 9, Observatie kenmerken afasie).

2.4.3. Observatie in de praktijk

Bij het contact met afasiecliënten kozen we ervoor om niet vooraf aan te geven waarop de nadruk van onze observatie in dit onderzoek lag. De reden hiervoor was om de handelingen en gedragingen van cliënten zo min mogelijk te beïnvloeden.

We volgden verschillende sessies logopedie mee en legden daar onze eerste contacten met afasiecliënten. In de sessies werd het onderzoek kort toegelicht aan de afasiecliënt. Er werd nadruk gelegd op het belang van het onderzoek met betrekking tot de verbetering van de algemene behandeling van afasiecliënten. Door een positieve verwoording en door de enthousiaste houding van de onderzoekers werden afasiecliënten gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze wijze van introductie motiveert cliënten intrinsiek (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

De onderzoekers kwamen in aanraking met vijf afasiecliënten. Twee van deze cliënten hebben in de ontwikkelingsfase een interview afgelegd en een werkvorm uitgevoerd (zie paragraaf 2.6.). Hierdoor leerden ze de onderzoekers kennen en raakten ze vertrouwd met het onderzoek. Verder hebben we de kans benut om hun sociale netwerk bij het onderzoek te betrekken en ook hun ervaringen mee te nemen.

Het was belangrijk om te weten hoe er informatie verzameld kon worden bij de afasiecliënten zelf omdat hun behoeften centraal staan in het onderzoek. Via literatuur en hulpverleners deden we kennis op om de communicatie met een afasiecliënt gemakkelijker te maken.

2.5. Diagnostische fase

Het doel van de diagnostische fase is om zicht te krijgen op de probleemsituatie (Migchelbrink, 2007). Volgens Migchelbrink (2007) wordt de diagnostische fase gekenmerkt door een complete en diepgaande situatieschets waarbij de huidige situatie binnen de instelling in kaart wordt gebracht. Informatie wordt verzameld door reflectie, ervaringskennis, participerende observatie en literatuuronderzoek (Migchelbrink, 2007).

Vanuit verschillende invalshoeken werden de aspecten van de bestaande uitgangssituatie door de onderzoekers en de betrokkenen geëxploreerd (Migchelbrink, 2007). Om het stellen van de diagnose te structureren en om te zorgen dat er niets werd vergeten, is er een duidelijke planning gemaakt. In Bijlage 10 staat de agenda met de hoogtepunten voor een overzichtelijke beeld. Er zijn interviews afgenomen met vijf hulpverleners, vier afasiecliënten en één oud-afasiecliënt die de behandeling in Adelante had afgerond. Verder liepen we mee met een chronische pijngroep in een BT sessie om de mogelijkheden van BT in Adelante te verkennen.

2.5.1. Interviews hulpverleners

Voor de interviews met de hulpverleners maakten we gebruik van gedeeltelijk gestructureerde interviews (Baarda, 2012). De vragen bij een gedeeltelijk gestructureerd interview worden ingedeeld in verschillende thema's zodat je als interviewer een houvast hebt (Baarda, 2012). Op deze manier kan er vrij snel informatie verkregen worden en doorgevraagd worden waar nodig (Baarda, 2012). De volgende thema's zijn in elk interview aan bod gekomen:

- Algemeen (werk, instelling)
- Inhoud therapie (gericht op de discipline van de geïnterviewde)
- Inhoud van dit onderzoek
- Probleemgebied verkenning van afasiecliënt en emoties
- Communicatie bij afasie
- Indicatie BT
- Interdisciplinair samenwerken

Er zijn in totaal vijf interviews afgenomen bij hulpverleners (in chronologische volgorde): D. Mennen (neuropsycholoog), M. van der Pijl (beeldend therapeut), M. Thaler (beeldend therapeut), M. Habets (muziektherapeut) en J. Ploum (logopedist). De bovengenoemde hulpverleners zijn gekozen omdat hun expertise en kennis in hun eigen vakgebied nodig was

om specifieke data te kunnen verzamelen. De volgorde is ontstaan vanuit pragmatische redenen, maar met de verkregen info konden we de volgende bevragingen bijsturen.

Verder werd er per hulpverlener ingegaan op hun specifieke expertise:

- Neuropsycholoog (D. Mennen)
 - o Vanuit een psychische invalshoek het probleemgebied verkennen. Focus op onderzoek “Uiten van emoties” heeft immers te maken met het psychische welzijn van de cliënt
 - o Neuropsycholoog heeft een gedeelde verantwoordelijkheid bij het stellen van diagnoses. De mening krijgen van iemand die normaal gesproken indiceert, was van belang om de link te leggen met indicatie in BT
- Vaktherapeuten (M. Thaler, M. van der Pijl en M. Habets):
 - o Zicht kunnen geven op inzet van BT binnen Adelante voor een mogelijke vertaling naar BT met afasiecliënten
 - o Informatie verkrijgen over therapeutische houding, werkwijze en eigen ervaringen over combinatie BT en afasie. Deze informatie gebruiken om beeldende werkvormen te creëren voor onderzoek. De beeldende therapeuten hadden slechts enkele keren met afasiecliënten gewerkt omdat ze aanvankelijk deel uitmaakten van het behandelteam chronische pijn.
 - o Muziektherapeut heeft meer ervaring met afasiecliënten waardoor er overstijgend gekeken kon worden naar vaktherapeutische houdingen, - werkwijzen en het effect van vaktherapie op afasiecliënten.
- Logopedist (J. Ploum):
 - o Heeft het meest inzicht in communicatiemogelijkheden van afasiecliënten
 - o Aanreiken van communicatietechnieken en -hulpmiddelen
 - o Verkennen van het probleemgebied op verschillende vormen van afasie op de afdeling te Adelante

Elk interview duurde minimaal één uur. In de interviews waren altijd beide onderzoekers aanwezig. Er werd gewerkt met een “hoofdinterviewer” en iemand die gericht was op het doorvragen. Zo werd de leidraad van de gesprekken goed bewaakt. We namen alle interviews op met een memorecorder zodat de focus op het gesprek kon blijven. Middels toestemmingsformulieren gaven alle actoren toestemming voor de manier van dataverzameling en voor het gebruiken van hun gegevens (zie Bijlage 11).

2.5.2. Interviews afasiecliënten

In de voorfase werd er beschreven dat inzicht in de communicatiemogelijkheden van afasiecliënten belangrijk is. Vanuit het vooronderzoek is de best passende methode gebruikt om informatie van de cliënten te verkrijgen. Het was noodzakelijk om de vragenlijsten/interviews aan te passen aan de communicatiemogelijkheden van afasiecliënten. Op aanbeveling van J. Ploum is er contact gelegd met enkele logopediestudenten (V. Schrijver en E. Hendriks) van Zuyd Hogeschool Heerlen. Met behulp van hun zelfgemaakte afasievriendelijke uitleg, met pictogrammen, hebben we een afasievriendelijke introductie en toestemmingsformulier opgesteld (zie Bijlagen 12 en 13). Daarin gaven uitleg over de inhoud van ons onderzoek.

Bij afasiecliënten werden er gestructureerde interviews afgenomen omwille van de logische opbouw en omdat de antwoordcategorieën hierbij al vastlagen (Baarda, 2012). Daarnaast ligt vooraf welke vragen gesteld worden in welke volgorde (Baarda, 2012). We kozen voor een individuele benadering, dus één onderzoeker als interviewer, zodat de afasiecliënt zich maar op één persoon hoeft te focussen. Vier van de vijf geïnterviewde personen waren op dat moment cliënten in Adelante en één persoon was een afasiecliënt die de behandeling al afgerond had.

Om de communicatie voor afasiecliënten tijdens de interviews gemakkelijker te maken, deden we volgende interventies: (wanneer een afasiecliënt kan/wil lezen) (zie Bijlage 14, Interviews afasiecliënten):

- Uitprinten van de opgestelde vragen
- Kernwoorden vetdrukken
- Gebruik maken van een groot lettertype
- Regelaafstand vergroten om overzicht te creëren

Verder werd er gebruik gemaakt van verschillende hulpmiddelen:

- Pictogrammen uitprinten om thema's uit te leggen zonder verbale taal
- Pen en papier voorzien om dingen op te schrijven/tekenen (wanneer een afasiecliënt schrijven gemakkelijker/prettiger vindt dan spreken)

Als interviewer was het noodzakelijk om aan te sluiten bij de communicatiemogelijkheden van de afasiecliënt. Effectieve interventies tijdens een gesprek zijn: rustig spreken, helder articuleren en constant checken of gegeven informatie begrepen is. Dit deden we door het stellen van gesloten vragen of het kort herhalen van de uitleg/gestelde vraag. Verder hielp het

gebruik van gebarentaal om te verduidelijken wat er gezegd werd. We zorgden ervoor dat het doel en de inhoud van de sessies duidelijk waren door een visueel tijdschema te maken (zie Bijlage 15).

2.5.3. Participerend observeren

In dit onderzoek werden participerende observaties gebruikt als datageneratiemethode (Verhoeven, 2014). Dat wil zeggen dat er data gehaald konden worden door tegelijkertijd te participeren en te observeren. De onderzoekers hadden daarbij een actieve rol als deelnemer in de praktijk (Verhoeven, 2014). Er werd een helder beeld gevormd van de praktijk of context waarin het onderzoek plaats vond (Verhoeven, 2014). Als onderzoeker waren we op Adelante aanwezig om de dagelijkse routine in kaart te brengen. Verder gingen we gesprekken aan om inzicht te krijgen in gedragingen, interacties, ervaringen, etc. die relevant waren voor het onderzoek (Migchelbrink, 2007).

Verder verkregen we een beeld van de inzet van BT binnen de instelling, Adelante Hoensbroek, door één sessie mee te volgen op de afdeling chronische pijn bij M. van der Pijl. Door het open karakter van participerend observeren was het mogelijk om een natuurgetrouw beeld te krijgen (Migchelbrink, 2007). Er werd ook een duidelijker beeld gevormd over de faciliteiten en het beeldend lokaal. Om een beter zicht te krijgen op de mogelijkheid om emoties te uiten in BT en op de meerwaarde van BT in de behandeling, hebben we een enquête opgesteld voor de chronische pijncliënten. Deze werd schriftelijk afgenomen via een online website: “Enquêtes Maken” (Migchelbrink, 2016). Dit werd gedaan door gerichte vragen te stellen over ervaringen met het beeldend werken, de meerwaarde van nabesprekingen in BT en ervaringen over BT als onderdeel van de behandeling (zie Bijlage 16). Deze enquête is ingevuld door zes van de acht chronische pijncliënten.

2.5.4. Literatuuronderzoek

Gedurende het onderzoek bleef literatuuronderzoek belangrijk. Alle nieuwe kennis die we vergaarden tijdens het onderzoek (vanuit interviews/gesprekken) vroeg verdere onderbouwing of aanvullende informatie. Deze informatie was van belang voor het opstellen van beeldende werkvormen en interviews aan afasiecliënten. We hebben deze informatie verkregen door het zoeken in literatuur of het opvragen van expertkennis. De extra literatuurbronnen zijn opgenomen in Bijlage 17.

2.5.5. Voorbereiding op de ontwikkelingsfase

2.5.5.1. Participanten zoeken

Voordat de ontwikkelingsfase plaatsvond, was het belangrijk om duidelijk te hebben welke afasiecliënten gemotiveerd waren om te participeren in het onderzoek. Samen met J. Ploum waren er een aantal criteria opgesteld voor participanten:

- Afasie hebben ten gevolge van een NAH
- Een behandelingstraject volgen/gevolgd hebben in Adelante Hoensbroek
- Een zekere mate van communicatieproblemen

Het laatste criteria slaat op het feit dat communicatieproblemen bij sommige afasiecliënten in behandeling zodanig zijn hersteld dat ze niet meer in de weg staan van het verbaal uiten van emoties.

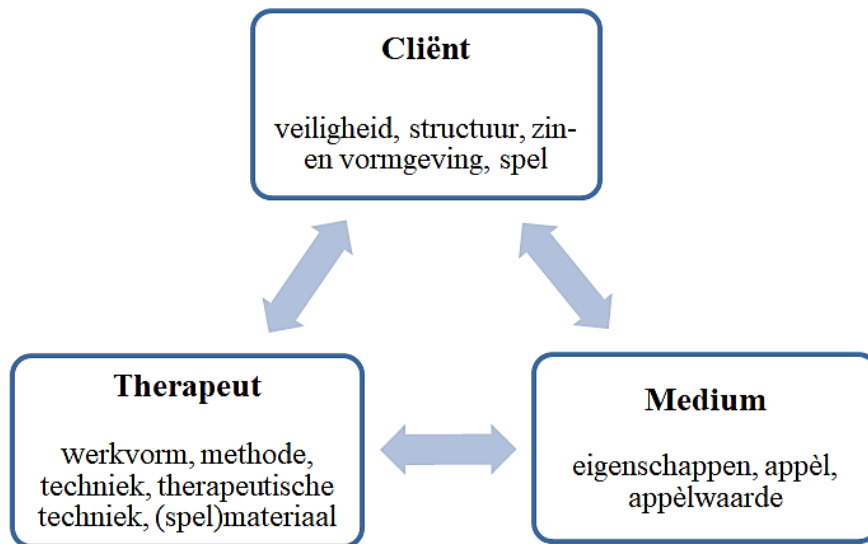
Voor dit onderzoek richtten we ons enkel op afasiecliënten met problemen i.v.m. het verbale uiten. Met J. Ploum en het logopedistenteam werd er ingeschat welke afasiecliënten open zouden staan om te participeren aan het onderzoek. Er werd rekening gehouden met de belastbaarheid van elk individu. Wanneer de emotionele belasting voor de cliënt als te groot werd ingeschat, werd deze niet benaderd voor deelname. Op basis van deze inschattingen zijn er vier afasiecliënten voorgesteld (dezelfde afasiecliënten benoemd in paragraaf 2.5.2. Interviews afasiecliënten). Twee van de vier afasiecliënten waren al bekend met het onderzoek en de onderzoekers. Dat kwam omdat zij de onderzoekers al hadden gezien tijdens het meelopen met de logopediesessies (zie paragraaf 2.4.3.)

Daarnaast is er via J. Ploum contact gelegd met een oud cliënt met afasie die in Adelante Hoensbroek een behandelingstraject had gevolgd. Het leek een meerwaarde om informatie te verzamelen bij een oud-client omdat hij van een afstand terug kon kijken op sterktes/zwaktes van de revalidatie. Verder konden we informatie verzamelen over de impact van afasie, gericht op het uiten van emoties in het dagelijkse leven.

2.5.5.2. Werkvormen

Het was belangrijk om beeldende werkvormen voor te bereiden zodat deze uitgevoerd konden worden in de ontwikkelingsfase. Er is eerst individueel en daarna samen gebrainstormd over de werkvormen. Aan de hand van de onderzoeksvraag (emoties uiten), eigen ervaringskennis en verzamelde informatie vanuit de diagnostische fase (interviews, participerend observeren en literatuur) werden deze werkvormen uitgewerkt. De onderzoeksvraag bleef centraal staan binnen de werkvormen.

De beeldende sessies werden opgesteld aan de hand van de driehoek cliënt-therapeut-medium (Cilissen-Ysermans, 2015). Cilissen-Ysermans (2015) vermeldde dat in beeldende therapie de cliënt, de therapeut en het medium onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. In onderstaande driehoek is de relatie en wisselwerking tussen de drie componenten weergegeven zie figuur 4.



Figuur 4. Cliënt-therapeut-medium. Aangepast overgenomen uit *Client-therapeut-medium, een wisselwerking* (p. 8) door A. Cilissen-Ysermans, 2015, Gulpen

Tijdens het uitwerken en het aanbieden van de werkvormen, werd met alle kenmerken van de driehoek rekening gehouden. Voor een goede werkvorm is het noodzakelijk dat alle componenten goed op elkaar zijn afgestemd. In Bijlage 18 zijn de uitwerkingen van de werkvormen te vinden die gegeven zijn aan de participanten.

Het onderzoek was gericht op het ontwikkelen van geschikte beeldende methoden/technieken en werkvormen voor volwassenen met afasie rond het uiten van emoties. Door uit te gaan van de eigenschappen en het appèl van de materialen en de kenmerken rond emoties, werden er keuzes gemaakt. Lusebrink (in Martin, 2009, p. 72) zet beeldend materiaal op een continuüm van vloeibaar (nat) en vast (hard) materiaal en stelt dat er een interactie plaatsvindt tussen de verschillende zintuigelijke ervaringen van de materialen en de symptomen van de cliënt. De materialen werden ingezet vanwege hun eigenschappen en de mate waarin ze structuur of voorspelbaarheid bieden. Daarnaast werd er continu afgestemd op de cliënt. De beleving van de afasiecliënten bleef centraal staan bij de observaties omdat de onderzoekers nog weinig kennis hadden over de doelgroep in BT. Binnen de werkvorm waren er zowel interventies via medium als verbale interventies. Een interventie betekent: met een reden ingrijpen, met als doel verandering te bewerkstelligen (Smeijsters, 2014). Hier kan er gesproken worden van co-creatie doordat de afasiecliënten mede vormgaven aan de werkvormen (Verhoeven, 2011).

Door in te spelen op de belevingswereld van de cliënten en aan te sluiten bij hun interesses kon er zin- en vormgeving ontstaan. Wij boden keuzevrijheid: groot of klein werken, kiezen van kleuren en materialen. We lasten interventies in, herhaalden de uitleg, brachten veranderingen aan en voorzagen in dien nodig voorbeelden. We werkten enkel met tweedimensionale materialen omwille van de beperking in tijd en de mogelijkheden van de aanwezige materialen.

2.6. Ontwikkelingsfase

Het verbeteren van de bestaande situatie staat centraal in de ontwikkelingsfase (Migchelbrink, 2007). Het doel is om een beeldend advies te ontwikkelen om tot de gewenste situatie te komen (Migchelbrink, 2007). In deze fase wordt er gericht op de afasiecliënten zelf (zie paragraaf 2.5.5.). Door ervaringsgerichte activiteiten aan te bieden, wordt er inzicht verworven omtrent de inhoud, opbouw en ervaring van het beeldende werken.

2.6.1. Afspraken

Het onderzoek werd aan de afasiecliënten voorgesteld als een pilot. Deze keuze is gemaakt omdat een pilot kleinschaliger is en mogelijk minder bedreigend overkomt. J. Ploum en D. Mennen reserveerden de beeldende ruimtes en er werd gecheckt of het benodigde beeldende materiaal aanwezig was voor elke geplande werkvorm.

Het moest vooraf duidelijk zijn op welke punten er geobserveerd zou worden tijdens het verzamelen van data. Om gelijkgezind een observatie in te stappen was dit noodzakelijk, omdat we als onderzoekers een verschillende zijn (zie Bijlage 19, Observatieformulier beeldend werken).

2.6.2. Verloop werkvormen met afasiecliënten

Als onderzoekers kozen we ervoor om beurtelings te observeren en de rol van de therapeut aan te nemen. Op die manier konden we verschillende observaties doen en onze eigen ervaringen meenemen. We bleven daardoor ook beter geconcentreerd. Er was wel een mogelijkheid om in te springen als observator om elkaar verder te helpen, wat enkele keren gebeurde. Drie van de vier sessies vonden plaats in het beeldende lokaal en één in het gesprekslokaal in Adelante Hoensbroek. Tijdens één van de sessies was de partner van de cliënt aanwezig. Deze nam niet deel aan de beeldende werkvormen, maar werd achteraf wel bevraagd naar ervaringen en observaties. De partner hielp soms om zaken te verduidelijken voor ons.

Er werd één uur gerekend per cliënt waarvan 30 min. beeldend werken. Drie van de vier cliënten waren volgens afspraak op tijd aanwezig. Eén afasiecliënt was niet aanwezig op de afgesproken tijd. Als onderzoekers was het op dat moment niet mogelijk om de afspraak uit te laten lopen. Daarom werd de keuze gemaakt om het interview te annuleren en alleen beeldend te werken. De keuze om het interview niet meer af te nemen was gebaseerd op de inschatting dat dit de cliënt mogelijk kon overprikkelen. De cliënt in kwestie was namelijk erg beperkt in

haar communicatiemogelijkheden waardoor alleen de antwoorden “ja” of “nee” mogelijk waren. Daardoor zou het interview mogelijk erg moeilijk zijn voor haar.

Na elke beeldende sessie vond ook een kort evaluatiemoment plaats waarin de afasiecliënt zijn/haar ervaringen kon delen. Dit werd gedaan door enkele korte, gerichte vragen over de ervaringen van het werken (zie Bijlage 14, Interviews afasiecliënten).

Verder hebben we als onderzoekers na elke sessie onze ervaringen met elkaar gedeeld. Daarna hebben we individueel de observatieformulieren ingevuld. Later hebben we deze samengelegd om overeenkomsten en verschillen te bekijken (Migchelbrink, 2016).

De onderzoeker met de therapeutenrol schreef een zelfevaluatie om op het eigen handelen te reflecteren en persoonlijke ervaringen in het contact met afasiecliënten te beschrijven. Er werd gebruik gemaakt van recorder om de beeldende sessie op te nemen en er werd een foto van het beeldend werkstuk genomen zodat er later op teruggeblikt kon worden.

In de observaties werd er gekeken naar algemeen gedrag, medium specifiek gedrag, materiaal hantering en beleving om te kijken of cliënten emoties uiten. Verder werd de therapeut ook geobserveerd. Dit gericht op therapeutische houding, handelingspatronen en interventies in het werken. Schweizer (2009) vermeldt dat er extra informatie opgedaan kan worden in de sessie. Dit door spontane uitdrukkingen, non-verbale uitingen, het handelen, voelen, denken en willen van de cliënt uitgedrukt via beeldtaal mee te nemen (Schweizer, 2009).

Er werd gekeken naar de betrokkenheid op en affectie van de afasiecliënt met het werkstuk. Wanneer een cliënt een mening of persoonlijke uitdrukkingen geeft op een werkstuk, laat dit zien dat dat er iets is beleefd (Haeyen, 2011).

2.6.3. Verloop werkvorm met oud-afasiecliënt

Voor de oud-afasiecliënt is dezelfde opbouw gehanteerd als hierboven. Deze sessie vond plaats in de beeldende lokalen van Zuyd Hogeschool te Heerlen. De cliënt is bekend met de school doordat hij soms als gastspreker bij logopedie komt. In vergelijking met de anderen was er anderhalf uur uitgetrokken waarvan 30 min beeldend werken. Na de werkvorm werd net zoals bij de andere afasiecliënten ingegaan op de ervaringen. We kozen ervoor om als onderzoekers samen het interview af te nemen. De extra tijd planden we in omdat we extra vragen hadden voor deze cliënt.

2.6.4. Enquêtes hulpverleners

We stelden een enquête op voor de hulpverleners van Adelante Hoensbroek die werken met afasiecliënten. Op die manier kon opgedane kennis vanuit de diagnostische fase bevestigd of ontkracht worden. De reden om een kwantitatieve dataverzamelmethode te gebruiken was omdat er via een enquête meer hulpverleners kunnen bereikt worden (Baarda, 2012). Er is zowel gebruik gemaakt van open als gesloten vragen (Baarda, 2012). In Bijlage 20 bevindt zich de enquête voor de hulpverleners. De hoofdonderwerpen van de enquête gingen over de gevoelens en gedachten van cliënten in kwestie (Baarda, 2010). Verder zijn de hulpverleners bevraagd op volgens hen de noden waren op psychisch vlak van afasiecliënten en op thema's in BT die van toepassing konden zijn. Als laatste is er ingegaan op de duur, frequentie, individuele of groepstherapie voor BT.

De enquête is doorgestuurd naar alle hulpverleners/medewerkers op de afdeling van NAH. In totaal zijn er 75 personen gecontacteerd, waarvan 14 personen de enquête zijn gestart en 12 personen de enquête volledig hebben afgemaakt.

2.7. Evaluatiefase

De belangrijkste functie van de eindevaluatie is het maken van de keuze om te stoppen of door te gaan met het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Directe actoren beslisten of het onderzoek voldoende had opgeleverd of dat er nog een vervolgonderzoek nodig was (Migchelbrink, 2016). Doordat er in dit onderzoek geen sprake was van een actiefase kon enkel de ontwikkelingsfase procesgericht geëvalueerd worden. Voor dit onderzoek waren een procesevaluatie én een productevaluatie belangrijk (zie Bijlage 1, Begrippenlijst).

Samen met J. Ploum, D. Mennen en M. Thaler (de directe actoren) is er geëvalueerd. Door gebruik te maken van gestructureerde evaluatievragen waarborgen we de evaluatie (Migchelbrink, 2007). Deze vragen worden gebruikt wanneer de evaluatie gericht wordt op aandachtspunten en het verkrijgen van precies dezelfde informatie van ondervraagden (Migchelbrink, 2007). Voor dit onderzoek is mondeling geëvalueerd om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van ieders inbreng.

Voor de evaluatie werd er een overzichtelijke PowerPoint presentatie (bijlage 21), met daarin de verwerkte resultaten, gegeven zodat alle directe actoren dezelfde inhoud kregen. Er werd besproken hoe het onderzoek verlopen is en er werd gezamenlijk gekeken naar de sterkte-zwaktes (zie paragraaf 4.2.2. & 4.2.3.). Vervolgens zijn de resultaten samen geëvalueerd, de feedback besproken en er is ingegaan op mogelijk vervolgonderzoek.

De afasiecliënt hadden een centrale rol in dit onderzoek. Het uiteindelijke aanbod dat wordt ontwikkeld is een verbetering van en een aanvulling op de huidige behandeling (Migchelbrink, 2007). De afasiecliënten gaan hier gebruik van maken. Hun input en feedback zijn wezenlijk voor de ontwikkeling van een passend aanbod. Naast de onderzoekers waren de cliënten, als ervaringsdeskundigen, medeonderzoekers. Het is belangrijk dat de onderzoekssubjecten het eens zijn met de resultaten en niet alleen wij als onderzoekers (Migchelbrink, 2016).

2.8. Kwaliteitscriteria

Actiegericht onderzoek maakt gebruik van kwalitatieve en kwantitatieve kwaliteitscriteria. Hieronder worden de verschillende criteria beschreven.

2.8.1. Samenwerking

Doordat het een pilotonderzoek is en er nog niet eerder contact is gelegd met Adelante Hoensbroek was de relatieopbouw met de actoren van groot belang. Door proactief te blijven, mee te lopen bij logopedie en aanwezig te zijn op Adelante Hoensbroek, leerden de actoren ons kennen en wij hen (Migchelbrink, 2016). Op die manier raakten wij als onderzoeker ook vertrouwd met de gewoonten/gebruiken van Adelante Hoensbroek waardoor contact leggen makkelijker werd (Migchelbrink, 2016). Het opbouwen van een relatie en het opdoen van kennis in de praktijk gingen gelijk op. Door gesprekken in te plannen, te mailen en te bellen met actoren (hulpverleners en onderzochten) konden zij op de hoogte blijven van ons doen en laten en daarnaast ook feedback geven. Op die manier werd er gestreefd naar een consensus (Migchelbrink, 2007).

In het onderzoek vond er samenwerking plaats op verschillende gebieden. Het was belangrijk dat wij, als dragers van het onderzoek, voortdurend afstemden met elkaar, om op één lijn te blijven en gezamenlijk tot een resultaat te komen (Migchelbrink, 2007). Taakverdeling was hierbij een noodzaak.

Bij de samenwerking met de afasiecliënten was er voorafgaand aan de werkvorm een kort kennismakingsgesprek. Hierin werd toegelicht wat het doel was van het onderzoek, wat de verwachtingen naar hen waren en er werd aangegeven dat de cliënten vrij waren om deel te nemen. Er is nadruk gelegd op het tijdsbestek van één uur, op het feit dat de deelname aan het onderzoek de bestaande behandeling niet beïnvloedt en dat de input van de cliënten een belangrijke bijdrage levert.

Alle informatie werd op een afasievriendelijke manier weergegeven om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en noden van de cliënt. Er werd gekozen dit contact als onderzoeker zelf te nemen en samen met de afasiecliënt een passend moment in te plannen. Er werd rekening gehouden met de noden van de cliënt, de tijdsbelasting en de planning. Als onderzoekers waren we flexibel en sloten we zo goed mogelijk aan bij de wensen en mogelijkheden van de afasiecliënten. Dit bood de cliënt veiligheid en houvast waardoor de relatieopbouw versterkt kon worden. Zoals eerder benoemd vond er een evaluatie plaats na elke werkvorm. Op die manier hebben de cliënten ervaren dat hun input belangrijk is.

Er vond een samenwerking tussen de onderzoekers plaats. Beide onderzoekers namen de rol van zowel de therapeut als observator op zich bij het geven van de beeldende werkvormen (zie paragraaf 2.6.2.). Deze keuze is gemaakt om zowel de eigen ontwikkeling als therapeut te bevorderen en om informatie te kunnen krijgen van de doelgroep via de therapeutenrol. Als therapeut hebben we beiden een eigen stijl en observatieblik waardoor we elkaar kunnen aanvullen bij observaties en interpretaties. Daarbij hebben we beiden onze eigen expertise en kennis van BT gebruikt om tot nieuwe inzichten te komen in het onderzoek. Verder is een voordeel van het werken in duo dat je elkaar kan ondersteunen vanuit je kwaliteiten. Door elkaar te attenderen op valkuilen helpen we elkaar om een beter inzicht te krijgen in de eigen handelingen. Door deze samenwerking wordt de kwaliteit gewaarborgd (Migchelbrink, 2016).

2.8.2. Reflectie

Reflectie is een continu proces waarin kritisch op de interactieve veranderingsprocessen wordt ingegaan (Migchelbrink, 2016). Door meerdere actoren te betrekken, kregen we feedback vanuit verschillende beroepen. We planden meerdere reflectiemomenten in met J. Ploum (als onderzoeksbegeleider) om adequaat te evalueren waar we stonden en wat we wilden bereiken. Door tijd met elkaar te besteden en open te communiceren waren er momenten van reflectie over de voortgang van het onderzoek.

Ook is reflectie in onderzoek gericht op het leren van houdingen, vaardigheden en ervaringskennis van jezelf (Migchelbrink, 2007). Het was belangrijk om ervaringskennis vanuit onze eigen praktijk of vanuit vroegere ervaringen te gebruiken om tot nieuwe kennis te komen (2007). Door met de actoren te reflecteren over ons eigen handelen of een situatie, leerden we van elkaars verschillen. In het onderzoek is deze reflectie in de eerste plaats gegaan over de verschillende symptomen van afasiecliënten omtrent het vastlopen van emoties. Door hierover te sparren kregen we inzicht in de aard van de emoties die de overhand namen en de mogelijke uiting hiervan. Zo kon er gericht gezocht worden naar de noden van de cliënt en de hulpverleners, de mogelijkheden van de cliënt en de instelling, de verwachte bijdrage van de BT en de toepassing hiervan. Daarna richtten we ons verder op de mogelijkheden binnen de BT-werkvormen.

We hebben vanuit eerdere interviews de informatie meegenomen naar interviews met andere actoren om deze te bekrachtigen, te ontcrachten of in vraag te stellen waardoor we de gekregen informatie toetsten (specificeren, kritisch bekijken). Dit hebben we deels aan de hand van stellingen gedaan. De interviews staan in Bijlage 22 op datum geordend om zicht te krijgen op de data verzameling hiervan.

Verder zaten we meestal om de om de twee samen met onze scriptiebegeleider om op ons proces te reflecteren. Daarin kwamen inhoudelijke aspecten naar voren waarop we kritisch reflecteerden, met namen ook om zorgvuldig om te gaan met aannames.

Aan het einde werd er een evaluatiemoment ingepland met D. Mennen (neuropsycholoog), J. Ploum (logopedist) en M. Thaler (beeldend therapeut) om samen te reflecteren over het onderzoekproces en de resultaten.

2.8.3. Kennisbronnen

Als onderzoekers hebben we verschillende kennisbronnen gebruikt, waaronder documentanalyse, gesprekken/interviews, enquêtes en participerende observaties (Migchelbrink, 2007). Denk aan literatuuronderzoek (handsearch, digitale bronnen) maar eveneens aan gesprekken met professionals binnen het vakgebied en met de cliënten zelf en aan observaties in de instelling. Uit interviews kwam nieuwe kennis naar voor waar er verder literatuuronderzoek aan gekoppeld werd. Een sterk punt van werken in duo is dat er meer data verzameld kunnen worden. Elk heeft een eigen kijk waardoor de kans op nieuwe ideeën groter is. Uit deze ideeën kan vervolgens weer nieuwe informatie ontstaan.

Verder is er gebruik gemaakt van onze eigen opgedane kennis, ervaringskennis, als toekomstige professionals. Deze kennis is voor een groot deel verkregen tijdens het stagejaar. Het onderzoek steunt op een wetenschappelijk onderbouwde basis doordat de gebruikte kennis gelinkt kan worden aan verschillende bronnen (Migchelbrink, 2007). Dit draagt bij tot de kwaliteit van het onderzoek (Migchelbrink, 2007).

2.8.4. Bruikbaarheid

Er moest nagegaan worden of de verzamelde informatie betekenisvol en bruikbaar is voor het dagelijkse handelen van de betrokkenen (Migchelbrink, 2007).

De betrokkenen waren de directe actoren die zijn in paragraaf 2.3.2. Aan de hand van een presentatie van de beoogde resultaten met J. Ploum, D. Mennen en M. Thaler kon er ingeschat worden of de inhoud toereikend was. Er is weinig bekend over het effect van BT in combinatie met afasiecliënten. In het onderzoek wilden we zicht krijgen op de diverse mogelijkheden van toepasbare methodes/technieken, gericht op emoties uiten bij deze doelgroep. Door afasiecliënten die blokkeren verder te helpen met BT kan de bestaande behandeling beter voortgezet worden, waardoor de kans op succes bij de revalidatie vergroot wordt. Hierdoor kunnen de resultaten bruikbaar worden in de praktijk en kan er gestart worden met verder onderzoek (Migchelbrink, 2007).

Daarnaast is het ontwikkelde advies bruikbaar voor huidige en toekomstige therapeuten of hulpverleners die werken met de doelgroep afasie. Aangezien er weinig tot geen concrete informatie beschikbaar was over de benadering van deze cliëntengroep, draagt het onderzoek bij aan een eerste houvast. Toekomstige hulpverleners en beeldend therapeuten kunnen de verkregen inzichten gebruiken in het werken met de doelgroep. Tevens kunnen deze ook voor andere doelgroepen met een soortgelijke problematiek ingezet worden.

2.8.5. Transparantie

Om de transparantie te vergroten was een duidelijk plan nodig, afgestemd met de opdrachtgever. Er werd gebruik gemaakt van de criteria van actiegericht onderzoek voor de vormgeving. Het gemaakte plan heeft gefunctioneerd als kader, waarin het aantal doorlopen stappen duidelijk beschreven werden.

De duidelijke onderzoeksvraag, opgesteld na de verkenning van het probleemgebied, bood houvast tijdens het onderzoek. De stappen die Migchelbrink (2016) opgesteld heeft, gebruikten we als leidraad voor een overzichtelijk verslag. Door een logboek bij te houden hebben we alle data nauwkeurig vastgelegd. Zo werden onze stappen, overwegingen, discussies en beslissingen transparant en toetsbaar gemaakt (Migchelbrink, 2007).

2.8.6. Kritische en zorgvuldige omgang met aannames

Het is belangrijk om kritisch en zorgvuldig om te gaan met aannames, interpretaties en verschillende gezichtspunten (Migchelbrink, 2007). Door als onderzoekers met een onbevooroordeelde blik naar situaties of personen te kijken, werd er een waarheidsgetrouw beeld gevormd tijdens het onderzoek (Migchelbrink, 2007). Door goede communiceren en observeren namen we waar wat er rondom ons gebeurde. Het was essentieel om tussen onderzoekers, betrokkenen en leerkrachten af te stemmen en feedback te vragen tijdens het hele onderzoek. Er is feedback gevraagd op verschillende momenten via gesprekken en mailcontact. Door met een kritische blik te blijven kijken, werd de kans op onjuiste aannames verkleind. Met een duo kan er kritischer gekeken worden tijdens het verzamelen en analyseren van data waardoor deze geselecteerd kunnen worden op kwaliteit.

2.8.7. Verantwoording

Migchelbrink (2007) vermeldt het belang van verantwoording over wat er gebeurt in actiegericht onderzoek. Door in iedere fase van het onderzoek de reden voor een handeling te onderbouwen wordt de verantwoording groter gemaakt (Migchelbrink, 2007). Daarom

maakten we gebruik van zelfreflectie en hanteerden we logboeken om het eigen handelen als onderzoeker in kaart te brengen.

Er werd gebruik gemaakt van Evidence Based Practice. Onze zoekstrategie werd consequent aangevuld. Literatuurverwijzingen werden ook aangepast en aangevuld. Al onze stappen zijn beargumenteerd en uitgewerkt en er wordt bij alles verwezen naar literatuur, ervaringskennis en praktijkobservaties. Door een kritische houding tegenover elkaar en tegenover de gevonden data vond continu verantwoording plaats tijdens onze onderlinge gesprekken.

Hoofdstuk 3: Resultaten

Vanuit hoofdstuk 2, waar alle data verzameld werd, ontstonden de resultaten. Deze werden gevormd door de analyses van de interviews (hulpverleners & afasiecliënten), enquêtes (hulpverleners & chronische pijncliënten) en de beeldende observaties (bij afasiecliënten) te bundelen. De analyses van de verschillende dataverzamelingen werden overkoepelend bekeken en geordend. Deze ordening zorgde voor de volgende indeling van de resultaten: beperkingen door afasie, algemene benadering, methodisch werken in BT, observaties beeldende werkvormen, meerwaarde van BT in de behandeling en indicatie BT.

Het is noodzakelijk om te weten dat bij de enquêtes van de hulpverleners is gekozen om antwoorden overkoepelend te beschrijven als “hulpverleners/respondenten uit de enquête” en niet per discipline. Het is namelijk een greep uit de totale diversiteit aan hulpverleners van de afdeling. NAH, benoemd in Figuur 5. Zij gaven een globale weergave van de omkadering van afasiecliënten. Zoals eerder benoemd zijn er 14 hulpverleners gestart met het invullen van de enquête waarvan er 12 de enquête volledig hebben ingevuld (zie paragraaf 2.6.4.).

Algemene gegevens				
Leeftijd	Geslacht	Functie te Adelante Hoensbroek	Hoogst afgerond opleidingsniveau	Werken met afasiecliënten (in jaren)
40	V	Logopedist	WO	17
45	V	Fysiotherapeut	HBO	4
50	V	Logopedist	HBO	29
26	V	Ergotherapeut	WO	4
32	M	Verpleegkundig specialist	HBO master	6
53	M	Maatschappelijk werker	HBO	27
25	V	Neuropsycholoog	Universitair	1
61	M	Cognitief trainer	HBO	38
34	V	Verpleegkundig specialist	HBO master	11
57	M	Verpleegkundige / fysio-assistent / behandelcoach	HBO	11
33	V	Ergotherapeut	HBO	12
34	M	GZ-psycholoog	Universiteit	10
48	M	Muziektherapeut / musicus	HBO	10
56	V	Cognitief revalidatie therapeut	HBO	20

Figuur 5. Algemene gegevens hulpverlenersenquête

3.1. Beperkingen door afasie

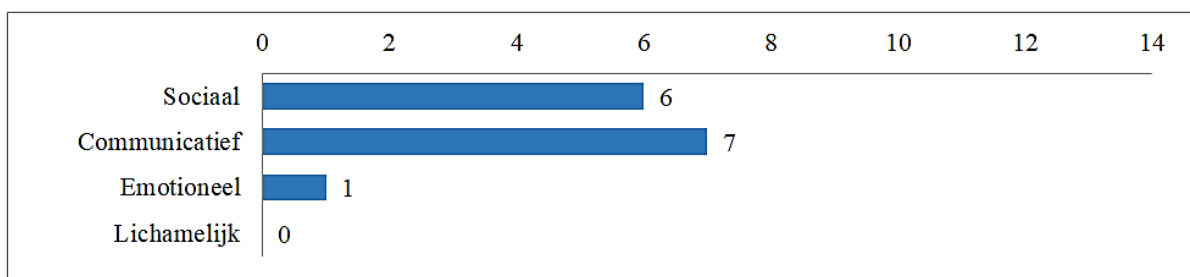
Hier wordt weergegeven op welke gebieden afasiecliënten problemen ervaren. Eerst wordt er een algemeen beeld weergegeven van de verschillende beperkingen. Vervolgens wordt individuueel ingegaan op de meest voorkomende beperkingen.

Algemene beperkingen

Iedere geïnterviewde afasiecliënt gaf aan dat ze zich het meest beperkt voelen op communicatief gebied. Ze benoemden nadrukkelijk het niet meer te kunnen communiceren zoals voorheen, waardoor ze gedwongen zijn om nieuwe manieren van communicatie te zoeken. In vergelijking met de ander gebieden vermelden afasiecliënten op lichamelijk gebied weinig/tot geen problemen te ervaren.

Deze resultaten komen overeen met de antwoorden van de hulpverleners die te zien zijn in Figuur 6. Zeven van de veertien respondenten gaven het communicatief gebied aan als grootste probleemgebied. De respondenten kozen voornamelijk voor beperking op communicatief gebied. Er is niet voor een beperking op lichamelijk gebied gekozen, dit komt overeen met de antwoorden van de geïnterviewde afasiecliënten.

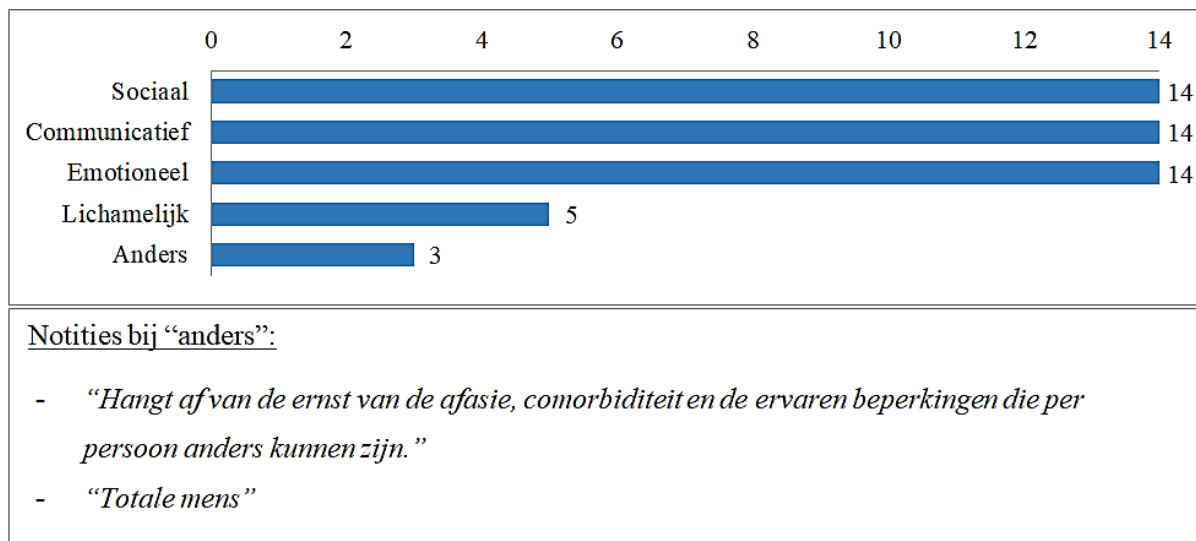
In de grafieken geeft één as geeft het aantal respondenten aan en de andere geeft de mogelijke antwoorden weer.



Figuur 6. Gebieden waar afasiecliënten zich het meest beperkt voelen volgens hulpverleners.

De geïnterviewde afasiecliënten vermeldde dat ze zich, door de communicatieproblemen die ontstaan zijn door afasie, op sociaal en emotioneel gebied beperkt voelen. In Figuur 7 is te zien dat hulpverleners in de enquête aangaven beperkingen te zien op sociaal, communicatief en emotioneel gebied. Hulpverleners gaven in de enquête aan dat de ervaren beperkingen

afhangen van de ernst van de afasie en de co-morbiditeit met andere ziektes of beperkingen.



Figuur 7. Gebieden waar afasiecliënten zich beperkt voelen volgens hulpverleners (onbeperkte keuzes).

Zowel uit de enquête bij de hulpverleners als uit de interviews van de afasiecliënten blijkt dat de drie grootste beperkingen zich bevinden op sociaal, communicatief en emotioneel gebied. Deze drie beperkingen worden hieronder individueel uitgewerkt.

3.1.1. Sociale beperkingen

Afasiecliënten vertelden zich beperkt te voelen op sociaal gebied. Zij gaven aan dat dit komt omdat er moeilijk tot niet gecommuniceerd kan worden met de omgeving en/of partner. J. Ploum (logopedist) vertelde dat dit verschillende gevolgen heeft zoals het deels afhankelijk zijn van de ander om (non)verbale signalen te herkennen en goed te interpreteren. J. Ploum: *“De emoties waar iemand met een afasie mee kampt, zijn dat ze niet meer kunnen communiceren en daarover kunnen ze niet communiceren. Ik vind dat je dan dubbel getroffen bent.”*

Daarnaast benoemde D. Mennen (neuropsycholoog) dat afasiecliënten mogelijks een teruggetrokken houding aannemen waardoor het contact met de omgeving vermindert. Respondenten van de hulpverlenersenquête bevestigden dit door te benoemen dat angst/schaamte wordt waargenomen waardoor afasiecliënten zich sociaal kunnen terugtrekken.

Alle geïnterviewde hulpverleners benadrukten dat het echter altijd afhangt van het karakter van de persoon hoe hij/zij omgaat met beperkingen. “Achter” de afasie blijft het gaan om mensen zoals jij en ik. Daarom benoemde M. Thaler (beeldend therapeut): *“Het zijn gezonde mensen die opeens van alles kwijtraken”*.

Systeem

D. Mennen (neuropsycholoog) benoemde dat de meeste afasiecliënten ondersteund worden door een partner of familielid/-leden. De geïnterviewde hulpverleners benoemden dat het betrekken van partners/familieleden over het algemeen als positief wordt ervaren. Ze worden betrokken bij de behandeling zoals het deelnemen aan therapiesessies of teambesprekingen.

D. Mennen (neuropsycholoog) benoemde dat partners/familieleden een steunpilaar kunnen zijn in het revalidatieproces bij psychische problemen, bij pragmatische zaken of als communicatiehulp. D. Mennen: *“Het is duidelijk dat patiënten die alleenstaand zijn het moeilijker hebben dan patiënten met een partner.”*

Doordat het gehele systeem bij de behandeling betrokken wordt, kunnen de hulpverleners inschatten hoe sterk het systeem is. Op die manier kan het team inspelen wanneer er meer ondersteuning voor het systeem nodig is, vertelde D. Mennen.

Sommige hulpverleners gaven aan dat de partners/familieleden een meerwaarde moeten hebben gedurende de revalidatie. Ze mogen geen extra belasting (revalidatieproces in de weg zitten) vormen voor de cliënt in het revalidatieproces. Wanneer een cliënt individuele tijd wil of de partner/het familielid als extra belasting ervaren wordt, wordt dit altijd besproken in het team. 12 van de 13 hulpverleners gaven in de enquête aan dat er extra spanningen ontstaan in de gezinssituatie bij afasiecliënten. Binnen Adelante nemen ze het systeem van een afasiecliënt mee. Voor de partner/familielid is het mogelijk om extra ondersteuning te krijgen d.m.v. partnergespreksgroepen en/of gesprekken met een psycholoog. De afasiecliënt blijft echter centraal staan in de behandeling.

