L'ART ET LE MéTIER, LIAISON EXTRAORDINAIRE ?

Actieonderzoek naar het verminderen van negatieve symptomen, het vergroten van eigen creatieve inbreng en verhogen van de ik-sterkte bij mensen met psychoses door het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken in beeldende creatieve therapie in MC St.-Jozef Munsterbilzen (B).

S. Van Gelder
1038605
Creatieve therapie beeldend
2013 - 2014

Zuyd Hogeschool Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Datum van verschijning: 4 juni 2014
Anja Cilissen - Ysermans

Een techniek is pas dan volwaardig
als zij geen grenzen stelt
aan de toepasser ervan.

(de Brouwer, 1968)

Inhoud

Voorwoord 5

Inleiding 7

1. Probleemstelling 8

    1.1. Aanleiding 8

    1.2. Ambachten en ambachtelijke technieken 9

    1.3. De doelgroep 15

    1.4. Ik-sterkte en eigen creativiteit 16

    1.5. De behandeling van schizofrenie en andere psychotische stoornissen 17

    1.6. Onderzoeken rond de behandeling van psychoses 18

    1.7. Relevantie 19

    1.8. Vraagstelling 20

    1.9. Doelstelling 20

2. Onderzoeksmethode 21

    2.1. Onderzoektype 21

    2.2. Onderzoeksmethode 21

    2.3. Voorfase 22

    2.4. Oriëntatiefase 24

    2.5. Diagnostische fase 24

    2.6. Ontwikkelfase 25

    2.7. Actiefase / eindevaluatie 28

    2.8. Kwaliteitscriteria 29

3. Resultaten 33

    3.1. Algemeen 33

    3.2. Keramische techniek 34

    3.3. Mandenvlechten 36

    3.4. Druktechniek 37

4. Discussie 39
4.1. Verklaring en interpretatie resultaten 39
4.2. Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek 42
4.3. Het eigen methodisch handelen.....43
4.4. Beantwoording van de onderzoeksvraag 45
4.5. Sterkte – zwakteanalyse 46
5. Samenvatting 48
Literatuur 49
Bijlagen 53
Bijlage 1: Foto's werkstukken 53
Bijlage 2. Zoekresultaten en PICO-vragen 59
Bijlage 3. Begroting 62
Bijlage 4: Standaardisering onderzoeksessies 63
Bijlage 5: Vragenlijst patiënten 66
Bijlage 6: Observatieformulier Lode Dirix 67
Bijlage 7: Overzicht aanwezigheden patiënten 68
Bijlage 8: Overzicht sessies aan de hand van cliënt – therapeut – medium.....69

Voorwoord

Na een stage van tien maanden in Medisch Centrum Sint-Jozef in Belgisch Limburg was mijn interesse in de behandeling van mensen met schizofrenie en andere psychotische stoornissen gewekt en was de doelgroep me nauw aan het hart gaan liggen. De omgang met de patiënten was oprecht en leerrijk en ervaringen met het beeldend medium toonden aan dat hier een wereld van mogelijkheden ter beschikking lag. De eerste positieve ervaringen met het methodisch aanbieden van ambachtelijke technieken kwam hier aan de oppervlakte. De doelgroep kenmerkt zich door uitgesproken positieve en negatieve symptomen en verregaande gevolgen op verschillende gebieden van het dagelijks leven. Vooral de negatieve symptomen kwamen tot uiting in de beeldende therapie in de vorm van apathie, emotionele vervlakking, weerstand tegen therapie en gebrek aan motivatie en ervaren zingeving voor de behandeling. Het methodisch aanbieden van ambachtelijke technieken leek hierop positief in te spelen. Het was dan ook vanzelfsprekend dat ik mijn afstudeerproject zou toespitsen op de ingrediënten die mijn stagejaar tot een unieke ervaring hadden gemaakt: psychoses en ambachtelijke technieken.
Het idee groeide om de ervaringen vanuit de stage te toetsen en te onderbouwen met een onderzoek. Er werd besloten om met een actieonderzoek de therapeutische mogelijkheden van ambachtelijke technieken in de behandeling van mensen met psychoses te exploreren. Een uitgebreid onderzoeksnetwerk werd samengesteld om dit onderzoek in nauwe samenwerking vorm te geven en uit te voeren.
Dit onderzoek is in zijn opzet geslaagd. Ik heb als onderzoeker en dus hoofdactor mijn methodisch handelen kunnen analyseren en aanpassen aan de hand van de resultaten van en de discussie over het onderzoek en er werden indicatieve aanwijzingen gegeven voor de praktijk.

De uitvoering van dit onderzoek en het tijdig neerschrijven van alle ervaringen zou ik in geen geval alleen hebben kunnen klaarspelen. Daarom wil ik een aantal mensen bedanken voor hun hulp.

Allereerst Lode Dirix, naast creatief therapeut op de afdeling en praktijkbegeleider van het stagejaar ook directe betrokkene bij het onderzoek. Lode, bedankt voor de deskundige begeleiding al sinds het begin van afgelopen academiejaar. Ik heb enorm veel van je geleerd en misschien nog meer afgeleerd en ben blij dat we zo'n fijne samenwerking hadden. Nog meer bedankt voor je enthousiaste inzet, humor en pragmatische aanpak, ook toen je hoorde dat ik alvast aan het werk was gegaan. De opleiding verliest een enorme bron aan kennis en opleiding als jij echt geen stagiair(e)s meer aanneemt.
Bewaak je enthousiasme en … gelukkig zijn er nog de patiënten!

Anja Cilissen – Ysermans, coach van het afstudeertraject, en docent doorheen de vier jaren van de opleiding. Anja, bedankt voor de persoonlijke en deskundige begeleiding de voorbije vier jaar en voor de coaching van het afstudeertraject. Ik heb het gevoel dat ik met jou en Lode samen heb kunnen profiteren van de begeleiding van een top-duo. Ik wil je bedanken om in de hectische en drukke laatste maanden flexibel te zijn in het begeleiden en om je enthousiasme dat steeg naarmate het einde van mijn onderzoekstraject naderde. Bedankt om het ongeleide projectiel dat ik soms was met een aantal welgemikte adviezen weer op koers te brengen.

Maarten Sannen, het lief. Maarten, na vier jaar heb jij eindelijk een lief dat van school af is. Bedankt om de laatste maanden zo veel taken op je te nemen en me de tijd te gunnen om mijn onderzoek en scriptie met een goed gevoel af te ronden. Dank je om te zeggen dat ik harder moest werken als ik niet genoeg deed en om te bewaken dat ik genoeg rust en ontspanning nam als ik te veel bleef doorwerken. Ik heb enorm veel aan je steun gehad.

Bieke Van Gelder, mijn zus die van schrijffouten verbeteren haar beroep heeft gemaakt. Handig is dat! Bieke, bedankt voor het nalezen van deze scriptie. Als iemand nu nog een schrijffout vindt, ligt dat aan mij.

Klasgenoten Moniek, Eva, Silke, Anna, Astrid en Femke. Bedankt voor de gezellige en leerrijke vier jaren. Ik had me nooit kunnen voorstellen hoe het zou zijn om terug te gaan studeren, maar ik had me geen betere klas kunnen wensen.

Nog enkele randbemerkingen die in acht genomen dienen te worden tijdens het lezen van dit onderzoeksverslag.

In dit onderzoeksverslag wordt gesproken over patiënt in plaats van cliënt, omdat dat in de onderzoeksinstelling zo de gewoonte is. Namen van deelnemende patiënten werden afgekort tot alleen de eerste initiaal van de voornaam om hun privacy te waarborgen. Voor het publiceren van alle foto's van werkstukken is toestemming van de betreffende patiënt verleend, evenals voor het citeren uit open interviews met de patiënt.
Wanneer de huidige werkervaringen van de onderzoeker zijn omschreven wordt het werken in UPC KULeuven bedoeld. De onderzoeker werkt hier op campus Kortenberg momenteel deeltijds als beeldend creatief therapeut op twee opname-afdelingen, enerzijds op afdeling St.-Anna met patiënten met therapieresistente depressie (Souery, et al., 1999), anderzijds op afdeling St.-Lodewijk met patiënten met persoonlijkheidsproblematieken.

Inleiding

Dit verslag beschrijft het ontstaan, verloop en de resultaten van een actieonderzoek in beeldende creatieve therapie. Het onderzoek kwam tot stand vanuit mijn eigen leerproces, de ervaringen op stage en in het werkveld en persoonlijke interesse. Het kadert binnen mijn afstudeerproject van de opleiding creatieve therapie beeldend van Zuyd Hogeschool, Faculteit Gezondheidszorg.

Deze inleiding overloopt de indeling van de verschillende hoofdstukken met een korte inhoudelijke omschrijving.

Het eerste hoofdstuk omvat de verkenning van het probleemgebied rond het thema. Eerst wordt de aanleiding voor het onderzoek besproken, waarna de belangrijkste begrippen verduidelijkt worden die in het onderzoek gehanteerd worden. Hier wordt ook uitvoerig beschreven hoe welke aspecten van het medium therapeutisch ingezet kunnen worden.
Vervolgens worden de doelgroep en de setting in Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen (België) nader omschreven. Hierna komen de algemene richtlijnen voor de behandeling van de doelgroep aan bod en vervolgens informatie uit onderzoeken omtrent dit thema. Verderop wordt de relevantie van dit onderzoek voor de praktijk en voor de onderzoeker als toekomstig professional verduidelijkt. Uit alle bovenstaande informatie wordt de vraagstelling afgeleid. Vervolgens komen de doelstellingen van het onderzoek aan bod.

Het tweede hoofdstuk beschrijft het verloop van het onderzoek. Allereerst zijn het onderzoektype en de onderzoeksmethode omschreven. In de voorfase en diagnostische fase wordt omschreven wie de directe betrokkenen zijn en wat hun rol in het onderzoek was en hoe het onderzoek zich oriënteert op de praktijk. In de diagnostische fase wordt beschreven hoe een gezamenlijke diagnose van het probleemgebied tot stand is gekomen. De ontwikkelfase geeft een overzicht van de ontwikkeling van het project en wat de rol van de onderzoeker hierin geweest is. Hier worden ook de onderzoeksessies toegelicht en de gegevensverzameling uitgebreid omschreven.
De actiefase geeft aan hoe het onderzoek in de praktijk is verlopen en hoe de gegevens geanalyseerd zijn. Hierna worden de actieonderzoek-specifieke kwaliteitscriteria overlopen en beargumenteerd.

Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten. Hier komen de objectieve resultaten van het onderzoek aan bod.

In het vierde hoofdstuk worden deze resultaten vervolgens verklaard en geïnterpreteerd aan de hand van expertkennis, eigen ervaringen, reflectie en literatuur. Daarna volgt een aantal aanbevelingen voor de praktijk. Verder wordt het eigen methodisch handelen geëvalueerd aan de hand van de verkregen resultaten. Een verantwoording over het al dan niet beantwoorden van de onderzoeksvraag volgt hierna en ten slotte worden de sterktes en zwaktes van het onderzoek op een rij gezet.

Hoofdstuk vijf is een samenvatting van het volledige onderzoek.

In de bijlagen zijn foto’s van de werkstukken ondergebracht, evenals de zoekresultaten van het literatuuronderzoek, een overzicht van de begroting van het actieonderzoek, een overzicht van de gestandaardiseerde onderzoeksessies, de vragenlijst die de patiënten werd aangeboden in de procesmonitoring, een overzicht van de aanwezige patiënten tijdens de verschillende onderzoeksessies en een uitgewerkte sessievoorbereiding van elke ambachtelijke techniek.

1. Probleemstelling

De probleemstelling omvat de aanleiding van het onderzoek en een omschrijving van de belangrijkste begrippen. Eerst worden de ambachtelijke technieken verduidelijkt. Verder volgt een voorstelling van de doelgroep en een precisering van wat onder ik-sterkte en eigen creativiteit verstaan wordt. Hierna komt een samenvatting aan bod van de behandeling van mensen met psychoses zoals ze in de literatuur is omschreven en een overzicht van die literatuur. Vervolgens wordt de relevantie van het onderzoek omschreven. Uit deze gegevens wordt een vraagstelling opgesteld en ten slotte ook de doelstellingen van het onderzoek.

1.1. Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek vindt zijn oorsprong voornamelijk in de ervaringen uit de praktijk van de jaarstage. Het werkveld situeerde zich tijdens die stage in Fase III in het Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen (België), op de afdeling A2. Dit is een opnameafdeling voor mensen met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, of een bipolaire stoornis voornamelijk in manische episodes. De gemeenschappelijke deler van deze mensen is de aanwezigheid van psychoses[1] in verschillende vormen en gradaties. Tijdens de stage was het opvallend hoe negatieve symptomen van deze stoornissen – vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie – de belevingen en creativiteit van de patiënten beïnvloedden (American Psychiatric Association, 2010). Het gebrek aan ziekte-inzicht dat eigen is aan deze stoornissen in combinatie met de gedwongen opname en dus verplichte zorg beïnvloedt de zingeving die patiënten ervaren en hun motivatie voor de therapieën. Symptomen van het paranoïde type schizofrenie zoals preoccupatie met een of meer wanen of frequente gehoorshallucinaties zorgen voor achterdocht, paranoïde gedachten en angst. Samen met fysieke ongemakken die de psycho-farmaceutische behandeling met zich meebrengen, zorgen deze aspecten voor een moeizame opbouw van motivatie voor en deelname aan therapie. Het was niet zo makkelijk om een vertrouwensband op te bouwen. Aan de hand van technische interventies probeerde ik hier meer beweging in te krijgen. Ik merkte dat patiënten zich minder wantrouwig opstelden wanneer het accent niet lag op het symbolisch weergeven van problemen. Iets leren maken is laagdrempeliger dan bewust aan de slag gaan met doelen of problemen. Ook omdat ziekte-inzicht vaak niet of nauwelijks aanwezig is, maakt indirect werken met een technische insteek meer ruimte vrij om therapeutische situaties op te bouwen; situaties waarin de patiënt moeilijkheden of sterktes ervaart in het medium en waar de therapeut dan methodisch kan ingrijpen om zwaktes positief te versterken en sterktes te accentueren of uit te breiden.
Langzaamaan merkte ik dat het aanbieden van ambachtelijke technieken de motivatie aanwakkerde, de weerstand verminderde en zorgde voor een verbetering in het ervaren van betekenis of zin van de therapie. Zo werd het aanbieden van ambachtelijke technieken met al zijn therapeutische aspecten een groot onderdeel van mijn methodisch handelen in de stage.

Eerdere positieve ervaringen met ambachtelijke technieken deed ik op in de middelbare school. Na een aantal jaren school te hebben gelopen in de meest conservatieve (vroegere meisjes-)school van Diest veranderde ik van school en liep ik de laatste drie jaren van het middelbaar onderwijs school in Steinerschool De Zonnewijzer in Leuven. Steinerpedagogie is een onderwijsmethode gebaseerd op de ideeën van Rudolf Steiner. Centraal staat de persoonlijke ontwikkelingsweg van elk individueel kind. De ontplooiing van zijn sociale, kunstzinnige en ambachtelijke vermogens is daarin even belangrijk als de ontwikkeling van zijn intellectuele vermogen. Intellectueel, creatief, ambachtelijk en sociaal wordt het kind uitgedaagd om zijn persoonlijkheid te ontplooien. Leerstof is daarbij altijd middel en ontwikkeling het doel (Steinerpedagogie, 2013). Hier was geen sprake van rigiditeit of uniformiteit, maar wel individualisme, ontwikkeling van het kind en ontplooiing van de (kunstzinnige) vaardigheden. Hier kwam ik voor het eerst in contact met ambachtelijke technieken, die een groot deel uitmaakten van de leerstof. De reden waarom ik deze ervaringen hier aanhaal, is het contrast tussen de rigide aanpak van de conservatieve school en de ervaringen op de Steinerschool. Het leek immers alsof iedereen zonder morren en mét enthousiasme de ambachtelijke vakken doorliep. Er werd gewerkt en gecreëerd en weerstand tegen het aanleren van een ambacht leek zelden voor te komen. Natuurlijk is

[1] Psychoses: zie 1.3. De doelgroep.

de hele pedagogie verantwoordelijk voor de ervaring die een student opdoet en is dit voor elk opgroeiend individu anders. Maar het inzetten van ambachtelijke technieken in de opleiding van jongeren heeft op mij alleszins een positieve uitwerking gehad. De ontwikkeling van het kind als individu in de maatschappij stond voorop, ik-sterkte en eigen creatieve vaardigheden werden aangesproken en versterkt.

1.2. Ambachten en ambachtelijke technieken

In dit onderzoek wordt het begrip ambachtelijke technieken veel gebruikt. Er wordt het volgende onder verstaan:
Ambachtelijke technieken zijn technieken die voortkomen uit oude ambachten en de kunstambachten (Savenije, 1978). Een ambacht is in de meeste gevallen handwerk dat werd aangeleerd om een beroep uit te oefenen. Het gaat dus wel over productie en verwerking, maar niet op industriële wijze. Het heeft een origineel karakter en de techniek ervan is een verworvenheid die door de eeuwen heen steeds verbeterd werd; het resultaat is meestal een gebruiksvoorwerp of siervoorwerp dat bestaat uit een beperkt aantal materialen (1978). Hedendaagse ambachten zijn bijvoorbeeld smid, slager, timmerman, drukker of metselaar. Ambachtelijke technieken zijn technieken die gebruikt worden om die ambacht uit te voeren. Er zit altijd een intrinsieke structuur in die ervoor zorgt dat het product tot stand kan komen (A. Cillisen - Ysermans, persoonlijke mededeling, 2013), een weg die gevolgd moet worden.

Bij het aanbieden van ambachtelijke technieken in beeldende therapie worden deze technieken aangewend om werkstukken op te bouwen volgens de volgordelijkheid van het ambacht, maar met een aantal aanpassingen die geïmplementeerd kunnen worden om het beeldend en therapeutisch proces te ondersteunen. Het doel is niet het produceren van een product, maar wel het gebruiken van de techniek om beeldend vorm te geven, in meer of minder open of gestructureerde mate. Hierin kan gewerkt worden op een continuüm tussen de kunst en het ambacht, l' art et le métier. Le métier is hier het zuiver uitvoeren van het ambacht zonder kunstzinnige aspiraties, en l' art het maken van kunst met het ambacht als oorspronkelijk uitgangspunt.
Ambachtelijke technieken zijn zoals elke mediumtechniek op te splitsen in een aantal therapeutisch inzetbare factoren dat gericht en dus methodisch aangewend kan worden in de behandeling van de cliënt. In dit onderzoek werden deze aspecten methodisch ingezet in een aantal onderzoeksessies.

Er werd met andere woorden aangenomen of vooropgesteld dat deze aspecten op een bepaalde manier methodisch ingezet dienen te worden. Er is niet onderzocht of de gebruikte methodische inzet de *beste* manier is, maar uit ervaringen van de jaarstage en ervaringen van Dirix, therapeut op de afdeling, werden deze aspecten op elkaar afgestemd om het medium zo passend mogelijk methodisch in te zetten in onderzoeksessies. Op zich was dit dus een paradigma in het onderzoek, een vast referentiekader van waaruit de methodiek werd bekeken (Migchelbrink, 2007).

Omwille van het belang van deze methodisch inzetbare aspecten worden ze hieronder één voor één uitvoerig belicht.

1.2.1. Structuur

De therapeut brengt structuur aan in onder andere tijd, ruimte, materialen, technieken, soort van activiteiten of opdrachten. Naast die zelf aangebrachte structuur is er ook structuur die eigen is aan het materiaal of de techniek waarmee gewerkt wordt. Een ambachtelijke techniek volgt de structuur die nodig is om het vroegere ambachtsproduct tot stand te brengen. Een aantal handelingen moeten in volgorde uitgevoerd worden om te werken, de structuur is intrinsiek in de techniek aanwezig. Dit wil zeggen dat de therapeut of de cliënt zelf geen of weinig structuur hoeft aan te brengen in de activiteit, de techniek wijst als het ware zichzelf uit door de volgordelijkheid die erin verwerkt is. Bij een druktechniek maakt men eerst het ontwerp, daarna de gravure, daarna wordt inkt aangebracht en pas dan kan men drukken. Zonder deze volgorde te respecteren kan de druktechniek niet leiden tot een

afdruk. De aandacht van de cliënt kan zo naar het werken gaan en de aandacht van de therapeut kan zich volledig richten op interventies, in plaats van zich te moeten bezighouden met de logistieke, organisatorische kant van de activiteit (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2013). De structuur van een activiteit zorgt voor houvast en helpt de handelingen van de cliënt te structureren (Rosmalen, 2007). Door structuur af te bouwen door bijvoorbeeld de vormgeving vrij te laten, komt er meer ruimte vrij voor eigen creativiteit van de cliënt (2007). Door het hanteren van de structuur wordt een interne locus of control gerealiseerd. “Men spreekt in de psychologie van interne locus of control op het moment dat een persoon het gevoel heeft dat hij bepaalt wat er gebeurt” (2007, p. 48). Dit sluit nauw aan bij het gevoel van controleverlies dat zich soms meester maakt van patiënten met hallucinaties of wanen (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2013). Bij patiënten die overspoeld worden door interne of externe visuele, auditieve, tactiele of gevoelsprikkels is er gevaar voor contra-indicatie voor beeldende therapie (Budde, 1989), maar structuur kan hier helpen om de prikkelgevoeligheid te doen dalen of hanteerbaar te maken. Ervaringen op stage toonden aan dat de intrinsieke structuur van de techniek de patiënten aansprak op volwassen niveau; de instructie kon zich beperken tot het uitleggen van de techniek en verdere ‘regels’ waren minder aan de orde. De therapeut hoeft minder de rol van opzichter op zich te nemen om het verloop van de activiteit te waarborgen. Baeten (2007) stelt dat “wanneer een patiënt verplicht is te handelen in het medium, te kijken naar wat met het materiaal gebeurt, het gemaakte te beoordelen en vervolgens hierop te reageren, is het nauwelijks mogelijk om in chaos te geraken. Dit proces is inherent aan het beeldend vormgeven en zegt ook iets over de (therapeutische) kracht van dit medium” (p. 56).
Ook het werken naar een voorbeeld structureert de activiteit. Het zorgt voor houvast bij patiënten die minder snel zelf expressief kunnen handelen, het zorgt voor geleide expressie (Schasfoort, 2012). Hierbij moet men wel steeds bewaken dat het voorbeeld niet zonder meer wordt overgenomen (pp. 72-73).

Verder is er de overkoepelende structuur van de opname, de afdeling en de therapiesessies. Wanneer de behandeling sterk gedragstherapeutisch gekaderd is, zoals in de instelling waar het onderzoek plaatsvond, is er sprake van structurering van het leefritme van de patiënt om bijvoorbeeld diens dag- en nachtritme weer meer draagbaar en functioneel te maken. Het therapieprogramma biedt door een vaste volgorde en een terugkerend verloop van therapieën structuur in de dagen van de patiënt. Die weet dat hij op bepaalde momenten beeldende therapie zal krijgen en kan zich daarop voorbereiden.

Structuur is echter nooit een doel op zich en wordt dus enkel door de therapeut in gezet als middel, ten dienste van het kunnen handelen van de patiënt (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2012).

1.2.2. Veiligheid

De mate van structuur staat ook in verband met het ervaren van veiligheid. Wanneer een activiteit te voorspellen valt en niet te ingewikkeld is, wordt de veiligheid groter (Rosmalen, 2007). De situatie wordt veilig gemaakt door een juiste balans te zoeken tussen structuur (begrenzing) en ruimte (expressievermogen) (Schweizer, 2009). Doordat door het volgen van de techniek een werkstuk kan ontstaan, wordt de cliënt hier beloond door het medium zelf, wat weer een gunstigere voorwaarde schept voor het verder werken, de motivatie omhoog haalt en bijgevolg de weerstand vermindert (Smeijsters, 2008). De cliënten worden beloond (gedragsmatig) door hun inzet in het medium en de techniek vergemakkelijkt die inzet. In dit onderzoek werden de onderzoeksessies ingepland op momenten waar de patiënten normaal altijd beeldende therapie hebben. De therapeut en zijn stagiaire waren informeel aanwezig op sommige onderzoekmomenten en droegen zo ook bij tot het creëren van een veilig klimaat voor de patiënten om deel te nemen en te experimenteren. Ook de kennismaking van de onderzoeker met een aantal patiënten in het stagejaar was een bijdrage aan de veiligheid; gekende patiënten stelden ongekende patiënten op hun gemak door het herkennen van de onderzoeker. Het zich comfortabel voelen zorgt voor een snellere ingang van het handelen en de actie in het medium en het in staat zijn om contact te maken met therapeut en medecliënten (Cilissen-Ysermans, 2010). Naast algemene voorwaarden voor de veiligheid van een beeldend therapeutische activiteit spelen ook de kenmerken van de doelgroep mee. De patiënten die onderwerp waren van dit onderzoek zijn mensen die lijden aan (een vorm van) psychoses die zorgen voor een ernstig verstoord realiteitsbesef (zie hoofdstuk 1.3). Paranoia en angst die hiermee samenhangen of hieruit voortvloeien

beïnvloeden het gevoel van veiligheid in het dagelijkse leven, op de afdeling en in de therapeutische sessies. Het al dan niet aanslaan van de psycho-farmaceutische behandeling brengen op dit gevoel ook veranderingen teweeg doorheen de opname.

1.2.3. Techniek

De materiaaltechniek is in dit onderzoek samen met het ambacht één van de hoofdbestanddelen van de therapeutische methodiek. Met deze techniek wordt hier de techniek van de materialen bedoeld, de techniek van het ambacht. De beeldend therapeut is een specialist in het medium en moet dus goed thuis zijn in een breed scala van materialen en technieken. De beheersing van het ambacht staat ten dienste van de therapeutische toepassingen (Schweizer, 2009). Wanneer een cliënt iets maakt volgens een authentieke techniek met eigen invulling van de vormen wordt er op een creatieve manier iets 'eigen' gemaakt (2009). In dit onderzoek was de onderzoeker ervaren in de technieken die werden aangeboden in de actiefase, maar de hoofdexpertise van het medium lag bij de behandelend therapeut van de afdeling, Lode Dirix (zie hoofdstuk 2.3). Om die reden werkte de onderzoeker voor de invulling van de onderzoeksessies nauw samen met de behandelend therapeut.
Het aanleren van een ongekende techniek paste ook in de ortho-agogische werkwijze die de onderzoeker in de actiefase van het onderzoek hanteerde (zie hieronder bij therapeutische houding en werkwijze en in hoofdstuk 2.6).

1.2.4. Therapeutische houding en werkwijze

Naast de materiaaltechniek is er ook de therapeutische techniek. Het aspect dat hier methodisch gehanteerd wordt is de houding en werkwijze van de therapeut die ingezet wordt om de behandeling op gang te brengen en te ondersteunen. De therapeutische technieken zijn een onderdeel van de algemene therapeutische houding. Het begrip 'therapeutische techniek' is niet rechtstreeks afgeleid van het medium, maar afgeleid van het therapeutische handelen in zijn algemeenheid (Cilissen-Ysermans, 2010).
Smeijsters (2008) omschrijft het begrip als volgt:

> Een therapeutische techniek is een enkele kortdurende handeling door de creatief therapeut in het medium of verbaal, voor, tijdens of na het werken in het medium, waarmee de creatief therapeut bij de cliënt een onmiddellijke reactie uitlokt of zijn onmiddellijke beleving probeert te beïnvloeden (…). (p. 69)

Deze therapeutische technieken werden in dit onderzoek vooraf gericht opgesteld naar het doel van de activiteit. De interventies evolueerden van ondersteunend en sturend naar de techniek naar ondersteunend naar eigen inbreng en egoversterking.
De therapeutische werkwijze die in dit onderzoek voornamelijk gehanteerd werd was de ortho-agogische werkwijze (Smeijsters, 2008). Deze werkwijze heeft als algemene doelstelling het ondersteunen van de ontwikkeling bij mensen met een beperking. Mediumactiviteiten zijn gericht op de ontwikkeling van (…) perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden (p. 56). Doelen kunnen zijn: het opheffen van passiviteit, stimuleren van doelgericht werken, veranderen van gedrag, vergroten van de concentratieboog, ed. (p. 56). De therapeut intervenieert op een directieve wijze en de werkvormen zijn actief en in meer of mindere mate gestructureerd, wat wil zeggen dat er sprake is van een werkvorm waarvan het verloop vastligt (p. 56). Smeijsters (2008) stelt dat de creatief therapeut de patiënt veelal invoegt in een bestaande werkvorm (p. 56). In dit onderzoek werden de patiënten ingevoegd in de techniek die werd aangeboden, door de voorgestructureerdheid van de activiteit en techniek. Verder was de therapeut ook supportief, om bij te dragen aan een veilig klimaat, om uit te proberen in de techniek en om de patiënten te ondersteunen in zelfactualisatie (mogelijkheden van jezelf ontwikkelen) (2008, pp. 56-57). Naar de door Rogers (zoals geciteerd in Smeijsters, 2008, p. 86) ontwikkelde therapeutische principes echtheid, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie werd deze houding ook aangenomen bij interventies door de onderzoeker tijdens de onderzoeksessies om patiënten te stimuleren zichzelf te zijn en los van maatschappelijke of externe verwachtingen te handelen.

