

Aspecten in het beeldend
therapeutisch werken die
patiënten met chronische pijn
helpen de eigen mogelijkheden
te ontwikkelen om hun
welbevinden te veranderen

A. Nicolai **Nr.0945013**

<i>Instelling</i>	Zuyd Hogeschool Heerlen
	Faculteit Gezondheidszorg
<i>Opleiding</i>	Creatieve Therapie
<i>Medium</i>	CT4E - Beeldend
<i>Begeleider</i>	Anja Cilissen-Ysermans
<i>Studiejaar</i>	2012/2013
<i>Datum</i>	05.06.2013



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Inleiding	4
1. Probleemstelling	5
1.1 Creatieve therapie/Vaktherapie	5
1.2 Het fenomeen pijn	5
1.3 Patiënten met chronische pijn	6
1.4 Het creatieve therapie beeldend werkmodel	7
1.5 Aanleiding voor het onderzoek	9
1.6 Literatuuronderzoek	9
1.7 Relevantie	11
1.8 Vraagstelling	12
1.9 Aanvullende begripsdefinitie	12
1.10 Doelstelling	13
2. Onderzoeksmethode	14
2.1 Onderzoekstype en onderzoeksmethode	14
2.2 Onderzoekspopulatie	15
2.3 Dataverzameling	16
2.4 Datapreparatie	18
2.5 Data-analyse	18
2.6 Kwaliteitscriteria	20
3. Resultaten	22
4. Discussie	31
4.1 Uiteenzetting met onderzoeksresultaten	31
4.2 Antwoord op de vraagstelling	42
4.3 Aanvullingen aan mijn werkmodel	45
4.4 Reflectie op het onderzoek met zijn sterkten en tekortkomingen	48
4.5 Aanbevelingen voor de praktijk en suggesties voor verder onderzoek	50
5. Samenvatting & Slot	52
Bronvermelding	53
Bijlage 1: PICO en zoekgeschiedenis	56
Bijlage 2: Kwaliteitscriteria-check literatuurstudie	58
Bijlage 3: Materiaalhantering	59
Bijlage 4: Hoofdthema's methodisch handelen	59
Bijlage 5: Werkmodel	59
Bijlage 6: OPS & MMST	61
Bijlage 7: Toestemmingsformulieren	62
Bijlage 8: DSM IV - diagnosen	65
Bijlage 9: Sensitizing Concepts	66
Bijlage 10: Interviewinstrument	67
Bijlage 11: Resultaten	68
Bijlage 12: Patiënt A	73
Bijlage 13: Patiënt B	75
Bijlage 14: Patiënt C	77
Bijlage 15: Toestemmingsverklaring	81
Bijlage 16: Eindnotes	82

Voorwoord

‘Für uns bedeutet Freude:

keine Schmerzen haben im körperlichen Bereich und im seelischen Bereich keine Unruhe verspüren.‘

Epikur (zoals geciteerd in Knischek, 2009, p. 379)

Tijdens mijn stage stond ik tegenover pijnpatiënten die best kritisch tegen het therapeutisch werken met beeldend materiaal aan keken. “Kinderachtig knutselwerk” noemden ze het en ze stelden mij de vraag: “Werkt dat echt, word ik hier nu beter van?” Als jonge beeldende therapie student was ik er wel van overtuigd en ik ging met mijn behandelplan aan de slag. In het begin was ik nog wat onzeker maar ik kwam steeds steviger in mijn schoenen te staan. Ik had een geweldige tijd met mijn pijnpatiënten en de feedback die ik op het eind van hen kreeg was: dat hen het beeldend therapeutisch werken wel had geholpen. Ik dacht terug aan het begin waar ze me vroegen: “Heeft dat eigenlijk nut?” Blijkbaar wel, want ze voelden zich beter. Mijn conclusie was dat ik in het beeldend werken en de therapie iets aanbood dat mijn patiënten hielp om zich uiteindelijk beter te voelen. Maar wat was dat nu precies? Wat helpt de patiënten dan? Dit maakte mij nieuwsgierig en ik ging op zoek in de literatuur. Het bleek dat er weinig over pijnbehandeling en Creatieve Therapie is geschreven. Wat moet er nu worden gedaan als zoeken nauwelijks relevant literatuur oplevert? Er moet onderzoek naar worden gedaan! Ik formuleerde volgende vraag waarop ik probeerde een antwoord te vinden: *Welke aspecten van het beeldend therapeutisch werken helpen volwassene patiënten met chronische pijn de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om het gevoel van welzijn te veranderen?*

Ik ben aan de slag gegaan met een kwalitatief onderzoek. Het was voor mij van groot belang de mening van mijn patiënten te weten te komen. De patiënt is namelijk de ervaringsdeskundige. Schweizer (2009, p. 530-531) schrijft dat mensen hun eigen verhaal en visie over hun ziekte hebben. Ze hebben eigen gedachten en wensen over de behandeling. Mijn doel was het om juist deze gedachten te verzamelen, om daardoor inzicht in mijn doelgroep te krijgen en om vervolgens de behandeling, mijn beeldend therapeutisch werkmodel, te kunnen verbeteren.

Om de patiënten het woord te geven heb ik mijn data met behulp van interviews verzameld. De onderzoeksresultaten hebben het uiteindelijk mogelijk gemaakt dat ik mijn werkmodel kon vernieuwen. De vraag: “Word ik er nu beter van” kan ik door mijn onderzoek niet alleen beantwoorden maar ook zeggen waarom en waardoor de patiënten hen welzijn kunnen veranderen en welke rol ik als therapeut erin kan (en wil) spelen.

Ik wil een aantal mensen danken omdat dit onderzoek zonder hun medewerking niet realiseerbaar zou zijn geweest. Mijn dank gaat vooral naar het St. Agatha Ziekenhuis en het Schmerzzentrum-Köln waar ik mijn praktijk ervaringen heb verzameld en waar ik de mogelijkheid heb gekregen mijn afstudeeronderzoek te kunnen doen. Hier heeft mij Ludger Bönsch in bijzondere mate begeleid. Dank je wel voor de tijd, de moeite en het geduld. Dank ook aan de Schmerztagesklinik Münster die mij verdere respondenten en therapeuten ter beschikking stelde.

Danken wil ook mijn begeleider Anja Cilissen-Yserman voor de prettige samenwerking en de kleine complimentjes. Dank verder aan mijn helpende handjes Astrid Knops, Robin Fanselow en Adya Noorlander die zich de tijd en moeite hebben genomen mijn scriptie te lezen, van tips en opmerkingen te voorzien en in de puntjes op de i hebben gezet. Mijn ouders, familie en vrienden die mijn scriptietijd zo aangenaam als mogelijk hebben gemaakt. Dank je Oma, dat je met 90jaar nog steeds wil horen wat je kleinkindje in haar rapport gaat schrijven. Een speciale dank ook aan Matthias Backmann voor het luisterende oor en het begrip in mijn stressmomenten.

Alena Nicolai
Aachen, 01.06.2013



St. Agatha Krankenhaus Köln
Feldgärtenstr. 97
50735 Köln

Telefon: 0221 71 75 0
www.st-agatha-krankenhaus.de



Schmerz-Tagesklinik der Klinik und
Poliklinik für Anästhesiologie und
operative Intensiv-medicin des
Universitätsklinikums Münster

Waldeyer Str. 1
48149 Münster /
Westfalen
Telefon: 0251 / 83 - 4 61 21



Inleiding

De voorliggende onderzoeksrapportage is examenonderdeel van Creatieve Therapie, Zuyd Hogeschool– Heerlen in het schooljaar 2012/2013. Het volgt een overzicht van de hoofdstukken waarbij de inhoud kort is samengevat.

In **hoofdstuk 1** is de probleemstelling uitgewerkt die uiteindelijk tot de onderzoeksvraag leidt. Dit is gedaan met behulp van een aantal gebieden. Eerst wordt het begrip Creatieve Therapie uitgelegd, voordat er dieper wordt ingegaan op het fenomeen chronische pijn. Aansluitend wordt de cliënt, patiënten met chronische pijn, gedefinieerd en het werkmodel van creatieve therapie op hen toegepast. Daardoor wordt geprobeerd helderheid te brengen in de rol van het medium en de behandeling met creatieve therapie beeldend bij deze doelgroep. Op basis van deze beschrijving volgt de aanleiding voor dit onderzoek. Voorafgaand aan de bevindingen uit een verdiepend literatuuronderzoek wordt inzicht gegeven op de zoekstrategie. Naar aanleiding van de literatuurstudie wordt een conclusie getrokken die het onderzoeksgebied afgrenst en de relevantie voor het voorliggende onderzoek beschreven. In aansluiting op de noodzaak is de vraagstelling met de erbij horende subvragen uitgewerkt. Hoofdstuk 1 sluit af met de doelstelling van dit onderzoek.

Hoofdstuk 2 verduidelijkt de methode die in dit onderzoek is toegepast. Onderdelen hierin zijn de beschrijving van de onderzoekstype/methode en de onderzoekspopulatie. Er volgt een beschrijving hoe de data zijn verzameld, geprepareerd en geanalyseerd. Afsluitend wordt op de belangrijkste kwaliteitscriteria ingegaan.

Volgend op de onderzoeksmethode zijn de gevonden resultaten in **hoofdstuk 3** weergegeven. Met behulp van kernaspecten wordt hier op de verschillende onderdelen ingegaan. De aspecten zijn waar nodig van een schema voorzien, dat de resultaten kort en krachtig presenteert. Een verdiepte versie van de schema's is bijgevoegd in Bijlage 11.

Onder discussie worden in **Hoofdstuk 4** meerdere punten verwerkt. Onderdeel hierin is de kritische uiteenzetting van de gevonden resultaten. Dit wordt gedaan met onderbouwende en verklarende literatuur. Hieruit volgen de antwoorden op de deelvragen voordat er wordt ingegaan op de hoofdvraag. Vervolgens is een beschrijving over de vernieuwing van het werkmodel gegeven. Een ander belangrijk onderdeel is de kritische reflectie waar de sterkten en tekortkomingen van dit onderzoek worden benoemd. Aansluitend worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

Het afsluitende **5^{de} hoofdstuk** houdt een abstract van dit onderzoek in, in de vorm van een korte samenvatting van de belangrijkste punten.

Verdiepend materiaal is in **bijlagen** toegevoegd. In de bijlage zijn de zoekgeschiedenis met de PICOvragen, de voorwaarden van de kwaliteitscriteria-check van de literatuurstudie, een overzicht van het materiaalhanteringsschema en de inleiding in mijn oud werkmodel met de hoofdthema's van mijn methodisch handelen te vinden. Verder ligt er de toegepaste OPS en de definitie van de Multidisciplinaire Schmerztherapie (MMST) bij. Erna komt een uitwerking van de toestemmingsformulieren, een overzicht van de DSM-V diagnoses, de sensitizing concepts en het gebruikte interviewinstrument. Uiteindelijk volgen verdiepende schema's waarin de resultaten zij weergegeven, beeldmateriaal van patiënte A, B en C, een toestemmingsverklaring voor dit onderzoek en de eindnotes.

Alle patiëntencitaten in de resultaten als ook in de discussie zijn duidelijk aangeven en afkomstig uit de transcribeerde interviews (Nicolai, 2013). De afkorting I. staat voor Interviewer. De letters A tot en met F zijn de 6 respondenten van de patiëntenpopulatie toe gewezen. Schuin geschreven woorden zijn geen citaten maar representatieve uitspraken (of vertalingen ervan) van deze patiënten. In dit onderzoek wordt verder de mannelijke vorm gebruikt als er over een patiënt of therapeut is geschreven behalve als duidelijk is dat een vrouw bedoeld is.

De literatuur over Creatieve Therapie noemt de persoon in behandeling "cliënt". Doordat in het St. Agatha Krankenhaus waar ik als onderzoeker mijn praktijkervaring heb verzameld en dat de meeste respondenten ter beschikking stelde sprake was van "patiënten" is in de voorliggende rapportage deze term in plaats van "cliënt" toegepast.

1. Probleemstelling

Creatieve Therapie en het hebben van pijn zijn de twee pijlers waarop dit onderzoek is gebaseerd. Om de lezer een beter (in)zicht te geven op deze gebieden wordt in deze probleemstelling eerst nader ingegaan op Creatieve Therapie. Vervolgens wordt er achtergrond informatie gegeven over het begrip pijn. Aansluitend op deze basisinformatie wordt er specifiek gekeken naar de patiëntengroep waarmee de onderzoeker heeft gewerkt, het creatief therapeutisch werkmodel dat hierbij is toegepast en wat de aanleiding voor dit onderzoek is geweest. De probleemstelling sluit af met de resultaten van de literatuurstudie, die vooraf aan dit onderzoek is uitgevoerd, en een korte beschrijving van de relevantie.

1.1 Creatieve therapie/Vaktherapie

Creatieve therapie of vaktherapie omvat verschillende vormen (media): muziek, drama, beeldend, dans-beweging en psychomotorische therapie. In alle therapieën wordt therapeutisch gewerkt doormiddel van het specifieke medium. Het handelen en het doen staan op de voorgrond. Creatieve therapie wordt daarom ook als ervarings- en handelingsgericht beschreven (FVB, 2012). Door het therapeutische begeleidend werken en het gericht inzetten van de media zijn cliënten in staat nieuwe ervaringen te maken, zichzelf en hun functioneren te onderzoeken en vaardigheden/ mogelijkheden te ontdekken en te ontwikkelen. Het doel van de creatieve therapieën is dat de cliënten leren deze aanwinsten later in een alledaagse situatie toe te kunnen passen. De taak van een vaktherapeut is daarbij de cliënten te helpen verandering te bereiken door de verandering binnen het mediumproces te bevorderen (Smeijsters, n.d., p. 10). Vaktherapie wordt het meest ingezet binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voorbeelden van klachten, stoornissen en problemen die door deze therapievorm behandeld worden zijn: angsten, rouw, ADHD, verslaving, depressie en pijn. Dit is echter een klein aantal van inzetmogelijkheden.

Creatieve Therapie beeldend (vervolgens afgekort met CTb) wordt gekenmerkt door het medium beeldend (FVB, 2012). Daarbij kunnen heel veel verschillende materialen worden gebruikt. Een aantal voorbeelden zijn hout, klei, acrylkleuren of restmateriaal. Maar ook gerichte technieken zoals tekenen of beeldhouwen. Met welk materiaal en techniek aan de slag wordt gegaan, wordt afgestemd op de cliënt. In CTb is door het beeldend medium ook sprake van een proces en product. Tijdens het werken worden de problemen van de cliënt door het medium en het werken erin herkenbaar. Doordat het zichtbaar is wordt het aanwijsbaar en bespreekbaar. Met behulp van het werkstuk en de bespreking van zowel het verloop, de materiaalhantering als ook van het resultaat probeert de therapeut de problemen ook voor de cliënt zichtbaar en bewerkbaar te maken.

1.2 Het fenomeen pijn

Pijn is gedefinieerd als onaangename waarneming en een emotionele beleving die gerelateerd is aan acute of dreigende weefselbeschadiging (IASP, 2012). Pijn ontstaat door verschillende oorzaken.

Het biomedisch model wat vaak toegepast wordt in de geneeskunde beschrijft de directe (of dreigende) weefselbeschadiging maar het verklaard echter niet het ontstaan van non-specifieke klachten (Vlaeyen, Peters, & Grombez, 2006) zoals nekklachten zonder een echte weefselbeschadiging. Uit het oog van de behavioural-medicine zijn ook psychosomatische reacties (bijvoorbeeld lichamelijke pijn die opkomt door stres of een gevoel van overbelasting), leerprocessen en aandacht factoren voor het ontstaan en in stand houden van pijn. De psyche is daarom ook van groot belang bij het in stand houden van de pijn (Krollner & Krollner, 2012).

Het holistische model van Loeser (Londen, 1992; Günther et al., 2011) betreft alle persoonsgebonden componenten die bij het ontstaan van pijn van belang zijn: de pijngewaarwording, de pijnbeleving en het eruit resulterende pijngedrag. Door de nadruk te leggen op het voelen, beleven en handelen, verklaart Loeser's model dat de beleving van pijn altijd subjectief van aard is en daarom het gedrag individueel per persoon kan verschillen (Günther et al., 2011).

De beleefde pijn heeft invloed op de omgeving (vooral familie en werk) en beperkt op verschillende gebieden. Het continu leiden aan pijn in combinatie met de beleefde beperkingen leidt dan vaak tot depressie, terugtrekken uit het sociale leven, verliezen van zelfvertrouwen en het onvermogen met de situatie om te kunnen gaan (coping) (Günther et al., 2011). Deze factoren kunnen volgens een onderzoek van Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen en Gallacher (2006) ertoe leiden dat pijnpatiënten steeds afhankelijker worden van een steunend systeem.

Pijn en coping

Er zijn verschillende manieren om met pijn om te kunnen gaan (coping). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen actieve en passieve, toenaderende en vermijdende, probleemgerichte en emotiegerichte coping. Afhankelijk van de situatie beschrijven Damme, Lauwerier and Crombez (2009) dat er een andere (of combinatie van) copingsstrategieën van voordeel is en pleiten 'voor een meer dynamische visie op coping.' (p. 21). In dit verband noemen ze het dual-processmodel wat gebaseerd is op het idee van assimileren (vasthouden) en accommoderen (loslaten).

Assimileren betekent dat men energie en moeite in het bereiken van een doel gaat steken. Mensen die assimileren zijn geneigd om informatie geselecteerd waar te nemen, het wordt meestal alleen opgenomen wat men voor het bereiken van het doel nodig heeft (Damme et al., 2009). Het doel wordt dus vastgehouden. Accommodatie is het proces waarbij men de moeite, die men heeft geïnvesteerd en die niet tot een succes hebben geleid, analyseert waardoor men aan het doel uiteindelijk minder waarde hecht of andere doelen een grotere waarde geeft. Het gaat erom dat men in staat is een doel weer los te laten en de focus nu ook op andere dingen leggen (Damme et al., 2009).

Damme et al. (2009) geven aan dat chronische pijn patiënten geneigd zijn vast te houden en "het probleem pijn" op te lossen. Hoe meer patiënten zich bezighouden met de pijn, des te gevoeliger zijn ze voor het voelen van de pijnprikkels. Waardoor de pijn niet alleen subjectief versterkt wordt, maar ook sneller wordt geregistreerd. 'Ze lijken als het ware vast te zitten in assimilatieve coping' (Damme et al. 2009, p. 23). Het leren van nieuwe copingsstrategieën en het veranderen of loslaten van de oude, helpt te leren omgaan met de pijn en is daarom voor pijnpatiënten van groot belang.

Pijn, welzijn en de kwaliteit van leven

Onder kwaliteit van leven of quality of life (vervolgens afgekort met QOL) wordt beschreven hoe personen, in het kader van culturele normen, waarden, doelen en verwachtingen, hen eigen positie waarnemen (Ranchor & Kempen, 2010). Bij de subjectieve QOL gaat het om de beleving van de persoon zelf. Geluk, tevredenheid en welbevinden (gevoel van welzijn) zijn hierbij essentieel. Ranchor and Kempen (2010) wijzen op het relatieve karakter wat ontstaat door de persoonsgebonden (subjectieve) beleving in een context. De objectieve kwaliteit van leven richt zich op overkoepelende gegevens en kan van een derde worden gemeten en bepaald (Londen, 1992).

Pijn heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven (Damme et al., 2009; Londen, 1992; Günther et al., 2011). Pijn brengt namelijk beperkingen met zich mee die het bereiken van doelen belemmeren of onmogelijk maken. Damme et al. (2009, p. 21) schrijven dat het niet meer in staat zijn bepaalde doelen te kunnen bereiken, de patiënten frustreert en ontevreden maakt. Dit heeft een directe negatieve invloed op het gevoel van welzijn en daarmee ook op de kwaliteit van leven.

1.3 Patiënten met chronische pijn

Dit onderzoek is gebaseerd op de ervaringen die ik als onderzoeker tijdens het derde opleidingsjaar van de studie "Creatieve Therapie beeldend"¹ in 2011/2012 heb opgedaan. Op dat moment liep ik stage in het St. Agatha Krankenhaus in Köln (Duitsland). Het ziekenhuis biedt in samenwerking met het Schmerzzentrum Köln een speciaal behandelconcept aan: Multimodale² pijntherapie (vervolgens afgekort met MMST). Dit concept richt zich op patiënten die al langer last hebben van chronische pijn. Voor een uitgebreide beschrijving van MMST wordt verwezen naar Bijlage 6: OPS & MMST.

In het kader van het MMST-concept zijn volwassene pijnpatiënten (vanaf 18 jaar) stationair opgenomen voor een kortdurende behandeling. Daarvoor bestaan er een aantal voorwaarden (Lehnen, 2012b). Er moet sprake zijn van tenminste zes maanden aanhoudende pijnsymptomen, waarbij er onvoldoende of geen klachtenreductie bij een unimodale³/ ambulante/ stationaire behandeling optreedt. Verder moeten relevante psychische en somatische beperkingen zijn beschreven. Naast de indicaties zijn er een aantal uitsluitende criteria (Lehnen, 2012b). Er mag geen sprake zijn van een acute verslavingsproblematiek en/of psychosen. De patiënt is geen bedreiging voor zichzelf en anderen. Er vindt bij het moment van opname geen behandeling voor acute ziekteverschijnselen plaats en de patiënt vertoont geen ontbrekende therapiemotivatie.

De patiënten in de MMST hebben te maken met een vorm van chronische pijn. De oorzaken zijn zowel somatisch (bijvoorbeeld door vasculaire aandoeningen, artritis enz.) als ook psychosomatisch van aard. Er bestaat dus de aanname dat de pijnklachten voor een deel afkomstig, versterkt of in stand worden gehouden door psychische factoren en externe stressoren (zoals conflicten, rouw enz.). De patiënten hebben verder last van een vorm van een depressie. Wat varieert is de leeftijd. Meestal zijn de patiënten 45 jaar en ouder. Mannen en vrouwen worden gezamenlijk behandeld. Een diagnoseoverzicht is te vinden in Bijlage 8: DSM IV - diagnosen.

De chronische pijnpatiënten waarmee ik in mijn behandel tijd heb gewerkt hebben ook een aantal overkoepelende “karaktertrekken” gemeen: Ze zijn vastgelopen, overspoeld door pijn en gefrustreerd. De pijn beperkt hen in het dagelijks leven en dingen die voor anderen zelfsprekend worden uitgevoerd zoals boodschappen doen, schoonmaken of zelfs trappen lopen is voor hen niet meer of alleen in beperkte mate mogelijk. Door de beleefde pijn, die de bewegings- en handelingsmogelijkheden beperkt, worden de patiënten afhankelijk van anderen en behoeftig voor aandacht en begrip. In het begin van de pijn is de omgeving meestal heel erg behulpzaam en verzorgend tegenover de patiënt. Over een langere termijn gezien heeft de pijn en het uiten ervan dan een negatief effect. Gezin en vrienden raken geïrriteerd van het gedrag, het “gezeur en klagen” en het niet verbeteren van de situatie. Dat pijnpatiënten zich in de meeste gevallen ook gemakkelijk als slachtoffer zien (of zich deze rol toe laten wijzen) versterkt de ontstane irritatie van de omgeving.

Door de beleefde en toenemende afwijzing bv. door uitspraken zoals “stel je niet zo aan” gaan vele pijnpatiënten zich terugtrekken. Dit leidt in verloop van de tijd tot sociale afgrenzing en toenemend inactief gedrag. Het ontstaat een negatieve spiraal waarbij de psychosociale druk de pijn versterkt.

Patiënten met chronische pijn in Creatieve Therapie beeldend

Creatieve Therapie beeldend wordt in het ziekenhuis als Gestaltungstherapie⁴ uitgevoerd en is een vast onderdeel van het pijnbehandelconcept. De bovengenoemde beschrijvingen van de doelgroep en de informatie uit de literatuur (zie 1.2 *Het fenomeen pijn; Pijn en coping*) komen overeen met het gedrag dat de pijnpatiënten in het St. Agatha Krankenhaus tijdens Creatieve Therapie beeldend vertoonden. De onderzoeker heeft hen veel gebruik zien maken van assimilerende (vasthoudend) coping, waardoor ze bij het starten van de behandeling heel gefrustreerd, woedend maar ook hulpeloos waren. Zo bleven de patiënten oud en pijnlijk gedrag in het beeldend werken herhalen (bijvoorbeeld de manier waarop ze een kwast vasthielden) in plaats van het zoeken naar alternatieven. Hen inadequate manier van coping en lichamelijke beperkingen, waardoor ze ook niet alle bewegingen konden uitvoeren, beperkte sterk hen probleemoplossend vermogen. Daardoor ontstond veel frustratie. Dit uitte zich meestal in het afwijzen van de therapie en/of het afkeuren van het product. Over het algemeen registreerde de onderzoeker dat het werken in een groep heel onbekend was. Dit kwam doordat de meesten zich sociaal hadden teruggetrokken en zichzelf vaak als last voor de omgeving beschreven. Vele patiënten stelden zich vragend en behoeftig op en wilden ze aandacht en begrip. Daarnaast registreerde de onderzoeker het stellen van enorm hoge eisen. Velen eisten dat hun ideeën voor 100% uitgewerkt werden zoals ze vooraf bedacht hadden. Ze hielden daarbij geen rekening met hen eigen vaardigheden. Vieten (2011) beschrijft dit gedrag als ‘denkend handelen’ (p. 18). Bij het beeldend therapeutisch werken met chronische pijn patiënten werd duidelijk dat de verhouding tussen denken, voelen en handelen is verstoord (zie figuur 1.1).



Figuur 1.1 Verhouding van denken, voelen, handelen bij patiënten met chronische pijn

Het aspect voelen wordt bij pijnpatiënten bijna volledig door pijn ingenomen. Dit gevoel is altijd aanwezig. De patiënten blijven zich continu ermee bezig houden en proberen het op te lossen of te vergeten. Het denken staat hierdoor op de voorgrond. Tegelijk hebben de patiënten continu de behoefte nog steeds te functioneren: het moet dus. Het denken (cognitie) stuurt daarom het handelen. Dit heeft tot gevolg dat de pijnpatiënten gaan handelen ook als ze pijn beleven of pijn als gevolg heeft.

1.4 Het creatieve therapie beeldend werkmodel

Tijdens het stagejaar 2011/2012 kreeg ik de opgave een eigen behandelplan binnen Creatieve Therapie beeldend voor de patiënten met chronische pijn in het St. Agatha Krankenhaus op te stellen. Ik heb een werkmodel ontwikkeld dat in drie fases was onderverdeeld: Observatiefase, werkfase en afsluiting (zie Bijlage 5: Werkmodel). Eerst bracht ik met behulp van een observatiefase het psychisch

functioneren van een patiënt in kaart. Voor het observeren is gebruik gemaakt van een schema dat gebaseerd is op Ingrid Pénzes⁵. Het door haar ontworpen materiaalhanteringsschema (zie Bijlage 3: Materiaalhanteringsschema) bevat verschillende parameters (zoals krachtinzet en beweging) die zichtbaar worden in en tijdens het beeldend werken. Het nauwkeurig beschrijven van de handelingen maakt het mogelijk vermoedens te noteren over het functioneren van de patiënt. Na het invullen van de geobserveerde gegevens, tijdens de eerste drie sessie, is vervolgens binnen een nabespreking getoetst of de waarnemingen van de therapeut van toepassing waren. Daarna werden de bevindingen geëvalueerd en in verband met de korte behandeltime, werden er individuele, laagdrempelige en kleinschalige werkdoelen voor elke patiënt geformuleerd.

In de werkfase heb ik wat het methodisch handelen betreft aangesloten bij de doelen van het MMST-behandelingsprogramma (Lehnen, 2012a). Hier stond stabilisatie, zowel lichamelijk, psychisch en medisch, centraal. Voor een schematisch overzicht van het model zie Bijlage 4: Hoofdthema's methodisch handelen. Ik probeerde resources te activeren en creatieve kracht te mobiliseren. Daarbij was ik altijd beschikbaar voor de patiënten en probeerde hen met behulp van kleuren, klei of ander materiaal te prikkelen en tot actie te verleiden. Ik maakte nieuwsgierig op effecten en gaf hanteerbare opdrachten. Mogelijkheden voor nieuwe handelingen schiep ik vooral door het geven van (pijn)educatie. Hierbij ging ik bijvoorbeeld passend materiaal en werkhouding demonstreren zodat de patiënten zelf pijn konden voorkomen. Ook gaf ik feedback zodat de patiënten zich van hen handelingen bewust werden en zelf naar een oplossing konden zoeken. Om stabilisatie en versterking van het (innerlijke) evenwicht te bereiken legde ik mijn nadruk vooral op het opdoen van positieve ervaringen door het beeldend werken (egoversterking). In het beeldend werken gaf ik duidelijke kaders aan en deels bouwde ik "trucjes" in om het beeldend werken goed te laten verlopen zodat het een positieve ervaring voor de patiënten werd. 'Naast een supportieve basishouding waren mijn interventies vaker palliatief van aard, bv de uitleg over de greep van het krijt diende ervoor dat de klachten van de patiënten verminderen door hun werkmanier te veranderen.' (Nicolai, 2012, p. 16). Met behulp van mijn werkmodel beschermde ik de patiënten, maakte succeservaringen mogelijk, maar nodigde ook uit om het materiaal uit te proberen. Een aspect dat daarnaast ook van groot belang was, is het begrip autonomie. Het bereiken van zelfstandigheid probeerde ik te bereiken door zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid bij de patiënten te leggen. Ik stimuleerde daarbij vooral keuzes te maken zodat de patiënten zelf grip konden krijgen op de activiteit, het materiaal of de situatie. Net zoals Damme et al. (2009) concludeerden, was het belangrijk de pijnpatiënten in staat te stellen oude voorstellingen los te kunnen laten en haalbare doelen te formuleren.

Samengevat schep ik in mijn methodisch handelen een veilig kader waarin voldoende ruimte voor de patiënten is om zelfstandig te kunnen handelen. Daarbij bied ik als therapeut steun en hulp. De literatuur leverde een bijdrage aan de onderbouwing van het werkmodel. Sømme (2005) vat in haar artikel een aantal meerwaarden van Medical Art Therapy (MTA) samen waar ook het werken met het beeldend medium centraal staat. Er wordt benoemd dat het opstellen van nieuwe copingstrategieën mogelijk is. Juist dit is voor de pijnpatiënten essentieel want zoals eerder benoemd zitten ze vast in hun oud gedrag. Het vinden van mogelijkheden maakt hen flexibeler en meer handelingsbekwaam. Echter wordt in het artikel niet beschreven hoe en waardoor nieuwe strategieën kunnen ontstaan.

Een ander besproken punt is de persoonlijke ontwikkeling en verandering. Sømme (2005) geeft aan dat patiënten door MTA in staat zijn nieuwe betekenis te kunnen geven aan het leven en het ontwikkelen van een nieuwe 'postillness' identity' (p. 3). Ook bij de chronische pijn patiënten heb ik een verandering waargenomen (zie 1.6 Aanleiding voor dit onderzoek), wel is bij deze patiënten geen sprake van postillness want de pijn is chronisch van aard. Verder wordt er nog empowerment genoemd. Hier schrijft Sømme (2005) dat beeldend werken helpt autonomie (terug) te winnen en zelfvertrouwen op te bouwen. Een definitie van empowerment is: 'to give (someone) the authority or power to do something; to make (someone) stronger and more confident, especially in controlling their life and claiming their rights' (Oxford University Press, 2012). Als empowerent worden patiënten beschreven als ze de vaardigheid hebben om kritisch te kunnen denken en ze de kennis, handvatten, houding en het bewustzijn/inzicht hebben om hen eigen en het gedrag van anderen op een manier te kunnen beïnvloeden zodat hun QOL verhoogd wordt (Anderson & Funnell, 2010). Versterking van empowerment (Anderson & Funnell, 2010) kan bij patiënten bereikt worden door het geven van kennis en het verkrijgen van informatie in een begrijpelijke taal. Een acceptabele houding van de behandelaar helpt bij het proces van empowerment. Van groot belang is het beschikken van voldoende resources. Juist deze worden door CTb gestimuleerd en geactiveerd.

In mijn behandelmodel komen deze punten terug. Vooral empowerment door (pijn)educatie en het beeldend werken is een belangrijk aspect. Mijn model richt zich verder op het ontwikkelen van nieuwe (copings)strategieën, het aangaan van verandering en de beleving dat "het ook anders gaat".

1.5 Aanleiding voor het onderzoek

Bij opname waren de patiënten allemaal al langer, vaak jaren, in behandeling voor hen klachten en ze kwamen in de stationaire setting met enkel de hulpvraag “Ga de pijn eens van me wegnemen”. Dit vragend gedrag maakte de behandeling voor mij een grote uitdaging. Vooral in het begin van de sessies was het moeilijk. De meeste patiënten hadden nog geen kennis van alternatieve therapievormen en waren ervan overtuigd dat alleen een verandering van de medicatie hen zou kunnen helpen. Daarom waren de meeste patiënten sceptisch, afwachtend en soms ook afkeurend tegenover Creatieve Therapie beeldend (CTb). In verloop van de tijd zag ik dat deze houding ging veranderen: Het zeuren dat ze aanwezig moesten zijn nam af, de patiënten kwamen vroegtijdig en wilden steeds langer blijven. Ik registreerde dat ze in het beeldend werken meer en meer het initiatief namen, actiever werden, durfden doen en daardoor meer gingen uitproberen. Ik stimuleerde daarbij vooral dat patiënten tijdens het werken gingen letten op hun draagkracht en hoeveel ze aankunnen en wat hun overvraagt. Velen konden dit ook omzetten. Bijvoorbeeld door materiaal te gebruiken waar ze bij het inzetten geen pijn beleefden. Maar ik zag niet alleen veranderingen in het beeldend proces. Ook de lichamelijke houding, hen uiterlijk/opmaak, hen stemming en de contactopname met mij en de medepatiënten veranderde. Mijn conclusie was dat over het algemeen de pijnpatiënten de therapievorm begonnen aan te nemen, en hen houding en mening erover konden veranderen en daardoor in actie kwamen.

De feedback die ik overwegend op het eind van de behandeling kreeg was, dat ze het niet hadden gedacht maar dat hen CTb wel had geholpen. Bij het navragen hoorde ik vaker dat ze “het durven doen” en “zien, dat ze wel iets kunnen” als erg prettig hebben ervaren. Heel soms zeiden sommigen dat ze trots op zichzelf waren. De beschrijvingen bleven echter heel algemeen en het maakte mij nieuwsgierig wat het nu precies in het beeldend werken en de behandeling met CTb is geweest dat deze ook zichtbare veranderingen teweeg brengt en hen beter laat voelen.

Met steeds toenemende nieuwsgierigheid nam ik deel aan de teamevaluaties. Ik had hier al eerder geregistreerd dat mijn inbreng vrij snel werd afgehandeld. Dit stond voor mijn gevoel in groot contrast met mijn observaties van vooruitgang en de beschrijving van sommige patiënten die CTb als “de meeste impact hebbende therapie” benoemden. Bij het navragen bleek dat het behandelteam heel weinig wist over CTb. Ze vroegen aan mij “Hoe helpt dit de chronische pijnpatiënten?”

Zowel gestimuleerd vanuit de eigen nieuwsgierigheid als ook door de praktijk, ben ik deze globale vraag nagegaan en evalueerde ik mijn werkmodel ten opzichte van het fenomeen dat er een verbetering optrad. Het viel mij op dat ik erg behulpzaam ben geweest. Ik richtte me op het goede verloop, heb veel structuur aangeboden en bleef de patiënten als het ware koesteren. Aan de ander kant gebruikte ik dit veilige kader als hulpmiddel zodat de patiënten zich durfden te bewegen, de therapievorm begonnen aan te nemen en zo tot actie kwamen. Ik bood hun dus iets in het beeldend werken en in de therapie aan dat hun blijkbaar hielp om zich uiteindelijk beter te voelen. Maar wat was dat nu precies?

Toen ik terug keek op de geformuleerde doelen en de activiteiten die ik had aangeboden werd mij duidelijk dat ik weinig in uitwisseling met de patiënt ben gegaan. Ik ben wel op behoeftes ingegaan maar heb er niet expliciet naar gevraagd. Daarom kon ik het antwoord op mijn vraag ook niet bij mijn notities vinden. Mijn conclusie is dat ik niet vanuit de patiënt maar vanuit mijn ervaringen, de literatuur en de besprekingen (supervisies) heb geredeneerd. En hoewel het model werkt miste ik mijn inzicht erin en onderbouwing vanuit de patiënten zelf. Dit verklaarde de vraag die ik uiteindelijk aan de patiënten heb gesteld: Wat is het nu geweest dat er voor zorgde dat u zich beter voelt? Ik probeerde literatuur te vinden die mij hierop antwoord kon geven.

1.6 Literatuuronderzoek

Om verdiepende achtergrond informatie te winnen over de doelgroep is gebruik gemaakt van de literatuur uit jaar 3 eindverslag (Nicolai, 2012). Verder zijn boeken geraadpleegd uit de bibliotheek Heerlen, de stagepraktijk St. Agatha Krankenhaus en de universiteitsbibliotheek Keulen. De belangrijkste uitkomsten zijn bij de doelgroepbeschrijving verwerkt.

Voor (actuele) onderzoeken op het gebied pijn en Creatieve Therapie beeldend zijn de HBO-kennisbank, vaktijdschriften en verschillende database (EBSCO, PubMed en ScienceDirect) geraadpleegd. HBO-kennisbank leverde voornamelijk scripties op het gebied van fysiotherapie en pijnmanagement. In de databanken trad het probleem op dat geschikt lijkende artikelen vaak niet ‘full text’ toegankelijk waren. Pas na het opnieuw zoeken via de zoekmachine google of de online toegang via de universiteitsbibliotheek Keulen was succesvol.