3.1.2. Communicatieve beperkingen

Zoals in paragraaf 1.1. is beschreven, is afasie een taalstoornis waarbij er sowieso problemen zijn op communicatief vlak. De omgeving van een afasiecliënt speelt dus altijd een rol als het gaat om communiceren. Daarom is er in de hulpverlenersenquête gevraagd of cliënten communicatieproblemen kunnen inschatten en zich bewust zijn van ervan.

Enkele respondenten van de hulpverlenersenquête benoemden dat het moeilijk is om een algemene uitspraak te doen over de vraag of afasiecliënten zichzelf over- of onderschatten. Dit hangt erg af van de persoonlijkheid, de ernst van de mogelijke cognitieve stoornis of de gesprekspartner. In paragraaf 3.2.1. wordt verder ingegaan op het individu en deze individuele aspecten.

Hulpverleners benoemden in de enquête dat afasiecliënten zichzelf onderschatten op communicatief vlak. Als voorbeeld noemden ze: het vergeten/niet weten dat er andere manieren van communicatie zijn (non-verbale taal) of het niet meer communiceren omdat afasiecliënten denken dat de omgeving hen toch niet begrijpt. Het gevoel van eigenwaarde en gerespecteerd worden, wordt ook door de respondenten benoemd als onderschatting.

Verder gaven hulpverleners, in een open vraag uit de enquête, aan dat afasiecliënten zich mogelijk overschatten in hun eigen begrijpelijkheid (ligt aan afasiesoort). Daarbij benoemden ze dat het mogelijk is dat een afasiecliënt denkt dat de ander hem/haar begrijpt maar dit niet het geval is (geen samenhangend verhaal of ten onrechte denken dat iets goed wordt uitgesproken).

Omgeving

De respondenten van de hulpverlenersenquête kregen ook de vraag of mensen met afasie onder- of overschat worden door hun omgeving. 14 respondenten beantwoordden dat zowel het over- als onderschatten mogelijk is en dat dit afhangt van de persoon en diens omstandigheden. Een respondent benoemde dat het voor de omgeving niet altijd duidelijk is wat afasie inhoudt, waardoor afasiecliënten onderschat worden: *“Het lijkt alsof de omgeving onbewust een link legt tussen kunnen communiceren en intelligentie, terwijl iemand nog steeds dingen goed begrijpt en meekrijgt.”* Een andere respondent benoemde dat afasiecliënten betutteld kunnen worden op b.v. kindniveau doordat zij zich minder goed verbaal kunnen uiten. Daarbij vertelde de respondent dat de omgeving veel taken overneemt die een afasiecliënt nog wel kunnen uitvoeren. Ook werd er benoemd dat de omgeving afasiecliënten juist overschat door zich niet aan te passen op communicatief gebied (bijvoorbeeld het tempo, veel informatie in één keer geven en/of open vragen stellen), waardoor een afasiecliënt het gesprek niet kan volgen.

3.1.3. Emotioneel beperkingen

Zowel de afasiecliënten als de hulpverleners benoemden in de interviews dat er emotionele beperkingen worden ervaren. De focus van het onderzoek en de onderzoeksvraag is namelijk gericht op het uiten van emotie.

Voor en na afasie

Op emotioneel gebied zijn afasiecliënten ook getroffen. Er is namelijk een verschil tussen vóór en na het krijgen van afasie. Door de afasie is het uiten van gevoelens/emoties naar de omgeving verbaal nauwelijks meer mogelijk. Een geïnterviewde afasiecliënt benoemde dat hij

meer last heeft van het uiten van gevoelens na de afasie. Daarbij vertelde hij dat hij sneller boos/gefrustreerd raakt omdat hij telkens niet uit zijn woorden komt.

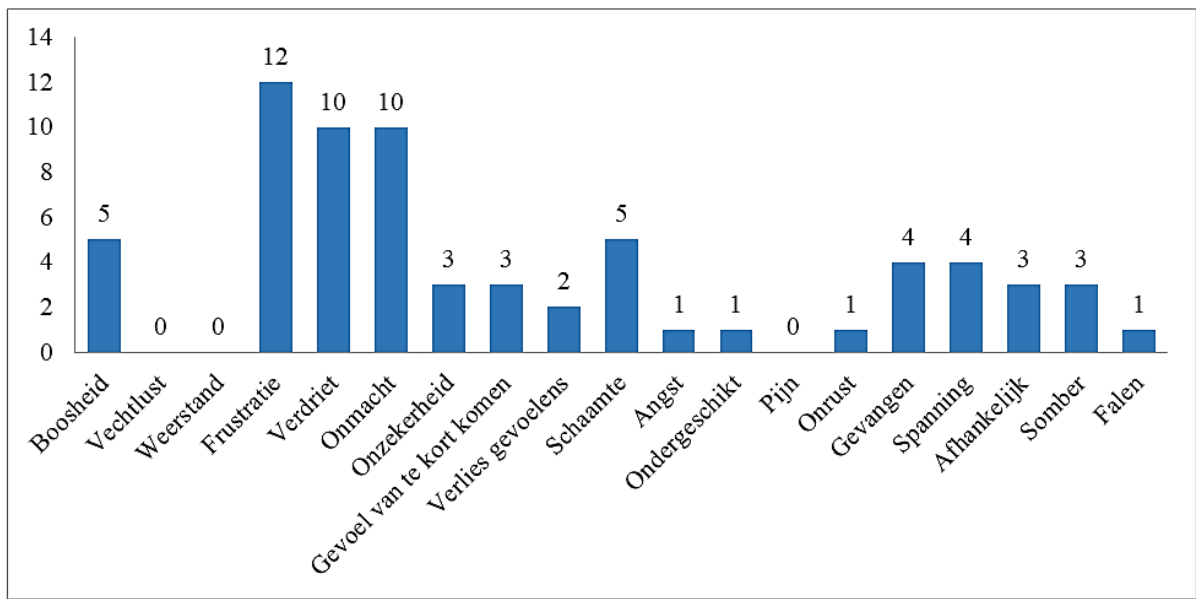
J. Ploum (logopedist) benoemde dat het normaal is voor een afasiecliënt om in de eerste fase van de behandeling geen aandacht te geven aan emoties (“parkeren”) omdat de focus dan vooral ligt op het herstellen van getroffen functies. Deze getroffen functies zijn gericht op communicatief (spreken, begrijpen, etc) en lichamelijk gebied (slikken, motoriek, ect).

J. Ploum vermoedt dat de emoties soms te overweldigend zijn voor cliënten waardoor het moeilijker wordt om ze weer toe te laten: *“Niet aan het deksel van de put komen want de patiënt weet niet wat er dan gaat gebeuren.”* De oud-cliënt antwoordde op de vraag of hij momenteel iets mist in zijn leven zowel met een lach en een traan: *“Er zijn zo veel dingen die ik mis, ik wil er eigenlijk niet over nadenken. Het kost te veel moeite, ik heb er geen zin in.”*

Daarnaast benoemde J. Ploum dat er in het begin van de behandeling geen status-quo/eindtoestand is qua verlies, waarover de cliënt kan rouwen. Dat komt omdat afasiecliënten bezig zijn met het tegelijkertijd herstellen van zoveel mogelijk functies. Naarmate de tijd verstrijkt, in en na de behandeling, kunnen verloren functies mogelijk herstellen. Het grootste herstel is te verwachten binnen het tijdsbestek van één jaar na het krijgen van een NAH (afasie). Zowel J. Ploum als D. Mennen en M. Thaler vermeldten dat een cliënt niet weet wanneer hij over functieverlies kan rouwen aangezien een functie mogelijk terug kan komen. Wanneer het duidelijk wordt welke functies terug te halen zijn en welke niet, kan er pas echt gerouwd worden.

Zichtbare emoties bij afasie

In Figuur 8 is te zien dat frustratie, verdriet en onmacht de meest geobserveerde emoties zijn bij afasiecliënten. Deze drie emoties corresponderen met antwoorden van de geïnterviewde afasiecliënten: *“Ik word sneller boos omdat ik niet uit mijn woorden kom”, “Op emotioneel gebied doet het me veel verdriet”* en *“Ik weet niet wat de toekomst voor mij wordt”*.



Figuur 8. Overzicht geobserveerde emoties bij afasiecliënten door hulpverleners van de enquête.

3.2. Algemene benadering

Door het gehele onderzoek heen (interviews, enquêtes, observaties en besprekingen met hulpverleners) kwam er continu naar voren dat het belangrijk is om afasiecliënten als individu te benaderen en aansluiting bij hun situatie te zoeken. De cliënt staat centraal en dit is het uitgangspunt voor de hulpverleners in hun zoektocht naar een passende behandeling. Hieronder zijn punten beschreven waar hulpverleners momenteel aandacht aan besteden, te weten:

3.2.1. Individuele benadering

De problematieken bij een NAH (gericht op afasie) zijn per persoon zo divers dat er geen standaard behandelprogramma bestaat. Ieder individu heeft gespecialiseerde zorg nodig waardoor er per cliënt gekeken wordt welke onderdelen/disciplines in het behandelprogramma passen. Er wordt zowel rekening gehouden met de aanwezige beperking als met sterktes en noden van de cliënt. D. Mennen (neuropsycholoog) benoemde dat daarnaast naar de belastbaarheid van een afasiecliënt wordt gepolst om hem/haar niet te overbelasten: *“Een behandelprogramma maken is maatwerk. We willen zeker niet overbelasten.”* Hij vertelde dat het noodzakelijk is dat er een goede diagnostiek gebeurt en dat er neuropsychologische onderzoeken gedaan worden omdat de hersenen een ingewikkeld en gevoelig gebied zijn. Er moet een duidelijk beeld gevormd worden van de opgelopen beschadigingen in de hersenen. Met deze kennis kan het multidisciplinair team per cliënt een passende behandeling opstellen.

D. Mennen benoemde dat ieder persoon gaat anders om met de psychische impact die het gevolg is van NAH en afasie. Hij vermeldde dat er door persoonlijke factoren, denkfuncties en het hersenletsel zelf veel variatie is in de psychische belasting per cliënt: *“Persoonlijke factoren van een cliënt hebben invloed op het revalidatieproces: persoonlijkheid (glas halfvol/halfleeg) en denkfuncties (inzicht).”* In de enquête, vermeldde een hulpverlener dat het van het individu en het soort afasie afhankelijk is op welke gebieden een beperking wordt ervaren (zie figuur 2). Uit de hulpverlenersenquête komt naar voren dat er ook gekeken moet worden naar de mate van de communicatieve stoornis (o.a. het ziekte-inzicht) en het systeem om aansluiting te krijgen met de afasiecliënt. J. Ploum (logopedist) benoemde ook dat er gekeken moet worden naar communicatieproblematieken omdat het afhankelijk is van de cliënt welke hulpmiddelen er gehanteerd worden. De cliënt staat hierin centraal.

3.2.2. Communicatiehulpmiddelen

Het hoofdkenmerk van de doelgroep afasie is dat zij een communicatieproblematiek hebben. In de interviews met en de enquêtes van hulpverleners en in de interviews met afasiecliënten worden verschillende aandachtspunten vermeld.

J. Ploum vindt het belangrijk om te weten welke vorm van afasieproblematiek de cliënt heeft. Hier kijkt ze zowel naar taalbegrip als taalproductie. In Figuur 9 & 10 worden aandachtspunten en hulpmiddelen voor hulpverleners weergegeven. De eerste tabel bespreekt het taalbegrip en de tweede de taalproductie.

	TAALBEGRIP	
	is aangetast ↓	is niet aangetast ↓
Verbaal	Communiceren op gelijkwaardige manier. Het is wel van belang continu te checken of de cliënt de inhoud van het gesprek snapt. Hulpmiddelen: • Trager spreken, meer pauzes inlasten • Focus leggen op hoofdzaken, korte en duidelijke zinnen maken. Herhalen en samenvatten	Communiceren op gelijkwaardige manier.
Non-verbaal	Observeren van en aansluiten bij de cliënt is hierbij extra belangrijk om non-verbale signalen waar te nemen/op te vangen. Hulpmiddelen: • Opschrijven, noteren om woorden te verduidelijken. • Visueel maken door tekenen, uitbeelden • Gebruiken van pictogrammen / afbeeldingskaarten / afbeeldingen via internet	In principe geen extra non-verbale communicatie nodig.

Figuur 9. Hulpmiddelen voor hulpverleners wanneer het taalbegrip niet/wel is aangetast.

	TAALPRODUCTIE	
	is aangetast ↓	is niet aangetast ↓
Verbaal	In principe geen extra non-verbale communicatie nodig.	Hierdoor is het mogelijk dat de hulpverlener de cliënt beter begrijpt omdat er verbaal gecommuniceerd kan worden.
Non-verbaal	Observeren van en aansluiten bij de cliënt is extra belangrijk om non-verbale signalen waar te nemen. • Aanbieden van pen en papier om te schrijven/tekenen. • Visueel maken door tekenen/uitbeelden • Gebruiken van pictogrammen / afbeeldingskaarten/afbeeldingen via internet	Communiceren op gelijkwaardige manier. • Gesloten vragen stellen (ja, nee) • Woorden/zinnen eventueel aanvullen waarbij het belangrijk is dat er gekeken wordt of de interpretatie van de hulpverlener klopt met wat de cliënt bedoelt.

Figuur 10. Hulpmiddelen voor hulpverleners wanneer de taalproductie niet/wel is aangetast.

De geïnterviewde hulpverleners vertelden dat zij er naar streven om de afasiecliënten zo goed mogelijk te begrijpen (zowel emotioneel als communicatief). De hulpverleners gaan ervan uit dat, hoe beter je een cliënt begrijpt, hoe beter er kan worden aangesloten bij zijn behoeften en noden. Echter door de communicatieproblematieken wordt het begrijpen van een afasiecliënt moeilijker.

M. Thaler (Beeldend therapeut) vertelde dat ze tijdens de BT werkvormen praat met afasiecliënten. Hierbij geeft ze haar eigen gevoel/observatie aan de cliënt terug: *“Door dit te doen kun je zien of het iets met de cliënt doet, of het binnenkomt.”* BT wordt door M. Thaler niet volledig non-verbaal gemaakt maar de focus ligt wel op het non-verbaal werken: *“Het kan mogelijk erg frustrerend zijn voor de cliënt als iemand gewoon niet meer met je praat.”* Verder geeft M. Thaler aan dat het belangrijk is om transparant te blijven en constant te checken of wat je zegt overkomt. Wanneer je een cliënt niet begrijpt of als het niet duidelijk is wat hij/zij bedoelt, kan je dit het best aangeven, vertelde M. Thaler: *“Als je transparant bent, zijn mensen je dankbaar omdat je het al opmerkt, er aandacht aan geeft.”*

3.2.3. Aandacht voor concentratie & belastbaarheid

De geïnterviewde hulpverleners benoemden dat er rekening gehouden moet worden met de concentratie en de belastbaarheid van de afasiecliënt omdat iemand met een NAH vaak prikkelgevoeliger is. D. Mennen (neuropsycholoog) vermeldde dat de vermoeidheid niet onderschat mag worden omdat het de nummer één klacht is vlak na het krijgen van een

beroerte. D. Mennen: *“Rond iets liever eerder af dan er te lang over te praten als je ziet dat de patiënt vermoeid is, zeker na een lange dag. Hierin moeten keuzes gemaakt worden, prioriteiten worden gesteld.”* Deze klacht heeft mogelijk invloed op de duur en de frequentie van een sessie. De standaardduur van een behandelsessie is 30 minuten. De frequentie hangt samen met het verloop van de behandeling. Al eerder is vermeld dat er in de beginfase een hoge en consistente frequentie van therapieën gericht op herstel van de functies plaatsvindt.

D. Mennen (neuropsycholoog) en J. Ploum (logopedist) noemden beiden dat het beter is om één thema te bespreken in een sessie dan drie omdat de concentratieboog van een afasiecliënt kleiner is. D. Mennen: *“Liever één thema goed besproken dan twee half. Daarnaast blijkt dat ook beter.”* M. Habets (muziektherapeut) bevestigde dit: *“Ik heb het gevoel dat het beter is bij NAH-cliënten, om drie keer een korte sessie te hebben dan één keer heel lang.”* Verder geeft M. Thaler (beeldend therapeut) aan dat het belangrijk is om direct in de ervaring te stappen omdat de sessie “maar” 30 minuten duurt.

3.2.4. Psychisch welzijn

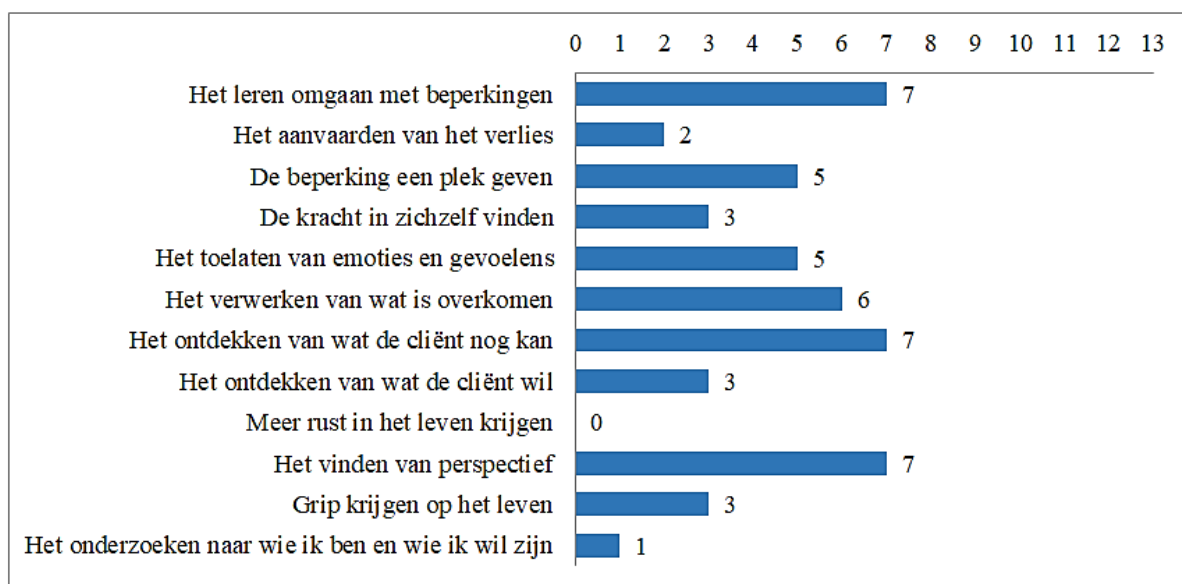
D. Mennen (neuropsycholoog) beschreef dat psychische instabiliteit voornamelijk komt door de ingrijpende gebeurtenis (NAH) waardoor er depressieve klachten kunnen ontstaan. Het normaliseren, geven van psycho-educatie en de cliënt in zijn kracht plaatsen is erg belangrijk. Meerdere hulpverleners benoemden in de interviews dat verdriet en rouw in de eerste fase van behandeling normaal zijn, juist omdat NAH een ingrijpende gebeurtenis is.

3.3. Methodisch werken in BT

Hieronder wordt ingegaan op de hulpvraag, belangrijke thema's en doelen in therapie. Verder kijken we naar de therapeutische houding en de voorkeur voor individuele of groepstherapie volgens hulpverleners. Verder gaan we in op andere doelgroepen die mogelijk raakvlakken hebben met afasie.

3.3.1. Hulpvragen

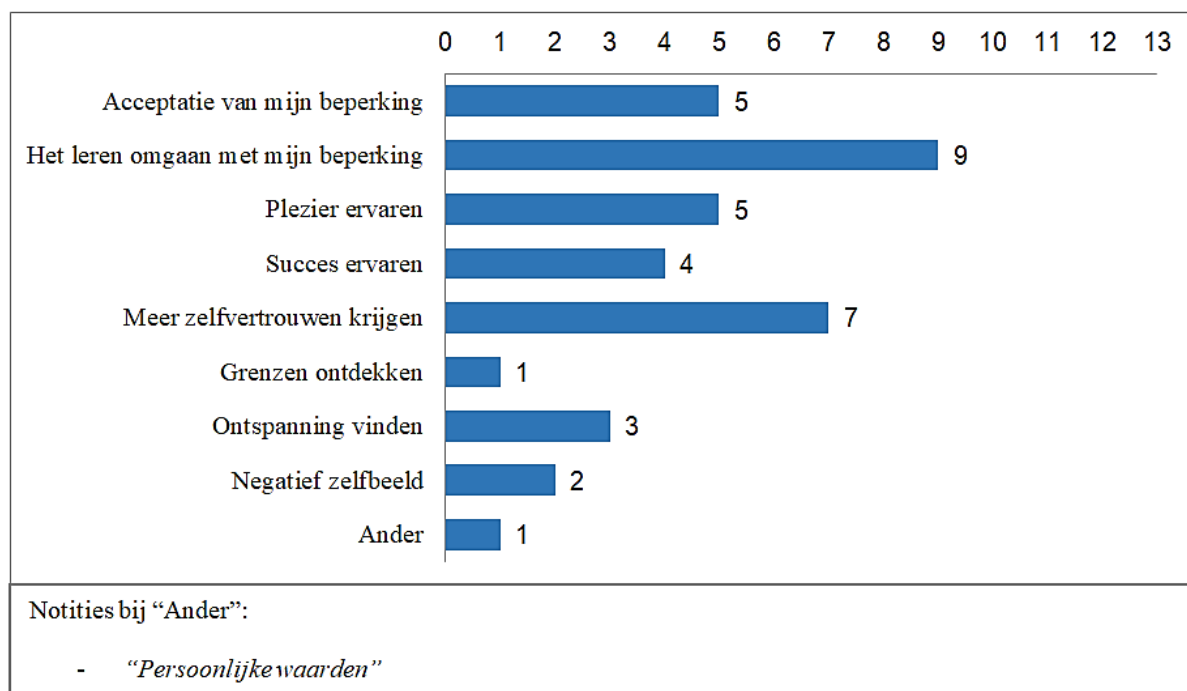
In de enquête voor de hulpverleners werd er gericht gevraagd naar de centrale hulpvraag van afasiecliënten volgens de hulpverlener. Zoals in Figuur 11 is te zien zijn de hulpvragen “leren omgaan met beperkingen”, “het ontdekken van wat de cliënt nog kan” en “het vinden van perspectief” de meest gekozen antwoorden.



Figuur 11. De centrale hulpvragen van afasiecliënten volgens hulpverleners (max. vier keuzes/p.p.)

3.3.2. Thema's

Volgens de respondenten in de hulpverlenersenquête zijn er verschillende thema's die voorkomen bij afasiecliënten. Deze thema's komen deels overeen met de hulpvragen die hierboven zijn beschreven. In Figuur 12 is te zien dat “het leren omgaan met mijn beperking” en “meer zelfvertrouwen krijgen” de meest gekozen thema's zijn.



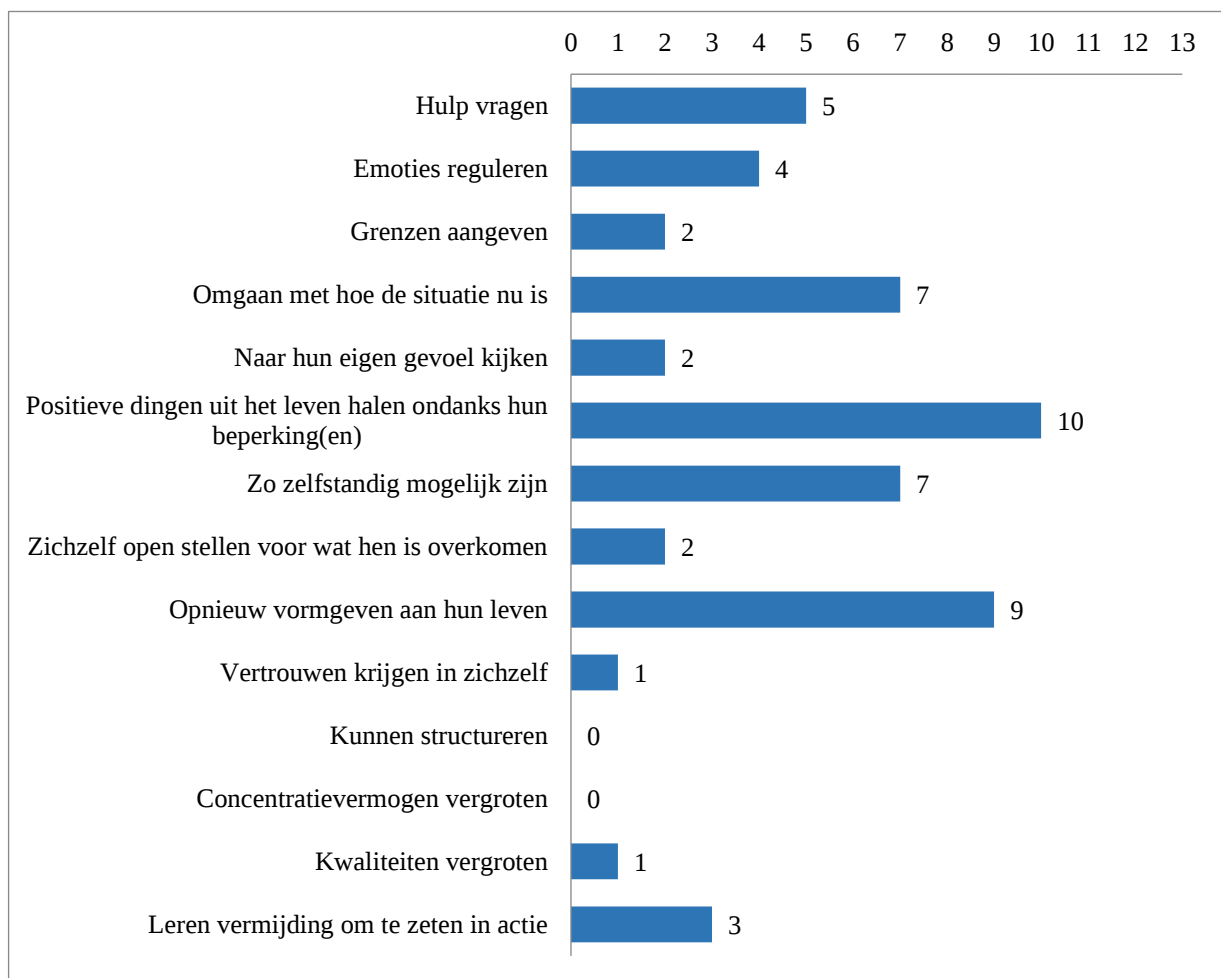
Figuur 12. Thema's die volgens hulpverleners belangrijk zijn om op te richten in therapie bij afasie-cliënten (max drie keuzes/p.p.)

D. Mennen (neuropsycholoog) benoemde ook een aantal thema's voor de behandeling van afasiecliënten: somberheidsklachten, omgaan met veranderingen in het leven, verandering van rolpatronen (cliënt heeft een andere rol in gezin/omgeving) en levensbeschouwing.

3.3.3. Doelen

Aan respondenten van de hulpverlenersenquête is ook gevraagd welke doelen zij belangrijk vinden in de ontwikkeling van een afasiecliënt, zie Figuur 13. De drie meest gekozen doelen zijn “positieve dingen uit het leven halen ondanks hun beperking(en)” “opnieuw vormgeven aan hun leven” en “omgaan met hoe de situatie nu is”.

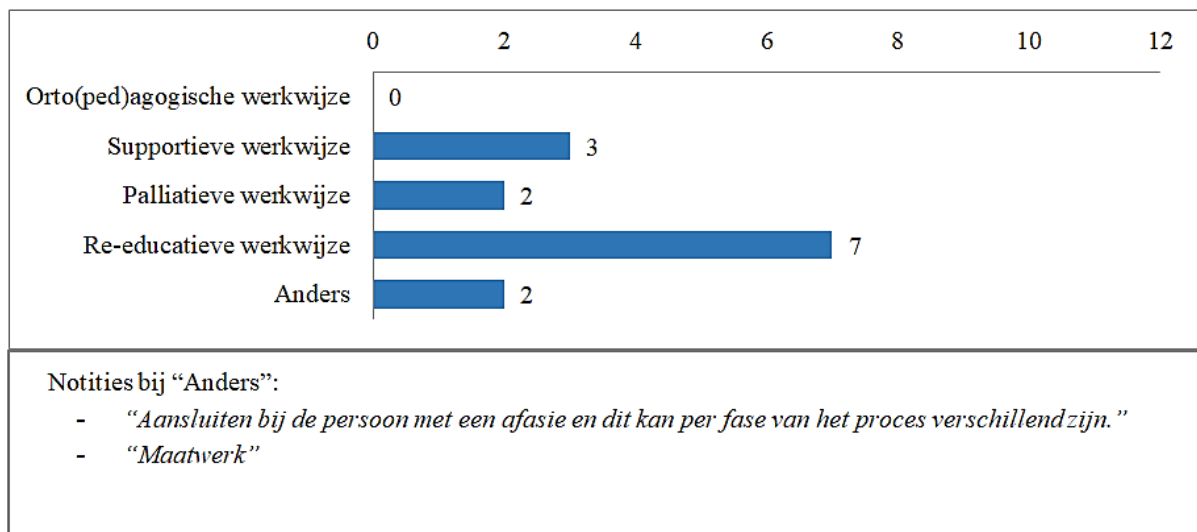
Deze doelen corresponderen met enkele antwoorden van hulpverleners uit de interviews. M. Thaler (beeldend therapeut) gaf aan dat zij het belangrijk vindt om in BT te werken in het hier en nu. D. Mennen (neuropsycholoog) benoemde dat het belangrijk is om mensen terug te zetten in hun kracht (positieve gezondheidszorg).



Figuur 13. Doelen die, volgens hulpverleners, belangrijk zijn in de ontwikkeling van afasie-cliënten (max. vijf keuzes/ p.p.)

3.3.4. Therapeutische houding en werkwijze

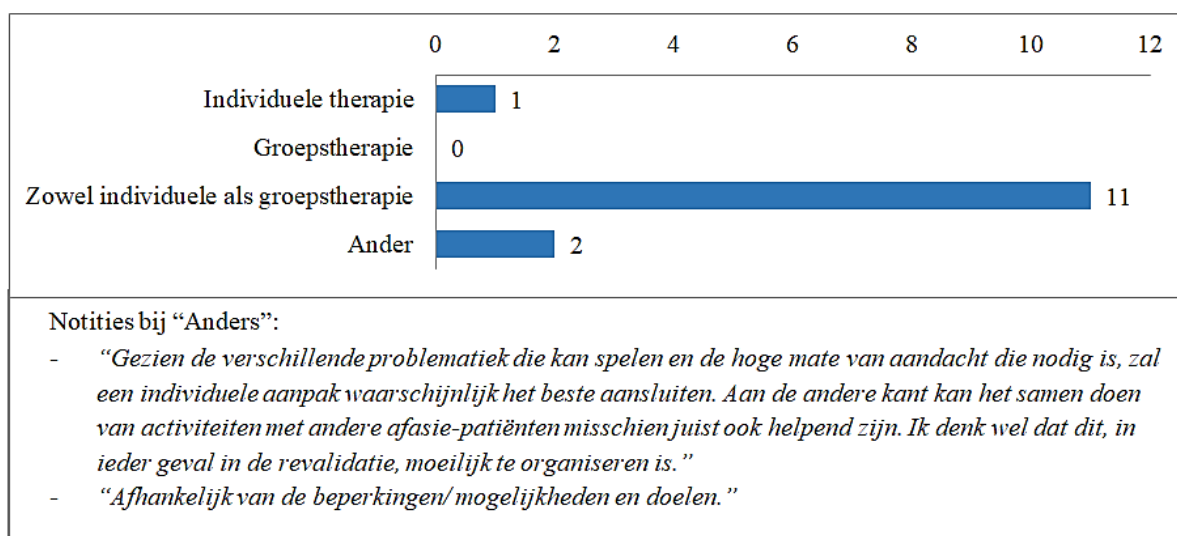
In de hulpverlenersenquête werd er gevraagd welke therapeutische werkwijze mogelijk past voor afasiecliënten. Zoals te zien is in Figuur 14, is de re-educatieve werkwijze het meest gekozen. Deze werkwijze is gericht op het beïnvloeden en doorwerken van problemen, eigen gedrag en beleven in het “hier en nu” en de directe oorzaken hiervan staan centraal (Smeijsters, 2014).



Figuur 14. Werkwijzen die, volgens hulpverleners, kunnen werken voor afasie-cliënten (max. 1 keuze/ p.p.).

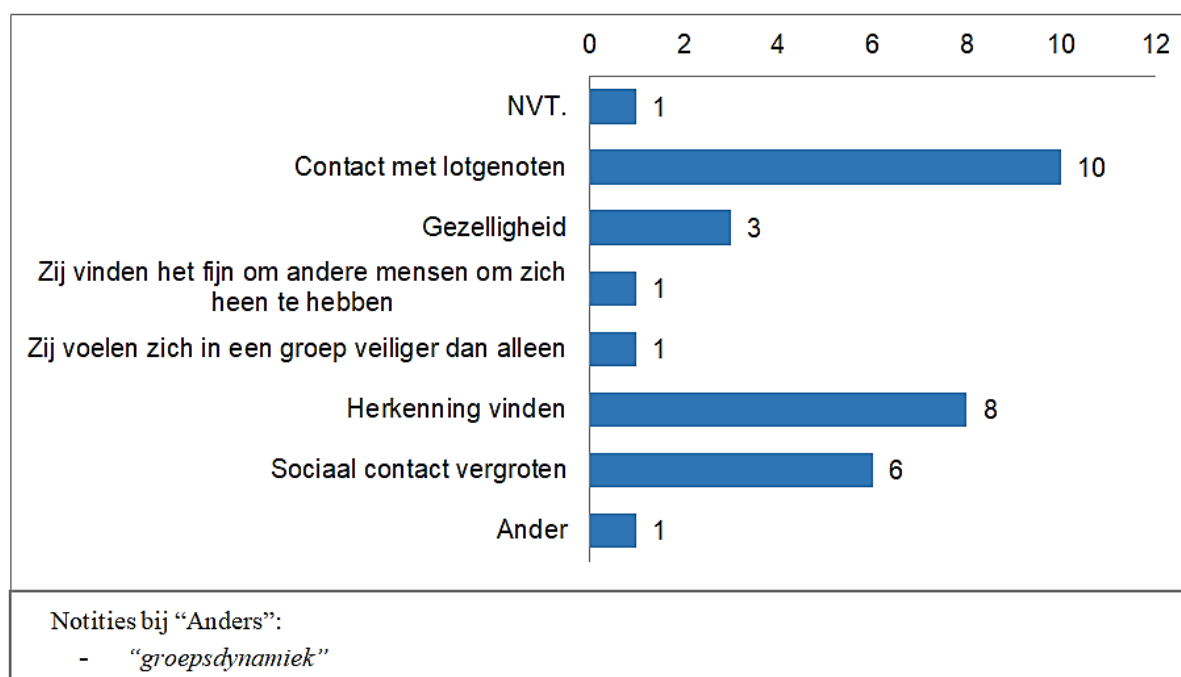
3.3.5. Individueel of in groep

In de hulpverlenersenquête werd er gevraagd of individueel of in groep werken beter is voor afasiecliënten. In Figuur 15 is te zien welke keuzes zijn gemaakt. Wanneer respondenten een keuze maakten moesten zij hun keuze vervolgens verantwoorden. Deze verantwoordingen zijn terug te vinden in Figuur 16 (groepstherapie) en 10 (individuele therapie). Afhankelijk van het gegeven antwoord in Figuur 17, werd een respondent doorgestuurd naar de bijbehorende vraag. D. Mennen (neuropsycholoog) vertelde dat zijn therapie meestal individueel gegeven wordt omdat iedere cliënt andere problematieken heeft. Verder vertelt hij dat er wel in een groep kan worden gewerkt wanneer er psycho-educatie gegeven wordt. M. Thaler (beeldend therapeut) meldde dat het goed is om individueel te werken met afasiecliënten. Zij sloot het werken in groepsverband echter niet uit.

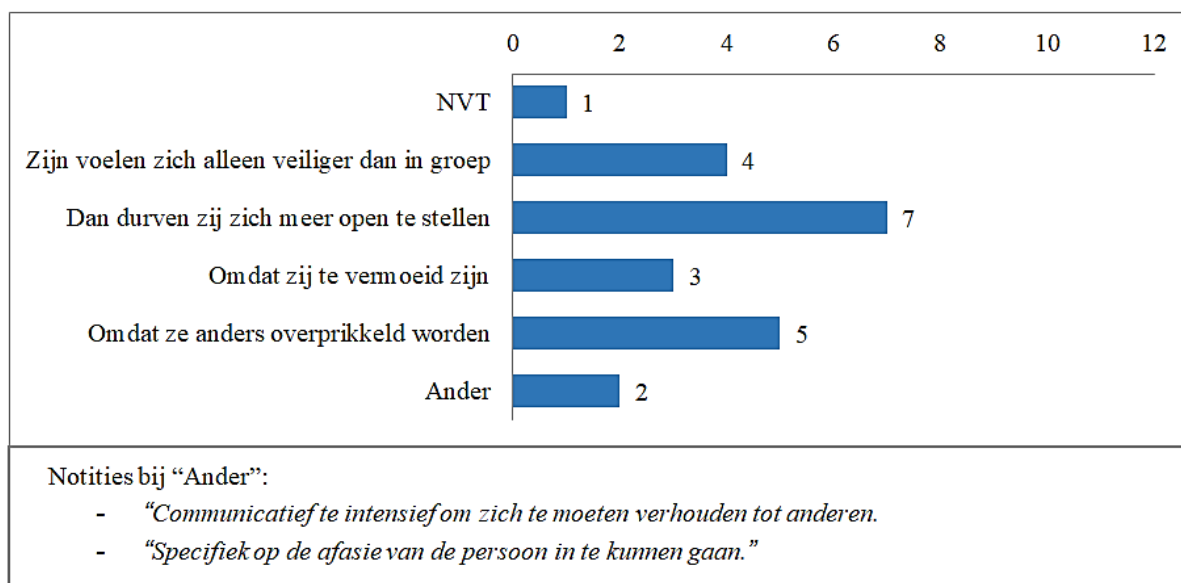


Figuur 15. Indeling van de therapie (max. 1 keuze/p.p.).

Verder gaven de respondenten die voor groepstherapie of beiden hadden gekozen, aan dat vijf personen of minder een goede groepsgrootte is.



Figuur 16. Elementen die belangrijk kunnen zijn voor groepstherapie (onbeperkte keuzes).



Figuur 17. Elementen die belangrijk kunnen zijn voor individuele therapie (onbeperkte keuzes).

3.3.6. Andere doelgroepen

In de interviews met de vaktherapeuten (beeldend therapeut & muziektherapeut) is er gevraagd of zij andere doelgroepen konden benoemen die mogelijke raakvlakken hebben met de problematieken van afasie. Door verdieping te zoeken in andere doelgroepen met communicatieproblematieken, waar meer over bekend is in BT, konden er koppelingen gemaakt worden naar afasie in BT. Hier gaat het om methoden, technieken of therapeutische houdingen die mogelijk kunnen aansluiten bij de doelgroep afasie. Deze resultaten staan verwerkt in Figuur 18.

Autisme spectrum stoornis (ass)	A	Taalbegrip: mensen met ASS interpreteren informatie vaak letterlijk en het begrijpen van non-verbale taal is soms moeilijk. Hierdoor ontstaat er vaak miscommunicatie (www.ggz-nhn.nl)
	B	- Werken met een (vaste) structuur (Baron-Cohen, 2009) - Laagdrempelige werkvormen (Ruigt & Trienekens, 2015) - Werken met pictogrammen (Ruigt & Trienekens, 2015)
Dementie	A	Taal- en of spraakproblematieken die ook voor kunnen komen bij afasie bijv. het niet meer vinden van woorden of het maken van “kromme” zinnen (www.dementie.nl) Rouwverwerking rondom het verlies/ degradatie van functies door de dementie (zoals emotionele isolatie)
	B	- Gevoel van controle geven in BT (Tyler, 2002) - Beeldend werken volgens behoeften/noden van de cliënt (Tyler, 2002) - Eén op één werken (Cohen, 2011)
(Licht) verstandelijk beperkt	A	Begrijpen of begrepen worden in communicatie, moeite met verwerken van informatie of een beperkte woordenschat (www.blikophulp.nl) Moeilijkheden met communicatie (Martin, 2009)
	B	- Werken met een (vaste) structuur (Schweizer, 2001) - Verwerken van emotionele of traumatische gebeurtenissen (Schweizer, 2001) - Werken met visuele hulpmiddelen (pictogrammen) (Martin, 2009) - Non-verbaal werken in BT (Martin, 2009)
Parkinson	A	Lastiger om te articuleren, variëren in toonhoogte en niet goed verstaanbaar zijn waardoor zij minder begrepen worden (www.leef.nl) Rouwverwerking rondom het verlies/ aftakeling van functies door Parkinson - Verslechterde motorische vaardigheden
	B	- Procesgericht werken (Tingey, 2002) - Expressie via beeldend werken (Tingey, 2002) - Stress verminderend werken (Tingey, 2002)
Vluchtelingen/ Migranten	A	Spreken taal maar mogelijk niet de taal van het land waar ze naartoe zijn gevlucht/geëmigreerd - Mogelijk getraumatiseerd door life-events wat veel onderliggende emoties met zich mee kan brengen
	B	- Beeldend werken en visualiseren gebruiken als communicatiemiddel (Holster & Hein, 2007) - Focus op non-verbaal werken (Holster & Hein, 2007)

Figuur 18. Overzicht doelgroepen met raakvlakken in afasie (A) en methodisch handelen in BT (B).

Vanuit de ervaringen van beeldende therapeuten, onze eigen observaties en raakpunten met andere doelgroepen, werd het methodische werken in BT in kaart gebracht. Het methodische werken is gericht op het uiten van emoties bij afasiecliënten.

3.4. Observaties beeldende werkvormen

Vanuit de ervaringskennis van de vaktherapeuten te Adelante werden de beeldende werkvormen vormgegeven. Hieronder gaan we kort in op hun ervaringskennis en beschrijven we de observaties. In paragraaf 3.4.2. worden de algemene gegevens van de participanten weergegeven. Vervolgens wordt per afasiecliënt de observatie beschreven. De overkoepelende samenvatting vanuit de observaties bevindt zich in paragraaf 3.4.4.

3.4.1. Ervaringskennis vaktherapeuten

M. Thaler en M. van der Pijl (beeldend therapeuten) hebben enkele keren met afasiecliënten gewerkt. Zij hebben beiden bepaalde technieken/methoden gebruikt zoals: inzetten van muziek, vormen van mindfulness en meditatie, werken met afbeeldingsplaten of het creëren van een visuele “veilige plek”. Ze vertelden beiden dat ze meestal gebruik maakten van laagdrempelige, algemeen bekende materialen zoals pastelkrijt, vetkrijt, potlood of stiften.

M. Thaler beschreef in het interview een mogelijke eerste beeldende activiteit waarbij er non-verbaal begonnen wordt. Ze beschreef de activiteit als volgt:

- Begin met een leeg, wit papier met pastelkrijt, potlood of een ander materiaal naar keuze. De cliënt mag vervolgens aan de slag gaan met beeldend werken. Wat er op papier komt is aan hem/haar (vrije, open activiteit). Wanneer iemand niet weet wat op het papier moet komen, kan de therapeut proberen om de cliënt te prikkelen door op hetzelfde papier te beginnen met beeldend werken (non-verbaal)

M. Thaler benoemde dat zij gebruik maakt van de thema's: wat is/speelt er op dit moment, wat leeft er in je (geef hier kleur, beweging, beeld aan) en werken in het hier en nu. Wanneer de cliënt niet weet wat BT inhoudt, vertelde M. Thaler dit als thema te gebruiken als aansluitingspunt/opening van de eerste sessie.

M. Habets benoemde dat NAH cliënten een bepaalde structuur nodig hebben als concrete en duidelijke start. Hij vertelde erbij dat je vanuit deze structuur zodat de cliënt zichzelf verder ontwikkelt.

3.4.2. Algemene gegevens van de participanten

In de onderstaande Figuur 19 bevinden zich de algemene gegevens van de geobserveerde en geïnterviewde afasiecliënten. Afasiecliënten één t/m vier waren in behandeling in Adelante Hoensbroek gedurende het uitvoeren van dit onderzoek. Oud-cliënt vijf heeft enkele jaren geleden de behandeling afgerond te Adelante. De volgorde in de tabel loopt gelijk met de volgorde van de aangeboden werkvormen.

INDELING	GEGEVENS				
Cliënten	Cliënt 1	Oud-cliënt 2	Cliënt 3	Cliënt 4	Cliënt 5
Leeftijd	70	55	52	61	59
Geslacht	M	M	M	V	V
Duur afasie (in maanden)	2	60 (15 jaar)	6	5	2
Hoogst afgerond opleidingsniveau	HBO	/	Universiteit	MBO	MBO

Figuur 19. Overzicht doelgroepen met raakvlakken in afasie (A) en methodisch handelen in BT (B).

3.4.3. Observaties per afasiecliënt

Hieronder staan de gegeven werkvormen in chronologische volgorde. De chronologie is van belang omdat opgedane informatie uit de eerdere werkvormen meegenomen werd naar volgende werkvormen. In paragraaf 2.6.2. is terug te vinden hoe de data voor de werkvormen zijn verzameld. In Bijlage 18 zijn de uitgewerkte activiteiten te vinden. Er is gekozen om binnen de resultaten alleen de belangrijkste kenmerken per werkvorm te beschrijven. De reden hiervan is dat we aan iedere afasiecliënt een andere werkvorm hebben gegeven. Daardoor komen er per werkvorm verschillende thema's aan bod.

Clïënt 1:

Materialen	Pastelkrijt, A2/A3 papier
Therapeutische technieken	Participerend observeren Interventie: demonstratie, kleuren mengen
Medium-technieken	Tekentechniek: kleuren, uitwrijven, kleuren mengen
Werkvorm	Individueel
Doel	Experimenteren met materiaal, materiaal beleven, ervaren



Afbeelding 1
Werkvorm pastelkrijt

Figuur 20. Werkvorm cliënt 1

Structuur

In deze werkvorm was er een tekort aan structuur. De cliënt toetste regelmatig (non)verbaal bij de therapeut en de omgeving omdat er mogelijk onduidelijkheden waren voor hem. De cliënt creëerde een eigen structuur door figuratief te werken, hierdoor kreeg hij meer houvast. Hij gaf later verbaal aan dat hij niet wist wat hij moest maken.

Therapeutische houding

Participerend observeren leek niet gepast bij de doelgroep. Dat kwam omdat de therapeut ook gericht was op zijn eigen werkstuk waardoor non-verbale signalen van de cliënt niet geobserveerd werden. Als de cliënt verbaal niet sterk is lijkt het juist belangrijk voor de therapeut om alle signalen waar te nemen om in te spelen op de cliënt zijn behoeften.