De instructie is ook een belangrijk onderdeel van de voorbereiding en uitvoering van een beeldend therapeutische activiteit. Die kan op verschillende manieren bijdragen aan de algemene therapeutische kwaliteit van een sessie wanneer ze aansluit bij de andere methodische aspecten. Zo kan ervoor gekozen worden een uitgebreide of een korte instructie te geven, een open of directieve instructie, gedetailleerd of opzettelijk vaag. In dit onderzoek zijn de instructies afgestemd op de onderzoeksessies. Passend in de ortho-agogische werkwijze waren de instructies directief en eerder kort. Dit zorgde ervoor dat meteen in het handelen gegaan kon worden en dat de bedoeling van de activiteit snel duidelijk was voor iedereen. In de instructie werden de materialen voorgesteld en werd de techniek voorgedaan. Het verschil in instructie in de verschillende sessies wordt beschreven in hoofdstuk 2.6.

1.2.5. Product

Anders dan in bijvoorbeeld dramatherapie of muziektherapie (met uitzondering van het vastleggen of opnemen van sessies) is het ontstaan en tastbaar worden van een werkstuk kenmerkend voor beeldende therapie. Het product is het eindresultaat van een beeldend proces, waarin de handelingen in meer of mindere mate zichtbaar blijven. Dit werkstuk is niet altijd een ‘esthetisch mooi product’. Soms is het zinvoller om na het handelen het werkstuk weg te gooien of bijvoorbeeld te verscheuren, anderzijds kan het werkstuk een buffer zijn om indirect over het handelen en handelingspatronen te spreken. De ervaring met de doelgroep tijdens de jaarstage wees uit dat slechts weinig patiënten waarde hechten aan het werkstuk en het beschouwen als een echt ‘product’. Vaak hing dit samen met het al dan niet bruikbaar zijn van dat product en het al dan niet tot uiting komen van eigen creatieve inbreng.

In de literatuur omschrijft men een aantal verschillende functies die een product kan hebben. Zwiers stelt dat “een functie de relatie aangeeft tussen het object en de culturele omgeving. In die omgeving krijgt het betekenis en wordt het gebruikt” (1990, p. 13). We onderscheiden volgende productfuncties: gebruiksfunctie, communicatieve functie, ordenende functie, esthetische functie, rituele functie en amusementsfunctie (1990, pp. 14-20). In dit onderzoek is er vooral sprake van een esthetische en gebruiksfunctie. Een esthetische functie geeft aan dat “het beeld dient tot waarneming, beoordeling en waardering voor wat aangenaam aandoet voor vorm, kleur, verhouding, enzovoort” (1990, p. 21). Met andere woorden: de maker en/of toeschouwer vindt het beeld aangenaam, mooi om naar te kijken. Een gebruiksfunctie stelt dat het “beeldend product praktisch aangewend wordt, als een bruikbaar voorwerp, om bewust een verandering tot stand te brengen in de materiele omgeving” (1990, p. 21). Savenije stelt dat “tussen het product en de maker een verband is, de maker heeft doorgaans van begint tot eind invloed op het ontstaan van het product” (1978, p. 54). Elk product heeft door de karakteristiek een onvolmaaktheid, het is persoonlijk (1978, p. 54).

Door de techniek van een ambacht toe te passen is er de mogelijkheid tot het maken van verschillende soorten producten. De therapeut kan hierin de afweging maken of het product naar de standaard van de ambacht moet zijn, een degelijk uitgevoerd voorwerp zoals een rieten mand of een vaas in keramiek, of vrij vormgegeven, zonder conventionele verplichtingen. Sommige patiënten worden aangesproken door het maken van een gebruiksvoorwerp, anderen door het maken van een vrije vorm. Er kan ook een proces plaatsvinden waarin de cliënt eerst in de structuur van de techniek een gebruiksvoorwerp maakt, conform met het ambacht dat erachter zit, en later, door oefening en herhaling, tot een meer vrije vormgeving komt waarin zijn creativiteit en scheppingsvermogen meer ruimte krijgen. De onderzoeksessies waren dan ook op deze manier opgebouwd. Bij de behandeling van cliënten met psychoses is het belangrijk om de sterktes te benadrukken in de therapie, om te werken met wat de cliënt wel nog kan. Schweizer (2009) stelt dat “wanneer er uitgegaan wordt van positieve mogelijkheden als houvast, er wordt gesproken van empowerment” (p. 122). Taakspanning en motivatie, die door de negatieve symptomen erg beïnvloed worden, kunnen gestimuleerd worden door het afgelijnde einde van een ambachtelijke techniek, het resultaat in tegenstelling tot het ‘open einde’ van bijvoorbeeld een schilderij (L. Dirix, persoonlijke mededeling, 2014).
De drie technieken die gebruikt worden in het onderzoek hebben alle drie een ander niveau van werken naar een gebruiksvoorwerp door de specifieke materiaaleigenschappen en oorspronkelijke ambachten. Klei en pitriet doen een groter appèl op het maken van een gebruiksvoorwerp dan de

druktechniek. Die druktechniek doet dan weer een groter appèl op eigen creatieve inbreng dan pitriet en klei zit hier ergens tussenin.

Ambachtelijke technieken geven de mogelijkheid om twee- of driedimensionaal te werken, naargelang de noden, wensen en mogelijkheden van cliënt, therapeut of behandeldoelen.

1.2.6. Materiaal en materiaaleigenschappen

Wanneer een ambachtelijke techniek wordt aangeboden houdt dat meestal in dat met andere, nieuwe materialen wordt gewerkt, met materialen met meer weerstand zoals hout of metaal (Schweizer, 2009), maar ook met veranderlijke weerstand zoals pitriet dat hard en breekbaar is als het droog is en soepel en buigzaam wordt als het nat is. Deze reacties van de materialen worden bepaald door materiaaleigenschappen. Door deze verschillen in weerstand van materialen is de materiaalhantering een belangrijke bron van feedback. Wanneer pitriet breekt is het te hardhandig bejegend, te hard geplooid of te weinig geweekt: het pitriet in plaats van de therapeut 'zegt' dat er iets is misgelopen. Voor cliënten die moeilijk feedback aannemen kan dit een makkelijkere manier zijn om gedragsveranderingen teweeg te brengen. In de aangeboden activiteiten van dit onderzoek is ook een duidelijk verschil in materiaaleigenschappen op te merken. Het toeval dat in een product van een druktechniek verweven zit kan worden afgedaan alsof het zo de bedoeling was. Ook kan niemand aan de organische vormen in een met de hand vormgegeven werkstuk in klei zien of dat net de bedoeling was, of dat de patiënt niet vaardig is in de techniek. Het strikte voor-achter-patroon van een vlechttechniek met pitriet geeft veel directer feedback over al dan niet gemaakte fouten in de techniek. Het al dan niet beheersen van de techniek en het respecteren van de materiaaleigenschappen is hier meer zichtbaar.

1.2.7. Appèl en appèlwaarden

Naast de eigenschappen van elk materiaal is er ook het appèl van een materiaal. Het appèl van een materiaal doet een beroep op de hantering ervan; het vraagt iets van je. Wanneer je bijvoorbeeld een bal naar iemand werpt doet die het appèl op die persoon om hem te vangen óf om weg te duiken. Bij het werken met ambachtelijke technieken is altijd in meer of mindere mate sprake van appèl op fysieke activiteit: de drukpers bedienen, inkt uitrollen, pitriet oprollen en hanteren, zagen, vijlen, enzovoort. Naast het appèl op de hantering zijn er ook appèls op beleving en dan spreekt men van appèlwaarden: het pakken van of wegduiken voor de bal. Het is de waarde die de patiënt hecht aan de beleving van het materiaal. In ambachtelijke technieken kunnen we vaak spreken van dimensionele appèls (Rosmalen, 2007). Die hebben betrekking op de mate waarin iemand zich aangetrokken voelt tot de bewegingsruimte die de activiteit biedt. Er is ook een appèl op productie, door het ambachtelijke karakter. Afhankelijk van de mate van voorgestructureerdheid kan de vormgeving zuiver productief dan wel creatief zijn (Rosmalen, 2007). Deze appèlwaarde hangt samen met de mate van voorkeur voor structuur van de cliënt, de mate van behoud van controle van de cliënt, de wens om resultaatgericht te werken en het al dan niet iets van zichzelf willen toevoegen in de activiteit (Rosmalen, 2007). Hantering van behoeftes en appèls kan leiden tot een realisatie van intrinsieke motivatie (Rosmalen, 2007). Ieder persoon kan ook anders reageren op een materiaal en hecht hier een andere appélwaarde aan. Sommige patiënten werken graag met drukinkt, anderen vinden dit te vuil, idem voor werken met klei. In dit onderzoek werden verschillende appèls ingezet om de patiënten te verleiden om bijvoorbeeld deel te nemen aan de activiteit, gemotiveerd te zijn om deel te nemen of in het handelen te komen.

1.2.8. Zingeving

Het is voor het proces van de patiënt van belang dat hij de aangeboden therapieën zinvol vindt. “Wat is hier eigenlijk het nut van?” is een zin die menig creatief therapeut al heeft gehoord. Op de afdeling waar dit onderzoek plaatsvond (zie hoofdstuk 1.3) zijn patiënten vaak gedwongen opgenomen. Wanneer in dat geval de behandeling opgelegd is, is de zingeving voor de patiënten vaak zoek. Werken met materialen die anders zijn dan de gekende teken- en schildermaterialen kan dan bijdragen aan de zingeving van de activiteit. Vaak vinden cliënten die het niet gewend zijn om met bekende grafische materialen zoals verf, kleurpotloden of stiften te werken het onplezierig om met ‘kinderachtige’ materialen te werken. Associaties met ambachten, serieus genomen worden en aangesproken worden op een volwassen niveau, is vaak een insteek die hen helpt zichzelf en de therapie serieus te nemen (L. Dirix, persoonlijke mededeling, 2014; Schweizer, 2009). Ook het feit dat werken volgens een ambachtelijke techniek vaak uitmondt in een gebruiksvoorwerp prikkelt de zingeving. Bij het werken met ambachtelijke technieken maken patiënten een persoonlijk en uniek werkstuk en kan tussen de maker en het product een verband ontstaan (Savenije, 1978).

1.2.9. Werkvorm

Er kan individueel gewerkt worden aan een eigen werkstuk. Cliënten kunnen dan eenzelfde soort werkstuk maken, vb. een mand in pitriet, of iedereen een andere, vrije vorm. De techniek blijft altijd een gemeenschappelijk thema. Er kan met doorgeefsystemen gewerkt worden waarbij toevoegingen aan de werkstukken gebeuren. Ook twee- of drietallen kunnen samenwerken aan een groepswerkstuk. Of de hele groep kan samen aan een werkstuk werken: ieder een onderdeel dat later samengevoegd wordt, of samen met elkaar één werkstuk. In principe kunnen alle vormen van individueel en groepswerk toegepast worden bij het aanbieden van ambachtelijke technieken. Tijdens de stage zijn verschillende werkvormen toegepast: groepswerk met de hele cliëntgroep of individueel werken met een volgpatiënt. Dit hangt allemaal af van de doelen van de individuele cliënt of de gehele groep. Met groepsopdrachten komt de groepsdynamiek ook in het gezichtsveld van de doelen en kan daar op verschillende manieren aan gewerkt worden. Het aanbieden van een groepsopdracht kan zorgen voor meer structuur in de sessie en zorgt meestal voor een snellere ingang van de werkfase dan het vrij laten kiezen van een activiteit (Schweizer, 2009). In dit onderzoek was bij elke onderzoeksessie de werkvorm individueel in groep (Budde, 1989). In een dergelijke opstelling werkt iedereen in dezelfde techniek aan een eigen werkstuk. Er is meer aandacht voor de patiënten individueel en het is meer egoversterkend doordat de uniekheid van elke patiënt benadrukt wordt (1989, p. 42). Reden voor de werkvorm in dit onderzoek, naast bovenstaande argumenten is dat dit de meest gangbare werkvorm is die toegepast wordt op de afdeling in de beeldende therapie, onder begeleiding van Dirix (zie hoofdstuk 2.3).

1.2.10.In en met het medium

Een belangrijk onderscheid in het creatief therapeutisch aanbieden van het beeldend medium is werken *in* en *met* het medium. Wanneer *met* het medium wordt gewerkt staat het decoderen en interpreteren van symbolen op de voorgrond (Ansdell, 1995). Wanneer *in* het medium wordt gewerkt staat voorop dat het proces dat zich in het beeldend medium voltrekt in zichzelf psychisch is (Smeijsters, 2008). Verder stelt Smeijsters (2008) nog: “De cliënt toont in het medium hoe hij is en verandert” (p. 235). In de praktijk is dit verschil voelbaar in het aanbieden en begeleiden van de therapeutische activiteiten en sessies. Activiteiten die gericht zijn op het vormgeven en interpreteren van persoonlijke symboliek doen vaker eerst een beroep op de cognitie. Activiteiten die gericht zijn op het handelend veranderen van aspecten van het functioneren van de patiënt doen een beroep op het handelen, het ervaren. Hiermee samenhangend is het expliciete en impliciete werken met de patiënt. Tijdens de stage werd duidelijk dat vooral impliciet en handelingsgericht *in* het medium werd gewerkt. De eigenheid van de aanpak van Dirix en de eigenschappen van de doelgroep maakten deze combinatie het best werkbaar: Dirix, die expert is in het inzetten van de materiaaleigenschappen, en

de doelgroep die achterdochtig kan zijn, door gedwongen opname weinig motivatie heeft voor therapie en weinig of geen ziekte-inzicht heeft. Door het niet expliciet verwoorden van therapiedoelen was de insteek impliciet. De nadruk lag op het handelen en het methodisch inzetten van het medium op handelingspatronen van de patiënt.

Een voorbeeld is:
- Opdracht geven: “maak een beeld van wat controle loslaten voor jou betekent”.
- Opdracht geven om met een nat aquarelpapier te experimenteren met vloeibare ecoline.

In het eerste geval wordt er beroep gedaan op de cognitie van de patiënt: hij moet nadenken over hoe hij eigen gedragingen in een beeld (symbolisch) moet weergeven. In het tweede geval gaat de patiënt meteen in het handelen en de ervaring. Hij wordt door de eigenschappen, appèls en appèlwaarden van de materialen gedwongen om te ervaren wat loslaten is. Er wordt aangenomen dat de ervaring met controle loslaten en vasthouden hetzelfde is in het medium en in het dagelijkse leven. Dit is de kernidee van het analoge procesmodel (Smeijsters, 2008). Smeijsters (2008) stelt dat “de analogie tussen het psychische proces en het mediumproces, waarbij het psychische proces zich niet parallel aan, maar binnen het medium voltrekt, een hoeksteen is van creatieve therapie” (p. 239).

1.3. De doelgroep

Het onderzoek richtte zich op patiënten die opgenomen zijn op afdeling A2 van Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen (België). Deze afdeling behandelt mensen met schizofrenie, andere psychotische stoornissen of manische depressie. Zoals reeds vermeld is de gemene deler van deze verzameling stoornissen het hebben van psychoses. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen zijn wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak of ernstig chaotisch gedrag (American Psychiatric Association, 2010). Deze positieve symptomen zorgen voor een ernstig verstoord realiteitsbesef. Patiënten hebben moeite om het onderscheid te maken tussen subjectieve en objectieve, interne en externe werkelijkheid (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2006). Bij hallucinaties wordt feitelijk niets waargenomen, maar heeft men slechts het idee iets waar te nemen (Vandereycken & van Deht, 2004). Hallucinaties kunnen betrekking hebben op alle zintuigen. Ze kunnen ook iemands gedrag beïnvloeden wanneer het bijvoorbeeld stemmen zijn die dwingende opdrachten geven (bevelshallucinaties) (2004, p. 105). Wanen zijn niet te corrigeren. Het zijn foutieve overtuigingen, de inhoud van het denken is verstoord. De onjuistheid van de gedachten wordt niet ingezien en met absolute zekerheid verdedigd. Een primaire waan kan plotseling ontstaan en voor de patiënt direct overtuigingskracht hebben. Een secundaire waan kan voortkomen uit belevingen die met de psychose samenhangen of samenhangen met een ernstige stemmingsstoornis. Deze positieve en negatieve symptomen brengen vaak een ernstig sociaal en beroepsmatig disfunctioneren met zich mee (2010, pp. 193-194). In dit onderzoek ligt de focus op de negatieve symptomen en het disfunctioneren dat hierdoor veroorzaakt wordt.

In de literatuur worden mensen met psychoses vaak omschreven als niet-creatief, vooral door de negatieve symptomen van de stoornis. Ook de medicatie die de psychose en bijbehorende positieve symptomen onder controle moet houden zorgt voor een vervlakking van de beleving van patiënten. Bepaalde functies verdwijnen: emoties vervlakken, er ontstaat apathie, slechte zelfverzorging en spraakarmoede en soms worden de patiënten catatonisch (Vandereycken & van Deht, 2004). In andere gevallen wanneer de patiënt nog acuut psychotisch is, is het heel moeilijk om in het hier-en-nu te blijven werken en kan de patiënt zich volledig verliezen in zijn werk, er volledig in opgaan, heel grenzeloos en associatief te werk gaan (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2013).
Dikwijls zijn patiënten met psychoses opgenomen onder een gedwongen statuut. Zij voldoen op een bepaald moment aan drie voorwaarden: de betrokkene is geestesziek, hij/zij vormt een gevaar voor zijn eigen gezondheid of veiligheid of een ernstig bedreiging voor andermans leven of integriteit en er is geen andere geschikte behandeling mogelijk, omdat betrokkene weigert vrijwillig in begeleiding te gaan (Het Hof van Cassatie België., 2013).
De combinatie van de gedwongen opname met het gebrek aan ziekte-inzicht zorgt ervoor dat de patiënt in feite niet weet wat hij verkeerd heeft gedaan. Hierdoor wordt de zingeving aangetast en ontstaat er weerstand tegen de behandeling. Die weerstand kan zorgen voor een vertraging van het behandelproces.

Wanneer meerdere periodes van psychoses elkaar opvolgen en middelengebruik of somatische stoornissen uitgesloten zijn wordt gesproken van schizofrenie (American Psychiatric Association, 2010). Schizofrenie is een chronische ziekte. Volledig herstel is uitgesloten (Vandereycken & van Deht, 2004). De behandeling focust zich op het onder controle krijgen van de positieve symptomen en het omgaan met de stoornis, zowel door de patiënt als door diens omgeving. De stoornis is ingrijpend voor cliënten op verschillende vlakken in hun leven: werksituatie, woonsituatie en sociale situatie komen in vaak in het gedrang. Schizofrenie interfereert met alle aspecten van het leven van de cliënt, gaande van sociaal functioneren tot subjectief bevinden van welzijn of kwaliteit van leven. Dat is een belangrijk aspect in de behandeling van cliënten met schizofrenie (Garrido, et al., 2013). Veel van de patiënten die deelnamen aan het onderzoek hebben de diagnose schizofrenie reeds gekregen.

In de instelling worden de patiënten onderverdeeld in drie groepen, A, B en C. Wanneer patiënten pas opgenomen zijn en nog acuut psychotisch zijn, zitten ze in de C-groep. Hier krijgen ze een heel beperkt therapieprogramma op de afdeling zelf. Wanneer hun toestand stabiliseert schuiven ze door naar de B-groep. Hier wordt het programma voller en gaat de therapie door buiten de afdeling. De patiënten komen zelfstandig en in groep naar het revalidatiecentrum waar de lokalen van de creatieve therapie zich situeren. Alleen als er fugue-gevaar[2] bestaat worden de patiënten van en naar de afdeling begeleid. In de B-groep ligt de focus van de therapie op de patiënt en het medium. Er wordt ervaringsgericht gewerkt, meestal individueel in groep en tot op zekere hoogte vrijblijvend (deelname of activiteit wordt geobserveerd). In de A-groep wordt dat anders. Hier komen patiënten in terecht die beter sociaal functioneren en wordt de focus gelegd op de patiënt, het medium en het sociaal gedrag: voor de patiënt geldt ik, het medium en de ander. Deze groep krijgt het meest therapie. Wekelijks worden twee groepsactiviteiten gegeven, waar verwacht wordt dat iedereen participeert. De sessies worden zo ingericht dat naast persoonlijke processen ook groepsdynamische processen worden belicht.
De actiefase van het onderzoek heeft zich afgespeeld tijdens sessies met de A- en B-groep (zie hoofdstuk 2.7).

1.4. Ik-sterkte en eigen creativiteit

Dit onderzoek richt zich op het vergroten van de ik-sterkte door de negatieve symptomen te verminderen en de daaruit voortkomende vermindering van eigen creativiteit terug te prikkelen. Eigen creatieve inbreng is dus geen doel op zich, maar een middel om tot egoversterking te komen.

In het beeldend therapeutisch werk komt zoals in vele andere therapeutische milieus het woord ik-sterkte of ego-sterkte vaak aan bod. In dit verslag worden beide termen gebruikt.

Freud, grondlegger van de psychoanalyse, maakte onderscheid tussen het bewuste, het onbewuste en het voorbewuste. Later introduceerde hij de begrippen Id, Ego en Superego, waarbij het Id verwijst naar individuele driften, het Superego naar normenpatronen uit de omgeving waarmee men zich identificeert en het Ego gezien wordt als een bemiddelende instantie tussen de eisen van het Id en het Superego (Smeijsters, 2008). Het ego kan dus worden gezien als een persoonlijke manier van omgaan met de individuele behoeften en de opgelegde normen van de maatschappij waarin je leeft. Een mens definieert zichzelf dus door interactie met de buitenwereld (Verhaeghe, 2012). “We willen bij de groep horen (geliefd worden door ouders of peergroup) en tegelijk uniek zijn (ons afzetten, eigenheid ontwikkelen). Hoe die interactie verloopt bepaalt ons zelfbeeld, ons gevoel van zelfwaarde, zelfliefde of juist zelfhaat” (p. 46). Maar om dat gezonde zelfbeeld op te bouwen heb je een omgeving nodig die vertrouwd is en waarin je mag experimenteren met je ‘zijn’, waarin je ook mag mislukken en toch nog graag gezien wordt (De Wachter, 2014). Een goed ontwikkeld Ego zorgt dus voor een stevig, zeker gevoel over het zelf; men spreekt van ego-sterkte of ik-sterkte.

De doelgroep die in dit onderzoek wordt betrokken kenmerkt zich door een aantal symptomen, positief en negatief (zie hoofdstuk 1.3). De behandeling focust zich zoals hierboven reeds omschreven op het onder controle krijgen van de positieve symptomen (door psychofarmaca) en het omgaan met de

[2] Gevaar voor verlaten van de instelling zonder goedkeuring van de behandelaar.

stoornis, zowel door de patiënt als door diens omgeving. De stoornis is ingrijpend voor cliënten op verschillende gebieden van het leven en interfereert op verschillende gebieden gaande van het sociaal functioneren tot subjectief bevinden van welzijn, of kwaliteit van leven. De negatieve symptomen zijn hier vaak een grote beïnvloedende factor. Patiënten moeten door een rouwproces om te leren omgaan met de levenslange aandoening. Ze krijgen een ernstige deuk in hun eigenheid en zelfbeeld. Ze moeten leren dat het hebben van een psychose geen reden is voor totaal disfunctioneren (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2014). De negatieve symptomen zorgen voor een beperking in verschillende functies van de patiënt en beïnvloeden het ego in negatieve zin. Positieve symptomen als ondergangswanen versterken het negatieve effect op het ego, andere positieve symptomen als megalomane gedachten of Messiaswanen kunnen een tijdelijke extreme verhoging van de ego-sterkte veroorzaken.

Creativiteit is een andere veelvoorkomende term die onlosmakelijk met creatieve therapie verbonden is. Maar wat is creativiteit nu juist? Is het de mogelijkheid om een kunstwerk te scheppen, of is het vindingrijk omgaan met een probleem dat je tegenkomt?
In de jaren zeventig was er een kentering in wat werd verstaan onder het begrip creativiteit (Smeijsters, 2008). In plaats van alleen het scheppen van kunst als creatief te bestempelen werden ook andere dagelijkse activiteiten beschouwd als mogelijk net zo creatief: creatief je werk doen, creatief je kind verzorgen, creatief het huishouden doen enzovoort (p. 109). “Met creativiteit wordt in dit geval nog steeds oorspronkelijkheid en vindingrijkheid bedoeld, maar het begrip heeft nu betrekking op persoonlijkheidskenmerken die zich in vele gedragingen buiten de kunst uiten” (2008, p. 109). Met andere woorden: niet alleen kunstenaars kunnen creatief zijn, maar ook de ‘gewone mens’ in zijn dagelijks handelen. Hiervoor moeten die mensen wel in staat zijn om hun talenten te actualiseren, om zo in staat te zijn tot creatief waarnemen en handelen (2008, p. 109). Smeijsters stelt dat dat niet mogelijk is wanneer men last heeft van “neurotische of psychotische problemen, (…) lichamelijke, sociale of maatschappelijke tekorten of de kracht zich daaraan te onttrekken” (2008, p. 109). Hij omschrijft dat wanneer er sprake is van een cliënt het meestal gaat om iemand die onzeker is, die bewust of onbewust situaties vermijdt waarin die onzekerheid naar voren komt (2008, p. 110). Psychotherapeut Rogers (zoals geciteerd in Smeijsters, 2008) koppelde het begrip creativiteit aan de therapiesituatie en stelde dat creativiteit onder andere het vermogen is tot spelen en het openstaan voor de omgeving. Smeijsters (2008) vat samen:

> In de creatieve therapie gaat het niet om het creatief maken van cliënten, maar om het doorlopen van creatieve processen van velerlei aard waardoor cliënten psychisch gezonder worden en creativiteit kan ontluiken. Kenmerkend voor creatieve therapie is dat dit gebeurt in het medium. (p. 111)

Ook algemene tendensen in de zorg stellen creativiteit meer op de voorgrond. Men spreekt over empowerment van de patiënten om zelf psychische problemen op te lossen of te verbeteren (Smeijsters, 2008). De doelgroep die in dit onderzoek het onderwerp vormde heeft met deze eigen sterktes vaak moeite door de invloedrijke negatieve symptomen, het verstoorde realiteitsbesef en warrige interne en externe beleving van de werkelijkheid die met de stoornis verbonden zijn (zie hoofdstuk 1.3). Het aanspreken en versterken van eigen creativiteit wordt beschouwd als sterkte van creatieve therapie in de bestrijding van de negatieve symptomen van de stoornis (zie hoofdstuk 1.5).

1.5. De behandeling van schizofrenie en andere psychotische stoornissen

De afdeling A2 in MC Sint-Jozef Munsterbilzen (België) is het kader voor een behandeling door een multidisciplinair team. De behandeling van de patiënten ligt in handen van een afdelingspsychiater, een psycholoog, een hoofdverpleegkundige met een team psychiatrisch verpleegkundigen achter zich, een psychomotorisch therapeut en een ergotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in het beeldend medium (zie hoofdstuk 2.3). De ergotherapeut verzorgt de beeldend therapeutische sessies, huishoudelijke therapie en het industrieel atelier. Naast deze therapieën zijn er ook psycho-educatiesessies over drugsmisbruik en de stoornis zelf en groepsgesprekken met de psycholoog. Er wordt gesteld dat de meest efficiënte behandeling voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen een combinatie is van psycho-farmaceutische behandeling om de positieve symptomen onder controle te houden en psychotherapeutische behandeling om de negatieve symptomen te

bestrijden en daarbij de kwaliteit van leven te bevorderen (Patterson & Leeuwenkamp, 2008; Castelein, Knegtering, Van Meijel, & Van Der Gaag, 2012; Alphen, et al., 2012).