Het vrije zoeken via google leverde een aantal bruikbare materialen op. Hierdoor zijn artikelen gevonden, die full text (online-versie) in de universiteitsbibliotheek Keulen beschikbaar waren. Ook websites van pijnstichtingen met literatuuraanbevelingen waren waardevol. Omdat het vrije zoeken succesvoller was, is in de bijlage alleen een voorbeeld van de zoekgeschiedenis met EBSCO te vinden (zie Bijlage 1: PICO en zoekgeschiedenis).

Het literatuuronderzoek is begonnen met het opstellen van PICO-vragen (zie Bijlage 1: PICO en zoekgeschiedenis). Deze waren gericht op het verzamelen van data over pijn maar ook over pijnbehandeling en het inzetten van CTb. De zoektermen zijn in het Duits, Engels en het Nederlands opgesteld. Daardoor probeerde de onderzoeker zoveel mogelijk data te kunnen verzamelen om later de kwaliteit door verzadiging te kunnen waarborgen. Bij het beoordelen van de gevonden bronnen werd na het vaststellen van de bruikbaarheid een kwaliteitscheck (zie Bijlage 2: kwaliteitscriteria-check literatuurstudie) gedaan ook met behulp van de CARS-checklist (Harris, 2010). Er werden uiteindelijk alleen artikelen vanaf 2000 gebruikt. Bovendien is oudere literatuur uit boeken vergeleken met recente boeken of boekenversies. Het was niet altijd mogelijk alle criteria te kunnen toetsen bijvoorbeeld als het een eenmalige publicerende auteur was of de toegang tot andere literatuur niet mogelijk was omdat Hogeschool Zuyd geen contract voor sommige tijdschriften had.

Selectie van relevante literatuur

Het was noodzakelijk Creatieve Therapie beeldend (CTb) te definiëren (zie 1.1 Creatieve Therapie/Vaktherapie) want het begrip is heel breed in de literatuur toegepast. Vaak worden verschillende stromingen samengevat. Het non-selectieve gebruik van de terminologie maakte het vinden van geschikte literatuur moeilijk en moeizaam. Voor het gemak wordt in het verdere verloop gesproken van “art therapy”, waaronder alle andere vormen van CTb worden samengevat, tenzij duidelijk bekend is van welke vorm er sprake is.

Bruikbaar voor dit onderzoek zijn artikelen over ‘tiefenpsychologisch-oriënteerde Kunsttherapie’ (Schwerdt, Wirtz, Grabbe, & Gralow, 2002, p. 302) en analytische Kunsttherapie (Plecity, Danner-Weinberger, Szkura, & Wietersheim, 2009) geweest want ze boden informatie over het gemeenschappelijke medium beeldend of de doelgroep pijnpatiënten. Minder geschikt waren het veeltal aan onderzoeken die zich richten op het begrijpen van pijn door het beeldend medium zoals bij Henare, Hocking and Smythe (2003). In deze onderzoeken konden de patiënten het medium gebruiken om hen problemen en pijn uit te drukken. Deze methoden richtten zich niet op het handelen, voelen en de opgedane ervaring van de patiënt. De onderzoeker sloot deze onderzoeken uit, omdat ze niet aansloten bij zijn ervaringsgerichte visie van het beeldend werken.

Een ander aspect dat opkwam is, dat bij de behandeling van (chronische) pijn het inzetten van muziektherapie als alternatieve/aanvullende behandelvorm meer gevestigd blijkt te zijn. Hier zijn opvallend meer artikelen/onderzoeken gevonden. Literatuur over muziektherapie ging echter niet in op de zicht van de patiënten en wat hun in de creatieve therapie “beter liet voelen” en was bij het zoeken naar een antwoord daarom niet bruikbaar.

Een voorlopige conclusie was dat er opvallend weinig literatuur over creatieve therapie beeldend bij deze doelgroep is te vinden.

Resultaten literatuurstudie

Plecity et al. (2009) deden een kwalitatief (een kwantitatief) onderzoek bij 26 psychosomatische patiënten in een dagkliniek. Hoewel hier een ander doelgroep is onderzocht, zijn er wat de symptomen en diagnoses betreft vele overeenkomsten tussen chronische pijnpatiënten en Plecity's doelgroep. In dit onderzoek is in kaart gebracht of er door analytische kunsttherapie een verandering in de somatische symptomen als ook in de stemming plaats vindt. Waardevol was dat er een significante reductie van de lichamelijke symptomen in het verloop van de behandeling plaats vond als ook een subjectieve verbetering van de stemming door de sessiedeelname. Dit onderzoek bevestigde de aanname van de onderzoeker dat er een verbetering in het welzijn optreedt door de behandeling.

Schwerdt et al. (2002) hebben een eerste opzet gedaan om een vragenlijst voor het effect van art therapy te gaan ontwikkelen. De habituele vragenlijst brengt het algemene ervaren in kaart en vraagt de patiënt hoe hij de beperking van het welzijn ervaart. Deze lijst geeft helderheid over de toestand voor en na de therapie. De situatieve vragenlijst beschrijft de ervaringen binnen art therapy en geeft helderheid over het therapeutisch proces: Waardoor ontstaat de verandering? In een vogelvlucht geven de onderzoekers voorbeelden van de resultaten: ‘so wird deutlich, dass sich die Qualität des Schmerzes durch kreatives Gestalten verändern kann.’ (Schwerdt et al., 2002, p. 307). Verder wordt benoemd dat de pijngebonden delen van depressie verminderen. De setting waar de vragenlijsten werden afgenomen was een kortdurende, multimodale pijnbehandeling (3 weken met 6 sessies) en sluit daarom heel nauw aan de doelgroep van dit onderzoek. Maar ook hier is aangegeven, dat ze van een dieptepsychologische manier van kunsttherapie gebruik hebben gemaakt.

Een grote meerwaarde bij het literatuuronderzoek leverde Anghelutas and Lees (2011) artikel. De auteurs hebben een uitgebreide literatuurstudie gedaan over de relatie van art therapy en chronische pijn. Net als in dit onderzoek liepen ze ertegen aan dat de term art therapy niet eenduidig is gebruikt en op die manier artikelen met heel verschillende achtergronden opleverde bovendien zonder een nauwkeurige researchopzet. Verder komt dit artikel overeen met het feit dat er nog weinig onderzoek op dit gebied is gedaan en daarom ook weinig literatuur beschikbaar is. Anghelutas and Lees (2011) raden aan, gestimuleerd door de positieve resultaten, kwantitatief effect onderzoek te doen ook bij kortdurende therapievormen voor pijn. Het doel daarvan zou zijn resultaten betrouwbaarder te maken maar ook om uit te vinden hoe de patiënt zelf art therapy als aanvulling aan de behandeling beleeft. Aan de andere kant concluderen ze dat het ook van belang is te weten welke aanvulling art therapy aan de multidisciplinaire behandeling kan maken. 'It remains an important topic for future research.' (Anghelutas & Lees, 2011, p. 128). Dit artikel was heel bruikbaar doordat de onderzoekers vanuit het biopsychosociale model hebben gezocht en dat ze vonden dat hoewel het therapeutische 'art-making' de QOL van patiënten verhoogd het toch het proces binnen art therapy was geweest dat patiënten veiligheid gaf om naar een probleemoplossend werkproces te kunnen komen. Dit komt nauw overeen met het concept van CTb. Dit onderzoek was vooral waardevol omdat hun conclusies overeenkwamen met de vraag die in de aanleiding opkwam: wat is het nu wat de patiënten beter maakt? Ook Anghelutas and Lees (2011) hebben er geen antwoord op gevonden.

Conclusie & hypothese

De conclusie van de literatuurstudie is dat op het gebied CTb, in de behandeling van chronische pijn patiënten nog weinig evidence is verzameld. Vele onderzoeken houden zich bezig met kwantitatieve studies en effectmeeting en geven geen of weinig ruimte aan de ervaringen en belevingen van patiënten. Suzanne Haeyen (2011) geeft in haar boek een voorbeeld waar 'ervaring en beleving centraal staat' (p. 19). In haar inleiding beschrijft ze dat het kwalitatieve onderdeel de patiënten de ruimte geeft om hen zicht te vertellen. Haeyen koos ervoor omdat juist dit stuk in de literatuur nog weinig benaderd is en dit blijkt ook bij de doelgroep chronische pijn het geval te zijn.

Onderzoeken die zich richten op pijn en vaktherapieën zijn bovendien onderzoeken met langere behandelzeiten (Anghelutas & Lees, 2011). Vaak zijn dit dan ook doelgroepen waar pijn een rol speelt maar niet hoofddiagnose is zoals bij, de doelgroep van dit onderzoek wel het geval is.

De waarnemingen van de onderzoeker, de doelgroepverdieping en het literatuuronderzoek leiden uiteindelijk tot een hypothese. Het werd doormiddel van de literatuur duidelijk dat het werkmodel overeenkomsten heeft met pijnmanagement en dan vooral op het gebied van empowerment (Anderson & Funnell, 2010). Verder is het fenomeen beschreven dat er een lichamelijke en psychische verbetering in verloop van de CTb behandeling optreedt. Patiënten hebben dit bevestigd. Deze verbetering kan alleen gedeeltelijk met literatuur worden onderbouwd maar patiënten komen nauwelijks aan woord. De hypothese is dat ook CTb een positieve invloed heeft op chronische pijnpatiënten zodat ze het welzijn kunnen veranderen en daardoor de levenskwaliteit verhoogd. De literatuur geeft echter geen antwoord erop hoe dit komt maar stelt als het ware dezelfde vraag.

1.7 Relevantie

Gezien de literatuurstudie weinig informatie opleverde over het inzetten van Creatieve Therapie beeldend in de behandeling van pijn is onderzoek op meerdere gebieden relevant: het persoonlijke gebied voor de onderzoeker als therapeut, de kennis voor de praktijk en de patiëntengroep en de gezondheidszorg.

Persoonlijk relevant is het specifieke deel: Het uit vinden wat het eigenlijk in het medium maar ook in de therapie ervoor zorgt dat de patiënten het fenomeen van vooruitgang in hun welzijn hebben beschreven. De literatuur gaf hier geen antwoord op. Verder onderzoek is nodig om met de resultaten inzicht te krijgen in het werkmodel van de onderzoeker. Daardoor kan het worden aangevuld zodat men nog gerichter aan kan sluiten bij deze doelgroep. Hierbij kan men denken aan het inzetten/aanbieden van materiaal maar ook het opstellen van activiteiten of het inzetten van de therapeutische houding.

Op het gebied van de gezondheidszorg, de praktijk en de patiënten helpt dit onderzoek erbij om evidence te creëren om CTb te kunnen profileren. Er bestaat een grote behoefte vanuit de praktijk en ook vanuit de patiënten om (in)zicht te krijgen op Creatieve Therapie beeldend en hoe het een bijdrage kan hebben in de behandeling. Door het verwerven van evidence kan de CTb-behandeling meer aandacht en ruimte krijgen in het beschreven pijnbehandelconcept maar ook in andere (langere) pijnbehandelingen.

Een heel ander aspect is afkomstig uit de maatschappij. Het optreden van chronische pijn is een snelgroeiend fenomeen. Bijna 1/5 van de bevolking lijdt aan chronische pijn en 1/3 ervan is niet in staat normaal en zelfstandig te kunnen leven. De kosten voor de gezondheidszorg nemen toe (Günther et al., 2011, p. 296). 'Maybe we should invest in the development of effective secondary prevention strategies, which can include patients before the pain problem has become too complex.' (Vlaeyen, Crombez, & Goubert, 2007, p. 187). Resultaten van dit onderzoek dragen bij aan het aanscherpen van de behandeling. De CTb behandeling wordt effectiever, wat tot een verbetering van welzijn bij de patiënten en uiteindelijk minder zorgkosten zou kunnen leiden. Het kan ook worden bewezen dat CTb iets op het gebied van preventie kan betekenen. Het tijdige inzetten van CTb bij chronische pijn betekent dat mensen wellicht niet in een depressie schieten.

Als laatste punt was het onderzoek alleen op een kleinschalig gebied, zoals het in het HBO-afstudeertraject mogelijk was, en heeft resultaten opgeleverd die kunnen helpen een groter onderzoek op dit gebied (bv. kwantitatieve effectmeting op universitair gebied) te rechtvaardigen.

1.8 Vraagstelling

Welke aspecten van het beeldend therapeutisch werken helpen volwassene patiënten met chronische pijn de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om het gevoel van welzijn te veranderen?

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn er een aantal subvragen geformuleerd:

- Welke aspecten in het beeldend therapeutisch werken beleven patiënten met chronische pijn als positief of negatief?
- Zijn er factoren die invloed hebben op de aspecten van het beeldend therapeutisch werken die helpen de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om het gevoel van welzijn te veranderen?
- Welke verandering in hun gevoel van welzijn (ten opzichte van voor de behandeling) geven de patiënten na de behandeling aan?

1.9 Aanvullende begripsdefinitie

Gevoel van welzijn

Gevoel van welzijn is afgeleid uit de beschrijving van de kwaliteit van leven (QOL) (zie 1.2 Het fenomeen pijn). Welzijn of welbevinden is een mate waarin QOL wordt gemeten. Hoe groter het beleefde welzijn hoe hoger de QOL score. Onder "gevoel van welzijn" wordt in dit onderzoek het subjectieve "goed voelen/welbevinden" van de patiënten met chronische pijn bedoeld. Dat betekent dat het om hun beleving gaat en in welke mate zij zich goed voelen.

Verandering van gevoel van welzijn

Onder de verandering van gevoel van welzijn worden zowel positieve (verbeteringen) als ook negatieve (verslechtingen) van het gevoel van welzijn verstaan.

Beeldend werken

Onder beeldend werken wordt in dit onderzoek verstaan dat de patiënten met verschillende materialen en technieken beeldend en vormgevend werken. Men kan hier denken aan teken- en schildertechnieken met bijvoorbeeld grafisch materiaal (zoals (kleur)potloden, stiften enz.). Verder kan ook gewerkt worden met stof, klei, metaal of hout. Dit zijn enkele voorbeelden.

Beeldend therapeutisch werken

Zoals in de literatuuranalyse beschreven is er geen eenduidige termgebruik in de vakliteratuur (zie 1.6 Literatuuronderzoek). Dit komt voornamelijk door de verschillende stromingen op het gebied van beeldende therapie. "Beeldend therapeutisch werken" wordt daarom in dit onderzoek als overkoepelend begrip gebruikt. Dat betekent dat de patiënten beeldend werken binnen een therapeutisch begeleide setting. Belangrijk is dat er een voor beeldende therapie opgeleide therapeut aanwezig is. Het is in dit onderzoek niet van belang bij welke beeldend therapeutische stroming de therapeut hoort.

1.10 Doelstelling

Het doel van dit kwalitatief onderzoek is in eerste instantie te inventariseren wat in het beeldend medium de geobserveerde verandering van het gevoel van welzijn tot stand brengt, bij patiënten met chronische pijn. Als behandelaar ben ik nieuwsgierig om uit te zoeken waardoor het komt dat de patiënten vooruitgang (of achteruitgang) in hen welzijn beschrijven. Op het persoonlijk vlak heeft het 'ontwikkelen van categorieën of concepten' (Boer, 2011, p. 103) een meerwaarde voor mijn persoonlijk professionele ontwikkeling; het leidt tot vernieuwing van mijn werkmodel en daardoor is een verbetering van mijn methodisch handelen mogelijk.

De verbetering van het werkmodel wordt mogelijk door het verkrijgen van nieuwe inzichten over de doelgroep. De inventarisatie geeft de meningen van de patiënten onmiddellijk weer. Daardoor kunnen antwoorden op de subvraag, welke aspecten patiënten met chronische pijn, zelf benoemen helpen om deze gerichter vorm te geven. Bijvoorbeeld door het aanbieden van activiteiten of materiaal dat aansluit bij de behoeften van de patiënten. Men kan hierdoor gericht letten op de aspecten die een positieve verandering te weeg brengen en kijken hoe de patiënten daardoor gestimuleerd kunnen worden van het assimileren los te laten.

Verder is het doel met de uitkomsten van dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het opbouwen van evidence voor de praktijk (vergroting van the body of knowledge). Op het professioneel niveau wordt door het inventariseren verzameld wat mensen met chronische pijn in werken met het beeldend medium helpt om hun welzijn te kunnen veranderen. Misschien is het zelfs mogelijk een centrale tendens op te kunnen sporen. Dit onderzoek kan hopelijk een antwoord geven op de vraag van ander disciplines 'wat helpt er dan?' die vaker wordt gesteld, maar ook 'hoe helpt het dan?' dus welke verandering ervaren de patiënten. Door het mee betrekken van de doelgroep zou het deskundige en dus representatieve evidence zijn. Na afloop van dit onderzoek kunnen de bevindingen aan de praktijk worden gepresenteerd en het vak CTb kan daardoor verder worden geprofileerd. De resultaten zullen ook aanvullend onderzoek op dit gebied ten goede komen. Hoe breder in dit onderzoek wordt gezocht hoe hoger wordt de overdraagbaarheid en hoe groter dat dan ook de meerwaarde voor andere therapeuten kan zijn.

2. Onderzoeksmethode

Dit hoofdstuk beschrijft hoe het onderzoek is uitgevoerd. Ten eerste wordt het onderzoekstype en – methode verklaard. Vervolgens volgt een uitwerking van de onderzoekspopulatie. Verder is een beschrijving gegeven hoe de data voor dit onderzoek zijn verzameld, geprepareerd en geanalyseerd. Aansluitend wordt ingegaan op de verschillende kwaliteitscriteria die in dit onderzoek gebruikt werden om de thrustworthiness te verhogen.

2.1 Onderzoekstype en onderzoeksmethode

Dit kwalitatieve onderzoek is inventariserend of beschrijvend (=onderzoekstype) van aard en is uitgevoerd met behulp van een kwalitatieve survey (=onderzoeksmethode). Hier volgt een korte argumentatie waarom de gekozen onderzoekstype en -methode voor de beantwoording van de vraagstelling het meest geschikt was.

Het geobserveerde en door andere onderzoeken al gedeeltelijk onderbouwde fenomeen, is dat patiënten met chronische pijn zich “beter voelen” na een behandeling met CTb (zie 1.5 Aanleiding). In dit onderzoek is gekozen het “beter voelen” op een breder niveau te benaderen en alle mogelijkheden die erbij helpen het gevoel van welzijn te veranderen in kaart te brengen. Dit zodat ook negatief beleefde veranderingen of geen verandering kunnen worden aangetoond. Het hoofddoel van dit onderzoek is dan de verschillende aspecten, binnen het beeldend therapeutisch werken, die dit te weeg brengen te inventariseren (zie 1.10 Doelstelling). Deze subjectieve informatie kan therapeuten later helpen meer inzicht in de patiënten en hun belevingen te krijgen en daardoor nog nauwer aan te kunnen sluiten bij de patiënten.

Dit onderzoek gaat dus ‘om de beschrijving en inventarisatie van gevoelens, belevingen en ervaringen van een persoon of groep van personen’ (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005, p. 94) en richt zich in dit geval op de perspectieven van de patiënten met chronische pijn. Baarda, Goede en Teunissen (2005) beschrijven dit als ‘het begrijpen vanuit de positie (...) van de betrokkenen zelf’ (p. 94). Dat betekent dat het binnen dit onderzoek niet om een objectieve beschrijving gaat maar juist om het subjectieve beleven van de patiënten aangevuld door de observaties van de behandelende beeldend therapeuten. Volgens Boeije (2005, pp. 35-36) zijn dit kenmerken waarbij kwalitatief onderzoek geïndiceerd is. De vraagstelling is daarom geformuleerd als een beschrijvende “welke”-vraag. Op die manier kunnen de aspecten, waardoor het fenomeen ontstaat, worden verzameld (Baarda et al., 2005). Een ander kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat het gebruikt wordt als weinig onderzoek of literatuur op dit gebied aanwezig blijkt te zijn (Boeije, 2005, p. 35). Uit de literatuurstudie wordt duidelijk dat dit het geval is en het is juist van belang tot nu toe verborgen kennis (tacit knowledge) te verwerven. Het laatste punt waarom voor een kwalitatief onderzoekstype is gekozen, is het toepassen van een open onderzoeksprocedure (zie 2.3 Dataverzameling).

De gekozen methode voor dit onderzoek is de kwalitatieve survey. Volgens Baarda, Goede en Teunissen (2005) is dit het meest geschikt als gaat om inventarisatie. In het geval van dit onderzoek is met behulp van deze methode in kaart gebracht welke aspecten in het beeldend therapeutisch werken patiënten met chronische pijn als positief en/of negatief beleefden, wat zij zelf aangeven wat er voor een verandering door het beeldend therapeutisch werken heeft plaatsgevonden, welke impact dit op hen heeft gehad en welke factoren bij de verandering voor hen een rol hebben gespeeld. Deze informatie wordt in de discussie aangevuld met de observaties, meningen en opvattingen van de behandelende beeldend therapeuten en dient uiteindelijk ertoe de vraagstelling te kunnen beantwoorden (zie 1.8 Vraagstelling). De (subjectieve) meningen en het individuele beleven met betrekking tot het fenomeen zijn verzameld doormiddel van interviews (zie 2.3 Dataverzameling).

Het streven van dit onderzoek is om de aspecten van het beeldend therapeutisch werken die patiënten met chronische pijn helpen de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om hen welzijn te veranderen te verzamelen. Hierbij is het van belang de diversiteit en verscheidenheid van de onderzoekspopulatie in kaart te brengen. Via de kwalitatieve survey methode wordt geprobeerd van het onderzoeksverschijnsel (= fenomeen) zoveel mogelijk facetten te verzamelen en te beschrijven. Baarda, Goede en Teunissen (2005) noemen dit ‘een dwarsdoorsnede van een facet’ (p. 128) maken. Om dit zo breed mogelijk te maken, zijn zoveel verschillende patiënten met chronisch pijn als mogelijk in dit onderzoek benaderd (zie 2.2 Onderzoekspopulatie). Uiteindelijk was belangrijk dat de patiënten zich in de resultaten konden vinden.

2.2 Onderzoekspopulatie

Het fenomeen “verandering van het gevoel van welzijn door beeldend therapeutisch werken” is voor het eerst gezien tijdens het stagejaar van de onderzoeker (zie 1. Probleemstelling). De keuze voor de onderzoekspopulatie ging daarom naar deze doelgroep (zie 1.3 Patiënten met chronische pijn).

Bij dit onderzoek is in eerste instantie gebruik gemaakt van een niet-gericht selecte steekproef. Dat betekent dat de beschreven onderzoekseenheden vooreerst niet bepaald zijn door een achterliggende theorie (Baarda et al., 2005, p. 155). De operationele populatie werd wel beperkt door hun toegankelijkheid voor de onderzoeker (Baarda et al., 2005, p. 190). Dat betekent dat alleen onderzoekseenheden zijn benaderd die een deelname hebben toegestemd, maar ook waar eerder de behandelende instelling toestemming aan dit onderzoek had gegeven (zie Bijlage 15: Toestemmingsverklaring). Verder zijn de toegankelijke onderzoekseenheden in een latere fase gekozen doormiddel van een theoretische selectie (zie 2.3 Dataverzameling).

Operationele onderzoekspopulatie “Patiënten”

De operationele onderzoekspopulatie “Patiënten” voldeed aan volgende criteria:

- Volwassen (boven 18 jaar)
- (Stationaire of ambulante) behandeling waarin beeldend therapeutisch wordt gewerkt
- (Hoofd)diagnose “chronische pijn”: Volgens ICD-10⁶ code F45.41 betekent dit, dat een patiënt meer dan zes maanden lijdt aan lichamelijke pijn welke naast een fysieke storing ook psychologische componenten heeft.

Respondenten leveren volgens Baarda, Goede en Teunissen (2005) de benodigde informatie. De patiënten, die aan de bovengenoemde criteria voldeden, waren daarom ook geschikte respondenten voor de interviews. Er is gestreefd naar respondenten die zo verschillend mogelijk (heterogeen) waren om vele facetten te inventariseren en de resultaten zo bruikbaar mogelijk te maken (transferability). Beroep, sociaal status/achtergrond, geslacht etc. waren daarom niet bepaald.

In de tijd tussen 28.02.2013 en 11.04.2013 zijn 12 patiënteninterviews gevoerd. De leeftijd varieerde tussen 56 en 83. Bij vijf patiënten was de onderzoeker ook behandelend therapeut. Vier patiënten werden behandeld door L. Bönsch (Kunst- und Gestaltungstherapeut, St. Agatha Krankenhaus) en 3 patiënten waren in behandeling bij A. Remke (Diplom-Kunsttherapeutin, Uniklinikum Münster).

Respondentengroep “Therapeuten”

Baarda, Goede en Teunissen (2005) beschrijven dat informanten (hierbij horen experts) waardevolle informatie over onderzoekspopulatie kunnen leveren. Naast de onderzoekspopulatie werden daarom ook interviews gevoerd met de behandelende beeldend therapeuten. De interviews zijn uiteindelijk gebruikt om in hoofdstuk 4.1 Discussie de resultaten te beargumenteren en zijn een vorm van checking via de informanten. Criteria voor deze groep waren dat de therapeut:

- Beeldend therapeutisch is opgeleid
- Beeldend therapeutisch werkt met de onderzoekspopulatie

Voor het aanvullen met behulp van expertinterviews is gekozen omdat het door de geëiste gegevensbescherming heel moeizaam was om toestemming van instellingen voor patiënteninterviews te verkrijgen. Deelgenomen aan de expertinterviews hebben:

- L. Bönsch (Kunst- und Gestaltungstherapeut, St. Agatha Krankenhaus Köln)
- Remke (Dipl. Kunsttherapeutin, Uniklinikum Münster)
- G. Albertsen-Fock (Dipl. Kunsttherapeutin, Uniklinikum Münster)

Waarborging van diversiteit

Om zo heterogeen mogelijke respondenten en experts te bereiken en verzadiging (dependability) te waarborgen zijn de data van verschillende instellingen verzameld. Hierdoor waren de niet-persoonsgebonden factoren zoals behandelingssetting verschillend. Om verder nog diversiteit in de databronnen (triangulatie) in dit geval de respondenten te bereiken werd ook naar persoonsgebonden factoren (leeftijd, geslacht enz.) gekeken om de respondenten te laten verschillen. Informatie van verschillende respondenten verhoogde de bruikbaarheid van de resultaten voor de praktijk (transferability). Hoe groter het verschil van de respondenten was hoe bruikbaarder de eindresultaten zijn, omdat zich een groter aantal mensen uit de onderzoekspopulatie zich erin kan vinden.

Benadering operationele onderzoekspopulaties

Twee instellingen hebben uiteindelijk toestemming (zie Bijlage 15: Toestemmingsverklaring) gegeven. Voor verdere informatie over de instellingen wordt verwezen naar 2.3 Dataverzameling, toestemming. Nadat de instellingen hadden toegestemd, is samen met de behandelende beeldend therapeut gekeken welke respondenten geschikt waren. Alleen patiënten die voldoende psychisch stabiel waren

werden geïnterviewd omdat zij in staat waren de benodigde informatie te kunnen leveren. Na deze selectie nam de onderzoeker persoonlijk met de respondent contact op. Voor verheldering werd een formulier aan de respondent uitgedeeld (zie Bijlage 7: Toestemmingsformulieren) waar de belangrijkste informatie over het onderzoek en de waarborging van anonimiteit zijn samengevat. Voordat het interview uiteindelijk werd gevoerd is dit ondertekend.

De keuze binnen St. Agatha Krankenhaus was verder dat de respondenten na afloop van de laatste sessie werden benaderd, zodat er geen verstoring of beïnvloeding van de behandeling door het interview optrad. In het Uniklinikum Münster koos de behandelende beeldend therapeut voor de patiënten en de afnametijd van de interviews.

2.3 Dataverzameling

Baarda, Goede en Teunissen (2005) noemen bij het kwalitatieve survey, het voeren van interviews als een geschikt middel om data te kunnen verzamelen. Een belangrijke reden daarvoor is dat men later bij de analyse door het getranscribeerde interview zo dicht als mogelijk bij de geïnterviewde blijft (close to data). Aangevuld met noties etc. (zie 2.4 Datapreparatie) zijn de teksten het best representatief (Boeije, 2005). Hierdoor is het mogelijk de subjectieve ervaringen en belevingen van de geïnterviewden en dus de perspectieven zo direct mogelijk te verduidelijken (Baarda et al., 2005). Op die manier kan verborgen kennis (tacit knowledge) worden verkregen.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een open individueel kwalitatief interview (Boeije, 2005). “Open” omdat gestreefd is volledig recht te doen aan de respondent en “individueel” omdat de persoonlijke mening en betekenis is verzameld. Verder zijn de interviews mondeling, face-to-face uitgevoerd (Baarda et al., 2005). Behalve bij mevrouw Albertsen-Fock waar door de beperkte reistijd die de onderzoeker ter beschikking had een telefooninterview noodzakelijk werd. Een face-to-face interview heeft het grote voordeel dat flexibel op de respondent kon worden gereageerd en zowel verbaal als ook non-verbaal gedrag geobserveerd is.

Bij de gekozen vorm van openinterview spreekt men van een topicinterview dat gevoerd wordt aan de hand van thema's. De thema's in dit onderzoek zijn bepaald door sensitizing concepts (Baarda et al., 2005). Deze zijn afkomstig uit de waarnemingen van de onderzoeker tijdens het werken met de onderzoekspopulatie in het stagejaar 2011/2012 (zie Bijlage 9: sensitizing concepts). De concepten zijn omgezet in een topiclijst die als interviewinstrument ging dienen (zie Bijlage 10: Interviewinstrument). Dit instrument was optioneel te gebruiken en had vooral de functie de interviewer tijdens het gesprek te steunen. De onderzoeker heeft zo open mogelijk vragen gesteld om niet in een bepaalde richting te sturen. Het is gestreefd dat de respondenten eigen woorden vinden. In het begin van het interview wordt een open vraag gesteld. Een voorbeeld is: “Was hat Ihnen in der Kunsttherapie gut getan?”. Het open verzamelen leverde aspecten die patiënten met chronische pijn als goed (positief) of niet goed (negatief) hebben beleefd en waar ze van mening waren dat dit hen wel/niet heeft geholpen. Het open begin leverde een goede insteek voor de respondenten. Pas op een later moment zijn gerichter vragen gesteld.

Om uiteindelijk een punt van verzadiging te bereiken is geprobeerd met de verzamelde data een zo breed mogelijk onderzoekspopulatie te dekken. Hiervoor was het plan om stapsgewijs in een cyclisch proces te werken waar interviewfase en codering elkaar zouden wisselen om zich uiteindelijk drie keer te herhalen (iteratie). Door de korte onderzoekstijd en het gelimiteerde aantal respondenten wordt geen gebruik gemaakt van theoretical sampling (Boeije, 2005). De onderzoeker nam alle ter beschikking staande respondenten aan. Door na elk interview continu te vergelijken (constant comparison) is gekeken wat voor een potentieel van bijdrage een gesprek had. Aan de hand van de inhoud maar ook met behulp van de persoonsgebonden gegevens in de dossiers werd besloten welk interview uiteindelijk wordt geanalyseerd. Daarbij bleef de onderzoeker voortdurend op zijn beslissingen reflecteren (logboek en begeleiding). Hierdoor werd het onderzoek navolgbaar (confirmability) voor derden.

Verder is dit onderzoek uitgevoerd in vijf fases. In fase 1 (14.02.2013 – 07.03.2013) is een interview gevoerd met de behandelende beeldend therapeut L. Bönsch (Kunst- en Gestaltungstherapeut, respondentengroep therapeut) uit het St. Agatha Krankenhaus. Van de 8 patiënten van de onderzoeker zelf werden 5 interviews afgenomen. Drie patiënten werden vroegtijdig ontslagen vanwege een virale infectie.

In fase 2 (11.03.2013 – 26.3.2013) begon in het St. Agatha Krankenhaus een nieuwe behandelingsgroep die begeleidt werd door L. Bönsch. Op 25. en 26.3.2013 werden 4 van de 7 patiënten geïnterviewd. 1 patiënt gaf geen toestemming en 2 patiënten werden ontslagen op 21.3.2013. Op hetzelfde dag vond het interview met A. Remke (Dipl. Kunsttherapeutin, Uniklinikum

Münster) plaats. De overlapping maakte het niet mogelijk de 2 patiënten uit het St. Agatha Krankenhaus te interviewen.

In fase 3 (27.03.2013 – 11.4.2013) stelde zich het expert G. Albertsen-Fock (Dipl. Kunsttherapeutin, Uniklinikum Münster) als respondent ter beschikking. Verder was het mogelijk 3 patiënten van A. Remke te interviewen.

Na afloop van de dataverzameling en de doorlopende codering begon fase 4: de eindanalyse. Hier zijn alle tussenresultaten bekeken en beschreven (zie 2.5 Data-analyse). Vervolgens zijn in een laatste schrijffase de eindresultaten bediscussieerd en is na een uitgebreid peer-debriefing met L. Bönsch de scriptie afgerond.

Rol van de Onderzoeker

Zoals boven beschreven was de onderzoeker in het geval van het St. Agatha Krankenhaus niet alleen interviewer, maar ook beeldend therapeut, die na beëindiging van de therapie zijn eigen patiënten heeft geïnterviewd. Het interview zette de onderzoeker hier in als een behandelingsafsluiting waar de patiënten terug konden kijken. Daarbij bleek dat de nauwere verbinding met de respondent een voordeel te zijn. De patiënten waren door de relatie geneigd meer over hen beleving te vertellen als respondenten die onbekend waren met de onderzoeker. Met de factor van sociale wenselijkheid (Baarda et al., 2005) werd juist daarom extra rekening gehouden.

De factor van sociale wenselijkheid

In dit onderzoek bestond bij het afnemen van interviews de kans dat de respondenten alleen vertelden wat zij dachten wat de onderzoeker graag wil horen dus sociaal wenselijk gedragen. Vaak werden in het begin alleen positieve dingen benoemd. Het zou kunnen dat de respondenten zich onveilig voelden of angst hadden of dachten ze moeten allen zeggen wat “hoort”. De onderzoeker was er alert op en had maatregelen getroffen om de sociale wenselijkheid te beperken:

- De interviews zijn individueel afgenomen zodat de respondenten niet door derden werden beïnvloed groep (bv. geremd voelden)
- Op momenten waar de onderzoeker het gevoel had dat er sprake was van sociale wenselijkheid werd doorgevraagd
- De onderzoeker benoemde dat de antwoorden niet worden beoordeeld en dat men vrij kan spreken
- De onderzoeker benoemde dat het juist van belang is positief en negatief beleefde dingen te vermelden

Logboek

Het logboek werd gebruikt om het verloop van het onderzoek te documenteren (Baarda et al., 2005). Naast notities van wat en waarom het wordt gedaan, welke beslissingen zijn genomen of twijfels die zijn ontstaan werden hier ook besprekingen en aanvullende patiënteninformatie vastgehouden. Het verloop van dit onderzoek werd doormiddel van een logboek overzichtelijk en begrijpelijker (transferability).

Het moment en de plaats van afname van het interview

De ‘een op een’ interviews (respondent en onderzoeker) hebben plaatsgevonden van 28.02.2013 tot 11.04.2013. Bij de interviews met de respondentengroep “patiënten” werd gekozen voor een “een-moment” afname. In de meeste gevallen vonden deze plaats na beëindiging van de beeldend therapeutische behandeling (zie benadering operationele onderzoekspopulaties). Op dat moment waren de belevingen nog het meest present en het behandelingsverloop werd door het interview niet verstoord of beïnvloed. Bij de respondentengroep “therapeuten” werd een prospectief (terugschouwend) interview gevoerd.

Om in een zo natuurlijk mogelijk setting te blijven werden de interviews in de bekende behandelruimte afgenomen (Baarda et al., 2005). De geïnterviewden hadden daardoor de mogelijkheid om aspecten aan te wijzen en werkstukken te laten zien. In het Uniklinikum Münster zijn de interviews in de therapeutenkamer afgenomen in verband met lopende sessies was de ruimte bezet. Wel stonden ook hier de gemaakte werkstukken voor hen ter beschikking.

Opname van data

Tijdens het voeren van de interviews maakte de onderzoeker gebruik van opnameapparatuur (memorecorder). Het voordeel van het opnemen is dat de onderzoeker zich volledig op de respondent kan concentreren. Het gesprek wordt niet door meeschrijven onderbroken (Boeije, 2005). Naast het gebruik maken van opnameapparatuur zijn tijdens de interviews korte notities gemaakt. Dit hielp het interview structuur te geven. Het geeft de onderzoeker overzicht en maakt het mogelijk terug te

kunnen gaan naar eerder besproken onderwerpen die verder worden exploreert. De respondenten hebben op die manier de kans nog aanvullende dingen te benoemen.

Triangulatie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van datatriangulatie (Baarda et al., 2005). Het interviewen van verschillende respondenten (zowel patiënten als ook experts) gaf aanvullende data. Daarnaast zijn de interviews met observatienotities ondersteund.

Toestemming

Voordat een interview plaats vond moesten zowel de behandelende instellingen als ook de respondenten toestemming (Baarda et al., 2005) geven. Dit werd gedaan met behulp van een toestemmingsformulier (zie Bijlage 7: toestemmingsformulieren). Volgende instellingen en behandelaars hadden toestemming ingediend:

- Krankenhausdirektorin S. Jost van het St. Agatha Krankenhaus Köln in samenwerking met Dr. med. R. Lehnert en het Schmerzzentrum Köln van Dr. med. Strick en Dr. med. Arhelger
- Ludger Bönsch, Kunst- und Gestaltungstherapeut, St. Agatha Krankenhaus Köln
- Schmerzklinik der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Münster, leiding door Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. I. Gralow
- Anja Remke, Diplom Kunsttherapeutin, Uniklinikum Münster
- Gabriele Albertsen-Fock, Diplom Kunsttherapeutin, Uniklinikum Münster

2.4 Datapreparatie

De preparatie van de data (opgenomen interviews) vond plaats in vorm van uitschrijven (transcriberen) in Word. Deze keuze is gemaakt omdat het coderingsprincipe van de data-analyse geschikt is voor uitgeschreven tekst. In de beginfase van dit onderzoek zijn de interviews volledig uitgeschreven. Pas na het vijfde interview zijn fragmenten die geen bijdrage hadden aan de beantwoording van de vraagstelling niet meer getranscribeerd (Baarda et al., 2005). Dit waren dingen zoals de inleiding van de onderzoeker, het bedankwoordje, het praatje tussendoor en als patiënten in een langer verhaal over andere dingen terecht kwamen. Volledig transcribeert en voor de analyse gebruikt zijn 6 patiënteninterviews (patiënt A-F) en 3 therapeuteninterviews.