Materiaalhantering & -beleving

Qua materiaalhantering en -beleving werkte de cliënt in een hoog tempo, gebruikte veel kracht en maakte veel korte, herhalende bewegingen. Door in een hoog tempo te werken had de cliënt mogelijk weinig tot geen interactie met het materiaal. De materiaalhantering en het gehoopte appèl van het materiaal (sensopathisch werken) kwamen niet overeen. Verder was er geen verbinding met zijn werkstuk: “het zegt me niets, het doet me niets”.

Tweede werkvorm door interventie:

Materialen	Vetkrijt, A2 papier
Therapeutische technieken	Ondersteunend, aansluiten op cliënt.
Medium-technieken	Krastechniek
Werkvorm	Individueel
Doel	Kras het blad vol zonder dat er wit overblijft (randen wit doordat het blad was vastgeplakt) Fysiek in beweging komen



Afbeelding 2
Werkvorm krassen met vetkrijt

Figuur 21. Interventie werkvorm cliënt 1

Houding cliënt / mediumgedrag

Tijdens de tweede werkvorm was er een duidelijk verschil te zien in de houding van cliënt 1. Hij had een meer open houding, zijn focus lag volledig op het werkstuk, hij zocht geen contact met de omgeving en had geen hulp nodig om verder te werken.

Afstemming in materiaal, instructie

Deze werkvorm is gestructureerd. Er was een duidelijk doel aangegeven en het sloot beter aan bij de materiaalhantering van de cliënt. Het materiaal was erop afgestemd. Een duidelijke, directieve instructie leek eveneens te helpen om tot actie te komen. Dit is concreter en mogelijk beter verstaanbaar voor mensen met afasie.

Beleving

Door aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt ontstond er spelplezier. De partner van de cliënt reageerde: *“Tijdens het werken met wasco vond ik hem zekerder in het doen en vond hem veel gelukkiger overkomen dan bij het eerste werk (met pastelkrijt). Hij kan zich eens uitlaten.”* Dit werd door de afasiecliënt zelf bevestigd. Doordat deze observatie teruggekoppeld werd naar de cliënt, kreeg hij meer inzicht in zijn eigen handelen. Hierbij is er een koppeling gemaakt naar het dagelijkse leven.

Vanuit het non-verbale en het mediumgedrag werd duidelijk dat de cliënt een vorm van frustratie heeft ervaren in werkvorm 1. Door de interventie en door meer aan te sluiten bij het referentiekader van de cliënt, kon er een bepaalde mate van ontlading ontstaan. Er werd een zichtbaar verschil in beleving waargenomen door zowel de onderzoekers als door de partner

van de afasiecliënt. Tijdens het uiten van ontlading was er geen verbale communicatie nodig om deze emotie te uiten.

Oud-Cliënt 2

Materialen	Tijdschriften, pastelkrijt, vetkrijt, waterverf, potloden, A4 papier
Therapeutische technieken	Samen zoeken naar afbeelding, cliënt laten kiezen in materiaal en papierformaat
Medium-technieken	Afhankelijk van gekozen materiaal, alles 2D
Werkvorm	Individueel
Doel	Associatie van beeld vertalen op eigen manier



Afbeelding 3
Doorwerken op gekozen afbeelding

Figuur 22. Werkvorm oud-cliënt 2

Materiaalhantering

Tijdens het kiezen van een afbeelding werd er direct gehandeld en was het duidelijk welke afbeeldingen wel of niet de cliënt aanspraken. De keuze voor de afbeelding kwam er door een associatie, wens (wereld rond zeilen). Bij het beeldend werken maakte de cliënt weinig tot geen contact met het materiaal. Hij gebruikte namelijk enkel de punt van het pastelkrijt.

De cliënt stopte plotseling met werken en gaf verbaal aan dat hij niet verder wilde gaan. Bij het navragen waarom hij wilde stoppen, gaf hij aan hier niet op in te willen gaan. Het leek erop dat het op emotioneel gebied te dichtbij kwam. De cliënt gaf aan dat het niet aan de therapeuten lag maar aan zichzelf. Deze situatie was herkenbaar met wat hij in het interview aangaf: *“Het maakt niet uit wat er is geweest..., je kan niet anders dan doorgaan.”*

De cliënt gaf aan nog een beeldende werkvorm te willen doen omdat hij nog een bijdrage wilde leveren aan het onderzoek.

Tweede werkvorm door interventie :

Materialen	Vetkrijt, A3 papier
Therapeutische technieken	Toevoegen, (niet)volgen, aanvullen, invullen, spel
Medium-technieken	Tekentechniek
Werkvorm	Samenwerkingsopdracht
Doel	Afwisselend samen vormgeving creëren door enkel via het medium (non-verbaal) te communiceren.



Afbeelding 4
Samenwerkingswerkvorm

Figuur 23. Interventie werkvorm oud-cliënt 2

Instructie

De directieve uitleg leek duidelijkheid te brengen voor de cliënt. Er was geen extra uitleg nodig om de werkvorm te starten.

Non-verbale communicatie

Deze werkvorm leek meer rust en luchtigheid te brengen. Dit was te zien aan de meer open houding, regelmatig oogcontact met de therapeut en non-verbale uitingen (lachen, hummen). Meneer benoemde dit interessant te hebben gevonden. De focus van de werkvorm was eerder gericht op de non-verbale communicatie en interactie tussen de cliënt en de therapeut en niet gericht op emotioneel vlak.

Verbale communicatie

Door als therapeut respectvol te handelen, betrokken te zijn bij de cliënt en door aan/in te vullen van woorden werd de relatie versterkt. Verder was er een blik van opluchting wanneer communicatie goed werd geïnterpreteerd.

Cliënt 3

Materialen	Pastelkrijt, tape, A3/A4 papier
Therapeutische technieken	Keuzes maken in papierformaat, vormgeving. Interventie: materiaal-uitleg, kleur mengen, wrijven
Medium-technieken	Tekentechniek, werken met een vlakverdeling
Werkvorm	Individueel
Doel	Stapsgewijs werken, vlakken invullen. sensopathische beleving ervaren door materiaal



Afbeelding 5
Werkvorm vlakverdeling

Figuur 24. Werkvorm cliënt 3

Instructie

De cliënt gaf aan dat het doel niet duidelijk was. Door eerst de verschillende stappen te doorlopen en het doel te benoemen werd het voor de cliënt helder.

Vormgeving via associatie

De cliënt werkte nauwkeurig. Tijdens het plakken van de tape nam hij een afwachtende houding aan. Hij leek zoekend naar vormgeving. Bij het invullen van de vlakverdeling ging vormgeving gemakkelijker. De cliënt gaf achteraf aan een associatie gemaakt te hebben met de bergen. Hij gebruikte realistische kleuren wat als houvast kon dienen om keuzes te maken.

Associëren

De associatie deed hem denken aan vroegere fietstochten waarbij de cliënt er met passie over vertelde. Op het einde vroeg hij zichzelf af of het nog zou lukken om terug naar de bergen gaan. Zelf kwam hij tot de conclusie dat het fietsen nooit meer als vroeger zou gaan maar dat kijken naar bergen nog wel kan. Het beeldend werken en het werkstuk riepen nog meer associaties op over zijn werk als elektricien en over de toekomst.

Therapeutische houding

Tijdens het terug- en vooruitblikken door de cliënt luisterde de therapeut. Er zijn weinig tot geen verdiepende vragen gesteld rondom het verlies. Echter werd eerder gekeken naar het oproepen van positieve herinneringen en de mogelijkheden voor de toekomst. Wanneer emoties aan bod kwamen, werden deze genormaliseerd (zie paragraaf 3.2.4.).

Materiaalhantering

De cliënt maakte kleine, korte bewegingen en hield het krijt zacht vast. Toen werd aangegeven dat hij het krijt kon uitwrijven, gebruikte de cliënt deze techniek een korte periode. Het leek erop dat de cliënt cognitief bezig was tijdens het beeldend werken doordat hij weinig contact maakte met het materiaal.

Opbouw

Doordat de werkvorm duidelijke stappen had, kon er gestructureerd en duidelijk gewerkt worden waardoor de focus op het beeldend werken (het doen) lag.

Cliënt 4

Materialen	Aquarelpapier, aquarelverf, penselen, spons, bakje water
Therapeutische technieken	Interventies: voorbeeld tonen, water toevoegen, meer kleuren toevoegen
Medium-Technieken	Schildertechniek, nat in nat werken
Werkvorm	Individueel
Doel	Kleurovergang maken met twee/drie kleuren



Afbeelding 6
Kleurovergang 1



Afbeelding 7
Kleurovergang 2

Figuur 25. Werkvorm cliënt 4

Eerdere ervaringen m.b.t. BT

De cliënt gaf aan dat ze al eerder BT had gevolgd maar dit niets vond. Ze was er kritisch over. Ze vroeg extra informatie over het onderzoek en hoe er geobserveerd werd.

Mediumgedrag

De cliënt vroeg extra hulp wanneer er iets niet duidelijk was. Verder meldde ze dat ze het prettig vond dat het werkstuk niets moest voorstellen.

Materiaalhantering en beleving

De cliënt werkte nauwkeurig en betrokken. Ze maakte verticale bewegingen, werkte van links naar rechts in een rustig tempo. Ze nam zonder veel twijfels de spons om het papier nat te maken, maar ging wel op zoek naar kleuren. Verder kon cliënt 4 haar wensen aangeven: ze meldde dat ze de verf niet dekkend genoeg vond.

De opdracht was om een kleurovergang te maken. De cliënt had vlakken naast elkaar gemaakt i.p.v. de bedoelde overgang. Verder werkte ze deze regelmatig bij om een zo recht mogelijke lijn te creëren tussen de vlakken. Nadat haar was gevraagd om de werkstukken een naam te geven, noemde ze haar eerste werkstuk “twee kleuren” en haar tweede “donker naar licht”.

Ervaringen

Na het eerste werkstuk, gaf ze aan het leuk te vinden en rust te hebben ervaren: *“het is anders dan de andere therapieën, je moet niet oefenen.”*

Cliënt 5

Materialen	Houten plank met opgeplakt A3 papier, primaire kleuren ecoline, pipetjes, waterbakje, penselen
Therapeutische technieken	Samenwerkingsopdracht, cliënt 2 kleuren kiezen Interventies: voordoen, toevoegen van ecoline
Mediumtechnieken	Schildertechniek, nat in nat, toevalstechniek
Werkvorm	Deel1: samen, deel2: individueel
Doel	Ervaringsgericht werken om tot beleving te komen Deel1: ecoline druppelen en samen bewegen Deel2: uitwerken d.m.v. penselen en water



Afbeelding 8
Beweging met ecoline

Figuur 26. Werkvorm cliënt 5

Algemeen gedrag

De cliënt heeft een ernstig communicatieve beperking. Mevrouw kan alleen “ja” en “nee” zeggen en klanken produceren. Het taalbegrip leek niet aangetast. Andere afasiecliënten die een beeldende sessie volgden, hadden meer verbale mogelijkheden. Doordat er weinig taalproductie mogelijk was, ging communicatie moeilijker.

Therapeutische houding

Door de ernstige afasie werd de non-verbale communicatie automatisch meer gebruikt. De therapeut legde de focus op lichaamstaal (mimiek, lichaamshouding, handgebaren en oogcontact). Het observeren van de cliënt was hierbij erg belangrijk om haar zo goed mogelijk te begrijpen en op haar aan te sluiten.

Er werd veel gebruik gemaakt van gesloten en open vragen, gericht op handelingen. De therapeut bleef verbaal communiceren om te begrijpen en te checken of het non-verbale gedrag juist werd geïnterpreteerd. De interventies werden vooral in het medium gedaan zodat de communicatie non-verbaal konden blijven (voordoen, aanwijzen). Door als therapeut transparant te zijn ontstond er veiligheid en begrip van beide kanten.

Algemeen gedrag versus mediumgedrag

De cliënt leek in het algemeen eerder een teruggetrokken houding te hebben. Tijdens het samenwerken (bewegen van het papier) nam ze echter de leiding, lachte en maakte regelmatig contact. Verder maakte ze “ooh, oe” geluiden als er een druppel dreigde te vallen. Het leek er op dat de cliënt zich zelfverzekerder voelde tijdens het beeldend werken.

Materiaalhantering en beleving

Tijdens het tweede deel van de activiteit (samen bewegen) gaf de cliënt (non-verbaal) aan dit leuk te vinden. Er leek een vorm van spelplezier te ontstaan. In het derde deel (individueel uitwerken van lijnen) gaf ze aan dat ze dit als moeilijk had ervaren. De cliënt werkte geconcentreerd, had een stevige grip en verplaatste het werkstuk om beter te kunnen werken. Ook leek het erop dat ze probeerde om een gelijke vlakverdeling te maken. Het leek erop dat ze gericht was op de compositie in het werkstuk.

Ze gaf non-verbaal aan (schouders ophalen, achteruit leunen, penseel wegleggen) wanneer ze niet wist hoe ze verder moest gaan of wanneer ze wilde stoppen. Via gesloten vragen werd het duidelijk dat ze verdriet had ervaren tijdens het tweede deel van het werken.

3.4.4. Overkoepelende samenvatting vanuit de observaties

Afstemmen op individu

Door het observeren van verbale en non-verbale signalen van de cliënt (lichaamstaal, oogcontact, mediumgedrag en materiaalhantering), kon er beter worden aangesloten op de behoeften.

Communicatie therapeut

Communicatie kon zowel op verbaal als non-verbaal gebied ingezet worden bij afasiecliënten. Door verbaal te checken of de interpretaties klopten, kon de therapeut de cliënten beter begrijpen. Non-verbaal werken (aanduiden, voordoen, schrijven, tekenen) leek een betere aansluiting met de cliënten te geven.

Therapeutische houding

Een transparante houding bood veiligheid voor de cliënt en toonde de “goede” wil om de cliënt te begrijpen. Een flexibele houding omtrent materiaalkeuze en interventies maakte dat er aangesloten kon worden bij de cliënt.

Structureren

Door de beeldende werkvorm duidelijk te structureren bleken er minder interventies nodig te zijn. Een duidelijk doel maakte dat de cliënt sneller in het beeldend werken aan de slag kon gaan. Daardoor kon de cliënt mogelijk sneller ervaringsgericht werken. Daarnaast bracht structuur veiligheid mee voor de cliënt.

Ervaringen opdoen in het medium

Er zijn via verschillende wegen ervaringen opgedaan tijdens het beeldend werken. Associaties maken was er een van. Door eigen werk of bestaande afbeeldingen werd er een associatie gemaakt naar zowel toekomst als verleden. Verder zijn er door de materiaalbeleving verschillende ervaringen waargenomen door de afasiecliënt zelf: verdriet, spelen, ontspannen, rust door ontlading. Er werd vooral spel/plezier ervaren tijdens de samenwerkingsopdrachten met de therapeut. Deze ervaringen konden voor zingeving zorgen. Als laatste is er ook inzicht verkregen in het eigen handelen doordat er aan de cliënt observaties terug werden gegeven. Dit kon mogelijk leiden tot bewustwording van eigen gedrag of handelingspatronen.

3.5. Meerwaarde van beeldende therapie in de behandeling

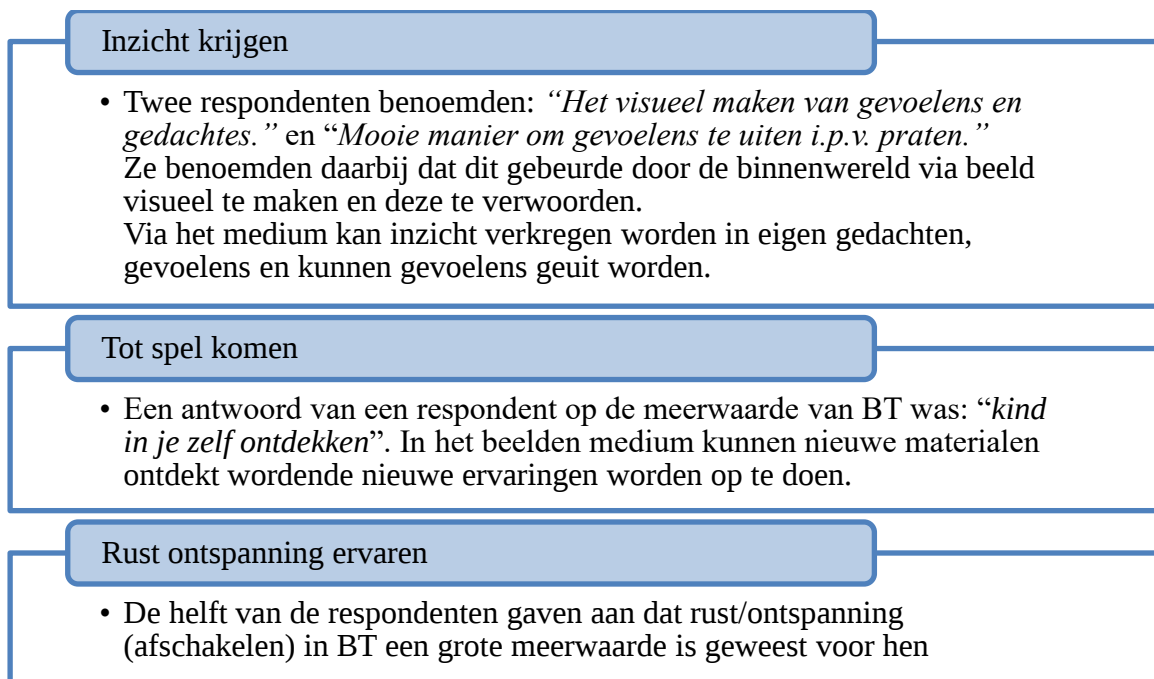
3.5.1. Meerwaarde afasiecliënten, ervaringen vanuit de werkvormen

Elke afasiecliënt kreeg de vraag of hij/zij beeldend werken vindt passen in de behandeling van afasiecliënten. Iedereen vermeldde dat beeldend werken een meerwaarde zou kunnen hebben in de behandeling voor henzelf of anderen. Hierbij benoemden de afasiecliënten dat BT goed zou kunnen zijn wanneer het aanspreekt, aan emoties wil werken, het hoofd (denken) even willen uitzetten of ervaringen plaatsen zonder erover te hoeven praten. Cliënt 2: *“Op zich vind ik het goed, je zit toch in je hoofd en nu kan je wat doen.”* Daarbij werd benoemd dat BT “weer eens iets anders” is dan andere behandelonderdelen. Zoals te lezen is in de observaties paragraaf 3.4., zijn er eigenschappen van BT die een meerwaarde kunnen zijn voor de behandeling: niet denken maar doen (ervaringsgericht werken), ophalen en/of associëren van vroegere (positieve) herinneringen/ ervaringen, nieuwe materialen exploreren, inzicht krijgen in eigen handelen, spel/plezier ervaren en niet persé te hoeven presteren.

M. Thaler (beeldend therapeut) beschreef een andere mogelijke meerwaarde van beeldend werken voor afasiecliënten: het inzetten van een open atelier. Het open atelier beschreef ze als een plek waar cliënten vrijwillig creatief bezig kunnen gaan, onder begeleiding van een beeldend therapeut. M. Thaler merkte op dat stressvermindering of rust ervaren doelen kunnen zijn van een open atelier. D. Mennen (neuropsycholoog) vertelde dat BT eventueel ingezet kan worden voor stressvermindering van cliënten en bij kan dragen aan het verminderen van vermoeidheidsklachten bij cliënten.

3.5.2. Meerwaarde voor chronische-pijn groep

Hoofdstuk 2 vermeldde dat er een enquête afgenomen is bij chronische pijncliënten. Uit deze enquête blijkt dat iedere respondent beantwoordde dat BT een bijdrage heeft geleverd aan hun behandeling. Volgens de respondenten waren de volgende aspecten belangrijk in BT: *“Creativiteit”, “verbeelding”, “het expressief uitbeelden in kleur en vorm”, “herkennen van emotie en uiten ervan”, “kijken naar toekomst”, “meditatie”, “gedachten in beeld uitwerken”.*



Figuur 27. Meerwaarde voor chronische pijngroep

De respondenten werd ook gevraagd naar de noodzaak van een nabespreking aan het eind van een beeldende sessie. Omdat nabesprekingen meestal verbaal zijn, kan het voor afasiecliënten, met problemen op taalbegrip en/of -productie, averechts werken. Alle respondenten gaven aan dat het houden van een nabespreking noodzakelijk is. Zij noemden als reden dat het praten en feedback geven/ontvangen over de sessie/werkstukken tot nieuwe inzichten leidt. Een respondent merkte op: *“Door erover te praten en te horen wat een ander denkt/zegt krijg je een andere kijk op dingen.”* Daarnaast vertelden de respondenten dat de nabespreking noodzakelijk was om zichzelf beter te begrijpen (wat gaat er in je om) of dingen van zich af te kunnen zetten.

3.5.3. Meerwaarde voor hulpverleners

In BT kan de beeldend therapeut de dagelijkse handel- en gedragspatronen van een cliënt leren kennen. Op de vraag of het een meerwaarde kan hebben voor hulpverleners om deze patronen te kennen, antwoordde J. Ploum (logopedist) het volgende: *“Ik denk dat alles wat in het belang kan zijn bij het helpen van de cliënt in het team gedeeld kan worden.”* Door zicht te krijgen op de handel- en gedragspatronen, kunnen de hulpverleners (mogelijk) beter aansluiten op de eigenheid van een individu.

M.b.t. de onderzoeksvraag gaven meerdere geïnterviewde hulpverleners aan dat er momenteel te weinig ondersteuning geboden wordt in de behandeling op emotioneel vlak (zie paragraaf 1.4. Vraagstelling). J. Ploum (persoonlijke communicatie, 19 februari 2019) benoemde dat ze

in haar sessies aandacht wil geven aan emoties en persoonlijke thema's van een afasiecliënt wanneer die aan de orde zijn. Ze vertelde dat de logopedisten op hun eigen manier met deze emoties/thema's omgaan. Ze zijn echter niet gespecialiseerd om psychische ondersteuning te bieden. J. Ploum duidde aan zich soms machteloos te voelen omdat hun verbale aanbod dan niet aansluit bij de behoeftes en noden van de cliënt.

3.6. Indicatiestelling beeldende therapie

Deze paragraaf gaat in op de adviezen van hulpverleners op het vormgeven van een indicatie voor BT. Er is momenteel geen officiële indicatiestelling op Adelante Hoensbroek om afasiecliënten te indiceren voor BT. Daarnaast is BT tot nu toe niet opgenomen als (standaard) behandelonderdeel van NAH (afasie) cliënten. De resultaten die hieronder zijn beschreven, komen vanuit de afgenomen interviews en de enquêtes bij hulpverleners.

3.6.1. Vastlopen in emoties

Doordat dit onderzoek over het uiten van emoties gaat, is het van belang om te kijken op welke wijze dit thema een plaats kan hebben in de indicatiestelling voor BT. Om een indicatie te kunnen stellen voor BT moet duidelijk zijn wanneer emoties belemmerend worden voor de revalidatie.

Uit antwoorden van de geïnterviewde hulpverleners leek de betekenis van “vastlopen in emoties” gekoppeld te worden aan het stagneren in het revalidatieproces en het niet normaal meer kunnen functioneren in het dagelijks leven. “Vastlopen in emoties” kan verschillende uitingen hebben volgens J. Ploum (logopedist), M. Thaler (beeldend therapeut) en M. Habets (muziektherapeut):

- De emotie (verdriet, rouw) neemt de overhand waardoor er geen ruimte meer is voor andere dingen, behalve de desbetreffende emoties.
- Een afasiecliënt die vastloopt in zijn/haar emoties is mogelijk het contact met zijn emoties kwijt waardoor deze niet actief ervaren of toegelaten kunnen worden.

M. Thaler voegde toe dat emoties onderdrukt kunnen zijn waardoor er een vlakke expressie ontstaat of juist overspoelend kunnen zijn waardoor deze ongecontroleerd worden geuit. Ze vertelde dat het wellicht niet zozeer gaat over het “niet kunnen uiten” maar meer over het “niet adequaat kunnen uiten” van emoties. M. Thaler merkte op dat afasiecliënten die vastlopen in emoties mogelijk vermijdingsgedrag vertonen. Hierbij beschreef ze een mogelijk teken van vermijdingsgedrag: een cliënt die alleen iets doet omdat de therapeut het vraagt.

Daarnaast benoemden enkele geïnterviewde hulpverleners dat het per individu verschilt of iemand zichtbaar vastloopt in emoties. J. Ploum merkte op dat afasiecliënten die vastlopen in emoties mogelijk sneller slaapproblemen ervaren omdat zij over veel dingen gaan piekeren. Daarnaast vertelde ze ook dat afasiecliënten dan weinig motivatie meer hebben voor de therapiesessies omdat emoties zoals verdriet in de weg staan. “*Dan ben je letterlijk geblokkeerd*” vertelde J. Ploum.

3.6.2. Diagnosticeren van psychische klachten

M. Thaler (beeldend therapeut) vond het belangrijk dat er duidelijke criteria worden geformuleerd om iemand te verwijzen naar BT. Een mogelijkheid is om een standaard afvinklijst te maken met criteria en (hulp)vragen van de cliënt of behandelaar om BT te indiceren. Volgens D. Mennen (neuropsycholoog) kan er gekeken worden naar psychische klachten bij een afasiecliënt om een inschatting te maken in hoeverre er psychische ondersteuning nodig is.

D. Mennen benoemde dat er globaal gekeken kan worden naar criteria en symptomen van angst-/stemmingsstoornissen zoals depressie of somberheid en rouwprocessen:

- Bepaalde afwezigheid of aanwezigheid van emoties (vervlakking of overspoeling)
- Wanneer te zien is dat het contact met emoties niet terugkomt naarmate van de behandeling vordert (verwerkingsprocessen en rouwverwerking)
- Langdurige sombere stemming
- Rouwverwerking duurt langer dan normaal

Wanneer een of meerdere aspecten, die hierboven zijn benoemd, van toepassing zijn bij een afasiecliënt, moet dit besproken worden in het behandelteam. Er moet telkens opnieuw in het team afgewogen worden hoe de cliënt er voor staat. Wanneer (één van) deze psychische klachten belemmerend zijn voor het revalidatieproces, zal er psychische hulp ingeschakeld moeten worden.

3.6.3. Fasering

Het is van het individu afhankelijk of iemand steun wil krijgen op emotioneel/psychisch vlak. Verder is het ook afhankelijk van de fase van behandeling van de cliënt. J. Ploum (logopedist): *“Dingen hebben soms ook tijd nodig. Ik denk echt dat het meer in een latere fase is dat een persoon hulp wil.”* In paragraaf 3.1.3. werd geschreven dat afasiecliënten emoties in de eerste fase van behandeling “parkeren” omdat de focus ligt op herstel van de functies. M. Thaler (beeldend therapeut) vertelde daarbij dat een afasiecliënt er dan ook niks extra’s bij kan hebben (belastbaarheid). Dit betekent, vertelde M. Thaler, dat BT mogelijk nog niet relevant is voor een afasiecliënt in de eerste paar weken van de behandeling. Daarbij zei ze dat het wel mogelijk is om diagnostisch te werken in BT bij het begin van de behandeling om te kijken of BT geschikt zou zijn voor een bepaald individu.

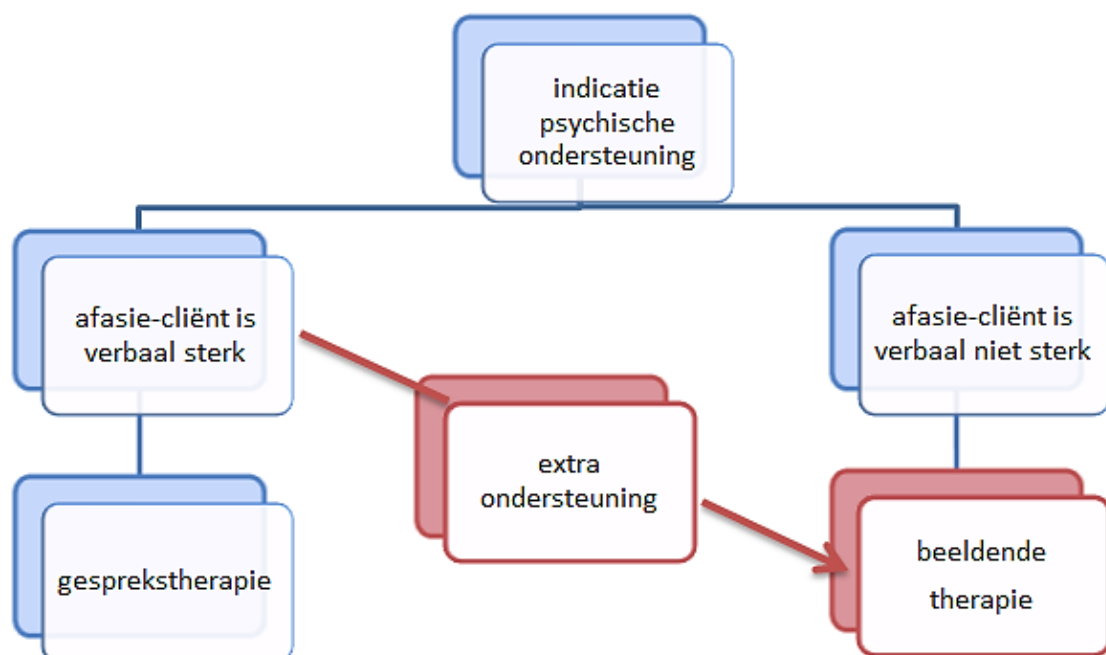
M. Thaler en M. van der Pijl vertelden dat afasiecliënten tot nu toe in aanraking kwamen met BT wanneer de behandeling bijna was afgerond. M. Thaler vermeldde dat er in BT ruimte is

voor verwerkingsprocessen, perspectiefbenadering en nagaan waar iemand op dat moment staat. Afasiecliënten komen eigenlijk “te laat” in BT waardoor er geen tijd/ruimte meer is om te werken aan de bovengenoemde aspecten. Dit werd bevestigd door zowel J. Ploum als M. Thaler. J. Ploum vertelde dat als mensen aan het einde van hun behandeltraject zijn, het behandelteam eigenlijk nog geen goed beeld heeft van hun dagelijks leven: *“Voor de patiënt begint het dan pas.”*

In Figuur 28 is in een overzicht te zien hoe BT mogelijk kan passen in de bestaande behandelingen. Het is een antwoord op het ontbreken van psychische ondersteuning voor cliënten die verbaal niet sterk genoeg zijn. (interview met D. Mennen (psycholoog).

Wanneer een afasiecliënt, geïndiceerd voor psychische ondersteuning en verbaal sterk is, kan hij/zij naar gesprekstherapie. Wanneer de cliënt verbaal niet sterk is, kan BT een optie zijn. Alhoewel er vraag naar ondersteuning is voor de groep met forse afasie, opperde D. Mennen dat BT ook geschikt kan zijn voor NAH-cliënten of mensen met lichtere of geen afasie. Daarom staat “extra ondersteuning” ook gelinkt aan afasiecliënten die verbaal sterk zijn.

J. Ploum (logopediste) duidde aan dat de communicatieproblematiek bij afasie al genoeg kan zijn om te verwijzen naar BT. BT is namelijk een non-verbale therapie waarbij de focus niet hoeft te liggen op het verbeteren van een basale functie. M. Thaler kan zich voorstellen dat het beeld een communicatiemiddel kan worden als een “vervangende” taal.



Figuur 28. Overzicht van BT toegevoegd (rood) in de bestaande behandeling te adelante (blauw)

3.6.4. Nazorg

Als de behandeling op Adelante wordt afgerond, is het mogelijk om een cliënt door te verwijzen naar andere zorgprogramma's en/of therapieën. Het ligt dan aan de cliënt en zijn/haar hulpvraag, noden en behoeften of dit gebeurd of niet volgens J. Ploum (logopedist).

Binnen de revalidatie in Adelante is er mogelijk minder ruimte voor het verwerken van diepliggende psychische klachten omdat herstel van lichamelijke klachten voorop staat. Marco Habets (muziektherapeut) duidt daarbij aan dat er na de behandeling wel gewerkt zou kunnen worden aan deze dieperliggende, persoonlijke doelen en klachten via vaktherapie.

3.6.5. Inter- en multidisciplinair samenwerken

De onderzoeksvraag houdt in dat er gekeken wordt naar de bijdrage van BT in de behandeling van afasiecliënten in Adelante Hoensbroek. In de interviews met de hulpverleners is er gevraagd naar de samenwerking tussen een beeldend therapeut en andere hulpverleners (zie paragraaf 1.4. Vraagstelling).

Samenwerking met BT

M. Thaler gaf aan dat er momenteel nog geen beeldend therapeut bij de besprekingen van afasiecliënten aanwezig is. Zij vindt dit een gemis omdat de beeldende therapeut en de andere “behandelaars” dan langs elkaar heen zouden werken. M. Thaler: *“Het zou wenselijk zijn dat er bij de teambesprekingen óf een beeldend therapeut aanwezig is óf dat er telkens wordt gekeken om BT te indiceren bij een cliënt.”* Daarbij vertelde M. Thaler dat er met de (neuro)psycholoog afgestemd kan worden wanneer er verbaal of non-verbaal gewerkt moet worden met een afasiecliënt.

Het behandelteam

In het behandelteam is er momenteel geen beeldend therapeut aanwezig. Omdat BT en de inhoud ervan nog vrij onbekend zijn bij verschillende hulpverleners, zal BT geïntroduceerd moeten worden. Een stelling uit het interview met de hulpverleners ging over het feit dat het behandelteam NAH eerst een goed, algemeen beeld van BT moet krijgen om te kunnen doorverwijzen. Alle bevraagde hulpverleners waren het eens met deze stelling. M. Thaler: *“Het moet duidelijk zijn voor het team dat BT geen knutselgroep is maar echt een therapie.”*

J. Ploum verduidelijkte dit door te benoemen dat je geen goede verwijzingen gaat krijgen wanneer hulpverleners het beeld hebben van BT als activiteitenbegeleiding.

Daarnaast gaf M. Thaler aan dat het ook van belang is dat er bereidheid/motivatie komt bij hulpverleners om naar BT te verwijzen. Ze wees er hierbij op dat het toevoegen van een behandelonderdeel altijd ten koste gaat van andermans behandeluren. M. Habets stelde dat de beeldend therapeut de professional blijft en helder moet maken aan andere therapeuten welke cliënten zij kunnen doorverwijzen.

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1. Discussie Saar De Haes

4.1.1. Interpretatie van resultaten

Uit de resultaten komt naar voren dat afasie invloed heeft op communicatief, emotioneel en sociaal gebied. Hieronder ga ik in op de impact van afasie voor de cliënt: communicatieve en psychosociale beperkingen. Per thema maak ik de koppeling naar BT. Ten slotte ga ik na hoe BT in de praktijk kan toegepast worden.

Communicatieve beperking

Een NAH is een ingrijpende gebeurtenis in het leven. Van het ene op het andere moment wordt het taalvermogen beperkt. De resultaten geven aan dat de meeste beperkingen zich situeren op het communicatieve vlak, wat normaal is als het gaat over een taalstoornis waarbij taalbegrip en taalproductie beperkt kunnen zijn (Bastiaanse, 2010). Hierdoor wordt gesproken taal bemoeilijkt. Door hun communicatieprobleem kunnen cliënten vaak hun eigen gedachten, vragen, gevoelens of emoties niet meer verbaal uiten (Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel & Wade, 2010).

Koppeling BT:

Ervaringsgericht werken

Schweizer (2009) vermeldt dat BT geïndiceerd kan worden voor mensen met een taalbarrière, vooral omdat het zichtbare, tastbare beeldend werk veel kan vertellen.

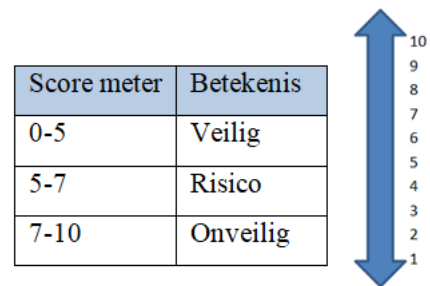
In de gegeven werkvormen, zie §3.4.4. kwam het ervaringsgerichte handelen als kracht naar voren bij mensen met afasie. Non-verbale communicatie kan in BT via het medium zelf gebeuren. Dit kan via samenwerking in het medium tussen cliënt en therapeut. Verder kan het medium ook een communicatie zijn tussen de cliënt en zichzelf (cliënt, medium, cliënt).

Ervaringsgericht/experimenteel werken is een van de eigenschappen van BT (Smeijsters, 2014). Door te werken ‘in’ het medium in ‘present moment’ ervaren de cliënten het moment zelf, hoe ze handelen en voelen, zelfs al kunnen ze hier nog geen betekenis aan geven (Stern, 2004). Door ervaringen op te doen ‘in’ het medium, is gesproken taal deels overbodig, wat een meerwaarde is voor afasiecliënten (2014). Met beeldende materialen en technieken kunnen afasiecliënten terug ervaringen opdoen (2014).

Hulpmiddelen voor communicatie

Om de communicatie te vereenvoudigen zou je gebruik kunnen maken van het model Sensory Awareness (Hurlburt, Heavey & Bensaheb, 2009). Het gaat om het bevorderen van experimenteren, verkennen en opmerken. Het is een directe manier om sensorische kenmerken van binnen- naar buitenwereld te leren ervaren (2009).

De cliënt kan voor, tijdens of na de therapie een cijfer kiezen dat aangeeft hoe hij/zij zich lichamelijk voelt zie Figuur 29. Zo kunnen afasiecliënten beter hun grens aangeven of kan het voor de therapeut duidelijker worden wat de ervaring in hem/haar teweegbrengt.



Hiernaast kan gewerkt worden met picto's van emoties die aangeven welke emoties er spelen. Dit vereenvoudigt de communicatie. Het is wel belangrijk dat het niet te kinderachtig wordt. Het gaat om volwassenen. Het is belangrijk op het niveau van de cliënt te blijven om geen minderwaardigheidsgevoelens te laten ontstaan. Beuving (2010) geeft aan dat minderwaardigheidsgevoelens kunnen optreden door afhankelijkheid van hulp van anderen. Het is belangrijk om te weten dat afasiecliënten geen intellectuele problemen hebben, waardoor ze goed in staat zijn nieuwe mogelijkheden te exploreren (Györfi, 2010).

Figuur 29. Sensory awereness. Gegevens afkomstig van Hurlburt, Heavey & Bensaheb, 2009

Psychosociaal impact

J. Ploum vermeldde dat afasiecliënten tijdens de revalidatie vaak “niet” kunnen rouwen omdat er nog geen status quo is (zie paragraaf 3.1.3.). Tijdens de BT merkten we op dat de cliënten bij het maken of het bekijken van hun werk verschillende associaties maakten naar toekomst en verleden en door de materiaalbeleving verlies ervoeren (zie paragraaf 3.4.4.). Er wordt vermeld dat onze gedachten, als we fysiek in het heden leven, vaak in het verleden of in de toekomst vertoeven (Ackerman & Van Doorn, 2005). Tijd is een persoonlijke filter waarbij de huidige situatie vaak in verband staat met het verleden (bv. afasie), waarbij de gevolgen nu voelbaar zijn (2005). J. Ploum vermeldt dat tijdens de revalidatie voor afasiecliënten niet duidelijk is in hoeverre de afasie overgaat en wat het uiteindelijke verlies is. Hierdoor kunnen angsten ontstaan voor de toekomst. Angsten en verwachtingen gericht op de toekomst kunnen een verlamme uitwerking op iemand uitoefenen (2005).

Verder vermelden Ackerman en Van Doorn, (2005) dat de eigen voorgeschiedenis en de mogelijke toekomst in verband staan met de gewenste situatie, de identiteit, de overtuiging, de

vaardigheden, het gedrag en de omgeving. Je zou kunnen stellen dat door het onzekere toekomstbeeld van afasiecliënten op al deze gebieden problemen kunnen ontstaan. Brinkman (2018) vermeldt dat afasiecliënten kampen met identiteitsverandering. Identiteit heeft te maken met het zelfbeeld. Deze veranderingen bevinden zich op verschillende gebieden zie Figuur 30.



Figuur 30. Identiteitsverandering door afasie. Gegevens afkomstig van R. Brinkman, 2018, Utrecht

D. Mennen wijst erop dat door afasie de taak- en rolverdeling in het gezin verandert waardoor er depressieve klachten kunnen ontstaan. Brinkman (2018) vermeldt dat de vorming van identiteit een continu proces is dat wordt beïnvloed door contact met anderen. Hierbij spelen erkenning van naasten en deelnemen aan het dagelijkse leven een belangrijke rol (2018). Verder geeft wetenschappelijk onderzoek aan dat mensen met afasie zich geïsoleerd voelen en moeite hebben met deelname aan gesprekken door de afasie (Dalemans, Witten, Wade, & Van Den Heuvel, 2009). Er kan dus gesteld worden dat er een verlies van levenskwaliteit is.

Koppeling BT:

Identiteitsverandering

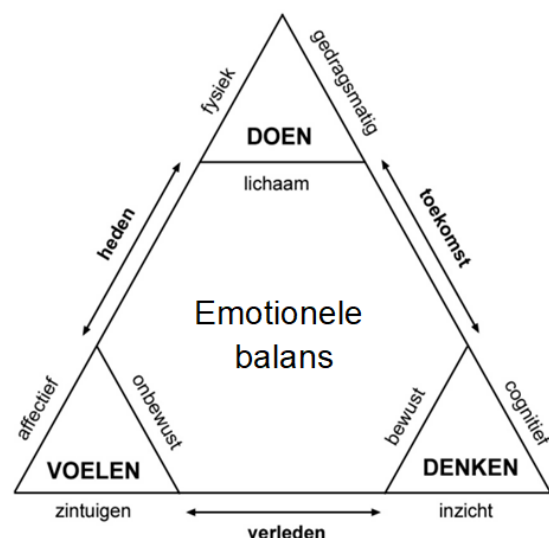
Identiteit is een belangrijk aspect bij de doelgroep “persoonlijkheidsstoornis”. De werkvormen bij behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn gericht op identiteit en emotieregulatie (Haeyen, 2011). Deze werkvormen kunnen bruikbaar zijn bij afasiecliënten.

Ook emotieregulatie wordt genoemd als doel, al werd in de probleemstelling zie §1.3.2. gesteld dat er op dit vlak geen problemen zijn bij afasiecliënten. In de resultaten komt naar voren dat afasiecliënten in de eerste fase al overprikkeld zijn (zie paragraaf 3.2.3.). Het lijkt erop dat er hierdoor weinig energie over is om interne en externe prikkels op te merken. De focus van de cliënt ligt volledig op het overleven waardoor er ook geen ruimte is om emoties te reguleren. Werkvormen rond emotieregulatie kunnen nuttig zijn voor afasiecliënten. Verder gaan Bohlmeijer, Hulsbergen en Van Heycop ten Ham (2014) ervan uit dat iedere mens bij één van de zeven vermogens van emotieregulatie een probleem ervaart (zie Bijlage 6).

Emotioneel uiten

Volgens Schweizer (2009) is het welbevinden in het leven in balans als het denken, voelen en handelen in balans zijn. Door te reflecteren op het eigen handelen is een persoon beter in staat om deze driehoek in evenwicht te brengen. Siegers (2002) benadert reflectie als een proces van betekenisgeving. Er zijn drie manieren van betekenisgeving: achteraf (verleden), tijdens (heden) en vooraf (toekomst) (2002). Denken-voelen-handelen zijn een onderdeel van ervaringsgericht behandelen (zie paragraaf 3.4.3.). Aan de hand van de (figuur 31) blik ik terug op de resultaten om gedragingen van cliënten beter te begrijpen.

Op basis van de resultaten vermeldde M. Thaler dat sommige cliënten emoties “parkeren” zie §3.6.3. omdat ze te hevig zijn om toe te laten. De focus van de cliënt ligt op functieherstel, gericht naar de “toekomst”. “Toekomst” en “voelen” liggen in figuur 31 tegenover elkaar. Ze zijn complementair. Je kunt dus stellen dat de cliënten vooral “cognitief” en “gedragmatig” te werk gaan en het “voelen” onbewust buitensluiten (zie figuur 31).

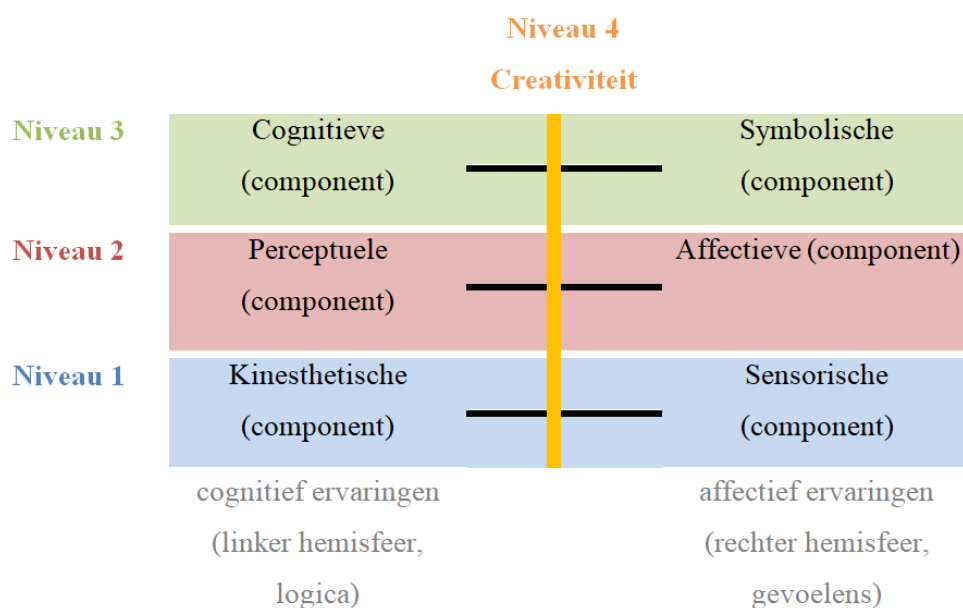


Figuur 31. De emotiedriehoek. Overgenomen uit *Intiem. Een kwalitatief inventariserend onderzoek naar de inzet van drama therapie bij vrouwen die seksueel misbruikt zijn* (p.19) door R. van der Baan, 2014, Amersfoort.

Het model verklaart ook hoe het komt dat cliënten overspoeld kunnen zijn (zie paragraaf 3.6.1). Dan staat het “voelen” centraal in de driehoek. Hierbij wordt “toekomst”, perspectief niet gezien. Met dit model kan je als therapeut de cliënt zijn handelingen beter begrijpen en erop inspelen.

Afasiecliënten hebben zoveel verloren waardoor “emoties ervaren” een doel op zich kan zijn. Door opnieuw te ervaren, kunnen ze inzicht krijgen in hun eigen handelen (Smeijster, 2014).

Het ETC-model (Expressieve Therapie Continuüm) sluit hier op aan. Hiervan maakte ik onbewust zie §4.2.5. gebruik tijdens het BT-werken met de afasiecliënten. Het is een handig raamwerk voor therapeutische beslissingen tijdens het behandelproces (Hinz, 2009).