De paramedische behandeling loopt parallel en in samenwerking met de psycho-farmaceutische behandeling. De psychiater zorgt voor een uitgebalanceerde cocktail van antipsychotica en stemmingsstabilisatoren en eventueel bijkomende medicatie tegen onvermijdelijke neveneffecten van de medicijnen of andere somatische klachten. Deze behandeling met medicatie wordt over het algemeen beschouwd als de belangrijkste pijler van de behandeling van psychoses en schizofrenie en is onmisbaar voor het bedwingen van de positieve symptomen van de stoornis (Vandereycken & van Deht, 2004; Butler, 2012). Recentere studies tonen echter meer en meer het belang aan van aanvullende psychosociale therapie in samenwerking met de psycho-farmaceutische behandeling voor het bekomen van de meest positieve resultaten, met name in de behandeling van de negatieve symptomen van de stoornis (Patterson & Leeuwenkamp, 2008; Butler, 2012). Een studie naar de creatief therapeutische behandeling van schizofrenie wijst uit dat vooral symptomen als depressieve gevoelens, energieverlies en verminderde motivatie kunnen worden aangepakt (Crawford & Patterson, 2007). Men spreekt verder ook over het inzetten van gedragstherapie en andere op vaardigheden gebaseerde therapieën en steunende, structurerende vormen van begeleiding (Butler, 2012; Vandereycken & van Deht, 2004). De richtlijn schizofrenie indiceert cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventies en psycho-educatie en zegt over beeldende therapie dat er aanwijzingen zijn dat beeldende therapie in vergelijking met standaardzorg een klein effect heeft op negatieve symptomen na twintig weken behandeling (Alphen, et al., 2012).
Op de afdeling wordt door het hele team gedragstherapeutisch gewerkt. De patiënten hebben een gedragskaart waarop ze gescoord worden op verschillende items om zo hun gedrag te sturen: kamerorde, afwas na ontbijt en deelname aan de therapieën worden gescoord met een cijfer van nul (onvoldoende) tot drie (goed). Het uiteindelijke puntentotaal aan het einde van de week zorgt voor het verdienen of kwijtraken van privileges en bepaalt in zekere mate mee welke vrijheid de patiënt geniet in het weekend.

Een belangrijk aanknopingspunt van creatieve therapie met gedragstherapie is de gedeelde visie over ervaringskennis (Smeijsters, 2008, p. 56). Leren door ervaring heeft meer invloed op gedragsveranderingen dan leren door uitleg of instructie. De werkwijze die hierbij aansluit en waarmee de onderzoeker het meest gewerkt heeft tijdens de jaarstage in fase drie van de opleiding is het ortho-agogisch werken.
Deze werkwijze heeft als algemeen doel het ondersteunen van de ontwikkeling bij mensen met een beperking (Smeijsters, 2008). Er wordt gericht gewerkt naar ontwikkeling van psychomotorische, sensomotorische en spraak/taalvaardigheden, maar meer belangrijk nog: perceptuele, cognitieve sociale en emotionele vaardigheden (2008, p. 56). Deze laatste aspecten hebben allemaal betrekking op gebieden waarin mensen met psychoses vaak vastlopen. De interpretatie van situaties bij wanen of hallucinaties of bij paranoia of achterdocht, de sociale interactie met mensen in uiteenlopende situaties gaande van werk over vrije tijd en emoties die door angst en onrust vaak overspoeld worden. Smeijsters (2008) beschrijft een vrij directieve houding van de therapeut, in combinatie met een actieve werkvorm die in meer of mindere mate gestructureerd is. De patiënt wordt ingevoegd, geassimileerd in een bestaande werkvorm. Doelen kunnen zijn: verbeteren van de waarneming, vergroten van de concentratieboog, vasthouden van de aandacht, opheffen van passiviteit, leren onderscheiden van stimuli, veranderen van gedrag, stimuleren van de gerichtheid op de ander, verbeteren van de sociale vaardigheden, leren samenwerken (2008, p. 56). Met de kenmerken van schizofrenie of andere psychotische stoornissen en ambachtelijke technieken in het achterhoofd lijken al deze doelen meteen bruikbaar bij het werken met deze patiënten. De ortho-agogische werkwijze omvat gedragstherapeutische en ortho-agogische referentiekaders (2008, p. 56).

1.6. Onderzoeken rond de behandeling van psychoses

Het literatuuronderzoek rond de behandeling van mensen met psychoses levert een aantal gegevensbronnen op die zoeken naar welke betekenis creatieve therapie kan hebben. In bijna al die onderzoeken wordt gerefereerd naar de behandeling van positieve symptomen door medicatie en de aanvullende psychotherapeutische therapieën om de negatieve symptomen te verbeteren. Maar vaak is de uitkomst van deze onderzoeken niet duidelijk, haken de cliënten af, is er geen onderscheid

tussen de media of zijn de resultaten niet eenduidig in te schatten. Wat wel terugkomt is de weliswaar kleine maar significante verbetering die optreedt in de negatieve symptomen na het aanbieden van beeldende creatieve therapie (Garrido, et al., 2013; Patterson, Crawford, Ainsworth, & Waller, 2011). De artikels over beeldende creatieve therapie geven aan met materialen te werken die de cliënten zelf mogen kiezen. Alle materialen die beschikbaar zijn in de sessieomgeving mogen gebruikt worden (Patterson, Crawford, Ainsworth, & Waller, 2011; Crawford, et al., 2012). Er zijn geen specificaties rondom ambachtelijke technieken, of andere intrinsiek gestructureerde technieken of materialen. In de richtlijnen voor de behandeling van schizofrenie zijn alle onderzoeken omtrent (beeldende) creatieve therapie ingedeeld in niveau drie of vier (Castelein, Knegtering, Van Meijel, & Van Der Gaag, 2012) (Alphen, et al., 2012). Dit wil zeggen dat er geen gecontroleerd onderzoek voorhanden is of dat gecontroleerd onderzoek van onvoldoende kwaliteit is (niveau drie), of dat geen onderzoek beschikbaar is en het bewijs gebaseerd is op de mening van deskundigen (niveau vier, laagste kwalificatie). Maar, tussen de eerste versie van de richtlijn en de herziene versie verliep zeven jaar en men streeft naar een richtlijn die meer frequent herzien wordt. Dit wil zeggen dat de meest recente onderzoeken nog niet in die richtlijn opgenomen zijn en die resultaten dus nog niet kunnen meespreken.
In dit onderzoek is zoals reeds beschreven uitgegaan van het paradigma van de therapeutisch inzetbare aspecten van ambachtelijke technieken. Deze aanname is gebaseerd op literatuuronderzoek over algemene therapeutisch of agogisch inzetbare aspecten van verschillende materialen en technieken.
In voorgaande hoofdstukken wordt de vraag gesteld of creativiteit het maken van een kunstwerk is, of het creatief omgaan met het leven, alledaagse situaties. Mensen met een psychose kunnen heel rigide zijn in hun denken. Een waanidee is immers een niet te corrigeren, foutieve overtuiging van de werkelijkheid (Vandereycken & van Deht, 2004). Deze rigiditeit beïnvloedt de beweegruimte voor de behandeling, de flexibiliteit in het denken en het leren anders omgaan met situaties (L. Dirix, persoonlijke mededeling 2012).

1.7. Relevantie

Het onderzoek heeft natuurlijk alleen nut als het relevant is voor de praktijk en voor de onderzoeker. Uit de informatie uit bovenstaande hoofdstukken is te merken dat de noden van de doelgroep, de ervaringen en kenmerken met en van ambachtelijk werken en de aangewezen behandeling van mensen met een psychose elkaar overlappen.
Voor de cliënten is er nood aan structurerende, veilige werkvormen, waarin verscheidene aspecten kunnen worden ingezet in het methodisch handelen om de behandeling te ondersteunen. Er is nood aan werken met de sterktes van de cliënten, aan sociale interactie en intrinsieke motivatie om hun leven op de rails te krijgen.
Het methodisch inzetten van ambachtelijk werken biedt hiervoor veel gereedschappen. De verschillende aspecten die therapeutisch kunnen worden ingezet zijn legio: de technieken zijn multi-inzetbaar en makkelijk aan te passen aan verschillende doelen die terugkomen bij mensen met psychoses. Ook cognitieve gedragstherapie, door de richtlijn geïndiceerd voor mensen met psychoses, kan worden ingezet in beeldende therapie. De ortho-agogische werkwijze waarin het werken met ambachtelijke technieken past, sluit hier op aan met zijn gedragstherapeutische en ortho-agogische referentiekaders.
Het is duidelijk dat er nog veel nood is aan degelijk onderzoek om een bijdrage te leveren aan de evidence rond het werken met mensen met psychoses. De ervaringen op stage zeggen dat er een positief effect is, maar alleen onderzoek kan uitwijzen of dat daadwerkelijk zo is. Positief of negatief en in welke mate? Op de stageplaats wordt reeds 30 jaar gewerkt met mensen met psychoses en vaak worden hier ambachtelijke technieken bij betrokken. Soms in een zuivere vorm, met bijvoorbeeld pitriet of druktechnieken, soms in meer afgeleide mate, bijvoorbeeld wanneer cliënten een map maken met eerder gemaakte werkstukken en de oorspronkelijke techniek boekbinden iets verder in het geheugen zit (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2013). Een onderzoek dat zich toespitst op het aanbieden van ambachtelijke technieken zou, zoals hierboven reeds beschreven, expertkennis en ervaring met de doelgroep tastbaar maken. Wat nu practice based evidence is onderbouwen tot evidence based practice te worden.
Ook voor de onderzoeker als beginnend professional zou dit onderzoek een waardevolle aanvulling zijn om het methodisch handelen bij te stellen en zo een meer genuanceerd en onderbouwd beeld te

krijgen van de behandeling van mensen met psychoses en het therapeutisch inzetten van ambachtelijke technieken.

1.8. Vraagstelling

Uit alle bovenstaande informatie van de probleemgebied-verkenning wordt de volgende vraagstelling voor het onderzoek afgeleid:

Hoe draagt het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken in beeldende creatieve therapie bij aan het verminderen van negatieve symptomen, het vergroten van de eigen creatieve inbreng en verhogen van de ik-sterkte bij mensen met psychoses, op afdeling A2 van Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen (België)?

1.9. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is een beeld te schetsen van de methodisch inzetbare aspecten van ambachtelijke technieken en hoe die van invloed zijn op de negatieve symptomen, de ego-sterkte en de eigen creativiteit van mensen met psychoses. De doelstelling is tweeledig: kennisvermeerdering en verbetering of verandering van sociale situaties (Migchelbrink, 2007). Centraal staat het verkrijgen van kennis over het onderzoeksthema. Het gaat om het begrijpen, beschrijven en verklaren van het probleem. De onderzoeker kan de betrokkenen op grond van de resultaten adviezen en aanwijzingen geven die kunnen bijdragen aan het oplossen of verlichten van de onderzochte problematiek (2007). Met dit onderzoek kunnen tendensen verduidelijkt worden die het resultaat zijn van het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken in het beeldend therapeutisch werken. Met deze kennis kunnen verbeteringen gerealiseerd worden om de betrokken mensen of organisatie meer of andere handelingsmogelijkheden te geven in hun alledaagse werkelijkheid (2007) Het zou ook een aanleiding kunnen zijn om op grotere schaal hetzelfde thema te onderzoeken en zich daarbij niet te laten beperken door een algemene beeldend therapeutische behandeling, maar zoals in dit onderzoek zich specifiek te richten op het methodisch in zetten van ambachtelijke technieken, om de reikwijdte en geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten.

2. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt in 2.1. het onderzoektype en in 2.2. de onderzoeksmethode beschreven. Daarna worden de verschillende fases van het onderzoek omschreven in 2.3 tot en met 2.7. Aan het eind van het hoofdstuk worden in 2.8. ten slotte de kwaliteitscriteria die de kwaliteit van dit onderzoek waarborgen omschreven en beargumenteerd.

2.1. Onderzoektype

De ervaringen uit de jaarstage lieten duidelijk een verschijnsel in de praktijk zien, namelijk de invloed van negatieve symptomen op de therapie en een mogelijk positieve benadering hiervoor in de vorm van het inzetten van ambachtelijke technieken. De onderzoeker wilde dit probleem helder krijgen en de mogelijkheden toetsen aan de praktijk, in samenwerking met de praktijk. Er werd gekozen voor een actieonderzoek. De probleem- en vraagstelling zijn mede door professionals in de praktijk aangedragen, namelijk de vaktherapeut die reeds 30 jaar werkzaam is op de afdeling en met de doelgroep. De onderzoeker en de therapeut (als betrokkene) zijn gezamenlijk tot overeenstemming gekomen hoe het te onderzoeken probleem geformuleerd werd (2007). Via verschillende onderzoeksactiviteiten wordt getracht een bepaald onderwerp te duiden. In dit geval is het eerste idee voor het onderzoek langzaam tot stand gekomen door ervaringen in de praktijk tijdens de jaarstage. Daar werden de eerste aspecten van het probleemgebied duidelijk. In het kader van dit onderzoek werd gekozen om door middel van een actieonderzoek de situatie te onderzoeken. Door middel van activiteit (sessie), interventie en behandeling werd een analyse gemaakt van het toestandsbeeld en eventuele richtlijnen voor een aanpassing in de huidige behandelmethode. “De resultaten van dit onderzoek zullen leiden tot anders en daardoor ook beter handelen” (Smeijsters, 2008, p. 384). De kennis die het onderzoek oplevert kan gebruikt worden om op lange termijn een bestaande situatie te verbeteren (Migchelbrink, 2007). In dit geval zal die kennis een toetsing en onderbouwing zijn van het handelen van de onderzoeker en de therapeut in de praktijk.

2.2. Onderzoeksmethode

Een actieonderzoek onderscheidt zich van andere onderzoeksmethodes door een aantal uitgangs- en aandachtspunten. Het doel van het onderzoek is niet het beschrijven, maar het veranderen van de werkelijkheid (Migchelbrink, 2007). In dit onderzoek lag het accent in de voorbereidings- en actiefase op het kennisdoel en bij de analyse en gegevensdiscussie op het verbeteringsdoel. Het perspectief van waaruit onderzoek gedaan wordt is van binnenuit en in nauwe samenwerking met de onderzochten. De onderzoeker is niet de voornaamste deskundige in het onderzoeksgebied, maar wel een van de betrokken partijen. De deskundige hulp van de behandelend therapeut Lode Dirix (zie hoofdstuk 2.3) werd ingezet om het onderzoek vorm te geven. De subjectieve inbreng wordt niet geweerd maar gebruikt in de probleemomschrijving, de interpretatie en analyse van de gegevens (2007). Ook ervaringen van Dirix en van de onderzoeker tijdens de jaarstage werden mee in beschouwing genomen om de gegevens te kaderen en de analyse vorm te geven. De taak van de onderzoeker is hier die van adviseur, er wordt advies verstrekt rond het implementeren van veranderingen in de praktijk (2007). De relatie tussen onderzoeker en onderzochten is gekenmerkt door de actieve betrokkenheid van de onderzoeker bij de problematiek. De onderzoeksituatie is van die aard dat de onderzoeker zich in het werkveld begeeft, in dit geval de praktijk van de beeldende sessies in MC Sint-Jozef. Ook de vraagstelling zegt iets over welke onderzoeksmethode gepast is. De vraagstelling in actieonderzoek is globaal van karakter en minder concreet uitgewerkt (2007). In de onderzoeksvraag “Hoe kan het methodisch inzetten van ambachtelijke therapie bijdragen aan…” is al een handelingscomponent aanwezig. In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek is het onderzoeksontwerp veel minder gekaderd. Het ontwerp heeft een open karakter. De vraagstelling wordt tijdens het onderzoek aangescherpt (2007).

Het actieonderzoek kenmerkt zich ook in de verschillende onderzoeksfases. Migchelbrink (2007) stelt: “Het onderzoek vindt de basis in een vraag of probleem waarover iemand iets wil weten. Na een oriëntatie (…) wordt het doel en de vraagstelling uitgewerkt” (pp. 66-67). Vervolgens wordt een plan van aanpak gemaakt en worden de gegevens verzameld, verwerkt, geordend en geanalyseerd. Die analyse wordt dan gerapporteerd, gepresenteerd en weer teruggekoppeld naar de opdrachtgever en de betrokkenen in de praktijk (2007). Typerend voor actieonderzoek is dat de fases iteratief zijn in plaats van lineair: ze kunnen parallel plaatsvinden en in elkaar overlopen. Al vlak na de eerste gegevensverzameling volgen analyses. Die analyses zorgen voor eventuele aanpassingen in de volgende gegevensverzameling. Er is sprake van meerdere parallelle processen: het onderzoeksproces, het reflectieproces en het verbeteringsproces (2007).

Doorheen het verloop van het onderzoek zijn er een aantal fases geweest waarop op verschillende momenten meer nadruk lag. Het voorbereidende werk van de voorfase is voor een groot stuk gebeurd tijdens de jaarstage van het derde jaar van de opleiding (zie hoofdstuk 2.3). Deze voorbereidende stappen hebben een jaar lang de tijd gehad om tot stand te komen. Zonder toen te weten dat het afstudeerproject zich precies hierrond ging kaderen is toen een groot deel van het onderzoeksnetwerk tot stand gekomen.

2.3. Voorfase

De voorfase bakent het onderzoeksterrein af. Er wordt een onderzoeksnetwerk samengesteld dat uit actoren bestaat die direct of indirect bij het onderzoek betrokken zijn (Migchelbrink, 2007). De actoren zijn de opdrachtgevers voor het onderzoek, initiatiefnemers van het onderzoek, de actieonderzoeker, de probleemdragers, de directe betrokkenen en de indirecte betrokkenen, de doelsysteemactoren en de financier of sponsor (2007). De onderlinge contacten tussen de verschillende actoren en daarmee de entree van de onderzoeker zijn grotendeels al opgebouwd tijdens de jaarstage in fase drie van de opleiding. Tijdens die stage lag het werkveld van de onderzoeker op dezelfde afdeling en met dezelfde begeleiding als tijdens het onderzoek. Hierdoor was er een frequente en regelmatige interactie en communicatie met de patiënten en de betrokkenen. Door het situeren van de stage op één afdeling en te beperken tot een kleine populatie was er diepgang mogelijk in het leren kennen van de doelgroep en haar behandeling. Het deelnemen aan de multidisciplinaire overlegmomenten en informele contacten met collega’s zorgden voor extra input over de behandeling die het team hanteerde en de uitwerking daarvan op de populatie. De visie en ervaringen van Dirix waren hierin de belangrijkste bron van informatie over de algemene behandeling van de doelgroep, de omgang met patiënten en de inzet van ambachtelijke technieken. Door de ervaringen met de doelgroep in de praktijk en de persoonlijke groei die de onderzoeker in het beroepsmatig handelen heeft gekend kwam er na verloop van tijd een duidelijk probleembesef naar voren. Dit probleem werd de basis voor de probleemstelling en onderzoeksvraag van dit onderzoek, namelijk het ontbreken van motivatie en creativiteit en het bestaan van weerstand van patiënten in beeldende therapie en het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken om hierin veranderingen teweeg te brengen. De deskundigheid en ervaring van de scriptiebegeleider Anja Cilissen waren een aanvulling in het proces naar de keuze om te werken rond de inzet van ambachtelijke technieken, doorheen de jaarstage en daarna, naast de eigen ervaringen en de observaties van het werken met de doelgroep.

Door deze eigen ervaringen van de onderzoeker is hier sprake van zowel intrinsieke als extrinsieke motivatie voor het onderzoek (2007). Het voornaamste doel voor de onderzoeker is de ontwikkeling van het eigen beroepsmatig handelen. Naast deze intrinsieke motivatie is er ook sprake van extrinsieke motivatie, daar het onderzoek kadert in het afstudeertraject van de opleiding van de onderzoeker, beeldend creatieve therapie.

Voor dit onderzoek is de verdeling en argumentatie van de verschillende rollen als volgt:

Opdrachtgever: Zuyd Hogeschool, opleiding beeldende creatieve therapie. In het kader van het afstudeertraject van deze opleiding is het noodzakelijk dat een onderzoek plaatsvindt. Het soort onderzoek wordt afgestemd op het te onderzoeken probleem en de vraagstelling van het onderzoek en is in dit geval actieonderzoek.

Initiatiefnemers: Sanne Van Gelder neemt het initiatief om dit onderzoek in de praktijk te brengen en zo de ervaren problematiek te onderzoeken en het eigen beroepsmatig handelen te kunnen verbeteren.

Probleemdrager: Sanne Van Gelder, de onderzoeker, wiens methodisch handelen door het onderzoek kan worden aangepast en verbeterd. De instelling, die met dit onderzoek de behandeling van patiënten kan aanpassen en eventueel verbeteren en de resultaten van bestaande behandelvormen in kaart kunnen brengen. De patiënt, die door symptomen en gevolgen van de stoornis behoort tot het probleemgebied. De uitkomsten van het onderzoek en een eventuele aanpassing van de behandeling kunnen een invloed hebben op de kwaliteit van leven (Migchelbrink, 2007). Lode Dirix, wiens eigen methodisch handelen getoetst en onderbouwd kan worden door het verloop en de resultaten van het onderzoek. Zijn aanpak en ervaringen zijn mede aanleiding geweest voor het onderzoek. Hij zal een belangrijke bijdrage leveren aan het verloop van het onderzoek door ervaringen te delen en mee te denken over onderzoeksessies, aanpassingen en resultaten.

Actieonderzoeker: Sanne Van Gelder doorloopt een eigen traject om te groeien als beginnend professional. Zij organiseert en begeleidt de onderzoeksessies, analyseert en bediscussieert de resultaten en onderhoudt het contact met alle actoren. Zij staat in voor de algemene organisatie van het onderzoek.

De directe betrokkenen: de patiënten die zijn opgenomen op afdeling A2 in MC St.-Jozef en ingedeeld in de A- of B-groep tijdens de onderzoeksperiode. Zij krijgen een aan het onderzoek aangepaste beeldende therapie. De patiënten die in de C-groep zitten nemen wegens het beperkte therapieprogramma niet deel aan het onderzoek, tenzij vanaf het moment dat ze overgaan naar de B-groep. Het regelmatig op ontslag gaan van patiënten en de opname van nieuwe patiënten zal de groepen beïnvloeden. Dit is eigen aan de doelgroep. Verder ook Lode Dirix, de therapeut die op A2 instaat voor de beeldend therapeutische sessies. Hij neemt deel aan de reflecties en observaties tijdens het onderzoek en deelt eigen visies en ervaringen die het onderzoek kunnen dienen. Dirix is ook nauw betrokken geweest bij de probleemgebiedverkenning en de ervaringen van de actieonderzoeker tijdens de jaarstage.

Indirecte betrokkenen: Anja Cilissen – Ysermans, de deskundige begeleider van het onderzoeksproject. Zij staat in voor de coaching van de actieonderzoeker doorheen het volledige traject. Katrien Verbunt, stagiaire bij Dirix in het academiejaar 2013 – 2014. Zij zal worden uitgenodigd om reflecties, observaties en inzichten te delen wanneer mogelijk. Haar nauwe betrokkenheid met en kennis van (dossiers van) de patiënten is een waardevolle aanvulling op het onderzoek. Psychiater Dr. Hendrik Bryon, afdelingshoofd op de afdeling waar het onderzoek plaatsvindt en het interdisciplinaire team van de afdeling. Het verpleegkundige team deelt onder leiding van hoofdverpleegkundige Gerard Kellens observaties met de onderzoeker die meegenomen worden in de analyse van de gegevens om opvallendheden te kunnen kaderen in eventuele wijzigingen in medicatie. Teresa Teugels, psychologe op de afdeling observeert en documenteert reacties van patiënten over de onderzoeksessies in wekelijkse groepsgesprekken. Deze open interviews worden ook meegenomen in de gegevensanalyse van het onderzoek. J. L., ex-patiënt van de afdeling en ervaringsdeskundige. J.L. heeft aan dit onderzoek bijgedragen door het delen van zijn ervaringen met ambachtelijke technieken.

Doelsysteemactor: Sanne Van Gelder is het ‘doelwit’ van de te realiseren verbetering in het eigen beroepsmatig handelen en daardoor ook de centrale actor.

Financier en / of sponsor: MC Sint-Jozef, de instelling waar het onderzoek plaatsvindt steunt het onderzoek financieel door accommodatie, materialen en gereedschappen voor de onderzoeksessies beschikbaar te stellen. Op tijdstippen waar normaal beeldende therapie plaatsvindt worden tijdens het onderzoek sessies met de patiënten ingericht en uitgevoerd.

Al deze actoren vormen samen het actieonderzoeksnetwerk die rechtstreeks of onrechtstreeks en actief of indirect meewerken aan het onderzoek (Migchelbrink, 2007).

2.4. Oriëntatiefase

Na de voorfase volgt de oriënteringsfase, waarin de betrokkenen zich oriënteren op de onderhavige problematiek (Migchelbrink, 2007). Er werden verkennende gesprekken gevoerd met Dirix om de aanpak van het onderzoek in detail uit te werken. Het werken met onderzoeksessies werd besproken, de beschikbaarheid van materialen, de momenten waarop de onderzoeksessies konden plaatsvinden, ed. Ook werden hier de eerste ideeën gebundeld inzake het houden van open interviews met de patiënten, vragenlijsten voor de patiënten, observatie- en scoringslijsten voor de onderzoeker en vormgeving van de onderzoeksessies.

Naast deze gesprekken werd het thema van het onderzoek verder verfijnd onder deskundige begeleiding van de scriptiebegeleider. Door het scherpstellen van de focus van het onderzoek en vanuit verschillende gesprekken over het traject werd de onderzoeksvraag aangescherpt (Migchelbrink, 2007).

In samenspraak met Dirix is besloten dat het onderzoek zich richt op alle patiënten die opgenomen zijn tijdens de duur van het onderzoek op de afdeling en zich bevinden in de A- of B-groep. Dit om zoveel mogelijk patiënten te kunnen laten deelnemen en zo de reikwijdte en bruikbaarheid van het onderzoek te vergroten. Ook de extra vergelijking tussen de twee groepen kan een meerwaarde zijn in de interpretatie van de resultaten.

De patiënten hebben een vast wekelijks therapieprogramma. De onderzoeksessies vonden plaats op een tijdstip waarop normaal beeldende therapie op het programma staat, er zijn dus geen veranderingen nodig geweest voor de patiënten. Door de achterdocht of paranoïde ideeën die vaak spelen in de doelgroep is de kennismaking en de informatie die verstrekt werd over het onderzoek grondig doorgesproken met Dirix. Ook de rest van het multidisciplinair team is op de hoogte gesteld van het onderzoek, om deelname aan de sessies te bewaken en eventueel te ondersteunen. Een vertrouwensrelatie opbouwen tijdens de korte onderzoektijd was moeilijk, maar het begin hiervan is gemaakt in de ontwikkeling van een werkrelatie, ondersteund door technische interventies.

Een aantal van de deelnemende patiënten hebben ook reeds tijdens de stage kennis gemaakt met de onderzoeker. Die onderzoeker heeft een actieve rol aangenomen doorheen de onderzoeksessies door het gebruik van participerende observatie (Smeijsters, 2008). Dit houdt in dat de onderzoeker deelneemt aan het proces dat onderzocht wordt en informatie van binnenuit krijgt door directe observatie (2008).

2.5. Diagnostische fase

Wanneer de oriëntatiefase is afgerond volgt de diagnostische fase waarin wordt vastgesteld wat er volgens alle betrokken partijen aan de hand is (Migchelbrink, 2007). Hiervoor is het noodzakelijk dat de kennis en ervaring van alle betrokkenen samengevoegd kan worden om de diagnose scherp te stellen (2007).

Enerzijds is er de reflectie van de onderzoeker over de ervaringen die hebben plaatsgevonden tijdens de jaarstage op de praktijkplek. De werkwijze was vooral participerend observerend (Smeijsters, 2008) en gestructureerd observerend, aan de hand van observatieschema's (Migchelbrink, 2007). Een groot onderdeel van het bijstellen van het methodisch handelen tijdens de stage kwam op gang door het ervaren van de negatieve symptomen tijdens de sessies. Het gebrek aan motivatie, het wantrouwen in de therapie en de inactiviteit kwamen snel op de voorgrond en vroegen om een gerichte aanpak in het methodisch handelen. Wanneer ambachtelijke technieken methodisch werden ingezet gebeurde er iets in de dynamiek, de motivatie en het niveau van activiteit bij de patiënten. Reflectie over het opstellen en uitvoeren van een behandelplan voor een volgpatiënt bracht positieve resultaten aan het licht na werken met ambachtelijke technieken. Er was een duidelijk positieve evolutie in de vertrouwens- en werkrelatie, de patiënt was actief en gemotiveerd om deel te nemen aan zijn eigen beeldend proces. Door de indirecte aanpak en het achterwege laten van een cognitieve, symbolische insteek bij activiteiten was het niveau van wantrouwen laag. De patiënt had niet het gevoel

‘behandeld’ te worden en had dus geen reden om weerstand te bieden. Literatuuronderzoek rondom dit thema is moeilijk te vinden, dus systematisch onderzoek naar de inzet van ambachtelijke technieken was beperkt.

Verder vonden er een aantal open interviews plaats met Dirix. Door zijn ervaringen in dertig jaar praktijk was daar het enthousiasme snel geprikkeld. Er gebeurt iets, maar wat precies? Door de pragmatische manier van brainstormen die de onderzoeker en Dirix allebei eigen is kwamen er snel ideeën en voorstellen voor de onderzoeksessies naar boven. Naast de interviews, die persoonlijk in de instelling zijn afgenomen was er ook mailverkeer om het contact en de groepsontwikkeling te handhaven en het proces voor iedereen helder te houden (Migchelbrink, 2007).