Zoals onder 2.3 Dataverzameling wordt benoemd, zijn tijdens de interviews notities gemaakt. Deze notities dienden ter aanvulling van de gesprekken. Hier noteerde de onderzoeker opvallende dingen bijvoorbeeld non-verbaal gedrag die een uitspraak bekrachtigde of verminderde of een affect uiting die (niet)passend was en een uitspraak een diepere of andere betekenis gaf. Bij het transcriberen van de interviews zijn de notities tussen haakjes in de tekst vermeld.

In dit onderzoek hebben de respondenten ook gebruik gemaakt van hen beeldend werkstukken. Ze gebruikten deze ter ondersteuning om dingen aan te wijzen. De werkstukken zijn gedeeltelijk (na toestemming) als foto bijgevoegd (zie bijlage 12-14: Patiënt A-C). De foto's dienden bij het beschrijven van de resultaten en in de discussie ertoe om de uitspraken van de patiënten inzichtelijker te maken.

De onderzoeker heeft de instellingen toestemming gegeven alle data te anonimiseren en de interviewopnames, de afschriften en alle patiëntendata na beëindiging van dit onderzoek te vernietigen (zie Bijlage 15: toestemmingsverklaring).

2.5 Data-analyse

De analyse van een kwalitatief onderzoek verloopt volgens Baarda, Goede en Teunissen (2005) in stappen waarbinnen gebruik wordt gemaakt van verschillende vormen van codering. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het open en axiaal coderen. Onder open coderen wordt het uiteenrafelen van de data verstaan waar uiteindelijk een aantal codes als resultaat overblijven (Boeije, 2005). Dat betekent dat de getranscribeerde tekst eerst in fragmenten wordt ingedeeld, deze worden vervolgens gelabeld. De code is een korte krachtige samenvatting van het tekstfragment. Open codering begint meteen na de transcriptie van de interviews en eindigt pas nadat het laatste stuk data van codes is voorzien. Het doel van open coderen is dat de data overzichtelijk en daardoor hanteerbaar wordt gemaakt voor de onderzoeker.

In dit onderzoek is elk interview apart in een tabel geplaatst met twee kolommen. Elk tekststuk (linker kolom) kreeg een code (rechter kolom). De codes bestonden uit korte samenvattingen van de tekst, waarbij zoveel oorspronkelijke woorden als mogelijk zijn gebruikt. Dit laat zien dat de codering in dit onderzoek heel open is gehanteerd. Na het vinden van de codes vond per interview een eerste

ordering plaats. De onderzoeker zocht naar codes die over hetzelfde onderwerp gingen bijvoorbeeld: Waar gaat het over de therapeut?. De codes zijn vervolgens gerangschikt zonder van benaming te veranderen. Dit schepte overzicht en vormde voor elk interview een groot kader.

De fase van het open coderen begon op 26.02.2013 en eindigde op 16.04.2013. In die tijd maakte de onderzoeker gebruik van een analysetraining. Dit hielp de onderzoeker vaardig te worden en verhoogde de interbeoordelaarbetrouwbaarheid. Al bij deze analysefase is peer-debriefing gebruikt en derden zijn betrokken bijvoorbeeld interviewleiden, andere professioneels of informanten.

Bij axiaal coderen worden de codes beschreven: er wordt nu betekenis aan gegeven. Het moet duidelijk worden waarom en op welke basis voor deze code wordt gekozen (Boeije, 2005). Met behulp van de beschrijving worden de codes opnieuw geclusterd, waardoor categorieën ontstaan.

In dit onderzoek is daarom eerst goed gekeken of elk code passend was bij het tekstfragment. Soms was het mogelijk codes met behulp van synoniemen samen te vatten, oftewel te clusteren waardoor categorieën ontstonden. De geformuleerde sensitizing concepts dienden hier als steunend richtlijn om een passend begrip te vinden.

De volgende stap in het axiaal coderen is dat de verschillende data worden vergeleken. Daardoor kan duidelijk worden welke codes vaker terugkomen dan andere, dus welke betekenis en belang later aan hen moet worden gegeven. Door de tabellen konden de codes (rechter kolommen) gemakkelijk geknipt en in een nieuw bestand naast elkaar worden gezet. Het steeds toenemende indelen in categorieën hielp erbij om de data onderling te vergelijken en de categorieënlijsten aan te vullen. Daardoor ontstonden stapsgewijs hoofd- en subcategorieën. Erop volgend begon het uitwerken van de categorieënbeschrijving. Daarvoor is ook teruggekeken naar de tekstfragmenten (linker kolom) om erachter te komen welke onderdelen van een beschrijving nog misten om een goede definitie te kunnen geven.

Na aanleiding van het axiaal coderen ontstonden nieuwe ideeën over aspecten die voor patiënten met chronische pijn belangrijk bleken te zijn binnen het beelden therapeutisch werken. Deze aspecten zijn vervolgens getoetst door gericht naar de nieuwe thema's (bijvoorbeeld de groep/gemeenschap) tijdens een interview te vragen. Een aandachtspunt was hier intersubjectiviteit: zijn er overeenstemmingen tussen de betekenisbelevingen van meerdere respondenten (Baarda et al., 2005)?

De data-analyse baseert op de op aspecten /principes van de Grounded Theory (GT). De verbinding van de flexibele manier (inductivisme) van de verzameling van data en hun analyse samen met zoeken van het systematische in de resultaten, wat uiteindelijk tot theorievorming kan leiden, (deductivisme) sluit het best aan bij het opzet van dit kwalitatief onderzoek (Boer, 2011). Door de bovenstaande vraagstelling wordt duidelijk, dat het doel van dit onderzoek is, om de verschillende aspecten te inventariseren. Volgens Boer (2011) is GT juist 'gericht op het ontwikkelen van categorieën of concepten' (p. 103). Verder wordt GT ingezet als er nauwelijks literatuur aanwezig is en dit het verwerpen van verborgene kennis noodzakelijk maakt. Zoals uit de literatuurstudie blijkt is dit hier het geval. Het toepassen van deze methode past daarom bij dit onderzoek.

Met GT als basis wordt in dit onderzoek gewerkt met een iteratieve cyclus. Het doorlopen van de onderzoekscyclus was in dit onderzoek echter sterk tijdelijk beperkt en er is daardoor geen sprake van een volledige toepassing van GT. Vanuit het open en ongestructureerde vond een verzameling/coderingsfase plaats die zich drie keer herhaalde (zie 2.3 Dataverzameling fase 1-3). Door de iteratieve manier van stapsgewijs werken probeerde de onderzoeker in de korte onderzoekstijd alsnog om zo goed mogelijk saturatie (verzadiging) te bereiken. Daarvoor wordt continu gekeken welke resultaten er al zijn en hoe er een aanvulling kan worden gedaan. Constante vergelijking was daarom de basis van dit onderzoek (Boeije, 2005). Met toename van de data en de voortschrijding van het analyseproces worden de resultaten stuk voor stuk gestructureerd (vloeiend overgang van open naar axiaal coderen). Dit verloop is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek. De verzameling en analyse verloopt niet stapsgewijs maar overlappen elkaar (Boeije, 2005).

Na afloop van de dataverzameling en analyse zijn de bevindingen aan andere experts voorgelegd (peer-debriefing). Vervolgens zijn de resultaten inclusief de feedback in hoofdstuk 3. Resultaten weergegeven. Net zoals eerder benoemd is daarbij zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke data gebleven. De uiteenzetting met de definitieve resultaten is te vinden in hoofdstuk 4. Discussie. Hier is geprobeerd de gevonden data te verklaren en met literatuur te onderbouwen. Met behulp van deze kritische reflectie en analyse is het antwoord op de vraagstelling gegeven (zie 4.2 Antwoord op de vraagstelling).

2.6 Kwaliteitscriteria

Betrouwbaarheid (thrustworthiness) betekent dat een onderzoek en zijn resultaten niet afhankelijk zijn van toeval. Geldigheid (validiteit) beschrijft hoe representatief de resultaten zijn voor de werkelijkheid. Een goed onderzoek is zo weinig als mogelijk afhankelijk van toeval en geeft de praktijk 1:1 weer. Deze twee eisen zijn moeilijk te bereiken. Vooral omdat een onderzoeker altijd een bepaalde subjectiviteit heeft in zijn beslissingen en handelingen. Baarda, Goede en Teunissen (2005) zeggen dat de onderzoeker zelf het belangrijkste instrument is. Om betrouwbaarheid en geldigheid te verhogen, dus de kwaliteit te verbeteren is in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende criteria.

Credibility

Credibility (geloofwaardigheid) beschrijft hoe geloofwaardig en betrouwbaar een onderzoek is (AmCOGG, 2002). In dit onderzoek is dit in eerste instantie gedaan door de data zo open mogelijk te verzamelen en de respondenten voldoende ruimte voor hen verhaal te bieden. Een aanvullende strategie was daarbij de 'Search for Disconfirming Evidence or Negative Cases' (AmCOGG, 2002, p. 11). De onderzoeker probeerde alle veranderingen van het gevoel van welzijn te inventariseren. Dat betekent dat ook negatieve veranderingen of geen veranderingen zijn genoteerd. Door deze gevallen mee te laten tellen is naast de betrouwbaarheid ook de confirmability (zie beneden) verhoogd.

In dit onderzoek is er sprake van datatriangulatie (zie 2.3 Dataverzameling, *triangulatie*). Door twee verschillende respondentengroepen te interviewen worden meerdere databronnen gebruikt. Deze konden elkaar aanvullen.

Verder bleef de onderzoeker in uitwisseling met geïnterviewde professionals en legde de getranscribeerde interviews nog eens ter checking aan hen voor.

Dependability

Dependability is de mate waarin men in het onderzoek kan vertrouwen (AmCOGG, 2002). Betrouwbaarheid kan worden bereikt door verschillende strategieën. Belangrijk is bijvoorbeeld een kritische check door andere professionals. Dit wordt Peer-debriefing genoemd (Baarda et al., 2005). Als expert wordt Ludger Bönsch benaderd. Mee geholpen bij de analyse heeft Gina Knittel. Astrid Knops en Robin Franselow steunden dit onderzoek door een globale check.

Dependability kan ook verhoogd worden door een hoge mate van saturatie (verzadiging). Dat betekent dat er zo lang naar nieuwe informatie wordt gezocht tot geen nieuwe kennis meer wordt ontdekt. In verband met de tijd was dit aspect slechts beperkt mogelijk. Om verzadiging alsnog te waarborgen is in dit onderzoek geprobeerd de respondentengroep patiënt zo heterogeen mogelijk te maken (zie 2.2 Onderzoekspopulatie, Waarborging van diversiteit). Daarnaast zijn verschillende instellingen in het onderzoek betrokken. Verder is gebruik gemaakt van datatriangulatie (zie boven).

Ook duidelijkheid, volledigheid en zorgvuldigheid in de beschrijving van hoe de data zijn opgeslagen en verwerkt, verhoogd het vertrouwen in het onderzoek. Uiteindelijk moet een lezer (theoretisch) het onderzoek kunnen herhalen naar aanleiding van alle documentatie. Dit is in dit onderzoek gedaan door het bijhouden van een logboek (zie 2.3 Dataverzameling) en de beschrijvingen in dit onderzoeksrapport.

Confirmability

Confirmability geeft niet alleen aan hoe navolgbaar een onderzoek is maar ook hoe bewijsbaar. In de fase van open coderen (zie 2.5 Data-analyse) probeerde de onderzoeker daarom de tekstfragmenten van de best passende codes te voorzien. Voortdurende reflectie op de codes maar ook op de opgeleverde resultaten door de onderzoeker zelf (logboek) maar ook door peer-debriefing (zie dependability) verhoogde de bewijsbaarheid.

Net zoals bij credibility (zie boven) is het werken met meerdere bronnen (triangulatie) en het zoeken naar negatieve uitspraken belangrijk.

Transferability

Transferability (overdraagbaarheid) betekent in welke mate de resultaten van toepassing zijn voor soortgelijke situaties of doelgroepen. Men noemt dit ook inhoudelijk generaliseerbaar (Baarda et al., 2005). Doormiddel van een brede operationele onderzoekspopulatie die stapsgewijs is benaderd, probeerde de onderzoeker de resultaten uiteindelijk zo goed mogelijk representatief en daardoor overdraagbaar te maken. Binnen dit onderzoek zijn minder respondenten benaderd dan in een kwantitatief onderzoek wat dit aspect van transferability beperkt.

Om de resultaten te kunnen overdragen moeten ze begrijpelijk zijn voor anderen. In de onderzoeksmethode is de uitvoering beschreven. Daardoor is voor de lezer begrijpelijk: wat de onderzoeker deed, hoe de data zijn verzameld en hoe de analyse heeft plaatsgevonden. Verder

maakte het bijhouden van een logboek het onderzoek transparant. Het logboek geeft inzicht in keuzes en twijfels van de onderzoeker. Welke rol de onderzoeker innam is beschreven in 2.3 Dataverzameling.

Het doel van deze transparante werkwijze was het onderzoek herhaalbaar te maken. De lezer kan naar aanleiding van de beschrijvingen het onderzoek theoretisch zelf herhalen.

Transferability houdt ook in hoe bruikbaar de resultaten uiteindelijk zijn voor het werkveld. Omdat het onderzoek zich richtte op een specifieke onderzoekspopulatie (zie 2.2 Onderzoekspopulatie) was dit aspect vanaf het begin beperkt. Het zijn daarom zo heterogeen mogelijke respondenten geïnterviewd om zo veel mogelijk verschillende facetten te inventariseren. Dit maakt de resultaten uiteindelijk bruikbaar voor andere therapeuten met een soortgelijke doelgroep. Op grond van de resultaten geeft de onderzoeker aanbevelingen voor de praktijk (zie 4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en suggesties voor verder onderzoek).

Authenticity

Om authenticity te bereiken (Smeijsters, 2005) is het nodig dat de geïnterviewden ruimte hebben om hen verhaal te geven. In de open interviews (zie credibility) wordt in dit onderzoek geprobeerd de belevingen van de patiënten en de visie van de therapeuten zo breed mogelijk te bespreken.

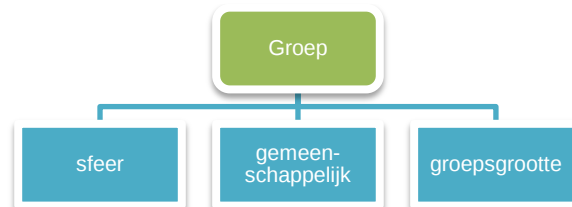
De resultaten worden het best representatief door Member-checking. Daarbij wordt aan de respondenten gevraagd of ze zich in de resultaten herkennen. In dit onderzoek is het qua tijd niet haalbaar geweest dit te doen (zie 4.4 Reflectie op het onderzoek met zijn sterkten en tekortkomingen).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de kerncategorieën met behulp van patiëntencitaten (Nicolai, 2013) en beeldmateriaal (zie Bijlage 12-13: Patiënt A-C) gepresenteerd. De onderstreepte woorden zijn aanvullingen aan de schema's. De gedetailleerde schema's zijn bijgevoegd in Bijlage 11: Resultaten.

De groep/gemeenschap

In alle interviews hebben de patiënten het werken in een groep benoemd zonder dat de onderzoeker expliciet ernaar vroeg. In de meeste gevallen was dit ook het eerste besproken onderwerp. Het aspect groep is onderverdeeld in sfeer, gemeenschappelijk en groeps grootte (zie figuur 3.1).



Figuur 3.1 Basisschema van het aspect "Groep/gemeenschap"

De sfeer (Atmosphäre) tijdens de therapie beschreven de patiënten als harmonisch, aangenaam en ontspannend. Het lachen en het levendige maakte het ongedwongen. Dit beleefden de patiënten als aangenaam en hielp hen bij het beeldend werken. Verder beschreven de patiënten een openheid (Offenheit) tussen de groepsleden die het mogelijk maakte zich open op te stellen naar de groep en de therapeut. Naast het levendige was rust (Ruhe) van belang. Daardoor konden de patiënten zich concentreren en focussen op het beeldend werken.

Behalve de sfeer benoemden alle patiënten het begrip gemeenschappelijk (gemeinsam). Ze ervoeren het feit dat ze "niet alleen waren" als erg positief en gaven het een grote betekenis. Bij gemeenschappelijk speelde de uitwisseling (Austausch) een belangrijke rol. Vooral het uitwisselen in vorm van verhalen of discussies maakte de sessies aantrekkelijk (reizvoll). Patiënten kregen door de groep de kans om deel te nemen aan de gesprekken en iets van zichzelf te tonen. Verder benoemden patiënten dat ze het kunnen luisteren en kijken als prettig beleefden. Het luisteren beschreven ze als onderhoudend (unterhaltsam) en vooral verrijkend (bereichernd). Het kijken en zien wat de ander doet in het beeldend werken was stimulerend voor het eigen werken (Ansporn). Verder valt contact met lotgenoten (Leidensgenossenkontakt) onder het begrip gemeenschappelijk. Het kunnen uitwisselen met lotgenoten en het zien dat er nog andere mensen met chronische pijn zijn bevorderde het gevoel van gemeenschap en gaf de patiënten moed.

Over de groeps grootte waren de patiënten verschillend van mening. Sommige genoten van de grootte van (maximaal) 8 patiënten terwijl anderen de voorkeur hadden voor een kleinere groep.

Naast de positieve invloed die de groep kan hebben kwamen ook negatieve bevindingen naar voren. Op momenten waar patiënten emoties niet konden verbergen en deze (in hen beleving) te zichtbaar voor de groep werden, beschreven ze het als erg pijnlijk en wilden aan de netelige situatie (sessies) niet meer deelnemen.

Verder kon de groeps grootte door de hoeveelheid deelnemers ook als belemmerend worden beleefd. Sommige ervoeren grote groepen als te onrustig en ongewoon en konden zich niet concentreren. Ook vervelende momenten waar extroverte patiënten de gesprekken gingen leiden en terughoudende weinig kans hadden om iets van zichzelf te laten zien of horen.

Het sfeeraspect openheid kon alleen worden gewaardeerd als patiënten zich voldoende konden beschermen bijvoorbeeld tegen *niet aflatende vragen* of *te erge verhalen* door derden. Vooral de verhalen konden patiënten sterk raken wat ten gevolge had dat ze een stap terug deden in hun behandelproces. Ook groepsdeelnemers die zich helemaal niet open opstelden in de groep werden als storend en aangrijpend beschreven.

Therapeut

De patiënten benoemden verschillende bij de therapeut horende aspecten die zij als positief hebben beleefd. Deze zijn onderverdeeld in therapeutische houding en therapeutische technieken.

Als basis was een natuurlijke en echte houding van de therapeut belangrijk. Patiënten beschreven dat de acties van de therapeut meestal ongepland en toevallig overkwamen. Dat het niet bedacht overkwam maakte hem sympathiek en echt (authentiek) en beleefden zij als fantastisch. Op de vraag wat ze precies aan deze houding als goed ervoeren noemden zij volgende aspecten: gezien worden, behulpzaam & beschikbaar zijn, invoelen en geaccepteerd worden.

B.: “Ja, auch dieses Wissen, da ist jemand der dich sieht und der dich wahrnimmt. Das ist schon irgendwo wichtig.“

Gezien worden (wahrgenommen werden) was een gevoel dat bij de patiënten ontstond. Dit leidde ertoe dat de patiënten beeldende therapie als aangenaam ervoeren.

Onder behelpzaam & beschikbaar zijn (hilfsbereit & verfügbar sein) beschreven de patiënten dat de therapeut altijd toegankelijk voor hen is geweest. Ze konden om tips of advies (met betrekking tot het medium) vragen en kregen uitgebreid antwoord. Voor de patiënten was dat heel fijn.

Als invoelend (einfühlsam) beleefden de patiënten de therapeut doordat hij heel individueel op hen is ingegaan. Het aspect van meelevend en het zich kunnen invoelen maakte de therapeut sympathiek en zo hadden de patiënten het gevoel begrepen te worden.

Een laatste aspect dat de patiënten sterk waardeerden was het geaccepteerd worden (Angenommen werden). Ze vertelden dat het steeds in orde was voor de therapeut, ongeacht wat ze met het medium deden. Ook op momenten waar patiënten woede of weerstand lieten zien vermeldde ze dat dit mocht. De patiënten gaf dit het gevoel dat ze geaccepteerd werden.

Als gericht ingezette therapeutische technieken werden 5 aspecten zichtbaar in de interviews: aanmoedigen & uitnodigen, open laten, ruimte krijgen, structuur krijgen en bewust worden.

Met uitzondering van één patiënt vonden de respondenten het heel positief dat de therapeut hen aanmoedigde & uitnodigde (ermutigen & einladen). De therapeut nodigde uit alle materialen te gebruiken en bemoedigde om uit te proberen, te knoeien, moedig te zijn en zich het werken toe te staan. Het hielp dat de therapeut steeds opnieuw aanmoedigde. De patiënten vertelden dat het instappen in het beeldend werk daardoor laagdrempeliger werd. Onder dit deel valt ook het stimuleren. De patiënten vonden het ontzettend prettig dat het *mogen en durven doen* en *het mogen en durven gebruiken* door de therapeut bevestigd werd. Tegelijk waardeerden de patiënten dat erop gelet werd dat ze zelf konden zoeken en proberen. Ze beschreven dat het stimuleren een bijdrage had op het zelf kunnen ontwikkelen (Selbstentwicklung anregen) en *vanuit zichzelf te kunnen werken*.

Verder werd als goed bevonden dat dingen werden open gelaten (offen lassen). Bijvoorbeeld dat ideeën niet zijn afgewezen maar ook dat plannen niet als definitief zijn begrepen en de patiënten hun plan altijd konden veranderen.

Ruimte krijgen (Raum bekommen) de patiënten doordat de therapeut hen vertelde dat ze zelf kunnen bepalen wat ze willen doen. Patiënten kregen daardoor eigen verantwoordelijkheid en konden de sessies vrij invullen. Ze vonden het goed dat ze zelf konden beslissen tijd te nemen om te (be)spreken en tijd voor het werken. Belangrijk aan dit aspect was het gevoel van vrijheid en zelfbeschikking dat het bij de patiënten opriep.

Naast de open ruimte was ook structuur krijgen behulpzaam. Deze kregen de patiënten bijvoorbeeld door een indeling van de afloop van een sessie. Patiënten vertelden dat ze vooral door het bespreken in het begin de kans hadden actuele thema's aan de orde te laten komen.

Dat de therapeut patiënten hielp zich dingen bewust te worden is het laatste punt van het aspect therapeutische techniek. De patiënten beschreven dat de therapeut met hen terug ging kijken op de werkstukken en de ontwikkeling erin. Hij steunde dat de herinnering terugkwam en liet hen zelf vergelijken. Iets uitspreken en erover nadenken maakte hen dingen naderhand bewust. Patiënten apprecieerden dit omdat ze daardoor hen gedrag konden zien en zich achteraf vroegen hoe zij zich zelf goed kunnen doen.

Zowel bij de houding als ook in de technieken die de meeste patiënten als goed en steunend hebben ervaren, noemden sommige patiënten negatieve aspecten. Zo beleefde een patiënte het ruimte krijgen en stimuleren van het *durven doen* als confrontatie en kon het niet aannemen. Ook het gezien worden op momenten van groot ongemak was bedreigend of het aanmoedigen in vorm van vragen over het werkstuk “Wat is er te zien op uw werkstuk?” begreep een patiënt als kritiek. Het werd interpreteert als *mijn werk is niet herkenbaar en dus slecht*.

Medium

De patiënten benoemden tijdens de interviews verschillende aspecten die ze in het medium als positief of negatief hebben ervaren (zie figuur 3.2). Ze maakten een verdeling in product, materiaal en medium. Volgend op het begrip medium is daarom apart op het product en het materiaal ingegaan.

De patiënten zeiden dat het beeldend medium bepaalde eigenschappen heeft. Een ervan is dat het zichtbaar is tijdens het werken door het materiaal maar ook als eindproduct. Daardoor waren de patiënten in staat hen eigen werken, hen handschrift, hen verbetering en verandering terug te zien. Het verbaasde de patiënten te zien dat ze wel iets kunnen en dat deed hen goed.

C.: “Das hat mich erstaunt gemacht, dass ich sowas aufs Papier bringe. Weil ich das nicht für möglich gehalten habe.“

De patiënten konden ook het werkproces en het product van de groepsleden zien wat een grote indruk op hun maakte. Het zien omvatte voor de patiënten nog andere belangrijke aspecten. Het zien wat het materiaal zelf doet en het zien wat men met het materiaal zou kunnen doen. Dit kregen ze gepresenteerd door de therapeut. Patiënten beschreven dit onderdeel van zien als inspirerend en waren gefascineerd.

Door het zichtbare waren ook de patiënten zichtbaar. Twee patiënten benoemden dat dit eerst spanningen en angst opriep en het moeilijk was ermee om te gaan. Het ongemak ontstond volgens de patiënten door de angst voor afkeuring door derden. Ze vertelden dat ze zich veel ermee bezig hielden wat anderen zouden kunnen denken.

Het accepteren van de mede-eigenschappen (materiaal en product) vergemakkelijkte het voor de patiënten het medium te gaan gebruiken.

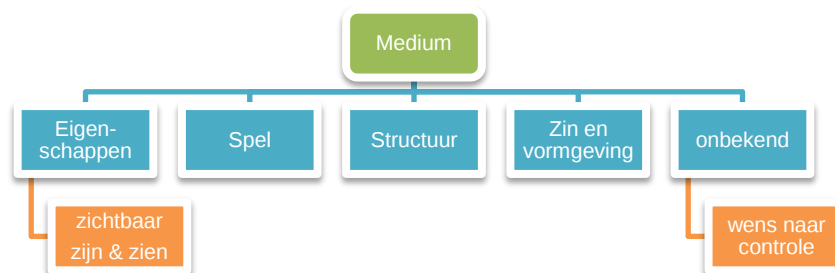
De patiënten vermelden dat ze bij het werken met het medium veel plezier hebben gehad. Ze konden dingen door het uitproberen en experimenteren *rauslassen*. Ze beschreven dat ze zo met de handen de kleur zijn ingegaan, dat ze het vegen en smeren als aangenaam ervoeren en gewoon zijn begonnen en hebben gekeken wat eruit kwam. Twee patiënten vertelden dat ze zelfs zijn opgestaan. Bij het navragen is gezegd dat de patiënten zich als een kind hebben gevoeld. Deze uitspraken zijn onder het begrip spel samengevat.

Zin- en vormgeving werd zowel positief als ook negatief ervaren. Negatief ervoeren patiënten de vormgeving op momenten dat het niet zo ging lukken als ze zich hadden bedacht. Het werken zorgde niet voor zingeving bij hen. Pas als ze reflecteerden op hen werk en de kritische houding begonnen af te leggen konden patiënten tevredenheid over hen werk uitdrukken.

Het positieve aspect van zin- en vormgeving kwam naar voren omdat patiënten niet alleen het doen maar ook het afgewerkte product als belangrijk beschouwden. Het weten dat er op het eind een product gaat komen was een aansporing en verhoogde hun ambitie.

Het zelf scheppen van structuur heeft op de patiënten een positieve invloed gehad. Door de verkregen ruimte (zie therapeut) konden ze zelf bepalen wat ze gingen uitproberen. Sommige patiënten gebruikten bij het werken dan eerst een potlood. Dit benutten ze om een voortekening te maken. Andere patiënten vertelden dat ze op iets bekends teruggrepen en dit met iets nieuws gingen combineren.

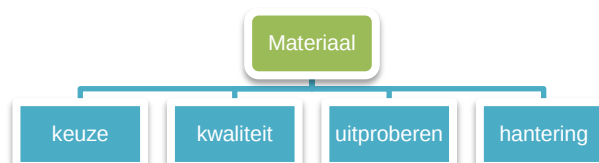
Het feit dat het medium onbekend voor de patiënten is geweest maakte het werken eerst onveilig. Vijf respondenten zeiden dat ze in het begin onzeker waren en niet wisten wat ze moesten doen. Een patiënt beschreef daarbij dat het medium dan ook niet deed als ze dat graag wilde. Ze probeerde het materiaal te controleren maar vond het ontzettend zwaar. Pas later stelde ze vast dat ze met een *fout* (niet geschikt) materiaal bezig is geweest.



Figuur 3.2 Basisschema van het aspect "Medium"

Materiaal

Bij het onderdeel materiaal benoemden de patiënten een aantal aspecten (zie figuur 3.3): het hebben van keuze, de kwaliteit van het materiaal, het experimenteren/uitproberen en de individuele materiaalhantering.



Figuur 3.3 Basisschema van het aspect "Materiaal"

In de interviews benoemden de patiënten nadrukkelijk dat ze een grote keuze (Auswahl) aan materiaal hadden. Dit was iets speciaals voor hen en wordt gewaardeerd. In samenhang met de keuzemogelijkheden noemden alle respondenten de uitnodigende houding van de therapeut die hen aanstuurde en bevestigde dat verspillen mag.

B.: "Aber schon wenn man spürt, das ist schon in Ordnung. Ich sag einfach mal: matsch ruhig weiter mit den Farben, das ist in Ordnung. Nimm was du brauchst. Steht dir alles zur Verfügung. Das tut einem richtig gut!"

Anderen zeiden dat ze in de beeldende therapie niet meer hoefden sparen of uitrekenen hoe duur iets zou zijn. Behalve één patiënt vonden de ander respondenten het heel goed dat ze niet moesten bezuinigen en konden verspillen. Ze ervoeren het als bevrijdend. Wel was het een nieuwe ervaring waar ze eerst aan moesten wennen.

Aantrekkelijk vonden de patiënten ook de hoge kwaliteit van het materiaal. Het kunnen werken met kwalitatief goede gereedschappen beleefden ze als erg plezierig. Het stimuleerde hen ook om uit te proberen en te experimenteren. Bij dit aspect gaven patiënten een reeks aan voorbeelden. Een patiënt gaf een gedetailleerde beschrijving van haar allereerste werkstuk: Ze werkte staand en gebruikte haar lievelingskleuren. Met behulp van een natuurspons bracht zij de kleur in cirkelbewegingen op het vel. Ze beschreef vol enthousiast hoe ze kleurovergangen en contrasten ontdekte. Andere zeiden dat ze dingen opnieuw probeerden te combineren en materialen begonnen te verbinden en zo tot nieuwe ontdekkingen kwamen. Soms beviel de patiënten na het experimenteren het product, soms niet. Maar ook dan beschreven ze dat ze er nog iets mee konden doen.

C.: "Gut wenn es hinterher nicht gefällt, dann nehme ich das für irgendwas anderes (...) DA kommen manchmal so tolle Sachen raus! Das ist verrückt. Dann hat man so ein Blatt Papier, wo man so rumprobiert hat und da nehme ich nen Stanzer, das gibt Sachen, das ist irre!"

Een voorbeeld van een *Abfallwerkstuk* is bijgevoegd in bijlage 13: Patiënt B, werkstuk No. 3. De reststukken van werkstuk No. 1 heeft de patiënt opnieuw samengesteld en opgeplakt.

Zowel het experimenteren als ook het mogen verspillen droeg volgens de patiënten bij dat ze zich ten volle konden ontplooien en een gevoel van vrijheid beleefden.

Onder het aspect materiaalhantering zijn de beschrijvingen van de verschillende prikkels, de eigenschappen van het materiaal/gereedschap en de individuele appelwaarde die patiënten benoemden samengevat.

De patiënten vertelden over zowel visuele als ook haptische/sensopathische prikkels die ze beleefden bij het gebruiken van het materiaal. Bij het visuele beleefden de patiënten de kleuren als ontzettend positief. Voor hun waren ze *hell und freundlich*. Patiënt A beschreef hoe ze zich van de aantrekkelijke kleuren had laten verleiden (zie bijlage 12: Patiënt A, werkstuk No.4). Ze beschreef dat ze van haar oorspronkelijke plan (twee kringen met twee kleuren) is afgeweken en zoveel kleurenkringen maakte totdat ze aan de rand van het blad kwam. Patiënt A zei dat de kleuren haar zo *angelacht* hadden en zij ze daarom ging gebruiken. Bij het sensopathische kwam het vegen en smeren naar voren. Patiënten beschreven het gevoel dat ze door de zachte bewegingen bij het vegen met pastelkrijt kregen als heel aangenaam en lekker. Voor een patiënt werd het beeld door het wrijven ook realistischer.

In de interviews zeiden patiënten dat ze erachter zijn gekomen, dat er materiaal bestaat dat hen wel of niet goed doet. Ze brachten dit zelf in verbinding met de verschillende eigenschappen van de materialen. Als niet goed ervoeren ze materiaal waarbij ze zich tijdens het hanteren moesten inspannen of waar ze vast hadden gesteld dat het veel tijd (en krachtinzet) kost om hen doel te bereiken. Een patiënte concludeerde bijvoorbeeld dat kleurpotloden niet geschikt waren om een groter vlak te vullen. Bovendien voldeden ze niet aan haar eisen dat er een dekkend en egaal vlak ontstaat.

Als heel positief beschreven patiënten materiaal dat zowel vloeïend en tegelijk stuurbaar is. Een patiënte had temperakleuren meteen uit de fles op het vel latten vallen.

B.: „Ja richtig: dieses Fallenlassen, alles Andere fallen lassen.“
I.: „Mal Farbe aufs Blatt?“
B.: „Ja, ja, ja!!! Im wahrsten Sinne des Wortes.“

Hier benoemd de patiënte dat ze door het kunnen laten vallen van de vloeibare kleur ook andere dingen liet vallen. Verder gewerkt heeft patiënt B met een dikke kwast. Staand en krachtig had ze op het vel gestipt (zie bijlage 13: Patiënt B, werkstuk No.1).

I.: „Das Klecksen selber, wie war das denn? Es hat irgendetwas mit ihnen gemacht...?“
B.: „Das stimmt. Bewusst darüber nachgedacht habe ich zwar während dieses "Gekleckse" nicht, aber es stimmt schon. Mit jedem (haut mit der Hand leicht auf den Tisch) hab ich so einen Punkt gesetzt. Praktisch hinter jedes Problem sag ich mal.“

Het gevoel wat door het stippen ontstond kon patiënt B niet precies benoemen. De interviewer vroeg daarom of de patiënt het kan omschrijven.

B.: "Also ich hab in meinem Gefühlschaos endlich wieder einen Weg gesehen, da kann ich was draus machen (haut wieder auf den Tisch). Erstmal war es Chaos und raus und weg und so. Das hat und so - Das ist jetzt nicht mehr hier (zeigt auf sich) sondern hier (zeigt auf Tisch). Das ist jetzt weg. Das Papier kann das jetzt tragen und nicht mehr meine Schultern."

Een ander eigenschap dat volgens patiënten positieve bijdrage had was als materiaal met hen beweging meeding. Als voorbeeld gaf een patiënte het bewerken van temperakleur met een spatel aan. Daarbij demonstreerde zij de beweging die ze tijdens het werken maakte en zei:

E.: "Die Gedanken frei fließen lassen (macht Bewegung mit Händen nach) einfach irgendwas machen und nicht zu analysieren!"

Bij het navragen stemde patiënte E toe dat ze op die manier van het denken (haar hoofd) naar het voelen (haar handen) kwam. Dit hielp haar om los te laten.

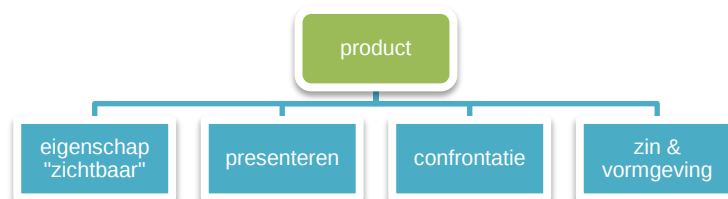
Zoals eerder benoemd heeft elk materiaal verschillende eigenschappen maar het materiaal doet ook individueel beroep op personen. Hoe het materiaal in de beeldende therapie uiteindelijk wordt gehanteerd verschilt dus per persoon. Onder het aspect appèlwaarde beschreven de patiënten hen persoonlijke hantering. Zo benoemden ze dat ze met de temperakleuren hebben geknoeid (gematscht) en dat ze ervan hebben genoten. Of ze hebben pastelkrijt geveegd/gesmeerd (wischen) en het voelen ervan liet hen doorwerken. Het tekenen hebben ze gedaan met kleurpotloden en meerdere patiënten benoemden dat dit spannend is geweest (zie boven).

Product

Het product als onderdeel van het medium wordt door 5 patiënten sterk gewaardeerd. Dit hing onder andere samen dat het uiteindelijke werkstuk kon worden gepresenteerd. De patiënten vonden het goed dat ze hen beelden mee konden nemen om ze aan anderen te laten zien. Het afgeronde werkstuk wordt op die manier door derden bevestigd en dit hielp erbij het zelf te kunnen waarderen.

Op momenten waar het product echter een confrontatie werd, heeft het een negatieve invloed op de patiënt gehad. Dit gebeurde bijvoorbeeld als er ontevredenheid over het afgemaakte werkstuk was. Het beginnen aan een nieuw werk werd dan een enorme uitdaging want het confronteerde de patiënt met de gedachte *dat hetzelfde weer zou kunnen gebeuren, dat het weer niet mooi wordt*. Hierbij speelde volgens de patiënten ook het eigen veronderstelde onvermogen een rol.

De aspecten zin en vormgeving en de eigenschap van zichtbaarheid zijn eerder beschreven in het stuk Medium.



Figuur 3.4 Basisschema van het aspect "Product"

Voelen & gewaarworden

De patiënten beschreven de gevoelens & gewaarwordingen die ze tijdens het beeldend werken hebben meegemaakt (zie figuur 3.5). Onder voelen beschreven ze dat ze iets anders voelden. Tijdens de beeldende therapie werden ze zich ook gewaar dat ze loslieten, ontspannen en zelf creëerden.