Figuur 32. Het ETC-model. Gegevens afkomstig van L.D. Hinz, 2009, New York

Er zijn vier niveaus met steeds complexere verwerkingen (zie Figuur 32). De componenten op de eerste drie niveaus zijn complementair. Deze niveaus geven een manier aan om informatie te verwerken (Hinz, 2009). Het vierde niveau kan op elk ander niveau van het ETC aanwezig zijn. Als iemand zich op het creatieve niveau bevindt, gaan we ervan uit dat die persoon “psychisch gezond” is (2009). Je kan beeldende materialen aan de C koppelen waardoor je bewust materialen en technieken kunt inzetten om cliënten nieuwe ervaringen op te laten doen (Schwalbach, 2018). Materialen met veel innerlijke structuur appelleren aan de cognitieve ervaringen (bv. lino) (2018). Materialen met weinig intrinsieke structuur appelleren eerder aan affectieve ervaringen (bv. ecoline) (Schwalbach, 2018).

Een voorbeeld uit de werkvormen met de afasiecliënten zie paragraaf 3.4.1. cliënt 1.

Pastelkrijt doet een appel op sensorisch werken “sensorisch niveau”. De cliënt ervoer dit niet als prettig. De werkvorm kwam ook niet overeen met zijn materiaalhantering (snelle bewegingen, stevige grip) maar sloot meer aan bij het kinesthetische niveau zie Figuur 32. Door specifieke materiaalkeuze (vetkrijt) en techniek (krastechniek), passend bij de materiaalhantering, kon de cliënt

zich beter uiten. Deze werkvorm biedt weerstand waardoor fysieke inspanning wordt bevorderd (Schwalbach, 2018), wat je ook kan

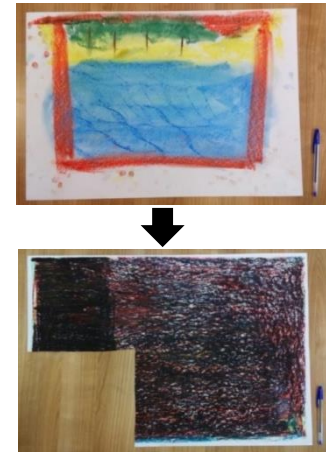
koppelen aan de driehoek denken-voelen-handelen zie Figuur 32. Door in beweging te komen wordt het “denken” over wat er op papier komt deels uitgeschakeld. Er ontstaat spontaan expressie vanuit “voelen” en “handelen” (Schwalbach, 2018).

Verder kan je het ETC-model verbinden met de hersenen. De linkerhemisfeer is gericht op logica en de rechterhemisfeer op gevoelens (zie Figuur 32) (Hinz, 2009). Hiervoor bestaat geen duidelijk bewijs maar er zijn studies waaruit blijkt dat de rechterhelft meer te maken heeft met het begrijpen van emotie en de linker meer verbonden is met taal, dus ook afasie (Lokhorst, 1998). Lee, Lo & Ho (2018) vermelden dat kunstvormen nuttig zijn om het herstelproces na een beroerte te bevorderen. Demarin (2017) beschrijft dat verschillende kunstmodaliteiten nuttig zijn bij het stimuleren van verschillende delen in de hersenen. De neuroplasticiteit kan hierdoor worden vergroot. Verder is bewezen dat reguliere visuele kunstinterventies de psychologische veerkracht bevorderen (Bolwerk, Mack-Andrick, Lang, Dörfler & Maihöfner, 2014). Via visuele kunst wordt ruimtelijke verbetering van de functionele connectiviteit in bepaalde delen van de hersenen geprikkeld (2014). Hieruit kan je afleiden dat BT het herstel van afasiecliënten kan verbeteren.

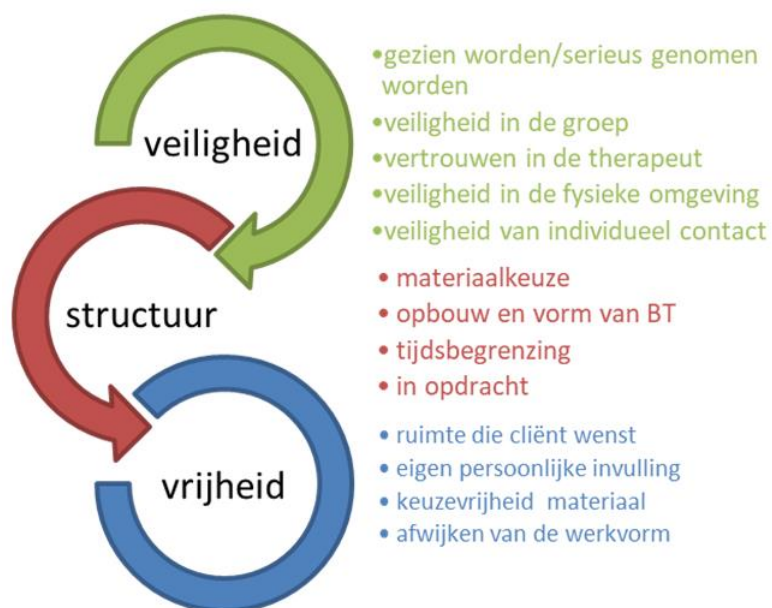
Beeldende therapie in praktijk

Basisbehoeften voor de cliënt

Uit de resultaten kwam het belang van structuur naar voren. M. Habets gaf aan dat structuur een houvast biedt om tot expressie te komen. Haeyen (2011) geeft aan dat structuur een basisbehoefte is van een cliënt, net als veiligheid en vrijheid (zie Figuur 33) .



Afbeelding 8. Werkstukken cliënt 1

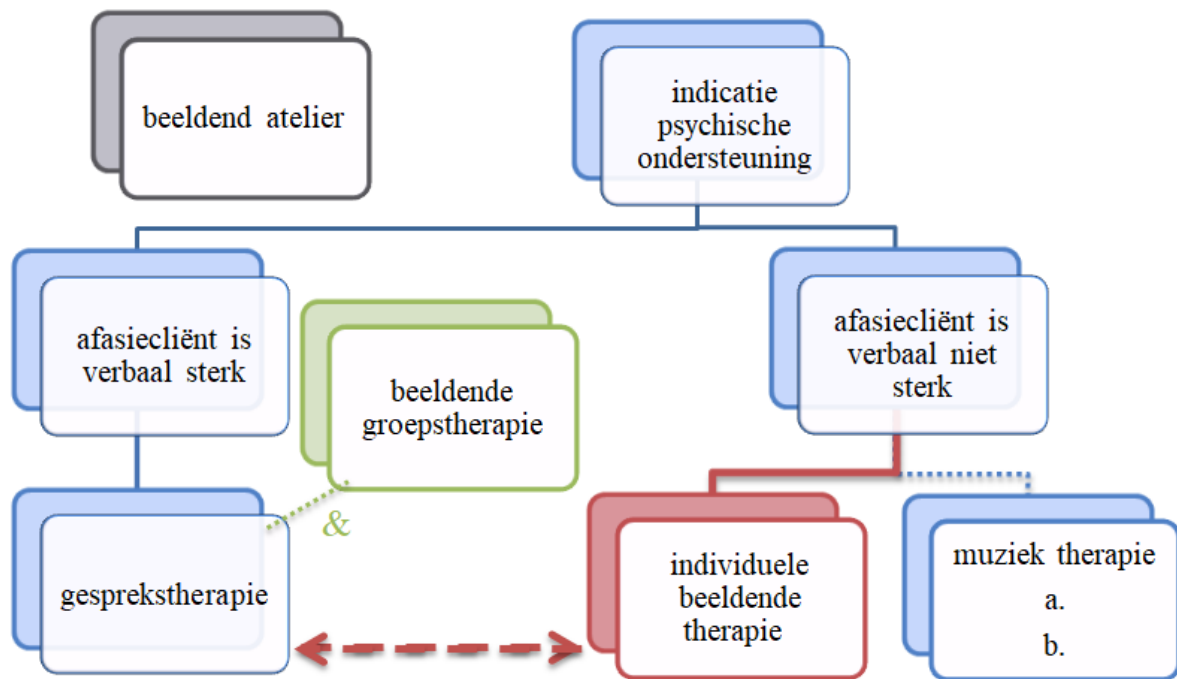


Figuur 33. Basisbehoeften van de cliënt als voorwaarde voor therapeutische ontwikkeling. Gegevens afkomstig uit Haeyen, 2011, Antwerpen

Door een opdracht heel open te houden, zijn er weinig aanknopingspunten voor de cliënt om tot ideeën of expressie te komen (Haeyen, 2011). Structuur biedt houvast. Kim (2006) vermeldt dat afasiecliënten veel ervaring hebben met het verlies van controle. Er moet structuur aangereikt worden in die mate dat de zelfsturende kwaliteiten van de cliënt aangesproken en/of ontwikkeld kunnen worden (Haeyen, 2011). Hierdoor kan het eigenwaardegevoel van de afasiecliënt groeien.

Mogelijke werkwijze van BT met afasie

Hieronder vind je in Figuur 34 de bestaande situatie van psychische zorg in Adelante (in het blauw) en de mogelijkheden tot toevoeging die BT voor afasiecliënten kan hebben. Onder het schema word ingegaan op alle vlakken.



Figuur 34. Advies voor BT in Adelante.

Bestaande behandeling

In de bestaande behandeling krijgen mensen met afasie gesprekstherapie als psychische ondersteuning. Hiervoor moeten ze over een zekere mate van verbale communicatie beschikken. Als dit niet zo is, kunnen de cliënten muziektherapie volgen. Er zijn twee soorten therapie:

- Bevorderen van de spraakmogelijkheden
- Therapie gericht op het psychische gebied

Zowel J. Ploum als D. Mennen (persoonlijke communicatie, 24 mei 2019) vermeldden dat ze voornamelijk gebruik maken van de verwijzing naar “a.”. Deze therapie is gericht op het bevorderen van spraak. Optie “b.” werd niet vaak gebruikt. Verder vermeldde M. Habets in de intro dat muziek een erg krachtig medium is om bij emoties te komen. Soms kan dit te extreem zijn: muziek komt direct binnen.

Individuele beeldende therapie

Door BT toe te voegen zouden mensen met ernstige afasie een manier krijgen om zich te uiten. BT kan het handelen van een cliënt in kaart brengen waardoor er gericht op zijn noden kan ingespeeld worden in andere therapieën.

De streepjeslijnen (zie Figuur 34) geven aan dat er een blijvende wisselwerking is tussen psycholoog en BT. Het kan dat de taal verbetert, waardoor gesprekken mogelijk worden. Omgekeerd kan er vastgesteld worden dat gesprekken niet effectief zijn en dan kan BT ingezet worden om inzicht te verkrijgen of om vastlopende processen te bevorderen.

Beeldende groepstherapie

Beeldende groepstherapie zou een mogelijkheid zijn voor afasiecliënten die sterker zijn in communicatie. Hier kan het sociale aspect vergroot worden door met elkaar in interactie te gaan via een non-verbaal medium (spelplezier beleven, ervaringen delen en opdoen). Dit zou je als rustmoment kunnen inbouwen om even niet te moeten oefenen maar gewoon te “zijn”. In paragraaf 3.4. ‘Meerwaarde van BT’ worden deze thema’s aangekaart. BT zou stressverlagend kunnen werken. BT kan naast de gesprekstherapie bestaan.

Verder kan er op een non-verbale manier psycho-educatie gegeven worden over algemene thema’s waarmee afasiecliënten kampen.

Er kan deels preventief gewerkt worden om sociale isolatie te vermijden. Douglas (2013) beklemtoont het belang van het betrekken van de omgeving en van sociale integratie als een middel om het eigen zelfbeeld, de betrokkenheid en de levenskwaliteit te ondersteunen. Door interactie met de omgeving worden mogelijke ervaringen van sociale isolatie verminderd (2013).

Ook zou bij afasiecliënten die verbaal sterker zijn ook individuele therapie in groep kunnen worden aangeboden. Dit houdt in dat enkele cliënten naast elkaar werken maar dat er toch mogelijkheid tot contact is. De BT kan voor iedereen over hetzelfde thema gaan of kan gericht worden op individuele processen. Bovendien is deze werkwijze financieel voordeliger.

Beeldend atelier

M. Thaler wenste een beeldend atelier open te stellen voor alle doelgroepen. Net als in de groepstherapie zou het gaan om ontspanning en sociaal contact.

Bovendien zou een beeldend atelier een veilige ingang bieden om rond emoties te werken, juist omdat dit onbewust op gang komt. Voor veel mensen is bewust werken aan hun mentale

gezondheid vaak afschrikwekkend, omdat er doorheen de jaren een negatieve connotatie tot stand gekomen is (Chakhssi & Bohlmeijer, 2018). Er wordt in het algemeen vaak een koppeling gemaakt naar stoornissen en niet naar het verhogen van het welbevinden (2018). Letterlijk benoemen dat er rond emotie wordt gewerkt, kan dus een negatief effect hebben.

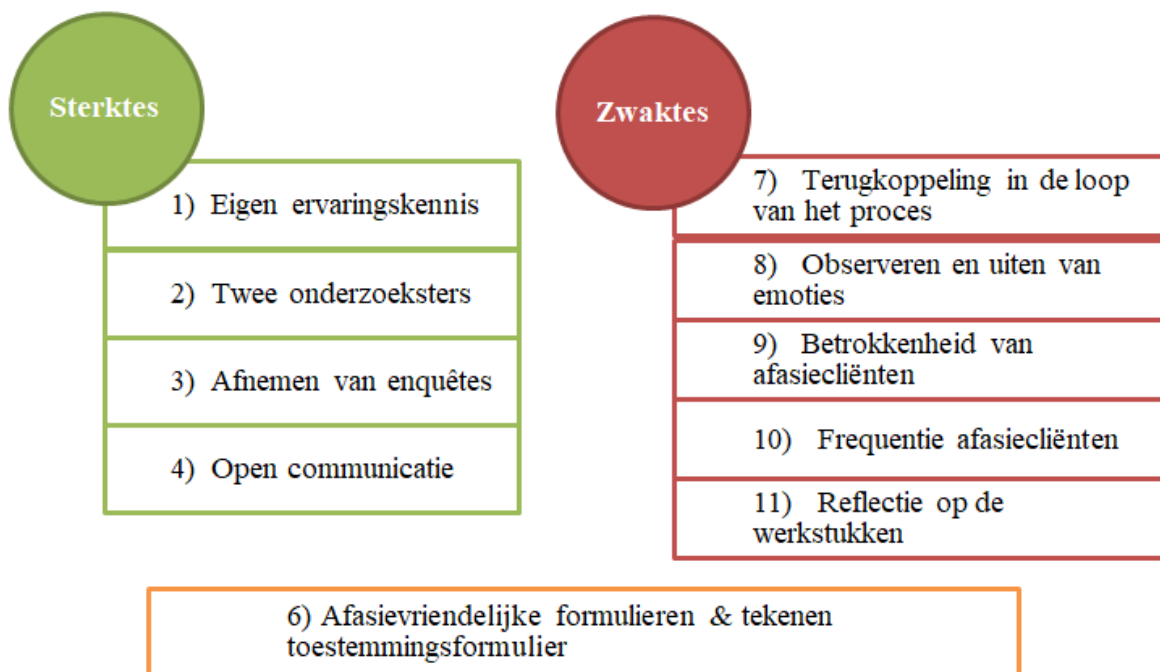
Het is wel belangrijk dat in een beeldend atelier een beeldend therapeut aanwezig is om in te spelen op mogelijke onbewuste processen. Een beeldend therapeut kan cliënten nieuwe ervaringen laten opdoen door gepaste op hun noden gerichte interventies aan te bieden.

4.1.2. Kritische reflectie

In deze paragraaf wordt aan de hand van een sterkte- en zwakteanalyse (zie Figuur 35) gereflecteerd op het onderzoek. Er is gebruik gemaakt van de vier stappen van participatief onderzoek van Migchelbrink (2016).

1. Samenwerken & participeren
2. Onderzoeken
3. Reflecteren & leren
4. Veranderen

Deze stappen geven houvast om op alle aspecten te reflecteren. Door terug te kijken op het proces heeft de sterkte- en zwakteanalyse vorm gekregen.



Figuur 35. Sterkte- & zwakteanalyse

Sterktes:

- 1) Mijn eigen ervaringskennis was een sterkte. Ik ben flexibel en kan snel inspelen op de noden en behoeften van de cliënt. Zo kwamen verschillende werkvormen in één sessie aan bod, al waren ze niet allemaal voorbereid. Het kwam erop aan in te spelen op de signalen van de cliënt waardoor extra observatie mogelijk werd (zie paragraaf 3.4.3.).

In het contact met de afasiecliënten heb ik hen als gelijkwaardige benaderd en ben ik mijn eigen spontane zelf gebleven, zoekend naar de best mogelijke manier om een relatie aan te

gaan. Door deze houding stimuleerde ik veiligheid, waardoor de cliënt zich open, gelijkwaardig kon voelen ten opzichte van de onderzoekers.

In de loop van heel het onderzoek heb ik me opengesteld om bij te leren en kritisch naar mijn eigen handelen te kijken. Zelfontwikkeling zie ik als iets dagelijks en vanzelfsprekends. Migchelbrink (2016) geeft aan dat het vergroten van zelfkennis, het ontwikkelen van houding, gedrag en vaardigheden belangrijke subdoelen van reflectie zijn. In paragraaf 4.1.5. vind je mijn procesontwikkeling.

- 2) Twee onderzoekers bieden kans tot betere reflectie. We hebben iedere dag samengezeten en voortdurend afgestemd omtrent de keuzes die gemaakt werden. Discussies verrijkten onze persoonlijke kijk omdat we soms op een andere manier naar de inhoud van het onderzoek keken. We keken kritisch naar elkaars werk en maakten elk een eigen analyse van de verkregen data, die we later samenlegden en zonder vooroordeel bestudeerden. We communiceerden open met elkaar over zowel frustraties als bewondering.

Door met twee te werken verzamelden we meer data, zowel uit literatuur als uit observaties. Beiden zochten en lazen we over afgesproken thema's, waarbij we elkaar ook artikels doorstuurden en opgedane kennis deelde.

In de beeldende sessies nam een van ons de therapeutrol op zich. De andere observeerde. Zo konden we de cliënten beter observeren. We observeerden ook elkaars gedrag tijdens de beeldende werkvormen. Zo werden onze onbewuste handelingen vaak bewust gemaakt, in het belang van onze doelgroep. Ervaringskennis is namelijk vaak intuïtief en de persoon met deze kennis is zich er niet altijd van bewust (Migchelbrink, 2016).

Ik vond deze samenwerking een grote meerwaarde voor het onderzoek maar het was tegelijkertijd een uitdaging voor me (zie paragraaf 4.1.5.).

- 3) De afname van de enquêtes van de hulpverleners zie §2.6.4. was een meerwaarde. Hierdoor konden we meer mensen bereiken en de informatie uit de interviews en observaties checken. De uitkomsten gebruikten we voor een groot deel in de resultaten. De enquêtes maakten het ook mogelijk om te kwantificeren en daaruit af te leiden in welke mate bepaalde antwoorden meer of minder belangrijk waren.
- 4) De open communicatie tussen de hulpverleners en de onderzoekers ervaarde ik als sterkte. Ook al konden J. Ploum, D. Mennen en M. Thaler bovenop hun eigen opdrachten maar beperkte tijd investeren in het onderzoek. Ze gaven duidelijk aan wat de mogelijkheden en onmogelijkheden waren wat praktische zaken voor het onderzoek betrof. De communicatie met hen was erg duidelijk en direct. Doordat ze de instelling en de cliënten door en door kennen, konden ze ons ook wijzen op zaken die we best zus of zo aanpakten.

Op cruciale momenten kon er altijd iemand bereikt worden, bijvoorbeeld bij de selectie van de afasiecliënten voor deelname aan de beeldende sessie.

Ook vroegen ze ons om de terugkoppeling voor het hele team over te doen zodat zij mee zou zijn in het verhaal van BT. Dat stemde ons positief. Alle betrokken hulpverleners vermeldde dat ze het onderzoek als waardevol/noodzakelijk ervoeren wat ons doorheen het onderzoek motiveerde. Uit de (praktijk)ervaring van logopedist, psychiater of beeldend therapeut leerden we niet enkel veel over de doelgroep, ze deelden ook achtergrondkennis, elk vanuit hun discipline. Toch voelden we een grote openheid voor de vernieuwingen die wij binnenbrachten.

Sterkte & zwakte

- 5) We maakten verschillende afasievriendelijke formulieren, een toestemmingsformulier, een onderzoeksvoorstel en een planning (zie bijlage 12, 13 & 15). Dit was een grote hulp bij de communicatie. We zochten hiervoor hulp bij logopediestudenten. De meerwaarde van het multidisciplinair werken ondervonden we aan den lijve.

Toch stelden we soms vast dat ze niet helemaal voldeden. Bij de toestemmingsformulieren bv. hadden we er geen rekening mee gehouden dat niet alle cliënten zelfstandig hun handtekening konden zetten. Door de taalproblematiek is het niet zeker of iedere cliënt de verkregen informatie begreep, ook al namen we de formulieren samen met de cliënt door om ze toe te lichten.

Zwaktes

- 6) Het niet frequent kunnen terugkoppelen naar de hulpverleners is een grote zwakte. Enkel in de evaluatiefase kon dit en zelfs toen moesten hulpverleners soms vroeger weg (zie paragraaf 4.1.3.). Hierdoor misten we diepgang en trokken we weinig tot geen conclusies. De kwaliteit van het onderzoek heeft echt geleden onder het wegvallen van P. van Bilsen, de interne coördinator innovatie en aanspreekpunt voor ons onderzoek.

Dit verklaart ook dat er zo weinig concrete resultaten zijn. Net op het moment waarop we concreet aan de slag wilden gaan in de instelling, moesten we op zoek naar een nieuwe contactpersoon. We zijn heel blij dat J. Ploum het onderzoek wilde opvolgen.

Op het vlak van de indicatiestelling zie §3.6. zijn er geen concrete resultaten ontstaan. In Als hierover een gesprek was geweest met de directe actoren, waren we heel waarschijnlijk tot een consensus gekomen. Dit geldt ook voor de terugkoppeling van de beeldende werkvormen naar de beeldende therapeuten.

In het evaluatiegesprek werd dit door de directe actoren ook erkend. Bij actieonderzoek is het gebruikelijk om conclusies en aanbevelingen tijdens het onderzoek terug te koppelen naar de hulpverleners (Migchelbrink, 2016). Dit was in ons onderzoek niet haalbaar door de hoge werkdruk van de directe actoren. Enkel in het evaluatiegesprek werd teruggekoppeld over conclusie en aanbevelingen.

- 7) Het was erg moeilijk om in kaart te brengen wanneer een afasiecliënt in BT zijn emoties uit. Dit kan je bevragen maar niet bij ernstige afasiecliënten. Hiervoor maakten we vooraf geen observatieschema. We geven kenmerken aan maar ze zijn niet door literatuur onderbouwd. We hanteerden wel een algemeen observatieformulier (zie bijlage 19), maar dat was niet specifiek gericht op emoties.
 - Migchelbrink (2016) geeft aan dat participatief actieonderzoek streeft naar intersubjectiviteit i.p.v. objectiviteit. De resultaten kunnen dus niet als waarheid beschouwd worden. Vanuit de lezers wordt kritische reflectie verwacht en bewustzijn van contextafhankelijkheid gevraagd.
 - De analysemethodes ‘samenvatten’ en ‘specifiek gerichte analyse’ zijn niet tot in detail uitgewerkt. Hierdoor zijn de resultaten gebaseerd op subjectiviteit van de onderzoekers en de betrokkenen en zijn ze dus niet objectief. De terugkoppeling naar de cliënt is eveneens niet gedaan.
- 8) Ongunstig is ook dat we maar één afasiecliënt met forse afasie ontmoet hebben (zie paragraaf 3.4.3. cliënt 5). De focus van het onderzoek was namelijk gericht op die doelgroep. Door cliënten te onderzoeken met lichtere vormen van afasie, stond het non-verbale aspect niet volledig centraal. Het was als therapeut makkelijker om bij de cliënt aan te sluiten omdat verbale communicatie mogelijk was. Anderzijds bood dit wel kansen om zicht te krijgen op de ervaringen van mensen met afasie, bv. Bij de afname van een interview. Dit was niet mogelijk geweest bij mensen met forse afasie. Zelf vind ik de resultaten eerder gericht op afasie in het algemeen en nog niet op de zware vorm. Ook zijn er daardoor weinig tot geen non-verbale tools ontwikkeld om het contact met de zware afasiecliënten gemakkelijker te maken.
- 9) Schweizer (2009) stelt dat een therapeut, vooraleer hij cliënten kan helpen hen eerst moet leren kennen, zowel wat het verbale en non-verbale gedrag als de uitingen in het medium betreft. Doordat we de cliënten niet langer gezien hebben dan een uur, was er niet genoeg tijd om hen te leren kennen. Verder vermeldt Egan (2012) dat een cliënt de hulpverlener moet vertrouwen eer hij een band met hem/haar kan aangaan. De cliënt zoekt haar/zijn plaats in een nieuwe situatie en stemt er zijn gedrag op af (2012). Doordat onze BT-sessie

een momentopname was, kan je het gedragspatroon van de afasiecliënten niet als “alleszeggend” zien op het gebied van handelen en communicatie. We hadden hen graag meerdere keren aan het werk gezien maar daarvoor was de tijdspanne van het onderzoek te kort.

- 10) Bij de observaties werd enkel gekeken naar het proces van de cliënt en niet naar het product. Budde (1989) vermeldt dat het proces en het product sterk met elkaar verweven zijn. De producten hebben geen deel uitgemaakt van de verzamelde data en geen rol gespeeld in het beantwoorden van de vraagstelling, ook al weten we dat emoties vaak terug te vinden zijn in de resultaten. We zijn er bewust niet op ingegaan, ook omdat het niet mogelijk was er evolutie in waar te nemen.

4.1.3. Terugkoppeling opdrachtgever

Er heeft zowel een product- als procesevaluatie plaatsgevonden (zie paragraaf 2.7.). Dit gebeurde via een presentatie met een PowerPoint-voorstelling (zie Bijlage 21). Hierbij waren J. Ploum (logopedist), D. Mennen (psycholoog) en M. Thaler (beeldend therapeut) aanwezig. Eerst werd er een globaal beeld gegeven van opvallende kenmerken bij de doelgroep afasie in Adelante. Vervolgens werd er uitgebreid ingegaan op de ervaringen van de BT met afasiecliënten. Door gebruik te maken van werkstukken van de afasiecliënten werd de inhoud visueel.

Per werkstuk werden de verkregen inzichten geduid d.m.v. de observaties van mediumgedrag, materiaalhantering en beleving. Hierdoor werd het voor de hulpverleners duidelijk wat BT inhoudt en wat de meerwaarde voor afasiecliënten kan zijn. We hebben de cliënt wel bij naam genoemd zodat de hulpverleners eventuele herkenningspunten konden zien. Zowel D. Mennen als J. Ploum waren verrast door de opgedane bevindingen. Ze stelden voor de presentatie voor het gehele behandelteam van afasie te houden om de meerwaarde te delen. We hebben met veel plezier ingestemd. Door alle aanwezigen werd de kracht van non-verbaal werken erkend en als meerwaarde gezien voor de doelgroep. Tijdens de presentatie werden verdiepende en kritische vragen gesteld over de werkingselementen. De vraag kwam ook of BT geschikter is dan muziektherapie. Ook werden dromen en wensen van de hulpverleners uitgesproken.

Door werkverplichtingen moesten J. Ploum en D. Mennen de evaluatiesessie eerder verlaten. Er werd slechts kort ingegaan op de indicatiestelling. Verder werd er met M. Thaler verdieping gezocht binnen het beeldend werken. Ze gaf aan verrast te zijn door de vernieuwingen op het methodisch vlak en wat de theoretische achtergrond betreft en ze pleitte voor vervolgonderzoek.

4.1.4. Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de voorgaande paragrafen, de terugkoppeling en de interpretatie van de resultaten worden een conclusie en aanbevelingen geformuleerd. Eerst gaan we in op de vraagstelling. Vervolgens komen aanbevelingen voor de opdrachtgever aan bod en een beschrijving van beroepspraktijk en -ontwikkeling. We sluiten af met een advies voor vervolgonderzoek.

a) Beantwoording onderzoeksvraag

Om te verifiëren of het onderzoek een meerwaarde heeft, is het belangrijk om na te gaan of de onderzoeksvraag beantwoord is. Hieronder ga ik zowel in op de hoofdvraag als op de deelvraag.

Hoofdvraag:

“Hoe kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van volwassenen met afasie te Adelante Hoensbroek, gericht op het uiten van emoties?”

Zoals in de doelstelling §1.5. wordt beschreven, was het belangrijk om een duidelijk beeld te schetsen van de in BT nog onbekende doelgroep afasie. We zouden ons richten op volwassenen met een zware vorm van afasie. In de sterkte-zwakteanalyse §4.1.2. werd vermeld dat we slechts één cliënt gezien hebben met ernstige afasie. We verkregen wel een algemeen beeld van de wijze waarop hulpverleners omgaan met de doelgroep (zie paragraaf 3.2.). Het is van belang iedere cliënt als individu te benaderen omdat de aandoening tal van vormen kent en omdat elke mens een ander referentiekader heeft. De op de doelgroep gerichte benadering biedt een houvast voor alle hulpverleners en kan dus ook in BT toegepast worden.

Het doel was zowel op psychische als op lichamelijke aspecten van de cliënt te focussen. We richtten ons voornamelijk op het psychische aspect. Daaruit bleek dat afasiecliënten tijdens de revalidatie vaak “niet kunnen rouwen” omdat er nog geen status quo is (zie paragraaf 3.1.3.). Dit houdt in dat er voor de cliënt tijdens het revalidatieproces geen duidelijkheid is over de uiteindelijke verliesinhoud. Hierdoor bevinden afasiecliënten zich in een onzekere toestand. Ze weten dat hun leven niet meer zo zal zijn als in het verleden maar hebben ook geen idee wat de toekomst zal brengen. Hierbij vermelden de hulpverleners dat het belangrijk is niet “open leggen” te werken (zie paragraaf 3.2.4.). Emoties, rouw, verlies horen namelijk bij afasie. Bij de aanbidding van beeldende werkvormen was contact maken met het materiaal

vaak al voldoende. Er werd rust ervaren. Associaties werden gemaakt naar vroeger en/of toekomst en er werd verdriet ervaren (zie paragraaf 3.4.4.). Taal was vaak overbodig wat aantoont dat BT bij mensen met afasie een meerwaarde heeft.

Op lichamelijk vlak kunnen afasiecliënten door het krijgen van een NAH ook met verlammingen kampen. Dit is belangrijk om te weten omdat dit de mogelijkheden van BT beïnvloedt. Een gevolg kan bijvoorbeeld zijn dat de cliënt geen gebruik kan maken van de voorkeurhand waardoor beeldend werken confronteert (Sacchett, Byng, Marshall & Pound, 1999). Verder vereisen tekentechnieken de coördinatie van fijne bewegingen wat voor sommige cliënten met afasie ook confronterend kan zijn (Beesley, White, Alston, Sweetapple & Pollack, 2011). In de beeldende sessies (in het onderzoek) ontmoetten we geen cliënten met lichamelijke beperkingen. Daar wordt enkel in de probleemstelling zie §1.3.4. op ingegaan.

We kunnen stellen dat BT een meerwaarde heeft voor deze doelgroep. Het is echter niet gelukt om een uitgewerkt beeldend advies vorm te geven. Hier word wel op ingegaan in de interpretatie zie §4.1.1. en in de aanbevelingen opdrachtgever.

Beeldende methodieken, technieken, therapeutische houding en werkvormen met het oog op het uiten van emotie kwamen aan bod. In het algemeen bleek ervaringsgericht werken het belangrijkste. Verbale communicatie is in dit geval deels overbodig. Er werd enkel gewerkt met 2D-materiaal. De focus lag op sensopathisch werken. Verschillende werkvormen werden aangewend. Daarbij nam de therapeut telkens een andere rol op zich. Participerend observeren blijkt niet te werken omdat non-verbale signalen deels verloren gaan. Wanneer de therapeut samenwerkte met de cliënt ontstond vooral spelplezier. Als de afasiecliënt individueel werkte waren de emoties verdriet en frustratie zichtbaar en kwamen herinneringen op.

Deelvraag:

“Welke symptomen worden zichtbaar bij een persoon met afasie wanneer hij/zij vastloopt in zijn/haar emoties?”

Deze vraag is van belang om gevoelens, gedachten en gedragingen in kaart te brengen. Deze symptomen zijn noodzakelijk om een indicatie te stellen voor BT. Hierop kwam geen antwoord (zie paragraaf 4.1.2.). De directe actoren hadden elk een andere mening. Een concreet voorstel is er niet. De verschillende meningen worden beschreven maar een consensus werd niet bereikt.

b. Aanbevelingen

De analyse van de gegevens en de uiteindelijke resultaten leiden tot enkele aanbevelingen voor de praktijk. We formuleren vervolgens op de beroepspraktijk gerichte aanbevelingen en een advies voor vervolgonderzoek.

- Aanbevelingen voor opdrachtgever

Vanuit dit onderzoek indiceer ik BT als behandeling voor de doelgroep afasie. Er is voor die doelgroep weinig tot geen psychische hulp aanwezig. De klinische hulp staat centraal in Adelante. Volgens mij moet de aandacht meer gericht worden op het psychisch welzijn van cliënten. Beeldende therapie is een passende therapie voor afasiecliënten omdat het gaat over ervaringen opdoen. Hiervoor is verbale taal deels overbodig.

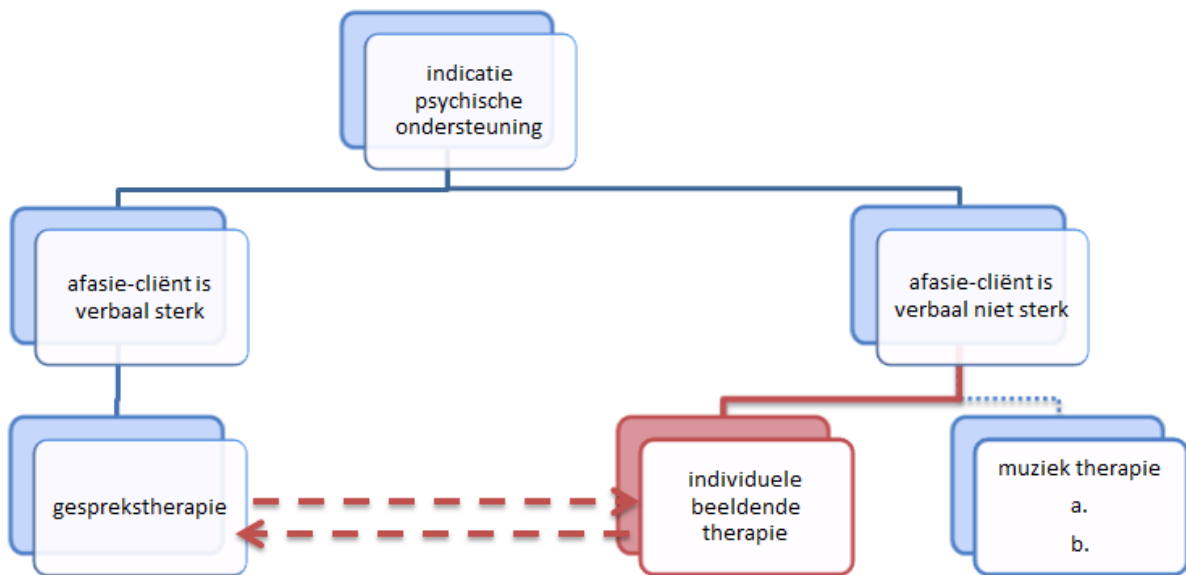
Ik ga ervan uit dat BT geschikt is voor alle afasiecliënten die er affiniteit mee hebben, tenzij BT een negatief effect (bv. vermoeidheid) heeft op de andere deelbehandelingen.

Om het realiseerbaar te maken voor Adelante Hoensbroek, heb ik in onderstaand advies rekening gehouden met de huidige mogelijkheden. M. Thaler vermeldde namelijk dat er in Adelante bezuinigd wordt waardoor uitbreiding van het aantal werknemers, in dit geval met een beeldend therapeut, niet mogelijk is. Volgens mij zou de opname van een beeldend therapeut in het team dat afasiecliënten behandelt een grote meerwaarde betekenen (zie paragraaf 3.6.5.). Zo kan er extra aandacht gegeven worden aan het psychisch welzijn en aan de terugkoppeling van de verkregen observaties naar de hulpverleners. De verzamelde informatie uit de beeldende sessies kan leiden tot een betere afstemming op de cliënt.

Hieronder ga ik kort in op de aanbevelingen inzake BT in Adelante. Ik beschrijf enkel de structuur en ga niet in op de in voorgaande hoofdstukken uitgebreid beschreven inhoud.

Doelgroep

Het plan is gericht op volwassenen met afasie met een ernstige verstoring van taalproductie en/of –begrip (zie Figuur 36).



Figuur 36. Advies BT in Adelante Hoensbroek voor afasiecliënten.

Randvoorwaarden

Vanuit de interpretatie van de resultaten zie paragraaf 4.1.1. mogelijke werkwijze van BT, wordt nu enkel op de individuele beeldende therapie gefocust.

De duur van de therapie zou net als de andere therapieën 30 minuten bedragen, rekening houdend met de concentratie en de belastbaarheid van de cliënt.

De therapie zou doorgaan in het beeldend lokaal in Adelante: daar bevinden zich de materialen.

Verder is er een fasering mogelijk in de behandeling:

- fase 1 { • vinden van een emotionele balans
- fase 2 { • werken aan identiteit en perspectief

Fase 1 is gericht op het vinden van een emotionele balans. Hier gaat het vooral om het op een veilige manier toelaten van emoties, de ervaring van spelplezier, het even niet gericht zijn op het moeten oefenen, de afasie zelf.

Fase 2 is gericht op het individu en het toekomstperspectief. Hier wordt toekomstperspectief gezocht, de verloren “beperkingen” van de afasie worden in beeld gebracht en verwerkt. Deze thema’s komen eerder op het einde van de behandeling aan bod doordat er een duidelijker zicht is op het functieverlies door de afasie.

Doelstellingen van beeldende therapie

De doelen zijn vormgegeven vanuit de resultaten en gekoppeld aan doelen van Budde (1989).

De beeldende activiteiten richten zich op het emotionele welbevinden en succeservaring (Budde, 1989). De bijpassende werkwijze is de supportieve werkwijze van Smeijsters (2014):

fase 1

Verwerken van emotie

- leren uiten van en vormgeven aan emoties
- opheffen van gevoelsblokkade
- verwerken van een emotionele ervaring
- ontdekken van eigen mogelijkheden

Egoversterking

- eigen mogelijkheden ontdekken
- voorbereiden van mogelijkheden
- leren accepteren van grenzen

Werkwijze

Gericht op

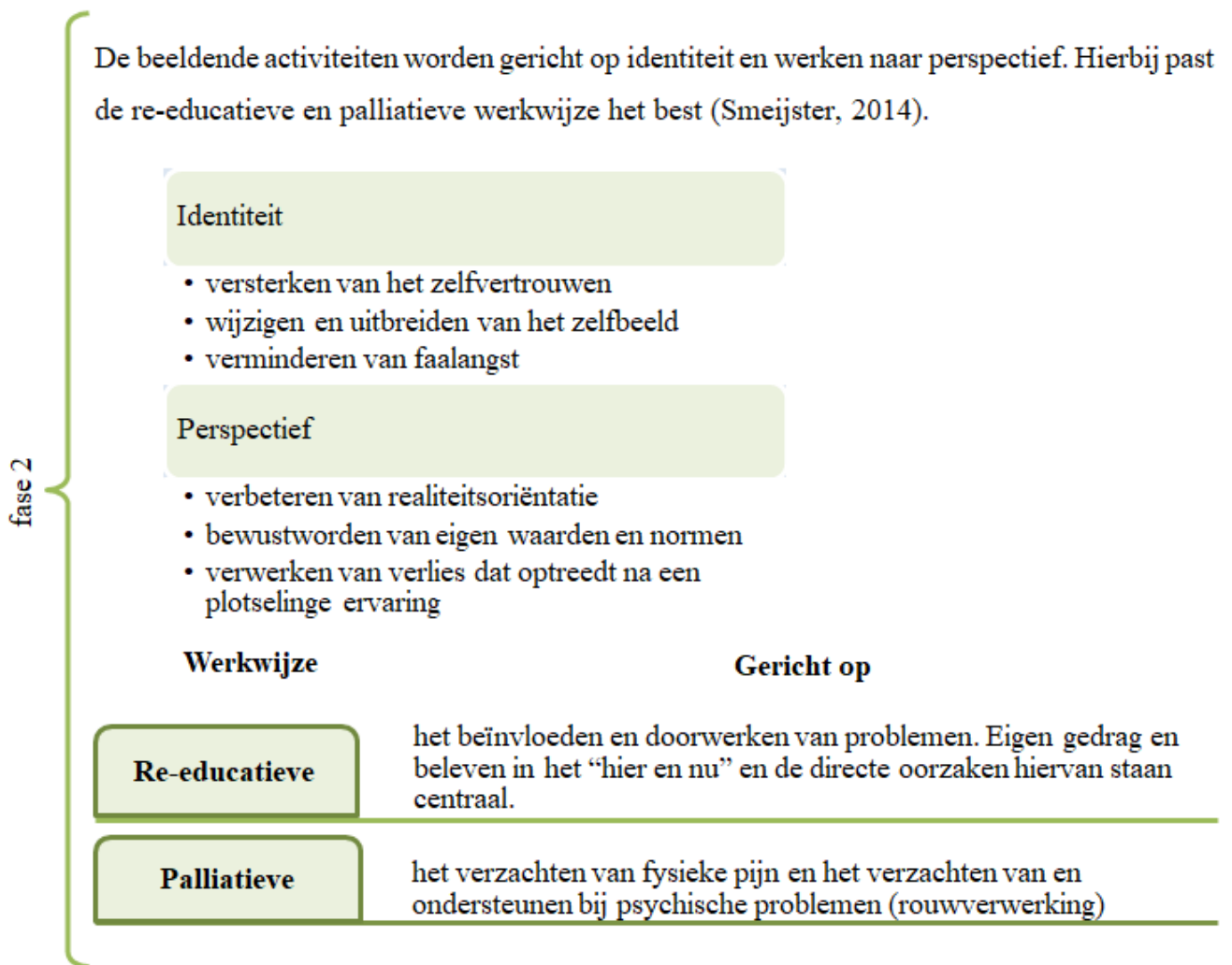
Supportieve

het ondersteunen bij het leren omgaan met problemen. Niet gericht op het doorwerken van de problematieken, inzicht krijgen.

bijpassende doelen

- Zo snel mogelijk een emotioneel evenwicht bereiken (rustig worden, minder huilen)
- Verstevenigen van bestaande afweer (niet snel overstuur raken, je niet laten meeslepen)

Figuur 37. Doelen en werkwijze voor fase 1. Gegevens afkomstig van E. Budde, 1989, Deventer en H. Smeijsters, 2014, Bussum



Figuur 38. Doelen en werkwijze voor fase 1. Gegevens afkomstig van H. Smeijsters, 2014, Bussum

b) Aanbevelingen voor beroepsontwikkeling

Er valt nog veel te ontdekken op het gebied van onderzoek voor BT. Onderzoek doen is van groot belang voor de beroepsontwikkeling. We weten dat vaktherapie kan werken maar er is onvoldoende geweten over het hoe en het waarom. Onderzoek levert meer kennis op. Handelingspatronen van vaktherapeuten kunnen onderbouwd en uitgebreid worden. Er is nog weinig tot geen informatie over de koppeling van BT en afasie. Er verschenen meerdere artikels over het probleemgebied van het psychosociaal welzijn van mensen met afasie. Daarin worden weinig antwoorden gegeven op de vraag hoe dit kan aangepakt worden. Het is een aanbeveling voor de beroepsontwikkeling om meer onderzoek uit te voeren naar de doelgroep afasie. Als ervaringsgerichte therapie sluit beeldende therapie erg goed aan bij therapie voor mensen met een taalproblematiek omdat de communicatie deels overbodig wordt. Het doelpubliek voor BT kan eveneens uitgebreid worden.

Vervolgonderzoek

Ons onderzoek is een pilootonderzoek. We voerden geen actiefase uit. De focus lag op een beschrijving van de bestaande situatie en een onderzoek van de elementen van BT die werken voor afasiecliënten. Aan de hand van de verkregen informatie kan er vervolgonderzoek worden gedaan. Dit zou ik richten op de actiefase, om een gericht beeldend aanbod vorm te geven. Verder zou ik een proces aangaan (met meerdere sessies) met verschillende afasiecliënten om de betrouwbaarheid te bevorderen.

Ik zou de focus leggen op afasiecliënten met een zware vorm van afasie, omdat bij hen de grootste beperking ligt op het communicatieve vlak. In het beeldend medium zou ik nagaan welke werkvormen aansluiten bij de cliënten, met de focus op materiaal (2D en 3D) en therapeutische techniek (samenwerking of individueel of combinatie). Een onderzoek van deze doelgroep vereist specifiekere hulpmiddelen de communicatie bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan de nabespreking of het delen van ervaringen in het medium.

Verder is het bij vervolgonderzoek belangrijk dat er meerdere contacten zijn met de directe actoren, om diepgang te brengen in het onderzoek. Bij direct contact met het multidisciplinair team kan het effect van BT in kaart gebracht worden. Vervolgonderzoek is ook geschikt om de beeldende therapeuten in Adelante nieuwe kennis te laten opdoen waardoor de BT-behandeling verdieping krijgt. M. Thaler merkte zelf op dat doorheen de tijd meer op ervaringskennis gewerkt wordt (persoonlijke communicatie, 24 mei 2019).

4.1.5. Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen

Het doel van deze onderzoeksopdracht is ook eigen vaktherapeutische competenties te ontwikkelen. Vanuit de opleiding worden drie taakgebieden en de daarbij horende competenties centraal gesteld (zie Figuur 39).



Figuur 39. Competenties en leerdoelen. Gegevens afkomstig van Zuyd Hogeschool, *Module: CA1.15- 16 "Afstudeerproject"*, (p. 5), Heerlen, 2019

Vanuit deze competenties reflecteerde ik terug op mijn eigen therapeutische houding, eigen ervaringen met de cliënten en het beeldende medium.

Bij de start van het onderzoek, botste ik al snel op mijn houding als onderzoeker. In de opleiding en op stage wordt er aandacht besteed aan de eigen natuurlijke houding als therapeut en er wordt gereflecteerd op het eigen methodische handelen. De onderzoekershouding voelde bij de start niet vertrouwd aan. Zo ging ik op zoek om deze houding te ontdekken. Ik merkte dat ik mij de therapeutische houding eigen gemaakt heb, dat ik hier niet altijd meer bij stilsta. Volgens Lingsma, Macka & Schelvis. (2003) was ik onbewust-bekwaam omtrent mijn therapeutisch handelen. Door een andere rol in te nemen, ben ik me er terug bewust van geworden en kan ik hierdoor kritischer kijken naar mijn eigen handelen.

Hieronder ga ik in op verschillende thema's die mij als therapeut en onderzoeker kenmerken.