2.6. Ontwikkelfase

De ontwikkelfase van een actieonderzoek staat voor “het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situaties of het huidige handelen. In deze fase is de vraag: wat moet en kan er gebeuren om te komen tot de gewenste situatie?” (Migchelbrink, 2007, p. 179). De observatie en gegevensverzameling zijn gepland in een aantal op voorhand gestandaardiseerde onderzoeksessies. Die onderzoeksessies hebben plaatsgevonden in de beeldend therapieruimte van de instelling op tijdstippen waarop normaal ook beeldende therapie plaatsvindt. Er was dus geen nood aan extra ruimtes of verschuiving in het dagprogramma van de patiënten. De sessies zijn een gestandaardiseerde samenstelling van activiteiten rond ambachtelijke technieken, die dus telkens op dezelfde wijze zijn opgebouwd. Deze procedure van standaardiseren zorgt voor een zo gelijkend mogelijke opzet, wat objectieve observaties mogelijk maakt. Er is een selectie gemaakt van drie ambachtelijke technieken: een druktechniek, een keramische techniek en een vlechttechniek met pitriet. Van elk van deze technieken werden twee sessies opgesteld met een totaal van zes onderzoeksessies. Deze sessies evolueerden per twee van heel erg gestructureerd naar minder en weinig gestructureerd. Op die manier kon getest worden of na het aanleren van de techniek in de eerste sessie, de eigen creativiteit, sterktes en mogelijkheden van patiënten tot uiting kwamen in de tweede sessie. Alle technieken hadden een zo gelijk mogelijk gehalte aan structuur en ondersteuning die op een zo gelijk mogelijke manier werd afgebouwd om de eigen creativiteit en sterktes en mogelijkheden van de patiënten aan te spreken.

2.6.1. De onderzoeksessies

De sessies werden opgesteld aan de hand van de gekende driehoek cliënt – therapeut – medium (Cilissen-Ysermans, 2010). Deze driehoek gaat uit van een wisselwerking tussen zijn drie componenten. Een wisselwerking die, wanneer alle aspecten van die componenten goed op elkaar afgestemd zijn, het kader vormt van degelijke therapeutische sessies. Die sessies vormen de steeds aangepaste en terugkerende momenten waarop de beeldend therapeutische behandeling in het klinisch redeneerproces plaatsvindt. Een uitgewerkte driehoek van elke sessie is terug te vinden in bijlage 8.

Zoals reeds omschreven waren er drie ambachtelijke technieken: een druktechniek, een keramische techniek en een vlechttechniek met pitriet. De druktechniek was in dit onderzoek een diepdruk[3]: een gravure met droge naald op acrylaatplaat. De keramische techniek was het opbouwen van een werkstuk in klei met ringtechniek: door het stapelen en verbinden van rollen klei het werkstuk regelmatig opbouwen. Door ervaringen van Dirix is besloten om de eerste sessie van de keramische techniek de vormgeving te laten plaatsvinden met behulp van mallen. Zo wordt op de afdeling vaker gewerkt; de patiënten zijn bekend met de werkwijze en het bood de mogelijkheid om dat aspect van

[3] Diepdruk betekent dat de weggehaalde delen inkt opnemen en de afdruk vormgeven, in tegenstelling tot hoogdruk, waar de overblijvende delen de afdruk vormgeven zoals bijvoorbeeld bij de linosnede, of bij de meest gekende variant: de stempel (Woods, 2003).

het therapeutisch handelen van Dirix mee te nemen in het onderzoek. De derde techniek was een vlechttechniek met pitriet, beter bekend als mandenvlechttechniek.
Voor elke techniek werden twee sessies opgesteld: één om de techniek aan te leren en te exploreren, de tweede om de techniek meer eigen te maken en ruimte te maken voor eigen creatieve inbreng. De eerste sessie van elke techniek was gelijkaardig opgebouwd, eveneens als de tweede sessie van de drie technieken.

Voor de eerste sessie waren de randvoorwaarden, de voorbereiding en de aanvang als volgt opgesteld: de sessie vond plaats in het beeldend atelier en binnen de therapie-uren van beeldende therapie. De patiëntengroep was dezelfde groep als de groepsindeling op de afdeling en die waarin alle therapieën ingedeeld zijn. Voor de druktechniek waren voorbeelden van afbeeldingen in voldoende hoeveelheden en met uiteenlopende thema's beschikbaar. Voorgesneden stukken acrylaatplaat waren beschikbaar van een zodanige grootte dat elk voorbeeld passend was. Graveerpennen waren voor elke patiënt beschikbaar en binnen handbereik. Er was een apart werkstation: de tafel waaraan gegraveerd werd stond gescheiden van de tafel met drukinkt, de druktafel met pers was nog een apart werkstation. Voorbeelden van werkstukken in de techniek waren te bezichtigen vanaf het begin van de activiteit tijdens de instructie. Ook voor de keramische techniek was er voldoende klei op voorraad. Een houten werkplank was beschikbaar voor elke patiënt. Water om de klei kneedbaar en vochtig te houden was voor iedereen toegankelijk. Er was een grote werkplaats gemaakt met voldoende zitplaatsen met elk genoeg bewegingsruimte. Voorbeelden van werkstukken opgebouwd in de keramische techniek waren voor iedereen zichtbaar vanaf het begin van de activiteit. Voor de vlechttechniek met pitriet was gezorgd voor voldoende pitriet in voorraad: dikker riet voor de verticale staken en dunner riet voor de vlechtdraden. Een waterbassin was gevuld en beschikbaar om het riet te weken. Een aantal dunne vlechtdraden waren opgerold en in het waterbassin aanwezig zodat patiënten meteen kunnen beginnen vlechten. Voor elke patiënt was een ronde houten bodem voorzien met zeventien geboorde gaten. Elke patiënt had zeventien op maat gesneden verticale staken ter beschikking om in de bodem te bevestigen. Houtlijm werd voor elke patiënt op een kartonnetje geprepareerd om de verticale staken in de eigen bodem te lijmen. Dirix deed het voorstel om de patiënten de verticale staken zelf te laten lijmen om de patiënten het volledige proces van het ambacht te laten ervaren en omdat hij de techniek zo laat uitvoeren in zijn methodische aanpak.

De onderzoeker gaf een gestructureerde instructie om de patiënten te informeren over de betreffende techniek en liet de patiënten telkens kennismaken met de verschillende materialen en gereedschappen die gebruikt zouden worden. Er werd elke eerste sessie uitleg gegeven over welke ambacht van vroeger de basis was van de techniek die op het programma stond. De instructie over de techniek werd zo bondig mogelijk opgesteld. De verschillende stappen van de uitvoering van de techniek werden in volgorde belicht. Voor de gravure werd de graveertechniek met de kraspen voorgedaan. Omdat de techniek in drie duidelijke fases uitgevoerd moet worden, werden die drie fases geïnstrueerd wanneer die zich voordeden: de graveertechniek meteen bij aanvang, het inkten wanneer het merendeel van de patiënten hieraan toe was en het drukken wanneer het merendeel van de patiënten klaar was met graveren ofwel klaar om te drukken of bezig met inkten. Voor de keramische techniek werd het uitrollen van klei in gelijkvormige rollen voorgedaan en het aanhechten van de klei uitgelegd en gedemonstreerd. Voor de vlechttechniek met pitriet werd het vlechten voorgedaan, het voor-achter-systeem en het oprollen om de draden te kunnen bevochtigen (wegens een rond bassin i.p.v. een langwerpig bassin met de lengte van de draden) uitgelegd en voorgedaan. Bij elke techniek werden tips gegeven om de uitvoering te vergemakkelijken: de houding van de kraspen, het vochtig houden van de klei en het nakijken op luchtbellen in dikke rollen, het begeleiden van de verticale staken en het achterin leggen van de draden met dezelfde hand.

De therapeutische werkwijze was voor alle onderzoeksessies ortho-agogisch (Smeijsters, 2008). De houding van de onderzoeker was ondersteunend in het exploreren en uitvoeren van de techniek in de drie verschillende eerste sessies. Bij vragen of twijfel van de patiënt werd de aandacht gestuurd naar de techniek en het handelen hierin. Bij zichtbare problemen werd de groep aangesproken en de techniek of de moeilijkheid opnieuw getoond.

Voor de tweede sessie van de drie technieken zagen de randvoorwaarden, de voorbereiding en aanvang er als volgt uit: de sessie vond wederom plaats in het gekende beeldend atelier en tijdens normale therapie-uren. De patiëntengroep was dezelfde als die op de afdeling gehanteerd werd en in andere therapieën. Voor de gravure lagen de werkstukken van de eerste sessie op de tafel.

Acrylaatplaat was beschikbaar om zelf op maat af te snijden door de patiënten op een formaat naar keuze. Voorbeelden van afbeeldingen waren niet meteen ter beschikking, maar werden wel achter de hand gehouden voor patiënten die de eerste sessie gemist hadden of echt moeite hadden met een eigen ontwerp. Alle materialen waren beschikbaar voor alle patiënten: graveerpennen, papier, potloden, gummen. De werkstations waren op dezelfde wijze ingericht als in de eerste sessie: graveer-, inkt- en drukstation apart. Voor de keramische techniek waren de werkstukken van de vorige sessie al gebakken en aanwezig in het atelier. Er was genoeg klei ter beschikking voor alle patiënten, evenals een houten werkplank en water. De tafels vormden wederom een groot werkstation met voldoende zitplaatsen en werkruimte voor elke patiënt. Voor de vlechttechniek met pitriet waren de werkstukken van de eerste sessie beschikbaar; daar werd in de tweede sessie op doorgewerkt wegens het arbeidsintensieve karakter van de techniek. Voldoende vlechtdraden waren in voorraad, het waterbassin was gevuld, maar de draden waren nog niet geweekt.

De instructie was opnieuw bondig en directief: de verschillende stappen van de ambachtelijke techniek werden opnieuw verbaal en visueel voorgesteld. De ortho-agogische werkwijze werd gehanteerd door de onderzoeker (Smeijsters, 2008). Die had ook een ondersteunende houding tegenover het exploreren van de techniek en het inbrengen van eigen creatieve ideeën in de uitwerking (2008). De instructies tijdens de hele sessie waren directief. Bij twijfel of vragen van patiënten werd de aandacht gericht naar de techniek en het handelen hierin. Zelfstandigheid werd gestimuleerd.

Elke techniek werd zoals reeds omschreven aangeboden volgens een gestandaardiseerd programma. Omdat de materiaaleigenschappen en de uitvoering van de technieken zo divers zijn ten opzichte van elkaar was het belangrijk om ondanks de verschillen eenzelfde appèl te doen op de patiënten. Daarom werden de technieken aangeboden volgens de standaard van de techniek. Dit wil zeggen dat nog niet meteen alle creatieve mogelijkheden van de uitvoering van de techniek werden voorgesteld en dat de focus lag op de meest basale uitvoering van de techniek, met vereisten voor een correcte opbouw in rekening gehouden. Bij de gravure werd bijvoorbeeld aangeleerd om in een lijn te krassen en schetsmatig arceringen aan te brengen om diepte in het beeld te brengen. In de ringtechniek werd een bepaalde dikte van kleirol getoond en in het pitriet werd met één draad tegelijk gevlochten, in een regelmatig voor-achter-patroon. Het spreekt voor zich dat creatieve ideeën aangemoedigd werden en dat er in dat geval meer feedback aangaande het hanteren van de materialen door de onderzoeker aan de patiënt voorgesteld werd om het creatieve te ondersteunen.

2.6.2. Gegevensverzameling

De gegevensverzameling gebeurde door middel van verschillende methodes. Met behulp van een schriftelijke ondervraging met een gestructureerde vragenlijst bij de patiënten konden op korte tijd veel gegevens worden verzameld van elke deelnemende patiënt na elke onderzoeksessie. De onderzoeker was bij het invullen van deze vragenlijsten telkens aanwezig en bereikbaar om vragen te beantwoorden en toelichting te geven. Er werden continu gegevens verzameld over belangrijke aspecten van de uitvoering. Hierdoor was er een continue procesmonitoring en procesevaluatie (Migchelbrink, 2007).
Er werd in de vragenlijsten gepeild naar het gevoel van welbehagen tijdens de activiteit, de mate van motivatie, de tevredenheid over de instructie, de moeilijkheidsgraad van de techniek, de ervaring in de techniek, het beheersen van de techniek, de mate van eigen inbreng in de vormgeving en de tevredenheid over het werkstuk (zie bijlage 5). Er was ook ruimte voorzien om opmerkingen, vragen of feedback kenbaar te maken en om toelichting te geven bij de vragen. De vragenlijsten zijn eenvoudig opgesteld, met simpele, duidelijke vragen die peilen naar concrete aspecten die van belang zijn in het onderzoek. De achterdocht en het wantrouwen dat eigen is aan de doelgroep werd in acht gehouden bij het aanbrengen van de lijsten en het belang van de mening van de patiënten werd telkens onderstreept om veiligheid en respons te vergroten. Elke patiënt vulde na elke sessie een vragenlijst in om de procesmonitoring te garanderen (Migchelbrink, 2007).

Om de persoonlijke beleving van de patiënten zo goed mogelijk in kaart te brengen en om patiënten gelegenheid te geven uit te weiden over de ervaringen in de sessies werden er door middel van open interviews gegevens verzameld. Deze interviews waren formeel van aard: ze werden van tevoren

aangegeven en de plaats, het tijdstip en de tijdsduur werden aangekondigd. Hierbij waren de geïnterviewde patiënten zo veel mogelijk zelf aan het woord en werd gewerkt met een vooraf opgestelde topiclijst van onderwerpen die aan de orde dienden te komen (Migchelbrink, 2007). Door de participerend observerende rol van de onderzoeker zijn tijdens de sessies informele gesprekken een extra bron van informatie geweest. De indeling van de interviews gebeurde aan de hand van de aanwezigheden van de patiënten. Eerst werden patiënten uitgenodigd die aan alle sessies hadden deelgenomen, vervolgens patiënten die maar een sessie gemist hadden, vervolgens patiënten die twee sessies gemist hadden en zo verder. Wegens het grote verloop van patiënten kon niet iedere patiënt bij elke deelname in een open interview ondervraagd worden. In totaal zijn tien open interviews gehouden, met tien verschillende patiënten. Vier patiënten daarvan hadden aan alle onderzoeksessies deelgenomen, één patiënt had aan vijf sessies deelgenomen, drie patiënten namen deel aan vier onderzoeksessies en twee patiënten aan drie sessies. De open interviews waren kwalitatief van aard en uitgedrukt in taal (talig) (2007). Migchelbrink stelt dat: “kwalitatieve gegevens betrekking hebben op de aard, de waarde en eigenschappen van het onderzochte verschijnsel” (2007, p. 69).

Verder werd gewerkt met observatie van de verschillende betrokken van het onderzoek. De onderzoeker bracht de eigen observaties over elke patiënt in kaart na elke sessie. Deze observaties werden gecodeerd in terugkerende thema’s zoals de mate van aandacht tijdens de instructie, de tijd die nodig is om aan de activiteit te beginnen, de vragen die nodig zijn rond techniek of vormgeving, de vaardigheid in techniek, het werktempo, de mate van eigenheid in de vormgeving, de mate van motivatie, de weerstand en deelname en ten slotte de tevredenheid met het resultaat bij de patiënten. Zo konden werkwijzen en kenmerken van deelnemers gedetailleerd omschreven en vastgelegd worden in een zich herhalend programmareview na elke sessie (2007). Opvallendheden, materiaalhantering en productomschrijvingen werden in open observaties bijgehouden door de onderzoeker en in elke sessie werden met toestemming van de deelnemende patiënten foto’s van de werkstukken genomen.

Ook het bestaande scoreformulier van Dirix werd gebruikt om algemene observaties van de therapeut en diens stagiaire in de gegevensanalyse op te nemen. Vooral bij opmerkelijke observaties of gedragingen van patiënten waren deze observaties een bron van informatie over het algemeen evolueren van het handelen van de patiënt. Dit observatieformulier is eerder kwantitatief van aard en is opgesteld door Dirix (zie bijlage 6). Hij scoort op regelmatige momenten in de opname van een patiënt een aantal terugkerende aspecten en symptomen van de stoornis en het gedrag in het medium. Deze observaties worden uitgedrukt in cijfers en zijn dus getalsmatig (Migchelbrink, 2007). Beide soorten gegevens (talige en cijfermatige) kunnen voorkomen in actieonderzoek maar de belangrijkste gegevensbron is in dit onderzoek talig (2007, p.69).
Open interviews met Dirix zijn een terugkerend reflectiemoment geweest tijdens de onderzoeksperiode om de onderzoeker en de betrokkenen meer bewust te maken van wat de onderzoekacties en ervaringen hebben opgeleverd (2007).
Om een zo compleet mogelijk beeld van de patiënten te creëren werd ook de observatie van de verpleegkundigen op de afdeling in de gegevensanalyse opgenomen. Die observatie betreft de toestand op de dag van de onderzoeksessies met eventuele opvallendheden of wijzigingen in het toestandsbeeld of de medicatie. Ook de psychologe van het onderzoek is gevraagd om tijdens de groepsgesprekken op informele wijze te peilen naar de ervaringen omtrent de onderzoeksessies, om eventuele discrepanties tussen het invullen van de vragenlijst en de reële ervaring in kaart te brengen. Deze combinatie van dataverzamelingstechnieken werd opgesteld om de validiteit en betrouwbaarheid te bevorderen, twee klassieke kwaliteitscriteria die ook in actieonderzoek hun belang kennen (Migchelbrink, 2007), (zie hoofdstuk 2.8).

2.7. Actiefase / eindevaluatie

De sessies hebben plaatsgevonden met de onderzoeker als aanbieder en begeleider en met logistieke ondersteuning van Katrien Verbunt (zoals omschreven in hoofdstuk 2.3). De onderzoeksessies vonden telkens plaats op dinsdag. Op deze dag konden twee dubbele sessies van vijfenveertig minuten (in totaal anderhalf uur) benut worden waarin achtereenvolgens de A- en B-groep aan bod kwamen. Het aantal weken dat de actiefase in beslag heeft genomen werd bepaald in

onderling overleg tussen de onderzoeker, de begeleider en de praktijkinstelling. Er werd besloten dat de onderzoeksessies gedurende zes weken zouden plaatsvinden, telkens met twee sessies per dag, dus een totaal van twaalf onderzoeksessies van anderhalf uur. Zo werd tegemoet gekomen aan het aantal sessies dat moet plaatsvinden om de resultaten van het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken. Dit heeft ook een positieve invloed gehad op de vertaalbaarheid van het onderzoek naar andere praktijksituaties en het maakte de resultaten meer bruikbaar voor de instelling. Ook voor de onderzoeker en het aanpassen en verbeteren van de methodische werkwijze was het van belang dat genoeg patiënten betrokken werden in het onderzoek. Om tegemoet te komen aan onvoorziene omstandigheden zoals ziekte, autopech of onvoorziene problemen op de afdeling werden twee extra weken voorzien in het programma die vrij bleven om deze momenten op te vangen.
De sessies startten op dinsdag 11 februari en de laatste onderzoeksessie vond plaats op dinsdag 8 april, een spreiding over een totaal van acht weken. Tweemaal is een sessie uitgesteld door onvoorziene omstandigheden en in een extra week ingepland. De onderzoeker heeft tijdens de sessies de rol van participerend observeerder aangenomen en zo van binnenuit zo veel mogelijk informatie verzameld (Migchelbrink, 2007). De onderzoeker was bij de patiënten bekend als onderzoeker en deed zo aan onverhulde observatie (2007, p. 231).
Er werd gewerkt met materialen die standaard in de instelling ter beschikking zijn en die tijdens de jaarstage en doorheen de jaren door Dirix ook methodisch ingezet zijn in de behandeling van de patiënten. De instelling kon door een transparante communicatie over de onderzoeksessies zorgen voor voldoende voorraad van de nodige materialen en stond in voor de kosten hiervan. Bijlage 2 beschrijft bij benadering alle kosten van het onderzoek.

Na het uitvoeren van de actiefase vond de gegevensanalyse plaats. Hier werden de verkregen gegevens geanalyseerd om de conclusie en discussie van het onderzoek op te baseren. Deze analyse gebeurde op een aantal verschillende manieren. Allereerst was er de analyse van de observatiegegevens. Aan de hand van terugkerende thema's waren die reeds gecodeerd (Migchelbrink, 2007). De open interviews met de patiënten werden door middel van een categorieënstelsel ook onderverdeeld in terugkerende thema's. Deze thema's zijn opgesteld door opvallende gelijkenissen die uit de tekst te destilleren waren, de zogenaamde codes of labels, om inhoudelijke thema's of concepten in de gegevens op te sporen (2007).
Er werden als het ware vragen gesteld aan de tekst zoals dat bij een interview zou gebeuren (Migchelbrink, 2007).
In aanvulling op deze analyse werden de vragenlijsten van de patiënten geanalyseerd op gelijkenissen of verschillen om de gegevensanalyse uit de open interviews aan te vullen, te staven of te nuanceren.
Van elke patiënt die deelnam aan de interviews werd gekeken waar egoversterking en eigen creatieve inbreng plaatsvond. Daarna werd er nagegaan welke methodische aspecten van ambachtelijke technieken in die sessie hiertoe hadden bijgedragen, of net niet. De open interviews en de observaties van de onderzoeker waren hier de belangrijkste bron van informatie. De andere observaties en de vragenlijsten en toelichtingen van patiënten werden gebruikt als extra informatie om de gegevens uit de analyse aan te toetsen. Ook met de observaties van de verpleegkundigen en de scoretabel van Dirix (zie bijlage 6) werden kruiscontroles met deze gegevens gedaan. Deze analyses werden vervolgens naast elkaar gelegd om te kijken of er duidelijke terugkerende overeenkomsten of verschillen waren. De resultaten uit deze analyses staan beschreven in hoofdstuk 3.

2.8. Kwaliteitscriteria

Om het onderzoek zo bruikbaar en betrouwbaar mogelijk te maken moet worden voldaan aan een aantal kwaliteitscriteria. "Het belangrijkste beoordelingscriterium ligt bij het praktische nut of voordeel dat de betrokkenen hebben van het actieonderzoek" (Migchelbrink, 2007, p. 88). In dit geval is dat de bijdrage aan het verbeteren van het methodisch handelen van de onderzoeker en de bijdrage aan informatie over behandelmogelijkheden voor de instelling. Er werd in dit onderzoek op twee niveaus een onderzoek ingesteld naar de praktijk (2007). Ten eerste het onderzoek van de onderzoeker naar het eigen handelen. Door het verloop en de resultaten van het onderzoek kan het eigen methodisch handelen worden aangepast en verbeterd. Ten tweede kunnen de resultaten van het onderzoek worden ingezet om de situatie en het handelen van mensen in de praktijk te ondersteunen, veranderen en verbeteren.

Actieonderzoek heeft een aantal aangepaste en relevante kwaliteitseisen (Migchelbrink, 2007). Onderstaande alinea geeft een overzicht van hoe in dit onderzoek de kwaliteit is gegarandeerd.

Samenwerking

Een belangrijk aspect van actieonderzoek is de nauwe samenwerking tussen de onderzoeker en de betrokkenen. De probleemvraag en probleemgebied-verkenning zijn in nauwe samenwerking met verschillende betrokkenen tot stand gekomen. Dirix is tijdens de jaarstage de voornaamste praktijkbegeleider geweest van het proces van de onderzoeker. Het methodisch handelen heeft mede door zijn inbreng en begeleiding vorm gekregen. Opvallendheden in ervaringen met de doelgroep kwamen snel aan bod en werden uitgebreid onder de loep genomen. Door deze persoonlijke evolutie van de onderzoeker kwam langzaam het idee voor verder onderzoek naar boven. Ook andere betrokkenen zijn van invloed geweest op dit proces. Zo was er de samenwerking met de afdeling, de verpleegkundigen en de supervisie van de afdelingspsychiater. Al deze verschillende invalshoeken en de multidisciplinaire werking gaven de onderzoeker meer informatie over het probleemgebied en de doelgroep. Tijdens dit onderzoek is de nauwe samenwerking met Dirix gebleven. In alle stappen van het onderzoek is overleg geweest in verschillende vormen: mailverkeer, informeel contact, brainstormsessies en open interviews over de stand van zaken. De pragmatische ingesteldheid van zowel Dirix als de onderzoeker hebben het verloop van het onderzoek ondersteund.
Ook de samenwerking met het multidisciplinaire team is in stand gebleven. De afdelingsverpleegkundigen hebben observaties gedeeld om de onderzoeker een ruimer inzicht te verschaffen over het toestandsbeeld van de patiënten. Ook logistiek waren de verpleegkundigen bereid om patiënten te verzamelen voor interviews of tijdig door te sturen naar de therapiesessies. Met de afdelingspsychologe waren op voorhand ook afspraken gemaakt omtrent het afnemen van half-gestructureerde vragenlijsten met de hele patiëntengroep tijdens de groepssessies, maar uit deze samenwerking zijn geen data voortgekomen. Redenen hiervoor zijn miscommunicatie over het afnemen van de vragenlijsten en verlies door de psychologe van alle zelf afgenomen data.

Reflectie

De reflectie in een actieonderzoek heeft betrekking op verschillende gebieden en doet zich voor tijdens verschillende fases (Migchelbrink, 2007). *Vooraf* aan het onderzoek tijdens de jaarstage was persoonlijke reflectie een vast onderdeel van het proces van de onderzoeker. Tijdens de start van het onderzoekstraject is intensief gereflecteerd op het probleemgebied. Dit was vooral persoonlijke reflectie van de onderzoeker en gezamenlijke reflectie op vastgelegde tijdstippen met Dirix (praktijkbegeleider) en Cilissen – Ysermans (stagebegeleider hogeschool). Hier was ook sprake van peerdebriefing met Eva Stokman, een klasgenote die gezamenlijk begeleid werd en tijdens reflectiemomenten tegelijk ondersteunend en kritisch kon kijken naar de ervaringen van de onderzoeker. Die onderzoeker hield ook een gestructureerd logboek bij met verschillende reflectiewerkvormen. Er werd gebruik gemaakt van het schema cliënt – therapeut – medium om het methodisch handelen te analyseren (Cilissen-Ysermans, 2010). Trefwoorden of informatie vanuit informele gesprekken met begeleiders of patiënten werden genoteerd. Door deze reflectie in samenwerking met een aantal betrokkenen is de diagnose van de situatie op punt gesteld.
In de actiefase was reflectie een noodzakelijk en handig onderdeel van het onderzoekstraject. Ook hier werd in samenwerking met anderen gereflecteerd over de ervaringen en gebeurtenissen van de onderzoeksessies. Er was gezamenlijke reflectie met Dirix, elke ochtend voor de onderzoeksessies. Het handelen en de ervaringen van vorige sessies werd besproken zodat last-minute veranderingen nog doorgevoerd konden worden om de volgende sessie te verbeteren. In informele gesprekken met Kartien Verbunt, de stagiaire op de afdeling, werd het handelen van de onderzoeker ondersteund door haar andere invalshoek en vragen omtrent het onderzoek. De begeleidings- en coaching momenten met Cilissen – Ysermans bleven op vastgelegde tijdstippen plaatsvinden en hierbij werd in de loop van het onderzoek peerdebriefing toegevoegd door een samenwerking met Anna Baake, een klasgenote die eveneens een actieonderzoek uitvoerde. Tijdens de actiefase werd door de onderzoeker eveneens een gestructureerd logboek bijgehouden met de gestructureerde observatielijsten, het neerschrijven van ervaringen tijdens de sessies, feedback van patiënten en begeleiders en nota's uit relevante literatuur.