Figuur 3.5 Basisschema van het aspect "Voelen & gewaarworden"

Een genuanceerd beschreven aspect is hier het iets anders voelen. Patiënten vertelden dat ze hen eigen werkstukken anders konden bekijken. Door het zien dat iets niet slecht was konden ze behagen in werk vinden (Gefallen vinden) en het waarderen. Dit maakte hun trots.

Een voor de patiënten als belangrijk beschreven gevoel was het gelukkig zijn. Ze benoemden het als een kinderlijk beleven van blijheid en ze kregen het op momenten waarop ze iets nieuws hadden probeert of het resultaat hen beviel. Nauw met het geluk samen hangt de verbazing. Patiënten vertelden dat ze over zichzelf verbaasd waren als ze zagen dat ze toch iets konden bereiken of creëren. Hierbij vermelden ze dat ze ervan overtuigd waren dat ze niet in staat zullen zijn het te doen en nu zagen dat dit niet van toepassing was.

Verder is benoemd dat het beeldend werken onbekend en nieuw was. Patiënten zeiden dat dit eerst geen goed gevoel bij hen opriep wat te maken had met de angst voor het ongewisse maar tegelijk overwon de eigen nieuwsgierigheid. Het onbekende maakte het voor sommige patiënten moeilijk zich uit te kunnen drukken en hen ideeën om te zetten. Ze hadden dan het gevoel dat ze hebben gefaald. Dit gevoel werd versterkt door het zien dat anderen het wel voor elkaar kregen.

Samengevat betekent iets anders voelen voor de patiënten dat ze *iets anders voelen dan pijn*. Dit beleefden ze zowel op niveau van hen emoties maar ook op sensopathisch/haptisch niveau door het beeldend materiaal. Het feit dat ze iets anders voelden was voor hen nieuw waardoor angstige momenten ontstonden, maar over het algemeen hebben ze het als goed ervaren.

Wat patiënten zich gewaar werden, is dat zij gingen ontspannen tijdens het beeldend werken. Dit leidde ertoe dat ze zich rustig voelden. Een ander als goed beleefd aspect, was het kunnen loslaten. Patiënten beschreven dat ze veel vrijer in hen handelingen werden, dat ze *einfach abschalten* en zich konden nemen wat op het moment bij hen paste.

Bij het zelf creëren registreerden de patiënten dat ze het zelf waren die iets gingen maken. En dat ze zich zelf konden uitdrukken en dit ook konden bekijken. Ze zagen dan hen verbetering en hen eigen *handschrift*. In de interviews was deze registratie iets wat patiënten als goed ervoeren.

Ervaringen

Patiënten beschreven ervaringen die ze in de beeldende therapie hebben gemaakt (zie figuur 3.6). De ervaringen maakten ze zowel onmiddellijk in het medium als door reflectie.

Er waren een aantal aspecten die patiënten als ervaringen in het medium benoemden. Ze beschreven dat ze hebben ervaren dat ze in de beeldende therapie en in het werken konden zijn zoals ze daadwerkelijk zijn en zich niet hoefden veranderen. Ook de ervaring dat ze kunnen zien dat ze wel iets kunnen is steeds positief beleefd.

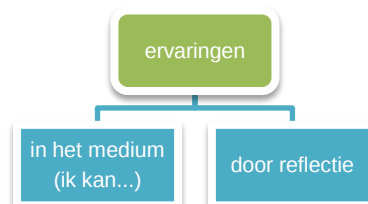
Door het werken met de verschillende materialen, technieken en kleuren beleefden de patiënten blijheid en ervoeren dat ze dingen kunnen uitproberen. Heel fijn vonden ze dat ze door het proberen kennis opdeden die ze weer konden inzetten. Door het ontdekten van nieuwe dingen ervoeren dat ze zich zelf kunnen verrassen (sich selbst überraschen).

Bij het ervaren in het medium speelde ook een rol dat de patiënten ervoeren dat ze iets niet kunnen. Hier heerste verschillende mening over. Sommige ervoeren deze grens als niet prettig en noemden het negatief. Anderen konden ook als het niet uitkwam als bedacht er smaak aan vinden.

Naast het medium noemden patiënten ook ervaringen die ze door reflectie (cognitie) maakten. Een deel ervan was het ervaren over zichzelf. Patiënten zeiden dat het goed aanvoelde dat ze nieuwe dingen over zichzelf te weten kwamen die eerder onbekend voor hen zijn geweest.

Verder ervoeren ze ook dat het voor jezelf zorgen (Selbstfürsorge) positief aanvoelt.

Wat de patiënten na het werken ook registreerden was dat het werk voor afleiding zorgde en ze daardoor tot rust zijn gekomen.



Figuur 3.6 Basisschema van het aspect "Ervaringen"

Winsten en Baten

De patiënten vermelden dat ze winsten/baten uit de beeldende therapie haalden omdat ze iets door hen ervaringen hebben geleerd (zie figuur 3.7). Ze spraken hierbij van algemene winst, over iets nieuws dat ze over zichzelf hebben geleerd en leren met betrekking tot waarnemen.

Alle patiënten benoemden dat ze iets over zichzelf hebben geleerd. Ze hebben ervaren dat ze dingen kunnen uitproberen en geleerd dat ze moedig kunnen zijn. Daarbij zeiden ze dat als ze het angstig zijn even achterwege lieten en het durven doen hen vrijer maakte. Als positief beleefden

patiënten dan, dat ze door het moedig zijn er niet meer over na moesten denken wat anderen misschien kunnen zeggen en minder aan zichzelf twijfelden.

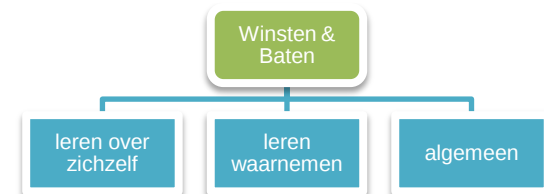
Daarnaast gaf het een goed gevoel dat patiënten zagen dat ze voor zichzelf iets moois kunnen maken. Dit leidde volgens hen ertoe dat ze het product later ook konden waarderen. Ook leerden zij daardoor minder te twijfelen aan hen eigen vaardigheden en het stelde hen in staat beeldend materiaal te nemen dat prettig voor hen voelde.

Over zichzelf hebben patiënten geleerd dat ze in staat zijn zich open te stellen en anderen ook kunnen aannemen. Het was voor hen nieuw dat ze iets van zichzelf geven en toelaten dat anderen dichterbij hen komen. Bij het openen en aannemen vertelden patiënten dat ze leerden dat het ook anders kan. Dat ze bijvoorbeeld plezier en rust kunnen beleven, dat afkijken en *nachmachen* mag, dat ze voor een groep kunnen spreken en vooral dat ze dingen anders kunnen doen.

Patiënten vonden het goed dat ze door de beeldende therapie leerden waar te nemen. Hierbij beschreven ze dat ze door het uitdrukken hen gevoelens konden zien en leerden deze te differentiëren. Dit hielp om vanuit de chaos een weg te kunnen vinden.

Verder leerden patiënten zichzelf te vragen *Wat kan ik op dit moment voor mezelf doen?* Een patiënt beschreef dat ze daarbij realiseerde *dat het zo niet verder kan* en zij dingen moet veranderen. Het leren waarnemen beleefden de patiënten als verrijkend.

Een algemene winst voor de patiënten was dat ze door het beeldend werken nieuwe kennis konden opdoen en hen gedragsrepertoire konden uitbreiden. Ze beleefden het als goed dat ze het nieuwe konden inzetten om wat oud is te verbeteren. Patiënten ontwikkelden dus nieuwe manieren van coping waarbij ze zich begonnen af te vragen wat ze nog kunnen maar ook wat ze nog willen.



Figuur 3.7 Basisschema van het aspect "Winsten en baten"

Behandelingsverloop

Bij het beschrijven van het verloop van de beeldende therapie maakten de patiënten een verschil wat hen gedachte en gevoelens betreft tussen het begin, de tijd in de behandeling en het eind.

In het begin benoemden de patiënten vaker het begrip angst. Het angstige gevoel ontstond door verschillende factoren. Een daarvan was dat de patiënten niet goed wisten wat van hen verwacht werd. De onwetendheid maakte hun angstig. Patiënten vreesden dan ook dat ze misschien niet goed zijn in het beeldend werken. Sommige zeiden ook dat ze bang voor de therapeut en de groepsgenoten waren. Niet alleen voor het gezelschap maar ook omdat de patiënten vreesden dat anderen gaan lachen over hen werk. Deze angsten leidden tot onrust, zenuwachtigheid en een grote innerlijke spanning. Dit was voor de patiënten heel moeilijk (schwer).

Onder het begrip radeloos beschreven patiënten dat ze niet wisten wat beeldende therapie nu eigenlijk is. Deze vorm van therapie was onbekend en zegde hen in eerste instantie niets. Het witte vel liet hen dan afvragen *Wat zou ik doen?* Een patiënte wiste niet waar ze zou beginnen en voelde zich in koud water gegooid.

Het laatste aspect dat naar boven kwam was weerstand. Patiënten beschreven dat ze het zich niet eens konden voorstellen wat beeldende therapie zou zijn en hoe dit nu hen zou helpen:

F.: „So ein Kitsch. Das bringt ja gar nichts. Was soll Malen mit Schmerztherapie zu tun haben?“

Een patiënte vertelde dat zij tegen zichzelf zei dat ze het *niet* kan en dat dit *niet* gaat. Zij had zich in grote mate teruggetrokken en verzette zich (sträubte) nu tegen beeldende therapie.

De drempel namen de patiënten dan door toch te beginnen. Sommige zijn gewoon ergens gestart terwijl anderen terug grepen op dingen die ze al kenden.

Tijdens de behandeling merkten de patiënten veranderingen op. De meeste patiënten vonden bijvoorbeeld dat hen werkstukken in het verloop van de tijd er beter uit zagen. Ze koppelden dit aan het opdoen van ervaringen en het opdoen van kennis. Een patiënt vertelde gedetailleerd dat het zien van haar werk een „Aha Moment“ is geweest.

C.: „Das hat mich erstaunt gemacht, dass ich sowas aufs Papier bringe. Weil ich das nicht für möglich gehalten habe.“

En hoewel ze meer durft was het nemen van beslissingen nog moeilijk en het gevoel dat anderen haar beoordelen sterker in het begin.

Dat het zien van werkstukken (van eigen werkstukken of van anderen) een positief effect had merkten ook andere patiënten op.

Verder beschreven patiënten dat ze ontdekten, dat ze stapsgewijs een idee kunnen uitwerken en daardoor nog meer op details kunnen letten. Een patiënt vertelde dat het praten toch belangrijker voor haar bleef dan het beeldend werken.

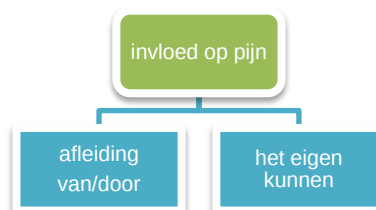
De winsten die patiënten op het eind van de behandeling met beeldende therapie hadden zijn onder winsten en baten gedetailleerd vermeld. Specifiek op de vraag naar het verloop (gefocust op het eind) van de behandeling gaven de patiënten verschillende antwoorden. De meesten vermelden dat ze plezier hebben gehad. Dit hadden ze zowel door werken als ook door het zien van hen eigen vooruitgang. Een patiënte gaf aan dat ze door het beeldend werken zich zelf iets goed kon doen en haar pijn in vrolijkheid ging omzetten. Naar eigen uitspraak gaf dit haar energie voor de volgende dag. Patiënten beschreven dat hen angsten verminderden, ook omdat ze hebben geleerd dat iedereen bij zichzelf is tijdens het werken. Daardoor konden ze hen angst *er kijkt iemand naar me en die willen iets van me loslaten*. Het was een *überwältigendes Gefühl* dat patiënten uiteindelijk meenamen ook als er momenten zijn geweest die iets *sehnsuchtsvolles* zichtbaar maakten en hen verdriet lieten voelen.

De algemene conclusie die patiënten trokken was dat ze behalve een aantal dingen (zie Wensen) met het aanbod in de beeldende therapie tevreden zijn geweest. Het was de juiste combinatie geweest van doen en praten. De patiënten waren er blij over iets te kunnen produceren en hebben van de sessie genoten. Ook al zeiden sommigen dat ze soms geen zin hebben gehad, hebben ze het toch als positief ervaren dat ze uiteindelijk zijn geweest. Het bleek dat de tijd veel te snel ging en de patiënten weer uitkeken naar de volgende sessie. Door het schilderen en tekenen voelden de patiënten zich naar eigen zeggen beter en ze zagen *ik kan het toch wel*. Daarbij stelden ze vast, dat deze positieve winsten ook tijd nodig hadden.

Overkoepelend zeiden patiënten dat de multimodale pijnbehandeling en daarmee ook de beeldende therapie iets heeft teweeg heeft gebracht. Voor een patiënte was het wel zo dat de behandeling beeldende therapie haar goed heeft gedaan en de ze het concept kan aanbevelen, maar dat het niet *nachhaltig* is geweest met betrekking tot haar pijn.

Invloed op de pijn

4 van de 6 patiënten spreken zich erg positief uit over *of* en *hoe* beeldende therapie invloed heeft gehad op hun pijn. Voor deze 4 patiënten had beeldende therapie wel geholpen bij het verminderen of veranderen van de pijn. Op de vraag "Was hat dabei geholfen die Schmerzen zu verringern?" kwamen er een aantal hoofdthema's ter sprake (zie figuur 3.8): de afleiding die patiënten van hen pijn hebben ervaren en de ontdekking van het eigen kunnen.



Figuur 3.8 Schema van het aspect "invloed op pijn"

Van het beeldend therapeutisch werken zeiden 5 patiënten dat ze tijdens het werken afgeleid waren van hen pijn. Ze beschreven dat ze in deze momenten niet aan problemen of inspanningen moesten denken of deze hebben beleefd. Dit gaven ze aan al hoewel meerdere sterke pijn in "rust" momenten hebben. In plaats van de pijn konden ze wel andere gevoelens waarnemen. Dit kwam volgens hen zowel door het haptische/sensopathische voelen (zie voelen en gewaarworden) maar beeldend werken liet hen ook de andere gevoelens gewaarworden (bijvoorbeeld verdriet). Een patiënt vertelde dat beeldend therapeutisch werken haar ziel heeft geraakt.

Het beeldend werken beschreven de patiënten als een actieve vorm van afleiding, iets dat ze zelf doen en niet (zoals TV kijken) passief erbij zijn. Dit maakte het ook dat het als verrijkend (bereikernd) is ervaren. Een patiënte gaf duidelijk aan dat ze van het werken energie kreeg.

Een patiënte beschreef dat ze na de behandeling alle innerlijke spanningspijn had verloren. Er zijn wel nog (lichamelijke) spierspanningen maar deze nemen ook na verloop van de tijd af. Voor haar had beeldende therapie er een grote invloed op want ze had hier geleerd zelf te voelen wanneer ze gaat inspannen en kan nu beter reageren. De patiënte werd gesensibiliseerd op haar lichaam te letten. Verder heeft ze de moed gevonden te durven en dingen aan te spreken en niet meer aan *wat kunnen*

anderen denken/zeggen vast te houden. Ook belangrijk voor haar was dat ze weer onder mensen kan zijn, dat had ze eerder niet meer gekund. Zij was een van de 4 patiënten die aangaven dat de beeldende therapie duurzaam was want zij kon het geleerde meenemen en toepassen.

Onder het aspect van het ontdekken van het eigen kunnen (*ik kan zelf...*) vallen zowel Selbstbestimmung als ook Selbstfürsorge. Wat voor patiënten in samenhang met de pijn van belang is geweest, was dat ze hen *Selbstbestimmung zurück erlangt* hadden.

I.: „Sie haben also diese Bestimmung von außen abgelegt und verändert in eine Bestimmung von innen – also Selbstbestimmung?“
C.: „Ja!“

Dit was bijvoorbeeld mogelijk doordat ze tijdens de beeldende therapie hebben geleerd zelf beslissingen te nemen. Het aspect „Selbstfürsorge“ ontstond voor de patiënten door het al eerder benoemde leren waar te nemen (zie winsten en baten). De patiënten leerden op zich en hen lichaam te letten en beter op de behoeftes te kunnen reageren.

De conclusie van de 4 patiënten was dat ze door behulp van de beeldende therapie wel hen welzijn konden veranderen.

I.: „Das bringt mich zu dem wo wir angefangen haben: Hat dies Wohlbefinden verändert?“
E.: „Ja (lächelt) natürlich.“

2 patiënten waren anders van mening. Een patiënte beschreef dat ze wel afleiding had ervaren binnen de therapie en de pijn iets minder erg was maar uiteindelijk is voor haar de pijn niet veranderd. Deze patiënte zei dat ze teleurgesteld (enttäuscht) was van de behandeling als geheel.

De ander patiënte zei dat beeldende therapie geen invloed op haar pijn heeft gehad. Ze beschreef dat het wel een positievere ervaring is geweest, dat het schilderen plezierig was en dat ze haar pijn kon vergeten. Ook haar conclusie was dat het haar in totaal beter gaat wel is dit niet gekomen doormiddel van de beeldende therapie.

I.: „Wenn sie hier eine positive Erfahrung gemacht haben, hat das für sie Einfluss darauf?“
D.: „Nein. Hat keinen Einfluss. Nein das kann ich nicht sagen.“
I.: „Also z.B. das sie für eine Zeit den Schmerz vergessen können...“
D.: „Nein, ja, vergessen ja. Aber diese Malerei hat darauf keinen Einfluss. Das Wasser hat nen Einfluss drauf.“
(...)
I.: „Gab es da Momente wo sie dann hier waren und den Schmerz vergessen konnten?“
D.: „Ja, das ist nicht immer so, ne.“
I.: „Welche Momente waren das?“
D.: „Och das weiß ich nicht mehr. Wenige Momente. Heute ist es ganz gut. Ich war aber auch heute im Schwimmbad“

Wensen

Bij het interviewen benoemden patiënten met chronische pijn ook wensen over het beeldend therapeutisch werken. Patiënten die geen structuur hebben gekregen in het begin van de beeldende therapie noemden dat ze een eerste houvast hebben gemist. Dat ze zonder ervaring kwamen leidde ertoe dat zij eerst zelfs radeloos waren en graag meer uitleg over materiaal en technieken wilden hebben. Ze hadden ook het idee dat voorbeelden hen zouden hebben geholpen.

Een ander wens van de patiënten was meer handvat te krijgen. Dat betekende voor hen het meer willen leren van technieken zodat zij beter ambachtelijk kunnen werken.



Figuur 3.9 Basisschema van het aspect "Wensen"

4. Discussie

In de inventarisatie (zie 3. Resultaten) zijn de hoofdcategorieën beschreven: de **groep**, de **therapeut**, het **medium**, het **voelen**, de **ervaringen** en de **winsten**. Daarnaast zijn ook **wensen** verzameld en de **invloed op pijn**. In het volgende stuk ga ik met behulp door zowel literatuur, gegevens van de patiënten, patiëntencitaten (Nicolai, 2013), beeldmateriaal (zie Bijlage 12-13: Patiënt A-C) en de analyseresultaten van de geïnterviewde therapeuten uitleggen hoe deze resultaten zijn ontstaan.

Door het verklaren hoe de hoofdcategorieën tot stand kwamen en hoe het beeldend therapeutisch werken invloed heeft gehad op de chronische pijn van de patiënten kan later de onderzoeksvraag worden beantwoord en een nieuw therapeutisch werkmodel worden ontwikkeld

4.1 Uiteenzetting met onderzoeksresultaten

De groep/gemeenschap

Doordat de pijnpatiënten het thema groep zelf oppakten werd duidelijk dat „de groep/gemeenschap“ (Gruppe/Gemeinschaft) een ontzettend belangrijk aspect binnen de beeldende therapie was. Nadruk is gelegd op het begrip gemeenschappelijk (gemeinsam). Terug te vinden is dit in de literatuur vaak onder lotgenotencontact. Zuurmond (2007) schrijft dat het voor mensen een opluchting is vast te stellen dat men met zijn leed niet alleen is en anderen aandacht voor hen hebben. ‘Ze voelen zich herkend en erkend. Van mensen met dezelfde klachten krijg je echt begrip, hoor je hoe zij hebben leren omgaan met hun pijn en hun beperkingen.’ (Bruin-Kofman, 2004, p. 138). De herkenning geeft een goed gevoel. De respondenten van dit onderzoek beschreven precies deze bevindingen. Maar eraan verbonden ze gemeenschappelijk ook met het gevoel van *ik ben niet eenzaam*:

I.: „Zum Einem gehört dazu: ich bin nicht alleine damit, es gibt noch andere Menschen, die diese Schmerzen haben, es gibt noch andere Menschen die so geplagt sind wie ich...“
 C.: „Genau, die auch viele Probleme haben.“
 I.: „Und zum anderen dieses „nicht alleine sein“?“
 C.: „GENAU!“

Dit aspect blijkt veel belangrijker te zijn en komt doordat de patiënten zich vaak alleen en eenzaam voelden. Ook Voogt (2009) schrijft dat hij door de interviews met chronische pijn patiënten de indruk kreeg dat de patiënten alleen en geïsoleerd zijn. ‘Ze leken zich in een soort cocon te bevinden’ (Voogt, 2009, p. 17). De eenzaamheid kwam ook tot stand doordat de patiënten lichamelijk niet meer instaat waren langere wegen te lopen. De pijn dwingt hen als het ware thuis te blijven.

F.: „Also rundum die ganzen Gespräche während dieser Stunden, waren äußerst angenehm. Also richtiggehend unterhaltsam (lacht verschmitzt). Denn da habe ich oft gedacht, wenn du jetzt zu Hause bist, dann sitzt du wieder alleine, alles ist so ruhig, Radio läuft immer und dann wird der TV angemacht. Und hier war man am sitzen quasi in geselliger Ruhe. Das Bild spielte nachher für mich nicht mehr die große Rolle. Ich war auch nicht traurig darüber (...) Ich konnte dabei sein.“

Zoals patiënte F (83 jaar) beschrijft was ook voor anderen vooral oudere patiënten zonder een vaste (of overleden) partner de groep het belangrijkste onderdeel van de beeldende therapie. Linemann (2008) schrijft dat eenzaamheid verbonden kan zijn met depressie. Gezien dat de patiënten met depressie zijn gediagnosticeerd is het optreden van het gevoel van eenzaamheid daarom niet verassend. De groep kan dan als een vorm van verwerkingsmechanisme dienen (Linemann, 2008). In dit onderzoek is te zien dat de groep hielp zich beter te voelen en eenzaamheid even wordt vergeten:

I.: „Bei der Frage, was sich für Sie gut angefühlt hat, war jetzt für Sie ganz wichtig die Gruppe: (...) - ich bin nicht allein.
 F.: „Ja, ich kann was vergessen. Ich kann was in den Momenten vergessen.“

De uitspraak van Bruin-Kofman: ‘Op lotgenotenbijeenkomsten hoef je je niet beter voor te doen dan je voelt.’ (2004, p. 137) bevestigden ook de geïnterviewde pijnpatiënten. Ze beschreven het als *befreiend* te weten dat de anderen niet beter zijn en ze niet een wedstrijd aan hoefden te gaan. Het was voor de pijnpatiënten een gelijkwaardige groep. Remmerswaal (2006) beschrijft dit als een kenmerk van de autonome groep. Ook de andere kenmerken van een zelfstandige groep zoals het heersen van een goed en open groepsklimaat, het zichzelf kunnen zijn, het kunnen delen en uitwisselen en zich openen naar de ander zijn aspecten die respondenten in dit onderzoek als

goeddoend beschreven (Remmerswaal, 2006). De geïnterviewde therapeuten merkten op dat de groepsdynamica sterk bepaald wordt door de deelnemer. Daarbij is opvallend dat alle beschrijvingen van de patiënten uiteindelijk het beeld van een autonome groep creëren. Dat wijst erop dat onafhankelijk van de therapeut en de deelnemende pijnpatiënten de groep binnen de beeldende therapie naar deze autonome groepsfase streeft. Echter is het tot stand komen van een autonome groep het ideaal. Therapeuten geven aan dat conflicten en concurrentie tussen de groepsleden op de achtergrond wel aanwezig zijn.

Patiënten beschreven dat er een verschil is tussen het beeldend werken in een groep en alleen. Patiënte A nam zich bijvoorbeeld materiaal mee maar heeft toch uitsluitend in de groep gewerkt. Ze zei dat ze niet de puf had om het alleen te doen en de gemeenzaamheid van belang was. Hiermee is te verklaren dat beeldend therapeutisch werken toch anders is dan samen koffie te gaan drinken. Therapeuten benoemen dat men tijdens de beeldende therapie in eerste instantie met zichzelf bezig is. Patiënten werken aan hen eigen werkstukken. Juist over de werkstukken en wat ze doen maken ze contact. Daardoor komen thema's op die heel persoonlijk zijn. Het belang van de therapeut is dat hij altijd in kan grijpen, kan kanaliseren en terug kan leiden tot het beeld en het doen.

De negatieve bevindingen die in de resultaten zijn beschreven zijn vooral te verklaren met persoonsgebonden factoren. Patiënte D die aangaf dat ze aan een kleine groep de voorkeur geeft lichtte toe dat ze ook graag thuis alleen is. Zo beschreef zij dat ze alleen op vakantie gaat en van de rust kan genieten. In het verleden moest zij veel verzorgen daarom is alleen zijn voor haar juist recreatief en de aanwezigheid van vele mensen maakt haar dan onrustig.

Patiënte C vermeldde dat de openheid door te erge verhalen een negatieve invloed op haar heeft gehad. Zij kon dit differentiëren en gaf aan dat ze op het moment van deelname nog niet stabiel genoeg en te angstig is geweest.

C.: „Das war wie ein Hammerschlag und hat mich total zurückgeworfen. Jetzt bin ich anders, kann mich jetzt besser abgrenzen und schützen.“

De pijnlijke ervaring waar een patiënte haar emoties niet terug kon houden vond plaats in de allereerste sessie. Op dat moment had zich voor de patiënte nog geen groepsgevoel (autonome en steunende groep) ontwikkeld. Haar zichtbare emoties waren daarom beschamend voor haar.

De beschreven als negatief ervaren momenten waar extroverte patiënten de gesprekken gingen leiden ontstaan in de middenfase van een groepsformering en is het stadium voor dat van de autonome groep. (Remmerswaal, 2006). De groep heeft zich op dit moment nog niet volledig gevormd en het is voor elke deelnemer een zoeken naar een positie. Patiënte F wilde dan ook niet *mit Gewalt* daar tegen aan gaan en heeft uiteindelijk voor zichzelf een plek gevonden en geaccepteerd:

F.: „Nein ich höre dann ehr zu, es ist sehr interessant und mit 3 waren sie jünger als ich. Ich war sowieso die Älteste und eben dadurch auch zurückhaltender.“

Samenvatting en conclusie de groep/gemeenschap

De groep biedt de pijnpatiënten de ruimte waarin ze tijdens de beeldende therapie vertrouwde en sociale geborgenheid kunnen ervaren (Remmerswaal, 2006). Eenzaamheid kan hier worden opgevangen doormiddel van lotgenotencontact en het gevoel erbij te horen. Te zien dat iedereen problemen heeft *net zoals ik* laat patiënten tot een gemeenschap worden waar iedereen bij hetzelfde punt start. Dit leidt tot een open sfeer waarin men zich kan openen en ervaringen met elkaar kan delen. Het delen en in contact treden vindt plaats over het beeldend werk. Het beeldend middel is dus geschikt om in interactie te gaan zonder al meteen iets van jezelf te moeten vertellen maar het geeft de mogelijkheid om tot diepgang te komen.

De groep streeft binnen de beeldende therapie wel naar zelfstandigheid maar het bereiken is echter het ideaal geval. Welke momenten in de groepsdynamica dan als negatief beleefd worden is persoonsafhankelijk en kan sterk verschillen.

Therapeut

Gezien worden, behulpzaam, beschikbaar en invoelend zijn en geaccepteerd worden zijn de aspecten van de therapeutische houding die patiënten met chronische pijn in de beeldende therapie als goed hebben ervaren. Deze elementen zijn bijna letterlijk in het hoofdstuk 'Voorwaarden creatief therapeut' (Ogiers, 2007, pp. 5-6) terug te vinden. Ogiers (2007) schrijft over een respectvolle en persoonlijk, authentieke werkmanier die een therapeut moet ontwikkelen. Daarbij zou hij aanwezig zijn, de patiënt zien en zich op hem kunnen afstemmen. Een nadruk wordt gelegd op het oordeelvrije toelaten en accepteren. De interviews met de beeldend therapeuten bevestigen deze beschrijving van een therapeutische houding, vooral het thema acceptatie.

Interviewer:	„Akzeptieren sie den Menschen so wie er gerade dort ist...?“
Albertsen-Fock:	„Das muss ich! Sonst habe ich überhaupt keine Chance (lacht) sonst wird das irgendwie eine Machtprobe.“
Bönsch:	„Wenn jemand erstmal in seinem System dieser Überzeugung ist, lass ich das erstmal so.“
Remke:	„Also die Patienten fühlen sich erstmal angenommen so wie sie sind. Akzeptiert so, mit dem wie sie kommen.“

De aspecten van de therapeutische houding laten zich samenvatten in het begrip erkenning. De therapeut geeft aandacht en accepteert zijn patiënten. Franzen (2004) noemt erkenning als 1 van de 22 menselijke basisbehoeften. In zijn beschrijvingen wordt zichtbaar dat erkenning tot stabilisatie leidt en acceptatie het zelfvertrouwen kan versterken. Helpen het zelfvertrouwen terug te winnen kan alleen maar doordat er concreet iets gemaakt wordt in de beeldende therapie. Dus de therapeut neemt een houding aan en hanteert weliswaar bestaande therapeutische technieken die een positieve werking hebben op de patiënt, maar hij kan dat alleen doordat hij het medium als middel gebruikt (zie medium, product, materiaal). De vraag waarom pijnpatiënten het inspelen op deze behoefte zo belangrijk vinden kan worden beantwoord door na te gaan welk zelfbeeld de patiënten van zichzelf hebben.

C.: „Vor allem weil ich vorher gedacht habe, du kannst das gar nicht, du bringst nichts fertig.“

Patiënte C beschrijft hier dat zij dacht dat zij niets kon, niets paraat kon maken in het beeldend medium. Haar uitspraak maakt duidelijk dat ze weinig vertrouwen in zichzelf heeft gehad. Eerder is beschreven dat Günther et al. (2011) het verliezen van zelfvertrouwen als een mogelijk gevolg zien van chronische pijn. Ook zelfvertrouwen of het hebben van een positieve zelfwaarde (engl. self-esteem) is een van de basisbehoeften die Franzen (2004) beschrijft. De beschreven therapeutische houding speelt dus a) in op de behoefte van het krijgen van erkenning zodat b) de patiënt door het beeldend werken zijn zelfvertrouwen terug kan winnen. Het vergroten van het self-esteem vergroot de kwaliteit van leven wat een belangrijk streven is in de behandeling van pijn.

Wat de therapeutische technieken betreft toonden de resultaten aan dat het aanmoedigen & uitnodigen (ermotigen & einladen) belangrijk was. Deze meestal verbale interventies basierend op de boven beschreven therapeutische houding vormen het stuk nabijheid dat de therapeut aanreikt. Het non-verbale aanmoedigen kon doordat er een praktisch middel tussen hem en de patiënt staat. Zo kan de therapeut bijvoorbeeld uitnodigen door een product te laten zien.

Daarnaast werden dingen open gelaten (offen lassen) en de patiënten kregen ruimte (Raum bekommen). Dit bereikten de therapeuten met het vinden van het goede evenwicht tussen afstand en nabijheid. Schweizer (2009) beschrijft dat de afstand van een therapeut functioneel is want het krijgen van eigen ruimte geeft patiënten de kans om zichzelf te ontwikkelen. Het wordt gestreefd om de patiënt probleem eigenaar te maken. De patiënten herkenden dit en de techniek had een positieve invloed op hen gevoel van vrijheid.

Albertsen-Fock: „Es ist die Selbstbestimmtheit. Weil keiner einem sagt, was man zu tun hat sondern bestimme ich ganz alleine selber.“

Vrijheid leren kennen door zelf verantwoordelijk te kunnen, durven en mogen zijn is een nieuwe ervaring voor de patiënten. Zoals eerder beschreven zijn de patiënten voor begin van de behandeling vast gelopen, beperkt in handelingen en blijven in een assimilatieve manier van coping hangen. Het stimuleren tot zelfbeschikking maakt het mogelijk dat ze vanuit zichzelf kunnen werken. Op die manier ontdekken de patiënten zelfstandig nieuwe wegen, wat de eerste stap naar het vinden van nieuwe copingstrategieën is. Het terugvinden van zelfstandigheid heeft daarom ook een positieve werking op de patiënten.

Om de patiënten tot actie te kunnen brengen zodat ze tot zelfstandigheid kunnen komen is het een voorwaarde dat ze zich veilig gaan voelen. Deze veiligheid kan bijvoorbeeld verkregen worden door het aanreiken van structuur. In de reader van Cilissen-Ysermans (2010) wordt duidelijk dat structuur op verschillende manieren kan worden bereikt. Door continuïteit (in plaats, tijd, frequentie van de behandeling) maar vooral door het beeldend medium (zie medium). Therapeuten kunnen daarvoor activiteiten aan de patiënt voorstellen.

Remke: „Es ist ein guter Einstieg für den Patienten, weil er eine Struktur in der Hand hat.“

Zoals uit dit citaat duidelijk wordt kan structuur voor de patiënt een houvast zijn, omdat hij (in het beeldend medium letterlijk) iets in handen heeft. Therapeuten bieden dit houvast om veiligheid te creëren. Hoe leiden nu structuur en veiligheid tot actie? Het geven van structuur bevredigt als het ware twee nauw samenhangende behoeftes (Franzen, 2004): De therapeut schept door het aanreiken

van structuur orde en overzicht wat bij de patiënt een gevoel van veiligheid oproept. Als een situatie als niet meer bedreigend (onveilig) of onoverzichtelijk (chaotisch) wordt ervaren, wordt minder beroep gedaan op de natuurlijke behoefte om te ordenen. Dit heeft tot gevolg dat mensen sneller een verandering kunnen ondergaan. Verandering betekent voornamelijk ook het doorbreken van een al bestaande orde. Als orde/structuur door de therapeut wordt geboden is het niet meer noodzakelijk voor de patiënt deze zelf aan te brengen. Ze kregen juist het gevoel grip te hebben op de situatie. Het bieden van structuur en daarmee het zorgen voor veiligheid levert voor de patiënten dus een gevoel van controle. De therapeut komt de wens naar controle dus tegemoet. Onderzoek toont aan dat het gevoel van controle hebben en situaties aan kunnen een positieve invloed heeft op het welbevinden (Franzen, 2004).

Een laatste besproken aspect is het bewust maken dat door de therapeut wordt gestimuleerd. De van de patiënten gegeven beschrijving komt overeen met de re-educatieve werkwijze (Smeijsters, 2008). Deze richt zich op het bewerken van bewuste conflicten. In het geval van de pijnpatiënten kan het bijvoorbeeld zijn, dat ze graag een mooi werkstuk willen hebben en zich daarom extra gaan inspannen. Patiënte F was uiteindelijk ontevreden over haar werkstuk. Zij werkte met kleurpotloden wat voor haar erg moeizaam is geweest.

F.: „Die Striche, waren nicht so. Muss ich dabei sagen, ich glaube ich hatte mir die verkehrten Stifte ausgesucht. (...) Ideen hatte ich, aber das so hinzukriegen – das ist mir sehr (betont) schwergefallen! Also ich hab dann auch anschließend gedacht, ne das war nicht das richtige (Material)!“ (...)
 I.: „Jetzt sagten Sie, mit den Buntstiften klappte das nicht so (Patient nickt) es stehen hier ja ganz, ganz, viele Farben. Die Frage drängt sich jetzt auf...
 F.: „Warum nimmst nicht die? (genau). Ich hatte angefangen eben auf dem Bild zu malen (...) ich wollte das auf DEM (schlägt auf den Tisch) fertig machen.“

Hier wordt zichtbaar dat het conflict voor de patiënt duidelijk is: Zij wist dat het tekenen met kleurpotloden moeilijk en het materiaal niet geschikt was om haar doel te bereiken. Toch wilde zij dit beeld (met hetzelfde materiaal) afmaken. Patiënte F ging zich extra inspannen en had daar ook last en pijn van. Haar ontevredenheid wordt uiteindelijk versterkt doordat haar werk haar niet bevalt. Vanuit zichzelf kon zij haar gedrag of wens niet veranderen/bijstellen en een ander oplossing vinden. Duidelijk te herkennen is hier het vast zitten in een assimilatieve manier van coping wat typerend is voor mensen met chronische pijn (zie 1.2 Het fenomeen pijn, pijn en coping). Doormiddel van het medium (product) en de nabespreking kon de patiënte nu precies wijzen op wat haar niet beviel en samen met de therapeut exploreren zonder dat de therapeut er een oordeel over gaf. Een patiënte kon na het bespreken de kleurpotloden laten liggen en ging werken met een spateltechniek waar zij minder kracht voor nodig had. Wat de patiënten dus onder “bewust maken” vertelden is eigenlijk het gewezen worden op en het kijken naar hen gedrag en het zoeken van alternatieven.

Therapeuten beschreven dat patiënten op deze momenten van ontevredenheid angstig zijn om beschaamd te worden. Ze gaven voorbeelden dat patiënten zeiden hoe kinderachtig het werk eruit zag. De behandelaars zeiden dat de patiënten schaamde vrezen en dat ze heel verrast zijn dat hen werk nu waardig wordt gekeurd. Het worden aangenomen helpt om het eigen patroon te beschouwen.