Empathisch vermogen

Voor de aanvang van dit project was ik nog nooit met de doelgroep afasie in aanraking gekomen. Bij mijn analyse van de probleemstelling kreeg ik zicht op de doelgroep via literatuuronderzoek en video's. Bij de eerste kennismaking in de praktijk, werd ik me ervan bewust dat ik veel aspecten van afasie herkende in mijn eigen beperking (Ik heb zware dyslexie). Ik werd teruggekatapulteerd naar mijn jeugd. Al die sessies bij de logopedist om klanken te oefenen, woorden te lezen etc. Ik loop nog iedere dag tegen mijn dyslexie aan, en wel in kleine dingen: links en rechts, ondertiteling niet snel genoeg kunnen lezen, in de winkel in de rekken, werken voor school, namen en begrippen niet kunnen onthouden, niet op een woord komen. Een mooi moment maakte ik mee toen ik letterlijk niet op mijn woorden kwam en een afasiecliënt zijn hand op mijn schouder legde en zij "niet erg, niet erg, ik ook".

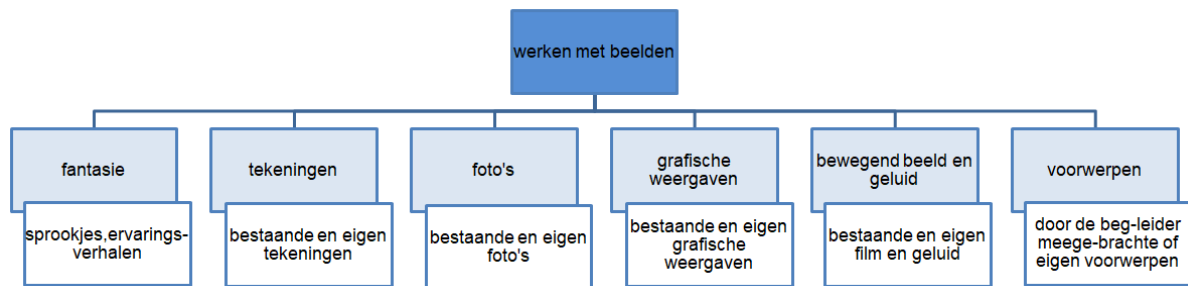
Dit raakte me emotioneel. De communicatie met anderen valt letterlijk weg. Wat me opviel bij de afasiecliënten was aan de ene kant de onmacht, de frustratie, het verdriet van het niet meer kunnen communiceren. En aan de andere kant, de kracht, het doorzettingsvermogen om verder te gaan, ermee te moeten leven of omgaan ... omdat het toch niet anders kan. Door de herkenning vond ik het minder moeilijk om me te verplaatsen in de cliënten.

Als therapeut ben ik cliënt-gericht en ligt mijn focus op hun behoeftes. Mijn empathisch vermogen stond me tijdens het onderzoek soms in de weg om de nodige informatie te krijgen van de hulpverleners. Ik wilde hen niet belasten of overvragen. Deze houding is niet bevorderend als onderzoeker omdat je die informatie nodig hebt om tot de gewenste inhoud te kunnen komen. Dit inzicht kwam er al snel waardoor ik er extra aandacht aan kon besteden.

De kracht van BT

Zelf was ik erg op zoek naar mogelijkheden tot communicatie met afasiecliënten, zowel verbaal als non-verbaal. Na het werken met cliënt 4 §3.4.3. met zware afasie, merkte ik tot mijn verbazing hoeveel ik te weten was gekomen van iemand die enkel "ja en nee" kon zeggen. Ik was verbaasd over mijn observatievermogen in het medium. Hoe ik met weinig woorden sommige dingen toch "wist" en erop kon inspelen op dat moment. Het verbaast me keer op keer hoe krachtig BT is en hoe vaardig ik ben geworden om soepel en via het medium (observatie, materiaalhantering, beleving, houdingsaspecten) passende materialen en technieken in te zetten. Hierbij baseer ik me sterk op het ETC-model van (Hinz, 2009). Dit heb ik op stage vorig jaar veel gebruikt en het is me deels eigen geworden.

Door met afasiecliënten te werken lag de focus voornamelijk op het medium. De grootste vorm van communicatie verliep via het medium, door observatie als therapeut. Ik ben mij ervan bewust geworden hoe kleine mediuminterventies een grote invloed kunnen hebben. M. van der Pijl gebruikte verschillende non-verbale technieken (muziek, meditatie, beeld,...) om de cliënt contact te laten maken in het medium. Brinkman (2018) vermeldde dat “beeld” toegankelijker is voor afasiecliënten. Dit Figuur 40 geeft verschillende non-verbale manieren weer om via beeld in contact te gaan.



Figuur 40. Beeldtoegankelijkheid voor afasiecliënten. Gegevens afkomstig van Brinkman, 2018.

Door mij hiervan bewust te worden wil ik het beeldend medium in de toekomst meer inzetten, waardoor de cliënt zelf inzicht krijgt en er zo een groter gevoel van autonomie kan ontstaan.

Nieuwsgierigheid

Zelf ben ik iemand die nieuwsgierig is en graag wil weten, begrijpen wat er in anderen omgaat. Dit was ook het geval bij de afasiecliënten. Ik moest mijn nieuwsgierigheid soms bedwingen om de cliënt zijn grenzen op het vlak van het toelaten van emoties te respecteren. Zoals J. Ploum en D. Mennen al vermeldden, komt rouw over verlies van functies pas later in de behandeling naar voren omdat er nog geen status quo is. Verdriet, frustratie, onmacht en emoties in het algemeen horen deels bij afasie (zie paragraaf 3.1.3.). Zo kwam ik er achter dat er soms niet ver gezocht moet worden om het te begrijpen.

Voor het onderzoek is het een sterkte dat ik graag alles begrijp en graag uitzoek hoe dingen in elkaar zitten.

Flexibiliteit

Bij deze doelgroep is een flexibele houding een grote meerwaarde. Ik merkte op dat ik snel kon inspelen op de noden en behoeften van de cliënten waardoor ze zich veilig, gezien en begrepen voelden. Dit begrepen worden is volgens mij net wat afasiecliënten missen. Vorig

jaar ervoer ik flexibel zijn soms als negatief omdat ik mijn doel (het doel van de sessie) niet bereikte maar meeding met de cliënten.

“Het meegaan met” herken ik ook in dit onderzoek. Ik ben iemand die veel waarneemt en details en linken legt tussen verschillende aspecten. De linken die ik maak zijn logisch voor mijzelf maar niet iedereen kan ze volgen. Het is wel belangrijk om, bij een onderzoek, concreet te werk te gaan. In dit onderzoek heb ik geleerd te schrijven en herschrijven. Hieraan heb ik veel aandacht besteed omdat “rapporteren” binnen dit project geen doel op zich was, maar wel een kwaliteit bevorderend aspect is, samen met transparantie, participatie, reflectie en samenwerking.

Door veel waar te nemen (divergerende blik) ben ik sterk in het bewaren van het overzicht. Tijdens het onderzoek was dit noodzakelijk om te weten wie/wat we nodig hadden om aan informatie te komen. Ik maakte overzichtelijke schema's met de bijbehorende stappen waardoor praktische zaken duidelijk werden. Structuur is voor mij een belangrijk element. Door alles op papier te zetten, krijg ik rust in mijn hoofd en ordende ik mijn gedachten.

Overdragen

Verder was het voor mij een nieuwe ervaring om adviezen te geven aan psychologen, logopedisten en beeldend therapeuten. Deze adviserende rol was erg spannend maar het was ook leuk om met hen in discussie te gaan en zo nieuwe inzichten te krijgen. De meningen, ideeën en ervaringskennis van anderen vond ik erg boeiend. Dit leverde extra informatie op maar ook uitdagingen om de verkregen kennis te bundelen. Uit al deze data moest er geselecteerd worden om de irrelevante informatie te schrappen. Zelf had ik graag meer tijd in het mondeling rapporteren en overdragen willen steken omdat ik het als heel leerrijk ervaren heb. Helaas was dit niet mogelijk (zie paragraaf 4.1.2.).

Vroeger twijfelde ik vaak over mijn eigen kennis als vaktherapeut maar merkte in de momenten van overdracht dat ik wel een eigen mening heb. Ik ben iemand die eerst luistert en observeert, hierop kritisch terugblijkt en dan mijn eigen mening en advies geef. Hierbij luister ik naar ieders verhaal maar probeer telkens een eigen mening te vormen voor mezelf zodat ik niets zomaar aanneem.

Samenwerken

Samenwerken was voor mij soms moeilijk omdat ik het gevoel had dat ik vaak het voortouw moest nemen. Ik ben eerlijk en durf zeggen wanneer er iets mis loopt of wanneer ik het ergens niet mee eens ben. Liyan, mijn onderzoekspartner, is hier heel anders in. Zo was het moeilijk

om af te stemmen op elkaar. Door weinig respons, weinig feedback, tips terug te krijgen twijfelde ik soms aan mezelf. Ik had soms het gevoel een monoloog te voeren en zelf erg sturend te zijn. Dit hebben Liyan en ik uitgesproken. Ik heb haar verhaal mogen horen waardoor er begrip voor elkaar ontstond. Ik moest deze situatie wel accepteren omdat ik niet mag en kan verwachten dat de andere zich plots helemaal aanpast aan mij. Dit verwacht ik als therapeut ook niet van cliënten. Ik merkte dat ik hierin voor “partners” wel strenger ben. Zelf neem ik niet graag de leiding in situaties al kan ik dit wel. Ik sta liever in de groep, tussen de anderen, als observator om daarna mijn mening te uiten en eventueel bij te sturen. Deze houding “in de groep” kan in therapiesessies een sterkte zijn, omdat je je niet boven iemand stelt en iedereen als gelijkwaardig benadert.

Ik wil het goed doen

Ik ben een perfectionist en wil graag alles goed doen. Ik geef veel aandacht aan deadlines. Hierbij is tijd inschatten belangrijk. Ik moest nagaan wanneer iets moest plaatsvinden en tegen wanneer het klaar moest zijn. Verder weet ik uit ervaring dat ik veel tijd nodig heb om verslagen te schrijven, feedback te verwerken en hierover een consensus te vormen. Door mijn dyslexie moet alles worden nagelezen en moet ik ook rekening houden met de agenda van anderen. Ik vond het erg frustrerend als gemaakte afspraken niet opgevolgd werden. Dit veroorzaakte voor mij extra stress.

Ik merkte tijdens het proces op dat ik weerstand had voor het zoeken naar literatuur, het onderhouden van mailcontact en het schrijven, herschrijven en nalezen van het verslag. Dit alles staat in verband met taal. Taal is kenmerkend voor het onderzoek maar ook voor mijzelf, door mijn dyslexie.

4.2. Discussie Liyan Top

Dit hoofdstuk beschrijft de discussie op basis van behaalde resultaten waarbij een terugkoppeling wordt gemaakt met mijn eigen vaktherapeutisch handelen. De inhoud van de discussie worden onderbouwd door literatuur. Ik bespreek de resultaten die ik van belang vind voor de link naar BT. Allereerst worden de interpretaties van de resultaten weergegeven waarbij er een verklaring wordt gegeven van de manier van interpreteren (zie paragraaf 4.1.1.).

Dit onderzoek is, samen met de opdrachtgevers, geëvalueerd. Hierbij hoort een korte samenvatting van deze terugkoppeling van de resultaten (zie paragraaf 4.1.2.). Het onderzoek heeft ook een aantal, kritisch bekeken, sterktes en tekortkomingen (zie paragraaf 4.1.3.). Daarop volgen zowel de gevonden conclusies en aanbevelingen die opgesteld zijn vanuit het onderzoek als beantwoording van de onderzoeksvraag (zie paragraaf 4.1.4.).

Tot slot vertaal ik de verkregen resultaten naar mijn eigen vaktherapeutisch handelen (zie paragraaf 4.1.5.).

4.2.1. Interpretatie van de resultaten

Achtergrond verklaring interpretaties

Ik heb voor mijn interpretaties van de resultaten de onderdelen besproken die voor mij het meest van belang waren. Om deze interpretaties en koppelingen te kunnen maken, heb ik gebruik gemaakt van zowel literatuur als eigen ervaringen en kennis als (toekomstig) beeldend therapeut. Het was ook erg belangrijk om de vraagstelling erbij te halen waarbij ik de focus legde op: de bijdrage van BT in de behandeling van afasiecliënten.

Beperkingen door afasie

Zoals te zien is in paragraaf 3.1. gaven respondenten uit de hulpverleners enquête dat afasiecliënten het meest beperkt zijn op communicatief gebied. De respondenten kozen vooral voor beperking op communicatief gebied aangezien communicatieproblematieken het hoofdthema van een afasie is. Antwoorden op de vraag waar afasiecliënten zich beperkt voelen (dus niet het meest) zijn de drie grootste beperkingen op sociaal, communicatief en emotioneel gebied. Deze gebieden hebben allemaal met elkaar te maken. Door de verminderde/verdwenen verbale communicatie zijn er minder mogelijkheden om sociale contacten te maken waardoor iemand moeilijk zijn gevoelens/emoties kwijt kan bij iemand (Dalemans, 2010).

Emoties en motivatie

Doordat de vraagstelling over het uiten van emoties gaat, wil ik mijn discussie hierop focussen. Mijn hypothese is dat het hebben van afasie voor een langere tijd heeft grote invloed heeft op het dagelijks leven. Het terugkijken naar het verleden leek te confronterend te zijn als ik kijk naar de analyse van het interview met de oud cliënt. Confronterende/negatieve emoties kunnen een groot impact hebben op de motivatie van een cliënt (Code, Hemsley & Herrmann, 1999). Hier zou dus rekening mee gehouden moeten worden wanneer een afasiecliënt BT volgt. Er hoeft niet probleemgericht gewerkt te worden waarbij er kans is dat emoties te confronterend zijn wanneer deze op worden gebracht. Maar er kan juist gefocust worden op de kwaliteiten van een cliënt. Kline (2016) beschrijft dat BT goed kan aansluiten bij het motiveren van een cliënt om te focussen op de mogelijkheden i.p.v. de beperkingen.

Emoties onderdrukken en de gevolgen ervan

Uit de resultaten van paragraaf 3.1.3. is te lezen dat emoties in de eerste fase van behandeling geen of weinig aandacht krijgen door de afasiecliënt, wegens het focussen op het herstel van getroffen functies. Code, Hemsley en Herrmann (1999) benoemen ook dat fysiek herstel vaak de overhand neemt in revalidatie en dat emotionele ervaringen weinig aandacht krijgen. Northcott, Simpson, Moss, Ahmed en Hilari (2017) beschrijven dat mensen met afasie mogelijk te weinig psychologische ondersteuning krijgen. De aard van revalidatiecentra is ook met name gericht op herstel van het lichaam i.p.v. herstel van de geest (www.revalidatie.nl). Na de afasiecliënten te hebben gezien en gesproken in de interviews, ben ik van mening dat deze weggestopte emoties soms te lang weg worden gestopt. Daardoor kan het voor cliënten in latere fasen van behandeling moeilijker zijn om deze weer toe te laten, omdat ze niet weten wat er allemaal (on)bewust is onderdrukt. De emotionele balans is daardoor mogelijk verstoord (Code, Hemsley & Herrmann, 1999). BT kan ingezet worden om de emoties te kunnen gaan uiten. Van Ogtrop (2016) benoemt dat het opdoen van succeservaringen in BT leidt tot plezier en zelfvertrouwen. Door het krijgen van meer zelfvertrouwen, kan er gerichter gewerkt worden aan het durven uiten van emoties.

Systeem en partner

Partnerrelaties zijn belangrijke relaties omdat zij een groot deel uitmaken in het leven van de cliënt (Savenije, Lawick & Reijmers, 2018). Daarom wil ik deze onder de aandacht nemen als ik kijk naar het uiten van emoties tegenover de partner. Paragraaf 3.1.1. beschrijft enige

voordelen en nadelen van de partner van de cliënt. Ik vind dat er per afasiecliënt besproken moet worden of partners van de cliënt in BT deel mogen nemen. Beelen en Wernink (2005) benadrukken dat het betrekken van partner/gezinslid in BT overwogen wordt door de aard van het systeem/gezin te bekijken. Ik vind dat partners enerzijds een grote steun kunnen zijn maar anderzijds dat de cliënt ook individuele ruimte nodig heeft.

Robert en Mariën (2006) beschrijven dat partners van afasiecliënten kunnen helpen als ondersteunend communicatiemiddel. Wegens de communicatieproblematieken bij afasie, kan het voor afasiecliënten een vorm van veiligheid zijn dat de partner hen daarin kan ondersteunen. Daarnaast kan het gezin of de partner kan in BT motiverend zijn. Beelen en Wernink (2005) vertellen dat gezinsleden in BT gestimuleerd kunnen worden om samen met de cliënt positieve ervaringen op te doen. Het uiten van emoties, samen met de partner, via het opdoen van positieve ervaringen een opening bieden om de partner/het familielid op een positieve manier te betrekken bij de behandeling van de cliënt (Beelen & Wernink, 2005).

Robert en Mariën (2006) benoemen aan de andere kant dat een behulpzame houding van de partner averechts kan werken. Een partner kan bijv. de leiding/overhand nemen in het gesprek waardoor de afasiecliënt niet hoeft te spreken. Echter kan het zijn dat de cliënt niet wil dat de partner over bepaalde onderwerpen praat of dat de partner iets zegt wat niet overkomt met de gedachten van de cliënt. De afasiecliënt krijgt dan als het ware geen ruimte om zelf na te denken (Savenije, Lawick & Reijmers, 2018). Als ik dan kijk naar het toelaten van emoties in BT, kan dit mogelijk extra lastig zijn wanneer de partner aanwezig is. Mogelijk omdat de cliënt zich bijv. sterk wil opstellen tegenover hem/haar, vertelt M. Thaler in het interview. Remmerswaal (2013) beschrijft dat er vaak spanningen kunnen zijn tussen personen door emotioneel geladen conflicten. De veranderende rolverhouding van partner tot afasiecliënt kan daarbij van toepassing zijn (Savenije, Lawick & Reijmers, 2018). De afasiecliënt krijgt een afhankelijkere rol dan voorheen wegens de problematieken waardoor er conflicten kunnen ontstaan van afwijzing, eenzaamheid, angst of wanhoop (Remmerswaal, 2013).

Communicatiehulpmiddelen

Het is voor BT met afasiecliënten belangrijk dat er gekeken wordt naar het individu zoals de resultaten in paragraaf 3.2.1. benoemen. In BT moet rekening gehouden worden met de communicatieproblematieken. De resultaten van 3.2.2. beschrijven dat het belangrijk is om te weten te komen welke vorm van afasieproblematiek de cliënt heeft. Er kan gekeken worden naar zowel taalbegrip als taalproductie. In BT kan er in het medium non-verbaal worden gewerkt echter moet er wel afgestemd worden op het gelijkwaardig kunnen communiceren

met de afasiecliënt. Door gelijkwaardig te praten, breng je de cliënt niet op een lager niveau dan jezelf en kan je transparant blijven door te benoemen wanneer je hem/haar niet begrijpt. Door een transparante houding en rust te brengen kan een hulpverlener voor duidelijkheid en veiligheid zorgen (Lang en Van der Molen, 2015). Het zorgen voor veiligheid vind ik van belang als er in BT gewerkt gaat worden aan het uiten van emoties.

Met behulp van de Figuren 9 en 10 in paragraaf 3.2.2. kan een beeldend therapeut inspelen op de mogelijke verbale communicatie-problematieken van een afasiecliënt. In de figuren worden hulpmiddelen benoemd waaronder het visueel maken door tekenen/pictogrammen/uitbeelden. Dit hulpmiddel is een belangrijke link naar BT omdat er in BT kan gewerkt met visuele beeldspraak. Door middel van BT kan er letterlijk gecommuniceerd worden via het beeld (Van Ogtrop, 2016). Haeyen (2011) benoemt dat het beeldend werken dient als middel om jezelf uit te drukken. Door uit te beelden wat een cliënt voelt of wil benoemen, kan de therapeut inspelen op deze gevoelens, emoties (Haeyen, 2011). De therapeut kan namelijk helpen met het verwerken of laten uiten van de emoties (Haeyen, 2011).

Wanneer de afasiecliënt in staat is om bijv. te evalueren/reflecteren op een werkstuk of ervaring, is het van belang om dat te doen. De therapeut kan de nabespreking begeleiden waardoor er stap voor stap gewerkt kan worden aan het durven uiten van emoties. Dit kan zowel non-verbaal (aanwijzen, gebarentaal) als verbaal gebeuren. Haeyen (2011) beschrijft dat een nabespreking gezien wordt als het moment van aandacht hebben naar elkaar. Tijdens een nabespreking kunnen er linken worden gelegd tussen ervaringen in BT naar dagelijkse handelingen (Haeyen, 2011). Daarnaast kan de cliënt ook tot nieuwe inzichten komen in eigen manier van handelen (Schweizer, 2009).

Aandacht voor concentratie en belastbaarheid

De resultaten van paragraaf 3.2.3. geven aan dat de belastbaarheid en concentratie niet vergeten moeten worden voor behandeling. Robert en Mariën (2006) duiden aan dat afasie in veel gevallen gepaard gaat met problemen met aandacht en concentratie. Door te werken aan één thema in BT, heeft de cliënt een houvast tijdens het beeldend werken. De cliënt weet dan waar het over gaat. Het is gemakkelijker voor een afasiecliënt om niet aan alles tegelijkertijd te hoeven denken (Dalemans, 2010). Er moet een balans ontstaan tussen de noden/behoefte van de cliënt en wat haalbaar is (belastbaarheid) (Robert & Mariën, 2006).

Methodisch werken in BT

Het methodisch werken in BT met de doelgroep afasie was voor mij vrij onbekend. Door de analyses van de interviews met de vaktherapeuten en antwoorden van de hulpverleners enquête kon ik een beter beeld schetsen van methodisch werken in BT. Alle geïnterviewde hulpverleners benadrukten dat het altijd aan het karakter van de persoon ligt hoe hij/zij omgaat met beperkingen. In BT kan er rekening worden gehouden met de persoon in zijn geheel en met overkoepelende hulpvragen/thema's/doelen (zie hieronder).

Hulpvragen, thema's en doelen

De vragen in de enquête naar mogelijke hulpvragen, thema's en doelen waren op voorhand bedacht door ons. Dat betekent dat wij al na hadden gedacht over de keuzes die hulpverleners van de enquête konden kiezen. Alle keuzes bij die vragen waren namelijk hulpvragen en doelen waarvan wij dachten dat die mogelijk passend zouden zijn bij de doelgroep afasie. Ik vind dat er daarom misschien niet open genoeg is gevraagd wat hulpverleners zelf vinden welke hulpvragen of doelen belangrijk zijn (Baarda, 2010). De hulpverleners werden dus al een bepaalde richting in gestuurd op voorhand (Baarda, 2010). Dit heeft mogelijk gevolgen voor de betrouwbaarheid van de resultaten (Migchelbrink, 2016).

Vanuit de observaties bij afasiecliënten heb ik een belangrijk doel kunnen vormen: “het ervaringsgericht werken i.p.v. het prestatiegericht”. Ik vind dit een belangrijk doel aangezien er in BT ervaringsgericht gewerkt wordt (Pénzes, 2017). Meerdere afasiecliënten benoemden namelijk na de beeldende werkvorm dat het rustgevend was om iets te kunnen doen zonder te hoeven presteren. Het niet persé hoeven presteren, zoals een afasiecliënt moet doen in andere therapie onderdelen (gericht op herstel van functies), maakt dat hij/zij mogelijk een vorm van rust en ontspanning kan vinden in BT (Kline, 2016). De afasiecliënt heeft als het ware in BT tijd voor eigen emotionele behoeften. Vanuit deze rust en/of ontspanning kunnen emoties mogelijk ontladen en/of geuit worden (Haeyen, 2018).

Therapeutische houding en werkwijze

De re-educatieve werkwijze was de meest gekozen werkwijze volgens hulpverleners van de enquête (zie paragraaf 3.3.4.) Ik vind dat de supportieve werkwijze in BT goed kan aansluiten bij afasiecliënten (Smeijsters, 2014). De supportieve werkwijze biedt namelijk ondersteuning in het leren omgaan met problemen maar legt deze problemen niet geheel open (Smeijsters, 2014). Van Ogtrop (2016) vertelt daarbij dat het bieden van ruimte aan beleving van gevoelens belangrijk is om tot expressie te komen in BT. De supportieve werkwijze wordt

daarnaast ook vaak toegepast in de revalidatie en is geïndiceerd bij specifieke probleemgebieden zoals levensfase-, relatie-of psychosomatische problematieken (Smeijsters, 2014). Al deze problematieken zijn thema's die voorkomen in de behandeling bij mensen met een NAH (met mogelijke afasie). Verder geeft Schweizer (2009) aan dat de supportieve werkwijze er ook is om veiligheid te creëren. Deze veiligheid is nodig voor een cliënt om zich te kunnen ontwikkelen binnen de beeldende therapiesessies. Zoals ik eerder benoemde, vind ik deze veiligheid dus van belang zodat de afasiecliënt in een betrouwbare, veilige ruimte zijn/haar emoties kan uiten (Haeyen, 2018).

Individueel of in groep

Zowel het werken in groep als individueel heeft zijn eigen voor- en nadelen. Uit de hulpverleners enquête kwam naar voren dat beiden als optie gezien konden worden. Afasiecliënten kunnen samen in een groep BT krijgen om op die manier het sociale contact te kunnen bevorderen (Beelen & Wernink, 2005). Daarnaast krijgt een afasiecliënt de kans om contact maken met lotgenoten (Zorgbelang Gelderland, z.d.). Lotgenotencontact is een vorm van onderlinge ondersteuning waarbij cliënten van elkaar kunnen leren of herkenning vinden. (Zorgbelang Gelderland, z.d.). Door herkenning te vinden kunnen emoties mogelijk gemakkelijker worden geuit omdat de afasiecliënt weet dat een lotgenoot hetzelfde voelt.

Individuele therapie is voor een afasiecliënt mogelijk omdat zij zich dan mogelijk meer open durven te stellen (Schweizer, 2009). Schweizer (2009) benoemt dat er in individuele therapie een veilige relatie opgebouwd kan worden waarbij de therapeut de gelegenheid krijgt om telkens af te stemmen op de behoefte van de cliënt. Een afasiecliënt kan, door het creëren van deze veiligheid, gemakkelijker emoties durven uiten.

Observaties beeldende werkvormen

Het aanbieden van de beeldende werkvormen aan afasiecliënten waren bedoeld om “uit te proberen” welke materialen en technieken in BT passend zouden kunnen zijn. Daarom hebben wij verschillende beeldende werkvormen aangeboden, waaruit verschillende reacties van afasiecliënten kwamen. Wij hadden bij elke werkvorm de focus gelegd op het uiten van emoties echter was dit voor iedere afasiecliënt anders. Ervaringen in BT worden door iedereen anders verwerkt (Haeyen, 2011). Daarnaast zat iedere afasiecliënten in een verschillende fase van het behandelingstraject waardoor er bij de cliënt mogelijk andere thema's speelden dan het uiten van emoties.

Cliënt 3 focuste zich bijv. veel meer op het terug gaan naar zijn omgeving en samenleving omdat hij aan het eind van de behandeling zat (zie paragraaf 3.4.2.). Daardoor keek hij met een praktische blik naar zijn mogelijkheden/onmogelijkheden zoals het oppakken van zijn werk. Dit was terug te zien in BT waarbij hij veel associeerde bij het gemaakte werkstuk. Het associëren kan gebeuren in BT omdat beeldende materialen en werkstukken een appèl doen op het associatievermogen van een cliënt (Van Ogtrop, 2016).

Bij cliënt 1 vond ik dat hij juist veel emotie kon uiten tijdens het beeldend werken. Tijdens het observeren bij de tweede werkvorm leek het of hij zijn frustraties, van het niet kunnen komen op woorden, kon ontladen d.m.v. het krassen op het blad (zie paragraaf 3.4.3.). Hij leek op te gaan in het krassen omdat hij geen contact meer maakte met zijn omgeving en zijn ogen alleen op het blad stonden gericht. Het ervaren van het fysiek kunnen inspannen in spel, zonder te hoeven presteren (dat het iets wordt), zijn redenen dat meneer zijn emoties kon uiten (Haeyen, 2013).

Sommige cliënten wilden het werkstuk meenemen. Naar mijn mening is dit een teken dat de cliënt een mate van affectie met het werkstuk heeft. Toles (in Haeyen, 2007) beschrijft dat een werkstuk de functie heeft om emotionele bewegingen van de maker zichtbaar te laten maken. De relatie tussen het werkstuk en de cliënt kan dus aanduiden hoeveel beleving heeft kunnen ervaren tijdens het beeldend werken.

Meerwaarde van BT

Elke afasiecliënt die deelnam aan het onderzoek kreeg de vraag of beeldend werken zou passen in de behandeling. Ik vond deze vraag achteraf niet goed gesteld. We vroegen namelijk niet naar BT maar naar “beeldend werken”. Het kan zijn dat afasiecliënten “beeldend werken” anders zagen dan “BT” omdat er therapie in de naam staat. Kim, S.H., Kim M.Y., Lee en Chun (2008) benadrukken dat BT ingezet wordt om te werken aan psychologische en emotionele behoeften. Schweizer (2009) beschrijft BT als het werken met beeldend vormen als therapeutisch middel. BT is dus meer dan alleen het “beeldend werken” dat wij aan cliënten hadden gevraagd. Het is een vorm van therapie. De cliënten hebben hun antwoord dus gebaseerd op met name het “beeldende” gedeelte en minder op het “therapie” gedeelte. Een voorbeeld hiervan is dat cliënt 4 benoemde dat ze beeldend werken wel in de behandeling zou zien zitten maar BT niet.

Daarnaast kregen de afasiecliënten alleen zicht op wat BT in kon houden d.m.v. één momentopname (met uitzondering cliënt 4, zij had BT gehad). Vanuit één ervaring met BT

baseerden zij hun antwoord. Ik trek het in twijfel of iemand de kracht en de werking van BT kan beoordelen na één werkvorm te hebben ervaren. Met andere woorden, ik denk dat iemand meer ervaringen in BT nodig heeft om een onderbouwde mening te kunnen vormen of BT in de behandeling van afasiecliënten past. Haeyen (2013) benoemt dat in ervaringsgericht werken in BT stap voor stap aan emotionele problematieken wordt gewerkt. Het stap voor stap werken aan psychische problematieken wordt meestal in meerdere sessies uitgewerkt (Schweizer, 2009). Er zijn dus mogelijk meerdere BT sessies nodig voor een cliënt om ervaringen en belevingen in BT te kunnen verwerken en het effect ervan kunnen inzien.

De resultaten van de enquête van de chronische pijngroep vond ik interessant om terug te lezen omdat iedere respondent vond dat BT een meerwaarde was in de behandeling (zie paragraaf 3.4.2.). Ik vond het interessant omdat de redenen die zij benoemden corresponderen met de werkingsmechanismen van BT in literatuur: bieden van rust, ontspanning en/of afschakeling, inzicht geven in eigen gevoelens/gedachten via het medium en een manier om gevoelens te uiten zonder te praten. Haeyen (2015) benoemt dat BT de mogelijkheid kan bieden om in contact te komen met eigen gevoelens, veranderen van eigen gedrag en/of het bevredigen van basisbehoeften zoals zelfstandig functioneren. BT kan mogelijk ook voor afasiecliënten deze benoemde meerwaarde bieden.

Indicatiestelling

Ik heb door heel paragraaf 4.1.1. aspecten benoemd waar op gelet moet worden in BT wanneer afasiecliënten geïndiceerd worden voor deze therapievorm. Ik merkte tijdens het schrijven van de resultaten dat het ontwerpen van een indicatiestelling voor BT bij afasiecliënten eigenlijk een geheel nieuw onderzoek kan zijn. De reden hiervan is dat er veel verschillende facetten bij komen kijken voor een goede indicatiestelling zoals bepaalde voorwaarden waar een afasiecliënt aan moet voldoen om BT te volgen of de vraag in welke fase BT aangeboden kan worden.

Het belangrijkste aspect voor een mogelijke indicatiestelling voor BT bij afasiecliënten vind ik de communicatieproblematieken en de gevolgen ervan. In paragraaf 1.3.3.1. worden de kenmerken van BT beschreven waaronder “het uiten via beeldspraak”. Het zichtbare beeldend werkstuk kan als het ware voor een afasiecliënt “spreken” zodat hij/zij dit niet hoeft te doen (Schweizer, 2009). BT is een non-verbale en ervaringsgerichte therapie (Schweizer, 2009). Door de afasiecliënt non-verbaal te laten ervaren in het medium kan hij/zij erachter komen dat er ook op andere manieren gecommuniceerd kan worden dan verbale taal (Schweizer, 2009).

4.2.2. Terugkoppeling opdrachtgever

De terugkoppeling vond plaats in Adelante Hoensbroek. De aanwezigen waren D. Mennen (neuropsycholoog), J. Ploum (logopedist en begeleider vanuit Adelante) en M. Thaler (beeldend therapeut). Hiervoor was één uur ingepland. De terugkoppeling was bedoeld voor zowel het overdragen van resultaten als een evaluatiemoment op het verloop van het onderzoek en de samenwerking. De resultaten werden teruggekoppeld in de vorm van een PowerPoint presentatie waarbij de belangrijkste grafieken en gevonden data werden weergegeven (zie Bijlage 20, Evaluatie PowerPoint). Tijdens het bespreken van de resultaten was er ruimte voor vragen en/of opmerkingen.

Bij het presenteren van de resultaten was de keuze gemaakt om het beeldend werken met de afasiecliënten centraal te zetten. Nadat de algemene resultaten waren besproken, richtten we ons op BT. De onderzoeksvraag gaat immers over de bijdrage van BT. Per afasiecliënt werd het gemaakte werkstuk getoond en het verloop van de werkvorm, opgedane observatie en mediumgedrag werd uitgelegd. Door dit te overlopen, kregen de actoren een goed beeld van de werking van beeldende therapie. Mediumgedrag en observaties die wij als onderzoeker zagen correspondeerden namelijk met hoe de actoren de afasiecliënt in kwestie normaal gesproken kenden.

Het evaluatiemoment gebeurde aan het eind van de presentatie. Deze werd kort en bondig aangezien er weinig tijd over was van het uur dat we hadden gepland. We bespraken vooral het proces i.p.v. het product (Migchelbrink, 2016). J. Ploum benoemde dat zij, door haar drukke programma, niet de tijd en aandacht kon geven om ons te begeleiden ondanks ze dat wel had gewild (zie ook paragraaf 4.1.4.2. Tekortkomingen). D. Mennen stelde voor of wij de presentatie in het behandelteam konden presenteren om hulpverleners zowel bekend te maken met de mogelijkheden en werking van BT als het bekendmaken van dit onderzoek (zie ook paragraaf 4.1.4.1. Sterktes).

Alle aanwezige actoren waren het met elkaar eens dat zij tevreden waren met de gepresenteerde resultaten. D. Mennen en J. Ploum benoemden dat zij meer inzicht hadden kunnen krijgen op de effecten van BT bij afasiecliënten waar zij bekend mee waren. Door dit inzicht werden zij meer gemotiveerd om BT in te willen zetten in de behandeling. De terugkoppeling heeft dus bijgedragen aan de bruikbaarheid van het onderzoek (Migchelbrink, 2016).

4.2.3. Sterktes en tekortkomingen

In deze paragraaf ga ik in op zowel de sterktes als tekortkomingen van het onderzoek.

Sterktes

- *Samenwerking*

Allereerst wil ik benoemen dat het een sterkte is dat we het onderzoek met twee personen hebben uitgevoerd. Doordat het een pilotonderzoek was, moesten er nog veel dingen vanaf de grond worden opgebouwd. Er waren veel algemene zaken die eerst gedaan moesten worden zoals het maken van afasie vriendelijke formulieren. Het verdelen van al deze taken hielp om vlotter dingen af te krijgen. We hebben ook meer literatuur kunnen verzamelen, analyseren en verwerken dan wanneer er één onderzoeker geweest zou zijn. Daarnaast kon er ook kritisch naar elkaars handelen en interpretaties gekeken worden om elkaar aan te vullen waar nodig. Dit waarborgde de validiteit en betrouwbaarheid omdat verzamelde op nauwkeurige en zorgvuldige wijze is verwerkt (Migchelbrink, 2016).

We konden open praten en wijzen op elkaars valkuilen en elkaars kwaliteiten goed benutten. Doordat wij elke dag samen kwamen om te werken, konden we constant samen evalueren of reflecteren. Het inbouwen van deze zelfcontroles waarborgde de betrouwbaarheid van het onderzoek omdat deze controles zorgen dat de kans kleiner is dat eigen opvattingen van de onderzoeker het onderzoek beïnvloeden (Migchelbrink, 2016).

We konden tijdens het aanbieden van de beeldende werkvormen elkaar aanvullen of tot nieuwe inzichten komen door eigen methodisch handelen. Verder konden we elkaar ondersteunen en motiveren om actief bezig te blijven met het onderzoek. Dit zorgde voor een constante vordering van het schrijven van de scriptie en het doen van onderzoek (Migchelbrink, 2016).

- *Flexibiliteit / brede aanpak*

Het is zowel als therapeut als onderzoeker van belang om flexibel te zijn. Deze flexibele houding was noodzakelijk voor dit actiegericht onderzoek omdat het zo dynamisch was in de praktijk (Migchelbrink, 2010). Het constant en actief dingen regelen en afspraken maken hield het onderzoek staande tussen de drukke praktijk door. Een voorbeeld is dat we flexibel moesten zijn wanneer we interviews inplanden. Iedere afasiecliënt en hulpverlener had zijn eigen planning en deze werden altijd één week van tevoren gemaakt. Daardoor moesten helder afstemmen op de afasiecliënt of hulpverlener wanneer hij/zij beschikbaar was.

We pasten de beeldende werkvormen aan op afasiecliënten. In het algemeen zijn BT sessies één uur echter zou dit niet mogelijk zijn bij afasiecliënten. Wij hielden rekening met de concentratieboog en vermoeidheid die in hoofdstuk 3 waren vermeld. Dat vroeg van ons een flexibele houding om materialen, technieken en doelen aan te passen aan een 30 minuten tijdspanne.

We probeerden het onderzoek ook breed aan te pakken, juist doordat het een pilotonderzoek was. Met breed aanpakken bedoel ik dat we bijv. zoveel mogelijk hulpverleners van de afdeling NAH bij het onderzoek wilden betrekken om verschillende meningen te horen, zowel hulpverleners als cliënten spreken en zelfs contact wilden maken met naasten van afasiecliënten. Deze brede aanpak zorgde ervoor dat het onderzoek bruikbaar wordt voor zowel hulpverleners als cliënten (Migchelbrink, 2016). Door eerst alle mogelijkheden te bekijken, konden we daarna verzamelde data sorteren en specificeren (trechteren) (Van Lieshout, Jacobs & Cardiff, 2017).

- *Actorennetwerk*

Door in de eerste fasen van het onderzoek tijd te steken in het opbouwen van een vertrouwensband met de actoren, is het contact het gehele onderzoek goed gebleven. Ondanks het niet vaak mogelijk was om samen te zitten, werd er contact gehouden via mail. Actoren waren gemotiveerd en bereid om het onderzoek te dragen en deel te nemen. Van Lieshout, Jacobs en Cardiff (2017) beschrijven dat de onderzoeker de rol heeft om verantwoordelijkheid en motivatie te bevorderen bij verschillende actoren. Het was voor ons niet meer nodig om hen extra te motiveren omdat de directe actoren dat al waren. (Van Lieshout, Jacobs & Cardiff, 2017). Door één dag mee te lopen konden we ook alvast kennis maken met afasiecliënten. Op die manier konden we het onderzoek bekend maken onder de cliënten en leerden we elkaar kennen (Migchelbrink, 2016).

- *Positieve terugkoppeling evaluatie*

Ik vind het een sterkte van het onderzoek dat de teruggekoppelde resultaten aan de actoren door hen als positief werden ervaren. Na het geven van de presentatie vertelden J. Ploum en M. Thaler beiden dat we goed hadden gepresenteerd en tevreden waren met de resultaten (persoonlijke communicatie, 24 mei 2019). Zoals in paragraaf 4.1.3. al beschreven stond was D. Mennen ook enthousiast over de werking van BT in de resultaten waardoor hij aanspoorde om de presentatie ook in het behandelteam naar voren te laten komen. Het feit dat de belangrijkste actoren van het onderzoek achter deze resultaten staan, maakt dat het onderzoek

een stevige eerste stap heeft gezet. Volgens Van Lieshout, Jacobs en Cardiff (2017) is een succesvol onderzoek niet alleen dat alle fasen correct door zijn genomen maar of er een gevoel van authenticiteit en ontwikkeling te hebben ervaren. Dit onderzoek is dus succesvol in het opzichte dat actoren blij zijn met de resultaten. Deze positieve feedback laat zien dat de resultaten herkenbaar en bruikbaar kunnen zijn voor de praktijk en dus reden geeft om er verder aan te gaan werken (Migchelbrink, 2016).

Tekortkomingen

- Cliëntencontact en mate van afasie

In totaal zijn er vijf afasiecliënten gezien in dit onderzoek. Iedereen op één afasiecliënt na kon redelijk communiceren waardoor er voldoende informatie uit de interviews kon worden gehaald. Wij zagen slechts één afasiecliënt die bijna geen mogelijkheid tot spreken had. Deze cliënt viel echt onder de personen met forse afasie. Ik vind het voor de resultaten jammer dat wij niet meerdere afasiecliënten hebben gezien met een forse afasie. De reden hiervoor is omdat wij ons onderzoek juist hadden gericht op deze forse afasie doelgroep omdat zij geen gesprekstherapie kunnen krijgen. We konden dus eigenlijk alleen kijken bij die éne forse afasiecliënt hoe het was om (niet) te kunnen communiceren en beeldend te werken. Het onderzoek is mogelijk daardoor minder bruikbaar als er gekeken wordt naar forse afasiecliënten (Migchelbrink, 2016).

- Begeleiding vanuit Adelante

Zoals J. Ploum al benoemde in paragraaf 4.1.3. ging het begeleiden vanuit Adelante moeizamer dan begeleiding vanuit school. Doordat J. Ploum van origine niet onze opdrachtgever was, had zij geen aparte, vrije uren gekregen om ons te kunnen begeleiden. Er werd van tijd tot tijd gemaild om feedback te kunnen krijgen van J. Ploum voor expertkennis op het gebied van taal en communicatie. Ik heb het als een gemis ervaren dat er geen officiële feedback momenten ingepland konden worden om samen te zitten met J. Ploum. Ik miste namelijk een stukje sturing/begeleiding op het gebied van de (on)mogelijkheden en wensen vanuit Adelante. We konden bijv. soms niet goed afstemmen of onze ideeën/aanpak pasten binnen de werking van behandelingen voor afasiecliënten. We moesten daardoor soms de gok wagen om dingen uit te proberen. Dit heeft invloed gehad op de transparantie van het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Door continu af te stemmen met de opdrachtgever over de stappen van het onderzoek, wordt de transparantie vergroot. Voor ons was dit dus niet altijd mogelijk.

- *Eén sessie als uitgangspunt*

Iedere afasiecliënt is één keer in BT gezien. Het zou voor de resultaten beter zijn geweest dat we iedere afasiecliënt die meedeed aan het onderzoek meerdere keren in BT konden zien. Op die manier konden we een cliënt beter leren kennen, meerdere beeldende werkvormen uitproberen en procesgericht werken. In het huidige onderzoek hebben we aan iedere afasiecliënt andere werkvormen gegeven. Wanneer we de cliënt vaker zouden kunnen zien, konden we ervoor kiezen om dezelfde werkvorm aan iedere afasiecliënt te geven waardoor je meerdere keren kan checken of de een specifieke werkvorm aansluit of niet. Het was dan ook een mogelijkheid om andere werkvormen uit te kunnen proberen bij dezelfde cliënt. Het belang van het aanbieden van dezelfde werkvormen aan verschillende afasiecliënten is dat het bijdraagt aan de bruikbaarheid van het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Door dezelfde werkvormen aan te bieden kan er gericht keken worden op werkende en niet werkende materialen, technieken of methoden in BT (Schweizer, 2009). Dit is een mogelijke optie voor vervolgonderzoek.

- *Observatielijst zonder emoties*

Wij hadden een observatielijst gemaakt om in te vullen tijdens het beeldend werken met afasiecliënten. Deze observatielijst keek naar zowel algemeen gedrag als mediumgedrag echter hadden wij geen specifieke thema's in de lijst gezet gericht op emoties. De vraag is dan ook, hoe "meet" je emoties en als je deze waarneemt, in hoeverre is het een interpretatie. Doordat wij het kijken naar emoties niet in onze observatielijst hadden opgenomen, konden wij geen gerichte resultaten verkrijgen over waargenomen emoties. Doordat dit onderzoek juist de focus legde op het uiten van emoties, maar deze niet specifiek is geobserveerd, heeft dit effect op de validiteit van het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Migchelbrink (2016) benoemt namelijk dat de vraagstelling ook naar voren moet komen in vragenlijsten, enquêtes of interviews.

- *Geen concreet product*

Dit onderzoek heeft geen concreet product omdat het meer was gericht op het geven van een advies. De resultaten van dit onderzoek en de uitleg ervan zijn omgevormd tot het advies en zijn eigenlijk het "product" geworden. Er is geen concreet advies apart beschreven in een document of geen uitgewerkte werkvormen als product. Daarnaast zijn er resultaten op verschillende gebieden i.p.v. alleen BT, waar de vraagstelling om draaide. Doordat er geen concreet product is, trek ik de bruikbaarheid ervan in twijfel (Migchelbrink, 2016).

Vervolgonderzoek zal namelijk eerst het advies van dit onderzoek moeten ordenen voordat er verder gekeken kan worden naar de focus van het vervolgonderzoek.

4.2.4. Conclusies en aanbevelingen

In de laatste paragraaf bespreek ik de beantwoording van de onderzoeksvraag en aanbevelingen voor zowel de opdrachtgever en de praktijk als voor vervolgonderzoek. De conclusies zijn opgenomen in de beantwoording van de onderzoeksvraag

Beantwoording van de onderzoeksvraag

Ik kom tot de conclusie dat de onderzoeksvraag gedeeltelijk is beantwoord. BT kan een bijdrage hebben in de behandeling van afasiecliënten gericht op uiten van emoties maar precies hoe en wat de effecten er dan van zijn, is niet zozeer voortgekomen uit de resultaten van dit onderzoek. In de resultaten is te lezen dat het non-verbaal werken in BT aansluit op de communicatieproblematieken die afasiecliënten ervaren. Dat wat afasiecliënten zijn verloren (taal en communicatie), hoeft in BT niet tot “spraak” te komen maar tot uiting via beeld (Budde, 2008). Ik concludeer dus dat BT passend is voor mensen met afasie wegens de mogelijkheid om non-verbaal te werken (Kline, 2016). In de resultaten is echter niet naar voren gekomen welk effect het, non-verbaal werken aan emoties, heeft. Ervaren emoties waren, zoals eerder benoemd, niet meegenomen in de observatielijsten waardoor deze niet methodisch gemeten waren. De resultaten van het uiten van emoties tijdens de werkvorm waren dus alleen gebaseerd op de observaties en interpretaties van de therapeuten.