Kennisbronnen

Een combinatie van meerdere, elkaar aanvullende kennisbronnen is nodig om zoveel mogelijk relevante gegevens te verzamelen en te kaderen in een bruikbare analyse. Het onderzoek was systematisch; met de vraag- en doelstelling van het onderzoek als referentiekader werden onderzoeksmethoden ingezet. Er werd gewerkt met gestructureerde vragenlijsten voor de patiënten en observatielijsten die in de praktijk reeds gebruikt werden (zie bijlage 5 en 6). Expertkennis van verschillende betrokkenen werd geraadpleegd en ingezet in het volledige verloop van het onderzoek. Eigen ervaringen uit de jaarstage, de opleiding en het werk in de praktijk van de onderzoeker werden mee in beschouwing genomen bij het vorm geven van het onderzoek, de uitvoering van de actiefase en de analyse van de gegevens. De ervaringen van de patiënten werden zoveel mogelijk in kaart gebracht met open interviews over de onderzoeksessies, waarin zoveel mogelijk ruimte werd geschapen voor de inbreng van de patiënten. Verder werd door literatuuronderzoek bijkomende informatie verzameld. Daarvoor werden databanken en de bibliotheek geraadpleegd met zoekcriteria opgesteld volgens de PICO-methode. De uitkomsten van dit literatuuronderzoek zijn terug te vinden in bijlage 1. De onderzoeker was eveneens ingeschreven op de mailinglijst van een databank om alle publicaties over psychoses en schizofrenie te ontvangen. Bijkomend waren er literatuurbronnen aangereikt door Dirix en Cilissen – Ysermans die opgenomen zijn in het verslag en de literatuurverwijzing.
Door de recente tewerkstelling van de onderzoeker in een universitair psychiatrisch ziekenhuis waren en verschillende contacten met deskundigen uit de multidisciplinaire praktijk over het verloop van het onderzoek. Deze contacten verschaften de onderzoeker tips voor de praktijk van het uitvoeren van het onderzoek.
Het werken met verschillende bronnen en types dateverzameling zorgt voor een gewaarborgde triangulatie (Smeijsters, 2008). Peer-debriefing vond plaats door het voorleggen van de onderzoeksmethode, het proces en de resultaten aan groepsgenoot Anna Baake (2008).

Betekenis en bruikbaarheid

Het onderzoek is specifiek ingericht naar de situatie op een bepaalde afdeling in een instelling. Hierdoor is de bruikbaarheid van het onderzoek voor de betrokkenen in de praktijk in deze specifieke instelling het grootst. Door de afgebakende doelgroep op deze afdeling kunnen andere praktijkplaatsen de analyse van de gegevens vertalen naar de eigen werking. Andere professionals kunnen door de omschreven eigenschappen van de doelgroep de vertaling maken naar andere doelgroepen met gelijkaardige kenmerken.
Doordat het onderzoek ook het methodisch handelen van de onderzoeker wil veranderen en verbeteren is de bruikbaarheid voor de onderzoeker ook significant. Het onderzoek is opgebouwd rond een combinatie van de praktijksituatie en ervaringen van de onderzoeker hiermee. Het is echter van belang om als professional steeds kritisch naar het eigen handelen te blijven kijken en zo veel mogelijk bruikbare informatie uit de ervaringen en onderzoeken van anderen te halen. Voor wie op zoek is naar bruikbare informatie kan elk onderzoek en elke persoonlijke ontwikkeling betekenisvol zijn.

Transparantie

Het is van belang dat de doelen van een onderzoek voor de buitenstaander duidelijk zijn en dat de stappen die genomen worden om die doelen te bereiken transparant en relevant zijn. In dit onderzoek is gewerkt volgens een vooraf opgesteld draaiboek van het actiegericht onderzoek (Pénzes, Poismans, Cilissen, & Welten). Dit kader heeft gezorgd voor een overzichtelijk verloop van de onderzoeksfases en de opbouw van dit verslag. Na de probleemgebied-verkenning is een onderzoeksvraag opgesteld en zijn de doelen van het onderzoek zo helder mogelijk omschreven. De stappen die genomen zijn om het onderzoek in de praktijk te brengen zijn met het draaiboek als rode draad vervolgens omschreven in de respectievelijke hoofdstukken van dit verslag. In de bijlagen zijn verschillende bijkomende informatiebronnen toegevoegd om het verloop van het actieonderzoek helder te krijgen: de standaardisering van de onderzoeksessies (bijlage 4), de verschillende vragen- en observatielijsten (bijlage 5 en 6), een overzicht van de aanwezige patiënten (bijlage 7), een overzicht van de begroting van het onderzoek (bijlage 3) en de resultaten van het literatuuronderzoek (bijlage 2) zijn hier terug te vinden. Ten slotte wordt in de samenvatting van het onderzoek een

overzicht gegeven van het totale verloop, met daarin de onderzoeksvraag, de doelen, de resultaten en de discussie samengevat.

Kritische en zorgvuldige omgang met aannames

Om tegenstrijdige gezichtspunten en verkeerde interpretaties op te sporen werd regelmatig gereflecteerd met de verschillende directe en indirecte betrokkenen van het onderzoek. Er werden kruiscontroles uitgevoerd met de observatiegegevens van verschillende bronnen. Tegenstrijdigheden kunnen zo aan de kiem worden opgespoord en besproken. Er werd met grote zorgvuldigheid getracht om de observaties zo zuiver mogelijk te houden en te ontdoen van interpretaties en die interpretaties en verklaringen pas in de discussie naar voren te laten komen. Bij vrijwel elke onderzoeksessie was de stagiaire van Dirix, Katrien Verbunt aanwezig. Zo kon er naar de observaties gekeken worden uit verschillende gezichtspunten. Regelmatige reflectie met Dirix zorgde voor nuancering en kadrering van de observaties van de onderzoeker in combinatie met de ervaring van Dirix. Om conformerende antwoorden van patiënten in de open interviews op te sporen werd over deze data ook uitvoering gereflecteerd met verschillende betrokkenen in de loop van het onderzoek.
De subjectiviteit kon en mocht echter niet totaal geweerd worden uit het onderzoek en draagt ook bij aan de kritische onderzoekbenadering die de werkelijkheid ziet als een complexe, multidimensionale werkelijkheid (Migchelbrink, 2007). De beleving van de onderzoeker en de ervaringen uit de stage van een jaar eerder speelden onvermijdelijk mee in het observeren van de patiënten.
Omwille van peerdebriefing met klasgenoot Anna Baake werden het verloop van het onderzoek en de analyse van de gegevens vanuit een extra oogpunt kritisch bekeken.

Verantwoording

Onder verantwoording wordt het onderbouwen en verantwoorden verstaan door de onderzoeker van wat in het onderzoekstraject gebeurde (Migchelbrink, 2007). Hierbij hoort ook het maken, volgen en inschatten van het onderzoekstraject en de resultaten hiervan (2007). Deze verantwoording krijgt in dit verslag vorm in hoofdstukken 2.6 tot en met 2.8. Hier wordt respectievelijk de opbouw, uitvoering en evaluatie van het onderzoek overlopen. Alle stappen zijn op voorhand duidelijk onderbouwd en in volgordelijkheid gestructureerd.

Betrouwbaarheid en validiteit

Bovenstaande actieonderzoek-specifieke kwaliteitscriteria zorgen ervoor dat ook twee ‘klassieke’ beoordelingscriteria, namelijk betrouwbaarheid en validiteit, gewaarborgd zijn in dit onderzoek (Migchelbrink, 2007; Smeijsters, 2008). Deze criteria hebben allebei betrekking op het vertrouwen dat kan worden gesteld in de onderzoeksresultaten. De gedegen, eerlijke, controleerbare en inzichtelijke wijze van onderzoeken zorgt voor deugdelijke resultaten (2007). In dit onderzoek draagt de transparantie van het verloop vooral bij aan de inzichtelijkheid van het hele traject. De onderzoeksmethoden die zijn toegepast passen bij het onderzoek en de te onderzoeken materie. De actieve betrokkenheid van de betrokkenen van het onderzoek in de praktijk maakt dat de betrouwbaarheid en validiteit van hoog niveau zijn (2007). In dit onderzoek komt de nauwe samenwerking met de praktijk vooral tot uiting in de bijdragen van observaties uit het interdisciplinaire team en de logistieke ondersteuning daarvan. Ook de samenwerking met Dirix komt uit de verf door de constante gezamenlijke reflectie en de bijdrage van de expertkennis van Dirix ter zake. Doordat het onderzoek volledig is afgestemd op de situatie in een specifieke instelling zijn de resultaten het meest betrouwbaar voor deze praktijksituatie. Wie het onderzoek en de resultaten wil vertalen naar een andere praktijkinstelling of doelgroep doet er goed aan de overeenkomsten en verschillen met het onderzoek helder te krijgen. Het transparante overzicht van alle aspecten van dit onderzoek dragen hiertoe bij.
De inhoudsvaliditeit werd geborgd door het voorleggen van de patiëntvragenlijsten aan de behandelend therapeut, Dirix, om te bewaken dat die relevante domeinen van het onderzoeksthema representeerde (Smeijsters, 2008).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de gegevensanalyse op een rij gezet. De belangrijkste gegevensbronnen zijn zoals reeds omschreven de observaties van de onderzoeker samen met de data uit de open interviews met tien verschillende patiënten. Het onderzoek richt zich op de vraag hoe het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken in beeldende therapie bijdraagt aan egoversterking en eigen creatieve inbreng van patiënten met psychoses in de onderzoeksinstelling (zie hoofdstuk 1.3). Om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de onderzoeksvraag en ervoor te zorgen dat die zo goed mogelijk werd beantwoord, is tijdens het analyseren van de data allereerst gekeken of en wanneer er sprake was van egoversterking en eigen creatieve inbreng. Daarna werden deze verschijnselen gekoppeld aan al dan niet aan- of afwezige aspecten uit het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken.

De methodische aspecten die aan bod komen zijn omschreven naargelang de mate van belangrijkheid in het vergroten van ego-sterkte in de onderzoeksessies. Wanneer negatieve symptomen verminderd werden of eigen creativiteit vergroot is dit cursief gedrukt, evenals de methodische aspecten wanneer die aan bod kwamen. Foto's van de werkstukken in groot formaat bevinden zich in bijlage 1.

3.1. Algemeen

Een aantal aspecten die patiënten noemen en die te observeren zijn, zijn algemeen terugkerend. Alle methodische aspecten die bij het inzetten van de ambachtelijke technieken hun nut hebben bewezen om egoversterking uit te lokken in dit onderzoek zijn per techniek verschillend. In tabel 1 zijn deze methodische aspecten in volgorde van effectiviteit om egoversterking te bekomen opgedeeld zoals ze in dit onderzoek voorkwamen.

Over het algemeen was het opvallend dat bij elke techniek vrijwel elke patiënt aan de sessie deelnam en dat hier iets gebeurde met de *negatieve symptomen*. Bij twee patiënten was dit niet het geval, telkens in één sessie. Bij patiënt 1 was er geen deelname aan de tweede sessie van de druktechniek. Dit was volgens de patiënt te wijten aan gebrekkige communicatie op de afdeling. Een aantal afspraken waren volgens hem niet nagekomen en uit protest wilde hij niet deelnemen aan de sessie. Achteraf kwam ook naar voren dat de *materiaaleigenschappen*, namelijk het geluid van het graveren met de kraspen hem onaangenaam aanvoelde. Hijzelf stelt ook dat hij toen erg veel last had van lichamelijke klachten en nevenwerkingen van de medicatie zoals trillen van de handen en last met concentreren. Verpleegkundigen op de afdeling meldden op die betreffende dag veel weerstand, vaker in de clinch gaan met verpleegkundigen en meer melden van nevenwerkingen. Observaties tonen aan dat de patiënt, die overigens reeds gekend was uit het stagejaar van de onderzoeker, heel hoge eisen stelde aan de vormgeving. Hij wilde heel erg precies graveren met een egale dikke lijn als resultaat. Het werktempo lag hierdoor erg laag. In het uitwerken van deze lijnen liep hij bij het hoofd van de arend die hij als tekening had uitgekozen reeds vast in het handelen. Bij patiënt 2 was er geen deelname aan de eerste sessie van de gravure. Patiënt was toen pas in opname en had aan nog geen enkele sessie actief deelgenomen. Achteraf geeft hij aan normaal op de computer te werken tijdens de sessies, maar toch verleid werd door de aangeboden techniek, er was sprake van een *appèl* op deelname. Vanaf die sessie heeft alle sessies actief deelgenomen.
Verder namen alle aanwezige patiënten deel aan elke onderzoeksessie.

Wat bij alle technieken als belangrijke effectieve component terugkomt is het *bijleren van een techniek* en daarmee samenhangend de *vaardigheid in het ambacht*. Bij de druktechniek en het mandenvlechten staan deze aspecten respectievelijk op de eerste en tweede belangrijkste plaats, bij klei komen deze op de derde en vierde respectievelijke plaats. In elke techniek worden deze aspecten zowel in observaties van de onderzoeker als in interviews met patiënten aangeduid als een positieve factor in het tevreden zijn over het proces, het werkstuk en de sessie.

Wat in het werken met klei opvallend aan de top staat is het kunnen inbrengen van *eigen creativiteit* in het vormgeven. Maar liefst negen van de tien ondervraagde patiënten geeft dit aan als positieve factor op het beoordelen van de ervaringen in de sessie. Net onder dit methodisch aspect wordt het *appèl en de appèlwaarden* van het materiaal, de *instructie van de onderzoeker* en het maken van een

gebruiksvoorwerp aangegeven door de patiënten en geobserveerd door de onderzoeker als effectieve factor om egoversterking uit te lokken. Het maken van een *gebruiksvoorwerp* staat net als bij klei ook bij pitriet erg hoog aangeschreven als efficiënte manier om egoversterking uit te lokken. Bij de druktechniek was het maken van een *product met een esthetische functie* die positieve factor, samen met de mogelijkheid tot *eigen creatieve inbreng* en verdwijnt het maken van een gebruiksvoorwerp naar de achtergrond. Voor klei is dit omgekeerd en staat het maken van een werkstuk met een *esthetische functie* slechts halverwege de lijst met positief effectieve methodische aspecten.
Bij de druktechniek en bij pitriet komt de *instructie* van de onderzoeker en de *ondersteunende houding* bij de ondervraging van de patiënten terug bij de meest belangrijkste positieve aspecten, net als bij de keramische techniek. In de sessies werd dit duidelijk door de mate van aandacht van het merendeel van de patiënten en het geringe aantal vragen in verband met het uitvoeren van de techniek in combinatie van het uitvoeren zelf: de patiënten begrepen de bondige en korte instructie snel en konden die in de praktijk omzetten in de meeste gevallen. Patiënten die hier duidelijk moeite mee hadden waren patiënten met minder cognitieve vaardigheden (lager IQ) of meer sedatie door medicatie. De ondersteunende houding werd vooral belangrijk bij het maken van fouten of onzekerheid over de uitgevoerde techniek.

De intrinsiek aanwezige *structuur* in de handeling van de techniek komt bij alle technieken op de derde of vierde belangrijkste plaats van effectieve methodische aspecten om egoversterking uit te lokken. Patiënten maken hier dikwijls de koppeling met industrie en werken in positieve zin. De herhaling van de handeling komt in de interviews terug als rustgevend, vertrouwen scheppend in het handelen en plezierig. In de sessies is op te merken dat de patiënten rustig en geconcentreerd werken en opgaan in de handeling.
De *werkvorm* individueel in groep komt eveneens bij de drie ambachtelijke technieken terug als derde en vierde belangrijkste effectief methodisch aspect om egoversterking te bekomen. Patiënten spreken over het gezellig werken in groep, het zien vorderen van het werkstuk van anderen, inspiratie opdoen door anderen, groepsgenoten helpen en door hen geholpen worden. Ook hier wordt de koppeling met het werk gemaakt. In de sessies is duidelijk te observeren dat het werken in groep een gekende werkvorm is. Patiënten zijn het gewoon dat om de zoveel sessies een sessie in groep wordt gegeven waarbij iedereen aan eenzelfde werkstuk werkt, in tegenstelling tot het individuele werk aan een eigen gekozen werkstuk bij de vrije sessies. Aan het begin van het onderzoek en bij elke onderzoeksessie werd aangegeven dat elke dinsdag een onderzoeksessie zou plaatsvinden in deze werkvorm.

Wat ook duidelijk in alle sessies naar voren komt is het vermeerderen van lichamelijke klachten wanneer patiënten de techniek minder goed of niet beheersen. Patiënten spraken van klachten als ‘dul [suf] in het hoofd’, hoofdpijnklachten, rugpijnklachten, pijn aan de armen, duizeligheid, vermoeidheid of algemene ‘slechte dagen’. Wanneer de techniek zoals hij aangeboden werd onder het niveau van het functioneren van de patiënt lag, was er een toename in activiteit en uitbundigheid van de patiënt, maar dit gebeurde slechts een enkele keer. De concentratie leek hier ook te verminderen. Wanneer het niveau van techniekbeheersing ongeveer gelijk lag verstilde de groep en gingen patiënten meer op in het werken.

3.2. Keramische techniek

Vanuit de analyse van de observaties van de onderzoeker en de gegevens uit de open interviews met tien verschillende patiënten kwam naar voren dat het meest sprake was van egoversterking en het gevoel van eigen creatieve inbreng bij de patiënten bij de keramische ringtechniek. Zeven van de tien geïnterviewde patiënten gaven bij deze techniek het meest positieve ervaringen aan. Drie patiënten vonden deze techniek over het algemeen het minst prettig. In de observaties komt naar voren dat in deze techniek het meest actief gehandeld is en dat hier het minst sprake was van stilvallen van het handelen tijdens de activiteit.

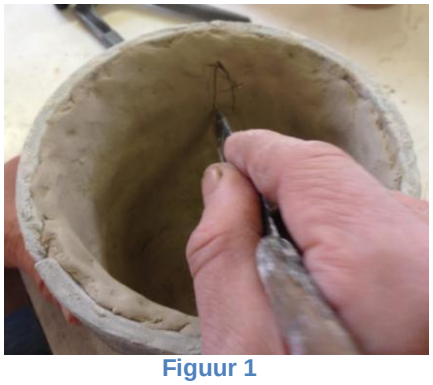
Het methodisch aspect wat opvallend het meest naar voren komt is de mogelijkheid tot vormgeven volgens *eigen creatieve inbreng*. Bijna alle ondervraagde patiënten (met uitzondering van één patiënt) geven aan het gevoel te hebben een grote eigen inbreng te hebben gehad in het werken met klei in combinatie met de aangeboden ringtechniek. Ook opvallend aanwezig bij de ondervraagden en de observaties van de onderzoeker is dat meer dan de helft van de patiënten aangeeft het prettig en

belangrijk te vinden dat het werkstuk een *gebruiksvoorwerp* is. Slechts twee patiënten stappen in de sessies af van het maken van een hol voorwerp dat kan dienen als gebruiksvoorwerp (pot, bloempot, pennenhouder, asbak, ed.) en maken een volledig zelf gekozen vormgeving (piramide en olifant). Deze vrije vormen waren sculpturen van klei naar inspiratie van de maker. Verder geeft ook meer dan de helft van de ondervraagde patiënten aan bij de ringtechniek de *instructie* helder en duidelijk te hebben gevonden, wat bijdroeg aan het onder de knie krijgen van de techniek. Iets minder dan de helft van de groep geeft aan dat de *ondersteunende houding* van de therapeut belangrijk was in het werken met de techniek. Observaties van de sessies geven aan dat het merendeel van de patiënten aandachtig was tijdens de instructie. Wanneer iemand vastliep in de techniek, de uitvoering of vormgeving en de onderzoeker ging ondersteunend te werk in het handelen was het duidelijk dat de patiënten sneller terug in het handelen kwamen.

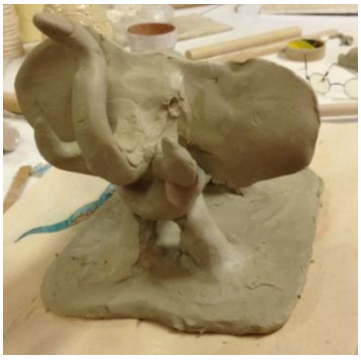
Ook de *appèls en appèlwaarden* van de materialen in de ringtechniek waren een opvallende positieve factor in de ondervraagde patiëntengroep. Er werd gesproken over een van de belangrijkste *eigenschappen* van klei, namelijk het makkelijk vervormbare karakter van klei. Meer dan de helft van de ondervraagde patiënten geeft aan dat het werken met klei aangenaam was dankzij de mogelijkheid om klei op te bouwen en weer af te halen, dat het materiaal makkelijk te hanteren was. Alle deelnemende patiënten van het onderzoek hadden ooit al met klei gewerkt en een aanzienlijk groot deel van de groep had ooit al met een mal een pot in klei opgebouwd.
Verder gaf de helft van de geïnterviewde patiënten aan dat het werken met de ringtechniek een belangrijk motiverend methodisch aspect was. Hierin was duidelijk ook te observeren dat het *aanleren van een nieuwe techniek* fungeerde als grote motivatie voor de deelnemende groep. Iets minder dan de helft van de patiënten gaf dit ook aan in de interviews. Bij de ringtechniek was er geen enkele patiënt die niet wilde deelnemen aan de activiteit. Elke patiënt ging in meer of mindere mate actief aan het werk. Ook de *werkvorm* individueel werken in groep werd naar voren geschoven als positieve factor: drie van de tien geïnterviewde patiënten gaven aan het gezellig te vinden om samen met iedereen iets nieuws aangeleerd te krijgen. Een patiënt gaf aan alleen te hebben meegedaan uit respect voor de groep en om niet op te vallen in het groepswerk. Naast het *aangeleerd krijgen van een nieuwe techniek* speelt hier dus ook de werkvorm een rol om in het handelen te komen. Het was ook duidelijk te observeren dat de gekende werkvorm met individueel in groep werken als activerende factor gold. Patiënten hadden aandacht voor het vorderen van het werk bij anderen en lieten zich hierdoor motiveren. Duidelijk was ook dat geen patiënt aangaf het werken van de anderen te ervaren als druk om zelf sneller te werken.

De observaties laten zien dat ook de *vaardigheid*, het onder de knie krijgen van de techniek, een belangrijk aspect was van de ervaringen van de patiënt. Wanneer dit goed zat waren de ervaringen positiever dan bij patiënten die de techniek moeilijker onder de knie kregen. Het handelen in de intrinsieke *structuur* van de techniek zorgde er bij een groot deel van de patiënten voor dat het handelen continu in actie bleef. Slechts een klein deel van de deelnemende patiënten viel tijdens de sessies met klei stil tijdens het werken. Redenen voor dit stilvallen waren lichamelijke klachten, gebrek aan concentratie, *negatieve appèlwaarden* van de plastische *materiaaleigenschappen* (vuile handen door de vochtige klei) of gedrag van de patiënt vanuit de psychose (bijvoorbeeld aandacht vragen omwille van megalomane gedachten).

Eigen *creatieve inbreng* liet zich in deze techniek zien in verschillende vormen. Er waren patiënten die met ringen een holle vorm opbouwden in een zelf uitgekozen mal en dus met de vorm en grootte van de mal een verschil in vorm met de groep creëerden. Er werd geëxperimenteerd met het gebruiken van verschillende vormen in klei, anders dan de rollen. Er werden verschillende diktes uitgeprobeerd. Patiënten gingen naar eigen wensen versieringen aanbrengen aan de binnen- en buitenzijde van hun werkstuk (figuur 1). Een patiënt ging in de tweede sessie helemaal los van de holle werkstukken een werkstuk opbouwen naar een koppeling met een vertrouwd ritueel van thuis: een olifant naar inspiratie van het logo van een merk chocolade (figuur 3). Ook de materiaalhantering liet verschillen zien: met gereedschappen of met de vingers vormgeven, duidelijke verbindingen in de klei maken of slechts oppervlakkig aan elkaar hechten. Een patiënt die de *techniek* van het verbinden van de klei niet goed beheerste maakte toch een hoog, recht, hol werkstuk met rollen van gelijke (vrij dunne) doorsnede (figuur 2). Deze patiënt legde aan de binnenkant van zijn werkstuk extra stukjes klei schuin over de rollen om de klei te verbinden. Ondanks de vaardige materiaalhantering in het rollen van de klei kon deze patiënt niet overtuigd worden van het beter verbinden van de klei door de rollen in elkaar te duwen.


Figuur 1

Figuur 2


Figuur 3

3.3. Mandenvlechten

Na de keramische techniek waren de meeste gevallen van egoversterking te observeren bij de vlechttechniek met pitriet. Drie van de geïnterviewde patiënten gaven aan deze techniek het meest prettig te vinden.
Het meest aanwezige methodisch aspect dat bij de geïnterviewde patiënten naar voren kwam was de motivatie door het *aangeleerd krijgen van een nieuwe techniek*. De *vaardigheid* hierin, het onder de knie hebben van de ambachtelijke techniek, werd evenzeer aangegeven als zeer belangrijk voor de mate van egoversterking. Patiënten gaven in de interviews aan dat ze deze techniek als bijzonder ervoeren, iets wat ze nog nooit zelf gedaan hadden. Enkele patiënten hadden reeds met deze techniek gewerkt, maar gaven toch aan dat de sessies motiverend waren omdat ze een nieuwe techniek aangeleerd kregen. Patiënten gaven aan dat ze verbaasd waren over het feit dat je met een eenvoudige techniek toch iets moois en functioneels kon opbouwen. Een patiënt gaf in een interview aan dat hij het interessant vond om bestaande werkstukken in pitriet nu te kunnen ontleden met de kennis van de techniek.
Met evenveel reacties was het maken van een *gebruiksvoorwerp* een positief methodisch aspect. Alle patiënten kregen een op dezelfde maat gezaagde bodem, met hetzelfde aantal gaten in voorgeboord voor de verticale staken (figuur 5). Dit hield in dat automatisch het begin van een hol voorwerp werd opgebouwd tijdens de eerste sessie. Alle patiënten gingen namelijk opbouwen volgens de standaard van de techniek zoals omschreven in hoofdstuk 2.6.1. Tijdens informele gesprekken tussen de onderzoeker en de patiënten die deelnamen aan de sessies kwam het belang van het *gebruiksvoorwerp* sterk naar voren. Patiënten gingen in de sessie al denken over het gebruik van hun werkstuk. Ook het werken zelf werd afgestemd op deze ideeën. Patiënten die een bloempot wilden maken wilden hoger gaan met vlechten, patiënten die het rieten werkstuk wilden gebruiken voor het bewaren van andere materialen stemden hun vorm af op hun wensen (figuur 4 en 6). Het mogelijke gebruik werd zo een belangrijke motivatie voor het handelen. Enkele patiënten wilden een vrije vorm maken. Deze vormen werden vrij snel uitgedacht, zonder veel voorafgaand opzoek- of denkwerk. Een vorm die aansprak werd het doel van het vlechten. Een patiënt wilde een toelopende vorm maken en eindigen in een spits, een andere wilde wel een gebruiksvoorwerp maken (een lampenkap) maar wilde hiervoor een vrije vorm ontwerpen. De vrije vormen werden ook met dezelfde bodem als basis gemaakt.

De intrinsiek sterk aanwezige *structuur* van de vlechttechniek kwam ook naar voren als positief aspect uit de observaties. Patiënten waren over het algemeen snel met de vlechttechniek vertrouwd. Wanneer de routine, de herhaling van het handelen, in de handen zat werd de aandacht naar het werkstuk toe getrokken. Patiënten werden geconcentreerd en gaven dit ook aan als prettig. Het was duidelijk dat wie eenmaal de techniek in de vingers had zich in de techniek ging ontspannen. Patiënten gaven in de interviews aan dat het herhalen van de handeling en het bijna industriële karakter van de techniek motiverend werkte en dat ze zich goed voelden wanneer ze in het ritme van de techniek konden handelen. In de sessies was dit te observeren door het regelmatige refereren van de patiënten naar de voor-achter-techniek (laten zien dat ze de techniek begrepen) en door het vergroten van de concentratie tijdens het werken.

Een patiënt gaf aan helemaal geen goed gevoel bij deze techniek te hebben. Deze patiënt had een deels verlamde arm en kon de vlechtdraden niet goed over de verticale staken leggen. De frustratie liep op en deze patiënt brak de activiteit hier af. In het interview gaf deze patiënt aan de techniek op zich wel prettig te vinden maar dat de arm de grootste reden is van het stoppen met de sessie.

De helft van de geïnterviewde patiënten gaf aan de *instructie* duidelijk te vinden bij deze techniek. In de sessies vertaalde dit zich in het snel aan de slag gaan en het relatief snel theoretisch onder de knie krijgen van de techniek door de patiënten. Met theoretisch wordt hier bedoeld dat de patiënten snel de voor-achter-techniek konden herhalen. Het in de praktijk brengen van de vlechttechniek ging iets minder snel bij een aantal patiënten. Iets minder dan de helft van de geïnterviewde patiënten gaf aan ook de *ondersteunende houding* van de therapeut aangenaam te vinden in het werken. Hierin kwam dan vooral naar voren dat wanneer iemand vastgelopen was in het vlechtpatroon de onderzoeker dit kwam helpen rechtzetten. Tijdens de sessies was het duidelijk te observeren dat wanneer een fout was gemaakt in het vlechtpatroon en de patiënt dit realiseerde, er het meest kans was op stilvallen van het handelen van de patiënt. Wanneer de onderzoeker de fout mee hielp rechtzetten was het weer makkelijker om verder te gaan handelen.
Ook in deze techniek werd de *werkvorm* door patiënten aangehaald en dat het aangenaam is om in groep hetzelfde werk uit te voeren. Er werd gerefereerd naar werkplaatsen, industriële ervaringen en herinneringen aan werk.