In de resultaten komen ook negatieve aspecten ter sprake. Net zoals bij de groep/gemeenschap zijn deze belevingen met persoonsgebonden factoren te verklaren. De patiënte die ruimte krijgen en stimuleren van het durven doen en mogen verspillen als confrontatie beleefde zei:

F.: „Aber wir konnten es nicht, wir hatten es nicht. Und das sitzt irgendwo drin. Das kriegen sie nicht raus gebügelt. Das ist egal ob das Essen ist, egal was sie machen, klappt nicht, geht nicht. (...) ich hab in meiner Jugend halt viel rechnen müssen und überlegen müssen, weil wir es hier einfach gar nichts kriegten. 1948 war sowieso nicht los.“

Door haar geschiedenis en het opgroeien in en na de tweede wereldoorlog was het voor haar onvoorstelbaar haar patroon op dit gebied te veranderen. Dit maakte dat ze de interventies niet kon aannemen en met afweer reageerde. Therapeuten verklaarden dit afwerend gedrag ermee dat de patiënt de wens het toch wel aan te nemen en toch wel te doen af wordt gewezen door de angst controle te verliezen. Daardoor ervaart de patiënte wel nijd op anderen die de behoefte wel nagaan. In het geval van patiënte F gebruikte ze dan haar normen en waarden om zich voor het controleverlies te beschermen en het gevoel van nijd bij te stellen.

Dezelfde patiënte maakte ook de interpretatie *mijn werk is niet herkenbaar en dus slecht*. Zij vertelde dat ze tijdens en na het werken al niet tevreden met haar werkstuk is geweest. Het idee had zij naar eigen zeggen wel in haar hoofd maar het lukte niet deze om te zetten.

F.: „Also ich war unzufrieden mit dem. Der Herr B meinte, es wäre doch ganz gut geraten. Aber naja, mit sich selber ist man da ja nicht zufrieden.“

De neutrale vraag “Wat is er te zien op uw werkstuk?” werd door de patiënte zelf negatief gekleurd en dus als kritiek begrepen. Zij projecteerde haar eigen beleving en waarneming op de therapeut en bevestigde zich daardoor negatief.

Het gezien worden werd voor een ander patiënte een grote uitdaging. Over het moment waar de therapeut patiënte B zag en op haar ongemak reageerde zei ze:

B.: „Ganz ehrlich, da hab ich gedacht, lass mich doch in Ruhe. (...) Bring mich nicht aus der Fassung.“

Patiënte B wilde op dat moment niet dat iemand haar masker afnam en haar kwetsbaarheid zichtbaar werd. Therapeuten beschrijven dat gevoelig zijn van de patiënten als zwakte wordt gezien en ze deze gevoelens niet kunnen hanteren. Op momenten waar patiënten dan niet sterk zijn is worden gezien dan bedreigend en te dichtbij. Patiënte B gaf uiteindelijk aan dat ze ervan heeft genoten dat er iemand is geweest die haar waar heeft genomen. Dit is door het containment te verklaren: De therapeut neemt de patiënt ook in zijn kwetsbaarheid aan en de patiënt kan daardoor het gevoel toe laten.

Samenvatting en conclusie de therapeut

Zowel de houding als ook de technieken die patiënten met chronische pijn als goed hebben ervaren gaan voor een groot deel terug op het vervullen van basisbehoeften. Het verkrijgen van erkenning en het vergroten van zelfvertrouwen, het kunnen vinden van zelfstandigheid, het gevoel van controle hebben en het begeleid worden in het zoeken (en vinden) van alternatieven (in het beeldend werken) zijn de kernaspecten die voor de pijnpatiënten van belang zijn. Daarbij speelt een rol dat er een goed evenwicht tussen afstand en het geven van ruimte en nabijheid dus de nodige steun en hulp bieden heerst. De therapeut schept dus het kader waarin de patiënt zijn resources kan herontdekken.

De therapeut kan zijn technieken en houding alleen maar toepassen doordat hij het beeldend werken als middel in de therapie gebruikt. De uitspraken van de patiënten gaan in eerste instantie over het gemaakte. Het contact verloopt dus via het medium. Beeldend werken is dan een brug die van twee kanten begaanbaar is.

Of de houding en/of de technieken van de therapeut kunnen worden aangenomen is afhankelijk van de patiënt. Aannemen van ruimte blijkt lastig te zijn als de strikt autoritaire opvoeding “te diep zit” dit is vooral bij ouderen het geval. In verband met de oorlogsgeschiedenis zit onder ander het duurzaam omgaan met materialen vast in hen gedrag. Of het gezien worden als prettig of bedreigend wordt ervaren is afhankelijk van de gemoedstoestand. Is de patiënt te opgewonden en kwetsbaar wordt het contact met de therapeut als te dichtbij beleefd. Bij het heersen van ontevredenheid wordt contactopname door de therapeut als negatieve bevestiging ervaren

Medium

Het medium wordt door de patiënten als onbekend beschreven. Ze zeiden dat ze in het begin van de therapie onzeker zijn geweest. Onbekend is voor mensen onveilig (Cilissen-Ysermans, 2010) en zoals eerder onder **therapeut** beschreven roept het de wens naar orde en ook de behoefte naar controle op (Franzen, 2004). Een patiënte benoemde dit heel duidelijk toen zij beschreef, dat ze het als erg onprettig heeft ervaren als het materiaal niet deed wat zij graag wilde. Met het uitoefenen van controle wilde ze zich zelf structuur scheppen dus orde en veiligheid geven. Het zelf kunnen scheppen van structuur in het beeldend medium wordt dan ook als positief ervaren door de patiënten. Zo konden ze namelijk zelf dingen ordenen en de situatie veilig maken. Van de ene kant speelde dit in op de eerder beschreven behoeftes van veiligheid en orde (zie therapeut) ten tweede was hier van belang dat de patiënten zelf konden bepalen. Door het zelf aanbrengen van structuur hadden zij controle en waren zelfstandig. Zelfstandigheid staat ten dienste van de zelfbeschikking. Op te merken is hier dat het de patiënten beter lukte om zelf structuur aan te brengen als ze op hulpmiddelen teruggrepen. Dit konden bijvoorbeeld potloden zijn waarmee er voortekeningen worden gedaan of het combineren van oude en nieuwe dingen. Het oude bood de nodige veiligheid om tot iets nieuws te komen. Zo kon patiënte B veilig met een nieuwe techniek beginnen (*klecksen* en stippen) omdat zij het plan had dit als achtergrond te gebruiken voor een *serviëttentechniek* (zie bijlage 13: Patiënt B, werkstuk No. 1). Ze greep dus terug op iets bekends, heel veilig en waarin ze bovendien vaardig was. Therapeuten vermelden dat het aanbrengen van structuur en het scheppen van veiligheid voor de patiënten een onbewust proces is. Verder benoemden ze dat de patiënten zich daarom eerst onvoldoend voelen met hen eigen structuur. Pas nadat de therapeut heeft beschreven wat er gedaan is en hij het handelen

als vaardigheid uitlegt kunnen de patiënten dit aannemen. Dat zich de patiënten dan goed voelen komt volgens de behandelaar daardoor dat het handelen wordt aangenomen.

In de resultaten is beschreven dat de pijnpatiënten het medium eigenschappen toekenden. Expliciet benoemd zijn het zichtbaar zijn & zien. Onder het zien wordt beschreven dat het kijken naar het medium en het presenteren van de mogelijkheden door de therapeut inspirerend is geweest. Het laten zien valt ook onder de behulpzame therapeutische houding en de techniek van uitnodigen. Voordoen is een middel dat gericht ingezet kan worden. Door de demonstratie maakt de therapeut de patiënten met het materiaal en sommige mogelijkheden bekend. Hij biedt een structuur aan en verleidt tot actie.

Doordat het beeldend medium zowel tijdens het werkproces zichtbaar is maar ook als product kan men het materiaal ook als spiegel omschrijven waarin de patiënten zich kunnen beschouwen. Net zoals de respondenten van Haeyen's onderzoek (2011) beschrijven ook de pijnpatiënten dat ze zichzelf terug hebben gezien bijvoorbeeld het eigen handschrift en ze beoordeelden dit als positief. Te zien welke gevolgen het eigen handelen heeft werkt volgens Haeyen (2011) zelfbevestigend.

Dat het zichtbaar zijn in het medium ook spanningen en angst oproept is volgens de patiënten afkomstig van de angst voor afkeuring door anderen. Vele patiënten zeiden in de interviews dat ze zich bezig hielden met het nadenken wat anderen van hun werk zouden kunnen denken. Dit laat zien dat pijnpatiënten behoefte hebben zich aan te passen oftewel te conformeren. Ze willen het naar eigen uitspraak goed doen en of dit het geval is wordt bepaald door externe factoren dus de gedachten en bevindingen van anderen. Prestatie wordt een belangrijk onderwerp voor mensen met chronische pijn. Zoals eerder beschreven worden de patiënten door de pijn sterk in hen handelingen beperkt. Ze krijgen daardoor vaak het gevoel te falen omdat ze dingen niet meer of minder goed kunnen uitvoeren. Ze zijn niet meer zo functioneel als vroeger. Om er tegen aan te werken willen ze juist presteren en vooruitkomen (Franzen, 2004) en gaan daarvoor ook extra inspanssen. Ook de geïnterviewde therapeuten herkenden dit.

Remke: „Die Meisten die mit chronischen Schmerzen zu tun haben, haben einen hohen Leistungsanspruch. Es geht mehr um Leistung, nicht so sehr um Spaß machen.“

De zichtbaarheid van het handelen in het beeldend medium is daarom in het begin een confrontatie die extra spanning oproept, omdat die patiënten continu bezig zijn met piekeren en angstig zijn of anderen het nu wel of niet goed vinden. Ze vreesden op een negatieve reactie van buitenaf, die door de therapeut niet wordt bevestigd.

Held et al. (2011) beschrijven de druk die in het huidige gezelschap en maatschappij heerst. De van Held et al. geïnterviewden geven weer het gevoel te hebben dat alles gewoon altijd moet functioneren. Als dit het geval is verkrijgt men bevestiging. Zoals hieruit duidelijk wordt is doen en handelen voor chronische pijn patiënten dan vaak gereduceerd tot iets functioneels. Het maken moet zin hebben, het moet nuttig zijn, het moet iets opleveren. Dit is te koppelen aan het aspect van zin- en vormgeving en het belang van het product. Patiënten konden aan hen werk zin geven als de vormgeving was gelukt, dus als ze met het product tevreden waren. Door de geslaagde vormgeving kreeg het werkstuk een waarde en het gaf dan ook zin omdat ze iets hebben bereikt. Dit gaf een positief gevoel van succes (Franzen, 2004). De vormgeving was per patiënt heel individueel en soms ook niet direct herkenbaar. Schasfoort (2007) spreekt dan van autonome vormgeving. Een onvoldoende vormgeving leidde bij de patiënten tot ontevredenheid en frustratie. Het niet kunnen vinden van een vorm of de ontevredenheid over het eigen kunnen maakte het werk "slecht". Te weten dat er een product aan het eind van het werkproces ontstaat motiveerde de patiënten daarom enorm en liet hen extra inspanssen.

Albertsen-Fock: „Es ist dann häufig so, dass das Endprodukt eine große Rolle spielt, ob sie zufrieden sind mit dem was sie gemacht haben.“

Het werkproces was in de momenten van ontevredenheid niet van belang. Meer waarde had de negatieve beoordeling van de vormgeving waardoor er geen zingeving plaatsvond. In de resultaten is verder beschreven dat na het afleggen van de kritische houding tegenover het werkstuk en het eigen kunnen een tevredenheid optrad. Een therapeut benoemde in het interview dat zij er gericht op ging letten dat de patiënten hen houding ten opzichte van hen werkstuk konden veranderen juist omdat de patiënten succes of falen zo nadrukkelijk koppelden aan het product.

Albertsen-Fock: „Ich versuche häufig dann zurückzuführen auf die Prozesse und zu gucken: wie habe ich mich während der ganzen gesamten gestalterischen Prozesses gefühlt. Und dass lasse ich sie dann verankern, aber da kommen nicht viele alleine drauf.“

Over het medium was de uitspraak dat het de patiënten veel plezier heeft opgeleverd om er mee te werken. Dit verbonden ze voornamelijk met het uitproberen en experimenteren en het effect dat ze dingen konden *rauslassen*. Bij de resultaten zijn de beschrijvingen die de patiënten gaven onder het

begrip spel samengevat. Franzen (2004) beschrijft spel als het hebben van plezier en amusement en kent het een grote waarde toe. Spelen helpt bij het afnemen van stres en maakt het mogelijk zich af te leiden van problemen. Gezien dat patiënten door de pijn enorme stres en lichamelijke (als ook psychische) spanning beleven is de link snel gelegd dat spel in het beeldend medium de patiënten erbij helpt te ontspannen. Deze vorm van spel heeft dan een effect die patiënten opmerken:

B.: „Besonders gut gefallen, rückwirkend betrachtet, weil man total abschaltet und von seinen Schmerzen abgelenkt ist.“

Uit de beschrijvingen van de patiënten laat zich een volgorde afleiden hoe spel voor hen is ontstaan. Het werken vond eerst plaats in een veilig kader (zie eerder bij het gebruik van hulpmiddelen) resulteerde later in uitproberen en uiteindelijk kwamen de patiënten tot het boven beschreven spel.

Het tot stand komen van spel is beïnvloed door verschillende factoren. De patiënten in dit onderzoek benoemden dat het accepteren van de (medium) eigenschappen erbij hielp het te gaan gebruiken. Het kennen van de materiaalmogelijkheden en eigenschappen, deze te gaan accepteren en mee te werken in plaats van tegenwerken leidde tot actie die in spel resulteerde. Kennis bevordert dus in dit geval het ontstaan van spel.

Samenvatting en conclusie het medium

Het medium was in het begin onbekend en daardoor onveilig. Het zelf kunnen aanbrengen van structuur leidde voor de patiënten tot de nodige veiligheid en het gaf hen tegelijk een gevoel van zelfbeschikking. De literatuur bevestigt dat het gevoel van grip te hebben en het terugvinden van autonomie een belangrijk onderwerp voor chronische pijn patiënten is. Het werken in het beeldend medium kan de patiënten dus dit gevoel laten ervaren. Daarbij helpt de therapeut door de patiënten te stimuleren en te verleiden bijvoorbeeld doormiddel van demonstratie.

Een ander bediscussieerd aspect is de zichtbaarheid. De zichtbaarheid kan door het medium een zelfbevestigende werking hebben maar het kan ook negatief worden ervaren. Chronische pijn patiënten hebben een hoge prestatiewens en zijn bezig met de beoordeling door de ander. De zelfopgelegde druk levert extra spanningen op. Het medium is daarbij het middel waaraan patiënten toetsten of ze het wel of niet goed hebben gedaan.

Verder neemt de vormgeving een grote rol in. De eigen tevredenheid over de vorm laat patiënten zin geven. Bij het niet kunnen komen tot een autonome vormgeving wordt het product afgekeurd. Hieruit wordt duidelijk welk belang het product voor de pijnpatiënten gaat innemen. De therapeut moet dan erop inspelen en actief de herinnering aan het proces terughalen.

Het laatste punt is het tot stand komen van spel. Patiënten beschreven verschillende manieren van spelen in en met het medium. De literatuur maakt duidelijk dat het spel is wat tot ontspanning en afleiding gaat leiden. Over dit onderdeel en welke materialen en technieken spel bij de pijnpatiënten tot stand brachten wordt dieper ingegaan bij het begrip **materiaal**.

Product

Door zijn bestaand karakter kan het werkstuk of product aan anderen worden presenteert. Dit speelt op de ene kant goed in op de behoefte van de patiënten om zich te presteren (zie medium). Door de presentatie verkrijgen de patiënten zowel erkenning maar ook achting. Franzen (2004) geeft aan dat dit een positieve bijdrage heeft aan het zelfvertrouwen. Zoals eerder beschreven (zie therapeut) hebben pijnpatiënten blijkbaar weinig vertrouwen in zichzelf en streven daarom naar een positief zelfwaarde. Hoe het presenteren hen beter laat voelen is daarnaast ook terug te leiden naar statuswens. In dit geval gaat het om prestige (Franzen, 2004). Dat pijnpatiënten hun status willen veranderen is heel herkenbaar. Door de pijn nemen ze een bepaald en beperkt plek in hen systeem in. Voor velen moet zorg worden gedragen (Breivik et al., 2006). De status is dus niet hoog en hoe langer de pijn duurt hoe lastiger worden de patiënten door de omgeving ervaren. Mensen streven continu naar verhoging van de status (Franzen, 2004). Voor pijnpatiënten is dit door hen omstandigheden nog belangrijker. Het product levert de mogelijkheid dit in kleine mate te bereiken.

Het product geeft hen daarnaast ook de mogelijkheid zich van een andere kant te presenteren. Therapeuten vertelden dat het laten zien van zichzelf op een manier die voor de patiënten nog onbekend was en van die ze zelf niet eens wisten dat ze die hebben ook anderen positief verrast.

Dat het zien van een product de maker zelf kan bevestigen is al geconstateerd onder **medium**. Maar patiënten hebben het zien ook als confrontatie beleeft. Dit heeft ermee te maken dat bij het beschouwen een negatieve emotionele reactie is opgetreden: Dat betekend dat de maker bij het terugzien van het werkstuk een gevoel kreeg dat hem niet behaagde. Bij het kijken naar het product wordt de eigen beleving tijdens het werkproces en na het afmaken van het werkstuk teruggehaald (Haeyen, 2011). Afhankelijk van het beleefde kan de herinnering een positief of een negatief gevoel

veroorzaken. Naast het oproepen van emoties versterkt of verzwakt het product ook al bestaande gevoelens (Beelen & Oelers, 2000). In het geval van patiënte F was zij erg ontevredenheid over het afgemaakte werkstuk. Iedere keer dat zij het terugzag herinnerde zij zich dat het haar niet gelukt is haar idee om te zetten. De patiënte F zei dat ze al tijdens het werken ontevreden is geweest.

F.: „Ich hatte auch versucht das zu machen, und auch die Blätter zu malen aber das ging mit dem Stift (nachdruck) irgendwo nicht fluppte. Ich habe dann in Strichen gemalt, was mir dann auch nicht gefiel im Endeffekt, aber das ließ sich dann nicht anders machen.“

Het zien van het eindproduct maakte niet alleen haar eigen “onvermogen” zichtbaar maar haalde ook de herinnering aan het niet lukken tijdens het werken terug. Deze combinatie was voor haar erg confronterend. De confrontatie wordt mogelijk doordat een product onmiddellijk het proces weergeeft (Beelen & Oelers, 2000). Te weten dat het product pijnpatiënten kan confronteren onder ander doordat het de ontevredenheid van het proces terugbrengt helpt de therapeut gericht te handelen. Door samen naar het product te kijken en nieuwe mogelijkheden en alternatieven te bespreken kan het product als nog een winst bieden aan de patiënt (Beelen & Oelers, 2000). Het kan bijvoorbeeld als uitgangspunt voor verandering dienen: andere materiaalhantering, inzetten van ander materiaal enz..

Onder het stuk **medium** is eerder ingegaan op de zin- en vormgeving en het aspect zichtbaarheid.

Samenvatting en conclusie het product

Het product van het beeldend werken is een voorwerp dat pijnpatiënten ertoe kan dienen te presteren. Daardoor beginnen ze hen prestige te herstellen. Verder krijgen ze de mogelijkheid zichzelf van een ander kant te presenteren. In dit onderzoek wordt duidelijk dat vanuit het oog van de patiënt het product daarom een grote waarde heeft en ze beschouwen het als erg belangrijk.

Als therapeut moet men zich bewust zijn dat het zien en hebben van een product naast de positieve werking ook een confrontatie kan zijn. Op dit moment moet men gericht ingrijpen en samen met de patiënt zowel het proces evalueren als ook vervolgstappen plannen. Op die manier kan men aanleidingen bieden hoe de negatieve emoties constructief kunnen worden gebruikt met het doel dat de patiënten hun attitude bijstellen.

Materiaal

De patiënten waardeerden de grote keuze (Auswahl) aan materiaal die de therapeut ter beschikking stelde. Beeldend materiaal is duur in de aanschaf en de meeste mensen hebben speciale beeldend gereedschappen niet in huis. In de therapieruimte wordt de patiënten dan een hele range aan nieuwe dingen en prikkels aangeboden. Naar eigen uitspraak komen de patiënten dan ook voor het eerst met het medium in contact. Het ter beschikking stellen van een grote hoeveelheid en variatie gaf hen dan de mogelijkheid te kunnen kiezen. Dit is belangrijk omdat de patiënten daardoor een stuk zelfstandigheid terugkregen (Haeyen, 2011). Mogen en kunnen kiezen speelt namelijk in op de behoefte naar autonomie (Selbstbestimmung) (Franzen, 2004).

De patiënten beschreven verder dat in samenhang met de keuzemogelijkheden en de stimulering door de therapeut ze aangezet werden om materiaal uit te proberen en begonnen te knoeien. Ze noemden dit “verspillen van materiaal”. Toch ervoeren de patiënten knoeien als bevrijdend. Waardoor kwam deze beleving tot stand? Zoals onder **medium** beschreven zijn pijnpatiënten veel bezig met nadenken en willen dat hen handelen uiteindelijk functioneel is. Het ‘denkend handelen’ (zie 1.3 patiënten met chronische pijn) wordt zoals eerder beschreven door een bepaald non-specifiek mediumgedrag zichtbaar: de patiënten werken planmatig en productgericht. Daarbij zijn ze perfectionistisch en streven ernaar om het goed te doen. Tegelijk zijn ze erg streng met hen oordeel en laten hoge eisen aan zich zelf zien. Daarnaast gaat deze doelgroep heel zuinig om met het materiaal. Dit kan verklaard worden door hen opvoeding en de tijd (in en na de tweede wereldoorlog) waarin ze zijn opgegroeid. De toen heersende omstandigheden gaven hen niet de mogelijkheid anders te kunnen overleven. Nu kregen ze in de beeldende therapie de bevestiging dat hen handelen niet functioneel hoeft te zijn, er wordt aan hen gevraagd om niet zuinig te zijn en te nemen waarin ze zin hebben. In de peer-debriefing kwam naar voren dat de patiënten door het aannemen van dit aanbod voor een korte tijd hen controle en discipline los konden laten. Dat dit überhaupt mogelijk is was dan een heel nieuwe ervaring. Het “verspillen” wordt daarom als vrijheid beleefd omdat ze los konden laten en niet hoefden te sparen, rekenen en gedisciplineerd zijn.

Maar niet alleen het aanbod waarderden de patiënten, ook de goede kwaliteit van het materiaal. De geïnterviewde therapeuten vertelden dat ze kwalitatief hoogwaardig materiaal bewust ter beschikking stellen want ze kennen de grotere aantrekkelijkheid van bijvoorbeeld kleuren die meer glanzen (Arnheim, 1966). Door goed materiaal aan te bieden lieten de therapeuten ook zien dat de patiënten gewaardeerd en serieus genomen werden. Dat vleide hen en maakte het werken extra aantrekkelijk.

Naar uitspraak van de patiënten speelde de materiaalkwaliteit dan ook een rol om zich te laten stimuleren om te experimenteren. De respondenten beschreven dat ze zich ten volle konden ontplooiën en vrijheid beleefden door het “verspillen” en experimenteren. Zoals eerder geconstateerd lieten de patiënten daardoor discipline en controle gedeeltelijk los. Het loslaten leidde ertoe dat ze durfden uitproberen. De patiënten beschreven dat ze experimenteerden, dit vaak eerst in een bekend kader. Centraal bleek daarbij de vraag te staan wat met het materiaal mogelijk is. Het onderzoekende karakter zonder in eerste instantie een concreet doel definieert Rosmalen (1999) als spel.

C.: „Das ist eine Technik gewesen mit der wir mit Farbe auf eine Plexiglasscheibe gemalt haben und dann immer wieder abgedruckt und da war ich selber so überrascht was dabei raus kam.“ (zie Bijlage 14: Patiënt C, werkstuk No. 6 en 7)

Het wezen van spel is dat men vrij is in zijn handelen en beslissingen (Rosmalen, 1999). Het beleven van vrijheid hangt dus samen met het spel waarin de patiënten door het loslaten terecht kwamen. Onder het begrip **medium** is al eerder ingegaan op het nut maar ook op de natuurlijke behoefte naar spel (Franzen, 2004). Hoe het spel voor chronische pijn patiënten in het beeldend medium nu precies uit zag en welke elementen daarbij als goed zijn ervaren komt in het volgende aspect (materiaalhantering) aan bod.

Onder het begrip materiaalhantering zijn in de resultaten prikkels, eigenschappen en de individuele appelwaarden beschreven. Dat het visuele de patiënten tot actie verleid is eerder onder **medium** beschreven. Terwijl boven gefocust is op het medium als gericht ingezette interventie gaan de patiënten bij het aspect **materiaal** op het aantrekkelijke van de kleuren in. Ze benoemden dat het zien van de hoeveelheid kleuren, het kleurrijke, ze in een lichtere stemming bracht. Vooral lichte, warme kleuren worden gewaardeerd en de patiënten kwamen tot actie. Arnheim (1966) geeft aan dat het zien van vooral felle kleuren met een hoge saturatie een opwekkende functie heeft. Dat de patiënten door de kleuren dus geprikkeld en actief werden is hiermee te verklaren.

Voordat er actie plaats gaat vinden doen kleuren in eerste instantie een appel op kijken. Kijken naar de kleuren en het zien van hoeveelheid en nuancen dan ook het eerste contact dat patiënten met het beeldend materiaal maken. Te weten dat dit eerste contact door de kleuren als heel aangenaam wordt ervaren is waardevol omdat men als therapeut daarvan een gericht middel kan maken. Het inzetten ervan heeft een drempelverlagende en prikkelende werking op de pijnpatiënten (zie 4.3 Aanvullingen aan mijn werkmodel). Hier is een verband te leggen waarom goede kwaliteit van materiaal belangrijk is. Kwaliteit maakt materiaal aansprekend en deze verlaagd de drempel om ermee te gaan werken.

Patiënten vertelden dat ze graag hen lievelingskleuren hebben gebruikt, deze waren aansprekend en het gaf hen ideeën. Haeyen (2011) beschrijft dat het zien van kleuren bepaalde emoties en zelfs herinneringen kan oproepen. Het zien van kleuren doet dus ook een appel op het denken.

D.: “Da ist mir als erstes der Regenbogen eingefallen, weil der verschiedene Farben hat. Ich glaub 5,6 oder 7. Und dann hatte ich schon mal den Regenbogen. Naja ne Sonne gehörte auch noch hin. Beim Regenbogen. Dann später auf der einen Seite hat es ja geregnet.“

Zoals uit dit citaat duidelijk wordt ging het appel dat kleur op denken doet snel over naar vormgeving. Tegelijk doet kleur bij pijnpatiënten ook een appel op handelen. Geanimeerd om te vegen met de kleur, dus te spelen met de kleur leidde uiteindelijk ook tot een vormgeving:

C.: “Und dann das erste Bild was ich gemacht hatte, weil grün meine Lieblingsfarbe ist (lacht) hab ich dann einen Grünton einfach über das ganze Bild nur verwischt. Und dann bin ich hingegangen hab rot dazu genommen (...) Und das sah hinterher aus als ob es eine riesengroße Wiese nur mit Blumen gewesen ist.“

Het vegen en het smeren hoort ook bij de haptische prikkels welke patiënten als goeddoend hebben ervaren. Hier hebben wij te maken met sensopathisch spel (Rosmalen, 1999). Het tasten en de tastzin staan daarbij centraal. Rosmalen beschrijft (1999, p. 58) dat kinderen zich richten op het aangedaan zijn dus het beleven. Volwassene zijn echter meer gericht op het gnostische dus het begrijpen. Het sensopathisch spel met het materiaal brengt de pijnpatiënten nu uit het cognitieve naar beleven dus het voelen. Bij het sensopathisch spel hebben ze ook juist naar sensaties gezocht (sensation seeking) (Franzen, 2004). Waarom is het zoeken en verkrijgen van belevingen via het materiaal voor pijnpatiënten nu van belang? Zoals eerder beschreven zijn de patiënten continu in pijn. Vaak is dit het enige wat ze waarnemen. Iets anders voelen dan pijn werd daarom erg gewaardeerd. Op tactiele stimuli volgt onmiddellijk het voelen. De patiënten konden nu doormiddel van het materiaal een andere sensatie opzoeken en deze beleving als iets anders voelen registreren. Ze beleefden iets anders dan pijn en daarom hebben ze ervan genoten.

Daarbij hielpen blijkbaar de zachte bewegingen van het wrijven en smeren. Materiaal dat nog extra zacht was bijvoorbeeld pastelkrijt versterkte het aangename gevoel. Spel waarbij het plezier van de handeling zelf (hier het wrijven en de beweging) centraal staan noemt Rosmalen (1999) oefenspel. Patiënten hadden daarbij controle losgelaten en kwamen in een stadium waarin ze kinderlijke onderzoekingsdrang lieten zien. Dat mensen bij dit spel het liefst spelen met iets dat net geleerd is, lieten ook de pijnpatiënten zien. In bijlage 14: patiënt C is bijvoorbeeld een reeks aan werkstukken met softpastelkrijt (werkstuk No 1-5) te zien die alle achter elkaar zijn ontstaan. Werkstuk 6 en 7 (zie bijlage 14: patiënt C) ontstonden pas nadat de therapeut de techniek heeft aangeboden, weer volgde een reeds van afdrucken. Hier is te zien dat de patiënten de ervaring meerdere keren herhaalden en kleine variaties aanbrachten.

De reacties die het materiaal opriep waren heel divers. Wel kon hier als nog een tendens worden gevonden. Bij de haptische prikkels is ingegaan op veegbaar en smeerbaar materiaal. In de resultaten is verwerkt dat patiënten ook vloeiend materiaal waarderden. Samenvatten kan men dit onder materiaal dat (mee) beweegt. In de resultaten is benoemd dat meebewegend materiaal de patiënten hielp om weg van het denken en naar het voelen te komen. Als men op de beschrijvingen let die patiënten geven dan wordt duidelijk dat *naar het voelen komen* ermee samen hangt dat ze los lieten. Eerder is ingegaan dat de patiënten tot spel kwamen als ze los konden laten van controle en discipline. Materiaal dat meebeweegt bevordert dus het spel dat voor de patiënten belangrijk is.

Bijvoegend aan het bewegend materiaal is dat het tegelijk ook wel stuurbaar moest zijn, pas dan beleefden de pijnpatiënten het als aangenaam. Door de wens naar manipuleerbaar materiaal wordt de behoefte naar controle weer zichtbaar. Dit is te verklaren dat chronische pijn patiënten controle terug willen winnen, vooral over de handelingen die ze gaan uitvoeren. Doordat ze het gevoel hebben als of hen lichaam hen continu in de steek laat is dit van extra groot belang. Hieruit blijkt dat het materiaal een evenwicht moet bieden tussen kunnen loslaten en het hebben van controle.

Bij de resultaten is ingegaan op het individueel beroep dat materiaal op de patiënten deed. Tekenen trad vooral op als de patiënten gingen werken met (kleur)potloden. Dit komt door de eigenschappen die een potlood heeft. Zo hebben ze een punt waarmee men fijne lijnen kan maken. Het nauwkeurige inzetten heeft zowel een positieve werking want het spelt in op de controlebehoefte van de patiënten maar het werd ook als inspannend ervaren. Tekenen vraagt van de maker veel concentratie, rust en een vaste hand. De patiënten moesten tijd en moeite aan het tekenen besteden. Vele patiënten hebben last van trillingen in de handen zodat het sturen extra veel aandacht vraagt. Bij het werken over langere termijn weegt de draaglast zwaarder en patiënten ervoeren het daarom als inspannend.

Temperakleuren en pastelkrijt daartegen horen onder het eerder beschreven materiaal dat stuurbaar is en ook meebeweegt. Hier kwam naar voren dat patiënten met het materiaal gingen knoeien en smeren. Juist van deze handelingen hebben de patiënten genoten en het spoorden hen aan om verder te werken. Knoeien en smeren zijn kinderlijke spelvormen en kan ook als kliederen worden omschreven waarbij het in eerste instantie om het gevoel gaat (Janssen-Vos, 2004). Dat klieren nu als aangenaam wordt ervaren heeft er weer mee te maken dat het inspeelt op het iets anders voelen.

Afhankelijk van de patiënt en zijn overheersende behoefte (controle of loslaten en spelen) worden meer meebewegende materialen of sturbare materialen gebruikt. Hoe het materiaal dan wordt gehanteerd verschilde dan ook per persoon.

Mensen met chronische pijn zijn altijd op een hoog arousal niveau (Passchier, 2010). Daarom is snel het verband gelegd, dat werken met materiaal dat hen laat inspannen niet wordt gewaardeerd. Interessant daarbij is dat de patiënten beschreven dat ze het als inspannend ervoeren als een werk langer duurde ze dus meer tijd erin moesten investeren. Dit is te verklaren aan het feit dat de patiënten een verstoring hebben tussen draagkracht en draaglast ervaren (Blécourt, Schiphorst-Preuper, & Breedveld, 2003). Ze hebben maar een beperkte draagkracht ter beschikking. Als de handelingen te langdurig zijn wordt de draaglast te hoog en het wordt inspannend voor de patiënten.

Dat het niet kunnen voldoen aan eisen slecht ervaren wordt hangt nauw samen naar de eerder benoemde wens van chronische pijn patiënten naar prestatie. Een herhaald gevoel van falen is niet wenselijk. Juist het streven en de behoefte naar een succeservaring wordt gezocht.

Samenvatting en conclusie materiaal

Door de hoeveelheid aan kwalitatief goed materiaal kunnen de patiënten een keuze maken wat hen het gevoel geeft zelfstandig te zijn. Het hebben van een keuze en met de hulp van de therapeut konden de patiënten controle en discipline gedeeltelijk los en behoeftes toe laten. Het aanbod te verspillen dat de patiënten erg waardeerden voerde hen weg van het denkend handelen naar het uitproberen en uiteindelijk tot voelen en spel.

In de discussie wordt duidelijk dat kleuren een belangrijk onderdeel van de beeldende therapie vormen. Het zien is het eerste (stimulerend) contact en het helpt erbij om tot actie in het beeldend werken te komen. Verder doen kleuren zowel een appel op denken, als ook op handelen. Beide varianten hadden bij de pijnpatiënten tot gevolg, dat ze tot een vormgeving zijn gekomen.

Het werken met materiaal dat de patiënten haptisch prikkelde leidde tot een combinatie van sensopathisch en oefenspel. Het aspect voelen staat daarbij centraal. Het daarvoor gekozen materiaal moest zowel meebewegen maar ook voldoende stuurbaar zijn.

Materiaalhantering werd door de patiënten als belasting ervaren als er geen evenwicht heerste tussen draagkracht en draaglast.

Wensen

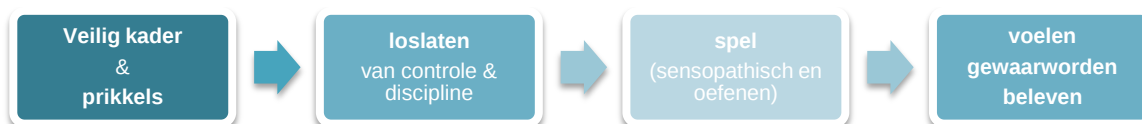
Bij de wensen is beschreven dat de patiënten graag een houvast, handvat en uitleg willen hebben. Gezien de patiënten behoefte hebben naar structuur, orde en controle (zie medium en materiaal) is dit niet verrassend. Kennis nemen van deze wensen maakt het mogelijk dat de therapeut het nodige houvast kan bieden. Dit is belangrijk omdat spel tot stand komt als er voldoende veiligheid wordt gegeven maar ook de juiste hoeveelheid spanning is geboden (Rosmalen, 1999). Door houvast biedt de therapeut de nodige veiligheid. Het medium levert de zintuigenprikkelende elementen op.

Invloed op de pijn

De beschrijvingen die patiënten bij het aspect afleiding gaven komen overeen met Rosmalen's (1999) beschreven fenomeen van een flow-ervaring. Daarbij duikt iemand volledig een activiteit in en andere stimuli worden nauwelijks waargenomen. Rosmalen (1999, p. 144) geeft aan dat het ervaren van flow een ontspannend werking kan hebben. Het helpt bij het afleiden. Hij geeft zelfs aan dat mensen met chronische pijn tijdens het flow de pijn niet ervaren. Verder wordt flow door Rosmalen (1999) teruggevoerd op de spelervaringen die wij als kind maken. Zoals gezien kan het werken met beeldend materiaal de pijnpatiënten helpen tot spel te komen wat een flow-ervaring mogelijk kan maken.

Voelen, ervaringen en winsten

Het voelen en gewaarworden dat in de resultaten is beschreven is nu terug te koppelen aan zowel de **groep**, de **therapeut** en het **medium**. Als men de voorafgaande discussie in zijn kernelementen samenvat ontstaat het volgende schema (zie figuur 4.1):



Figuur 4.1 Het proces van het ontstaan en het gevolg van spel in de beeldende therapie

De therapeut is in grote mate voor het scheppen van een veilig kader verantwoordelijk maar ook de groep heeft daar een belangrijke, ruggensteunende rol in. Alle twee leveren stimulerende prikkels: de groep inspireert en spoort aan, de therapeut geeft het aansprekend materiaal. Onder **materiaal** is beschreven dat pijnpatiënten het zien van kleuren hen aanzet tot handelen. Verder is beschreven dat de sensopathische prikkels van het materiaal hen uitdaagt tevens controleerbaar moet zijn. Deze aspecten helpen erbij de controle en discipline (gedeeltelijk) los te laten. Zoals bij het **materiaal** beschreven heeft het loslaten en doen spel tot gevolg. Verder is verklaard dat juist het hanteren en spelen met materiaal andere gevoelens oproept. Hoe leidt het voelen nu tot de beschreven ervaringen en winsten? Terug te voeren is dit op het doorlopen van een leercyclus (zie figuur 4.2).