Verder was er eerst veel algemene data nodig, zoals hoe BT in de behandeling past of hoe een therapeut het beste kan werken met de doelgroep afasie, was er minder ruimte over om te verdiepen in het antwoord naar de vraagstelling. Daarom kom ik tot de conclusie dat er nog te weinig gerichte resultaten zijn om de onderzoeksvraag concreet te kunnen beantwoorden.

Aanbevelingen voor de opdrachtgever en de praktijk

Ik vind het een aanbeveling om mogelijk vervolgonderzoek te laten doen door studenten van de studie vaktherapie op Zuyd Hogeschool (Heerlen). De reden ervan is dat dit onderzoek een goede, stabiele relatie is gestart tussen Adelante en studenten van vaktherapie te Zuyd Hogeschool Heerlen. Deze relatie kan verder bevorderd worden door studenten van Zuyd uit te blijven nodigen tot het doen van onderzoek. Daarnaast wordt iedere student vaktherapie op Zuyd met dezelfde methoden/technieken voor BT opgeleid waardoor zij gemakkelijker in kunnen spelen op de gebruikte methoden/technieken van dit onderzoek. Hierdoor waarborg je de bruikbaarheid van het onderzoek voor vervolgonderzoek (Migchelbrink, 2016).

Door in Adelante meer onderzoek te doen in BT gecombineerd met afasie, kan er een nieuwe behandeloptie komen voor mensen met forse afasie. Daarnaast kan Adelante zich meer gaan

richten op het psychisch welzijn van cliënten in de revalidatie. Kim, S.H., Kim, M.Y., Lee en Chun (2008) kwamen tot de conclusie dat BT in het algemeen niet gebruikt wordt voor mensen met een hersenletsel. Door hun onderzoek kwamen zij erachter dat BT het mogelijk maakt om cliënten te motiveren om zijn/haar kwaliteit van dagelijks leven te vergroten (Kim, S.H., Kim, M.Y., Lee & Chun, 2008). BT heeft dus het vermogen om gebruikt te worden in de revalidatie van mensen met een NAH (Kim, S.H., Kim, M.Y., Lee & Chun, 2008).

Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

Onderzoek doen is erg van belang voor BT om het beroep goed te kunnen onderbouwen. Hoe meer kennis er opgedaan kan worden door onderzoek, hoe beter vaktherapeuten kunnen bewijzen dat hetgeen dat ze doen werkt. Van Hooren (2013) kaartte de noodzaak aan dat er meer onderzoek gedaan moet worden voor vaktherapie. Daarnaast benoemt zij ook dat ervaringsgericht werken in BT geschikt is voor groepen met verbale beperkingen (Van Hooren, 2013).

Er is nog weinig onderzoek gedaan op mensen met afasie in combinatie met BT. M. van Ogtrop, beeldend therapeut en lid van de Nederlandse vereniging BT, benoemde ook dat er meer onderzoek gedaan moet worden over deze combinatie (persoonlijke communicatie, 16 oktober 2018). Van Ogtrop (2016) benoemt dat het beeldend werken van belang is voor de communicatie zowel op bewust als onbewust niveau. “Een beeld zegt immers al meer dan duizend woorden” (Van Ogtrop, 2016, p. 20).

Het is dus een aanbeveling om hier juist meer onderzoek naar te doen omdat de doelgroep goed aansluit bij de kracht van BT: non-verbaal werken. Mensen die niet (goed) meer verbaal kunnen communiceren, kunnen via non-verbaal werken in BT mogelijk ontdekken om gevoelens/emoties op een andere manier te verwerken dan erover te hoeven praten.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ik ben er van overtuigd dat er vervolgonderzoek moet komen omdat BT binnen Adelante nog niet binnen het behandelprogramma van NAH zit. Doordat wij een basis hebben gelegd en dingen in kaart hebben gebracht zoals de huidige situatie van een behandeling van een afasiecliënt, BT op Adelante en een basis voor BT met afasiecliënten, kunnen vervolgonderzoekers hierop verder gaan bouwen. Mijn aanbevelingen zijn als volgt.

Het vervolgonderzoek kan zich meer gaan richten op BT bij afasiecliënten. Dit onderzoek richtte zich op BT echter was hier minder tijd voor wegens het maken van een start. Als afasiecliënten in het vervolgonderzoek vaker gezien kunnen worden in beeldende sessies, zou

er een proces opgestart kunnen worden waarbij er gemonitord wordt op emotionele processen. Er kan gekeken worden naar verschillen tussen de eerste sessie en de laatste sessie en hoe de afasiecliënt het heeft ervaren. Door iemand vaker in BT te zien kan er procesgericht gewerkt worden (Schweizer, 2009). Daarnaast kan er ook gekozen worden om dezelfde werkvorm te geven aan meerdere afasiecliënten zodat je meer resultaten hebt over één type werkvorm.

Wij hadden voor dit onderzoek besloten om het interview met afasiecliënten samen te pakken met het doen van een beeldende werkvorm. Achteraf gezien leek dit te vermoeiend te zijn geweest voor een aantal afasiecliënten (eerst veel moeten praten en dan gaan werken) (Robert & Mariën, 2006). Door het interview en het beeldend werken apart van elkaar te houden, worden afasiecliënten mogelijk minder belast. Het apart houden van elkaar zou ook goed passen wanneer er dus meerdere keren met dezelfde cliënt in BT wordt gewerkt.

Dit onderzoek richtte zich vooral op het “uiten van emoties”. In de resultaten is er echter ook te zien dat het sociale gebied een beperking is voor afasiecliënten. Vervolgonderzoek zou zich meer kunnen gaan richten op de wisselwerking en verband tussen sociale beperkingen en emotionele beperkingen.

Daarnaast is het ook een goede optie om afasiecliënten in groep te laten werken in BT. Russo, Ayers, Wheeler, Schaefer en Murrey (2006) benoemen dat groep interacties dienen als ondersteuning voor zowel positieve sociale vaardigheden als zelfbegrip. Het uitproberen van BT in groep kan mogelijk bijdragen aan hoe BT vormgegeven kan worden in de behandeling. Het werken in groep heeft voordelen die onder andere benoemd waren in de resultaten (zie paragraaf 3.5.5.).

4.2.5. Eigen vaktherapeutisch handelen

In deze laatste paragraaf vertaal ik de verkregen resultaten naar mijn eigen vaktherapeutisch handelen. Ik benoem hierbij de, voor mij belangrijkste aspecten, van vaktherapeutisch handelen om vaardig in te zijn.

Aansluiten bij de cliënt en empathie

Ik merkte tijdens het geven van de werkvormen opnieuw hoe belangrijk het is om aan te sluiten bij een cliënt. Uit de resultaten kwam naar voren dat aansluiting zoeken bij een cliënt een van de belangrijkste aspecten is in de behandeling. Aansluiten en afstemmen op de ander draagt namelijk bij aan het feit dat je de iemand aandacht geeft en aanwezig bent (Egan, 2012). Aansluiting vinden en cliëntgericht vind ik erg belangrijk. Dit werd tijdens het werken met afasiecliënten extra bevestigd. Ik merkte dat het bedenken van beeldende werkvormen voor iemand die ik nog nooit ontmoet had erg lastig was. Dat kwam omdat ik niet wist welke thema's aan konden sluiten bij die persoon. Het was dus in de sessie extra belangrijk om te kijken wat aansloot en daarop in te spelen. Dat vroeg van mij om een flexibele houding aan te nemen. Door in het moment aan te sluiten bij een cliënt en daarop interventies te doen in het medium, droeg het bij aan mijn vermogen om te adapteren in beeldende sessies. Als therapeut is adaptief zijn belangrijk omdat ieder mens achter de cliënt anders is (Schweizer, 2009). Wat bij de een werkt, werkt niet bij de ander. Ik moet dus kunnen afstemmen op de cliënt om te weten welke methoden, technieken en therapeutische houding passend is en deze vervolgens toepassen (Schweizer, 2009).

Doordat wij nog geen ervaringen hadden met afasiecliënten in BT, baseerden wij onze eerste werkvorm op een open werkvorm die M. Thaler in het interview had benoemd (zie paragraaf 3.3.1.). Uit de resultaten kwam naar voren dat het werken met weinig structuur niet aansloot bij afasiecliënten. Ik merkte dat ik, tijdens het bedenken van beeldende werkvormen, erg gefocust had op het doel “emoties uiten in BT” en minder op de cliënt zelf. Een voorbeeld: cliënt 1 is een man van 70 jaar en vanuit mijn eigen ervaringen van de stage weet ik dat ouderen vooral gericht zijn op praktisch, handvaardig en doelgericht werken. De werkvorm die ik bedacht had voor hem had geen van deze aspecten. Dit herinnerde mij eraan dat je als therapeut niet alleen werkvormen moet vormen vanuit één doel maar ook moet kijken naar de noden/behoefte van een cliënt in zijn geheel.

Houding

Ik vind van belang om als hulpverlener een flexibele houding te hebben. Ik moest mij daar echter extra bewust van zijn met het werken met afasiecliënten. Het vroeg van mij niet alleen flexibel zijn met beeldende interventies maar ook met de manier waarop ik communiceerde met hen. De resultaten beschrijven namelijk dat het gelijkwaardig communiceren en transparant zijn van belang is om veiligheid te creëren bij de afasiecliënt. Het samen kijken met de cliënt wat mogelijk/niet mogelijk is, helpt voor een goede vertrouwensband tussen therapeut en cliënt (Egan, 2012). Een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener is belangrijk omdat het een middel kan zijn tot het bereiken van doelen (Budde, 2008). Ik heb als therapeut aan kunnen scherpen op open en transparant zijn naar de cliënt zodat hij/zij duidelijk weet wat er gaande is. Het vroeg van mij om goed te letten op mijn valkuilen omdat ik als therapeut soms de neiging heb om “fouten” weg te stoppen. Door dat te doen is mijn houding tegenover de cliënt minder transparant. Nu weet ik dat het transparant zijn juist zo belangrijk is voor de veiligheid van de cliënt (Schweizer, 2009).

Non-verbaal werken

In paragraaf 4.1.1. is meerdere keren te lezen dat het non-verbaal werken belangrijk is voor afasiecliënten. Michels (2017) beschrijft dat non-verbale communicatie bestaat uit intonatie, gebarentaal, lichaamshouding, beweging, uiterlijk en kleding. Het is extra belangrijk om bij afasiecliënten te letten op gedragingen, handelingen en non-verbale communicatie wegens hun verbale communicatieproblemen. Signalen die zij bewust of onbewust uitzenden, kon ik als therapeut oppakken om erop in te spelen of te interveniëren (Lang & van der Molen, 2015). Cliënt 1 heeft bijv. een rood kader om zijn werk gemaakt om non-verbaal en met het materiaal aan te geven dat hij er klaar mee was (zie paragraaf 3.4.3.). Ik kon daar als therapeut op inspelen om te vragen of hij klaar was. Lang en van der Molen (2015) vertellen dat iemands gelaatsuitdrukking kan vertellen of iemand geïnteresseerd is in wat de ander vertelt of niet. Dit is een wederzijdse wisselwerking, gelaatsuitdrukkingen kunnen even waardevol zijn voor de cliënt als voor de hulpverlener (Lang & van der Molen, 2015). Door als therapeut te letten op non-verbaal (medium)gedrag kan er beter inzicht verkregen worden op de gedragingen en handelingen van een afasiecliënt (Smeijsters, 2014). Ik kan als therapeut dan begeleiden in het linken leggen tussen het gedrag in BT en hoe dat integreert met het dagelijks leven (2014). Cliënt 1 werkte bijv. met een hoog tempo. Na gevraagd te hebben of dit herkenbaar is in het dagelijks leven, benoemde hij in het dagelijks leven niet op de rem te trappen maar met grote stappen vooruit loopt en niet terugkijkt.

Ervaring met de doelgroep

Door dit onderzoek heen heb ik ook ervaringen opgedaan in het werken met afasiecliënten. Op mijn stage werkte ik vooral met mensen met een psychische stoornis terwijl afasie van origine een fysieke aandoening is. Daarnaast heb ik ervaren hoe het is om te communiceren met iemand die dat (bijna) niet meer kan. Het samen zoeken naar woorden en communicatiemogelijkheden maakte dat ik constant bewust bleef van mijn manier van communiceren. Doordat ik meer kennis en ervaring heb met de doelgroep afasie, ben ik nu in staat om beter aan te sluiten bij mensen met communicatieproblemen.

Bij deze doelgroep vind ik het ook belangrijk om gebruik te maken van positieve psychologie (Egan, 2012). Het is een kwetsbare doelgroep omdat zij plotseling veel kwijt zijn geraakt in functies. Seligman en Csikszentmihalyi (2000) beschrijven dat psychologie niet alleen het onderzoeken is van zwakte en beschadigingen maar ook het vinden van de gezondheid en kracht van een persoon. Het gaat dan niet alleen om het werken aan de “kapotte dingen” maar ook om het waarderen wat nog heel is (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De afasiecliënt in zijn kracht zetten i.p.v. constant wijzen op functies die verbeterd kunnen worden, vind ik dus van belang.

Literatuurlijst

- Ackerman, T, Van Doorn, A. (2005). Tijd. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://www.mindacademy.nl/nlp/tijd>.
- Adelante Zorggroep (z.d.). Informatie Adelante Hoensbroek. Opgevraagd op 18 oktober 2018 van <https://www.adelante-zorggroep.nl/nl/revalidatie/revalidatie-voor volwassenen/>.
- Afasie Vereniging Nederland. (z.d.). Afasie in de hersenen. Opgevraagd op 19 oktober 2018 van <https://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=4>.
- AZ Sint-Lucas Brugge. (z.d.). *Afasie: een informerend document omtrent de taalstoornis Afasie*. Brugge: AZ Sint-Lucas Brugge.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Benjamin, D., De Goede, M. P. M., & Kalmijn, M. (2010). *Basisboek enquêteren, handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B., Benjamin, D., Van Der Hulst, M., & De Goede, M. P. M. (2012). *Basisboek interviewen, handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen: Noordhoff.
- Baron-Cohen, S. (2009). *Autisme en aspergersyndroom. De stand van zaken*. Amsterdam: Nieuwezeijds.
- Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Beelen, F., & Wernink, P. (2005). *Werkboek gezins-creatieve-theapie: voor creatief therapeuten beeldend, die werken met ouders van kinderen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Beesley, K., White, J. H., Alston, M. K., Sweetapple, A. L., & Pollack, M. (2011). Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. *Disability and rehabilitation*, 33(22-23), 2346-2355.
- Begic, Z., & Roos, J. E. S. M. (2017). *About arts and brains*. (Afstudeerscriptie), Vaktherapie Beeldend, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Beuving, S. (2010). *Groot praktijkonderzoek. Beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra*. (Bachelorscriptie). Creatieve Therapie, Hogeschool Utrecht, Amersfoort.
- Blik op HULP. (2017). *Kenmerken licht verstandelijke beperking (LVB) vaak gemist*. Geraadpleegd op 21 mei 2019, van <https://blikophulp.nl/kenmerken-van-een-licht-verstandelijke-beperking-lvb/>.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Westerhof, G. J., & Walburg, J. A. (2013). *Handboek positieve psychologie. Theorie *Onderzoek *Toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Hulsenbergen, M., & Van Heycop ten Ham, B. (2014). *Transdiagnostische factoren, theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dörfler, A., & Maihöfner, C. (2014). How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLOS ONE*, 9(7). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101035>
- Brinkman, R. (2018). *Bouwen aan identiteit. Behandeling van afasie met 25 werkvormen*. Utrecht: BreinDok.
- Budde, E. (1989). *Creatieve therapie in praktijk. Opdrachten en werkwijzen voor beeldende creatieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Chakhssi, F., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Mentale gezondheid. De betekenis van positieve psychologie voor de klinische behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44(1), 5-15.
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents: Understanding mechanisms of change*. New York: WW Norton
- Cilissen-Ysermans, A. (2015). *Cliënt, Therapeut, Medium. Een wisselwerking*. Niet-gepubliceerd artikel, Hogeschool Zuyd, Heerlen.
- Code, C., Hemsley, G., & Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Seminars in speech and language*, 20(1), 19-31. doi:10.1055/s-2008-1064006
- Czamanski-Cohen, J. (2012). The use of art in the medical decision-making process of oncology patients. *Art Therapy*, 29(2), 60-67.
- Dalemans, R. J. P. (2010). *Stroke survivors with aphasia and their social participation*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P., Beurskens, A. J. H. M., Van Den Heuvel, W. J. A., & Wade, D. T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 32(20), 1678-1685.
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P. d., Wade, D., & Van Den Heuvel, W. J. A. (2009). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 45(5), 537-550.
- Demarin, V. (2017). The role of arts in enhancement in stroke recovery. *Neurosonol. Cereb. Hemodyn.*, 13, 111-114.

- Dementie. (z.d.). *Moete met praten door taal- en spraakproblemen*. Geraadpleegd op 15 mei 2019, van <https://dementie.nl/communiceren/moeite-met-praten-door-taal-en-spraakproblemen>.
- Douglas, J. (2013). Conceptualizing self and maintaining social connection following severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 27(1), 60-74. doi:10.3109/02699052.2012.722254
- Ellis, A. W., & Young, A. W. (1988). *Human Cognitive Neuropsychology*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Foster, M. T. (1992). Experiencing a “creative high”. *The Journal of Creative Behavior*, 26(1), 29-39.
- FVB. (z.d.). Informatie over de wet-BIG. Opgevraagd op 7 november 2018 van <https://fvb.vaktherapie.nl/wet-big>
- Gene D. Cohen, M. D. (2011). Creativity and Art in Promoting Health and Coping with Alzheimer's. In B. G. Huebner (Ed.), *I Remember Better When I Paint. Art and Alzheimer's: Opening Doors, Making Connections* (pp. 24-36). Glen Echo: Bethesda Communications Group
- Gezondheidsplein. (z.d.). Aandoeningen rondom afasie. Opgevraagd op 12 september 2018 van <https://www.gezondheidsplein.nl/aandoeningen/afasie/item41973>.
- GGNet-Scelta. (2012). *Individuele Beeldende Observatie / Kennismaking*. Opgevraagd van 21 februari 2019, van <http://www.scelta.net/bestanden/pagina/bestanden/InfobladGGNet20120202Individ-Beeld-Observ-Kennism.pdf>.
- GGZ Noord Holland Noord. (z.d.). *Wat is Autisme Spectrum Stoornis?* Geraadpleegd op 15 mei 2019, van <https://www.ggz-nhn.nl/site/psychischestoornissen/Autisme-Spectrum-Stoornis.html>.

- Groen, M. (2008). *Effectief handelen door reflectie. Bekwamer worden als professional*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Györfi, A. (2010). Emotional Elements in Aphasic Patients' Speech. *Acta Medica Marisiensis*, 56(5), 484-487. Geraadpleegd op 486 maart 2019, van <https://eds-b-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2014&sid=2018f221365-225768-224131-bf221350-221363f221346a221360aa221368ea%221340pdc-v-sessmgr221301>.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Haeyen, S. (2015). De Gezonde Volwasene verstevigen in beeldende therapie. In S. Haeyen (Ed.), *Schematherapie en de Gezonde Volwassene* (pp. 157-174). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2018). *Effects of art therapy: The Case of Personality Disorder cluster B/C*. (Proefschrift). Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Hass-Cohen, N., Kaplan, F.B., Cozolino, L. J., & Finlady, J.C. (2015). *Art therapy & the neuroscience of relationships, creativity & resiliency. skills and practices*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Hersenstichting. (z.d.). Alles over hersenen. Opgevraagd op 19 oktober 2018 van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/de-hersenen>.
- Higgins, M., Mckevitt, C., & Wolfe, C. D. (2005). Reading to stroke unit patients: perceived impact and potential of an innovative arts based therapy. *Disability and rehabilitation*, 27(22), 1391-1398.

- Hinz, L. D. (2009). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. New York: Routledge.
- Hurlburt, R. T., Heavey, C. L., & Bensaheb, A. (2009). *Sensory Awareness*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <http://hurlburt.faculty.unlv.edu/hurlburt-heavey-bensaheb-2009.pdf>.
- IPH. (z.d.). Positieve gezondheid. Opgevraagd op 7 november 2018 van <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>.
- Kim, S. H. (2006). *Clinical art therapy*. Seoul, Korea: Hakjisa.
- Kim, S. H., Kim, M. Y., Lee, J. H., & Chun, S. I. (2008). Art therapy outcomes in the rehabilitation treatment of a stroke patient: A case report. *Art Therapy*, 25(3), 129-133. doi:10.1080/07421656.2008.10129593
- Kline, T. (2016). Art Therapy for Individuals With Traumatic Brain Injury: A Comprehensive Neurorehabilitation-Informed Approach to Treatment. *Art Therapy*, 33(2), 67-73. doi:10.1080/07421656.2016.1164002
- Kliphuis, M. (1973). Het hanteren van creatieve processen in vorming en hulpverlening, In L., Wils (red.). *Bij wijze van spelen*, Alphen aan Den Rijn: Samsom.
- Kliphuis, M. (1988). Creatieve therapie: terugblik en vooruitzicht. In *Kreatieve therapie in actie, Verslagen van lezingen en workshops*, Hilversum: NVKT.
- Lang, G., & Van der Molen, H. T. (2015). *Psychologische gespreksvoering*. Amsterdam: Boom/Nelissen.
- Leef. (z.d.). *Parkinson en problemen met spreken*. Geraadpleegd op 15 mei 2019, van <https://www.leef.nl/kennisbank/parkinson-en-problemen-met-spreken>
- Lingsma, M., Mackay, A., & Schelvis, G. (2003). *De docent competent*. Soest: Nelissen.

- Lo, T. L. T., Lee, J. L. C., & Ho, R. T. H. (2018). Creative arts-based therapies for stroke survivors: A qualitative systematic review. *Frontiers in psychology*, 9, 1646.
- Lokhorst, G. J. (1998). De neuronale basis van emoties. *Neuropraxis*, 2(5), 161-162.
- Lusebrink, V. B., Mārtinsone, K., & Džilna-Šilova, I. (2013). The expressive therapies continuum (ETC): Interdisciplinary bases of the ETC. *International journal of Art Therapy*, 18(2), 75-85. doi:10.1080/17454832.2012.713370
- Martin, N. (2009). *Art as an early intervention tool for children with autism*. London: Jessica Kingsley.
- McGraw, M. (1999). Studio-based art therapy for medically ill and physically disabled persons In I. C. Malchiodi (Ed.), *Medical art therapy with adults* (pp. 25 - 42). London: Jessica Kingsley.
- Medicinfo. (z.d.). Hersenoedeem. Opgevraagd op 19 oktober 2018 van <https://encyclopedie.medicinfo.nl/hersenoedeem>.
- Michels, W. J. (2017). *Essentie van communicatie*. Groningen: Noordhoff.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *De kern van participatief actieonderzoek*. Amsterdam: SWP.
- Moon, B. L. (1994). *Introduction to Art Therapy: Faith in the Product*. Springfield, IL: CharlesC Tomas.
- Moon, C. H. (2011). *Materials and media in art therapy: Critical understandings of diverse artistic vocabularies*. New York: Routledge.

- Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten. (z.d.). *Klinische les: afasie [Powerpoint]*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/nvatscholingafasie-artsen.ppt>.
- Nicolai, N. (2016). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan, de kunst van het evenwicht*. Leusden: Diagnosis uitgevers.
- NLP-Groningen. (z.d.). De acht basisemoties. Opgevraagd op 26 september 2018 van <https://www.nlp-groningen.com/de-8-basisemoties-de-4-bs-en-hun-nuances/>.
- Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N., & Hilari, K. (2017). How do speech-and-language therapist address the psychosocial well-being of people with aphasia? Results of a UK online survey. *International journal of language & communication disorders*, 52(3), 356-373.
- NVBT. (z.d.). *Vaktherapie Beeldend*. Geraadpleegd op 4 mei 2019, van <https://nvbt.vaktherapie.nl/cli%C3%ABnten-en-verwijzers>.
- Pénzes, I. (2017). De tijd is rijp. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 2-5.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). *Handbook of Action Research. Participative Inquiry & Practice*. London: Sage.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research*. London: SAGE Publications.
- Remmerswaal, J. (2013). *Handboek groepsdynamica, een inleiding op theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom/Nelissen.
- Revalidatie Nederland (z.d.). *Soorten revalidatie*. Opgevraagd op 2 juni 2019, van <https://www.revalidatie.nl/revalideren/wat-is-revalidatie>.

- Reynolds, F. (2012). Art therapy after stroke: Evidence and a need for further research. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 239-244.
- Robert, E., & Mariën, P. (2006). *Afasie (z)onder woorden. Diagnostische en therapeutische ontwikkelingen*. Atwerpen: Garant.
- Rubin, J. A. (1999). *Art therapy: An introduction* Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ruigt, A. G. M., & M.L.M., T. (2015). *De A is van Autisme de B is van Beeldend*. (Afstudeerscriptie), Vaktherapie Beeldend, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Russo, E., B, Ayers, M., Wheeler, B. L., Schaefer, S., & Murrey, G. (2006). *Alternative Therapies in the Treatment of Brain Injury & Neurobehavioral Disorders: A Practical Guide*. New York: Routledge.
- Sacchett, C., Byng, S., Marshall, J. & Pound, C. (1999). Drawing together: evaluation of a therapy programme for severe aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 34(3), 265-289.
- Savenije, A., Lawick, M. J., & Reijmers, E. (2018). *Systematisch werken. Een relationeel kompas voor hulpverleners*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schwalbach, A. (2018). *Waar voel je je? Werken aan emotieregulatie binnen beeldende therapie met het ETC*. (Bachelorscriptie). Creatieve Therapie, Hogeschool Utrecht, Amersfoort.
- Schweizer, C. (2001). *In beeld, doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie, uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positieve psychologie: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Siegers, F. (2002). *Handboek supervisiekunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smitskamp, H. (1993). *Integratie van verloren delen van de persoonlijkheid door middel van expressieve en vormgevende processen bij de cliënt*. (Lezing Cursus). Nijmegen: Auteur.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Thornberg, K., Josephsson, S., & Lindquist, I. (2014). Experiences of participation in rhythm and movement therapy after stroke. *Disability and rehabilitation*, 36(22), 1869-1874.
- Tingey, N. (2002). Art as a therapy for Parkinson's. In D. Waller (Ed.), *Arts Therapies and Progressive Illness, nameless dread* (pp. 145-164). New York: NY Brunner-Routledge.
- Tyler, J. (2002). Art therapy with older adults clinically diagnosed as having Alzheimer's disease and dementia. In D. Waller (Ed.), *Arts Therapies and Progressive Illness, nameless dread* (pp. 68-83). New York: NY Brunner-Routledge.
- Van De Cruys, S., & Wagemans, J. (2011). Putting reward in art: a tentative prediction error account of visual art. *i-Perception*, 2(9), 1035-1062.
- Van De Weghe, J. (2008). *De rol van waarden in het aanvaardingsproces en in de levenskwaliteit bij mensen met een niet-aangeboren hersenletsel*. (Bachelorscriptie). Universiteit Gent, Gent.

- Van der Baan, R. (2014). *Intiem. Een kwalitatief inventariserend onderzoek naar de inzet van drama therapie bij vrouwen die seksueel misbruikt zijn*. (Afstudeerscriptie). Creatieve therapie drama, Hogeschool Utrecht, Amersfoort.
- Van Hooren, S. (2013). *Vaktherapie: de kunst van het balanceren. Bewegen tussen etenschap en praktijk*. Geraadpleegd op 3 juni 2019, van <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Hooren-van-S.-Vaktherapie-de-kunst-van-het-balanceren-lectorale-rede.pdf>.
- Van Hooren, S. (2018). *Vaktherapie, doen wat werkt*. Heerlen: Open Universiteit.
- Van Lieshout, F., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2017). *Actie onderzoek. Principes voor verandering in zorg en welzijn*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Van Ogtrop, M. (2016). *Als woorden ontbreken... Storytelling in beeldende therapie voor volwassenen in de chronische fase van niet aangeboren hersenletsel (NAH) en afasie*. (Bachelorscriptie). Creatieve therapie, Hogeschool Utrecht, Utrecht.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- White, L. M. (2002). *Printmaking as therapy: Frameworks for freedom*. London: Jessica Kingsley.
- Wikipedia. (z.d.). Emotie. Opgevraagd op 18 oktober 2018 van https://nl.wikipedia.org/wiki/Emotie#Hersenen_en_emoties.
- Wikipedia. (z.d.). Lateraliteit. Opgevraagd op 18 oktober 2018 van <https://nl.wikipedia.org/wiki/Lateraliteit>.

Zorgbelang Gelderland (z.d.). *Effecten lotgenotencontact patiëntenvereniging*. Opgevraagd op 4 juni 2019, van <https://www.zorgbelanginclusief.nl/media/653662/effecten-lotgenotencontact.pdf>.

Bijlagen

Bijlage 1, Begrippenlijst

Actiegerichte onderzoeksprincipes:	Actiegerichte onderzoeksprincipes: Deze bestaan uit vier criterium (Migchelbrink, 2007): 1. Participatieve of samenwerkingsdimensie: Het gemaakte plan moet voldoende gelegenheid geven zodat de deelnemers samen kunnen werken aan de gewenste situatie. 2. Participatieve of samenwerkingsdimensie: Het gemaakte plan moet voldoende gelegenheid geven zodat de deelnemers samen kunnen werken aan de gewenste situatie. 3. Verbeterings- of veranderingsdimensies: Het gemaakte plan moet voldoende gelegenheid hebben voor de deelnemers om te werken aan concrete verandering of verbetering. 4. Kennis- en onderzoeksdimensie: Het gemaakte plan moet voldoende gelegenheid bieden voor de deelnemers om kennis te verzamelen over de nieuwe situatie. 5. Handelings- of actiedimensie: Het gemaakte plan moet voldoende mogelijkheden geven voor het vernieuwde handelen.
Kijken naar kunst:	Er is ook onderzoek naar het effect van kijken naar kunst. Het basisprincipe van het model van Van de Cruys en Wageman (2011) gaat om de tijdelijke toestand van onvoorspelbaarheid (of voorspellingsfout) van het kunstwerk. Dit is van belang voor het ontstaan van een observatieplezier en deze voorspellingsfout is de bron van een deel van de emotionaliteit van het kunstwerk (bron). Doordat iedereen een andere achtergrond heeft, is het normaal dat iedereen een eigen perceptie heeft van kunst en hierbij een eigen interpretatie, ervaring en betekenis geeft aan een kunstwerk (bron).
Krachtenveldanalyse:	Dit is een werkvorm om de zinvolheid te beoordelen van bepaalde oplossingen. Het doel van deze analyse is om de bevorderende factoren en belemmerende factoren van het probleem in kaart te brengen (Migchelbrink, 2007). De krachtenveldanalyse is bruikbaar voor het maken van probleemdiagnoses, het kiezen van oplossingen voor knelpunten of problemen of het vaststellen van de haalbaarheid van aanpak (2007).
Learner report:	Een open en persoonlijke rapportage van de effecten die door de activiteit bereikt zijn (Migchelbrink, 2007). De evaluator activeert de affnemers mondeling of schriftelijk en gebruikt verschillende effectzinnen zoals ‘‘ik heb ervaren dat...’’ ‘‘ik ben van plan om...’’ (2007).

Mindmapping:	Dit is een actieve en eenvoudige manier om mogelijke aspecten van een probleem te bedenken. Mindmapping kan zowel individueel als in groepsverband gebruikt worden. Hierbij worden problemen, gedachten, gevoelens en emoties rondom een thema via schrijven en tekenen in kaart gebracht (Migchelbrink, 2007). Mindmappen kan gebruikt worden bij het maken van een probleemanalyse, het ontwikkelen van oplossingen voor problemen of het selecteren van oplossingsrichtingen (2007).
Procesevaluatie:	Hierbij gaat het om het verzamelen van gegevens als antwoord op vragen rondom de feitelijke uitvoering van het handelen (Migchelbrink, 2007). Hierbij wordt het functioneren in de praktijk onderzocht (2007). Het hoofddoel is feedback op de (juiste) uitvoeringen van handelen of het verbeteren ervan (2007).
Productevaluatie:	Hierbij gaat het om de effectiviteit van de uitgevoerde actie (handeling, programma, etc.) (Migchelbrink, 2007). Er wordt gekeken in hoeverre het product dat getest werd in de actiefase succesvol is geweest (2007). Het hoofddoel is om een oordeel uit te spreken dat beslist over het wel/niet voortzetten van het onderzoek, het legitimeren van de activiteit en het verbeteren van de activiteit
Resultaatmeting:	Bij dit model gaat men na wat er bereikt is met de aangeboden activiteit, programma, etc (Migchelbrink, 2007). Het gevolg of resultaat is in de zin van een maatschappelijk of persoonlijk rendement (2007). De basisstructuur van effectmeting kan zijn: wat kan, doet, durft, wil, weet men nu meer/minder of anders dan voorheen (2007)?
SWOT-analyse	SWOT is de afkorting van Strengths (sterkte), weaknesses (zwaktes), opportunity (kansen) en threats (bedreigingen) (2016). Deze methode, ook wel sterkte-zwakteanalyse genoemd, kan gebruikt worden op een gegeven situatie of kwestie in kaart te brengen (2016).
Taalbegrip	De kennis van de taal die de persoon bezit en het begrijpen ervan (Bastiaanse, 2010). Het begrip van een afasiecliënt imponeert vaak beter door zijn/haar ‘wereldkennis’ en de context waarin iets gezegd wordt (2010).
Taalproductie	Dit is het zelf kunnen gebruiken van de taal om te communiceren, contact te hebben met de ander of te spreken met elkaar en gebruiken van de schrijftaal (Bastiaanse, 2010).
Vaktherapie:	Vaktherapie is een verzamelnaam voor de volgende zeven verschillende vormen: Beeldende therapie, Drama therapie, Dans- en bewegingstherapie, Muziektherapie, Psychomotorische therapie

	(PMT), Psychomotorische kindertherapie en Speltherapie.
Veld-effectevaluatie:	Hierbij volg je de te evalueren activiteit op locatie en brengt de verschijnselen in kaart zoals zij zich op dat moment voordoen (Migchelbrink, 2007). Denk bijvoorbeeld aan het participerend observeren (2007).
Werkplanframe:	Het werkplanframe voor acties is een manier om een overzicht te krijgen op het waarom (bedoeling), wat (taken of activiteiten), hoe (stappen/onderdelen), wie (betrokken mensen), waar (plaats) en wanneer (tijd start/einde) van de actieplannen (Migchelbrink, 2007).
(5xW+H)-analyse	Een hulpmiddel voor probleemverkenning en voor probleemdiagnose (2016). De 5xW staan voor wat, wie, wanneer, waarom, waar en de +H staat voor Hoe (2016). Door al deze vragen te beantwoorden krijg je een duidelijk zicht op het probleem.

Bijlage 2, Zoekgeschiedenis en PICO-vraag

PICO vraag: Hoe kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan de emotieregulatie van volwassenen met afasie binnen Adelante Hoensbroek?			
zoektermen NL	Synoniemen	Zoektermen ENG.	synoniemen
Beeldende therapie	- Creatieve therapie - Vaktherapie - beeldend - Kunstzinnige therapie - Kunst	Art therapiey	- Creative art therapy - Expressive therapy - Art therapie - Art as therapy - Art
Afasie	- NAH - CVA / Beroerte - Taalstoornis - Trouwmatische hersen letsel	Aphasia	- Acquired brain injurey - Stroke - Language disorder - Traumatic brain injury
Emotieregulatie		Emotion regulation	
Emoties	Gemoedsbeweging Gevoelens	Emotions	- Feelings - Sentiment

Datum	Boolean Search	Databank (en)	Resultaten
10/09/2018	Beeldende therapie AND afasie	DIZ zoekmachine	2
10/09/2018	“art therapy” AND aphasia	DIZ zoekmachine	421
10/09/2018	“art therapy” AND afasia (2010)	DIZ zoekmachine	215
10/09/2018	“art therapy” AND aphasia AND “emotion regulation” (2010)	DIZ zoekmachine	12
12/10/2018	aphasia AND “emotion regulation” (2010)	DIZ zoekmachine	633
12/10/2018	Stroke AND “emotion regulation” (2010)	DIZ zoekmachine	3,659
12/10/2018	Stroke AND “emotion regulation” AND “art therapy” (2010)	DIZ zoekmachine	

16/10/2018	Ruth Dalemans (2014)	Google Scholar	177
16/10/2018	Ruth Dalemans AND aphasia	Google Scholar	48
16/10/2018	Ruth Dalemans AND aphasia AND "emotion regulation"	Google Scholar	0
16/10/2018	Ruth Dalemans AND aphasia AND emotions	Google Scholar	28
17/10/2018	gevolgen NAH (2014)	DIZ zoekmachine	72
17/10/2018	gevolgen NAH (2014)	Google Scholar	202
17/10/2018	effects aphasia (2014)	DIZ zoekmachine	43.763
17/10/2018	effects aphasia AND body	DIZ zoekmachine	6.907
17/10/2018	additional disorders AND aphasia	DIZ zoekmachine	20.269
17/10/2018	verlamming AND afasie	DIZ zoekmachine	96
19/10/2018	"Visual art therapy"	DIZ zoekmachine	76
19/10/2018	"Visual art therapy" AND effects	DIZ zoekmachine	56
24/10/2018	Communication AND aphasia	DIZ zoekmachine	3.625
26/10/2018	Art therapy AND emotions (2014)	DIZ zoekmachine	34.560
26/10/2018	Art therapy AND emotions AND feelings (2014)	DIZ zoekmachine	24.105
26/10/2018	Art therapy AND expressing emotions (2014)	DIZ zoekmachine	6.295
26/10/2018	Art therapy AND language disorder (2014)	DIZ zoekmachine	28.767
26/10/2018	Art therapy AND language disorder AND expressing emotions AND feelings	DIZ zoekmachine	2.152
19/02/2019	Aphasia Neurology	Google Scholar	170.000
19/02/2019	Aphasia Neurology Emotion	Google Scholar	32.300
19/02/2019	Aphasia AND Emotion AND Neurology	DIZ zoekmachine	10.553
19/02/2019	Aphasia AND emotion AND art therapy	DIZ zoekmachine	3.076
19/02/2019	Aphasia	Researchgate	

19/02/2019	Emotional, psychological, psychosocial AND aphasic	DIZ zoekmachine	1.844
19/02/2019	Traumatic brain injury AND aphasia AND emotional intelligence	DIZ zoekmachine	3.264
19/02/2019	Aphasia AND emotional development	DIZ zoekmachine	23.720

Datum	Titel	Handsearch
14/09/2018	Scriptie; Het beeldend brein; R.M.R. Engelbert & D.A.W. Heidendeal	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
14/09/2018	Scriptie; Arbout art and breins; Z. Begic & J.E.S.M. Roos	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
14/09/2018	Boek: Hass-Cohen, N., Cozolino, L. J., & Kaplan, F. B. (2015). <i>Art therapy & the neuroscience of relationships, creativity, & resiliency: Skills and practices</i> . New York, NY ; London: W.W. Norton & Company.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
14/09/2018	Boek: Grabau, E. (1987). <i>Creatieve therapie: Spelen met mogelijkheden</i> . Deventer: Van Loghum Slaterus.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
14/09/2018	Boek: Budde, E. (2008). <i>Wat woorden niet kunnen zeggen: Creatieve werkvormen en methodieken</i> (2e herz. dr.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
14/09/2018	Boek: Haeyen, S. (2007). <i>Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
18/09/2018	Boek: Poelmans, P. (2013). <i>De APA-richtlijnen: Over literatuurverwijzing en onderzoeksrapportage</i> . Bussum: Coutinho.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
18/09/2018	Boek: Schweizer, C. (2009). <i>Handboek beeldende therapie: Uit de verf</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
18/09/2018	Boek: Haeyen, S. (2007). <i>Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
18/09/2018	Boek: Vandereycken, W. (2006). <i>Handboek psychopathologie: Dl. 2: klinische praktijk</i> (3e, herz.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek

	dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	te Heerlen
18/09/2018	Boek: Cummings, L. (2014). <i>The Cambridge handbook of communication DIZorders</i> . New York: Cambridge University Press.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
18/09/2018	Boek: Nicolai, N. J. 1. (2016). <i>Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: De kunst van het evenwicht</i> (Tweede, verbeterde druk.). Leusden: Diagnosis Uitgevers.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
18/09/2018	Boek: Rutten-Saris, M. (1990). <i>Basisboek lichaamstaal</i> . Assen [etc.]: Van Gorcum [etc.].	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
24/10/2018	Boek: Heycop ten Ham, B. v., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). <i>Transdiagnostische factoren: Theorie en praktijk</i> . Amsterdam: Boom.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
24/10/2018	Boek; Swaab, D. F. 1. (2016). <i>Ons creatieve brein: Hoe mens en wereld elkaar maken</i> (Vierde druk.). Amsterdam: Uitgeverij Atlas Contact.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
29/10/2018	Boek; Migchelbrink, F. (2018). <i>De kern van participatief actieonderzoek</i> (Tweede druk.). Amsterdam: Uitgeverij SWP.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
29/10/2018	Boek: Migchelbrink, F. (2007). <i>Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn</i> . Amsterdam: SWP.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
29/10/2018	Boek: Baarda, D. B. (2014). <i>Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek</i> (Tweede druk.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
29/10/2018	Boek: Baarda, D. B. (2012). <i>Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews</i> (3e dr.). Groningen [etc.]: Noordhoff.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
29/10/2018	Boek: Verhoeven, P. S. (2011). <i>Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs</i> (4e [geh. herz.] dr.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
30/10/2018	Boek: Doorewaard, H. 1. (2015). <i>Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: Een praktische handleiding</i> . Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
31/10/2018	Boek: Baarda, D. B. (2010). <i>Basisboek enquêteren: Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes</i> (3e dr.).	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen

	Groningen [etc.]: Noordhoff.	
01/11/2018	Boek; Lieshout, F. v. (2017). <i>Actieonderzoek: Principes voor verandering in zorg en welzijn</i> . Assen: Koninklijke Van Gorkum.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
01/11/2018	Boek: Migchelbrink, F. (2007). <i>Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn</i> (12e, licht gew. dr.). Amsterdam: SWP.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
06/11/2018	Boek: Verschuren, P. J. M. (2009). <i>Praktijkgericht onderzoek: Ontwerp van organisatie- en beleidsonderzoek</i> . [Amsterdam]: Boom Academic.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
24/01/2019	Boek: Schweizer, C. (2009). <i>Handboek beeldende therapie: Uit de verf</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Opgevraagd bij Zuydbibliotheek te Heerlen
12/02/2019	Artikel: Kim, S.H., Kim, M.Y., Lee, J.H. & Chun, S.I. (2008). Art Therapy Outcomes in the Rehabilitation Treatment of a Stroke Patient. A Case Report.	Opgevraagd bij S. van Hooren
12/02/2019	Artikel: Kline, T. (2016). Art Therapy for Individuals With Traumatic Brain Injury: A Comprehensive Neurorehabilitation Informed Approach to Treatment	Opgevraagd bij S. van Hooren

Bijlage 3, Neurologie

Algemeen

We gaan kort in op het neurologische deel, de hersenen. De hersenen zijn onderdeel van het centrale zenuwstelsel (omvat de hersenen en het ruggenmerg). In de hersenen worden vitale lichaamsfuncties (ademhaling, hartslag) gereguleerd. Er vinden belangrijke mentale processen plaats (denken, voelen) en de motoriek wordt er gecoördineerd (www.hersenstichting.nl). De hersenen kan je indelen in drie delen. Namelijk de hersenstam (truncus cerebri), de kleine hersenen (cerebellum) en de grote hersenen (cerebrum) (www.hersenstichting.nl)

Er zijn verschillende gebieden in de hersenen met verschillende functies. Er is een gebied voor beweging, gezichtsvermogen, gehoor, spraakvermogen en taalvermogen (www.hersenstichting.nl).

De grote hersenen zijn verdeeld in twee helften ook wel hemisferen genoemd. Deze worden met elkaar verbonden door de hersenbalk zodat er informatie uitgewisseld kan worden (www.hersenstichting.nl). De grote hersenen zijn verder nog opgedeeld in vier kwabben, frontale cortex, pariëtale cortex, occipitale cortex en temporale cortex (www.hersenstichting.nl).

Afasie in de hersenen

Het gebied voor taal ligt bij de meeste mensen in de linker hersenhelft (www.afasie.nl). Afasie ontstaat door een hersenletsel, meestal een beroerte (CVA). Dit komt doordat er geen toevoer is van zuurstof naar een deel in de hersenen.

De oorzaak kan een trombose (bloedklonter) zijn of een oedeem (vochtophoping). Een oedeem kan ontstaan door een slechte doorbloeding van de grote hersenen (Bastiaanse, 2010). Er zijn ook andere oorzaken (kanker, een hoofdletsel, stijging van de bloeddruk, etc.) (www.encyclopedie.medicinfo.nl). Het oedeem oefent druk uit op de gezonde hersencellen waardoor er een slechte bloeddoorstroming is (Bastiaanse, 2010).

Op de plaats waar het bloed niet doorkomt, ontstaat zuurstofgebrek (www.afasie.nl). Hierdoor sterven hersencellen af in dit gebied bv. van het taalvermogen. Als het oedeem verdwijnt, dit kan maanden duren, herstellen de hersengebieden zich en kan afasie verdwijnen (Bastiaanse, 2010).

Hoe erg de gevolgen van de CVA zijn, is afhankelijk van het getroffen gebied (www.afasie.nl). Het kan zijn dat de beroerte nog andere gebieden in de hersenen raakt waardoor er sprake kan zijn van verlamming of andere beperkingen.

Emotie in de hersenen

Het limbisch systeem is het gedeelte van de hersenen dat om de hersenbalk heen ligt. Het is een van de oudste delen van de hersenen (Lokhorst, 1998). Emoties worden hier gereguleerd. Emoties worden door een affectief netwerk gestuurd waar verschillende structuren deel van uitmaken (www.wikipedia.org). De amygdala, een van deze structuren, geeft een positieve of negatieve betekenis aan een ervaring (www.wikipedia.org).

Er wordt vaak gezegd dat emoties verbonden zijn met de rechterhersenhalft en rede met de linker, maar hier bestaat geen duidelijk bewijs over (www.wikipedia.org). Waarschijnlijk is het een netwerk van verbindingen tussen linker en rechter hersenhalft (www.wikipedia.org). Wel zijn er studies dat de rechterhalft meer te maken heeft met het begrijpen van de emotie en de linker meer verbonden is met taal (Lokhorst, 1998). Dit gaat dan over de gelaatsexpressie en intonatie in de taal (1998).