Twee van de geïnterviewde patiënten gaven aan het moeilijk te hebben met het moeizaam vervormbare karakter van droog pitriet (*materiaaleigenschap*) en refereerden naar het verschil in vormgeven met klei. Ook het rigide vlechtpatroon dat fouten duidelijk zichtbaar maakt werd aangehaald en aangegeven als confronterend en minder prettig. In de sessies werd dit duidelijk door het opkomen van weerstand bij het veelvuldig foutief vlechten en het opkomen van lichamelijke klachten bij patiënten waar het vlechten moeizaam verliep.

Figuur 4

Figuur 5

Figuur 6

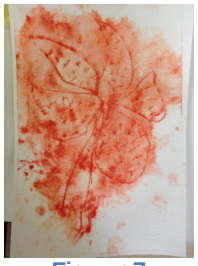
3.4. Druktechniek

De techniek waar het minst egoversterking te observeren en te weerhouden uit de interviews was, was de druktechniek. Deze techniek was voor slechts een van de geïnterviewde patiënten de meest prettige techniek met de positiefste ervaringen.
Het methodisch aspect dat in de interviews wel het meest positief naar voren kwam was het *bijleren van een nieuwe techniek* en het maken van *product met een esthetische functie*. In de observaties van de onderzoeker komt duidelijk naar voren dat de motivatie voor deze techniek hoog lag. De meeste patiënten hadden deze techniek nog nooit gedaan en waren gemotiveerd om deze uit te proberen. Bij de patiënten die een eigen tekening gebruikten om de gravure te maken was er het meest sprake van egoversterking bij het eindresultaat. De patiënten gaven aan tevreden te zijn over het volledig zelf uitwerken van een werkstuk. Ook het *beheersen van het ambacht* zorgde voor positieve gevoelens over de prestaties bij de patiënten. In de interviews geven verschillende patiënten aan dat het makkelijker vormgeven is wanneer je de techniek beheerst. Ook het negatieve gevoel van een fout te maken in de techniek kwam bij meerdere patiënten terug, meer bepaald wanneer er te hard gekrast was en een gat werd veroorzaakt in de acrylaatplaat. Dit was ook te observeren in de reacties over de werkstukken. De gravure werd dan meteen van alle waarde ontdaan en er werden geen afdrukken meer gemaakt. In de interviews gaven drie verschillende patiënten aan een druk weg te hebben gegeven als cadeau voor iemand. De helft van de ondervraagde patiënten gaf aan *eigen*

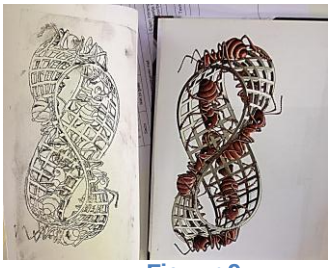
creatieve inbreng te hebben gehad in het uitwerken van hun werkstuk. Een aantal patiënten gaf aan dat het werken naar een voorbeeld hen inspireerde om een eigen ontwerp te maken, maar de observaties van de onderzoeker tonen aan dat het merendeel van de patiënten een afbeelding uit de voorbeelden overnam om uit te werken. Wanneer patiënten een volledig eigen tekening gebruikten was dat ofwel door eerst een tekening uit te werken op papier (figuur 7 en 8), ofwel door rechtstreeks in de acrylaatplaat te graveren zonder vooropgesteld idee of thema. Een patiënt gaf aan in het interview dat de voorbeelden hem te simpel leken en zijn motivatie deed dalen. Een andere patiënt nam een werk van kunstenaar Escher als voorbeeld omdat deze kunstenaar hem aansprak en ook een graficus was (figuur 9). Een patiënt gaf aan dat het graveren met de kraspen onaangenaam in de oren klonk en een onaangenaam gevoel in de handen gaf (*materiaaleigenschap* en *appèlwaarde*). Deze patiënt heeft de eerste sessie erg weinig gegraveerd (ongeveer een vierkante centimeter) en de tweede sessie niet meer deelgenomen (zoals hierboven vermeld, hoofdstuk 3. Resultaten, patiënt E.)

Ongeveer driekwart van de deelnemende patiënten heeft de eerste sessie een afdruk van het werk gemaakt. De resterende patiënten waren nog niet klaar met graveren aan het eind van de sessie en is op het werkstuk verder gegaan tijdens de tweede sessie. Van de patiënten die in de eerste sessie een afdruk hadden gemaakt is iedereen aan tweede werkstuk begonnen in de tweede sessie.

Opvallend was dat een afdruk voor de meeste patiënten genoeg was. Er was weinig behoefte om na een mislukte afdruk een tweede en eventueel verbeterde druk te maken (figuur 10). In deze techniek waren er opvallend veel momenten waar patiënten stilvielen in het handelen. Er waren drie verschillende handelingen om uit te voeren en tussen deze handelingen was de kans op stoppen met handelen groot. Er was in deze techniek meer extrinsieke motivatie van de onderzoeker nodig dan bij de andere technieken. Vooral het inkt afslaan was een handeling die zorgde voor veel vastlopen en stilvallen bij de patiënten.


Figuur 7

Figuur 8


Figuur 9

Figuur 10

Tabel 1. Methodische aspecten per techniek op volgorde van effectiviteit om egoversterking te bekomen.

Keramische techniek	Druktechniek	Mandenvlechten
eigen creatieve inbreng	bijleren nieuwe techniek	bijleren nieuwe techniek
gebruiksvoorwerp	product met esthetische functie	gebruiksvoorwerp
instructie therapeut	vaardigheid ambacht	vaardigheid ambacht
appèl en appèlwaarden	eigen creatieve inbreng	structuur
werkvorm	instructie therapeut	instructie therapeut
bijleren nieuwe techniek	ondersteunende houding therapeut	ondersteunende houding therapeut
vaardigheid ambacht	werkvorm	eigen creatieve inbreng
structuur	structuur	werkvorm
ondersteunende houding therapeut	materiaal en eigenschappen	materiaal en eigenschappen
materiaal en eigenschappen	gebruiksvoorwerp	appèl en appèlwaarden
product met esthetische functie	appèl en appèlwaarden	product met esthetische functie

4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een verklaring voor en interpretatie van de resultaten beschreven. Verderop in hoofdstuk 4.2. worden aanbevelingen voor de praktijk gedaan. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4.3. het evolueren van het methodisch handelen van de onderzoeker geanalyseerd aan de hand van de resultaten en het verloop van het onderzoek. Hierna wordt in hoofdstuk 4.4. omschreven of en hoe dit onderzoek de vraagstelling heeft beantwoord en ten slotte wordt in hoofdstuk 4.5. een overzicht gegeven van de sterktes en zwaktes van het onderzoek.

4.1. Verklaring en interpretatie resultaten

Hier worden de resultaten verklaard en geïnterpreteerd door de onderzoeker. Weer worden de methodische aspecten cursief aangeduid om visueel helder te maken waar sprake is van welk methodisch aspect.
Allereerst is het duidelijk dat er verschillen in beleving van de patiënt en observatie van de onderzoeker zijn tussen de drie verschillende technieken. De drie technieken hebben met elkaar gemeen dat ze voortkomen uit een ambacht, maar zijn tegelijk heel verschillend in uitvoering, materialen, materiaalhantering en mate van appèl op denken (cognitie), voelen en handelen (Schweizer, 2009; Savenije, 1978).

Wat erg opvallend was, was de deelname van vrijwel elke patiënt aan elke onderzoeksessie. Er kan dus wel duidelijk gesteld worden dat er iets gebeurde met de *negatieve symptomen*. De patiënten werden aangesproken op verschillende niveaus: er is allereerst het 'bezig zijn', de afleiding in het beeldend werken van de opname, de psychose, andere bezwarende factoren. Hierin kunnen patiënten individueel in groep werken, met de ambachtelijke techniek als gemeenschappelijke deler en de *eigen inbreng* als individueel onderdeel. Er is ook de lokkende factor van het medium: een bezige groep bij de *werkvorm* individueel in groep kan *appèl* doen op eigen *creatief* handelen en mee experimenteren. De verwachtingen werden laag gehouden om de instapdrempel zo laag mogelijk te houden. Verder werden ook de randvoorwaarden zo opgesteld dat ze het op gang komen van een beeldend proces optimaal ondersteunen. Het lokaal van Dirix werd ongewijzigd gelaten voor de onderzoeksessies en bleef daardoor prikkelend en inspirerend met de vele materialen en werkstukken van patiënten doorheen de jaren. Tegelijk is het daardoor een *veilige* en gekende omgeving om beeldend te werken.
Het hebben van een psychose wordt in de literatuur vaak omschreven als een contra-indicatie voor beeldende therapie wegens de positieve symptomen: interne of externe visuele, auditieve, tactiele of gevoelsprikkels (zie hoofdstuk 1.5). In de onderzoeksessies werden weinig positieve symptomen geobserveerd. Dit wil niet zeggen dat bij de deelnemende patiënten geen positieve symptomen meer (latent) aanwezig waren. Het scoreformulier van Dirix en de observaties van de verpleegkundigen laten wel nog het vermoeden van positieve symptomen zien. Hieruit kunnen we bedenken dat de intrinsieke *structuur* van de onderzoeksessies, de randvoorwaarden en de ingezette *ambachtelijke technieken* toch enige invloed kunnen gehad hebben op de positieve symptomen.

De eigen inbreng bij de drie technieken is van een verschillend niveau bij het aanbieden van de techniek in zijn standaard. Bij pitriet is die het minst omdat de materialen zo weinig echt te vervormen zijn en de eigen inbreng in de vormgeving en het loslaten van de standaard moet zitten. Klei biedt hierin meer mogelijkheden. De wijze waarop de klei met de handen wordt vervormd maakt dat de schriftuur van de patiënt zichtbaar is en dus eigen inbreng laat zien (de Visser, 2006). Het ambachtelijke niveau is eveneens bij de drie technieken verschillend in de basis (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2014). Bij de druktechniek is het ambachtelijk niveau hoger dan bij het mandenvlechten. Klei ligt hier ergens tussenin. De druktechniek heeft eigenlijk het meeste eigen inbreng, want in elke lijn die de patiënt zet zit eigen vormgeving. Patiënten ervaren dit niet zo. Bij de druktechniek moet namelijk niet alleen het graveren goed zijn (diep genoeg, maar niet te diep, met of zonder arceringen en diepte, ed.) maar het papier moet van goede kwaliteit zijn, de vochtigheid van het papier moet optimaal zijn (niet te droog, niet te nat), de pers moet goed zijn afgesteld, de druk moet goed op het papier gelegd worden en dan pas kan men een naar de ambacht zo goed mogelijke afdruk maken. Dit vraagt veel individuele inzet en kunde van de deelnemer, zelfs met voorbereiding van de therapeut. Deze verschillende handelingen in het uitvoeren van de techniek kunnen de

oorzaak geweest zijn van het vaker naar voren komen van de *negatieve symptomen* zoals inactiviteit bij de druktechniek. De patiënten vielen bij het drukken sneller stil in het handelen tussen de verschillende handelingen door. Bij het mandenvlechten is er maar één hoofdzakelijk *materiaal*, het pitriet, eventueel (zoals in deze onderzoeksessies) in combinatie met hout. De handeling is veel eenduidiger en eenvoudiger. Bij klei is er eveneens maar één *materiaal*, wat om correct aan te hechten een bepaald soort handeling vereist. Bij deze twee technieken was het tussentijds stoppen van de activiteit veel minder aanwezig: bij het pitriet voornamelijk wanneer een fout in het vlechten werd opgemerkt en de patiënten de draden moesten weghalen, bij klei slechts wanneer niet meer voldoende klei voorhanden was. Hier zijn eveneens de *eigenschappen van de materialen* en de *appèlwaarden* van invloed op de beleving van de patiënt en de observatie van de onderzoeker.

Een andere verklaring voor het veelvuldig stilvallen van de activiteit en de mindere egoversterking bij de druktechniek was de nood aan voorstellingsvermogen die nodig is om de techniek uit te voeren. Het accent in de driehoek denken – voelen – handelen lag anders (Schweizer, 2009). De druktechniek is een cerebrale techniek: men moet logisch redeneren en de cognitieve insteek is groot. Het accent ligt op het denken. De patiënt moet zich een voorstelling kunnen maken tijdens verschillende stappen van het werkproces: hoe diep en dik moeten de lijnen gekrast worden om een duidelijk beeld te scheppen, hoe grof mogen de bramen achterblijven, hoeveel inkt moet in de kraslijnen, hoe beïnvloedt de 'moet' het beeld, hoeveel inkt blijft over en welk effect heeft dit op het algemene beeld ed. (de Visser, 2006). Bij het pitriet is het handelen en de herhaling daarvan sterker aanwezig en bij de keramische techniek is naast het handelen het voelen van de natuurlijke, vochtige klei ook een duidelijk aanwezige factor.

Het meest egoversterkend in zijn geheel was de keramische techniek. De methodische aspecten die hierin naar voren kwamen waren het gevoel hebben veel *eigen creatieve inbreng* te hebben en het maken van een *gebruiksvoorwerp*. De *materiaaleigenschappen* van klei kunnen hier van invloed zijn op de beleving van de patiënt. De patiënt heeft tijdens het volledige scheppingsproces fysieke controle over wat in het beeld gebeurt. Het vervormbare karakter (*materiaaleigenschap*) en de organische vormen die ontstaan door het vormgeven zonder gereedschappen enkel met de handen hebben geen conventionele verwachtingen op zichzelf. Hier kan een patiënt vormgeven en naar elk resultaat zeggen dat dit juist uitziet zoals de bedoeling was. Bij het regelmatige voor-achter-patroon van het mandenvlechten is dit minder het geval. Hier was ook minder egoversterking en werden fouten in de techniek vaker opgemerkt met de nood deze te verbeteren. De technische *ondersteuning* van de onderzoeker kwam hier naar voren in het correcte vlechtpatroon en in het werken met klei vooral in het maken de verbinding. Een correcte verbinding heeft in klei minder invloed op het algemene beeld dat een correcte vlechttechniek bij het mandenvlechten.

Het sterke positieve appèl dat het maken van een *gebruiksvoorwerp* deed bij het werken met klei is deels ook af te leiden uit het aanbieden van de techniek: in de instelling en op de afdeling in het bijzonder wordt vaak met gebruik van mallen vorm gegeven aan klei. Door het aanbieden van een holle vorm om zelf een werkstuk vorm te geven doe je een sterk appèl op het maken van een gebruiksvoorwerp. Bij de tweede sessie werd echter zonder mal vorm gegeven en was er nog steeds het *appèl* om een holle, bruikbare vorm te scheppen naar *eigen creativiteit*. Slechts twee patiënten maakten in deze sessie een vrije vorm (een olifant en een piramide). Ook het aanbieden van de activiteit met pitriet deed een *appèl op de patiënt om een hol voorwerp te maken*, wat inspeelt op het maken van een *gebruiksvoorwerp*. Deze techniek en de keramische techniek vragen meer van de patiënt (of van eender welke maker) om een gebruiksvoorwerp vorm te geven. Bij de druktechniek is de ambacht meer naar de achtergrond verschoven: weinig mensen maakten een afdruk met tekst (naar het oorspronkelijk ambacht), wat ook een nog meer cognitieve insteek nodig zou maken aangezien de tekst dan in spiegelbeeld moet worden weergegeven.

In de open interviews komt bij twee patiënten weerstand ten opzichte van de sessies naar voren. Bij de ene patiënt is er een algemene afkeer voor alle sessies en in het bijzonder voor geleide activiteiten ('niet vrij'), bij de andere patiënt is er een totaal gebrek aan ervaren zingeving en een gebrek aan interesse voor het werken in het beeldend medium. Dit staat in schril contrast met de handeling die toch bij deze twee patiënten te observeren viel. Hier zien we dat de houding en de beleving in het moment van de sessie in contrast staat met de afkeer in het interview. Het indirect werken met de ambachtelijke technieken kan hiervoor een verklaring zijn. Door het aanbieden van een laagdrempelige, gestructureerde en prikkelende activiteit kan de patiënt toch tot handelen komen en kan er na verloop van tijd een vorm van indirecte reflectie en inzicht mogelijk zijn in het medium (L.

Dirix, persoonlijke communicatie, 2014). Wanneer deze ervaringen dan tastbaar zijn en bevraagd worden is dit niet meer indirect, maar wordt er geïmpliceerd dat de ervaring therapeutisch was en dat dit dus geen vrij beeldend werken was. Dit kan een reden zijn voor de patiënt om op deze manier weerstand te uiten. De ervaring in deze hier-en-nu momenten is kenmerkend voor de beeldende therapie en het ervaringsgericht leren (Smeijsters, 2008). Door de herhaling van de handeling is het voor de patiënt mogelijk om op een bepaald moment die ervaring mee te nemen naar de handelingspatronen thuis en daar te implementeren (2008).
De weerstand heeft ook te maken met het rouwproces waar iemand door moet die een psychose heeft (gehad), of die na meerdere psychoses de stempel schizofrenie krijgt toebedeeld. De waarschijnlijk levenslange ondersteuning met antipsychotica, het eventuele afscheid of verandering van het werk en mensen uit de omgeving, … zijn allemaal ingrijpende veranderingen die de diagnose met zich meebrengt. Hierdoor is er nood aan een aanpassingsperiode en kan er sprake zijn van ontkenning en hieruit voortkomende weerstand tegen behandeling.

Wanneer een ambachtelijke techniek wordt aangeboden kan dat op verschillende niveaus. Er kan een mandje gevlochten worden maar ook een vrije vorm naar ieders eigen expressie; er wordt dan een andere vraag gesteld aan de patiënten. Bij het aanbieden van een techniek onder het niveau van de patiënten kan de sfeer vaak uitbundig en uitdagend worden, bij aanbieden boven het niveau komen lichamelijke klachten naar voren. Er waren ook opvallend veel meer lichamelijke klachten wanneer patiënten de techniek niet goed beheersten. Csikszentmihalyi stelt dat “de uitdaging optimaal is als de gestelde eisen in overeenstemming zijn met de vaardigheden die een persoon bezit. Te hoge eisen leveren stress en angst op terwijl te lagen eisen verveling of verstrooide aandacht opleveren” (2007,p. 112).
We zien dat wanneer activiteiten juist aansluiten op het niveau van de groep of de patiënt er tijdens het werken een soort van ‘verstomming’ optreedt: de groep wordt stil, patiënten gaan op in het werken. Al tijdens de stage kwam ik hiermee in aanraking. De oefening om een activiteit af te stemmen op een groep patiënten en tegelijk de individuen in die groep loopt langs een weg bezaaid met luidruchtige sessies, of sessies waar iedereen plots allerhande klachten krijgt. Wanneer iemand in opperste staat van concentratie is spreekt men van een ‘flow’-ervaring (Csikszentmihalyi, 2007). Tijdens een dergelijke flowervaring is er sprake van een ononderbroken uitwisseling tussen het bewustzijn van een persoon en de activiteit die hij verricht (2007). Van Rosmalen vult aan “dat twee voorwaarden voor een flow-ervaring intrinsieke motivatie en uitdaging zijn” (2007, p. 112). Hier komt naar voren dat de patiënten aangaven dat het vaak de uitdaging van het *aanleren van een nieuwe techniek* is die hen motiveerde om aan de activiteit deel te nemen.

Het deelnemen aan een onderzoek is ook *egoversterkend* op zich. De patiënten werden voor elke onderzoeksessie op de hoogte gebracht van hun deelname aan een onderzoek. Veel van de deelnemende patiënten kenden de onderzoeker al en hier werd de koppeling naar het afstuderen snel gemaakt. Het belang van de deelname en de ervaringen van de patiënten werd steeds onderstreept. Ook bij het invullen van de vragenlijsten en de open interviews werd nadruk gelegd op de aanvulling die de deelname en mening van de patiënten was voor het onderzoek. Hierdoor wordt een zogenaamde derde persoon in het spel geroepen: patiënten zijn van nut voor het onderzoek en dus de maatschappij (L. Dirix, persoonlijke communicatie, 2014). Hierdoor voelen zij zich meer bijzonder en aanvaard door die maatschappij, iets wat voor mensen met een psychose en bijhorende gedragingen niet altijd vanzelfsprekend is.

In dit onderzoek werd duidelijk dat sommige patiënten helemaal vast hielden aan de conventionele ideeën achter het ambacht. Met mandenvlechten maak je manden en niet meer dan dat. Maar andere patiënten konden een vrije vormgeving kiezen en andere mogelijkheden van technieken exploreren (*eigen creativiteit*). Wellicht geeft dit ook een beeld van hoe flexibel een patiënt op andere gebieden kan zijn. Er kan in elk geval naar gerefereerd worden in de observaties en het multidisciplinair overleg. Werken met een voorbeeld kan een motiverende of demotiverende factor zijn voor een patiënt die aan de slag gaat met het medium. In dit onderzoek waren er verschillende ervaringen met werken naar een voorbeeld: patiënten werden geïnspireerd om hun *eigen creatieve vormgeving* te maken, een voorbeeld liet mogelijkheden in uitvoering zien, patiënten werden gedemotiveerd omdat het voorbeeld te simpel leek, of omdat patiënten liever eigen inbreng wilden in de vormgeving. Schasfoort (2012) spreekt over vier voorwaarden om succesvol met een thema of voorbeeld te werken (p. 198). Het voorbeeld moet aansluiten bij de ervaringswereld of de belangstellingswereld van de patiënt (2012, p. 198). Het voorbeeld moet een voor de patiënt te overzien gebied beslaan en te maken hebben met zijn leefgemeenschap, de maatschappij waarin hij leeft en de cultuur die hierbij hoort (eventueel in

relatie met die van anderen). Het voorbeeld moet onderzoekbaar zijn en het moet mogelijkheden bieden voor onderzoek op beeldende kwaliteiten (2012, p. 198).

Besluit
Een aantal stellingen kunnen uit dit onderzoek afgeleid worden. Deze stellingen hebben door de omvang van het onderzoek geen eenduidige waarde, maar zijn wel duidelijk onderdeel van de ervaringen van de deelnemende patiënten uit het onderzoek.

- De egoversterking is in dit onderzoek het meest naar voren gekomen bij technieken waar het gevoel een eigen creatieve inbreng te hebben het grootst is.
- Het bijleren van een nieuwe techniek en het al dan niet goed onder de knie krijgen hiervan is een grote motiverende factor en dus van belang om de patiënt in het handelen en uit de inactiviteit te krijgen.
- Het product is een belangrijke egoversterkende factor wanneer het een gebruiksvoorwerp is dat correct kan uitgevoerd worden, of een product met een esthetische functie als de creatieve eigenheid in vormgeving groot is.
- De ondersteunende houding van de therapeut en de directieve instructie zijn waardevolle gereedschappen om een veilig klimaat te scheppen waarin de patiënt kan handelen en waardoor egoversterking kan ontstaan. Patiënten aanspreken op een volwassen en volwaardig niveau verhoogt de motivatie en laat een verhoging van de ego-sterkte zien in dit onderzoek.
- Werken met een voorbeeld moet individueel afgestemd en aangepast worden aan elke patiënt. De therapeut moet zich bewust zijn van het kiezen van een voorbeeld en het aansluiten op de leefwereld van de patiënt.
- Materialen die moeilijker te vervormen zijn hebben een meer confronterend effect op de patiënt wanneer een fout wordt gemaakt. Het beheersen van de techniek wordt dan een belangrijk aspect. Materialen die makkelijker te vervormen zijn worden door patiënten benoemd als meer ruimte biedend voor eigen creatieve inbreng.
- Wanneer een activiteit een beroep doet op het denken, moet de doelgroep beschikken over voldoende cognitieve capaciteiten om tot egoversterkend werk te komen.

4.2. Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

Er kunnen met de analyse van de gegevens en de uiteindelijke resultaten enkele aanbevelingen voor de praktijk gedaan worden. Door de omvang van het onderzoek zijn deze aanbevelingen louter indicatief. Na deze aanbevelingen voor de praktijk worden een aantal voorbeelden voor vervolgonderzoek uiteengezet.

4.2.1. Aanbevelingen praktijk

Uit de samenwerking met de praktijk, de interviews met patiënten en de observaties in de onderzoeksessies wordt duidelijk dat de eigenschappen van de materialen en de daaruit afgeleide appèlwaarden essentieel zijn om het medium aan te sluiten op de patiënt. Ondanks het gebrek aan eenduidige resultaten heeft het onderzoek wel accenten kunnen toetsen in de belevingen van de patiënten en de observaties van de onderzoeker. Deze accenten komen duidelijk vanuit de materiaaleigenschappen en liggen vast in de ambachtelijkheid van de technieken.
Verder kunnen ambachtelijke technieken ingezet worden om patiënten te stimuleren in het handelen te komen en zo de negatieve symptomen te verminderen.
Door het werken met ambachtelijke technieken kan de rigiditeit en flexibiliteit in het denken op verschillende niveaus geobserveerd en aangesproken worden. De observatiemogelijkheden in het werken met ambachtelijke technieken kunnen aangewend worden in het kader van artikel 107 in de ambulante zorg in België. In dagactiviteitencentra kan de vinger aan de pols gehouden worden van chronische patiënten die ambulant opgevolgd worden. Onder begeleiding van een creatief therapeut kunnen de ambachtelijke technieken worden begeleid of georganiseerd om een correct en accurate

observatie te garanderen. Het accent ligt dan niet op louter activiteiten begeleiden, maar ook op het blijven observeren van materiaalhantering, flexibiliteit en opkomende rigiditeit, verergerende positieve of negatieve symptomen en algemeen functioneren.

4.2.2. Vervolgonderzoek

Beeldende therapie is een vak dat op het gebied van onderzoek nog veel onontgonnen terrein heeft. Alle vormen van degelijk onderzoek zijn dus bruikbaar om meer kennis te vergaren en om het handelen van de creatieve therapeut te kunnen onderbouwen. Dit onderzoek heeft met name de negatieve symptomen belicht en de methodische inzet van ambachtelijke technieken in een beeldend therapeutische setting. Dit is slechts een beperkt aspect van zowel de stoornis als de methodische inzet van het beeldend medium. Een aantal aspecten kunnen in vervolgonderzoek nader bekeken worden.

Zo is er het paradigma van de inzet van de methodisch inzetbare aspecten van ambachtelijke technieken. In dit onderzoek wordt uitgegaan van een vooraf bepaalde manier om de technieken aan te bieden. Er is geen onderzoek gebeurd voorafgaand om uit te zoeken of deze manier de beste en meest effectieve manier is. Hierrond zou meer onderzoek kunnen gebeuren.
Men zou ook een onderzoek kunnen inrichten rond verschillen en gelijkenissen tussen ambachtelijke technieken en andere beeldende technieken. Er zijn steeds methodische aspecten, maar zijn die hetzelfde of kunnen ze gelijkaardig ingezet worden? Men kan ook toespitsen op de ambachtelijke technieken en per techniek uitgebreider onderzoek voeren.
Dit onderzoek bevat een aantal bevindingen over de uitwerking van ambachtelijke technieken op de positieve symptomen van de stoornis. Hierrond kan uitgebreider onderzoek uitwijzen of er daadwerkelijk eenduidige resultaten kunnen worden bereikt.
Men kan ook een onderzoek richten op de verschillen tussen de kunst en het métier, bijvoorbeeld door te focussen op de verschillen in werken naar een zuiver ambachtelijk gebruiksvoorwerp of een vrije vormgeving met de techniek als uitgangspunt.
Dit onderzoek is ook kleinschalig, kortdurend en slechts in samenwerking met één instelling en één bepaalde doelgroep gevoerd. Een gelijkaardig maar grootschaliger en langdurend onderzoek zal meer eenduidige en betrouwbare resultaten opleveren, evenals onderzoeken die zich richten op het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken bij andere doelgroepen.

4.3. Het eigen methodisch handelen

Doorheen het uitvoeren van dit actieonderzoek zijn een aantal aspecten van mijn methodisch handelen geëvolueerd. Een aantal zaken zijn veranderd, andere zijn behouden en verscherpt.

Het inzetten van het medium is het belangrijkste onderdeel van mijn methodisch handelen. Bij het uitvoeren van een sessie blijf ik vaak teruggrijpen naar het technisch ondersteunen, ook in mijn huidige werkplek. Ik geef makkelijker feedback in het handelen of de materiaalhantering van de patiënten. Door het afstemmen van het medium op de patiënt kan ik *in* het medium feedback geven. Door de praktijk van het onderzoek heb ik nu een nog helderder zicht gekregen op hoe belangrijk de materiaaleigenschappen, het appèl en de appelwaarden zijn in het inzetten van het medium. Zo kan ik de mediumactiviteit nog meer aan de individuele patiënt aanpassen en een zo effectief mogelijk proces op gang brengen. Al tijdens de stage werden ambachtelijke technieken hierin een belangrijk gereedschap. Tabel 2 laat hetzelfde overzicht zien van de methodische aspecten in volgorde van effectiviteit om egoversterking te bekomen, maar met kleuraccenten. Zo zie je duidelijk welke verschillen en overeenkomsten in de technieken verscholen zitten. Deze verschillen en overeenkomsten probeer ik nu bewust zo passend mogelijk per patiënt in te zetten. Op deze manier probeer ik het onderzoek nu te toetsen aan andere doelgroepen, in een andere setting.