Figuur 4.2 Leercyclus in de beeldende therapie

Dit schema is aangeleend aan Kolb (Alkema, Dam, Kuipers, Lindhout, & Tjerkstra, 2006). Dit kan omdat Kolb's theorie ook baseert op ervaringsleren. Zoals in dit schema te zien is vindt ervaringsleren plaats in een cyclisch, herhalend proces. Het doorlopen van alle stadia maakt leren mogelijk.

Zoals eerder benoemd worden de patiënten binnen de therapie aan geleid los te laten en te spelen. De beeldende therapie en het werken met materiaal grijpt daardoor in op het voelen. Onder voelen wordt verstaan het meemaken in het moment en het onmiddellijke beleven en gewaarworden. De ervaring komt tot stand omdat de patiënten zich van het voelen bewust werden. Ze registreerden hen gevoelens en voerden deze terug op hen handelingen. Patiënte E laat in het volgende stuk zien hoe de patiënten in dit onderzoek van het voelen tot ervaring naar kennis en verandering kwamen.

- E.: „Heute war ich mit den Bleistiften dran, nicht mit den Kreiden also musste ich mehr Druck machen und da hatte ich natürlich die Schmerzen wieder da.“(...)
- I.: „Sie haben gemerkt hier gibt es Material – das tut mir gut (ja) da fließt es wie sie sagen (ja) und es Material: Oh da muss ich mich anstrengen (nickt). Aber Sie sagten gerade, Sie bemerken selbst was es ist (ja stimmt). Und genau dieser Moment interessiert mich: Ich kann selber merken was mir gut tut. Ist es etwas was Sie sagen, dass haben Sie hier entwickeln konnten oder weiter entwickeln konnten?“
- E: „Ja. Aber die Erkenntnis kam aber heute. (...) Weil ich in den anderen Stunde die Stifte nicht benutzt habe und das alles vorher hatte mir gut getan. Egal ob es Temperafarben waren, wo ich matschen konnte (lacht) wie gesagt Kindliches wieder freigebe.“

Patiënte E heeft door het beeldend werken een nieuwe ervaring gemaakt: Het werken met kleurpotloden doet haar pijn. Zij concludeert dat dit komt omdat ze meer druk moet uitoefenen. Ze voelde de pijn en maakte de ervaring dat deze werkmanier haar niet goeddoet. Tegelijk registreert zij dat ze geen pijn bij het werken met krijt beleefde. Verder wordt haar duidelijk dat materiaal waarmee zij kon knoeien haar beter laat voelen ook omdat ze “Kindliches wieder freigibt”. Door de ervaring, kleurpotloden hebben druk nodig en dit doet pijn en het bewust worden van wat haar wel goeddoet, kan patiënte E nu haar gedragsrepertoire uitbreiden en haar copingsmechanisme wijzigen: Zij gebruikt nu materiaal wat haar wel goed laat voelen en zij kan ook aangeven waarom dit zo is. Deze leercyclus beschrijven ook Belen and Oelers (2000) en noemen het ervarend leren.

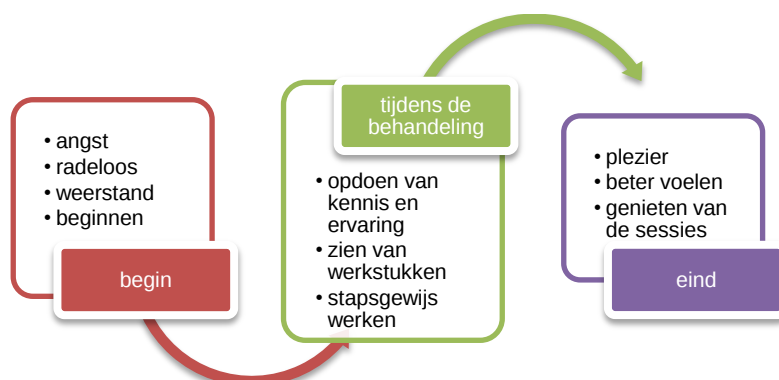
De leercyclus laat ook zien dat het herhalen van ervaringen (in variaties) belangrijk is want dit levert kennis en leidt tot gedragsverandering. Onder **materiaal** en in de beelden in bijlage 14: patiënt C is te zien dat deze herhaling ook bij de pijnpatiënten plaats heeft gevonden.

Als men nu in de resultaten kijkt naar de winsten die pijnpatiënten uiteindelijk hebben gehaald en deze in verband brengt met de leercyclus (zie figuur 4.2) dan zijn de winsten terug te voeren op de nieuwe kennis. Die is afkomstig uit de gemaakte ervaringen welke baseren op het voelen, de gewaarwordingen en het beleven dat de patiënten tijdens het beeldend werken hebben gehad. De conclusie is dat de patiënten door het voelen in het spel uiteindelijk ervaringen maakten waardoor ze ontdekken dat ze ook anders kunnen. Spel is dus noodzakelijk voor de ontwikkeling en ‘de behoefte aan spel verdwijnt niet met het ouder worden, slechts het karakter verandert.’ (Franzen, 2004, p. 210).

4.2 Antwoord op de vraagstelling

Welke verandering in hen gevoel van welzijn (t.o.v. voor de behandeling) geven de patiënten na de behandeling aan?

In de resultaten is gepresenteerd welk verloop binnen de beeldend therapeutische behandeling de patiënten beschrijven. Het volgende schema geeft dit samengevat weer:



Figuur 4.3 Schema van het “behandelingsverloop”

Het is bekend dat de patiënten met een hoog niveau van pijn en spanning de therapie beginnen. Aanvullend wijst de angst, de radeloosheid en de weerstand erop dat het geen positief gevoel van welzijn is geweest op het begin van de behandeling. Het in actie komen wat voornamelijk ertoe leidde dat de patiënten ervaringen en kennis opdeden veranderde deze toestand. Dat de patiënten aan het eind aangaven van de sessies te genieten, dat ze zich over het algemeen beter voelden en plezier ervoeren spreekt voor een verbetering van het welbevinden. De patiënten ervaren dus door beeldende therapie een positieve verandering in hen algemeen welzijn. De beeldend therapeutische behandeling heeft naast de kennis die patiënten opdeden en het realiseren van het eigen kunnen namelijk ook invloed op het waarnemen van hen pijn: Het helpt de patiënten erbij zich te laten afleiden door zelf actief te zijn. De behandeling verhoogt dus het welbevinden van chronische pijn patiënten.

Welke aspecten in het beeldend therapeutisch werken beleven patiënten met chronische pijn als positief of negatief?

De resultaten verduidelijken dat er verschillende aspecten zijn die patiënten als positief of negatief hebben ervaren in het beeldend therapeutisch werken. Bij het aspect de **groep** waardeerden de patiënten het lotgenotencontact en het toebehoren tot een gemeenschap. Het hielp de eenzaamheid te vergeten. Bovendien genoten ze ervan dat iedereen gelijkwaardig was en ze zich open en als zichzelf konden presenteren. Het nauwe contact ontstond door het beeldend werken waarover zich de patiënten uitwisselden. Een negatieve invloed bij het groepsaspect had het opkomen van benauwende persoonlijke verhalen, momenten waar emoties niet onder controle konden worden gehouden en als introverte personen van extroverte patiënten geen ruimte kregen.

Bij de **therapeut** werd het inspelen op de behoefte naar erkenning als positief ervaren. Verder was het gestimuleerd worden (verbaal en via het medium), het verkrijgen van ruimte bij het ontdekken, de daardoor beleefde vrijheid en het kunnen bekijken van zijn eigen patronen door het beeldend werk van belang. Als negatief beleefden de patiënten de eigen ontevredenheid over hen kunnen, het mogelijke controleverlies en de angst om hen kwetsbaarheid te laten zien.

Bij het aspect **medium** stelden de patiënten het op prijs dat ze zelf structuur konden aanbrengen. Verder wordt gewaardeerd dat ze zich konden uitdrukken en door het concrete product konden terug zien op de situatie. Het zichtbaar zijn kon ook als confrontatie worden ervaren. Er werden bijvoorbeeld de eigen grenzen en het eigen onvermogen zichtbaar. Van groot belang was ook het **product**. Een mooi werkstuk gaf een goed gevoel en het was presenteerbaar bij bijvoorbeeld familieleden. Een mislukt product daarentegen gaf een negatief gevoel. Meestal werd het ontstaan ervan ook genoemd in verband met oncontroleerbaar materiaal.

Bij het aspect **materiaal** wordt naast de materiaalkwaliteit ook de keuzemogelijkheid als positief ervaren. De patiënten kwamen door het "verspillen" uit het denken en naar het voelen. Dit gaf hen een goed gevoel. Expliciete benoemden de patiënten lichte kleuren, het vegen, smeren druppelen en kliederen als goeddoend. Negatief ervoeren ze materiaal dat hen liet inspannen en waar ze veel kracht bij moesten inzetten.

Zijn er factoren die invloed hebben op de aspecten van het beeldend therapeutisch werken die helpen de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om het gevoel van welzijn te veranderen?

Deze deelvraag is opgesteld vanaf begin van dit onderzoek. Ik had me toen al afgevraagd of de antwoorden afhankelijk zijn van verschillende factoren. Daarom heb ik informatie verzameld doormiddel van patiëntendossiers zodat ik de achtergrond van de respondenten ter weten kom. In de discussie wordt dan wel duidelijk dat er een aantal factoren meespelen of de patiënten de aspecten in het beeldend therapeutisch wel of niet als positief hebben ervaren.

In de discussie blijken **leeftijd, achtergrond en de behoefte naar controle** nauw samen te hangen. Hoe ouder de respondenten waren hoe groter was de waarschijnlijkheid dat ze opgroeiden in of na de tweede wereldoorlog. Hun opvoeding in deze tijd is bepalend voor hun gedrag. Hoe meer ze bijvoorbeeld gedwongen waren om te sparen en zuinig te zijn, hoe dieper zitten de patronen. Hoe groter was dan ook hen behoefte, te sparen, te controleren en het afwijzen van spel.

In dit onderzoek waren zowel patiënten betrokken die voor de eerste keer met creatieve therapie beeldend in contact kwamen maar er waren ook respondenten die al **bekend waren met het medium** door een eerdere behandeling. Er is een verschil tussen deze groepen. Patiënten die al ervaring hadden gaven zelf aan dat het hen nu beter lukte om met het werk te beginnen.

Een ander factor was de **fase van groepsvorming** waarin de groep zich bevond. De mate van kennis en vertrouwdheid met elkaar was daarvoor bepalend. Daarnaast moest gekeken worden hoe de verdeling was tussen mensen die ruimte innamen en patiënten die dit niet konden. Hoe onevenwichtig en hoe oppervlakkiger de band tussen de groepsleden was hoe negatiever was de invloed op de beschreven aspecten.

In de meeste gevallen was het beoordelen van de aspecten terug te koppelen aan **persoonsgebonden factoren**: Hoe stabiel was een patiënt en hoe confronterend wordt dus de behandeling/product beleefd? Welke gevoelens traden tijdens en na het werken op en met welke reden? Welke herinneringen waren ermee verbonden? Hoe extrovert of introvert was de patiënt? Hoeveel mensen kon iemand om zich heen verdragen? Hoe groot was de angst voor afkeuring en de beleefde prestatiedruk? Dit zijn voorbeelden van factoren die in dit onderzoek aan bod kwamen.

Welke aspecten van het beeldend therapeutisch werken helpen volwassene patiënten met chronische pijn de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om het gevoel van welzijn te veranderen?

In de discussie komt naar voren dat er zowel veiligheid als ook voldoende prikkels moeten zijn om verandering en daardoor ontwikkeling plaats te laten vinden. Veiligheid komt door verschillende elementen tot stand. De groep laat de patiënten zich minder eenzaam voelen en bevredigt hen behoefte naar begrip en contact. De therapeut geeft hen erkenning, accepteert de patiënten onvoorwaardelijk en containt ook hun kwetsbaarheid. Samen met de randvoorwaarden (continuïteit in tijd, plaats) en de groep schept de therapeut een veilig kader en vormt zo de basis voor ontwikkeling.

Zoals eerder beschreven toont onderzoek aan dat het vergroten van zelfvertrouwen ook het welzijn en daarmee de kwaliteit van leven verandert. Door de supportieve houding maakt de therapeut een eerste aanzet om het zelfvertrouwen van de patiënten te steunen. Met behulp van het medium als gericht ingezet middel bevordert hij dan dat de patiënten het vertrouwen in zichzelf terug winnen. Dit komt bijvoorbeeld door het maken en kunnen presenteren van een product. Een werkstuk geeft de patiënten de mogelijkheid zich anders te kunnen laten zien. Het verkrijgen van erkenning, achting en een verandering van hen status geeft nieuw vertrouwen in zichzelf en het eigen kunnen.

Het welbevinden wordt ook verhoogd als op de wens naar controle wordt ingegaan. Controle ervaren patiënten door het werken in een aangeboden, afgebakend, veilig kader, maar later ook door het zelfstandig kunnen aanbrengen van structuur. De eigen structuur wordt door de therapeut bevestigd en legitimeert wat het voor de patiënten mogelijk maakt hen eigenheid aan te nemen.

Binnen de beeldende therapie hanteert de therapeut een evenwicht tussen afstand en nabijheid. Hij is beschikbaar, helpt bij het beschouwen van patronen en stimuleert de patiënten tegelijk het zelf aan te gaan en zelfstandig nieuwe wegen te vinden. Op die manier bevordert de therapeut de zelfbeschikking of autonomie.

Naast de therapeutische aspecten zijn er vooral beeldende aspecten (aangereikt door de therapeut) die patiënten helpen hen mogelijkheden te ontwikkelen. Kleuren komen in de discussie als het visueel prikkelende element naar voren. Ze appelleren om te kijken, om te denken en te handelen. Zowel het denken (oproepen van associaties) als ook het handelen (actie beginnen met aansprekende kleuren) helpt de patiënten om vorm te geven. Vormgeving leidt tot zingeving. Kleuren helpen dus, door het stimuleren van vormgeving, betekenis te geven aan het eigen doen en handelen.

Materiaal met aansprekende sensopathische eigenschappen, dat voor patiënten zacht voelt en ze kunnen smeren en vegen helpt om controle en discipline gedeeltelijk los te laten. Patiënten komen op die manier in beweging en tot actie en weg van het vastzitten. Het sensopathische- en het oefenspel komen nu tot stand als het benoemde materiaal zowel meebeweegt maar ook voldoende stuur- en controleerbaar is. In en door het spel kunnen patiënten tot een kinderlijk stadium komen waarin ze focussen op (iets anders dan pijn) voelen. Hen handelen is dan zonder zichtbare functie maar niet zonder zin: Het doel van het spel is te experimenteren. Daardoor kunnen de patiënten zich zelf ontplooien en hen eigen mogelijkheden ontdekken. Als de patiënten het spel met het materiaal helemaal induiken kunnen ze zelf een flow-ervaring maken waarbij ze afgeleid worden van hen pijn en daardoor nog beter kunnen ontspannen.

Het wordt duidelijk dat beeldend therapeutisch werken niet direct ingrijpt op het gevoel van welzijn van chronische pijn patiënten. In eerste instantie wordt in de therapie een kader geboden dat zo goed mogelijk steunt als ook voldoende ruimte biedt. Er wordt geprobeerd het zelfvertrouwen van de patiënt te sterken en hem probleemeigenaar te maken. Als hij tot actie komt kan hij doormiddel van het beeldend werken spelend waarnemen en voelen. Dit levert ervaringen op en het herhalen ervan laat de patiënten conclusies trekken en leidt tot nieuwe inzichten en kennis. Deze hebben invloed op autonomie en veranderen het gedrag en houding. Het is uiteindelijk deze ontwikkeling die het welbevinden verandert.

4.3 Aanvullingen aan mijn werkmodel

In bijlage 5: Werkmodel is met behulp van Tabel 4 een korte overzicht gegeven van mijn oud werkmodel. Na aanleiding van mijn onderzoek kan ik hier wijzingen aan voornemen. In tabel 1 geef ik een samenvatting van het nieuwe werkmodel.

Tabel 1: Overzicht vernieuwd werkmodel

Algemene Doelen	Sessie	Werkwijze	Methodisch handelen van de therapeut
Fase 1: kennis maken/Observatie			
• Contact/kennis maken met therapeut, medium, groep • Vertrouwensrelatie opbouwen • opstellen individuele aandachtspunten • Activeren	1, 2	Supportieve (basis) (Palliatieve)	• Steunen, stabiliseren, containen, herhalen • Aanreiken van structuur • Positief bekrachtigen van eigen structuur • Zorgen voor veiligheid en prikkels • Stimuleren tot uit proberen
Fase 2: Werkfase			
• Versterken zelfvertrouwen/beeld • Loslaten van controle • Tot spel komen • Uitbreiden van gedragrepertoire door experimenteren • Herwinnen van zelfstandigheid	3-5	Supportieve (basis) (Palliatieve) Orthoagogisch Re-educatieve	• Prikkel en verleiden • Inzetten van humor • Kennis bieden en ruimte laten om zelf te ontdekken • Keuzes laten maken • Egoversterking door zelfstandigheid • Zelfbeschikking laten herwinnen
Fase 3: Afscheid			
• Afronden van opname • Ervaringen laten bezinken	6, 7	Supportieve (basis) Re-educatieve	• Ervaringen laten terughalen en laten plaatsen door patiënt • Essentie laten formuleren

Therapeut: Houding en technieken

In mijn oud werkmodel beschreef ik in het algemeen methodisch handelen mijn houding bij deze doelgroep. Onderdelen ervan waren het luisteren, opnemen (containen) en vertonen van begrip. Ook nadat ik dit onderzoek heb uitgevoerd is te zien dat containen een belangrijk onderdeel blijft. Vroeger bleef ik naar de verhalen luisteren maar nu ben ik te weten gekomen dat het ook gaat om de gevoelens die erachter zitten te kennen. De woede, het verdriet of de kwetsbaarheid van een patiënt mogen in de beeldende therapie aanwezig zijn en als therapeut ga ik de patiënten voor deze gevoelens niet veroordelen, maar neemt het zoals het is. Ik blijf dus duidelijk maken dat de patiënten serieus worden genomen. Dit doe ik verbaal in vorm van doorvragen, aanmoedigen, parafraseren en non-verbaal door een actief luisterhouding. Net zoals bij mijn oud model begrenst ik het zuchten en blijven hangen in de pijn en ga dit ter plekke benoemen als het gebeurt. Ik leg dan de link terug naar de behandeling.

Verder houdt mijn therapeutische houding in dat ik wel actief aanwezig ben waarbij ik begrip vertoon, beschikbaar, behulpzaam en invoelend ben. Ik blijf de patiënten stimuleren zowel verbaal als ook non-verbaal door het medium. Demonstratie door een product laten zien prikkelt en heeft een activerende werking. Verbaal ga ik met de patiënten samen in overleg: Wat zijn de interesses? Wat maakt u nieuwsgierig? Dit in combinatie met het aanbieden van een opdracht (houvast bieden) en/of visualiseren van een techniek trekt aandacht en stimuleert. Maar naast deze nabijheid geef ik in mijn nieuw werkmodel ook ruimte en maak de patiënt tot probleemeigenaar die zelf een keuze gaat maken, die zelf bepaalt hoeveel controle hij kan loslaten en zelfstandig het ontwikkelproces aan moet gaan.

Onder het stuk flexibele houding beschreef ik in jaar 3 dat ik mijn houding gericht heb ingezet om drempel te verlagen en situaties veilig te maken. Dit wordt door mijn onderzoek helemaal bevestigd. Als therapeut ben ik juist verantwoordelijk voor het scheppen van het veilig kader want dit is het startpunt van de behandeling. Verder beschreef ik dat ik actief maar ook directief ben geweest. Het aanwijzen wat ik daarbij deed had wel een drempelverlagende werking maar het spelt niet in op de aangetoonde behoefte naar controle en zelfstandigheid. Ik zou dus nu minder directief zijn en de patiënten meer ruimte voor het aanbrengen van eigenheid geven.

In mijn oud model beschreef ik dat ik veel moest herhalen omdat patiënten dingen vergaten. Door dit onderzoek zie ik dat het herhalen echter ingrijpt op het willen bevestigd worden. In de discussie schreef ik dat de therapeut de structuur die patiënten maken eerst moet legitimeren voordat ze deze kunnen aannemen. Door het herhalen *dat het werken niet iets functioneels of herkenbaars moet zijn* bekrachtig ik de patiënten in hen werken zodat ze in zichzelf kunnen vertrouwen.

Als het om spel gaat, gaat het om plezier te hebben. Om tot spel te komen moet de sfeer los zijn en men zou ook eens over zichzelf kunnen lachen. Humor hoort dus zeker bij het stukje houding dat helpt de patiënten naar het spel te brengen. Ik zou naar aanleiding van dit onderzoek sneller humor inzetten dan ik het eerst heb gedaan. Ik was er toen vanwege het grote verschil in leeftijd voorzichtig mee en bleef uitkijken dat de patiënten mij wel als therapeut kunnen accepteren maar de uitspraken tijdens de interviews met mijn eigen patiënten lieten zien dat ze dit toch wel doen.

Behandeldoelen

In mijn oud model stonden volgende doelen centraal: *Pijnreductie en pijnpreventie, Autonomie, Activering en Egooversterking* (zie Bijlage 4: Hoofdstuk 4: methodisch handelen). In dit onderzoek heb ik vastgesteld dat het nog steeds om deze vier kernthema's draait, maar de beschrijving hoe ik deze wil bereiken is veranderd. De minder directieve houding die ik boven benoemde heeft ook invloed op het doel pijnreductie. In mijn oud model vertelde ik mijn indrukken en observaties tegen de patiënt. Dit komt het ontwikkelen van autonomie niet ten goede. Een ervaring die men zelf maakt is leerzamer dan wanneer de therapeut de patiënt hem hier op wijst. In plaats van vertellen stimuleer ik de patiënt nu te reflecteren op bijvoorbeeld houding of werkmanner. Dit doe ik doormiddel van het werkstuk. Hier kan de patiënt precies aanwijzen wat hij hoe heeft gedaan en ik kan overgaan tot de vraag hoe dat is geweest en of hij daar een koppeling kan maken tot het actuele bevinden. Ook bij het zoeken naar geschikt materiaal en houding ga ik de patiënten mee betrekken. Zo staat die manier waardoor het doel pijnreductie zou worden bereikt tegelijk ook ten dienste van het terug vinden van autonomie.

Bij het doel activeren was het opwijzen en vragen het anders te doen ook een best directieve ingreep. Ik zou dit sterk verminderen en in plaats daarvan de patiënten zelf laten aanwijzen. Hier kan men zich doormiddel van het werkstuk niet alleen richten op wat wel bevalt maar ook wat niet bevalt. Op die manier kan men activeren door oplossingen en alternatieven te zoeken. Bij de activering kan de therapeut ook visuele en haptische prikkels (zie inzet van het medium) hanteren. Ook spel kan ik bevorderen doordat ik help de controle los te kunnen laten.

De grootste verandering vindt plaats bij de egooversterking en autonomie. Fanselow (2010) schrijft:

Autonomie heeft dus een uitgebreidere en meeromvattende betekenis dan alleen 'zelfstandigheid' en 'onafhankelijkheid'. Het heeft ook te maken met het gevoel greep te hebben op zichzelf en zijn omgeving en met een gevoel van competentie. Bovendien is het gekoppeld aan het ontdekken van eigenheid: Zelfexploratie, stilstaan bij eigen voorkeuren en het maken van eigen keuzes. (p. 9)

Naar aanleiding van dit onderzoek kan ik bevestigen dat juist het hebben van deze greep (controle) en het ervaren van eigenheid van groot belang is bij deze doelgroep. Mijn conclusie is nu dat het terug winnen van autonomie het ego het best sterkt. In mijn nieuw werkmodel bied ik daarom de patiënten nog steeds het veilige kader maar ga ik geen trucjes meer inbouwen om het zeker goed te laten verlopen. Ik ga weg van het koesteren, verzorgen en beschermen wat wel een grote behoefte van de patiënten is. Alleen maar zekerheid bieden brengt helaas nauwelijks ontwikkeling te weeg en helpt de patiënt niet om zelfstandig te worden. De egooversterking wordt in het nieuwe model echter aangegaan door bijvoorbeeld het overdragen van kennis (zie werkwijzen – ortho-agogisch). Ik bied de patiënten mogelijkheden het zelf te doen. Te voelen en te ervaren "Ik kan dat zelf" is een enorme succeservaring die het ego sterkt en autonomie verhoogd. Verder probeer ik te stimuleren dat de patiënten van hen vastzittende controle los te laten zodat ze in het spel terecht komen waar ze hen eigen vorm en zingeving kunnen vinden. Samenvattend betekent dit dat de patiënten in het nieuwe werkmodel door het medium in zich zelf bevestigd worden. Dit gebeurt door de ervaring dat ze over zelfstandigheid beschikken dus zelfbeschikking (autonomie) hebben.

Een (neven)doel dat nu nog erbij komt is het streven naar een flow ervaring. In de discussie is te zien dat het tot stand komen van een flow, dus als de patiënt helemaal induikt in het beeldend werken een gelukser ervaring kan zijn en het verhoogd de kwaliteit van leven (Rosmalen, 1999).

Werkwijzen

In mijn oud werkmodel heb ik gebruik gemaakt van de supportieve werkwijze (Smeijsters, 2010). Het doel ervan is te steunen, te bekrachtigen en te stabiliseren. Dit sluit nauw aan bij de boven beschreven therapeutische houding. Het ontwikkelingsgerichte karakter richt zich op het leren omgaan met problemen. Bij patiënten met chronische pijn gaat de lichamelijke oorzaak van de pijn door het beeldend werken niet over, wel kan de patiënt ontdekken hoe hij anders met de pijn en zichzelf om kan gaan. Mijn onderzoek bevestigde dat deze werkwijze een goede basis levert voor de behandeling.

Zowel in fase 1 als ook fase 2 van mijn behandelingsmodel stond het toepassen van de palliatieve werkwijze (Smeijsters, 2008) centraal. Ik richtte mij op het verzachten en verminderen van de chronische pijn klachten. Dit was het hoofddoel. Wat ik in mijn nieuw model ga behouden is het cliënt gecentreerde karakter van deze werkwijze dus de individuele benadering en afstemming hoe de patiënt dingen ervaart. Ook de onvoorwaardelijke acceptatie, het vertonen van empathie en het laten

zien van echtheid. Maar de intentie waarmee ik de palliatieve werkwijze inzet is naar aanleiding van dit onderzoek veranderd. Het palliatieve werken wordt een middel met het doel de patiënten tot spel te laten komen. Ik ga dus samen met de patiënten zoeken naar materiaal dat voor hen de pijn verzacht of dat geen pijn oproept. Bijvoorbeeld doordat het materiaal zacht en snel is te manipuleren ervaart de patiënt geen pijn en kan tot actie en hopelijk tot spel komen.

Een volgend aandachtspunt is de ortho-agogische werkwijze (Smeijsters, 2008). Door het aanleren van vaardigheden geef ik de patiënten de mogelijkheid zelfstandig te kunnen handelen en verhoog zijn competenties. Ik vergroot de kennis met het doel autonomie te laten herwinnen. Tegelijk maak ik de patiënt door het geven van handvatten ook probleemeigenaar want de keuze blijft aan hem hoe de handeling wordt uitgevoerd.

In de discussie kwam naar voren dat de conflicten van de patiënten “niet echt” onbewust zijn. De patiënten noemden het wel bewust maken, maar het betekende eigenlijk dat de therapeut samen met de patiënt doormiddel van het medium en de nabespreking terug ging kijken op handelingspatronen. De patiënten zijn al zo gewend aan hun gedrag dat deze geautomatiseerd en dus voor hen “onbewust” zijn. Met behulp van de re-educatieve werkwijze (Smeijsters, 2008) kunnen de patiënten aandacht eraan geven, nieuwe dingen exploreren en zo de bewuste conflicten bewerken.

Inzet van het medium

Na aanleiding van dit onderzoek kan ik in mijn werkmodel ook het inzetten van het medium aanscherpen. Ten eerste geef ik meer aandacht aan het scheppen van een prikkelende omgeving. Ik heb beschreven dat het zien het eerste contact is en deze zowel moet prikkelen en de werkdrempel moet verlagen. Het inrichten van de behandelruimte waar kleuren op een rij worden gezet is daar een voorbeeld voor. Verder zou ik ook letten op de kwaliteit van het materiaal, de brede variatie ervan en het kunnen aanbieden van een range aan verschillende tinten (binnen een materiaal) zodat patiënten hen lievelingskleur kunnen vinden. Naast het leveren van prikkelende stimuli kwam in dit onderzoek naar voren dat deze dingen helpen tot actie, vorm/zingeving en spel te komen.

Bij het werken in het medium blijkt verder van belang dat de patiënten de ruimte hebben om zelf structuur aan te brengen. Dit ook in het kader van het herwinnen van autonomie (zie behandeldoelen). Bij de vormgeving kan ik ook gericht in actie komen. Door het bespreken wat niet en wat wel lukt, kan ik proberen samen met de patiënt mogelijkheden te zoeken en als nodig handvatten aan te bieden zodat de patiënt zijn doel zelf kan bereiken of dit veranderd. Als het een patiënt nog steeds niet lukt en hij daardoor geen zin kan geven aan zijn werk, kan ik de reflectie op het proces inzetten (hoe iemand tijdens het werken heeft gevoeld) om als nog zingeving te stimuleren. Misschien dan niet in dit werkstuk maar in het volgende.

Stimuleren van spel

In de discussie werd duidelijk dat de patiënten doormiddel van materiaal dat men kan uitvegen en smeren zoals (soft) pastelkrijt of extra vette krijten tot (sensopathisch) spel kwamen. Het stimuleerde hen tactiel en liet hen iets anders waarnemen. Kranowitz (2008) beschrijft dat het tactiele waarnemen vanaf de geboorte invloed heeft op de motoriek, het leren maar ook op ons lichaamsbewustzijn. De patiënten kunnen door het spel hen eigen lichaam anders beginnen waar te nemen maar ook te onderzoeken: Welke (veeg)bewegingen doen mij goed? Wat kan ik wel en wat niet doen? Mijn conclusie is dat het voor de patiënten dus een grote meerwaarde heeft als spel tot stand komt.

Om spel te bevorderen zou ik ingaan op de behoefte om los te laten. Verbaal bevestigde ik de patiënten dan in hen handelingen en geef hen de nodige ruimte. Op het non-verbale vlak bied ik hem materiaal aan dat hen voldoende controle laat ervaren maar ook verrassing biedt door zijn mee bewegend karakter. Mijn onderzoek toont aan dat hier vooral het aanbieden van sensopatisch materiaal, waar de patiënt bij het werken onmiddellijk mee in contact is, geschikt voor zou zijn. Een aantal mogelijke materialen en activiteiten kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Het kneden met klei (fijne of grove chamotte), ook mogelijk met gesloten ogen
- Het vegen met krijt, schuim, gips of zand
- Het kleuren met vingerverf op verschillende papiermaten en in verschillende posities
- Verf mengen met zout of zand of steentjes
- Verf laten vallen, vanuit verschillende afstanden
- Ecoline laten vloeien over een vel waarop stukken zijn afgetapet

Het belang van het product

Al tijdens het beschrijven van mijn methodisch handelen in jaar 3 hoe wist ik hoe belangrijk het product voor de patiënten is. Met behulp van mijn onderzoek heb ik dit kunnen bekrachtigen maar ik heb ook nieuwe inzichten gekregen. Nu merk ik dat ik de sterkte en de invloed die het product op een patiënt heeft in grote mate heb onderschat. Daarom was ik in jaar 3 vaak ermee bezig geweest de

patiënten te laten zien dat het doen net zo (of zelfs belangrijker) is dan het product. Dit ga ik nu bewust reduceren en zou de patiënten ruimte geven voor het product. In het geval dat een patiënt blijft hangen in het negatieve en het koppelt aan het product kan ik het proces nog steeds meer gaan integreren. Dit kan door bijvoorbeeld door actief het proces terug te laten halen.

Het product had in mijn visie meestal een egoversterkende werking. Mijn onderzoek bevestigde dit en liet ook zien dat het product gevoelens kan versterken. Daarom is het belangrijk het beschouwen goed te begeleiden want ik kwam ook te weten dat (en vooral hoe) het product pijnpatiënten kan confronteren. Ik zou nu op dit gegevens bewust letten en bij het optreden ingrijpen. Dit kan bijvoorbeeld in vorm van een bespreking waar samen naar het product wordt gekeken en nieuwe mogelijkheden en alternatieven worden besproken.

Het belang van de groep

In mijn oud werkmodel ben ik intensief ingegaan op elk patiënt. De groep op zich heb ik door deze focus bijna over het hoofd gezien. Door mijn onderzoek zag ik dat de groep een belangrijk element voor de patiënten is en ik deze kracht ook kan en moet benutten.

De uitwisseling over hen werkstukken die tussen de patiënten plaatsvindt, kan ik gericht stimuleren. Dit zou ik willen doen door in de nabespreking meer ruimte te geven voor het gezamenlijke terug laten kijken op het proces/werkstuk. Als therapeut kan ik de patiënten vragen om een neutrale beeldbeschrijving te geven (A – Wat is an de orde? Wat is er te zien?). Het woord krijgt na de verzameling wel de maker zodat hij de gewonnen indrukken voor zichzelf kan sorteren. De hoofdvragen: B - wat is er belangrijk aan? en als mogelijk C – welke conclusie trek jij? eruit kunnen door het gezamenlijke beschouwen verdieping krijgen.

De groepsvorming zou een gerichte groepsopdracht ter goede komen. Deze zou kunnen plaatsvinden binnen een introductie. Maar er moet ook ruimte voor zijn op een later moment, omdat er altijd patiënten tussentijds binnen stromen. De opdracht zou bijvoorbeeld een gezamenlijk werkstuk kunnen zijn, dat van ieder deelnemer individueel wordt aangevuld.

Een extra aandachtspunt wil ik leggen om op het evenwicht tussen extroverte en introverte patiënten te letten. Op die manier kan ik de benodigde ruimte geven.

4.4 Reflectie op het onderzoek met zijn sterkten en tekortkomingen

In grote lijn kon ik mijn onderzoek uitvoeren zoals in mijn onderzoeksvoorstel beschreven en heb een antwoord op mijn vraag verkregen. Toch zijn er onderweg veranderingen ontstaan wat ook typerend is voor kwalitatief onderzoek. Met behulp van mijn logboek kan ik nu op mijn beslissingen reflecteren.

Om de methode van een kwalitatieve survey toe te passen had ik patiënten nodig. Daarom ging ik op zoek naar instellingen waar beeldende therapie onderdeel was bij de behandeling van patiënten met chronische pijn. In juni 2012 was al bekend dat ik mijn onderzoek in het St. Agatha Krankenhaus uit kon voeren. Door de vroegtijdige toestemming was de praktische deel al verzekerd.

Naast het interviewen van de beeldend therapeut en een aantal patiënten mocht ik in St. Agatha ook zelf een therapiegroep draaien. Daardoor was ook al verzekerd dat de niet-persoonsgebonden factoren (dus therapeut) bij de respondenten zou verschillen. Volgens mij is het zeker een sterkte dat de kwaliteit (zie 2.6 Kwaliteitscriteria) van dit onderzoek al van te voren verhoogd was.

Ook waren zowel het uitvoeren als ook variatie in de respondenten al garandeert probeerde ik nog meer instellingen in mijn onderzoek te betrekken. Ik wilde ook de globale setting laten verschillen. Mijn inzet om de kwaliteit te verhogen is ook een kracht die dit onderzoek ten goede kwam. Een groot probleem was toen dat het bijna onmogelijk bleek een soortgelijke behandeling te kunnen vinden. Pas in Maart 2013 is het gelukt het Uniklinikum Münster voor dit onderzoek te winnen.

Dat het onderzoek uiteindelijk in twee verschillende instellingen plaats ging vinden is een sterkte. Het inventariseren in twee instellingen verhoogde de diversiteit in de patiëntenpopulatie en deze verscheidenheid maakte het mogelijk bij de inventarisatie een breder beeld weer te kunnen geven. Dit onderzoek representeert dus een grotere hoeveelheid van de doelgroep en dit maakt de resultaten beter overdraagbaar (transferability) en uiteindelijk ook bruikbaar voor therapeuten. Tegelijk is het ook een tekortkoming dat niet meer instellingen zijn betrokken en het breed beeld toch een beperkte weerspiegeling is.

De interviewfase duurde door het betrekken van een tweede instelling 2 weken langer dan gepland en daardoor verschoof de rapportagefase naar achteren. Bij het onderzoeksvoorstel had ik de tijdsplanning van te voren ruim berekend waardoor ik nog steeds ruimte had voor de schrijffase. Voor een stuk ging het wel ten koste van een gedetailleerde beschrijving (thick description). Deze nog uitgebreider te doen zou wenselijk zijn geweest maar het is in kader van tijd niet mogelijk.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek werd ik geconfronteerd met het feit dat patiënten een heel onvoorspelbare factor waren. Sommige wilden uiteindelijk niet aan het onderzoek deelnemen, anderen werden voordat ik een interview kon afnemen ontslagen. Dit leidde ertoe dat ik uiteindelijk alleen vrouwelijke respondenten ter beschikking heb gehad. Desondanks de omstandigheden kon ik alsnog 12 patiënteninterviews afnemen. Na het afronden van de interviewfase stelde ik vast dat de patiënten weinig variatie hadden qua leeftijd. 11 van de 12 patiënten waren tussen 67 en 83 jaar oud. Alleen een respondent was opvallend jonger (56jaar). Ik selecteerde dus mijn gekozen 6 patiënten ook op andere factoren: kennis over beeldend werken en affiniteit met het medium, al wel of niet in behandeling geweest met CTb, nationaliteit en opgroei achtergrond. De hoeveelheid maakte dus wel mogelijk dat ik kon selecteren welke respondenten voor de analyse geschikt waren en zo kon ik nog meer diversiteit bewerkstelligen.