Beeldende therapie en neurologie

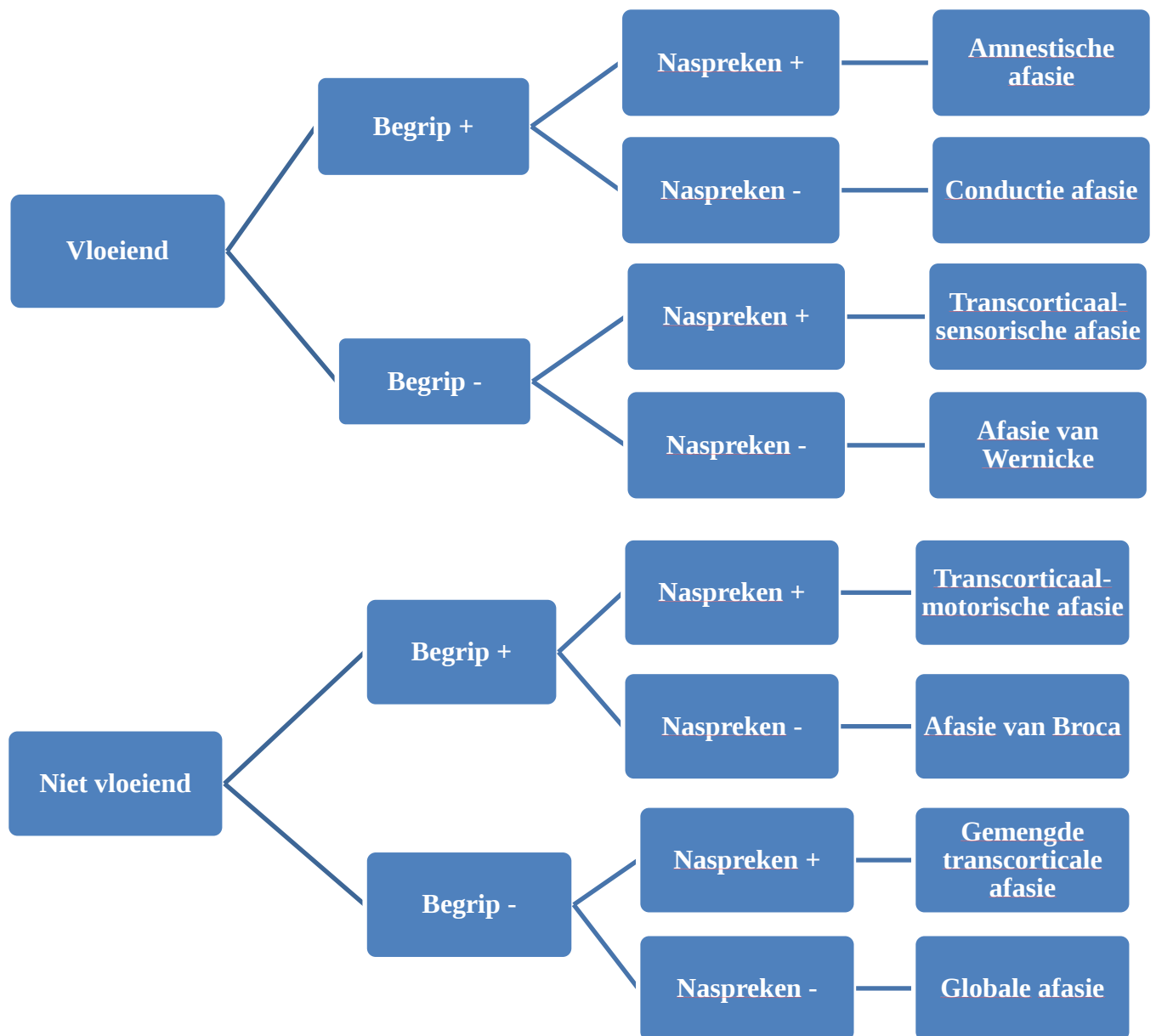
Recent onderzoek toont aan wat de invloed is van verschillende beeldende materialen op de hersenen. Het aanreiken van cognitieve opdrachten met potlood, stimuleerde de snelle hersengolven, voornamelijk frontaal. Sensopathische opdrachten, zoals open opdracht met klei, stimuleerden net de langzame golven (bèta-golven) in de pariëtale cortex. In dit geval spreek je meer de onbewuste processen in de hersenen aan. Deze informatie kan worden gebruikt om gerichte keuzes te kunnen maken naar materiaal toe (Begic & Roos, 2017).

Demarin (2017) beschrijft dat verschillende kunstmodaliteiten nuttig zijn bij het stimuleren van verschillende delen in de hersenen. Verder wordt vermeld dat door stimulaties van diverse kunstvormen de neuroplasticiteit in de hersenen vergroot kan worden. Dit kan nuttig zijn om het herstelproces na een beroerte te vergemakkelijken (Lee, Lo & Ho, 2018).

Bovendien is bewezen dat het deelnemen aan een reguliere visuele kunstinterventie de ruimtelijke verbetering van de functionele connectiviteit in bepaalde delen van de hersenen (die geassocieerd kunnen worden met de psychologische veerkracht) mogelijk maken (Bolwerk, Mack-Andrick, Lang, Dörfler & Maihöfner, 2014).

Bijlage 4, Boston Classificatie

Bepalen van type afasie :



Bijlage 5, Ellis & Young model

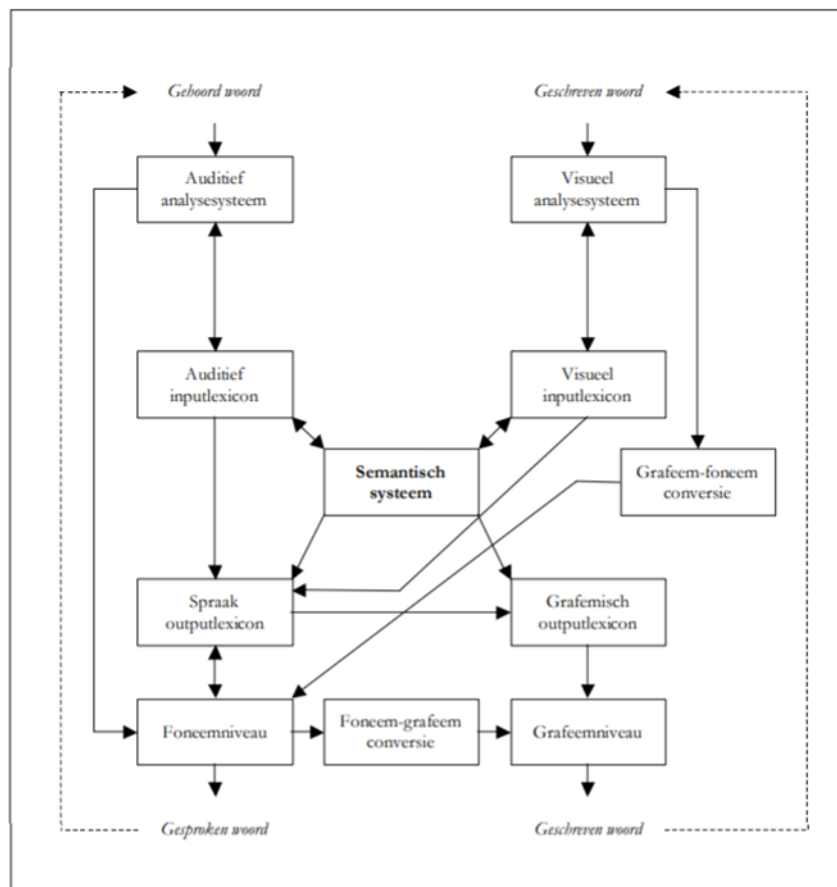
Op basis van een prestatie v/d cliënt op verschillende taaltaken op woordniveau, kan worden afgeleid waar verstoringen zijn in de taal.

Het model wordt als volgt bekeken:

- Bovenaan staat er gehoord of geschreven woord (woord dat gelezen wordt): hoe een woord wordt aangeboden, auditief of visueel. Op die manier kan er gekeken worden naar het auditief analysesysteem of naar het visueel analysesysteem.
- Eronder staan vier componenten voor informatie over de woordvorm:
 - o Auditief inputlexicon (klank van woorden)
 - o Visueel inputlexicon (uitzien -)
 - o Spraak outputlexicon (uitspreken -)
 - o Grafemisch outputlexicon (geschreven -)

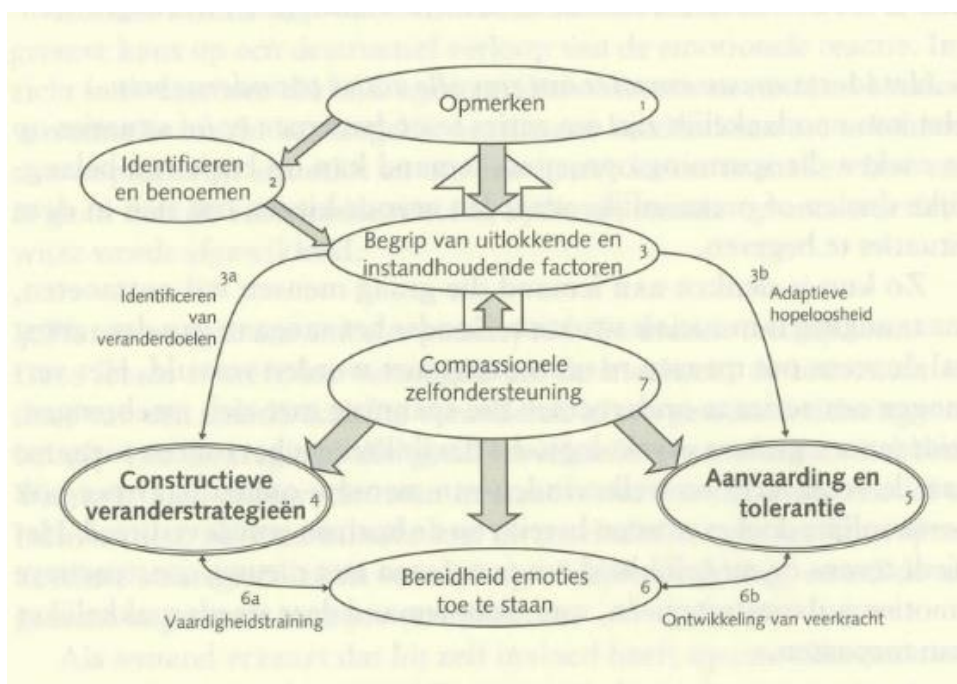
Wanneer een aangeboden woord bekend is bij een persoon, wordt dit herkend in het inputlexicon (zowel auditief als visueel). De betekenis van dat woord wordt geactiveerd in het semantische systeem. Vóórdat een woord wordt uitgesproken/geschreven, wordt er bij het bedoelde begrip een woord uit het outputlexicon gekozen (zowel spraak als grafemisch). Dit gaat vervolgens via de module op foneem- of grafeemniveau waarbij het wordt uitgesproken of geschreven wordt. Verder is het mogelijk voor een persoon om onbekende woorden te lezen of gehoorde woorden op te schrijven. Daarom laat het model ook een directe verbinding zien tussen een aantal modulen, buiten het semantisch systeem en lexicons om.

Volgens Ellis & Young (1988) komt een totale uitval van een module of verbinding zelden voor. Er blijft namelijk vaak nog een deel bruikbaar of soms werkt een module op een ander moment wel. Door deze verscheidenheid wordt het diagnosticeren van verschillende taalstoornissen erg lastig.



Bijlage 6, 7 vermogens voor emotieregulatie

Het ERT-model van effectieve emotieregulatie (Bohlmeijer, Hulsbergen & van Heycop ten Ham, 2014, p. 170)



Hier onder vind u de 7 vermogens:

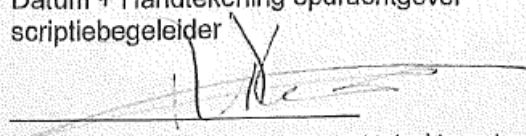
1	Vermogen om emoties op te merken: bewust zijn van lichamelijke en psychologische reacties.
2	Vermogen om emoties te identificeren en te benoemen.
3	Vermogen om de uitlokkende en in stand houdende factoren te herkennen: Het leren herkennen van kenmerken in situaties die aanleiding geven voor een bepaalde emotie. Daarnaast ook herkennen welke factoren die emotie in stand houden.
4	Vermogen om emoties positief te beïnvloeden (modificatie): het actief veranderen (kwaliteit, intensiteit of duur) van een emotie in een gewenste richting d.m.v. strategieën die geen negatieve neveneffecten hebben.
5	Aanvaarding en verdragen van emoties: deze vaardigheid gaat over het kunnen onderkennen en toestaan van onaangename emoties zodat er minder snel voor destructieve strategieën wordt gekozen (vermijding, negeren).
6	Emoties toestaan en zinvolle acties te ondernemen: acties kunnen ondernemen die spanning met zich meebrengen, bv. beangstigende situaties aangaan omdat het een persoonlijk doel is.
7	Compassionele zelfondersteuning: jezelf de ruimte geven voor zelfcompassie wanneer een emotieregulatiestrategie niet (direct) succesvol is. Kunnen omgaan met teleurstellingen.

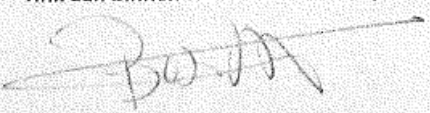
Bijlage 7, Akkoordformulier

Voor + achternaam student	Saar De Haes Liyan Top			
Studentnummer	Saar: 1554697 Liyan: 1535374			
Medium student onderzoekslijn1	☒ beeldend	☐ dans	☐ drama	☐ muziek
	☐ Kind & Jeugd ☐ GGZ ☐ Ouderen ☒ Somatiek ☐ Werkingsmechanisme van het medium ☐ Wijkgerichte zorg ☐ Technologie i.d. zorg ☐ Interdisciplinair werken ☐ Meten			
Korte beschrijving van het project	Probleem: afasie-cliënten lopen vast op emotioneel vlak. Hierdoor stagneren ze in het bestaande aanbod. Doelgroep: volwassenen met afasie te Adelante Hoensbroek Projectplan: door middel van beeldende activiteiten het verbeteren van emotieregulatie bij mensen met afasie. Design: actie gericht onderzoek			
Onderzoeksdoel	Beeldende activiteiten creëren die bijdragen aan het verbeteren van emotieregulatie en aansluiten op de doelgroep afasie zodat deze verder kunnen in het bestaande aanbod.			
Onderzoeksvraag	"Hoe kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van volwassenen met afasie te Adelante Hoensbroek, gericht op de emotieregulatie?" Sub-vraag: Welke symptomen worden zichtbaar bij een persoon met afasie wanneer hij/zij vastloopt in zijn/haar emoties?			
Naam opdrachtgever of contact persoon	Pascalie van Bilsen			
Email adres opdrachtgever of contact persoon	p.bilsen@adelante-zorggroep.nl			
Naam scriptie begeleider	Dieuwertje Abelling Boselie			

15-11-2018

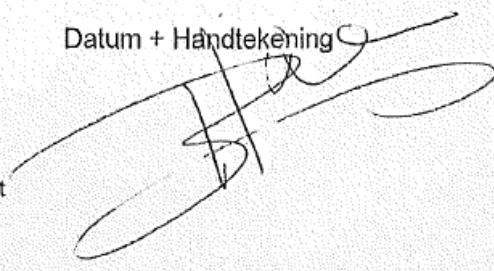
Datum + Handtekening opdrachtgever
scriptiebegeleider





13-11-2018

Datum + Handtekening



¹ vink aan binnen welke onderzoekslijn(en) je onderzoeksproject past

Bijlage 8, Algemene introductie Onderzoek

Wij zijn twee 4^e jaar studenten van de opleiding Vaktherapie beeldend, te Zuyd Hogeschool Heerlen. Voor ons afstudeerproject doen we een pilot in Adelante Hoensbroek op de afdeling afasie. De vraag ontstond doordat er afasiecliënten vastliepen in het uiten van emoties waardoor de bestaande behandeling niet toereikend genoeg was. Daarom richten we ons op het creëren van een beeldend therapeutisch aanbod gericht op emotie uiten. Op die manier worden de cliënten stabiel genoeg om de bestaande behandeling te hervatten.

Hierbij is het van belang dat we symptomen in kaart brengen zodat we vervolgens cliënten kunnen indiceren voor het aanbod. Om een zo passend mogelijk aanbod te creëren voor de instelling en de doelgroep zelf hebben we expertkennis nodig van u als hulpverlener.

Met deze informatie bent u op de hoogte van ons project. Voor aanvullende informatie kunt u contact met ons opnemen via: 1535374top@zuyd.nl

Met vriendelijke groeten,

Liyan Top en Saar De Haes

Bijlage 9, Observatie kenmerken afasie

Naam cliënt	
Ingevuld door	
Invuldatum en tijd	
Uitvoerende activiteit, situatie	
Observatiecriteria	Opmerkingen
Lichaamshouding - Gespannen - Ontspannen - Herhaalde bewegingen - In contractie - Zich recht op (open houding) - geen open / geen gesloten houding - Is in elkaar gebogen (gesloten houding)	
Gezicht • Ogen - Gericht kijken, goed oogcontact - Kijkt om zich heen, onderzoekt de omgeving - Ogen zijn vaak gesloten - Kijkt ongericht, neemt enkel waar wat in de directe omgeving is - Ogen zijn gesloten, kijkt niet - Geen oogcontact • Mimiek - Gebruikt gezichten mimiek - Gebruikt soms mimiek - Vervlakt, gebruikt geen mimiek	
Handelen - Planmatig werken - Gebruikt geen vooropgezet plan - Voelgericht handelen doelgericht uit - Voert een deel van de handelingen uit - Voert geen handelingen uit	
Tijdsbeleving - Leeft in het heur en nu - Leeft soms in het hier en nu soms in verleden - Leeft veelal in het verleden - Leeft in innerlijke wereld	
Alertheid - Is zich gewoon bewust van omgeving - Reageert meestal alert op prikkels uit omgeving - Prikkels uit de omgeving komen soms binnen - Prikkels uit de omgevingen komen niet binnen	

Stemming en gevoelens - Toot vaak emoties - Stemming en emotie kan snel wisselen - Moeilijk waarneembaar van gevoelens en stemming - o Zenuwachtig - o Prikkelbaar - o Onzeker - o Rusteloos - o Paniek - o Huist - o Lacht - o Achterdochtig - o Boos bij falen - o “schuld” bij andere leggen - o Verdriet - o Angst	
Contact - Zoekt zelf contact - Contact is wederkerig - Zoekt zelf geen contact - Zoekt zelf bijna nooit contact - Op ons initiatief is er soms wederkerig contact - Er is nauwelijks of geen wederkerig contact	
Communicatie - Gericht op verbale communicatie - Verbale en non-verbale communicatie - Non-verbale communicatie staat op de voorgrond & vrijwel geen verbale communicatie - Stemklank geeft uitdrukking aan emotie - Stemklank is monotoon, vaak laag en scherp - Stemklank is zwak en geluidloos	

Bijlage 10, Agenda hoogtepunten

Oriëntatie fase	19/02/2019	Kennismakingen gesprek en start onderzoek, Janneke, logopedie
Dataverzameling	12/03/2019	Interview Danny, Psycholoog
	25/03/2019	Meelopen pijngroep & introuw Marion, Beeldentherapeut
	28/03/2019	Interview Martina, Beeldentherapeut
	29/03/2019	Overleg J. Ploum
	02/04/2019	Interview Marco, muziektherapeut
	03/04/2019	Interview en beeldende werkvorm afasiecliënt 1
	04/04/2019	Interview en beeldende werkvorm oud-afasie cliënt
	05/04/2019	Interview Janneke, logopedie Interview en beeldende werkvorm afasiecliënt 2
	11/04/2019	Interview en beeldende werkvorm afasiecliënt 3 Interview en beeldende werkvorm afasiecliënt 4
Analyse	24/05/2019	Samen met Danny, Janneke, Martina evalueren en resultaten bespreken
Dissectie	05/05/2019	Inleveren verslag



TOESTEMMINGSFORMULIER

Beste,

Met dit toestemmingsformulier gaat u akkoord met de deelname aan het onderzoek:

[...] ‘als woorden ontbreken’.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Liyan Top en Saar De Haes in het kader van het afstudeerproject aan de opleiding Vaktherapie van Zuyd Hogeschool in samenwerking met Adelante Hoensbroek. Het onderzoek wordt begeleid door Dieuwertje Abeling-Boselie en J. Ploum.

Het doel van het onderzoek is om een beeldend therapeutisch aanbod te creëren bij volwassenen met afasie, gericht op de emotieregulatie. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om het huidige aanbod meer aan te sluiten bij de emotionele behoeften van de cliënten.

Deelname aan het onderzoek betekent dat van u wordt gevraagd om.....(*invullen*).

Hierbij kunnen er foto's gemaakt worden van de beeldende producten, video/geluidsopnames genomen worden en observatielijsten ingevuld. Daarnaast worden er notities en aantekeningen gemaakt.

Deze foto's, opnames, observaties en notities zijn enkel bestemd voor het onderzoek en zullen niet beschikbaar zijn voor anderen dan de onderzoekers.

U kan de keuze maken om volledig anoniem deel te nemen. In dat geval zal alle informatie strikt vertrouwelijk worden behandeld. Bij het weergeven van resultaten wordt ervoor gezorgd dat dit volledig anoniem gebeurt, zonder mogelijke identificatie.

U kan er ook voor kiezen dat u wel toestemming geeft om uw gegevens die u verstrekt te gebruiken voor het onderzoek. U kunt op ieder moment van het onderzoek de toestemming alsnog intrekken.

Bij vragen kunt u contact opnemen met Liyan Top of Saar De Haes via de volgende gegevens:

- 1535374top@zuyd.nl

Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in (doorstrepen wat niet van toepassing is)

☐ Ik ga ermee akkoord dat alle informatie die ik verstrek anoniem/niet anoniem wordt

verwerkt

☐

Ik ga ermee akkoord dat alle informatie die ik verstrek gebruikt mag worden in het onderzoek

Naam (dient alleen ingevuld te worden wanneer u toestemming geeft dat uw naam gebruikt mag worden in het geschreven onderzoek):

Datum:

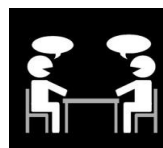
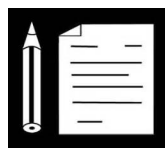
Handtekening:

Pilot

TITEL: “Als woorden ontbreken”

adelante
haal het beste uit jezelf

A row of four icons: 1. Two stylized figures with a speech bubble between them, crossed out with a large red 'X'. 2. Two open hands, palms facing each other. 3. A pair of scissors cutting a piece of paper. 4. A hand holding a small pile of grey material, with three pens or pencils nearby.



170

Bijlage 13, Toestemmingsformulier afasie

TITEL “Als woorden ontbreken”

Toestemmingsformulier Deelnemers:

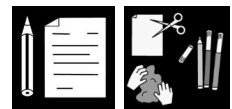


Ik heb informatie ontvangen over:

- De aard van de pilot.
- Het doel van de pilot.

Ik neem deel aan:

1. Interviews, vragenlijst
2. Vragenlijst en beeldende activiteit



De vragenlijst wordt met pen en papier ingevuld. Dit wordt samen met iemand gedaan.



Ik ontvang:

- 30 minuten interview / vragenlijst
 - 30 minuten beeldende therapie
- Het onderzoek kost u in totaal 1 uur tijd.



De afspraken zijn dat u:

- De vragen naar waarheid beantwoordt.
- Dat u aanwezig bent bij de gemaakte afspraken.



Uw deelname aan de pilot stopt als:

- U uw bijdrage geleverd heeft
- U zelf kiest om te stoppen
- Het einde van de pilot is bereikt



Stoppen kan altijd:

- Deelnemen is vrijwillig.
- U hoeft niks te tekenen.
- U hoeft niet te zeggen waarom u stopt.
- Wel moet u dit melden aan de personen die de pilot doen
- Het geeft geen effect op uw verdere behandeling



Ik geef toestemming:



- Voor het afnemen van **interview**.
- Deelnemen aan **beeldende activiteit**.
- Mijn **gegevens** worden **anoniem** gebruikt voor de pilot.
- Mijn gegevens worden 5 jaar bewaard op de onderzoek locatie/ of Zuyd Hogeschool



Naam deelnemer:

Handtekening:

Plaats, datum:

Bijlage 14, interviews afasiecliënten

Toestemmingen formulier 5min

Voor werkvorm 10min

Persoonlijke gegevens	
-	Wat is uw leeftijd?
-	Wat is uw geslacht?
-	Hoelang heeft u al afasie?
-	Wat is u hoogste opleidingsniveau?

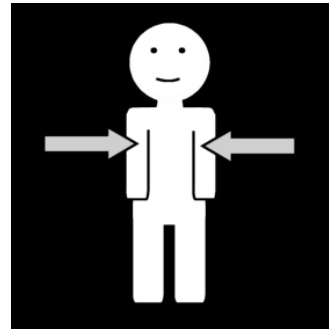
1.	Voelt u zich wel eens beperkt door uw afasie ?
2.	Op welke gebieden voelt u zich het meest beperkt ? - Op sociaal gebied - Op communicatief gebied - Om emotioneel gebied - Op lichamelijk gebied
3.	Hebt u nu meer moeite met het uiten van gevoelens dan voor de afasie?
4.	Zou u extra ondersteuning willen op het emotionele vlak in de behandeling ?
5.	Bent u soms creatief bezig ?

SOCIAAL	COMMUNICATIE
---------	--------------



EMOTIES

LICHAAM



BEPERKT

UITEN VAN GEVOELENS



Werkvorm 30min

Na werkvorm 15min

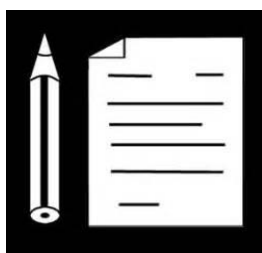
1.	Wat vond u van het beeldend werken? - Ervaringen - Werken met materialen
2.	Wat neemt u mee uit de sessie van vandaag?
3.	Zou u beeldend werken in de behandeling toevoegen? - Voor jezelf - Voor anderen

Bijlage 15, Tijdplanning beeldend werken

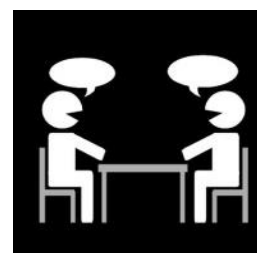
Wat gaan we doen:



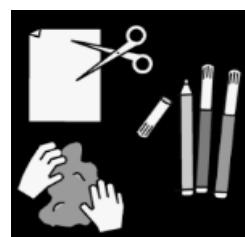
Toestemmingsformulier



Enkele vragen BEGIN

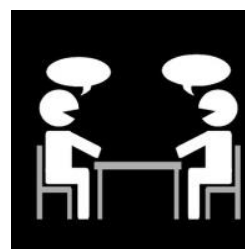


Beeldend werk MIDDEN



EINDE

Nabespreking



Bijlage 16, Enquête pijn-cliënten

Pijn patiënten

N.a.v. van het meelopen op 25 maart, sturen wij u een enquête met een aantal vragen over beeldende therapie in uw behandeling. Ons onderzoek is gericht op het creëren van een beeldend therapeutisch aanbod voor volwassenen met afasie.

Alle informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Bij het weergeven van de resultaten wordt er voor gezorgd dat dit volledig anoniem gebeurt zonder mogelijke identificatie.

Alvast bedankt voor u medewerking!

Liyan en Saar

Mocht u verder nog vragen hebben kunt u ons contacteren via: 1535374top@zuyd.nl

Wat is uw leeftijd? *

 jaar

Wat is uw geslacht? *

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

Wat is uw hoogst afgeronde opleidingsniveau? *

Heeft beeldende therapie een bijdrage geleverd in uw behandeling? *

- ☐ ja
- ☐ nee

Waarom wel?

Waarom niet? *

Welke aspecten van de beeldende therapie sessies waren voor u belangrijk ? *

Wat waar voor uw de meerwaarden van het beeldend werken? *

Met beeldend werken wordt alleen bedoeld "werken met materialen".

Waren de nabesprekingen aan het einde van een beeldende sessie voor u noodzakelijk? *

☐ ja

☐ nee

Waarom wel?

Waarom niet? *

--

Bijlage 17, Literatuuronderzoek

Als onderzoekers hebben we meer literatuur opgezocht om de interviews, beeldende werkvormen en enquêtes vorm te geven.

- Het ACT-model model wordt gebruikt op de chronische pijnafdeling. Het wordt toegepast door de psychologen van het chronische pijnteam maar wordt ook gebruikt als leidraad bij de beeldende therapie. Deze methode wordt niet toegepast bij de behandeling van NAH waaronder afasie.
- Het koppelen van het ETC-model aan emoties in beeldende (Hinz, 2009).
- Het onderzoeken van doelgroepen die aansluiten bij non-verbaal werken in beeldende therapie. Op deze manier konden er raakvlakken gezocht worden met het non-verbaal werken in beeldende therapie met mensen met afasie. Het zoeken naar deze raakvlakken was van belang omdat er weinig literatuur te vinden is over BT bij de afasiedoelgroep
- Het onderzoeken hoeveel mensen met afasie te maken krijgen met psychische klachten
- Het kijken naar een indicatie voor beeldende therapie d.m.v. angst-/stemmings- en depressiesymptomen.
- Hoe emoties te meten zijn bij mensen met afasie. Hiervoor is er contact opgenomen met Ruth Dalemans (persoonlijke communicatie, 22 maart 2019). Zij heeft onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het leven bij mensen met afasie. Dalemans gaf ons meerdere meetinstrumenten in de vorm van vragenlijsten die wij als voorbeeld hebben gebruikt.
- Extra literatuur rondom de psychosociale problematiek waarmee afasiecliënten kampen
- Het opdoen van inspiratie om beeldende werkvormen vorm te geven en tips en tricks te weten te komen (Brinkman, 2018).

Bijlage 18, Uitgewerkte werkvormen

Werkvorm 1:

- Gegeven aan cliënt 1

De eerste werkvorm stond in het teken van exploreren van materiaal en het beleven in het hier en nu. De cliënt kreeg uitgelegd hoe er met pastelkrijt gewerkt kon worden en kon het vervolgens op een leeg A3 papier uitproberen (vegen, platte kant gebruiken, lijnen maken of mengen). De vormgeving op het papier was vrij (open werkvorm). De cliënt kreeg een eigen doos pastelkrijt waarbij van te voren was gecheckt of er een variatie aan kleur aanwezig was. De therapeut maakte gebruik van participierend observeren (meedoen met beeldend werken en tegelijkertijd observeren).

Cliënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Materiaal ligt klaar - Therapeut doet mee ter ondersteuning - Stapsgewijze instructies Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze instructie Zin- en vormgeving: - Sensopathisch materiaal - Open werkvorm → zelf mogen weten hoe er vorm wordt gegeven - Eigen kleurkeuze Spel/plezier - Exploreren van nieuw materiaal	Werkvorm: - Sensopathische werken Werkwijze: - Stapsgewijze instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Participierend observeren - Individueel werken - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Uitleg materiaalhantering - Interventies om aan te sluiten bij cliënt (ontstaan van werkvorm 2) Mediumtechniek: - Tekentechniek Materiaal: - A3 papier - Pastelkrijt	Eigenschappen: - Wit A3 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen, vrij glad - Pastelkrijt: zacht, geeft (poeder) af, uitwrijfbaar, geeft af, breekt snel, verschillende kleuren, tekenen Appèl: - Wit A3 papier: vullen - Pastelkrijt: uitvegen, mengen, uitwrijven, tekenen, vlakken vullen Appèlwaarde: - Het werken met pastelkrijt en het krijgen van vuile vingers kan een cliënt fijn of niet fijn vinden - Met pastelkrijt kan er vaak beter grof gewerkt worden i.p.v. gedetailleerd. Cliënt kan grof werken fijner vinden of juist niet.

Werkvorm 2:

- Gegeven aan cliënt 1

Deze werkvorm was een interventie nadat de eerste werkvorm niet aansloot bij de cliënt. Bij deze werkvorm was het doel om een A2 papier vol te krassen met vetkrijt. Er mocht geen wit meer te zien zijn. Het papier werd eerst aan de tafel vastgeplakt met tape om te voorkomen dat het bewoog tijdens het krassen. De cliënt is hierbij gevraagd om te gaan staan om actief deel te nemen. Deze werkvorm vroeg wat fysieke inspanning wegens het staan en krassen. De vormgeving was vrij (open werkvorm) zolang het papier dus gevuld werd.

Cliënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Therapeut ondersteund in de interventie - Stapsgewijze, laagdrempelige, instructies - Duidelijk doel (papier vullen) Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze, laagdrempelige instructies - Duidelijk doel (papier vullen) Zin- en vormgeving: - Sensopathisch materiaal - Open werkvorm → zelf mogen weten hoe er vorm wordt gegeven - Eigen kleurkeuze - Associëren van oude herinneringen Spel/plezier - Exploreren van mediumtechniek - Actief bezig zijn met krassen - Procesgericht werken, hoeft niets te worden	Werkvorm: - Procesgericht werken Werkwijze: - Stapsgewijze, laagdrempelige instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Individueel werken - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Uitleg materiaalhantering - De cliënt actief deel te laten nemen door hem te laten staan Mediumtechniek: - Tekentechniek, krassen Materiaal: - A3 papier - Pastelkrijt	Eigenschappen: - Wit A3 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen - Vetkrijt: stevig krijt, vet materiaal, snel grote vlakken mee vullen, verschillende kleuren, moeilijk mengbaar/uitveegbaar. krassen, tekenen Appèl: - Wit A3 papier: vullen - Vetkrijt: krassen, grote vlakken vullen, in lagen aanbrengen, grof werken Appèlwaarde: - Associëren met vroeger omdat het een vrij bekend materiaal is dat vaak in scholen wordt gebruikt - Het krassen (niet) fijn vinden, het hoeft niets te worden

Werkvorm 3:

- Gegeven aan cliënt 2

Bij de eerste werkvorm was het de bedoeling om uit tijdschriften een afbeelding te zoeken die aansprak. De gekozen afbeelding werd gebruikt als basis om datgeen wat je aansprak van de afbeelding te verbeelden op papier met pastelkrijt. De cliënt was vrij om te bedenken hoe het vorm werd gegeven op papier. Het formaat was werd gekozen door de cliënt zelf.

Cliënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Materiaal ligt klaar - Stapsgewijze instructies Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze instructie - Afbeeldingen uit tijdschriften als voorbeeld, houvast of inspiratie Zin- en vormgeving: - Sensopathisch materiaal - Open werkvorm → zelf mogen weten hoe er vorm wordt gegeven - Zelf een afbeelding kiezen - Eigen kleurkeuze Spel/plezier - Eigen fantasie gebruiken - Afbeeldingen kiezen die aanspreken	Werkvorm: - Sensopathisch materiaal - Inzetten van associëren Werkwijze: - Stapsgewijze instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Individueel werken - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Uitleg materiaalhantering - Interventies om aan te sluiten bij cliënt (ontstaan van werkvorm 2) Mediumtechniek: - Tekentechniek - Gebruik van tijdschriften Materiaal: - A3 papier - Pastelkrijt	Eigenschappen: - Wit A3 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen - Pastelkrijt: zacht, geeft (poeder) af, uitwrijfbaar, geeft af, breekt snel Appèl: - Wit A3 papier: vullen - Pastelkrijt: uitvegen, mengen, uitwrijven, tekenen, vlakken vullen Appèlwaarde: - Het werken met pastelkrijt en het krijgen van vuile vingers kan zowel positieve als negatieve appelwaarden oproepen. - Met pastelkrijt kan er vaak beter grof gewerkt worden i.p.v. gedetailleerd. Cliënt 2 werkte er secuur en figuurlijk mee

Werkvorm 4:

- Gegeven aan cliënt 2

De tweede werkvorm werd gegeven nadat de eerste werkvorm mogelijk niet aansloot maar de cliënt toch nog iets anders wilde doen. Deze werkvorm was in samenwerking met de therapeut waarbij er om de beurt iets op papier werd gezet met waskrijt. Wat er op het papier kwam te staan maakte niets uit, het hoefde niet iets figuurlijks te worden. Dit was een non-verbale werkvorm waarbij er niet gepraat “mocht” worden.

Clïënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Samen met de therapeut werken - Stapsgewijze instructies - Non-verbaal/niet mogen praten (voor afasie-clïënt belangrijk!) Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze instructie - Om de beurt iets aanbrengen op papier (gestructureerde volgorde) Zin- en vormgeving: - Sensopathisch materiaal - Samen vormgeven, deels eigen inbreng - Eigen kleurkeuze Spel/plezier - Samen op één blad werken - Niet weten wat het resultaat gaat worden (spannend/toeval)	Werkvorm: - Samenwerkingsopdracht Werkwijze: - Stapsgewijze instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Participerend observeren d.m.v. samen met de cliënt aan een werkstuk te werken - Werken in tweetal (cliënt met therapeut) - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Non-verbaal communiceren Mediumtechniek: - Tekentechniek Materiaal: - A3 papier - Pastelkrijt	Eigenschappen: - Wit A3 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen - Vetkrijt: stevig krijt, vet materiaal, snel grote vlakken mee vullen, verschillende kleuren, moeilijk mengbaar/uitveegbaar, krassen, tekenen Appèl: - Wit A3 papier: vullen - Vetkrijt: krassen, grote vlakken vullen, in lagen aanbrengen, grof werken Appèlwaarde: - Met vetkrijt kan er vaak beter grof gewerkt worden i.p.v. gedetailleerd.

Werkvorm 5:

- Gegeven aan cliënt 3

De werkvorm was gebaseerd op het geven van structuur en laagdrempelig werken. Er werd gebruik gemaakt van een tekentechniek waarbij er een vlakverdeling wordt gemaakt door schildertape over het papier te plakken. Deze vlakverdeling werd vervolgens ingekleurd met pastelkrijt. De cliënt kreeg de keuze om op een A3 of iets groter dan A4 formaat te werken en koos voor het A4 formaat. Nadat het pastelkrijt is aangebracht en de cliënt klaar is met het inkleuren van de vlakken, werd de tape van het papier gehaald. Op die manier werd de vlakverdeling duidelijk zichtbaar.

Cliënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Materiaal ligt klaar - Stapsgewijze instructies - Vóór het beginnen met werken is een duidelijk doel opgesteld waar de cliënt naartoe kan werken Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze instructie - Vóór het beginnen met werken is een duidelijk doel opgesteld waar de cliënt naartoe kan werken Zin- en vormgeving: - Sensopathisch materiaal - Open werkvorm → zelf mogen weten hoe er vorm wordt gegeven - Eigen kleurkeuze - Zelf vlakverdeling bepalen Spel/plezier - Exploreren van vormgeving - Eigen fantasie gebruiken	Werkvorm: - Sensopathische werken - Werken met een vlakverdeling Werkwijze: - Stapsgewijze instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Individueel werken - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Uitleg materiaalhantering - Structuur brengend door doel van de werkvorm helder uit te leggen Mediumtechniek: - Tekentechniek Materiaal: - A3 papier - Pastelkrijt	Eigenschappen: - Wit A3 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen - Pastelkrijt: zacht, geeft (poeder) af, uitwrijfbaar, geeft af, breekt snel - Schildertape: (op)plakken, afscheuren, afknippen Appèl: - Wit A4 papier: vullen - Pastelkrijt: uitvegen, mengen, uitwrijven, tekenen, vlakken vullen - Schildertape: (op)plakken, afscheuren, afknippen Appèlwaarde: - Kleuren van pastelkrijt associëren met vroegere herinneringen

Werkvorm 6:

- Gegeven aan cliënt 4

Ook deze werkvorm stond in het kader van structuur en laagdrempeligheid. De gebruikte techniek was nat in nat werken waarbij er een aquarelpapier nat wordt gemaakt met water en er vervolgens op wordt gewerkt met aquarelverf. De bedoeling v/d werkvorm was om een kleurovergang te maken; eerst met twee kleuren en daarna met drie. Het tweede werkstuk met drie kleuren is gemaakt als interventie nadat cliënt 3 benoemde dat de werkvorm haar aansprak.

Cliënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Materiaal ligt klaar - Uitleg materialen waarbij de therapeut het voordoet - Stapsgewijze instructies met een duidelijk doel Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze instructie Zin- en vormgeving: - Open werkvorm → zelf mogen weten hoe er vorm wordt gegeven - Eigen kleurkeuze Spel/plezier - Exploreren van nieuw materiaal - Laagdrempelige vormgeving (twee kleuren), hoeft geen figuurlijk iets te worden	Werkvorm: - Nat in nat werken (water op papier plus aquarelverf) Werkwijze: - Stapsgewijze instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Individueel werken - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Uitleg materiaalhantering - Interventie om een tweede werkstuk te maken op dezelfde manier Mediumtechniek: - Nat in nat techniek Materiaal: - A3 papier - Aquarelverf: - Penselen: - Schildertape: - Spons en water:	Eigenschappen: - Wit A3 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen - Aquarelverf: uit laten vloeien, mengen, veel/weinig water gebruiken, grote vlakken invullen, druppelen - Penselen: vlakken vullen, verf op papier aanbrengen, strijken, strepen maken - Schildertape: (op)plakken, afscheuren, afknippen - Spons en water: spons nat maken met water, spons uitknijpen, papier nat maken Appèl: - Wit A3 papier: vullen - Aquarelverf: uit laten vloeien, mengen, grote vlakken invullen - Penselen: verf op penseel doen, gebruiken om te verven, (dunne penselen) fijne motoriek - Schildertape: (op)plakken afscheuren, afknippen - Spons en water: spons nat maken met water, spons uitknijpen Appèlwaarde: - Aquarelverf niet dekkend genoeg op papier

Werkvorm 7:

- Gegeven aan cliënt 5

Deze werkvorm was een samenwerkingsopdracht. Er werd gebruikgemaakt van een toevalstechniek waarbij er van te voren niet helder is wat het resultaat gaat zijn omdat er van alles kan veranderen tijdens het werken (toeval). De werkvorm bestond uit twee delen. In deel één kon de cliënt, samen met de therapeut, ecoline druppelen op een A2 papier d.m.v. pipetjes. Er kon gekozen worden uit de primaire kleuren: geel, blauw & rood. Het papier was bevestigd aan een houten bord. Daarna ging de cliënt tegenover de therapeut staan met het houten bord in handen van beiden. Door te bewegen met het bord waar het werkstuk op lag konden de druppels ecoline uitvloeien/uitlopen. In deel twee kon de cliënt het werkstuk individueel nog aanpassen met ecoline of water waar nodig.

Cliënt	Therapeut	Medium
Veiligheid: - Materiaal ligt klaar - Bord met vastgeplakt papier is van te voren gemaakt - Therapeut doet mee ter ondersteuning - Stapsgewijze instructies Structuur: - Bijhouden van de tijd - Stapsgewijze instructie - Werkvorm gesplitst in twee duidelijke delen - Gesloten kleurkeuze Zin- en vormgeving: - Open werkvorm → zelf mogen weten hoe er vorm wordt gegeven - Eigen kleurkeuze (binnen de gesloten kleuren) - Zowel individueel als samenwerken Spel/plezier - Exploreren van nieuw materiaal - Samen op één blad werken - Niet weten wat het resultaat gaat worden (toevalstechniek)	Werkvorm: - Samenwerkingsopdracht - Toevalstechniek Werkwijze: - Stapsgewijze instructies - Supportieve werkwijze (Smeijsters, 2014) Therapeutische techniek: - Participerend observeren d.m.v. samenwerken - Werken in tweetal (cliënt met therapeut) - Open en supportieve houding (Smeijsters, 2014) - Uitleg materiaalhantering Mediumtechniek: - Toevalstechniek Materiaal: - Wit A2 papier: - Ecoline: - Houten bord met A2 papier - Pipetjes - Penselen - Water	Eigenschappen: - Wit A2 papier: knippen, scheuren, vouwen, kreukelen - Ecoline: uit laten vloeien, druppelen, water toevoegen, mengen - Houten bord met A2 papier: tillen, bewegen, vereist wat fysieke inspanning - Pipetjes: druppelen met vloeibare materialen zoals ecoline - Penselen: vlakken vullen, verf op papier aanbrengen, strijken, strepen maken - Water: laten vloeien, druppelen, gieten, hulpmiddel bij verven Appèl: - Wit A2 papier: vullen - Ecoline: uit laten vloeien, druppelen, mengen - Houten bord met A2 papier: bewegen, tillen - Pipetjes: druppelen - Penselen: verf op penseel doen, gebruiken om te verven, (dunne penselen) fijne motoriek - Water: gebruiken om ecoline te laten vloeien Appèlwaarde: - Materiaal mogelijk niet fijn vinden wegens het uitvloeien

Bijlage 19, Observatieformulier beeldend werken

Observatieschema BT werkvormen

Naam geobserveerde:
Datum:
Beschrijving en argumentatie van de werkvorm (materiaal, techniek en doelstelling)

Thema's	Eigen observatie
Algemeen gedrag - Houding - Manier van communicatie - Hoe komt de cliënt binnen?	
Mediumgedrag: - Manier van werken - Mate van structuur (nodig) - Mate van 'opdrachtgetrouw' - Appèls en appèlwaarden	
Materiaalhantering en beleving: - Beweging - Kracht - Greep - Structuur - Tempo - Fysiek contact - Ritme - Ruimte - Lijnvoering - Kleurgebruik - Vormen - Interactie	
Therapeutisch gedeelte	Observaties
Benodigde interventies: - Welke interventies had deze persoon nodig?	
Houding van de therapeut	

Bijlage 20, Enquête hulpverleners

Enquête: pilot beeldende therapie bij afasie

Pagina 1

Beste,

Wij zijn twee 4e jaar studenten van de opleiding Vaktherapie beeldend, te Zuyd Hogeschool Heerlen. Voor ons afstudeerproject doen we een pilot in Adelante Hoensbroek voor afasie-cliënten. De vraag ontstond doordat er afasie-cliënten vastliepen in het uiten van emoties waardoor de bestaande behandeling niet toereikend genoeg was. Daarom richten we ons op het creëren van een beeldend therapeutisch aanbod gericht op emotie uiten. Hierin staat non-verbale communicatie centraal.

Door middel van deze enquête willen we meer zicht krijgen op de mogelijkheden en beperkingen van afasie-cliënten. Onze pilot richt zich op de mensen met forse afasie die het meeste problemen ervaren in hun communicatie.

Deze enquête is anoniem.

Alvast bedankt voor uw deelname!

Wat is uw leeftijd? *

jaar

Wat is uw beroep? *

Welk geslacht heeft u? *

- ☐ Man
☐ Vrouw
☐ Anders

Wat is uw hoogst afgeronde opleidingsniveau? *

Hoe lang werkt u met afasie-cliënten? *

jaar

Op welke gebieden voelt een afasie-cliënt zich beperkt volgens u? *

- ☐ Sociaal
☐ Communicatief
☐ Emotioneel
☐ Lichamelijk

Anders / Toelichting:

☐

Op welk gebied voelt een afasie-cliënt zich het MEEST beperkt volgens u? *

- ☐ Sociaal
☐ Communicatief
☐ Emotioneel
☐ Lichamelijk

Andere / Toelichting?

☐

Onderschatten mensen met afasie zichzelf?

Zo ja, op welke gebieden? *

Overschatten mensen met afasie zichzelf?

Zo ja, op welke gebieden? *

Worden mensen met afasie door hun omgeving voornamelijk onderschat of overschat?