Mijn huidig methodisch handelen is vooral gevormd door het interventies plegen in het medium en dus minder direct gericht op het symbolisch weergeven van belevingen in een beeld of gericht op psychoanalytische beschouwing en verklaring van een beeld. Ik probeer de beleving van de patiënt zo

veel mogelijk in het medium te laten plaatsvinden in plaats van in de cognitie. Zo probeer ik het handelen en bij uitbreiding het voelen aan te spreken in plaats van het denken. Elke doelgroep heeft een andere insteek in het werken met het beeldend medium, die je als therapeut als vertrekpunt neemt. De insteek van het beeldend proces (per activiteit maar ook over het verloop van de opname) moet aansluiten op datgene waar de patiënt sterk in is, in dit geval het denken. Maar het proces mag hier niet in blijven hangen en moet door naar het handelen en het voelen om hierin weer balans te scheppen. De patiënten met persoonlijkheidsproblematieken hebben snel de neiging om zich symbolisch in het werk uit te drukken, hun denken is een overlevingsmechanisme. Denken, handelen en voelen is uit balans. Hier is het nodig om te bewaken dat ik enerzijds niet voorbij ga aan hun gevoel en nood om ervaringen met het medium uit te beelden. Anderzijds wil ik het medium genoeg feedback laat geven, en het inzetten om hun sterktes en zwaktes aan te spreken en dus te werken in het medium. Dit is mogelijk met ambachtelijke technieken. Het ambacht of métier kan een vertrekpunt zijn, met insteek op het denken, om zo door te werken naar l' art, de beleving van de patiënt, de eigenschappen en de appèlwaarden van de materialen. Door de insteek op een passende manier aan te bieden kan ik de overgang maken naar het handelen en ervaren in het medium wanneer ik de materiaaleigenschappen, het appèl en de appèlwaarden correct kan inschatten. De uitkomsten van het onderzoek overtuigen me nog meer dat in het medium werken een zeer effectieve manier is om beeldend therapeutisch te werken, dus wil ik dit aspect van mijn methodisch handelen in de toekomst zeker bewaken. Methodische aspecten zoals het maken van een gebruiksvoorwerp, eigen creatieve inbreng hebben, een nieuwe techniek bijleren of een product maken met een esthetische functie, komen allemaal naar voren als effectieve gereedschappen om egoversterking te bekomen. In mijn huidige baan als creatief therapeut gebruik ik dezelfde methodische aspecten in het werken met persoonlijkheidsproblematieken en therapieresistente depressie. Op deze manier kan ik de resultaten van het onderzoek toetsen in mijn eigen huidige praktijk. Ik bied bijvoorbeeld activiteiten aan bij de persoonlijkheidsproblematieken waarbij ze een nieuwe techniek aanleren en koppel hun ervaringen dan zo veel mogelijk aan het medium. Zo kan ik deze doelgroep indirect feedback geven, het denken gebruiken als insteek en dan het handelen activeren en later ook het voelen aanspreken. Bij de patiënten met therapieresistente depressie gebruik ik dezelfde insteek om hen in eerste instantie te activeren, in het handelen te laten komen, om dan ook de ervaringen te kunnen koppelen aan het medium en het voelen langzaam opbouwend aan te spreken. Het maken van een gebruiksvoorwerp of een product met esthetische functie, de nieuwe techniek, de structuur de eigen creatieve inbreng (en bij uitbreiding alle in tabel 2 vernoemde methodische aspecten) worden hierbij in meer of mindere mate ingezet.

Tabel 2: Methodische aspecten per techniek op volgorde van effectiviteit om egoversterking te bekomen in kleur.

Keramische techniek	Druktechniek	Mandenvlechten
eigen creatieve inbreng	bijleren nieuwe techniek	bijleren nieuwe techniek
gebruiksvoorwerp	product met esthetische functie	gebruiksvoorwerp
instructie therapeut	vaardigheid ambacht	vaardigheid ambacht
appèl en appèlwaarden	eigen creatieve inbreng	structuur
werkvorm	instructie therapeut	instructie therapeut
bijleren nieuwe techniek	ondersteunende houding therapeut	ondersteunende houding therapeut
vaardigheid ambacht	werkvorm	eigen creatieve inbreng
structuur	structuur	werkvorm
ondersteunende houding therapeut	materiaal en eigenschappen	materiaal en eigenschappen
materiaal en eigenschappen	gebruiksvoorwerp	appèl en appèlwaarden
product met esthetische functie	appèl en appèlwaarden	product met esthetische functie

Deze ervaringen maken dat ik de afgelopen maanden ook bezig ben geweest met het toetsen van de inzetbaarheid van de verschillende ambachtelijke technieken. Door de verschillen en gelijkenissen in technieken te ervaren en uit te diepen is het duidelijk dat de technieken op verschillende niveaus en

op verschillende momenten van de behandeling ingezet kunnen worden. De ambachtelijke technieken zijn hierdoor multi-inzetbaar. Je kan dicht bij het métier blijven of meer de creativiteit aanspreken en de techniek louter als kader gebruiken naargelang de behoeften en mogelijkheden van de patiënten. Het aanspreken van de flowervaring zoals eerder beschreven is hierin een belangrijk aspect.
Wat hierin ook van betekenis is, is het overkoepelende plan van een behandeling; wat is de mogelijkheid van de patiënt, wat is zijn situatie en wat is het meest haalbare doel om naartoe te werken. In de beeldende therapie kan je afstemmen op dat einddoel door ofwel te focussen op de materiaalhantering, de structuur, het concentratievermogen, en dus het métier. Ofwel op de creatieve mogelijkheden van de patiënt, de flexibiliteit in zijn denken en handelen, l' art. Deze mogelijkheden van ambachtelijke technieken zijn een belangrijk aspect van mijn huidig methodisch handelen in de praktijk.

Het methodisch aanbieden van ambachtelijke technieken houdt ook een aantal therapeutische attitudes in. Vorig jaar was ik vanuit de jaarstage vooral nog bezig met mijn therapeutische attitude en de nuances hierin. Nu zie ik veel meer de enorme meerwaarde van het doorgronden van het medium, in dit geval de ambachtelijke technieken, om bewust in te zetten en aan te sluiten op de patiënt. Vanuit de veronderstelling dat een korte en duidelijke instructie bijdraagt aan het snel en concreet in het handelen komen van de patiënt is dit nog steeds een onderdeel van mijn methodisch handelen. Dit past ook in het aanbieden van ambachtelijke technieken. Door de ruimte die vrijkomt door de duidelijke technische instructie van ambachtelijke technieken kan ik me focussen op therapeutische interventies in plaats van logistieke ondersteuning van de activiteit. Dit komt dan weer de werk- en vertrouwensrelatie ten goede.

Ik merk dat ik uit mezelf ondersteunend en supportief omga met patiënten. Ik heb eerder de neiging om te veel te ondersteunen dan te weinig. Het is dus noodzakelijk dat ik goed bewaak of die ondersteunende houding het beste is voor de patiënt. Tijdens het onderzoek werd de instructie gekaderd in het aanbieden van de ambachtelijke techniek. Hiervoor was het nodig dat die kort en bondig en zo informatief mogelijk was om de patiënten snel in het handelen te krijgen. Het verschil met mijn vroeger methodisch handelen is dat ik nu meer op voorhand uitdenk hoe ik mijn houding moet afstemmen op de activiteit, de fase van behandeling en de doelen van de patiënt. Hierdoor heb ik zelf een kader om te functioneren in de sessies. Mijn reacties zijn dan ondersteund door een doel dat op voorhand doordacht is. Dit maakt dat mijn reacties minder impulsief zijn, maar meer gestuurd. In de praktijk is deze nuancering moeilijk: er is een groot verloop van patiënten die allemaal in verschillende fases van observatie of behandeling zitten, met onderling veel verschillen door co-morbiditeit en situationele factoren.
Verder is de werkwijze die ik tot nog toe het meest gehanteerd heb en die het meest passend is bij de doelgroep van de afdeling de ortho-agogische werkwijze. In deze werkwijze passen ook de ambachtelijke technieken. Ze kunnen directief worden aangeboden: de patiënt wordt geassimileerd in de activiteit en je kan werken aan verschillende vaardigheden.

4.4. Beantwoording van de onderzoeksvraag

Om te kijken of het onderzoek aan zijn doel heeft voldaan is het noodzakelijk te kijken of de onderzoeksvraag beantwoord is en in welke mate. De onderzoeksvraag van dit actieonderzoek was als volgt:

Hoe draagt het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken in beeldende creatieve therapie bij aan het verminderen van negatieve symptomen, het vergroten van de eigen creatieve inbreng en verhogen van de ik-sterkte bij mensen met psychoses, op afdeling A2 van Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen (België)?

In eerste instantie is het belangrijk om te vermelden dat dit onderzoek aangetoond heeft dat het mogelijk is om met het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken negatieve symptomen te verminderen, eigen creativiteit aan te spreken en egoversterking te bekomen. Een aantal methodische aspecten hebben hier in meer of mindere mate invloed op.
Tegelijk is het niet mogelijk om deze resultaten te veralgemenen door de beperkte duur van het onderzoek en de beperkte onderzoekspopulatie.

Deze resultaten - en bijgevolg ook het antwoord op de onderzoeksvraag - moet door vervolgonderzoek nog getoetst en bijgesteld worden.
Het overzicht van de meest effectieve methodische aspecten van ambachtelijke technieken in dit onderzoek om egoversterking te bekomen ziet er als volgt uit:

1. ruimte voor eigen creatieve inbreng
2. bijleren van een nieuwe techniek
3. vaardig worden in een ambacht
4. instructie van de therapeut
5. product: gebruiksvoorwerp of product met esthetische functie
6. werken met een voorbeeld wat aansluit bij de patiënt
7. intrinsieke structuur
8. werkvorm: individueel in groep
9. ondersteunende houding therapeut
10. materiaaleigenschappen: meer of minder te vervormen

4.5. Sterkte – zwakteanalyse

Elk onderzoek heeft zijn sterktes en zwaktes die ervoor zorgen dat het onderzoek meer of minder betrouwbaar en bruikbaar wordt voor anderen. Hieronder een overzicht van de sterke en zwakke elementen uit dit onderzoek.

Sterktes

- Zorgvuldige nuancering methodische aspecten ambachtelijke technieken
  Om de ambachtelijke technieken genuanceerd en zo goed mogelijk aansluitend aan de doelgroep aan te bieden is er een uitgebreid overleg geweest tussen de onderzoeker en Dirix, aangevuld met de expertkennis van Cilissen – Ysermans.
  De vakkennis van de onderzoeker en expertkennis van Dirix en Cilissen – Ysermans werden hier kritisch aangewend om de onderzoeksessies af te stemmen op de doelgroep en het onderzoeksthema.

- Samenwerking met verschillende betrokkenen praktijk
  Doorlopende reflectie met Dirix.
  Voor elke onderzoeksessie was er uitgebreid overleg met Dirix in de instelling waar het onderzoek plaatsvond.
  Betrekking observaties verpleegkundigen.
  Voor elke onderzoeksessies was er overleg met de verpleegkundigen van de afdeling die die dag aan het werk waren om hun observaties van de patiënten mee te nemen in de gegevens van het onderzoek.
  Schriftelijk interview met ex-patiënt J.L. over zijn ervaringen met ambachtelijke technieken.

- Flexibiliteit van Dirix
  Door de recente tewerkstelling van de onderzoeker werd het verloop van het onderzoek aangepast. Dirix is hierin een positieve en pragmatische steunende factor geweest.

- Flexibiliteit van de instelling
  Er was veel bewegingsvrijheid voor de onderzoeker tijdens het verloop van het onderzoek in de instelling.
  Er werd ruimte vrijgemaakt om sessies te organiseren binnen de gekende therapie-uren, wat een bijdrage was aan de veiligheid van de patiënten in de onderzoeksessies.

- Gegevens werden bekeken uit verschillende gezichtspunten
  Bij bijna elke sessie was de stagiaire van Dirix, Katrien Verbunt, ook aanwezig.
  Contact en kritisch overleg met klasgenoot Anna Baake tijdens regelmatige peerdebriefing.
  Overleg met Anja Cilissen – Ysermans bij de coaching van het onderzoek en gesprekken over het verloop en de resultaten van het onderzoek.

- Concrete producten
  Door het nemen van foto's van de werkstukken was er van elke onderzoeksessie concreet beeldmateriaal om observaties en gegevens uit de open interviews te verifiëren. De werkstukken werden ook bewaard in het therapielokaal om later te kunnen bekijken (werkstukken die patiënten graag met zich mee namen buiten beschouwing gelaten, omdat dit een teken van egoversterking was).

- Ervaring onderzoeker
  In het jaar voorafgaand aan het onderzoek heeft de onderzoeker reeds ervaring opgedaan in het werken met de doelgroep, met ambachtelijke technieken en met de algemene werkwijze van de instelling. Hierdoor kon makkelijker een onderzoeksnetwerk opgebouwd worden en was onderzoek naar de eigenschappen en behandeling van de doelgroep gerichter en grotendeels op bekend terrein.

Zwaktes

- Het paradigma van de methodische aspecten
  Door het gebrek aan specifieke literatuur over dit onderwerp worden in dit onderzoek de methodische aspecten van ambachtelijke technieken ingezet volgens expertkennis van verschillende betrokkenen, practice based. Hierdoor is de inzet van de methodische aspecten van ambachtelijke technieken een paradigma. Dit opzet wordt in dit onderzoek als optimaal aanzien, maar hierover ontbreken evidence based bronnen.

- Verlies van aanvullende data
  Doel van samenwerken met de psychologe was een andere invalshoek te creëren en meer informatie te verzamelen door de patiënten na de sessies met een vertrouwd persoon te laten praten om eventuele discrepanties in observaties en gesprekken te kunnen kaderen en de psychologe als extra praktijkdeskundige te betrekken bij het onderzoek. Door omstandigheden bij de betreffende psychologe hebben deze data de onderzoeker echter niet bereikt.

- Kleine onderzoeksgroep
  Ondanks de grote deelname van patiënten uit de instelling zijn er in dit onderzoek te weinig patiënten om definitieve conclusies uit de gegevensanalyse te trekken. In totaal werkten 31 verschillende patiënten mee aan het onderzoek (met uitzondering van J.L., ex-patiënt van de afdeling) en waren er met die patiënten een totaal van 96 deelnames aan de onderzoeksessies. Tien van de 31 deelnemende patiënten hebben een uitgebreid open interview afgelegd over hun ervaringen doorheen de actiefase.

- Mogelijk conformerende data
  De onderzoeker was degene die in het onderzoek het meest betrokken was bij de patiënten tijdens de onderzoeksessies en die de open interviews bij hen afnam. Een groot aantal van de patiënten kende de onderzoeker al vanuit de stage. Eén van hen was gedurende zijn opname volgpatiënt van de onderzoeker. Door deze factoren werden mogelijks de antwoorden van de patiënten in de open interviews deels gegeven vanuit de behoefte om de onderzoeker te plezieren of te conformeren aan diens vragen. Om dit conformeren zo goed mogelijk tegen te gaan werden de patiënten aangemoedigd om zo eerlijk mogelijk te zijn over hun ervaringen.

- Kort onderzoekstraject
  Door de korte onderzoektijd is het onmogelijk om een onderzoek op te stellen waaruit eenduidige resultaten kunnen worden afgeleid. Dit onderzoek kan dus slechts indicatief aanbevelingen doen voor de praktijk. Langer onderzoek is nodig om duidelijker aanwijsbare resultaten te bekomen.

- Gestructureerdheid onderzoeker
  Een van de sterktes van de onderzoeker, met name gestructureerd werken, is in dit onderzoek een valkuil geweest. Open observaties waren altijd in meer of mindere mate gestructureerd en dus niet geheel in lijn met de noden van een actieonderzoek (open observatie).

5. Samenvatting

Ervaringen in de praktijk en literatuurstudie wijzen uit dat mensen met psychoses vaak een geringe ik-sterkte hebben. In beeldende therapie wordt dit zichtbaar in het overheersen van negatieve symptomen en het gebrek aan uiting van eigen creativiteit. Weerstand tegen opname en therapie, de invloed van positieve en negatieve symptomen en gebrek aan motivatie zijn hiermee sterk oorzakelijk verbonden. Activiteiten uit de jaarstage van de onderzoeker brachten positieve ervaringen aan het licht in het methodisch werken met ambachtelijke technieken in beeldende therapie. Dit onderzoek gaat dieper in op de methodische aspecten die kunnen worden ingezet in beeldend creatieve therapie en de invloed die deze aspecten al dan niet hebben op de negatieve symptomen, eigen creativiteit en ik-sterkte van mensen met psychoses.

Doelgroep: De doelgroep betreft patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen. De gemende deler van deze patiënten is het hebben van een (of meerdere) psychose(s). De patiënten zijn allemaal volwassenen.

Probleemstelling: Tijdens de derdejaarsstage was het opvallend hoe negatieve symptomen van deze stoornis – vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie – de belevingen en creativiteit van de patiënten leken te beïnvloeden. Samen met neveneffecten van medicatie zorgen deze aspecten voor een moeizame opbouw van motivatie voor en deelname aan therapie. Langzaam werd duidelijk dat het aanbieden van ambachtelijke technieken de motivatie leek aan te wakkeren, de weerstand leek te verminderen en voor een verbetering in het ervaren van betekenis of zin van de therapie scheen te zorgen.

Vraagstelling: Hoe draagt het methodisch inzetten van ambachtelijke technieken in beeldende creatieve therapie bij aan het verminderen van negatieve symptomen, het vergroten van de eigen creatieve inbreng en verhogen van de ik-sterkte bij mensen met psychoses, op afdeling A2 van Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen (België)?

Onderzoektype: Actieonderzoek met nauwe samenwerking met de praktijk.

Methode: Drie ambachtelijke technieken werden uitgekozen en uitgebreid doorgelicht om te kijken welke methodisch inzetbare aspecten hierin konden aangesproken worden in aansluiting met de doelgroep: een druktechniek, een keramische techniek en mandenvlechten. Deze technieken werden verwerkt in gestandaardiseerde sessies. De gegevens werden verzameld via verschillende verzameltechnieken.

Analyse: De analyse van de data gebeurde door de gegevens te categoriseren in terugkerende thema's of codes. Deze codes werden vergeleken en gecrosscheckt. Er werd gekeken wanneer sprake was van egoversterking en eigen creatieve inbreng en welke methodische aspecten van ambachtelijke technieken hier dat effect veroorzaakten of in de weg stonden.

Resultaten en discussie: Het is duidelijk dat er tussen de drie verschillende technieken verschillen zijn in de beleving van de patiënt en de observatie van de onderzoeker. De drie technieken hebben met elkaar gemeen dat ze voortkomen uit een ambacht, maar zijn tegelijk heel verschillend in uitvoering, materialen, materiaalhantering en mate van appèl op denken (cognitie), voelen en handelen. Het ambachtelijke niveau is ook bij de drie technieken verschillend.
Er wordt dus met elke ambachtelijke techniek een verschillend appèl gedaan op elke deelnemende patiënt.
Wat erg opvallend was, was de deelname van vrijwel elke patiënt aan elke onderzoeksessie. Er kan dus wel duidelijk gesteld worden dat er iets gebeurde met de *negatieve symptomen*. In de onderzoeksessies werden weinig positieve symptomen geobserveerd. Dit wil niet zeggen dat bij de deelnemende patiënten geen positieve symptomen meer (latent) aanwezig waren.
Hieruit kunnen we bedenken dat de intrinsieke structuur van de onderzoeksessies, de randvoorwaarden en de ingezette ambachtelijke technieken toch enige invloed kunnen gehad hebben op de positieve symptomen.

Literatuur

Alphen, C. v., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Castelein, S., Dekker, F.L., Duin, D. van, Ewijk, W.M. van, Gaag, M. van der, Gool, R. van, Haas, O. de, Henquet, C., Hermens, M.L.M., Ketelaars, T., Knegtering, H., Krans, M.J., Lansen, M., Lochy, R., Loonen, A.J.M., Meesters, P.D., Meijel, B.K.G. van, Miltenburg, G., Oud, M.J.T., Pater, C.F. de, Peterse, A., Plas, J. van der, Rammers, D., Rentenaar, I.M.F., Santen, G.W. van, Scheewe, T.W., Selten, J.P., Slooff, C.J.A.J., Stoop, C., Vlaminck, P., Vollaard, H., Weeghel, J. van, Wel, T., van Zon, N. (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.

American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR].* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ansdell. (1995). Musc for life. Aspects of creative music therapy with adult clients. In Smeijsters, *Handboek creatieve therapie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie.* Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Budde, E. (1989). *Creatieve therapie in praktijk.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

Butler, D. J. (2012). Playing with madness: Developmental Transformations and the treatment of schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 87-94.

Castelein, S., Knegtering, H., Van Meijel, B., & Van Der Gaag, M. (2012). Richtlijn schizofrenie 2012: basiszorg op het gebied van psychosociale interventies en verpleegkundige zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie.*, 707-714.

Cilissen-Ysermans, A. (2010). *Cliënt, therapeut, medium. Een wisselwerking.* Heerlen: Zuyd Hogeschool.

Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T. R., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., Dinsmore, J., Floyd, S., Hoadley, A., Johnson, T., Kalaitzaki, E., King, M., Leurent, B., Maratos, A., O'Neill, F. A., Osborn, D., Patterson, S., Soteriou, T., Tyrer, P., Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. BMJ Journal.

Crawford, M., & Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health.*(10), 69-70.

Csikszentmihalyi. (2007). In J. van Rosmalen, *Het woord aan de verbeelding. Spel en kunstzinnige middelen in het sociaal agogisch werk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

de Brouwer, A. (1968). *Vorm en kleur. Het activeren van creatieve expressie.* Wageningen: Zomer & Keuning.

de Visser, A. (2006). *Hardop kijken. Een inleiding tot de kunstbeschouwing.* Nijmegen / Amsterdam: Sun.

De Wachter, D. (2014, mei). Waarom we vandaag zo kwetsbaar zijn. *Psychologies*, pp. 46-47.

Dirix, L. (sd). Scoreformulier A2. Munster-Bilzen : Ongepubliceerd.

Garrido, G., Barrios, M., Penadés, R., Enríquez, M., Garolera, M., Aragay, N., Pajares, M., Vallés, V., Alberni, J., Faixa, C., Vendrell, J. (2013). Computer-assisted cognitive remediation therapy: Cognition, self-esteem and quality of life in schizofrenia. Schizophrenia Research, 563-569.

GGZ Netwerken. Algemene informatie over artikel 107. (2011). Opgeroepen op juni 20, 2013, van VLABO OVerlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant: http://www.vlabo.be

Het Hof van Cassatie België. (2013, 10 29). Opgehaald van Parket Procureur des Konings te Leuven. Gedwongen opname.: http://www.cass.be

Migchelbrink, F. (2007). *Actiegericht onderzoek voor professionals in zorg en welzijn.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Patterson, S., Crawford, M. J., Ainsworth, E., & Waller, D. (2011). Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy*, 70-80.

Patterson, T., & Leeuwenkamp, O. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research.* (100), 109-119.

Pénzes, I., Poismans, K., Cilissen, A., & Welten, J. (sd). Module: CA.14 Start Afstudeerproject (2): Onderzoeksvoorstel. Heerlen: Zuyd Hogeschool.

Rosmalen, J. v. (2007). *Het woord aan de verbeelding. Spel en kunstzinnige middelen in het sociaal agogisch werk.* Houten / Diegem: Bohn Staffleu van Loghum.

Savenije, J. (1978). *Handvaardigheidsonderwijs in de praktijk.* De Bilt: Cantecleer.

Schasfoort, B. (2012). *Beeldonderwijs en didactiek.* Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.

Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie. Uit de verf.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie.* Bussum: Coutinho.

Souery, D.; Amsterdam, J.; de Montigny, C.; Lecrubier, Y.; Montgomery, S.; Lipp, O.; Racagni, G.; Zohar, J.; Mendlewicz, J. (1999). Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *European Neuropsychopharmacology*, 83-91.

Steinerpedagogie. (2013). Opgehaald van Federatie Steinerscholen.: http://www.steinerscholen.be

Vandereycken, W., & van Deht, R. (2004). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling.* Houten: Bohn staffleu van Loghum.

Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2006). *Handboek Psychopathologie deel 2: Klinische praktijken.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit.* Antwerpen: De Bezige Bij.

Woods, L. (2003). *Handboek druktechnieken. Een complete handleiding met de nieuwste technieken, gereedschappen en materialen.* Baarn: Uitgeverij Cantecleer.

Zwiers, K. (1990). *Didactiek van het beeldend vormgeven.* Leiden/Antwerpen: Martinus Nijhoff Uitgevers.

Bijlagen

Bijlage 1: Foto’s werkstukken

Druktechniek

Keramische techniek

Mandenvlechten

Bijlage 2. Zoekresultaten en PICO-vragen

PICO-vragen:

Art therapy for patients with schizophrenia.

Treatment of schizophrenia (/ negative symptoms).

Outcomes of use of art in treatment of schizophrenia.

Treatment of schizophrenia with art therapy.

Treatment of negative symptoms in schizophrenia.

Assessment of everyday functioning in schizophrenia: Implications for treatments aimed at negative symptoms.

MeSH:

Resistance
Motivation:
- Incentive(s): prikkel, impuls, opwekking, stimulans
- Psychosis: psychotic disorder, bipolar disorder

Science Direct

Inschrijven informatie schizofrenie mail:
(nieuwste artikels rond schizofrenie in de databank)

Schizophrenia Research: Alert 5 November-11 November

ScienceDirect Message Center [valert@prod.sciencedirect.com]

To: Van Gelder, Sanne (1038605)

- Ter bescherming van uw privacy is sommige inhoud in dit bericht geblokkeerd. Als u zeker weet dat dit bericht afkomstig is van een vertrouwde afzender en u de geblok

New articles in Schizophrenia Research available on ScienceDirect

Schizophrenia Research

New Articles in Press, 5 November-11 November 2013

1. **Using negative feedback to guide behavior: Impairments on the first 4 cards of the Wisconsin Card Sorting Test predict negative sy**

   Available online 6 November 2013
   Sally J. Vogel, Gregory P. Strauss, Daniel N. Allen

2. **Premorbid teacher-rated social functioning predicts adult schizophrenia-spectrum disorder: A high-risk prospective investigation**

   Available online 6 November 2013
   Thomas Tsuji, Emily Kline, Holger J. Sorensen, Erik L. Mortensen, Niels M. Michelsen, Morten Ekstrom, Sarnoff Mednick, Jason Schiffman

3. **Differential regulation of schizophrenia-associated microRNA gene function by variable number tandem repeats (VNTR) polymorph**

   Available online 6 November 2013
   Mohammed Mamdani, Gowon O. McMichael, Venkat Gadepalli, Vernell Williamson, Erin K. Parker, Vahram Haroutunian, Vladimir I. Vladimirov

4. **Reduced habituation in patients with schizophrenia** Original Research Article

   Available online 5 November 2013

ScienceDirect
is a leading full-text scientific database offering journal articles and book chapters from more than 2,500 journals and almost 20,000 books.

Recent Actions Turn off	
All (11) | Searches (2) | Full text (6) | Journals/Books (3)	
View more | Clear all	
Assessment of everyday functioning in schizophrenia: Implications for treatments aimed at negative symptoms	28 Oct
Antipsychotics suppress stimulus incentive salience: Implications for their therapeutic actions in schizophrenia	28 Oct
(184 results) incentive	28 Oct
Schizophrenia Research, Volume 150, Issues 2–3	28 Oct
Schizophrenia Research, Articles in Press	28 Oct
Stigmatization of schizophrenia in Flemish newspapers	28 Oct

Overige zoektermen
(voor aanmelden opslaan zoekgeschiedenis)

- Schizophrenia research
- Recent Actions Turn off Hide the Recent Actions area
- All (22) | Searches (8) | Full text Full text (6) | Journal/Book Journals/Books (3)
- View more Searches | Clear all Searches
- (184 results) incentive 18 Oct

- (5,494 results) motivation AND psychoses 18 Oct
- This list displays your recent actions (up to the last 100) while you are logged in.