De eerste 8 interviews vonden heel snel achter elkaar plaats waardoor ik nauwelijks tijd had om met het analyseren te beginnen. Ik kon daardoor de vragen niet toe spitsen en allen grof het concept aanpassen. Ik bleef mijn sensitizing concepts ter ondersteuning bijhouden en liep de grote thema's af. Op de ene kant kwam dit het open karakter van het onderzoek ten goede. Ik was daardoor als interviewer minder sturend en weinig suggestief. Op de ander kant kon ik zo minder diepgang krijgen omdat ik niet gericht op alle onderwerpen in kon gaan die door respondenten al genoemde waren.

Het feit dat ik als onderzoeker ook therapeut ben geweest was een grote aanwinst bij het interviewen. Mijn patiënten waren heel open tijdens de gesprekken en dit vergemakkelijkte de 'Search for Disconfirming Evidence or Negative Cases' (AmCOGG, 2002, p. 11). In de resultaten heb ik dan extra aandacht besteed naast de goede belevingen ook de negatieve aspecten te beschrijven zodat op die manier de betrouwbaarheid en ook de confirmability verhoogd kon worden. Bovendien leverde het verklaren van deze negatieve resultaten waardevolle informatie voor het nieuwe werkmodel op.

Een grote sterkte van de voorliggende inventarisatie is dat ik de patiënten zelf heb betrokken om tacit knowledge te vinden. De gepresenteerde resultaten zijn dus deskundig. Verder heb ik door het interviewen van zowel patiënten als ook beeldend therapeuten twee verschillende databronnen (triangulatie) gecreëerd. Bij de start van dit onderzoek was het plan deze twee bronnen in de analyse te betrekken. De verzamelde geanalyseerde informatie wilde ik in de discussie naast elkaar zetten en vergelijken. Bij het uitwerken van de axiale codering van de patiënteninformatie kwam ik erachter dat ik niet voldoende tijd had om alle twee databronnen gelijkwaardig te kunnen bewerken. Het was te veel informatie. Tegelijk merkte ik op dat de informatie die therapeuten aanleverden niet geschikt was om mee naar de resultaten te nemen. Gezien dat mijn doel: beleving van de patiënten te inventariseren, was het niet wenselijk om de gedachtes van de therapeuten hierin te verwerken. In de resultaten zijn daarom alleen de antwoorden van de patiënten zelf weergegeven. In plaats van de therapeutendata te laten vervallen gebruikte ik deze in de discussie om uitspraken van patiënten te verklaren, te onderbouwen of te bevestigen. De verkregen data waren als het ware een soort peer-debriefing, maar omdat het vooraf is afgenomen mag het niet als zodanig worden gezien. Toch bleek dat de informatie heel waardevol in de discussie is geweest.

De analyse van de data was vrij open. Hoewel er door het open en axiaal coderen regels bestaan is het toch aan mij als onderzoeker geweest deze toe te passen. Ik heb geprobeerd dit zo zorgvuldig en nauwkeurig als mogelijk te doen. Ter ondersteuning heb ik twee analyseseminars bezocht en ben in overleg gegaan met medestudenten. De beslissing te concentreren op de patiënteninterviews kwam uiteindelijk ook ten goede van de analyse omdat ik meer tijd kon nemen om diepgang te bereiken. De beschikbare tijd was als nog een sterk begrenzend factor zodat ik toch op een moment met het coderen moest stoppen.

Een belangrijk punt bij het rapporteren was het feit dat de gegevens in het Duits zijn verzameld. Om tijd te sparen was de analyse daarom voornamelijk in het Duits. Bij het schrijven van de resultaten traden nu twee tekortkomingen op. Ten eerste moest ik ontzettend veel tijd in een nauwkeurige vertaling besteden, ten tweede viel op dat juist door het vertalen belangrijke data verloren gingen omdat het Nederlandse woord een andere nuance had en daardoor een net iets ander betekenis kreeg. Ik maakte daarom de keuze zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke woorden te blijven en als mogelijk het Duits tussen haakjes achter de vertaling te schrijven. Op die manier kon een lezer beter begrijpen waar het begrip van afkomstig was en kreeg de kans een eigen vertaling te maken.

Zowel bij het presenteren van de resultaten als ook in de discussie werd gebruik gemaakt van patiëntencitaten. Daarnaast is ook verwezen naar beeldmateriaal. De verdiepende beschrijving welke de patiënten via het beeldend werk gaven en die ik in dit onderzoek heb verwerkt is een kracht want ze komt de kwaliteit in grote mate ten goede.

Een ander sterkte in dit onderzoek is dat ik bleef zoeken naar literatuur die uiteindelijk gebruikt is in de discussie. De literatuurstudie in het begin is daardoor verdiept en het leverde mij steeds meer theoretische kennis die ik met de resultaten kon verbinden. De zoektocht naar geschikte literatuur kostte veel tijd maar bracht ook de gewenste diepgang. Tegelijk hielp het mij erbij objectief naar de resultaten te kunnen kijken. Bij het schrijven van de discussie had ik dan wel continu de behoefte om

verder te gaan analyseren (selectief coderen en theorievorming) dit leidde ertoe dat ik soms te diep in de literatuur ben ingegaan. Van daar ging ik theorieën (zie 4.5 Aanbevelingen voor de praktijk en suggesties voor verder onderzoek) en modellen opstellen. Doordat ik hier tijd aan besteedde ben ik soms van de weg geraakt. Door terug te kijken naar de rapportagecriteria en door de scriptiebegeleiding is het mij uiteindelijk wel gelukt weer terug naar het doel te komen.

Ik ben van plan geweest om op verschillende momenten in dit onderzoek een member-checking uit te voeren. In het onderzoeksverloop werd mij duidelijk dat dit in verband met de tijd niet haalbaar was. De respondenten waren allemaal Duitstalig maar mijn resultaten en discussie zijn in het Nederlands geschreven. Een vertaling naar het Duits zou te veel tijd hebben gekost en werd daarom niet uitgevoerd. Ook de mogelijkheid van een follow-up was niet haalbaar. Ik heb daarom afspraken gemaakt met L. Bönsch, de beeldend therapeut uit het St. Agatha Krankenhaus zodat ik als nog een verdiepende peer-debriefing kon uitvoeren. Zowel voor de discussie als ook voor de aanbeveling voor verder onderzoek leverde dit heel belangrijke informatie op en maakte de discussie minder subjectief.

4.5 Aanbevelingen voor de praktijk en suggesties voor verder onderzoek

Met dit onderzoek wilde ik de aspecten in het beeldend therapeutisch werken verzamelen die chronische pijn patiënten helpen de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om hen welbevinden te veranderen. Door de inventarisatie en het verklaren van de resultaten in de discussie heb ik mijn eigen werkmodel vernieuwd. Deze vernieuwing is voor een deel gebaseerd op tacit knowlegde maar ook op theoretische kennis. Voor elk nieuw werkmodel geldt dit opnieuw in de praktijk te toetsen. Dit zou bijvoorbeeld doormiddel van een actiegericht onderzoek kunnen plaatsvinden. Maar ook het toepassen van het werkmodel binnen een stagejaar is mogelijk.

Zoals bij de relevantie beschreven neemt de doelgroep "mensen met chronische pijn" snel aan aantal toe. Niet alleen ouderen maar ook kinderen zijn betrokken. Het wordt al onderzoek gedaan op het gebied van Creatieve Therapie en kanker. Ook deze doelgroep heeft te maken met een soort van chronische pijn. Het vernieuwde werkmodel zou dus ook kunnen aansluiten bij deze doelgroep en het een aanbeveling het model ook hier in de praktijk te toetsen.

De voorliggende inventarisatie geeft creatief therapeuten een overzicht wat patiënten met chronische pijn als aangenaam en goeddoend binnen de beeldende therapie waarnemen. In bijlage 11 zijn de resultaten volledig schematisch weergegeven. Deze beknopte weergave zou het voor beeldende therapeuten in de praktijk vergemakkelijken deze aspecten toe te kunnen passen. Wel eist het gebruiken van de schema's een goede inwerking in de aspecten zelf. Wat de verzamelde aspecten groep/gemeenschap en therapeut betreft zullen ook andere vaktherapeutische richtingen ervan gebruik kunnen maken, want deze aspecten zijn overkoepelend in alle media.

Het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek geeft verklaringen en daardoor inzicht waarom de van patiënten benoemde aspecten als goeddoend zijn ervaren en hoe de winsten tot stand zijn gekomen. Hier kwam duidelijk het aspect spel naar voren dat het kader vormt voor het beeldend leerproces (zie discussie – voelen, ervaringen en winsten). Deze ontdekking levert vaktherapeuten verdiepende kennis waarmee ze hen eigen methodisch handelen kritisch kunnen onderzoeken en als er behoefte is dit aan te vullen. Een mogelijk vervolgonderzoek in de praktijk zou zich intensief erop richten welke opdrachten en welke specifieke materialen spel voor pijn patiënten mogelijk maakt. In dit onderzoek kon er alleen een globale tendentie worden opgespoord die om verdieping vraagt.

Tijdens de peer-debriefing noemde een therapeut het aspect geduld. De patiënten waren dankbaar dat de therapeut geduldig met hen is geweest. Door navragen kwam door de therapeut de uitspraak dat hij de omgeving van de patiënten als erg ongeduldig ervaart en het daarom juist zo een belangrijk factor is, dat de therapeut een contraire houding aanneemt. Tijdens de interviews noemde geen van de 12 patiënten dit aspect. Men kan bijvoorbeeld door een follow-up dit aspect onderzoeken.

Bij het schrijven van de eerste probleemstelling ben ik ingegaan op het stuk confrontatie dat in mijn beleving in mijn werkmodel tekort kwam. Een mogelijk vervolg onderzoek zou daarom kunnen zijn: Hoe men confrontatie (bijvoorbeeld door het toepassen van de reconstructieve werkwijze) in het vernieuwde werkmodel zou kunnen inbouwen?. Of: Welk effect confrontatie in deze korte behandelsetting voor de patiënten heeft? Het thema confrontatie biedt dus verschillende mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

Een laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek doe ik opgrond van de bestudeerde literatuur die ik voor de discussie heb benaderd. In de literatuur over pijn wordt aangegeven dat mensen met chronische pijn een laag zelfbewustzijn ontwikkelen en er worden veel redenen voor gegeven. Een ervan is het hebben van een negatief zelfbeeld. Volgens Bergsma (2002, p. 18) wordt het zelfbeeld bepaald door de eigen perceptie en de perceptie van anderen. Tijdens het uitzetten met de resultaten merkte ik op dat de perceptie van de pijnpatiënten over zichzelf verstoord is. Bij de discussie van het

medium is beschreven dat de patiënten zich bezig hielden met de gedachtes van anderen. Verder kwam hen sterke behoefte te conformeren naar voren en de wens het goed te willen doen. Ik stelde dat ze op een externe bevestiging wachtten en deze tegelijk ook vreesden. Hieruit bleek voor mij dat het zelfbeeld van chronische pijnpatiënten voornamelijk wordt bepaald door de perceptie van anderen. Mijn idee is dat dit het geval zou kunnen zijn omdat bij de patiënten een innerlijke strijd heerst. Bij het vergelijken van zichzelf met hen vroeger zelf stellen ze alleen maar vast dat ze dingen niet meer zo goed kunnen. Hen eigen perceptie op zichzelf heeft een negatief zelfbeeld ter gevolge. Om dit op te heffen wordt de bepaling van buiten belangrijker. Met dit idee in hoofd keek ik naar het begrip zelfacceptatie. Bergsma (2002) definieert dit begrip als de waardeoordelen en verwachtingen die iemand over zichzelf heeft en die anderen aan iemand hebben. Verder schrijft Bergsma (2002, p. 20) over het samenhangen tussen identiteit, de omgeving, de zelfacceptatie en het zelfbeeld.

Ik weet door mijn onderzoek dat beeldende therapie invloed heeft op het zelfvertrouwen en op het zelfbeeld dat een pijnpatiënt van zichzelf heeft (egoversterking). Ik vermoed nu dat beeldende therapie ook kan ingrijpen op de zelfacceptatie en de patiënten hen waardeoordelen en verwachtingen aan zichzelf kunnen veranderen. Waar en hoe beeldende therapie dan precies aangrijpt wordt uit dit onderzoek niet voldoende duidelijk. En het is dus een spannende vraag die met volgend onderzoek zou kunnen worden beantwoord.

5. Samenvatting & Slot

Het voorliggende onderzoeksrapport heb ik geschreven in het kader van mijn afstudeerproject 2012/2013 Creatieve Therapie beeldend op Zuyd Hogeschool, Heerlen. Uitgangspunt voor dit kwalitatieve survey waren mijn stage-ervaringen 2011/2012 in het St. Agatha Krankenhaus Köln (Duitsland). Hier werkte ik met patiënten die gediagnosticeerd waren met chronische pijn. In het kader van een 2 1/2 weken behandeling gaf ik 3 keer per week beeldende therapie aan deze groep. De meeste patiënten stonden de therapie sceptisch en soms ook afkeurend tegenover. In verloop van de tijd zag ik dat deze houding ging veranderen. De feedback die ik op het eind kreeg was, dat hen CTb wel had geholpen. Bij het navragen bleven de beschrijvingen echter heel algemeen. Mijn conclusie was dat ik iets in het beeldend werken en in de therapie aanbood dat hun blijkbaar hielp om zich uiteindelijk beter te voelen. Maar wat was dat nu precies? Dit maakte mij nieuwsgierig en daarom probeerde ik antwoord op de vraag te vinden: *Welke aspecten van het beeldend therapeutisch werken helpen volwassene patiënten met chronische pijn de eigen mogelijkheden te ontwikkelen om het gevoel van welzijn te veranderen?*

Ik heb gekozen om dit onderzoek in vorm van een kwalitatief survey uit te voeren om zo de verschillende aspecten te kunnen verzamelen. Voor de inventarisatie heb ik interviews met zowel pijnpatiënten uit verschillende instellingen als ook hun behandelende beeldend therapeuten afgenomen en transcribeert. De op de grounded theory gebaseerde analyse van de patiëntendata leverde de voor de resultaten benodigde kernaspecten. In een uitgebreide discussie heb ik de bevindingen verklaard en waar mogelijk met literatuur en/of met resultaten van de therapeutendata onderbouwd.

In dit onderzoek komt naar voren dat de therapeut de veiligheid biedt die de basis vormt voor ontwikkeling. Met behulp van het medium als gericht ingezet middel bevordert hij dat de patiënten het vertrouwen in zichzelf terug winnen en hun zelfbeschikking.

Bij de beeldende aspecten zijn kleuren het visueel prikkelende element. Materiaal dat zacht voelt en men kan smeren/vegen is het aansprekende sensopathische aspect.

Doormiddel van dit onderzoek werd het mogelijk het belang van spel voor chronische pijn patiënten aan te tonen. Het sensopathische- en het oefenspel ontstaan als het materiaal zowel meebeweegt maar ook voldoende stuur- en controleerbaar is. Als patiënten het spel met materiaal helemaal induiken, kunnen ze een flow-ervaring maken waarbij ze volledig afgeleid worden van de pijn.

In en door het spel kunnen patiënten focussen op voelen. Dit levert ervaringen op en het herhalen ervan leidt tot nieuwe inzichten en kennis. Deze hebben invloed op hen autonomie en veranderen het gedrag en houding. Het is uiteindelijk deze ontwikkeling die het welbevinden verandert.

Met behulp van deze bevindingen kon ik mijn oud werkmodel kritisch bekijken en door het integreren van de uitkomsten vernieuwen. Het nieuwe model richt zich erop dat de patiënt het vertrouwen in zichzelf terug wint en bevordert hun autonomie. Als therapeut bied ik daarbij het veilig kader dat steunt en voldoende ruimte biedt. De patiënt blijft probleemeigenaar die ik handvatten geef om te leren het zelf te doen. De methode is dus egoversterking door zelfstandigheid.

Tot slot kan ik antwoord geven op mijn onderzoeksvraag en hoewel patiënten denken dat het doel van beeldende therapie is dingen (werkstukken) te maken, kan ik hen nu laten zien dat dit niet juist is. Het beeldend medium, het maken, het product is het middel. Het doel wanner de behandeling streeft, is en blijft het verminderen van de pijn.

Bronvermelding

- Alkema, E., Dam, E. van, Kuipers, J., Lindhout, C., & Tjerkstra, W. (2006). *Meer dan onderwijs*. Assen, Nederland: Van Gorum BV.
- Anderson R.M., & Funnell, M.M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282.
- Angheluta, A., & Lee, B.K. (2011). Art Therapy for Chronic Pain: Applications and Future Directions. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 45(2), 112–131.
- Arnheim, R. (1966). *Art and visual Perception; a psychology of the creative eye*. London, Engeland: University of California press, Ltd..
- AMCOGG (2002). Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek [Richtlijn]. Geraadpleegd op http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/richtlijnen%20kwalitatief%20onderzoek_amcogg.pdf
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het uitvoeren en opzetten van kwalitatief onderzoek* (2nd ed.). Groningen, Nederland: Stenfert Kroese.
- Beelen, F., & Oelers, M. (2000). *Interactief; Creatieve therapie met groepen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bergsma, J. (2002). *Lichamelijke verstoring en autonomie*. Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg.
- Blécourt, A.C.E., Schiphorst-Preuper, H.R., & Breedveld, R.J. (2003). Chronisch pijnsyndroom in het houdings- en bewegingsapparaat. In M.J. Meihuizen-de Regt, J.M.H. de Moor & A.H.M. Mulder (Eds.). *Kinderrevalidatie* (pp. 501-512). Assen, Nederland: Van Gorum BV.
- Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., & Gallacher D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Bruijn-Kofman, A. de (2004). *Leven met chronische pijn*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in het kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam, Nederland: Boom onderwijs.
- Boer, F. de (2011). De Grounded Theory Approach: een update. In F. de Boer & A. Smaling (Eds.). *Benadering in kwalitatief onderzoek; Een inleiding* (pp. 103-114). Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers.
- Cilissen-Ysermann, A. (2010). *Cliënt Therapeut Medium: een wisselwerking*. Niet-gepubliceerd reader, Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Damme, S. van, Lauwerier, E., & Crombez, G. (2009). Revalidatie van patiënten met chronische pijn: een kwestie van coping?. In J. Nijs & C. P. van Wilgen (Eds.). *Als pijn chronisch wordt; Revalidatie van patiënten met chronische pijn*. (pp.17-30). Antwerpen, Nederland: Standaard Uitgeverij.
- Fanselow, R. (2010). *Op eigen kracht*. Niet-gepubliceerd scriptie, Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Franzen, G. (2004). *Wat drijft ons? Denken over motivaties sinds Darwin*. Utrecht, Nederland: Lemma BV.

- FVB. (2012). Beeldende therapie. Geraadpleegd op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie/beeldende_therapie
- Günther, R., Kaldenhoven, J., Molenaar-Annot, A., Tessels D., Ven, H. van der, & Atsma, J. (2011). *Verplegen van mensen met een somatische aandoening*. Amersfoort, Nederland: Thieme Meulenhoff.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Apeldoorn, Nederland: Garant.
- Harris, R. (2007). Evaluating Internet Research Sources. Geraadpleegd op <http://www.virtualsalt.com/evalu8it.htm>
- Held, J., Bibouche S., Billmann, L., Holbein, M., Kempf, M., & Kröll, T. (2011). *Was bewegt junge Menschen?*. Wiesbaden, Duitsland: VS Verlag.
- Henare, D., Hocking, C., & Smythe, L. (2003). Chronic pain: gaining understanding through the use of art. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(11), 511-518.
- ISAP. (2012). Evaluating Internet Research Sources. Geraadpleegd op <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Janssen-Vos, F. (2004). *Spel en ontwikkeling*. Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Knischek, S. (2009). *Lebensweisheiten berühmter Philosophen*. Ulm, Duitsland: Ebner & Spiegel.
- Kranowitz, C.S. (2008). *Met plezier uit de pas*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Krollner, B., & Krollner, D.M. (2012). ICD Code 2012. Geraadpleegd op <http://ops.icd-code.de/suche/ops/code/1-910.html?sp=S1-910>
- Lehnen, R. (2012a). *Multimodale Schmerztherapie (MMST)*. Niet-gepubliceerd Hand-out, St. Agatha Krankenhaus, Köln.
- Lehnen, R. (2012b). Multimodale Schmerztherapie Patienteninformation. Geraadpleegd op http://www.st-agatha-krankenhaus.de/Fachabt__Innere_Medizin__Schmerzen.htm
- Linemann, M. (2008). Eenzaamheid. In H. Buijsen (Ed.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen* (pp.101-137). Baarn, Nederland: HBuitgevers.
- Londen, J. van (1992). Pijn, kwaliteit van leven en chronische ziekte. In J. Dekker, W. J. Ros, A. Bak, L. J. Pennings-Van der Eerden, & H. Wams, *Pijn, kwaliteit van leven en chronische ziekte* (pp. 11-16). Amsterdam/Lisse, Nederland: Swets & Zeitlinger B.V..
- Nicolai, A. (2012). *Eindverslag stage*. Niet-gepubliceerd eindverslag, Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Nicolai, A. (2013). *Transcribeerde patiënteninterviews - 28.02.2013-11.04.2013/Interviewer Alena Nicolai*. Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Ogiers, K. (2007). *De kracht van beeldende therapie*. Niet-gepubliceerd eindwerk, Academie voor Integratieve Psychologie, Gent.
- Oxford University Press. (2012). Oxford Dictionaries Online. Geraadpleegd op http://oxforddictionaries.com/definition/english/empower?q=empowerment#empower__3
- Passchier, J. (2010). Chronisch ziek zijn. In A.A. Kaptein, J.B. Prins, E.H. Colette & R.L. Hulsman (Eds.), *Medische psychologie* (pp.149-158). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Longhoom.
- Plecity, D.M., Danner-Weinberger, A., Szkura, L., & Wietersheim, J. von (2009). The effects of art therapy on the somatic and emotional situation of the patients - a quantitative and qualitative analysis. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 59, 9-10.

- Ranchor, A., & Kempen, G. (2010). Kwaliteit van leven. In L. Lechner, I. Mesters, & C. Bolman, *Gezondheidspsychologie bij patiënten* (pp. 57-76). Assen, Nederland: Koninklijke van Gorcum BV.
- Remmerswaal, J.L.M. (2006). *Begeleiden van groepen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rosmalen, J. van (1999). *Het woord aan de verbeelding: Spel en kunstzinnig middelen in het sociaalagogisch werk*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schasfoort, B. (2007). *Beeldonderwijs en didactiek*. Houten, Nederland: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: uit de verf*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schwerdt, C., Wirtz, M., Grabbe, Y., & Gralow, I. (2002). Kunsttherapie in der Behandlung chronifizierter Schmerzpatienten. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Kunsttherapie. *Psychotherapie*, 47(5), 301-309. DOI 10.1007/s00278-002-0241-x
- Smeijsters, H. (n.d.). Moderne Forschungsansätze in der Musiktherapie. Geraadpleegd op <http://kenvak.hszyud.nl/index.jsp?content=39>
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho.
- Sømme, J.H. (2005). Medical Art Therapy; A useful supplement to classical medicine?. *Advances in relational mental health*, 4(2), 1-5. Retrieved from <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/Medical.pdf>
- Vieten, J. (2011). *Ik voel, dus ik ben*. Niet-gepubliceerd scriptie, Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Voogt, L.P. (2009). *De ervaringswereld van patiënten met chronische pijn*. Den Haag, Nederland: Uitgeverij Lemma.
- Vlaeyen, J.W.S., Crombez, G., & Goubert, L. (2007). The psychology of chronic pain and its management. *Physical Therapy Reviews*. 12, 179-188.
- Vlaeyen, J.W.S., Peters, M.L., & Crombez, G. (2006). Pijn. In A.A. Kaptein, R. Beunderman, J. Dekker & A.J.J.M. Vingerhoets, *Psychologie en geneeskunde; behavioural medicine* (pp. 257-274). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Longhum.
- Zuurmond, W.W.A. (2007). *Altijd pijn: wat is hier te doen?*. Wormer, Nederland: Inmerc.

Bijlage 1: PICO en zoekgeschiedenis

PICO-vragen:

- Wat is chronische pijn?
- Wat is de behandeling voor chr. Pijn?
- CT(b) in de pijn behandeling?

Zoektermen:

P = patiëntenpopulatie / aandoening: chronische pijn, chronischer Schmerz, chronic pain, vollwassene/adults/erwachsene

I = interventie / diagnostiek / behandeling: art therapy, creatieve therapie beeldend, kunsttherapie, beeldend werken, pijnmanagement/ painmanagement

C = te vergelijken interventie / andere behandeling: nvt

O = uitkomst / welke effecten wil je weten?: verhoogd kwaliteit van leven, verbessert Lebensqualität, increase of quality of life

ELSEVIER and CINAHL with Full Text + 2000-2012 + adults

Data werd op de databases verzameld in het Engels, daarom worden hier Engelse zoektermen gebruikt

- Chronic Pain + Art Therapy
- Chronic Pain + Art
- Pain + Art
- PubMed: ("Pain"[Mesh]) AND "Art Therapy"[Mesh]

Google

- Einfluss von Kreatieve therapie auf Schmerz, Invloed van creatieve therapie op pijn
- Schmerz + Kreatieve Therapie, Pain + creative therapy
- Schmerz + Kunsttherapie, Pain + art therapy/expressive therapy
- Schmerztherapie + Kunst, Paintherapy + art, pijntherapie/pijnbehandeling + kunst

Voorbeeld zoekgeschiedenis

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S12	 TX "art therapy" AND MJ Pain	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (13)
S11	 MW "art therapy" AND MJ Pain	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2)
S10	 MW "art therapy" AND MJ Pain	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2)
S9	 TX "art therapy" AND MW Pain	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (16)
S8	 TX art therapy AND MW Pain	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (43)
S7	 TX art therapy	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2106)
S6	 MW Chronic pain AND TX Art	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (141)
S5	 MW Chronic pain	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1372)
S4	 TX chronic pain AND MM Art therapy	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3)
S3	 TX chronic pain AND TX Art therapy	Limiters - Full Text; Published Date from: 19990101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (112)
S2	 TX chronic pain AND TX Art therapy	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (118)
S1	 TX chronic pain AND TX Art therapy	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (135)

Bijlage 2: Kwaliteitscriteria-check literatuurstudie

- **Is de informatie actueel?**

Het werden alleen artikelen vanaf 2000 gebruikt. Informatie uit boeken mocht minder recent zijn.

- **Welke informatie wordt gegeven en komt deze overeen met andere bronnen?**

Vooraf oudere literatuur uit boeken is vergeleken met recente boeken of boekenversies. Als bij het zoeken van artikelen duidelijk werd dat er meerdere resultaten door dezelfde zoekterm(en) waren en deze hetzelfde onderwerp beinhielden, werd het abstract gescand of de conclusies redelijk overeenkwamen.

- **Door wie is het boek/artikel geschreven?**

Hier is voornamelijk gekeken hoe bekend de auteur is en hoeveel publicaties van hem/haar zijn verschenen.

Aanvullend aan deze aangeraden standaardvragen werd geprobeerd met behulp van de CARS-checklist (Harris, 2010) de kwaliteit van literatuur te waarborgen. Benschop (2010) heeft de lijst vertaald naar volgende punten:

- 'Credibility: hoe geloofwaardig is een bron?'
- 'Accuracy: hoe nauwkeurig is een bron?'
- 'Reasonableness: hoe redelijk is een bron?'
- 'Support: hoe betrouwbaar is een bron?'

Bronvermelding Bijlage 2:

Benschop, A. (2010). *Evaluating Internet Research Sources*. Geraadpleegd op http://www.sociosite.org/kwaliteit.php#minimale_spelregels

Harris, R. (2007). *Evaluating Internet Research Sources*. Geraadpleegd op <http://www.virtualsalt.com/evalu8it.htm>

Bijlage 3: Materiaalhantering

Tabel 2 Materiaalhantering volgens Ingrid Pézses

handelingen	vormgeving
kracht	ruimte
beweging	- lijnvoering
tempo	- ordening
contact	kleur
ritme	
greep	

Bijlage 4: Hoofdthema's methodisch handelen

Vanaf april 2012 ging ik zelfstandig mijn werkmodel toepassen. Dit had ik op basis van literatuuronderzoek, mijn observaties en medewerkingervaringen opgesteld. Naast de methodische aanpak was ook de indeling in een observatiefase, behandelfase en afsluiting. Iedere sessie schreef ik mijn observaties in een evaluatieschema op om vervolgens beter naar het (psychisch) functioneren van de patiënten te kijken en de daaruit voortvloeiende werpunten duidelijker te hebben. Na deze fase formuleerde ik (laagdrempelijke) doelen waarin in de korte tijd (4-5 sessies) gewerkt kon worden. De opgestelde doelen (en observaties) rapporteerde ik terug in de multidisciplinaire⁷ teambespreking waar ik aanvullingen kreeg met die ik mijn doelen kon aanscherpen. Dit leidde ertoe dat ik specifiekere activiteiten kon aanbieden welke individueel afgestemd waren op de patiënt.

Tabel 3 Hoofdthema's in mijn methodisch handelen

pijnreductie/Preventie	Activering
➤ ik vertel mijn indrukken en observaties om bewust te laten worden ➤ ik geef psycho/pijneducatie ➤ ik zoek met patiënt passend materiaal/werkhouding	➤ ik begeleid en ben beschikbaar ➤ ik geef uitleggen: ik maak nieuwsgierig op materiaal en effecten ➤ ik wijs op en vraag het anders te doen ➤ ik prikkel door voordoen
Autonomie	egoversterking
➤ ik geef hun verantwoordelijkheid: stimuleer om keuzes te maken (bv door bevestiging) ➤ ik kijk met hun terug naar wat ze deden ➤ ik geef aandacht, luister en neem hun serieus ➤ ik bevestig als nodig beslissingen	➤ ik maak beschermende kaders ➤ ik bouw truckjes in om het goed te kunnen laten verlopen ➤ ik ben transparant en vertel vooraf wat moeilijk zou zijn

Reprinted from "Eindverslag stage" by A. Nicolai, 2012, p.24

Bronvermelding Bijlage 4:

Nicolai, A. (2012). *Eindverslag stage*. Niet-gepubliceerd eindverslag, Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.

Bijlage 5: Werkmodel

Tabel 4 Overzicht van het werkmodel

Fase 1: kennis maken/Observatie			
<u>Algemene Doelen:</u> ➤ Contact en kennis maken met therapeut en medium(stabilisatie) ➤ opstellen aandachtspunten/doelen ➤ Vertrouwensrelatie opbouwen	Sessie 1,2	<u>Werkwijze:</u> Supportieve Palliatieve (individueel ingaan op patiënten)	➤ Steunen, stabiliseren ➤ Positief bekrachtigen ➤ Zorgen voor veiligheid en ontspanning ➤ Directief, stimulerend ➤ Stimuleren tot uit proberen ➤ Uitnodigende houding ➤ Letten klachten te verzachten
Fase 2: Werkfase			
<u>Algemene Doelen:</u> ➤ Inzicht in/vinden van patronen ➤ Veranderen in het hier en nu ➤ Versterken zelfvertrouwen/beeld ➤ Uitbreiden van gedragrepertoire (variatie)	Sessie 3,4,5 (6)	<u>Werkwijze:</u> Supportief Palliatief Orthoagogisch (Reconstructief, als mogelijk)	➤ Prikkelen en verleiden ➤ Egoversterking door succeservaringen, onderscheid laten voelen ➤ Keuzes laten maken ➤ Minder structureerde opdrachten (stimulatie zelfactualisatie)
Fase 3: Afscheid			
<u>Algemene Doelen:</u> ➤ Afronden van opname ➤ (Vorbereiden op dagelijks leven)	Sessie 6 of 7	<u>Werkwijze:</u> Supportief Palliatief	➤ Ervaringen laten terughalen en laten plaatsen door patiënt ➤ Essentie laten formuleren (bewustwording, laten bezinken)

Reprinted from "Eindverslag stage" by A. Nicolai, 2012, p.14

Bronvermelding Bijlage 5:

Nicolai, A. (2012). *Eindverslag stage*. Niet-gepubliceerd eindverslag, Zuyd Hogeschool, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.

Bijlage 6: OPS & MMST

OPS (Krollner & Krollner, 2012)

Info.: Mit diesem Kode ist die standardisierte multidisziplinäre (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Patienten mit chronischen Schmerzzuständen zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- gravierende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Multimodale Schmerztherapie (Dimdi, 2012)

Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (8-91b)

Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung zu kodieren. Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung. Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus.

- 8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-918.00 Bis zu 20 Therapieeinheiten
- 8-918.01 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
- 8-918.02 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Bronvermelding Bijlage 6:

Dimid. (2012). OPS Version 2012. Geraadpleegd op

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2012/block-8-90...8-91.htm#code8-91>

Krollner, B. & Krollner, D.M. (2012). ICD Code 2012. Geraadpleegd op <http://ops.icd-code.de/suche/ops/code/1-910.html?sp=S1-910>

Bijlage 7: Toestemmingsformulieren

Informationen zur Teilnahme an einer Abschlussstudie

Sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Patientin,

mein Name ist *Alena Nicolai*, ich bin Studentin des Studienganges „Kreative Therapie – Fachrichtung Kunst/Gestaltung“ an der Hochschule Zuyd in Heerlen und ich möchte Sie hiermit herzlichst einladen an dieser Studie teilzunehmen. Diese Untersuchung wird ausgeführt im Rahmen meiner Abschlussarbeit in Zusammenarbeit mit dem St. Agatha Krankenhaus (Köln) und dem Schmerzzentrum Köln. Begleitet wird dieses Projekt von Anja Cillissen (Senior Dozentin).

Allgemeine Informationen zur Studie:

Das Ziel meiner Studie ist es mit Hilfe einer Befragung (Interviews) die verschiedenen Elemente des gestalterischen Arbeitens zu versammeln, die bei Schmerzpatienten eine Veränderung des Wohlbefindens hervorrufen. Dabei ist es mir besonders wichtig zu erfahren, was Sie als Schmerzpatient darüber denken.

Wie wird diese Studie durchgeführt?

Bei einer Teilnahme stimmen Sie zu, dass ich mit Ihnen kurzes Interview (circa 30 Minuten) führe, bei denen ich Sie zu verschiedenen Themen des gestalterischen Arbeitens befragen werde. Zum Beispiel wie Sie das Arbeiten empfunden haben. Während des Interviews wird eine Tonaufnahme gemacht. Diese benötige ich für das anschließende Ausarbeiten ihrer Antworten. Wenn Sie es wünschen und gestatten können auch Fotos ihrer Arbeitsstücke gemacht werden.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt

Die Teilnahme an dieser Studie ist *freiwillig*. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Die Wiedergabe der Ergebnisse ist anonymisiert, sodass eine Identifizierung Ihrer Person nicht möglich ist. Ihre Daten, die Aufnahmen und Notizen werden ausschließlich für das Schreiben meiner Abschlussarbeit verwendet und sind nicht zugänglich für andere Untersuchungen. Sie können ihre Zustimmung auch nachträglich jederzeit widerrufen.

Kontakt Daten

Bei Fragen können Sie Kontakt aufnehmen mit:

Alena Nicolai
Monheimsalle 81
52062 Aachen

Tel. 0241-56006346
Email: alena.nicolai@googlemail.com
Bitte in Betreff angeben: *Frage zur Abschlussarbeit*

Hiermit erkläre ich, die o. g. Informationen gelesen zu haben. Desweiteren bin ich zusätzlich mündlich über Studie aufgeklärt worden und stimme einer Teilnahme an dieser Studie zu.

Datum:

Unterschrift:

Möchten Sie Feedback geben?

Nachdem ich Ihr Interview ausgewertet habe, würde ich Ihnen gerne die Ergebnisse vorlegen. Die Resultate zeigen Ihre Antworten und es ist daher wichtig, dass sie sich darin wiedererkennen. Ich würde daher gerne mit Ihnen gemeinsam noch einmal darüber schauen und freue mich über Rückmeldung.

Was geschieht mit Ihren Daten?

Die Daten die Sie unten angeben sind nicht zugänglich für Dritte. Sie werden ausschließlich dazu verwendet Ihnen die Ergebnisse der Studie zukommen zulassen und werden nach Beendigung der Studie vernichtet.

Ja, ich habe Interesse die Resultate dieser Untersuchung zu erhalten.

Tragen Sie bitte hier Ihre Kontaktdaten ein:

Name:

Anschrift:

Ja, ich möchte teilnehmen an einem „letzten Check“ der Studienergebnissen

Tragen Sie bitte hier ihre Telefonnummer ein:

Tele.

Am Besten erreichen Sie mich zu den folgenden Zeiten:

Informationen zur Teilnahme an einer Abschlussstudie

Sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Patientin,

mein Name ist *Alena Nicolai*, ich bin Studentin des Studienganges „Kreative Therapie – Fachrichtung Kunst/Gestaltung“ an der Hochschule Zuyd in Heerlen und ich möchte Sie hiermit herzlichst einladen an dieser Studie teilzunehmen. Diese Untersuchung wird ausgeführt im Rahmen meiner Abschlussarbeit in Zusammenarbeit mit der Schmerzlinik der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Münster unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ingrid Gralow. Begleitet wird dieses Projekt von Anja Cillissen (Senior Dozentin).

Allgemeine Informationen zur Studie:

Das Ziel meiner Studie ist es mit Hilfe einer Befragung (Interviews) die verschiedenen Elemente des gestalterischen Arbeitens zu versammeln, die Schmerzpatienten dabei helfen eine Veränderung des Wohlbefindens hervorzurufen. Dabei ist es mir besonders wichtig zu erfahren, was Sie als Schmerzpatient darüber denken.

Wie wird diese Studie durchgeführt?