Licht toe. *

Welke emoties en gevoelens observeert u het meest bij afasie-cliënten? *

(max. 5 keuzes)

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Boosheid | ☐ Onmacht | ☐ Angst | ☐ Spanning |
| ☐ Vechtlust | ☐ Onzekerheid | ☐ Ondergeschikt | ☐ Afhankelijk |
| ☐ Weerstand | ☐ Gevoel van te kort komen | ☐ Pijn | ☐ Sombor |
| ☐ Frustratie | ☐ Verlies gevoelens | ☐ Onrust | ☐ Falen |
| ☐ Verdriet | ☐ Schaamte | ☐ Gevangen | |

Anders / Toelichting:

☐

Worden volgens u sociale contacten verminderd door afasie? *

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting:

☐

Stellen afasie-cliënten zich volgens u vaak sterker op naar anderen dan ze zich eigenlijk voelen ? *

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting:

☐

Zijn er volgens u extra spanningen in de gezinssituatie bij afasie-cliënten? *

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting:

☐

Kent u beeldende therapie? *

☐ Ja

☐ Nee

Toevoeging:

☐

Waarom moet de omgeving waarin de therapie wordt gegeven voldoen voor de doelgroep afasie? *

(max. 2 keuzes)

☐ Een prettige sfeer

☐ Een prikkelarme omgeving

☐ Een rustige omgeving

☐ Continuïteit en herhaling

Anders:

☐

Welke van de volgende thema's zijn volgens u belangrijk om op te richten in therapie bij cliënten met afasie? *

(max.3 keuzes)

- | | |
|--|--|
| ☐ Acceptatie van mijn beperking | ☐ Meer zelfvertrouwen krijgen |
| ☐ Het leren omgaan met mijn beperking | ☐ Grenzen ontdekken |
| ☐ Plezier ervaren | ☐ Ontspanning vinden |
| ☐ Succes ervaren | ☐ Negatief zelfbeeld |

Toevoeging:

☐

Waarop is volgens u de centrale hulpvraag voor cliënten met afasie over het algemeen gericht ? *

(max. 4 keuzes)

- | | |
|--|---|
| ☐ Het leren omgaan met beperkingen | ☐ Het ontdekken van wat de cliënt nog kan |
| ☐ Het aanvaarden van het verlies | ☐ Het ontdekken van wat de cliënt wil |
| ☐ De beperking een plek geven | ☐ Meer rust in het leven krijgen |
| ☐ De kracht in zichzelf vinden | ☐ Het vinden van perspectief |
| ☐ Het toelaten van emoties en gevoelens | ☐ Grip krijgen op het leven |
| ☐ Het verwerken van wat is overkomen | ☐ Het onderzoeken naar wie ik ben en wie ik wil zijn |

Toevoeging:

☐

Welke onderstaande elementen zouden een toegevoegde waarde kunnen zijn voor mensen met afasie ? *

(max.2 keuzes)

- ☐ Creatief bezig zijn geeft ontspanning
- ☐ Zichzelf beter leren kennen
- ☐ Zich kunnen uitdrukken zonder er woorden aan te hoeven geven
- ☐ In hun eigen kracht komen
- ☐ Leren emotie en gevoelens te uiten

Toevoeging:

☐

Welke werkwijze vindt u het meest passend bij deze doelgroep? *

- ☐ Orto(ped)agogische werkwijze: gericht op ondersteunen van een algemene ontwikkeling, zoals bij o.a. gehandicapten. (activiteiten begeleiden).
- ☐ Supportieve werkwijze: gericht op het ondersteunen bij het leren omgaan met problemen. Niet gericht op het doorwerken van de problematiek en inzicht krijgen.
- ☐ Palliatieve werkwijze: gericht op het verzachten van fysieke pijn en het verzachten van en ondersteunen bij psychische problemen. Wordt veel gebruikt bij rouwverwerking.
- ☐ Re-educatieve werkwijze: gericht op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Eigen gedrag en beleven in het "hier en nu" en de directe oorzaken hiervan staan centraal.

Toevoeging:

☐

Waaraan moet de rol/attitude van de therapeut voldoen volgens u? *

(max. 5 keuzes)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Ondersteunend | ☐ Positief bekrachtigen | ☐ Aansluiten op de mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt | ☐ Ander gedrag uitlokken |
| ☐ Motiverend | ☐ Structurerend | ☐ Trainingsgericht | ☐ Voorzichtig |
| ☐ Volgend | ☐ Stemt af op het niveau van de cliënt | ☐ Regie bij de cliënt leggen | ☐ Reflecterend |
| ☐ Confronterend | ☐ Voorbeelden aanreiken | ☐ Direct maar respectvol | ☐ Op de achtergrond |

Toevoeging:

☐

Wat denkt u dat het best passend is bij deze doelgroep? *

- ☐ Individuele therapie
- ☐ Groepstherapie
- ☐ Zowel individuele als groepstherapie

Toevoeging:

☐

Wanneer u gekozen heeft voor groepstherapie:

Welke elementen vindt u belangrijk? *

- ☐ NVT.
- ☐ Contact met lotgenoten
- ☐ Gezelligheid
- ☐ Zij vinden het fijn om andere mensen om zich heen te hebben
- ☐ Zij voelen zich in een groep veiliger dan alleen
- ☐ Herkenning vinden
- ☐ Sociaal contact vergroten

Toevoeging:

☐

Hoe groot moet de groep zijn volgens u?

☐ 5 personen of minder

☐ Tussen de 5 en de 10 personen

Toevoeging:

☐ _____

Wanneer u gekozen heeft voor individuele therapie:

Welke elementen vindt u belangrijk? *

☐ NVT

☐ Zijn voelen zich alleen veiliger dan in groep

☐ Dan durven zij zich meer open te stellen

☐ Omdat zij te vermoeid zijn

☐ Omdat ze anders overprikkeld worden

Toevoeging:

☐ _____

Bedankt voor uw deelname!

Heeft u nog vragen, opmerkingen of feedback?

Contacteer ons dan via 1535374top@zuyd.nl

Vriendelijke groeten,

Liyan en Saar

» **Redirection to final page of Enquêtes Maken** ([wijzigen](#))

Bijlage 21, PowerPoint evaluatie

Dia 1

"UIT EMOTIE"

Een actiegericht onderzoek naar het uiten van emoties bij mensen met afasie in beeldende therapie.

Saar De Haes en Liyan Top
Studenten vaktherapie beeldend
24 mei 2019

**Evaluatiepresentatie
Onderzoeksresultaten**

Dia 2

Productevaluatie

Onderzoeksvraag

- "Hoe kan beeldende therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van volwassenen met afasie te Adelante Hoensbroek, gericht op het uiten van emoties?"
- "Welke symptomen worden zichtbaar bij een persoon met afasie wanneer hij/zij vastloopt in zijn/haar emoties?"

Dia 3

Verloop

- Interviews met:
 - D. Mennen (psycholoog)
 - J. Ploum (logopedist)
 - M. Thaler (beeldend therapeut)
 - M. Habets (muziek therapeut)
 - M. van der Pijl (beeldend therapeut)
- Meelopen BT en enquête chronische pijn (6)
- Interviews en werkvormen
 - 4 afasie - Cliënten te adelante
 - 1 oud-afasie-cliënt van adelante
- Enquête hulpverleners (+/-13)

Dia 4

Probleemgebieden

Meest beperkt

Probleemgebied	Waarde
Sociaal	6
Communicatief	7
Emotioneel	1
Lichamelijk	0

Algemeen beperkt

Probleemgebied	Waarde
Sociaal	14
Communicatief	14
Emotioneel	14
Lichamelijk	5
Anders	3

Anders:

- "hangt af van de ernst van de afasie, comorbiditeit en de ervaringen beperkingen die per persoon anders kunnen zijn"
- "totale menu"
- "per individu verschillende en afhankelijk van de soort afasie"

Dia 5

- Sociaal → Isolatie Systeem
- Communicatief → Mogelijkheden en onmogelijkheden vanuit cliënt en omgeving
- Emotioneel

Voor en na afasie
Zichtbaar emoties

Categorie	Waarde
Beeldend	5
Verbaliserend	0
Werkend	0
Fransisch	12
Verhalen	10
Omroep	10
Omroep	3
Omroep	3
Omroep	2
Schietende	5
Alles	1
Omroep	1
Pijl	0
Omroep	1
Omroep	4
Omroep	4
Omroep	3
Omroep	3
Totaal	1

Dia 6

Algemene benadering

- Het individu
- Begrijpen van de cliënt
- Concentratie & belastbaarheid
- Normaliseren

Dia 7

TAALBEGRIIP	
	is niet aangetast
Verbaal	Communiqueer gelijkwaardig Communiqueer gelijkwaardig. Het is wel van belang continu na te checken of cliënt de inhoud van het gesprek verstaat. Hulpmiddelen: • Trager spreken, meer pauzes inlaten • Focus leggen op hoofdzaken, korte en duidelijke zinnen maken. • Herhalen en samenvatten
Non-verbaal	In principe geen extra non-verbale communicatie nodig Observeren van en aansluiten bij de cliënt is hierbij extra belangrijk om non-verbale signalen waar te nemen/op te vangen. Hulpmiddelen: • Opschrijven, noteren om woorden te verduidelijken. • Visueel maken door tekenen van beeld • Gebruiken van pictogrammen / afbeeldingskaarten / afbeeldingen via internet • Uitbeelden, aanwijzen in de ruimte

Dia 8

TAALPRODUCTIE	
	is niet aangetast
Verbaal	Hierdoor is het mogelijk dat de hulpverlener de cliënt beter begrijpt omdat er verbaal gepraat kan worden. Communiqueer gelijkwaardig • Gesloten vragen stellen (ja, nee) • Woorden/zinnen eventueel aanvullen waarbij het belangrijk is dat er altijd gekeken wordt of de interpretatie van de hulpverlener klopt met wat de cliënt bedoelt.
Non-verbaal	In principe geen extra non-verbale communicatie nodig Observeren van en aansluiten bij de cliënt is hierbij extra belangrijk om non-verbale signalen waar te nemen/op te vangen. • Aanbieden van pen en papier om te schrijven of tekenen. • Gebruiken van pictogrammen / afbeeldingskaarten / afbeeldingen via internet

Dia 9

Methodisch werken in BT

Clïent 1



- Te kort aan structuur
- Participerend observeren
- Materiaalhantering & -beleving



- Medium gedrag
- Afstemming in materiaal en instructie
- Beleving

Dia 10

Oud cliënt 2



- Werken met beeld (associatie)
- Beleving (plotseling stoppen)
- Emotie
- Grenzen?



- Instructie
- Non-verbaal communiceren
- Spel

Dia 11

Clïent 3



- Structuur / opbouw
- Realistische vormgeving
- Associatie
- Normaliseren

Dia 12

Clïent 4





- Eerdere ervaringen met BT
- Materiaalhantering & -beleving
- Kleurovergang

Dia 13

Cliënt 5



- Zwaarste afasie-cliënt
- Communicatie
- Algemeen versus medium gedrag
- Materiaalhantering en beleving
 - Deel 1
 - Deel 2

Dia 14

Belangrijkste aspecten

- Afstemmen op individu
- Communicatie therapeut
- Therapeutische houding
- Structureren
- Ervaringen opdoen in het medium

Dia 15

Meerwaarde van BT, afasie-cliënten

- BT kan een meerwaarde hebben voor andere en/of mezelf
 - Niet denken maar doen "je zit niet in je hoofd"
 - Anders dan andere therapieën "moet niet oefenen, presteren"
 - Rust ervaren
 - Dingen plaatsen zonder er over te hoeven praten
- Vanuit observatie:
 - Ervaringsgericht werken
 - Associëren van vroegere herinnering (deels plaatsen, verlies verwerken),
 - Nieuwe ervaringen op doen
 - Mogelijkheden ontdekken
 - Inzicht krijgen in eigen handelen
 - Spel/plezier ervaren
 - Niet hoeven presteren (rust beleven)

Dia 16

Meerwaarde BT, Chronische pijngroep

"Creativiteit", "verbeelding", "het expressief uitbeelden in kleur en vorm", "herkennen van emotie en uiten er van", "kijken naar toekomst", "meditatie", "gedachten in beeld uitwerken".

- Inzicht in eigen gedachten en gevoelens via het beeld "Het visueel maken van gevoelens en gedachten." en "Mooie manier om gevoelens te uiten i.p.v. praten."
- Spelplezier, eigen mogelijkheden ontdekken "kind in mezelf ontdekken"
- Rust, ontspanning hebben een meerwaarde
- Nabesprekingen zijn noodzakelijk:
 - Delen met andere nieuwe inzichten, andere kijk
 - Jezelf beter begrijpen door het uit te spreken
 - Dingen plaatsen
 - Zelf inzicht krijgen

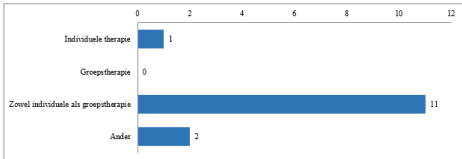
Dia 17

Meerwaarde van BT, hulpverlener

- Zicht krijgen op handel- en gedragspatronen van cliënt
- Ondersteuning op psychisch voor cliënten
- Oefentijd blijft oefentijd

Dia 18

Individueel / groep

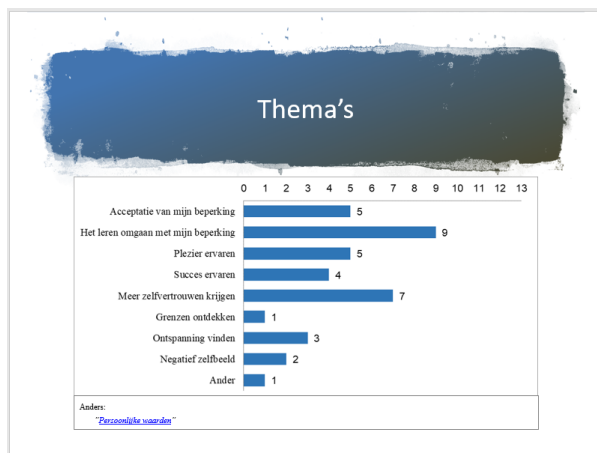


Therapie	Aantal
Individuele therapie	1
Groepstherapie	0
Zowel individuele als groepstherapie	11
Ander	2

Anders:
 "gezien de verschillende problematiek die kan spelen en de hoge mate van aandacht die nodig is, zal een individuele aanpak waarschijnlijk het beste aansluiten. Aan de andere kant kan het samen doen van activiteiten met andere afasie-patiënten misschien juist ook helpend zijn. ik denk wel dat dit, in ieder geval de revalidatie, moeilijk te organiseren is."

"afhankelijk van de beperking/ mogelijkheden en doelen".

Dia 19

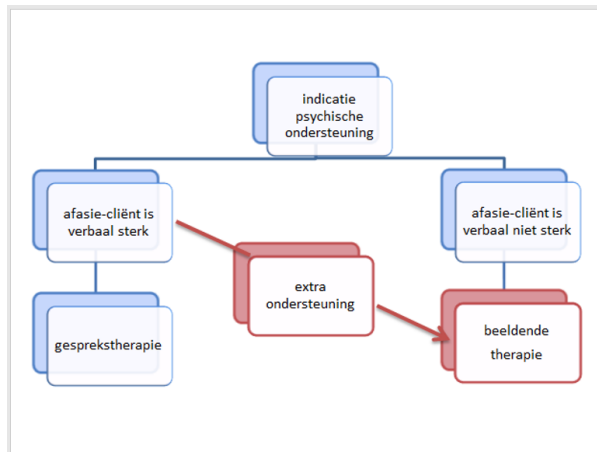


Dia 20

Indicatiestelling

- Vastlopen in emoties
- Iedereen heeft andere ideeën
 - Diagnosticeren via depressieve kenmerken
 - "Afvinklijst" met bepaalde criteria
 - Fasering

Dia 21



Dia 22

Procesevaluatie

- Start van het onderzoek
- Samenwerking
- Sterktes & zwaktes

Dia 21

Vervolgonderzoek?

- Belangrijke aandachtspunten
- Dromen/wensen
- Noden

Bijlage 22, Interviews hulpverleners

Hieronder vind je al de interviews vragen die gesteld zijn naar de hulpverleners. Per actor vind je de lijst.

a) D. Mennen

Thema's	Vragen	Doel v.d. vraag
Algemeen, werk instelling	Allereerst zouden we graag zicht krijgen op u functie in de instelling zelf zodat we een algemeen beeld kunnen vormen - Hoelang heeft u hier aan het werk? - Wat houdt jouw werk op de Adelante als (neuro)psycholoog in? - o Werkt u ook met andere doelgroepen? - o Heeft u zelf een bepaalde manier van werken, visie, stroming? - o Heeft de instelling een bepaalde manier van werken, visie, stroming?	- Zicht krijgen op de instelling - zicht krijgen op zijn vakgebied - Aansluiten bij visie instelling/ werknemers voor aanbod
	Verder zouden we graag te weten krijgen hoe u als psycholoog zijnde mensen met afasie benadert - Wat zijn de kenmerken bij mensen met afasie waar u als psycholoog op let? - o Gemoedstoestand? - o Sociaal contact?	- Om een beeld te krijgen over afasiecliënten op psychisch vlak - Om belangrijke thema's eruit te kunnen halen die belangrijk kunnen zijn voor het creëren van ons aanbod
	Om inzicht te krijgen in het aanbod dat u biedt als psycholoog hebben we hier ook een aantal vragen over. Dit zowel naar de afasiecliënten toe als naar het systeem. - Wat biedt u in uw behandeling van afasiecliënten aan? - o Inhoud ▪ Welke onderwerpen komen aan bod (kunnen wij deze inzien?) + waarom deze? ▪ Psycho-educatie? ▪ Omgeving/naasten/systeem betrekken?	- Inhoud leren kennen, hoofdthema's en neven thema's - Wordt het netwerk van de cliënt ook ondersteunt - Hoe belangrijk is het voor de cliënt om het systeem

	○ Wat praktische informatie: Hoe gaat u te werk? (communicatie en inhoud overbrengen) ▪ Frequentieduur ▪ Doel ▪ Individueel of in groep (mate van afasie)	mee te nemen in behandeling - Kijken naar frequentie om mogelijk te weten te komen hoelang de concentratieboog van afasiecliënten is → op die manier kunnen we de BT werkvormen aanpassen
	U werkt hier al X aantal jaar en maakt dus al langer deel uit van het behandelprogramma van afasie. - Als psycholoog zijnde, ziet u mogelijke verbeterpunten, beperkingen in de behandeling van afasiecliënten?	- Waar zitten mogelijkheden, beperkingen, waar rekening gehouden kan mee worden - Waar BT kan inspringen
Ons onderzoek	INTRODUCTIE ONDERZOEK ○ Onderzoeksvraag ○ Uiten van emoties ○ Beeldende therapie (aspecten, non-verbaal) ○ Zelf nog vragen?	- De psycholoog een beter inzicht geven op ons onderzoek - Ruimte geven voor vragen van psycholoog - Kijken of er overlappingen, herkenning zijn vanuit psycholoog
Afasiecliënt en emoties	De volgende thema's zijn van belang in ons onderzoek. We zouden graag door uw expertise meer inzicht krijgen op het gebied van de volgende vragen. - Uw vakgebied houdt zich minder bezig op het bevorderen van de spraak dan bijv. de logopedie, hoe brengt u uw kennis over aan afasiecliënten? ○ Hoe verloopt de communicatie daarin? (psycholoog ← → afasiecliënt) ○ Op welke aspecten focust u in communicatie met afasiecliënten (non-verbale, lichaamshouding, etc.)	- Andere manier communiceren leren kennen - Aandachtspunten waar wij als beeldend therapeut op kunnen gaan letten

	- Zijn er bepaalde hulpmiddelen die u gebruikt als psycholoog om de communicatie te vergemakkelijken? (bijv. picto's) - o Do's en don'ts als hulpverlener in de communicatie ▪ Gesloten/open gesprek - o Heeft u hulpmiddelen of voorlichting voor de context van de afasie cliënt (of zelfs trainingen?) ▪ Zo ja (zelf mee volgen in contact komen met deze mensen om vragen te stellen)	- Om als hulpverlener gemakkelijker in “gesprek” te gaan met afasiecliënten - Om onze interviews erop aan te passen - Om onze BT werkvormen op aan te passen
	Op onderzoek is gericht op het uiten van emoties bij afasiecliënten. - Merkt u een verschil tussen mensen met afasie en zonder bij het omgaan met emotie?? - Wat is daarbij dan “normaal”? Wat hoort bij de afasie/wat niet? - Merkt u op als mensen vastlopen in hun behandeling? (gericht op emoties) - o Waaraan (hoe?) ▪ Gedragingen ▪ Gedachten ▪ Gevoelens - o Wanneer zou iemand in aanraking komen om extra ondersteuning te krijgen (BT)?	- Erachter komen waarom mensen met afasie juist belemmerd worden

	- Richt u zich dan ook op deze persoonlijke thema's waar mensen mee zitten? - o Hoe gaat u daarmee te werk? - o Welke problemen, thema's komen vaak voor bij afasie cliënten? ▪ Zijn er overeenkomsten bij verschillende afasiecliënten ▪ Bv: gaan mensen harder praten bij frustratie, etc.	- Zicht krijgen om de meest overkoepelende thema's om aan te sluiten in BT en in te leven in de doelgroep
Interdisciplinair Samenwerken	Als laatste vroegen we ons af hoe de interdisciplinair samengewerkt wordt. - Afsluiting: hoe zou u de combi zien tussen afasie, psychologie en BT	

b) M. van der Pijl

Thema's	Vragen	Doel v.d. vraag
Algemeen, werk instelling	Allereerst zouden we graag zicht krijgen op uw functie in de instelling zelf zodat we een algemeen beeld kunnen vormen - Wat houdt uw werk op de Adelante als beeldend therapeut in? - o Werkt u ook met andere doelgroepen? - o Hoelang werkt u hier al? - Is BT bij de afdeling PIJN standaard in de behandeling? - Op de PIJN afdeling hoorden we dat er gewerkt wordt met ACT. Hoe past u deze toe? - Hoeveel cliënten ziet u per week?	- Zicht krijgen op de instelling - Zicht krijgen op zijn vakgebied - Aansluiten bij visie instelling/ werknemers voor aanbod
Inhoud beeldende therapie	Om inzicht te krijgen in het aanbod dat u biedt als beeldend therapeut hebben we hier ook een aantal vragen over. We hoorden van andere	

	hulpverleners dat er voornamelijk wordt afgestemd op de cliënt en zijn noden/behoefes. - Wat biedt u in uw behandeling aan op gebied van emoties (uiten)? - o Inhoud ▪ Bijpassende thema's? (vanuit de cliënt?) ▪ Doelen vanuit de cliënt? ▪ Werkvormen/technieken ● in of met medium ● Symbolisch, beeldspraak, tegenstellingen,... ▪ Materialen - o Wat vindt u zelf belangrijk om aan te werken in BT? - Het systeem is van grote invloed op de cliënt (positief en mogelijk negatief). Van de psycholoog hoorden wij dat de meeste cliënten het fijn vinden wanneer de partner erbij is. Hoe gaat u hiermee om in BT? - o Individueel, in groep of met partner? (mate van afasie?) - o Wat praktische informatie: Hoe gaat u te werk? ▪ Frequentie / duur (concentratievermogen) - Mensen van de PIJN behandeling hebben lichamelijke beperkingen (verlamming, etc.). Hoe gaat u daarmee om in BT? Past u de werkvorm daarop aan of biedt u juist extra ondersteuning zonder de werkvorm aan te passen?	- Inhoud leren kennen, hoofdthema's en neven thema's - Wordt het netwerk van de cliënt ook ondersteunt - Hoe belangrijk is het voor de cliënt om het systeem mee te nemen in behandeling, vooral in BT? - Kijken naar frequentie om mogelijk te weten te komen hoe lang de concentratieboog van afasiecliënten is → op die manier kunnen we de BT werkvormen aanpassen
Ons onderzoek	INTRODUCTIE ONDERZOEK - o Onderzoeksvraag - o Uiten van emoties - o Beeldende therapie (aspecten, non-verbaal)	- De beeldend therapeut een beter inzicht geven op ons onderzoek - Ruimte geven voor vragen van de beeldend therapeut

	○ Zelf nog vragen/opmerkingen?	- Kijken of er overlappingen, herkenning zijn van de beeldend therapeut
Emoties	Op onderzoek is gericht op het uiten van emoties bij afasiecliënten. - Merkt u het wanneer mensen vast lopen in hun behandeling? (gericht op emoties) ○ Waaraan (hoe?) ▪ Gedragingen ▪ Gedachten ▪ Gevoelens ○ Wanneer zou iemand in aanraking komen om extra ondersteuning te krijgen (BT)? (wanneer BT niet in standaard pakket zit)	- Erachter komen waarom mensen met afasie juist belemmerd worden
	- Richt u zich dan ook op deze persoonlijke thema's waar mensen mee zitten? ○ Hoe gaat u daarmee te werk? ○ Welke problemen, thema's komen vaak voor bij cliënten?	- Zicht krijgen om de meest overkoepelende thema's om aan te sluiten in BT en inleven in de doelgroep
Indicatie BT	Wij keken ook naar de vraag wanneer een cliënt verwezen kon worden naar BT. Wij weten onder andere al dat BT sowieso geschikt is voor mensen met een forse afasie waar communicatie niet meer mogelijk is (daardoor gesprekstherapie ook niet). - Hoe denkt u dat BT een bijdrage kan leveren in het communiceren op een andere manier?	- Kunnen specificeren voor ons wanneer BT van toepassing is
Interdisciplinair Samenwerken	Als laatste vroegen we ons af of er een mate van interdisciplinaire samenwerking is tussen BT en andere hulpverleners. Als voorbeeld een interdisciplinaire werkvorm van deels muziektherapie en deels beeldende therapie. Of juist een samenwerking tussen de psycholoog en BT	- De meerwaarde van interdisciplinair werken per hulpverlener

	- Hoe ziet u het interdisciplinair werken tussen verschillende hulpverleners	
--	--	--

c) M. Thaler

Thema's	Vragen	Doel v.d. vraag
Algemeen, werk instelling	Allereerst zouden we graag zicht krijgen op jouw functie in de instelling zelf zodat we een algemeen beeld kunnen vormen - Wat houdt uw werk op de Adelante als beeldend therapeut in? - o Werkt u ook met andere doelgroepen? - o Heeft u zelf een bepaalde manier van werken, visie, stroming? - o Gebruikt u ACT? - o Waarom bij de PIJN afdeling? - Hoelang werkt u hier al? - Hoeveel cliënten ziet u per week?	- Zicht krijgen op de instelling - zicht krijgen op haar vakgebied - Aansluiten bij visie instelling/ werknemers voor aanbod
Inhoud beeldende therapie	Verder zouden we graag te weten krijgen hoe u als beeldend therapeut zijnde mensen met afasie benadert - Wat zijn de kenmerken bij mensen met (forse) afasie waar u als beeldend therapeut op let? (bijv. bij logopedie is het vooral gericht op communicatie) - o Algemeen- en mediumgedrag - o Manier van communicatie - o Zou u dit bij afasiecliënten inzetten. Waarom wel/waarom niet? - Is er een verschil tussen gedrag van afasiecliënten in BT en andere cliënten? → gericht op het feit dat zij de verbale communicatie	- Om een beeld te krijgen over afasiecliënten vanuit het medium - Om belangrijke thema's eruit te kunnen halen die belangrijk kunnen zijn voor het creëren van ons aanbod

	kwijt zijn. Om inzicht te krijgen in het aanbod dat u biedt als beeldend therapeut hebben we hier ook een aantal vragen over. Als het goed is heeft u al een aantal BT sessies aan afasiecliënten gegeven. - We hoorden van andere hulpverleners dat er voornamelijk wordt afgestemd op de cliënt en zijn noden/behoefes. Wat biedt u in uw behandeling van afasiecliënten aan? - o Inhoud (mogelijk bespreekbare opties) ▪ Thema's? (vanuit de cliënt?) ▪ Doelen vanuit de cliënt? ▪ Werkvormen/technieken/in/met het medium/symbolisch? (wat sluit het beste aan?) ▪ Verschillen BT werkvormen/techniek etc. bij Afasie/PIJN ▪ Welke doelgroepen hebben raakpunten met afasie in BT. Bv angststoornis, stemming, rouw, verstandelijk beperkt (naar communicatie tot) - o Wat vindt u zelf belangrijk om aan te werken in BT? - o Wat praktische informatie: Hoe gaat u te werk? (communicatie en inhoud overbrengen) ▪ Frequentie / duur (concentratievermogen) ▪ Materialenuitleg? - Hoe evalueert u met de cliënt wanneer er bijv. geen nabespreking mogelijk is? - M. van der Pijlgaf aan dat ze met meditatie/muziek/afbeeldingen werkte met een afasiecliënt. Stelling: "het gebruiken van non-verbale methodieken (voor instructie) vergemakkelijkt het om tot	- Inhoud leren kennen, hoofdthema's en neven thema's - Wordt het netwerk van de cliënt ook ondersteunt - Hoe belangrijk is het voor de cliënt om het systeem mee te nemen in behandeling, vooral in BT? - Kijken naar frequentie om mogelijk te weten te komen hoe lang de concentratieboog van afasiecliënten is → op die manier kunnen we de BT werkvormen aanpassen
--	--	---

	beeldend werken te komen en daardoor tot het gemakkelijker kunnen uiten van emoties'' Hoe denkt u hierover? - De hulpverleners die we gesproken hebben vertelden ons dat het voor afasiecliënten beter is om individueel te werken. Sluit u zich hierbij aan? - o Bij de meeste sessies bij behandeling NAH mogen de partners meelopen. Hoe zou u dit doen in BT? - Mensen met een NAH én afasie kunnen mogelijk ook lichamelijke beperkingen hebben (verlamming, etc.). Hoe gaat u daarmee om in BT? Past u de werkvorm daarop aan of biedt u juist extra ondersteuning zonder de werkvorm aan te passen?	
Ons onderzoek	INTRODUCTIE ONDERZOEK - o Onderzoeksvraag - o Uiten van emoties - o Beeldende therapie (aspecten, non-verbaal) - o Zelf nog vragen/opmerkingen?	- De beeldend therapeut beter inzicht geven op ons onderzoek - Ruimte geven voor vragen van de beeldend therapeut - Kijken of er overlappingen, herkenning zijn van de beeldend therapeut
Afasiecliënt en emoties	De volgende thema's zijn van belang in ons onderzoek. We zouden graag door uw expertise meer inzicht krijgen op het gebied van de volgende vragen. - Zijn er bepaalde hulpmiddelen die u gebruikt om de communicatie te vergemakkelijken/af te toetsen? (bijv. picto's,) - Wat zijn volgens u de do's en don'ts als beeldend therapeut in de sessie voor deze doelgroep? - o D. Mennenvermeldde dat het beter is om 1 thema goed te bespreken dan 2 of 3 half.	- Andere manier communiceren leren kennen - Aandachtspunten waar wij als beeldend therapeut op kunnen gaan letten - Om als hulpverlener gemakkelijker in "gesprek" te gaan met afasiecliënten - Om onze interviews erop aan te passen

	- Wat zijn de aspecten in BT die extra aandacht nodig hebben tijdens het beeldend werken bij de doelgroep afasie (bv: structuur, veiligheid,) - Stelling: De focus voor dit onderzoek in BT ligt op de materiaalinteractie, het handelen met het materiaal plus wat het materiaal met de afasiecliënt doet, hoe denkt u hierover?	- Om onze BT werkvormen op aan te passen
	Op onderzoek is gericht op het uiten van emoties bij afasiecliënten. - Merkt u een verschil tussen mensen met afasie en zonder bij het omgaan met emotie? - Wat is daarbij dan ‘normaal’? Wat hoort bij de afasie/wat niet? - Merkt u op als mensen vast lopen in hun behandeling? (gericht op emoties) - o Waaraan (hoe?) ▪ Gedragingen ▪ Gedachten ▪ Gevoelens - Stelling: Wat is volgens u de uitleg van “vastlopen in emoties?”	- Erachter komen waarom mensen met afasie juist belemmerd worden
	- Richt u zich dan ook op deze persoonlijke thema’s waar mensen mee zitten? - o Hoe gaat u daarmee te werk? - o Welke problemen, thema’s komen vaak voor bij afasie cliënten? ▪ Zijn er overeenkomsten bij verschillende afasiecliënten	- Zicht krijgen om de meest overkoepelende thema’s om aan te sluiten in BT en inleving in de doelgroep

Indicatie BT	Wij keken ook naar de vraag wanneer een cliënt verwezen kon worden naar BT. Wij weten onder andere al dat BT sowieso geschikt is voor mensen met een forse afasie waar communicatie niet meer mogelijk is (daardoor gesprekstherapie ook niet). - Welke aspecten, symptomen zijn, naast de communicatieproblemen, volgens u nodig om iemand door te verwijzen naar BT? (kijkend naar de behandeling van mensen met afasie) - Stelling “Er moet een beeldend therapeut aanwezig zijn bij de intakegesprekken en/of diagnosestelling in het team”. Wat vindt u van deze stelling?	- Kunnen specificeren voor ons wanneer BT van toepassing is
Interdisciplinair Samenwerken	Als laatste vroegen we ons af of er een mate van interdisciplinaire samenwerking is tussen BT en andere hulpverleners. Als voorbeeld een interdisciplinaire werkvorm van deels muziektherapie en deels beeldende therapie. Of juist een samenwerking tussen de psycholoog en BT - Hoe ziet u het interdisciplinair werken tussen verschillende hulpverleners van de afdeling NAH en BT - Stelling: “Het behandelteam NAH moet eerst een goed algemeen beeld krijgen (d.m.v. voorlichting?) van BT om te kunnen doorverwijzen”	- De meerwaarde van interdisciplinair werken per hulpverlener

d) M. Habets Habets

Thema's	Vragen	Doel v.d. vraag
Algemeen, werk instelling	Allereerst zouden we graag zicht krijgen op uw functie in de instelling zelf zodat we een algemeen beeld kunnen vormen	

	- Wat houdt uw werk op Adelante als muziek therapeut in? - o Met welke doelgroepen werkt u? - o Van Martina hoorden we dat er bij de PIJN afdeling veel met ACT wordt gewerkt. Heeft u zelf een bepaalde manier van werken, visie, stroming? - Hoelang werkt u hier al? - Hoeveel afasiecliënten heeft u gezien? (wanneer hij ze niet standaard ziet) OF hoeveel cliënten ziet u per week?	- Zicht krijgen op de instelling - zicht krijgen op haar vakgebied - Aansluiten bij visie instelling/ werknemers voor aanbod
Inhoud beeldende therapie	Verder zouden we graag te weten komen hoe u als muziektherapeut zijnde mensen met afasie benadert - Wat zijn de kenmerken bij mensen met (forse) afasie waar u als muziektherapeut op let? (bijv. bij logopedie is het vooral gericht op communicatie) - o Algemeen- en mediumgedrag - o Manier van werken in MT - o Manier van communicatie - Wanneer u met afasiecliënten werkt, werkt u dan vooral aan het bevorderen van de spraak of juist aan psychische klachten? - Is er een verschil tussen gedrag van afasiecliënten in MT en andere cliënten? → gericht op het feit dat zij de verbale communicatie kwijt zijn.	- Om een beeld te krijgen over afasiecliënten vanuit het medium - Om belangrijke thema's eruit te kunnen halen die belangrijk kunnen zijn voor het creëren van ons aanbod
	Om inzicht te krijgen in het aanbod dat u biedt als muziektherapeut hebben we hier ook een aantal vragen over. - We hoorden van andere hulpverleners dat er voornamelijk wordt afgestemd op de cliënt en zijn noden/behoefes. Wat biedt u in uw behandeling van afasiecliënten aan?	- Inhoud leren kennen, hoofdthema's en neven thema's

	○ Inhoud ▪ Thema's? (vanuit de cliënt?) ▪ Doelen vanuit de cliënt? ▪ Werkvormen/technieken ○ Wat vindt u zelf belangrijk om aan te werken in MT? - Wat praktische informatie: Hoe gaat u te werk? (communicatie en inhoud overbrengen) ○ Frequentie / duur (concentratievermogen) ○ Materialenuitleg? - De hulpverleners die we gesproken hebben vertelden ons dat het voor afasiecliënten beter is om individueel te werken. Sluit u zich hierbij aan? ○ Bij de meeste sessies bij behandeling NAH mogen de partners meelopen. Is dit ook in MT? Waarom wel, waarom niet? ○ Heeft de mate van afasie invloed om hoe MT vorm word gegeven? - Evalueert u met de cliënt wanneer er bijv. geen nabespreking mogelijk is? Zo, ja op welke manier doet u dit? - Mensen met een NAH én afasie kunnen mogelijk ook lichamelijke beperkingen hebben (verlamming, etc.). Hoe gaat u daarmee om in MT	- Wordt het netwerk van de cliënt ook ondersteunt - Hoe belangrijk is het voor de cliënt om het systeem mee te nemen in behandeling, vooral in BT? - Kijken naar frequentie om mogelijk te weten te komen hoe lang de concentratieboog van afasiecliënten is → op die manier kunnen we de BT werkvormen aanpassen
Ons onderzoek	INTRODUCTIE ONDERZOEK ○ Onderzoeksvraag ○ Uiten van emoties ○ Beeldende therapie (aspecten, non-verbaal) ○ Zelf nog vragen/opmerkingen?	- Muziektherapeut een beter inzicht geven op ons onderzoek - De ruimte geven voor vragen van de muziektherapeut - Kijken of er overlappingen, herkenning zijn van

		de muziektherapeut
Afasiecliënt en emoties	De volgende thema's zijn van belang in ons onderzoek. We zouden graag door uw expertise meer inzicht krijgen op het gebied van de volgende vragen. - Zijn er bepaalde hulpmiddelen, naast de MT, die u gebruikt om de communicatie te vergemakkelijken/af te toetsen? - Wat zijn volgens u de do's en don'ts als muziek therapeut in de sessie voor deze doelgroep? - o D. Mennenvermeldde dat het beter is om 1 thema goed te bespreken dan 2/3 half. - Wat zijn de aspecten in MT die extra aandacht nodig hebben tijdens het muzikaal werken bij de doelgroep afasie (bv: structuur, veiligheid,)	- Andere manier communiceren leren kennen - Aandachtspunten waar wij als beeldend therapeut op kunnen gaan letten - Om als hulpverlener gemakkelijker in "gesprek" te gaan met afasiecliënten - Om onze interviews erop aan te passen - Om onze BT werkvormen op aan te passen

	Op onderzoek is gericht op het uiten van emoties bij afasiecliënten. - Merkt u een verschil tussen mensen met afasie en zonder bij het omgaan met emotie? - Wat is daarbij dan ‘normaal’? Wat hoort bij de afasie/wat niet? - Merkt u op als mensen vastlopen in hun behandeling? (gericht op emoties) - o Waar aan (hoe?) ▪ Gedragingen ▪ Gedachten ▪ Gevoelens - Stelling: Wat is volgens u de definitie van het “vastlopen in emoties?” Welke doelgroepen hebben raakpunten met afasie in de manier van werken als vaktherapeut. Bv. angststoornis, stemming, rouw, verstandelijk beperkt (naar communicatie toe) - Richt u zich dan ook op deze persoonlijke thema’s waar mensen mee zitten? - o Hoe gaat u daarmee te werk? - o Welke problemen, thema’s komen vaak voor bij afasie cliënten? ▪ Zijn er overeenkomsten bij verschillende afasiecliënten ▪ Bv: gaan mensen harder praten bij frustratie, etc.	
--	--	--

Indicatie BT	Wij keken ook naar de vraag wanneer een cliënt verwezen kon worden naar MT of BT. Wij weten onder andere al dat VT sowieso geschikt is voor mensen met een forse afasie waar communicatie niet meer mogelijk is (daardoor gesprekstherapie ook niet). - Welke aspecten, symptomen zijn, naast de communicatieproblemen, volgens u nodig om iemand door te verwijzen naar VT (MT of BT)? (kijkend naar de behandeling van mensen met afasie) - Stelling “Er moet een vaktherapeut aanwezig zijn bij de intakegesprekken en/of diagnosestelling in het team.” Wat vindt u van deze stelling?	- Kunnen specificeren voor ons wanneer BT van toepassing is.
Interdisciplinair Samenwerken	Als laatste vroegen we ons af of er een mate van interdisciplinaire samenwerking is tussen BT en andere hulpverleners. Als voorbeeld een interdisciplinaire werkvorm van deels muziektherapie en deels beeldende therapie. - Hoe ziet u het interdisciplinair werken tussen BT en MT? Apart of samen - Stelling: “Het behandelteam NAH moet eerst een goed algemeen beeld krijgen (d.m.v. voorlichting?) van VT om te kunnen doorverwijzen.” - o BT en MT op de kaart zetten binnen een behandelteam in Adelante	- De meerwaarde van interdisciplinair werken per hulpverlener

e) J. Ploum

Thema's	Vragen	Doel v.d. vraag
Algemeen, werk instelling	Allereerst zouden we graag zicht krijgen op uw functie in de instelling zelf zodat we een algemeen beeld kunnen vormen - Wat houdt uw werk op de Adelante als logopedist in? - o Van D. Mennenhoorden we dat aansluiten bij de patiënt een belangrijk aspect was, hoe past u dit toe in logopedie? Zoals we al hadden gezien op de meeloop dag, zijn er meerdere logopedisten aanwezig. Zijn jullie gespecialiseerd op verschillende gebieden wat is de reden hiervan? - o Werkt u ook met andere doelgroepen? - Hoelang werkt u hier al? - Hoeveel afasiecliënten ziet u per week?	- Zicht krijgen op de instelling - zicht krijgen op haar vakgebied - Aansluiten bij visie instelling/ werknemers voor aanbod
Inhoud logopedie	Verder zouden we graag te weten krijgen hoe u als logopedist zijnde mensen met afasie benadert - Wat zijn de kenmerken bij mensen met (forse) afasie waar u als logopedist op let? (ook naast het bevorderen van de spraak?) - o Manier van communicatie - o Algemeen gedrag - o Systeem en partner - o Motivatie	- Om een beeld te krijgen over afasiecliënten vanuit het medium - Om belangrijke thema's eruit te kunnen halen die belangrijk kunnen zijn voor het creëren van ons aanbod
	U werkt hier al X aantal jaar en maakt dus al langer deel uit van het behandelprogramma van NAH (afasie) - Als logopedist zijnde, ziet u mogelijke verbeterpunten, beperkingen in de behandeling van afasiecliënten?	- Waar zitten mogelijkheden, beperkingen, waar rekening gehouden kan mee worden - Waar BT kan inspringen

Ons onderzoek	INTRODUCTIE ONDERZOEK - Waar we momenteel staan in het onderzoek - Enquête sturen naar andere hulpverleners (2 weken tijd om in te vullen, 12 april terug) - Enquête sturen naar cliënten en mogelijk samen invullen (eventueel zelf meegaan) - Terug reflecteren op het werken met cliënten!	- Update zodat J. Ploumop de hoogte is - Enquête om meer informatie te vinden over hulpverleners die we niet spreken
Probleemgebied verkenning Afasiecliënt en emoties	De volgende thema's zijn van belang in ons onderzoek. We zouden graag door uw expertise meer inzicht krijgen op het gebied van de volgende vragen. - Wanneer u merkt dat een patiënt meer bezig is met emoties, verhalen kwijt moeten, etc. in hoeverre besteedt u daar aandacht aan? (verwijst u door naar Danny, wordt dit eerst besproken in het team, toch doorgaan met logopedie oefeningen?) - o Hoe verloopt de communicatie daarin? (BT← → afasiecliënt) - Wanneer de patiënt forse afasie heeft en bijna geen mogelijkheid tot taalbegrip/spreken/etc. hoe communiceer je dan? - o Hoe bevordert u dan de spraak? - o Welke methodieken als BT kunnen we gebruiken om de communicatie daarin te vergemakkelijken? - Wat zijn volgens u de do's en don'ts als logopedist in de sessie voor deze doelgroep? - o D. Mennenvermeldde dat het beter is om 1 thema goed te bespreken dan 2/3 half. - Wat zijn de aspecten die extra aandacht nodig hebben tijdens het	- Zicht krijgen op hoe er verwezen kan worden naar BT - Aandachtspunten waar wij als beeldend therapeut op kunnen gaan letten - Om als hulpverlener gemakkelijker in "gesprek" te gaan met afasiecliënten - Om onze interviews erop aan te passen - Om onze BT werkvormen op aan te passen

	werken met de doelgroep afasie (bv: structuur, veiligheid)	
	Op onderzoek is gericht op het uiten van emoties bij afasiecliënten. - Merkt u een verschil tussen mensen met afasie en zonder bij het omgaan met emotie? - o Wat is daarbij dan “normaal”? Wat hoort bij de afasie/wat niet? - Merkt u op als mensen vast lopen in hun behandeling? (gericht op emoties) - o Waaraan (hoe?) ▪ Gedragingen ▪ Gedachten ▪ Gevoelens - Stelling: Wat is volgens u de uitleg van “vastlopen in emoties?”	- Erachter komen waarom mensen met afasie juist belemmerd worden - Overeenstemming krijgen over deze term zodat we weten dat we over hetzelfde praten

Communicatie	- Welke hulpmiddelen gebruikt u om ondersteuning te geven in de communicatie? (bijv. picto's) - Wat ziet u in de communicatie gebeuren wanneer een patiënt veel bezig is met verwerken van emoties/rouwverwerking? - o Heeft u zicht op hoeveel mensen met afasie psychosociale klachten ervaren? (hoeft niet in cijfers)	- Andere manier communiceren leren kennen - Zicht krijgen in een mogelijk verband tussen communicatie en emoties
	- Richt u zich dan ook op deze persoonlijke thema's waar mensen mee zitten? - o Hoe gaat u daarmee te werk? - o Welke problemen, thema's komen vaak voor bij afasie cliënten? ▪ Zijn er overeenkomstigheden bij verschillende afasiecliënten ▪ Bv: gaan mensen harder praten bij frustratie, etc.	- Zicht krijgen om de meest overkoepelende thema's om aan te sluiten in BT en inleving in de doelgroep
Indicatie BT	Wij keken ook naar de vraag wanneer een cliënt verwezen kon worden naar BT. Wij weten onder andere al dat BT sowieso geschikt is voor mensen met een forse afasie waar communicatie niet meer mogelijk is (daardoor gesprekstherapie ook niet). - Welke aspecten, symptomen zijn, naast de communicatieproblemen, volgens u nodig om iemand door te verwijzen naar BT? (kijkend naar de behandeling van mensen met afasie) - Hoe denkt u erover hoe u "meet" hoeveel behandelingen de cliënt nodig heeft? - o Enquête (VAS-schaal)	- Kunnen specificeren voor ons wanneer BT van toepassing is.

	○ “Gesprek?” - Stelling: “Er moet een beeldend therapeut aanwezig zijn bij de intakegesprekken en/of diagnosestelling in het team.” Wat vindt u van deze stelling?	
Interdisciplinair Samenwerken	Als laatste vroegen we ons af of er een mate van interdisciplinaire samenwerking is tussen hulpverleners van de behandeling NAH. - Van D. Mennenhoorden we dat er soms een logopedist aanwezig is in zijn therapie ter ondersteuning van de communicatie. Zijn er nog meer interdisciplinaire samenwerkingen in deze in de behandeling? - Hoe ziet u de samenwerking tussen logopedie en BT? - Stelling: “Het behandelteam NAH moet eerst een goed algemeen beeld krijgen (d.m.v. voorlichting?) van BT om te kunnen doorverwijzen.” ○ BT op de kaart zetten binnen een behandelteam in Adelante	- De meerwaarde van interdisciplinair werken per hulpverlener - Deze stelling is van belang om een mogelijkheid te zoeken dat BT niet gaat verdwijnen tussen de andere behandelonderdelen van een cliënt die er al bestaan