Pubmed

History Download history

Search	Add to builder	Query	Items found
#10	Add	Search **(prikkel) AND psychose** Schema: **all**	0
#9	Add	Search **(prikkel) AND psychose**	0
#8	Add	Search **(schizophrenia) AND art therapy**	145
#7	Add	Search **(bipolar disorder) AND schizophrenia**	9022
#6	Add	Search **(psychosis) AND resistance**	453
#5	Add	Search **(psychotic disorder) AND art therapy**	71
#4	Add	Search **schizophrenia**	105931
#3	Add	Search **schizophrenia**	105931
#2	Add	Search **(psychosis) AND art therapy**	82
#1	Add	Search **(psychosis) AND art therapy**	82

Verschillende websites:

Schizofrenie24/7
Ypsilon
Gezondheid.be
Geestelijkgezondvlaanderen

Zuyd Bib Heerlen

- 'beeldend' + filter online bronnen > scripties beeldend voorbije jaren
- 'weerstand' + filter online bronnen > scripties
- 'handvaardigheid'

set	**treffers**	**actie**
11	219	77.74 bezigheidstherapie
10	13	zoeken [en](Woorden uit titel)agogisch
9	20	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)riet
8	1	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)manden
7	11	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)handvaardigheid
6	4	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)weerstand verkleinen\9001 O verkleinen\9001 O verkleinen\9001 O
5	4	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)weerstand verkleinen\9001 O verkleinen\9001 O
4	4	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)weerstand verkleinen\9001 O
3	14	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)weerstand
2	4	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)weerstand verkleinen\9001 O
1	14	zoeken [en](Titelwoord/auteur/trefwoorden)weerstand

Bijlage 3. Begroting

Om het verloop van het onderzoek te bewaken en ervoor te zorgen dat zo weinig mogelijk omstandigheden onvoorzien zijn was het nodig een goede begroting te maken, inzake tijd en kosten. Door recente tewerkstelling van de onderzoeker werd in samenspraak met de fasecoördinator, de scriptiebegeleider, de onderzoeker en de examencommissie een plan opgesteld met data voor inlevering van de scriptie.
Ook een kostenraming is van belang.
Materialen die gebruikt worden in de onderzoeksessies werden voorzien door de instelling. Bij het samenstellen van het programma van de onderzoeksessies werden de benodigdheden geïnventariseerd en doorgenomen zodat bestellingen tijdig konden worden gedaan en de materialen tijdig ter beschikking van het onderzoek waren. Alle materialen die gebruikt werden behoren tot de gekende en aanwezige materialen van de instelling.

Gebruikte materialen en kosten:

Omschrijving materialen	Eenheidsprijs	Verbruikt tijdens het onderzoek	TOTAAL
Klei, witbakkend, fijne chamotte	: € 6 / 10 kg	3 pakken	€ 24
Pitriet verschillende diktes	€ 10 / kg	1,5 à 2 kg	€ 20
Blockprint	€ 8 / 250 ml	Reeds aanwezige tubes	€ 5
Aquarelpapier 70 x 50 cm	€ 1,60 / vel	Vier vellen	€ 6,40
Acrylaatplaat	€ 4 / meter	1 meter	€ 4
			€ 59,40

Verdere kosten voor de onderzoeker zijn:

Omschrijving materialen	Eenheidsprijs	Verbruikt tijdens het onderzoek	TOTAAL
Kopies en afdrukken vragenlijsten	€ 0.036 / kopie (voordeelkaart)	Ongeveer 300	€ 10,80
Inbindkosten afleveren eindverslag: 40 – 50 pg. In viervoud af te leveren. Totaal pagina aantal van maximum 200	€ 0.036 / kopie (voordeelkaart)	Max. 300	€ 10,80
Vervoerskosten tussen praktijkinstelling en thuisadres: 30.3 km / dieselwagen	€ 3,67 kost per enkele rit	10	€ 73,40
Vervoerskosten tussen opleiding en thuisadres voor coaching scriptie: 57.3 km / dieselwagen	€ 6,90 kost per enkele rit	10	€ 138
Geheugenstick of DVD digitaal bestand scriptie		1	€ 5
			€ 238

Bijlage 4: Standaardisering onderzoeksessies

Onderzoeksessies: Standaardisering en indeling.

	Druktechniek: gravure met droge naald op acryllaatplaat (diepdruk)	Keramische techniek: werkstuk uit klei opbouwen met rollen.	Vlechttechniek met pitriet, mandenvlechten.
	Sessie I		
Randvoorwaarden Voorbereiding en aanvang sessie	- Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Voorgesneden stukken acryllaatplaat - Voorbeelden van afbeeldingen in verschillende uiteenlopende thema's - Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten - Graveertafel apart van druktafel - Voorbeelden van werkstukken in techniek	- Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Voldoende klei in voorraad - Houten werkplank voor elke patiënt - Water beschikbaar en aanwezig - Grote werktafel met voldoende zitplaatsen - Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten - Voorbeelden van werkstukken opgebouwd techniek	- Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Voldoende pitriet in voorraad - Waterbassin gevuld - Pitriet opgerold en klaar voor gebruik (reeds vochtig) - Voor elke patiënt een houten bodem - Elke bodem is voorzien van een oneven aantal staande staken - Voorbeelden van werkstukken opgebouwd met techniek
Instructie Therapeutische houding en werkwijze tijdens instructie.	- Kennismaking materiaal - Informatie techniek / ambacht - Instructie: Bondig en directief - Voordoen graveertechniek met kraspen - Uitleg techniek aan druktafel (na pauze?) - Tips	- Kennismaking materiaal (opwarm?) - Informatie techniek / ambacht - Instructie: Bondig en directief - Voordoen techniek rollen maken - Voordoen aanhechting klei - Tips	- Kennismaking materiaal - Informatie techniek / ambacht - Instructie: Bondig en directief - Voordoen vlechttechniek - Uitleg vochtig maken om flexibel te krijgen - Uitleg voor/achter-systeem - Tips
Therapeutische houding en werkwijze gedurende de sessie. Interventies	- Ortho-agogische werkwijze: - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel patiënt aandacht sturen naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare moeilijkheden met graveren (te diep, niet diep genoeg, te snel, uitschuiven, ed.) opnieuw voordoen en tot groep richten (aandacht van medepatiënten ook vragen).	- Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek. - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met aanhechting opnieuw voordoen en tot groep richten (aandacht van medepatiënten ook vragen).	- Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek. - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met vlechttechniek opnieuw voordoen en tot groep richten (aandacht van medepatiënten ook vragen).

	Druktechniek: gravure met droge naald op acryllaatplaat (diepdruk)	Keramische techniek: werkstuk uit klei opbouwen met rollen.	Vlechttechniek met pitriet, mandenvlechten.
Sessie II			
Randvoorwaarden Voorbereiding en aanvang sessie	- Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Werkstukken vorige sessie op de tafel - Acryllaatplaat om zelf af te snijden op formaat naar eigen keuze - Geen voorbeelden van afbeeldingen beschikbaar - Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten - Graveertafel apart van druktafel	- Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Werkstukken vorige sessie op de tafel - Voldoende klei beschikbaar voor alle patiënten - Houten werkplank beschikbaar voor elke patiënt - Water beschikbaar en aanwezig - Grote werktafel met voldoende zitplaatsen	- Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Werkstukken vorige sessie op de tafel - Voldoende pitriet in voorraad - Waterbassin gevuld - Pitriet zelf op te rollen en te bevochtigen
Instructie Therapeutische houding en werkwijze tijdens instructie.	- Herhaling instructie (bondig en directief) - Ortho-agogische werkwijze - Directieve en ondersteunende houding	- Herhaling instructie (bondig en directief) - Ortho-agogische werkwijze - Directieve en ondersteunende houding	- Herhaling instructie (bondig en directief) - Ortho-agogische werkwijze - Directieve en ondersteunende houding
Therapeutische houding en werkwijze gedurende de sessie. Interventies	- Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek in mindere mate. - Aanmoedigen explorerende houding en eigen inbreng - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met techniek mondeling instructie geven maar handelen bij patiënt laten. - Zelfstandigheid stimuleren	- Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek in mindere mate. - Aanmoedigen explorerende houding en eigen inbreng - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met techniek mondeling instructie geven maar handelen bij patiënt laten. - Zelfstandigheid stimuleren	- Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek in mindere mate. - Aanmoedigen explorerende houding en eigen inbreng - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met techniek mondeling instructie geven maar handelen bij patiënt laten. - Zelfstandigheid stimuleren

Materiaal	Gravure droge naald op acryllaatplaat	Opbouw werkstuk in klei met ringtechniek	Vlechttechniek met pitriet
	- Drukpers - Papier - Acryllaatplaat - Kraspennen - Blockprint - Glasplaten - Papieren doekjes, tissues - Afbeeldingen	- Klei voldoende op voorraad (fijne of grove chamotte? Wit- of zwartbakkend?) - Houten werkplank - Water (spuitbus) - Voorbeelden	- Bodem met staande spaken voor elke patiënt - Pitriet voldoende op voorraad - Waterbassin (gevuld) - Rondbektang, kniptang, platbektang

Bijlage 5: Vragenlijst patiënten

Naam:…….....

Datum:…… Techniek:.....

1. Ik vond deelnemen aan deze activiteit:				
Helemaal niet prettig	Niet prettig	Matig prettig	Wel prettig	Heel prettig

2. Ik was gemotiveerd om mee te doen:				
Niet gemotiveerd	Een beetje gemotiveerd	Neutraal	Wel gemotiveerd	Heel gemotiveerd

3. Ik vond de instructie / uitleg over de activiteit:				
Heel onduidelijk	Onduidelijk	Neutraal	Duidelijk	Heel duidelijk

4. Ik vond de techniek:				
Heel moeilijk	Moeilijk	Gemiddeld	Makkelijk	Heel makkelijk

5. Ik had deze techniek:				
Nog nooit gedaan	Ooit eens gedaan	Meermaals gedaan	Dikwijls gedaan	Ik weet het niet

6. Ik kreeg de techniek onder de knie:				
Slecht	Niet zo goed	Gemiddeld	Goed	Erg goed

7. Ik heb mijn werkstuk vormgegeven met:				
Een voorbeeld	Een voorbeeld met een beetje eigen inbreng	Half voorbeeld, half eigen inbreng	Eigen inbreng met een beetje hulp van voorbeeld	Het was een volledige eigen creatie

8. Ik ben met mijn werkstukken:				
Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Niet tevreden maar ook niet ontevreden	Tevreden	Erg tevreden

9. Ik heb volgende opmerkingen of feedback:

0 = Ok, normaal 1 = nog aanvaardbaar, maar..
2 = onvoldoende 3 = zeer zwak

0 = niet aanwezig 1 = vermoedelijk aanwezig
2 = aanwezig 3 = duidelijk en langdurig aanwezig

Beeldende therapie REVA
Observatie en evaluatie

Medisch Centrum St-Jozef

Patiënt:

Groep: Afd. A2

Datum: Therapeut:

A: C:

B: D: E:

A. Algemeen gedrag	A	B	C	D	E
Uiterlijke verzorging					
Initiatiefname					
Impulscontrole					
Zelfstandigheid					
Verantwoordelijkheidszin					
Punctualiteit					
Oriëntatievermogen realiteit					
Besluitvaardigheid					
B. Interpersoonlijk gedrag					
Onafhankelijkheid					
Vermogen tot samenwerken					
Assertiviteit					
Contactname					
Aandachtvragend gedrag					
Omgaan met negatieve respons					
Omgaan met emoties					
Uiten van gevoelens					
Verbale expressie					
Non-verbale expressie					
Empathisch vermogen					
C. Taakgedrag					
Betrokkenheid					
Concentratievermogen					
Kwantiteit					
Vermogen opvolgen instructies					
Nauwgezetheid, details, kwaliteit					
Probleemoplossend vermogen					
Omgang complexe opdracht					
Leervermogen					
Belangstelling, enthousiasme					
Taakspanning, uithouding					
Frustratietolerantie					
Inschattingsvermogen					

D1. Positieve symptomen	A	B	C	D	E
Wanen					
Megalomane gedachten					
Hallucinaties					
Ongewone gedachteninhoud					
D2. Negatieve symptomen					
Motorische vertraging					
Afgevlakt affect					
Gebrekkig contact					
Passief/apathisch sociaal vlak					
D3. Depressieve symptomen					
Angst					
Depressie					
Schuldgevoelens					
Lichamelijke bezorgdheid					
D4. Symptomen opwinding					
Opgewondenheid					
Geringe aandriftbeheersing					
Vijandigheid					
Onbereidwilligheid					
E. Inzicht					
Inzicht eigen functioneren (act.)					
Inzicht functioneren (soc. omg.)					
Inzicht symptomen					
Ziekte – inzicht					
F. Nevenwerkingen					
G. Somatische klachten					

H. Mediumgedrag -2 -1 0 1 2		A	B	C	D	E
Beweging	Klein - Groot					
Greep	Los - Vast					
Ritme/afwiss.	Weinig - Veel					
Tempo	Langzaam - Snel					
Fysiek contact	Weinig - Veel					
Vormen	Samenhang – Los					
Mat.-keuze	Bekend- onbekend					
Mat.-keuze	Grafisch –Vloeib.					
Ruimte	Weinig - Veel					
Ordening	Planmatig - chaos					
Lijnvoering	Weinig - Veel					
Belijnen	Wel – Niet					
Kleur	Geen menging – Wel					
Interactie/spel	Weinig - Veel					
Kracht	Zacht - Hard					
Vormgeving	Realist- abstract					
Werkstijl	Passief – Explor.					
Eigenheid	Imitatie - initiatief					
Aspecten mediumgedrag: Pénzes, I. (27 maart, 2013)						
I. Interactie / Houding						
Teruggetrokken – Leidend						
Helpend – Opstandig						
Meewerkend – Aanvallend						
Volgend – Concurrerend						
Opmerkingen						

Bijlage 7: Overzicht aanwezigheden patiënten

Patiënt		Druk techniek 1/2	Druk techniek 2/2 4 mrt ’14	Klei techniek 1/2 11 mrt ’14	Klei techniek 2/2 18 mrt ‘14	Manden vlechten 1/2 25 mrt ‘14	Manden vlechten 2/2 8 april ‘14	
S.	A							
Y.	A							
N.	B		A					
E.	B							
R.	B							5
B.	B			A				
R.	B							
J.	B							
G.	B							4
D.	A							
S.	A							
A.	A							
T.	B							
R.	B							
F.	B							6
D.	B							
J.	B							
D.	B							3
K.	A							
M.	A							
T.	A							
R.	A							
J.	A							
R.	B							
A.	B							
C.	B							
T.	B							
I.	B							
H.	B							
A.	B							
M.	B							13
31 verschillende deelnemers								

Bijlage 8: Overzicht sessies aan de hand van cliënt – therapeut – medium

Druktechniek 1/2

Cliënt
Veiligheid: - Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Voorgesneden stukken acrylaatplaat - Voorbeelden van afbeeldingen in verschillende uiteenlopende thema's - Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten - Voorbeelden van werkstukken in techniek Structuur: - Uren sessie binnen uren therapie - Intrinsieke structuur van de ambachtelijke techniek - Opbouw bekend maken van twee sessies per techniek: dit is de eerste van twee - Apart ingerichte werkstations voor elke aparte handeling binnen de techniek - Beheerste karakter van graveren met droge naald (vb. bij arceren) Zin- en vormgeving - Aanleren nieuwe techniek - Meewerken aan onderzoek - Vormgeving volgens voorbeeld of eigen creatieve inbreng Spel - Ontdekken nieuwe techniek - Toevals-component in resultaat druktechniek
Therapeut
Werkvorm: - Individueel in groep Opbouw: - Kennismaking materiaal - Informatie techniek / ambacht - Instructie: Bondig en directief - Voordoen graveertechniek met kraspen - Uitleg techniek aan druktafel (na pauze?) - Tips Techniek: Druktechniek: gravure met kraspen op acrylaatplaat Therapeutische technieken: - Ortho-agogische werkwijze: - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel patiënt aandacht sturen naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare moeilijkheden met graveren (te diep, niet diep genoeg, te snel, uitschuiven, ed.) opnieuw voordoen en tot groep richten (aandacht van medepatiënten ook vragen). - Uit elkaar halen van werkplek (inrichten van werkstations): activatie, stimuleren groepsdynamiek - Uitleggen techniek: interesse wekken, nieuwsgierigheid opwekken

- Korte instructie: snel in de activiteit, het doe-moment, het medium
- Zelf laten drukpers bedienen: activeren patiënten, vergroten egoversterking
- Feedback geven via het medium: de werkstukken de feedback laten geven: teveel of te weinig inkt, ed.

Materiaal:
- Drukpers
- Papier
- Acrylaatplaat
- Kraspennen
- Blockprint
- Glasplaten
- Papieren doekjes, tissues
- Afbeeldingen

Medium

Eigenschappen:
- Druktechniek: intrinsieke structuur
- Kraspen: scherp voorwerp om gravure mee te krassen
- Vochtig gemaakt aquarelpapier: neemt inkt beter op, stevig papier, goede kwaliteit
- Drukpers: met grote drukkracht de gravure door rollen persen om een goede druk te verkrijgen: kracht nodig om in beweging te krijgen, iedereen rolt zelf zijn druk.

Appél :
- Afbeeldingen: fijne afbeelding: meer beheersing bij het krassen, grove afbeelding: meer grof werk mogelijk
- Verschillende moeilijkheidsgraad in tekeningen: meer of minder ingewikkeld

Appèlwaarden:
- Kraspen: uitproberen techniek, laagdrempelig gereedschap (veiligheid)
- Krassend geluid: afkeer, weerstand, zachter gebruik
- Aquarelpapier: degelijk papier, meer productgericht naar patiënten

Druktechniek 2/2

Cliënt

Veiligheid:
- Beeldend atelier
- Uren sessie binnen uren therapie
- Gekende patiëntengroep
- Voorbeelden van afbeeldingen in verschillende uiteenlopende thema's
- Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten
- Voorbeelden van werkstukken in techniek

Structuur:
- Uren sessie binnen uren therapie
- Intrinsieke structuur van de ambachtelijke techniek
- Opbouw bekend maken van twee sessies per techniek: dit is de tweede van twee
- Apart ingerichte werkstations voor elke aparte handeling binnen de techniek
- Beheerste karakter van graveren met droge naald (vb. bij arceren)

Zin- en vormgeving
- Aanleren nieuwe techniek
- Meewerken aan onderzoek
- Vormgeving volgens voorbeeld of eigen creatieve inbreng

Spel
- Ontdekken nieuwe techniek
- Toevals-component in resultaat druktechniek

Therapeut

Werkvorm:
- Individueel in groep

Opbouw:
- Herhaling instructie (bondig en directief)
- Ortho-agogische werkwijze
- Directieve en ondersteunende houding Voordoen graveertechniek met kraspen
- Uitleg techniek aan druktafel (na pauze?)
- Tips

Techniek:
Druktechniek: gravure met kraspen op acrylaatplaat

Therapeutische technieken:
- Ortho-agogische werkwijze
- Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek in mindere mate.
- Aanmoedigen explorerende houding en eigen inbreng
- Korte en directieve instructies
- Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring).
- Bij zichtbare problemen met techniek mondeling instructie geven maar handelen bij patiënt laten.
- Zelfstandigheid stimuleren

Materiaal:
- Drukpers
- Papier
- Acrylaatplaat
- Kraspennen
- Blockprint
- Glasplaten
- Papieren doekjes, tissues
- Afbeeldingen

Medium

Eigenschappen:
- Druktechniek: intrinsieke structuur
- Kraspen: scherp voorwerp om gravure mee te krassen
- Vochtig gemaakt aquarelpapier: neemt inkt beter op, stevig papier, goede kwaliteit
- Drukpers: met grote drukkracht de gravure door rollen persen om een goede druk te verkrijgen: kracht nodig om in beweging te krijgen, iedereen rolt zelf zijn druk.

Appél :
- Afbeeldingen: fijne afbeelding: meer beheersing bij het krassen, grove afbeelding: meer grof werk mogelijk
- Verschillende moeilijkheidsgraad in tekeningen: meer of minder ingewikkeld

Appèlwaarden:
- Kraspen: uitproberen techniek, laagdrempelig gereedschap (veiligheid)
- Krassend geluid: afkeer, weerstand, zachter gebruik
- Aquarelpapier: degelijk papier, meer productgericht naar patiënten

Keramische techniek 1/2

Cliënt
Veiligheid: - Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Voldoende klei in voorraad - Houten werkplank voor elke patiënt - Water beschikbaar en aanwezig - Grote werktafel met voldoende zitplaatsen - Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten - Voorbeelden van werkstukken opgebouwd techniek Structuur: - Uren sessie binnen uren therapie - Intrinsieke structuur van de ambachtelijke techniek - Opbouw bekend maken van twee sessies per techniek: dit is de eerste van twee Zin- en vormgeving: - Aanleren nieuwe techniek - Meewerken aan onderzoek - Vormgeving volgens voorbeeld of eigen creatieve inbreng Spel: - Kneedbare karakter van klei exploreren
Therapeut
Werkvorm: - Individueel in groep Techniek: - Keramische techniek: ringtechniek Met de ringtechniek een werkstuk opbouwen uit klei Opbouw: - Kennismaking materiaal (opwarm?) - Informatie techniek / ambacht - Instructie: Bondig en directief - Voordoen techniek rollen maken - Voordoen aanhechting klei - Tips Therapeutische techniek: - Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek. - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met aanhechting opnieuw voordoen en tot groep richten (aandacht van medepatiënten ook vragen). Materiaal: - Klei - Mallen - Water - Kleigereedschap

Medium
Eigenschappen: - Klei: vervormbare karakter, mogelijkheid om af te halen en op te bouwen. Moet gebakken worden om te bewaren, behoeft droogtijd en dus geen onmiddellijk resultaat zichtbaar. Droogt aan de lucht, door de handen, de houten werkplank. - Mal: vaste vorm om het werkstuk in op te bouwen - Gereedschappen: kunnen handelingen vergemakkelijken, vergroten de afstand tussen patiënt en medium Appèl: - Klei kan een appèl doen op kneden, rollen, pletten. Kan te droog of te nat zijn en hierdoor het appèl doen om nat te maken. Appèlwaarden - Werken met klei en bijhorende vuile vingers kunnen zowel positieve als negatieve appèlwaarden oproepen bij patiënten. Ze kunnen de behoefte hebben om: een werkstuk op te bouwen, om persoonlijke vormen te gebruiken, om zich te baseren op een voorbeeld.

Keramische techniek 2/2

Cliënt
Veiligheid: - Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Voldoende klei in voorraad - Houten werkplank voor elke patiënt - Water beschikbaar en aanwezig - Grote werktafel met voldoende zitplaatsen - Alle materialen beschikbaar voor alle patiënten - Voorbeelden van werkstukken opgebouwd techniek Structuur: - Uren sessie binnen uren therapie - Intrinsieke structuur van de ambachtelijke techniek - Opbouw bekend maken van twee sessies per techniek: dit is de tweede van twee Zin- en vormgeving: - Aanleren nieuwe techniek - Meewerken aan onderzoek - Vormgeving volgens voorbeeld of eigen creatieve inbreng Spel: - Kneedbare karakter van klei exploreren
Therapeut
Werkvorm: - Individueel in groep Therapeutische technieken: - Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek in mindere mate. - Aanmoedigen explorerende houding en eigen inbreng - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring).

- Bij zichtbare problemen met techniek mondeling instructie geven maar handelen bij patiënt laten.
- Zelfstandigheid stimuleren

Opbouw:
- Kennismaking materiaal (opwarm?)
- Informatie techniek / ambacht
- Instructie: Bondig en directief
- Voordoen techniek rollen maken
- Voordoen aanhechting klei
- Tips

Techniek:
- Keramische techniek: ringtechniek
  Met de ringtechniek een werkstuk opbouwen uit klei

Materiaal:
- Klei
- Mallen
- Water
- Kleigereedschap

Medium

Eigenschappen:
- Klei: vervormbare karakter, mogelijkheid om af te halen en op te bouwen. Moet gebakken worden om te bewaren, behoeft droogtijd en dus geen onmiddellijk resultaat zichtbaar. Droogt aan de lucht, door de handen, de houten werkplank.
- Mal: vaste vorm om het werkstuk in op te bouwen
- Gereedschappen: kunnen handelingen vergemakkelijken, vergroten de afstand tussen patiënt en medium

Appèl:
- Klei kan een appèl doen op kneden, rollen, pletten. Kan te droog of te nat zijn en hierdoor het appèl doen om nat te maken.

Appèlwaarden
- Werken met klei en bijhorende vuile vingers kunnen zowel positieve als negatieve appèlwaarden oproepen bij patiënten. Ze kunnen de behoefte hebben om: een werkstuk op te bouwen, om persoonlijke vormen te gebruiken, om zich te baseren op een voorbeeld.

Mandenvlechten 1/2

Cliënt

Veiligheid:
- Beeldend atelier
- Uren sessie binnen uren therapie
- Gekende patiëntengroep
- Voldoende pitriet in voorraad
- Waterbassin gevuld
- Pitriet opgerold en klaar voor gebruik (reeds vochtig)
- Voor elke patiënt een houten bodem
- Elke bodem is voorzien van een oneven aantal staande staken
  Voorbeelden van werkstukken opgebouwd met techniek

Structuur:
- Uren sessie binnen uren therapie
- Intrinsieke structuur van de ambachtelijke techniek

- Opbouw bekend maken van twee sessies per techniek: dit is de eerste van twee

Zin- en vormgeving:
- Aanleren nieuwe techniek
- Meewerken aan onderzoek
- Vormgeving volgens voorbeeld of eigen creatieve inbreng

Spel:
- Ritme in voor-achter-patroon van vlechttechniek

Therapeut

Werkvorm:
- Individueel in groep

Opbouw:
- Kennismaking materiaal
- Informatie techniek / ambacht
- Instructie: Bondig en directief
- Voordoen vlechttechniek
- Uitleg vochtig maken om flexibel te krijgen
- Uitleg voor/achter-systeem
- Tips

Therapeutische technieken:
- Ortho-agogische werkwijze
- Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek.
- Korte en directieve instructies
- Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring).
- Bij zichtbare problemen met vlechttechniek opnieuw voordoen en tot groep richten (aandacht van medepatiënten ook vragen).

Techniek:
- Mandenvlechten: vlechttechniek met pitriet op houten bodem

Materiaal:
- Houten bodem met voorgeboorde gaten oneven aantal
- Op maat geknipte verticale staken
- Vlechtdraden voor geweekt

Medium

Eigenschappen:
- Stugge droge draden en flexibeler bij natmaken
- Moeilijker te manipuleren materiaal
- Duidelijke feedback vanuit het materiaal bij het maken van een fout

Appèl:
- Ritmisch werken in techniek
- Vlechttechniek correct uitvoeren
- Gebruiksvoorwerp maken

Appèlwaarden
- Positieve of negatieve appèlwaarden van het rigide vlechtsysteem en de confronterende zichtbaarheid van fouten in het vlechtwerk

Mandenvlechten 2/2

Cliënt
Veiligheid: - Beeldend atelier - Uren sessie binnen uren therapie - Gekende patiëntengroep - Werkstukken vorige sessie op de tafel - Voldoende pitriet in voorraad - Waterbassin gevuld - Pitriet zelf op te rollen en te bevochtigen Structuur: - Uren sessie binnen uren therapie - Intrinsieke structuur van de ambachtelijke techniek - Opbouw bekend maken van twee sessies per techniek: dit is de tweede van twee Zin- en vormgeving: - Aanleren nieuwe techniek - Meewerken aan onderzoek - Vormgeving volgens voorbeeld of eigen creatieve inbreng Spel: - Ritme in voor-achter-patroon van vlechttechniek
Therapeut
Werkvorm: - Individueel in groep Opbouw: - Herhaling instructie (bondig en directief) - Ortho-agogische werkwijze - Directieve en ondersteunende houding Therapeutische technieken: - Ortho-agogische werkwijze - Ondersteunende houding in exploreren en uitvoeren techniek in mindere mate. - Aanmoedigen explorerende houding en eigen inbreng - Korte en directieve instructies - Bij vragen of twijfel aandacht patiënt richten naar techniek en handelen hierin (ervaring). - Bij zichtbare problemen met techniek mondeling instructie geven maar handelen bij patiënt laten. - Zelfstandigheid stimuleren Techniek: - Mandenvlechten: vlechttechniek met pitriet op houten bodem Materiaal: - Houten bodem met voorgeboorde gaten oneven aantal - Op maat geknipte verticale staken - Vlechtdraden voor geweekt
Medium

Eigenschappen:
- Stugge droge draden en flexibeler bij natmaken
- Moeilijker te manipuleren materiaal
- Duidelijke feedback vanuit het materiaal bij het maken van een fout

Appèl:
- Ritmisch werken in techniek
- Vlechttechniek correct uitvoeren
- Gebruiksvoorwerp maken

Appèlwaarden
- Positieve of negatieve appèlwaarden van het rigide vlechtsysteem en de confronterende zichtbaarheid van fouten in het vlechtwerk