Bei einer Teilnahme stimmen Sie zu, dass ich mit Ihnen kurzes Interview (circa 30 Minuten) führe, bei denen ich Sie zu verschiedenen Themen des gestalterischen Arbeitens befragen werde. Zum Beispiel wie Sie das Arbeiten empfunden haben. Während des Interviews wird eine Tonaufnahme gemacht. Diese benötige ich für das anschließende Ausarbeiten ihrer Antworten. Wenn Sie es wünschen und gestatten können auch Fotos ihrer Arbeitsstücke gemacht werden.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt

Die Teilnahme an dieser Studie ist *freiwillig*. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Die Wiedergabe der Ergebnisse ist anonymisiert, sodass eine Identifizierung Ihrer Person nicht möglich ist. Ihre Daten, die Aufnahmen und Notizen werden ausschließlich für das Schreiben meiner Abschlussarbeit verwendet und sind nicht zugänglich für andere Untersuchungen. **Sie können ihre Zustimmung auch nachträglich jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen.**

Kontaktdaten

Bei Fragen können Sie Kontakt aufnehmen mit:

Alena Nicolai Monheimsalle 81 52062 Aachen	Tel. 0241-56006346 Email: alena.nicolai@googlemail.com Bitte in Betreff angeben: <i>Frage zur Abschlussarbeit</i>
--	---

Hiermit erkläre ich, die o. g. Informationen gelesen zu haben. Desweiteren bin ich zusätzlich mündlich über Studie aufgeklärt worden und stimme einer Teilnahme an dieser Studie zu.

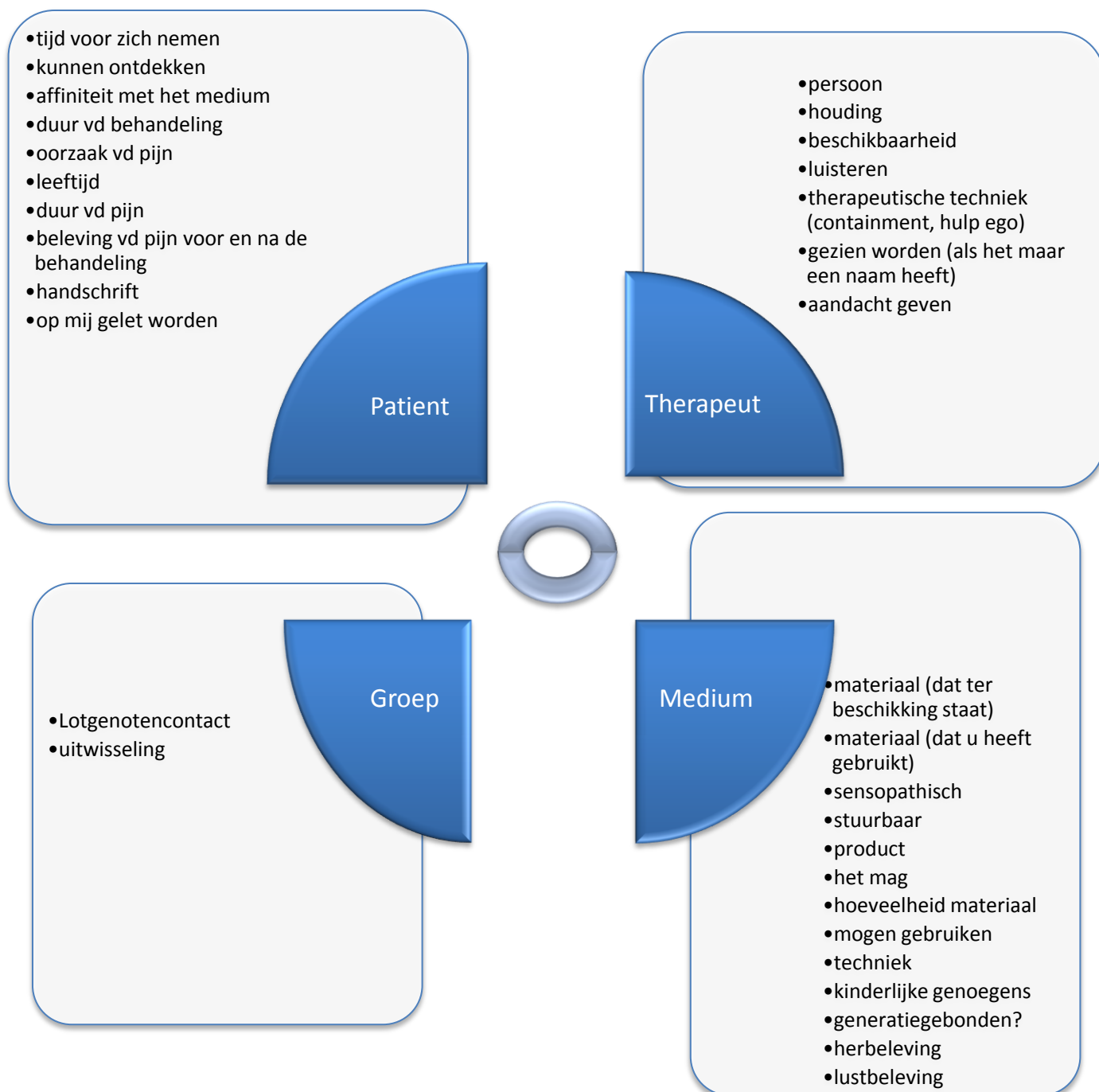
Datum:

Unterschrift:

Bijlage 8: DSM IV - diagnoses

AS I	stemmingsstoornis: tenminste 296.2x eenmalige depressieve episode Pijnstoornis: 307.80/307.89 psychische aandoening waarbij de patiënt acuut/ chronisch lichamelijk pijn lijdt
AS II	gemengd persoonlijkheidstrekken zoals: ontwijkend, afhankelijk of narcistisch
AS III	vele somatische aandoeningen: vasculaire aandoeningen, gewrichtsproblemen enz.
AS IV	individueel stressor bv. immigratie, verhuizing, overleden familielid, werkconflict
AS V	er is sprake van matige tot ernstige symptomen en een duidelijke verandering in het sociaal functioneren score variëren tussen 31 en 60

Bijlage 9: Sensitizing Concepts



Bijlage 10: Interviewinstrument

Het leidmotief is PIJN

Hoofdvraag:

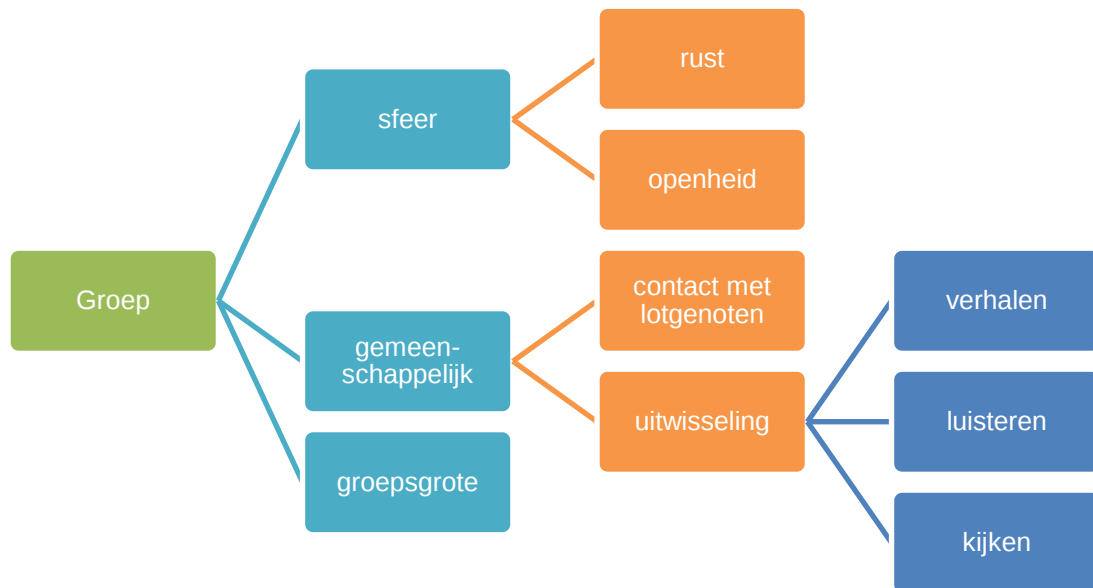
Welke aspecten van het beeldend therapeutisch werken dragen bij aan een verandering van het gevoel van welzijn bij volwassene patiënten met chronische pijn?

Interview vragen		
- Welke aspecten van het beeldend werken dragen volgens u bij het gevoel van welzijn te veranderen? - Zijn er volgens u factoren die invloed hebben op een verandering van het gevoel van welzijn?		
Medium	- Welke materialen heeft u gebruikt? - Hoe hebben ze het materiaal? - Wat heeft u gemaakt?	
Pijn	- Is er een verandering van u welzijn voor of na de behandeling? - Heeft u een idee waardoor dit zou komen?	
Groep	- Hoe heeft u de groep beleefd?	
Therapeut	- Hoe heeft u de therapeut beleefd?	

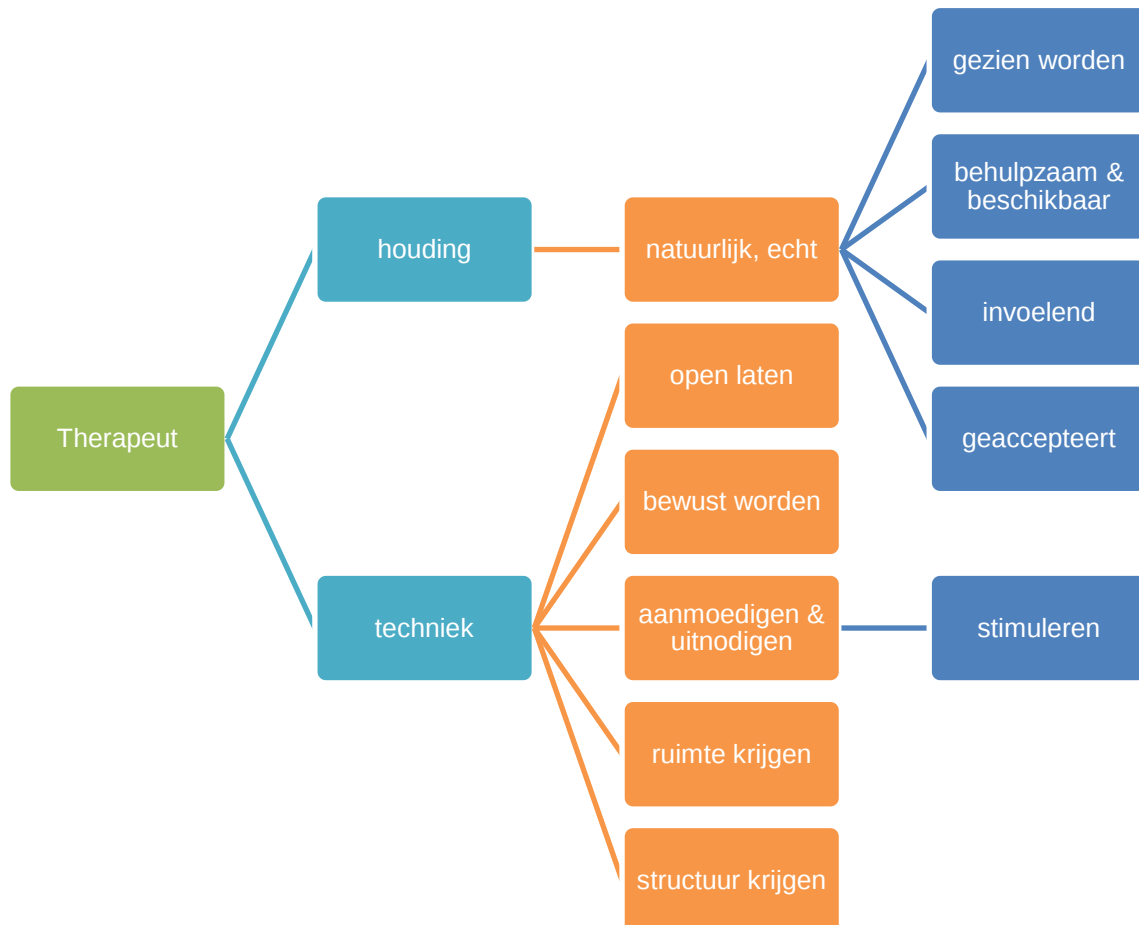
- Laat het aanwijzen in het beeld
- Waardoor zou het komen?
- Als je iets horst kan je even navragen
- Waar krijg je energie van
- Waar zit de ervaring?

Begin vragen		
Patiënt/ Expert	- Hoe oud bent u? - Hoe lang bent u al in behandeling voor chr.pijn? - Heeft u ervaring met het medium? - (oorzaak van de chronische pijn) optioneel want gevoelig thema - In welke instelling werkt u? (experts)	Doel inventarisatie van de gegevens om later beslissingen voor volgende respondenten te nemen
Medium	- Welke materialen staan ter beschikking? - Welke materialen heeft u gebruikt? - Welke materialen gebruiken de patiënten? (experts)	

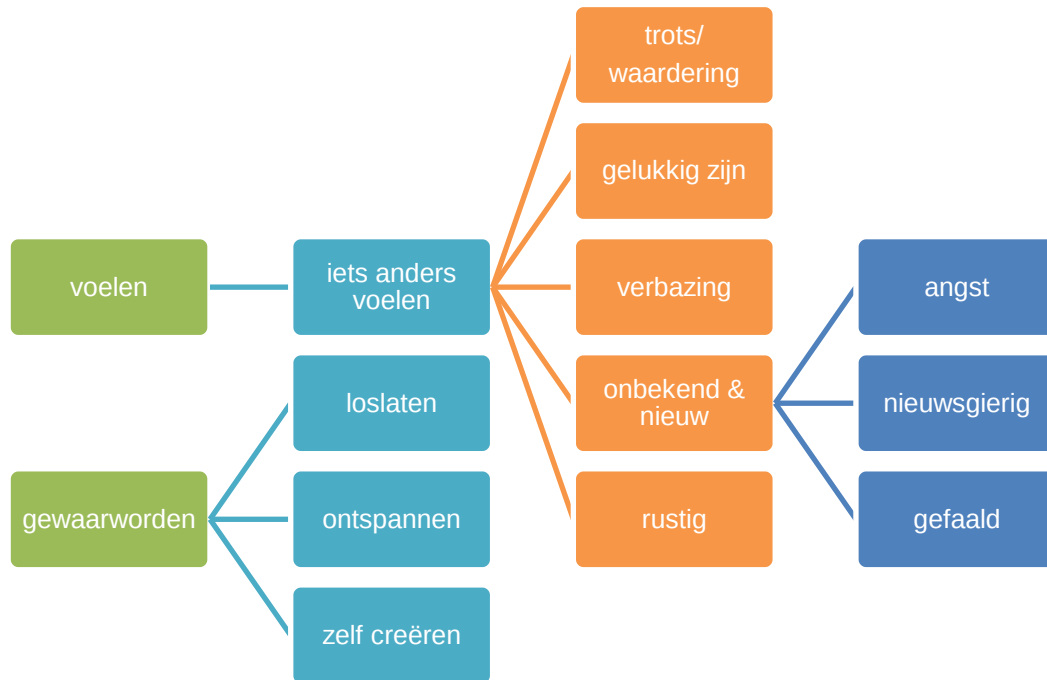
Bijlage 11: Resultaten



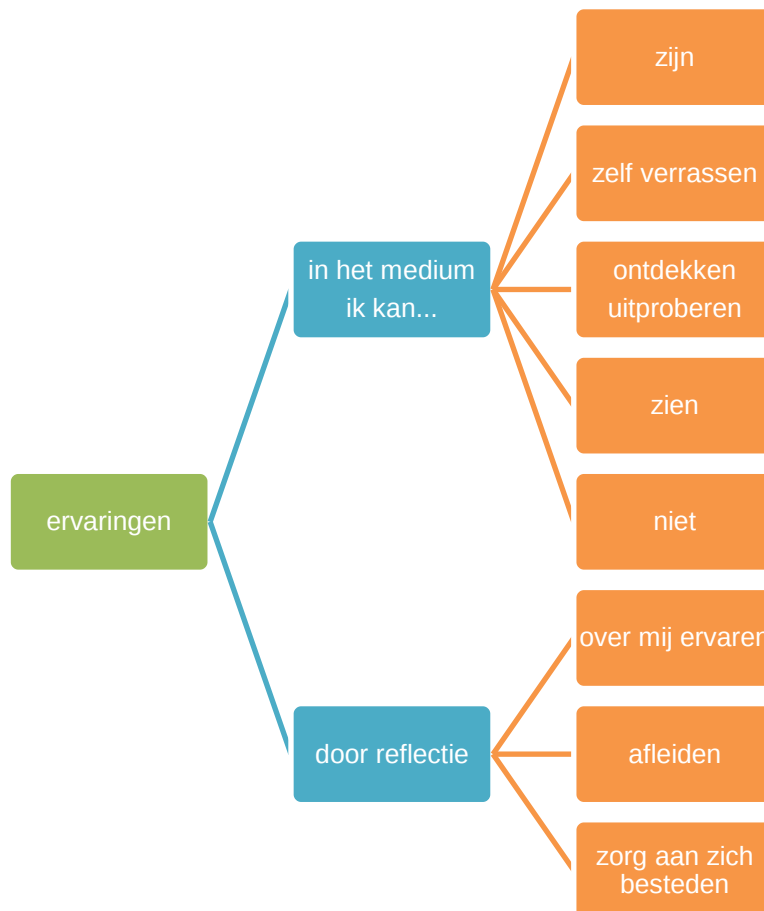
Figuur 11.1 Conceptueel schema van het aspect "de groep/gemeenschap"



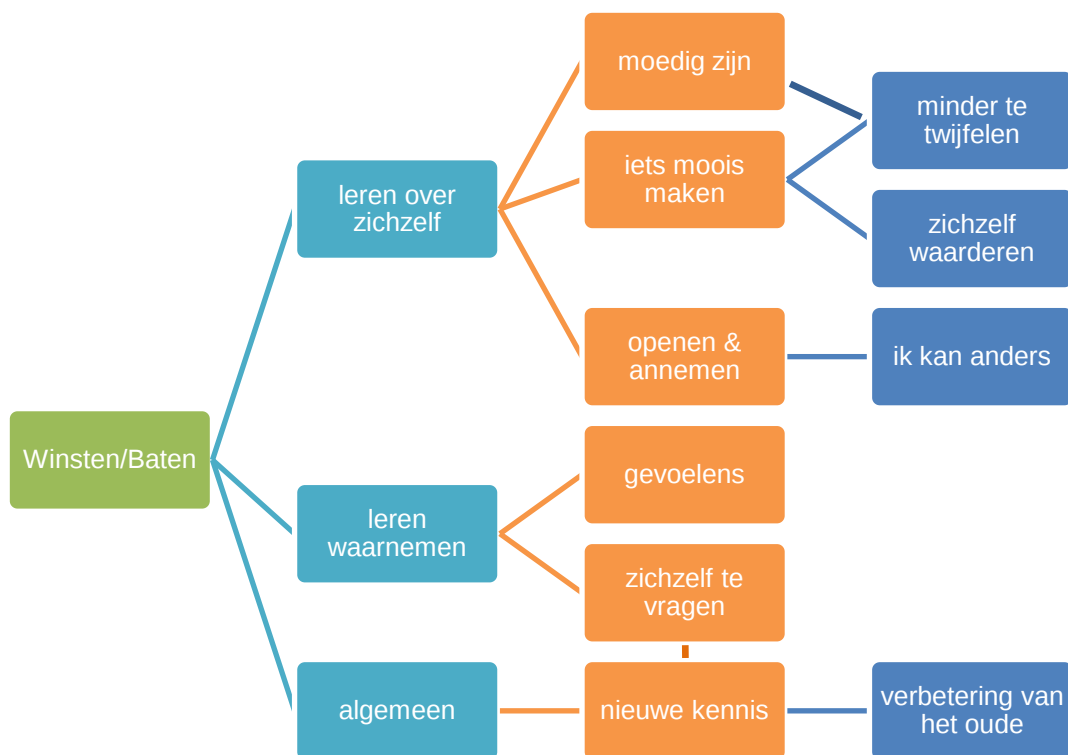
Figuur 11.2 Conceptueel schema van het aspect "Therapeut"



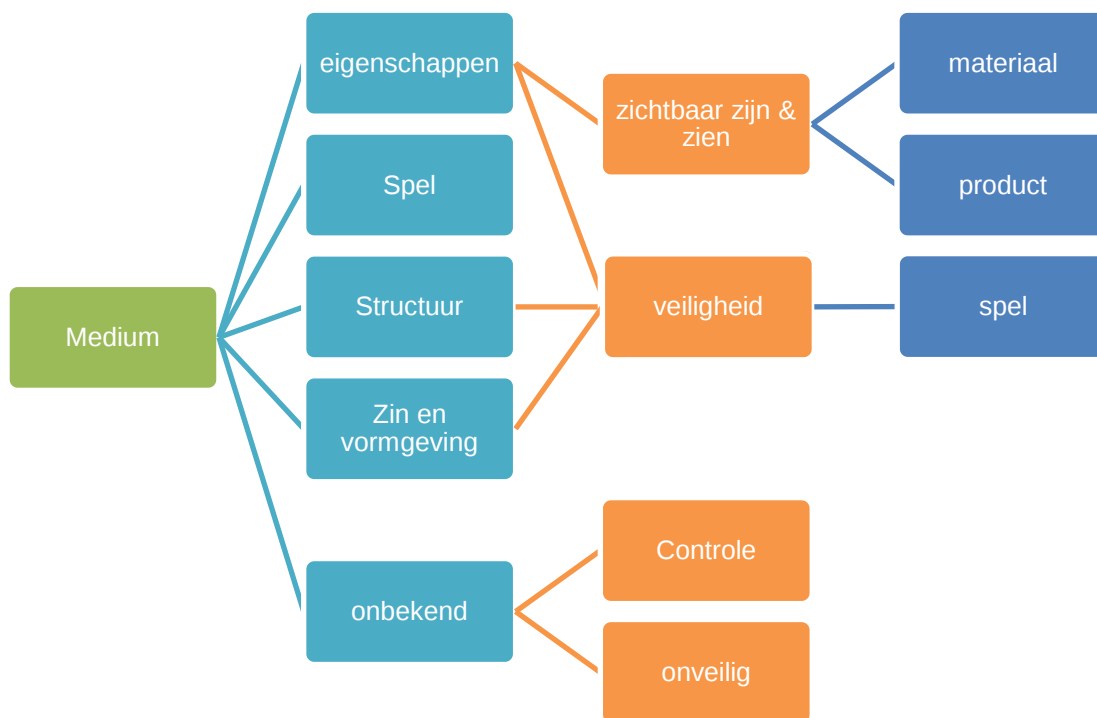
Figuur 11.3 Conceptueel schema van het aspect "Voelen & gewaarworden"



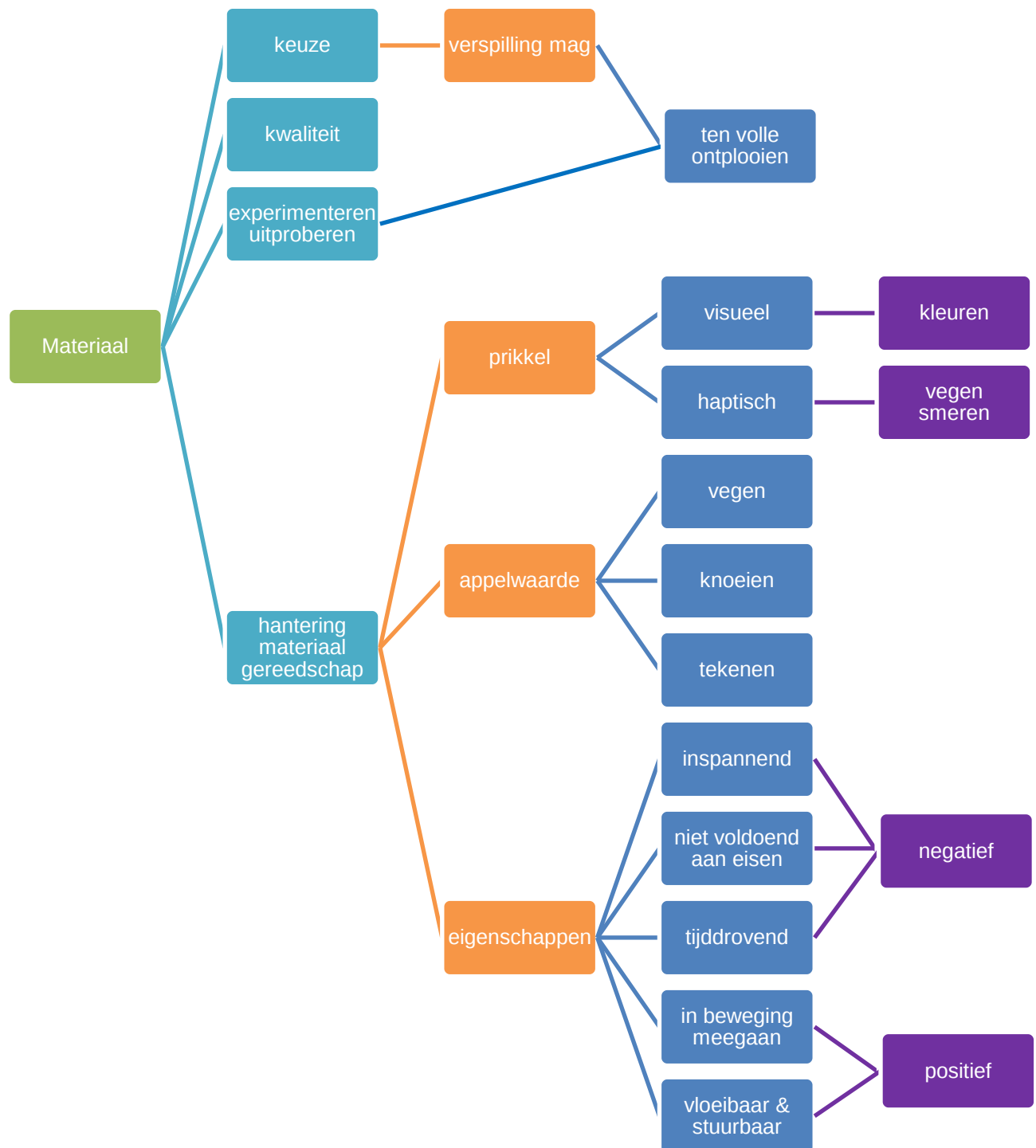
Figuur 11.4 Conceptueel schema van het aspect "ervaringen"



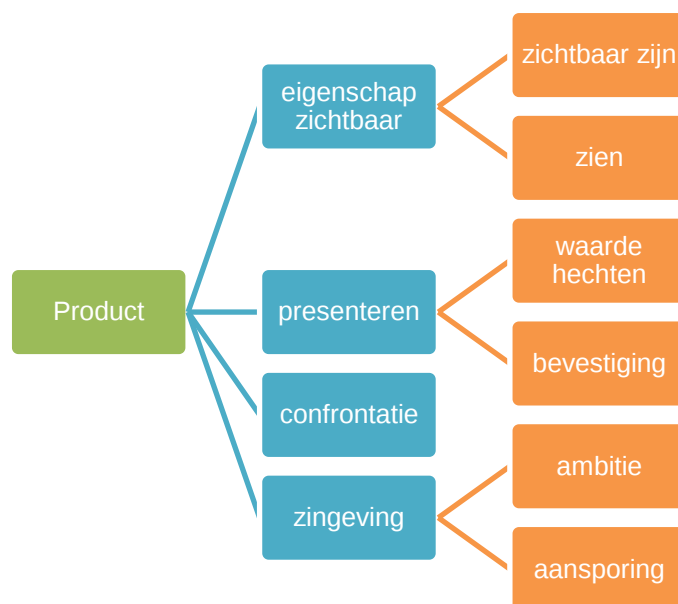
Figuur 11.5 Conceptueel schema van het aspect "Winsten & Baten"



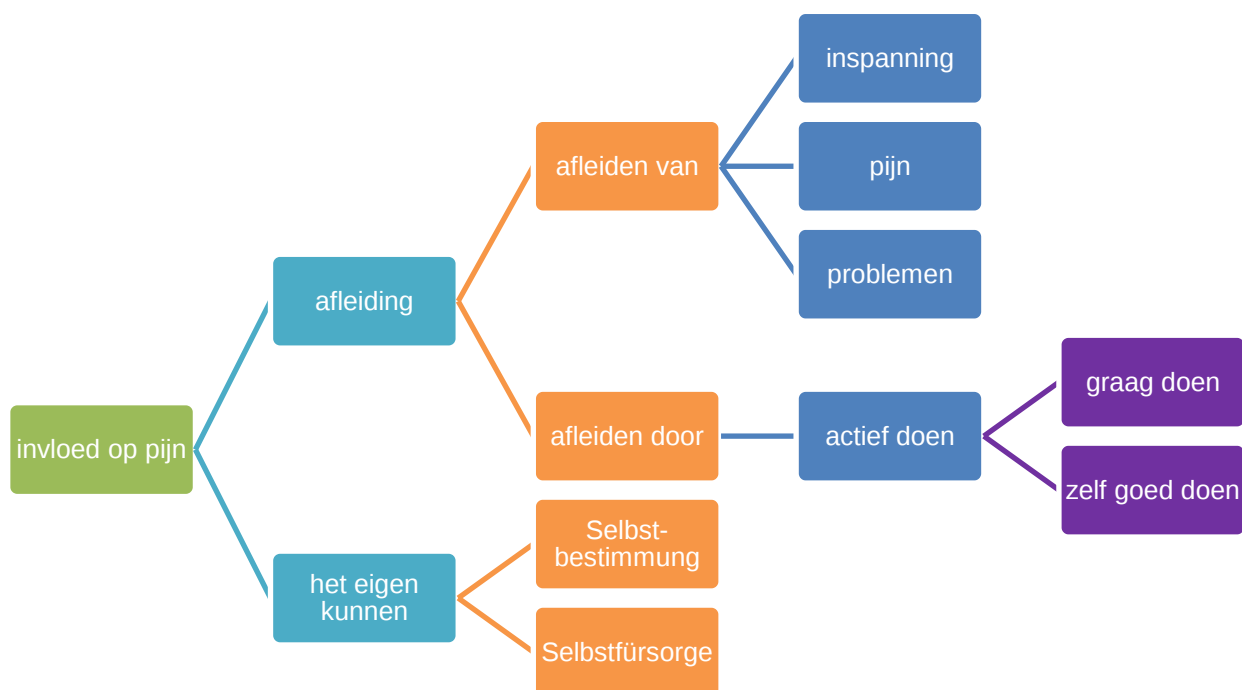
Figuur 11.6 Conceptueel schema van het aspect "Medium"



Figuur 11.7 Conceptueel Schema van het aspect "materiaal"



Figuur 11.8 Conceptueel schema van het aspect "Product"



Figuur 11.9 Schema van het aspect "invloed op pijn"

Bijlage 12: Patiënt A



Werstuk No1



Werkstuk No 2



Werkstuk No 3



Werkstuk No 4

Bijlage 13: Patiënt B



Werkstuk No 1



Werkstuk No 2



Werkstuk No 3

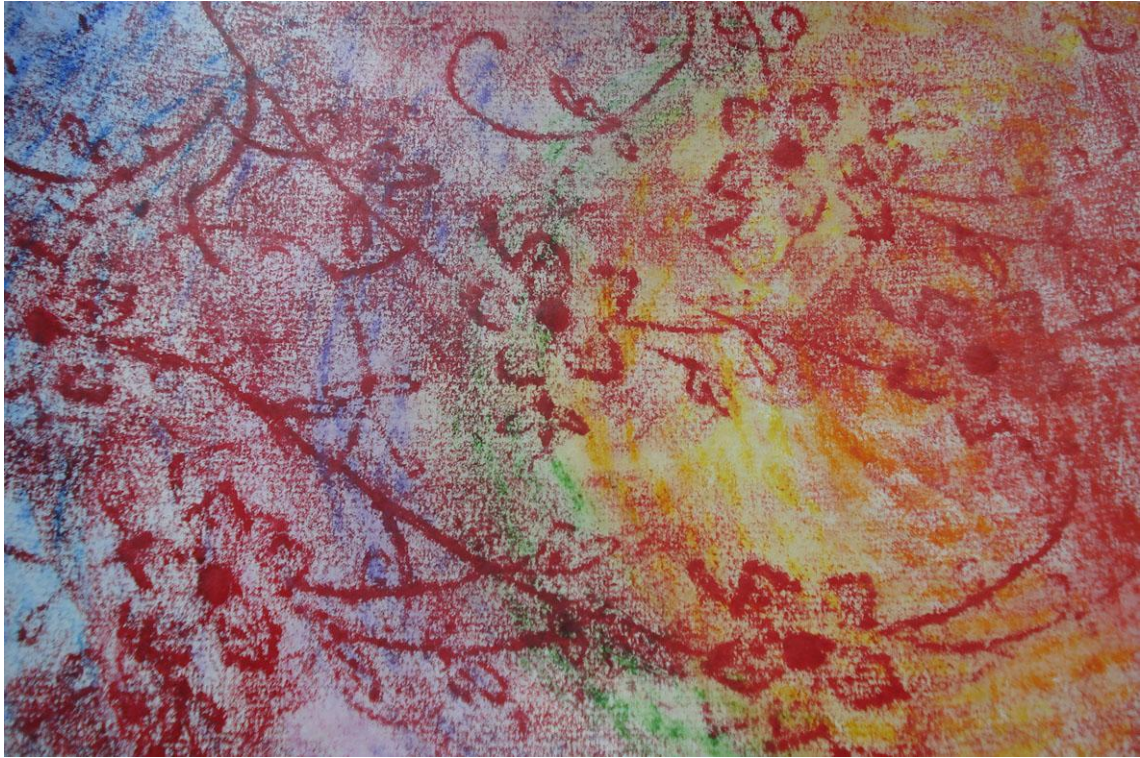
Bijlage 14: Patiënt C



Werkstuk No 1



Werkstuk No 2



Werkstuk No 3



Werkstuk No 4



Werkstuk No 5



Werkstuk No 6



Werkstuk No 7

Bijlage 15: Toestemmingsverklaring

Datenschutz

St. Agatha-Krankenhaus, Feldgärtenstr. 97 - 50735 Köln

Betreff: Frau Nicolai

Datum 28.02.13

Teilnahme der Patienten an Ihrer Abschlussstudie

Sehr geehrte Frau Nicolai,

ich fasse hier kurz unser persönliches Gespräch vom 26.02.12 zusammen.

Jeder Patient erhält eine Ausfertigung der Einwilligung an der freiwilligen Teilnahme der Studie.

Sie bestätigten, dass Sie für Ihre Abschlussstudie Patientendaten anonymisieren, so dass keine Zuordnung zu einem Patienten aus dem St. Agatha Krankenhaus mehr möglich ist.

Die Patientendaten werden auch nicht an die Universität weitergeleitet. Sie übertragen keine Patientendaten in ein System, es erfolgt alles in anonymisierter Form, z. B. Frau W. Die Tonbandaufzeichnungen der einzelnen Interviews werden nach Abschrift des Inhaltes gelöscht. Dieser Inhalt wird weiter codiert (gesplittet), ab diesem Zeitpunkt werden keine persönlichen Daten in die Studie verarbeitet und erst danach erhält Ihre Dozentin Einblick in die erfassten Ergebnisse. Aufzeichnungen, die persönliche Daten von Patienten erhalten werden hier im Krankenhaus datenschutzgerecht im Datenmüll entsorgt. Die Löschung aller personenbezogenen Daten wird von Ihnen nach Bewertung / Beurteilung der Prüfungsarbeit erfolgen. Der Abgabetermin ist für Juni 2013, ggf. 2 Monate später geplant.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie mir die Einhaltung der o.g. Punkte.


 Alena Nicolai

Freigabe der Durchführung der Studie durch Frau Jost.

Freigabe erteilt am:


 S. Jost
 Krankenhausdirektorin

St Agatha-Krankenhaus Köln gGmbH
 HRB 34733, Amtsgericht Köln
 Geschäftsführer: Karl-Josef Diederich
www.st-agatha-krankenhaus.de

Kerstin Schlimme
 Telefon: 022171751570
 Fax: 022171751109
datenschutz@st-agatha-krankenhaus.de

Bank für Sozialwirtschaft
 1010100 (BLZ 37020500)

Bijlage 16: Eindnotes

-
- ¹ **Creatieve therapie beeldend:** “Beeldende therapie is een behandelmethode voor mensen met psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen.” “Kenmerkend is de inzet van beeldende middelen, zoals teken- en schildertechnieken, houtbewerking en werken met stof, klei, steen en metaal.” “De problemen worden door beeldend werken ervaren en zichtbaar, en daarmee helder en bespreekbaar.” (FVB, 2012)
- ² **Multimodaal:** samenwerking van tenminste twee aparte disciplines
- ³ **Unimodaal:** hier betekend het “inzet van één discipline”
- ⁴ **Gestaltungstherapie:** De dieptepsychologische oriëntatie in Gestaltungstherapie is afkomstig van de psychoanalytische theorie en sluit aan bij C. G. Jung (analytische Psychologie). Net zoals in CTB wordt gewerkt met beeldend materialen. Binnen de Gestaltungstherapie gaat het erom doormiddel van het beeldend werken de mogelijkheid te hebben iets onbewuste te symboliseren, te verwerken en later te integreren. Het onbewuste wordt in het werkstuk en in het proces zichtbaar. Doormiddel van een reflexie kan Gestaltungstherapie bijdragen aan een verdiepende zelfervaring (Schlottenloher, 2008).
- ⁵ **Drs. Ingrid Péntzes:** 4^{de} jaar coördinator van creatieve therapie en docent aan de Hogeschool Zuyd Heerlen. PhD-project: *Beeldende Kracht; beeldend therapeutische observatie en diagnostiek*. Mw. Péntzes verzorgde de CTb lessen in het tweede studiejaar waar ze een eerste opzet van een materiaalhanteringsschema introduceerde.
- ⁶ **ICD-10:** International Classification of Diseases - 10de versie van een intentioneel classificatieprogramma voor ziekten op gezet door de WHO
- ⁷ **Multidisciplinair:** Teambuilding en samenwerking van meerdere (Multi) vakgroepen/richtingen/disciplines