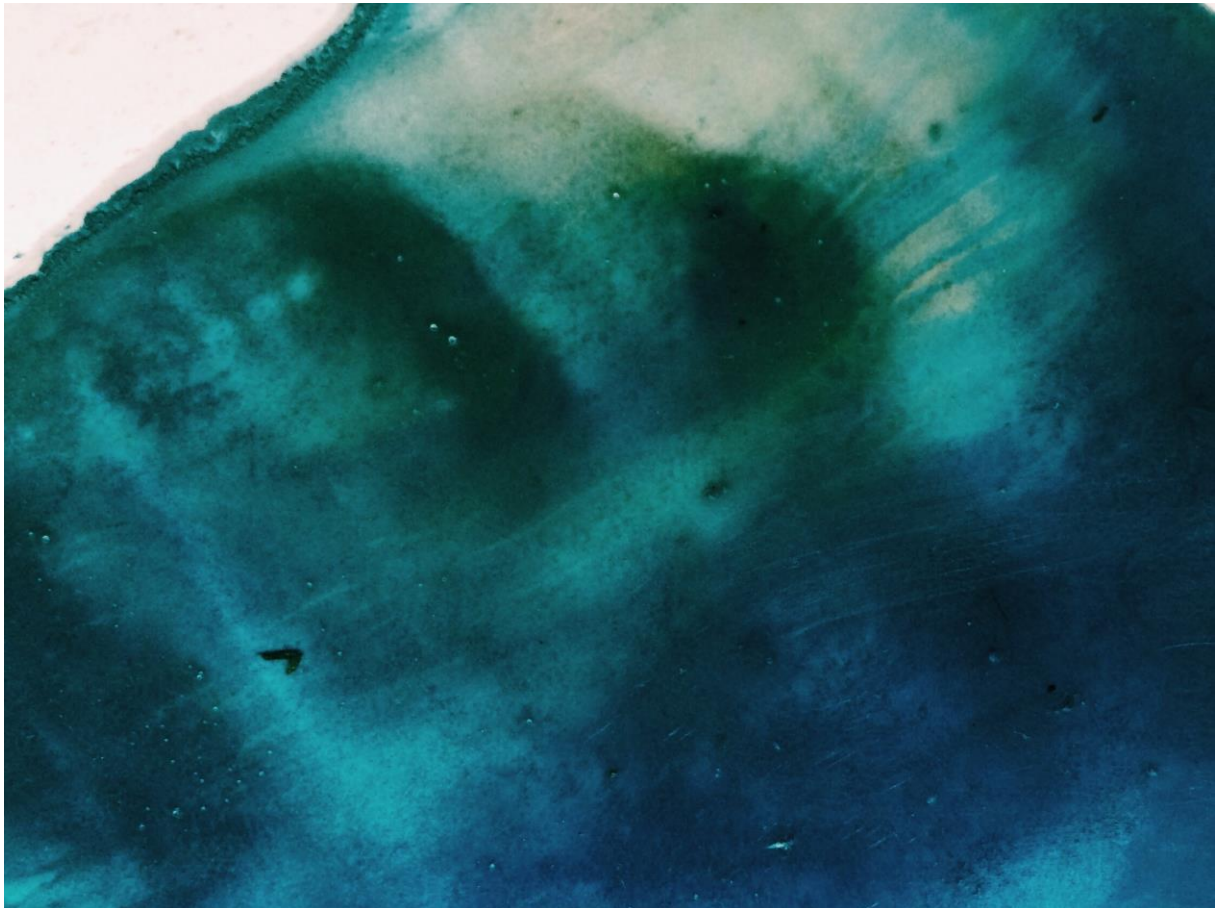


'TOEVAL BESTAAT NIET'

AFSTUDEERONDERZOEK OVER HET EFFECT VAN WERKEN MET TOEVALSTECHNIEKEN
BINNEN BEELDEND THERAPIE OP DE KWALITEIT VAN LEVEN VAN DRIE THUISWONENDE
MENSEN MET DEMENTIE.



STUDENT
RELATIENUMMER
OPLEIDING
INSTITUUT

OPDRACHTGEVER

BEOORDELAARS

BEGELEIDER
DATUM

JOHANNA FRITZ
248770
CREATIEVE THERAPIE BEELDEND
STENDEN HOGESCHOOL
LEEUWARDEN
LECTORAAT SOCIALE
BENADERING DEMENTIE
MARIUS DEN OTTER
HANNEKE BEERS
HILDA ELZINGA
05. MEI 2017

SAMENVATTING

Dit onderzoeksrapport richt zich op één specifieke behandeling van thuiswonende mensen met dementie. Het gaat over drie cliënten die individueel deel hebben genomen aan een zevenweekse interventie met beeldende therapie. Binnen de interventie stond het toepassen van toevalstechnieken centraal. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in het effect van toevalstechnieken binnen beeldende therapie op de levenskwaliteit van de individuele cliënt. Om dit doel te bereiken is een gestapeld N=1 onderzoek uitgevoerd. Hierbij werd het welzijn van de cliënt gedurende het verloop van iedere sessie geobserveerd en werden vragenlijsten over de kwaliteit van leven met de mantelzorger afgenomen. Om ook de subjectieve beleving van de cliënt zelf in het onderzoek te betrekken, werd de mantelzorger geïnterviewd.

In de resultaten van de ingevulde vragenlijsten, die in een voor-, tussen- en nameting werd afgenomen, was er bij twee van de drie cliënten een stijging van de kwaliteit van leven te zien. Alle drie de cliënten lieten tijdens de therapiesessies een stijging in hun welzijn zien. Zij gaven aan dat het werken met toevalstechnieken binnen beeldende therapie op belangrijke, als indicatoren van levenskwaliteit gedefinieerde aspecten, effect had.

De conclusie is dat het toepassen van toevalstechnieken binnen beeldende therapie met mensen met dementie een positief effect heeft op hun kwaliteit van leven, zowel tijdens als kort na de therapie.

Steekwoorden:

- Dementie.
- Kwaliteit van leven.
- Beeldende therapie.
- Toevalstechnieken.
- Sociale benadering van dementie.

SUMMARY

This paper is about an art therapy treatment for people with dementia who still live at home. It zooms in on three clients, which individually took part in a program of seven weeks. The main topic of that program was about art techniques referred to as 'toevalstechnieken' in Dutch. The word 'toeval' can be translated as 'chance'. Those techniques focus on experimenting with colors in different ways, in which the clients cannot fully control the results. The main goal of this paper is to achieve insight in the impact that applying those techniques in art therapy can have on the quality of life of people with dementia. The method used to achieve this goal is a 'gestapeld N=1' study, which is basically a multiple case study about individual clients, of which the results are compared and put together. The research includes observations of the client's well-being throughout the therapy sessions, a questionnaire about the quality of life responded to by the primary caregiver and an interview focusing on the subjective perceptions of the clients themselves.

The results from taking the questionnaires before, throughout and after the art therapy program, show an improvement in quality of life for two out of three clients. Despite this, all three of the clients did show an improvement of quality of life in some ways. All clients showed noticeable improvements in well-being throughout the therapy sessions. Moreover, the clients state that working with 'toevalstechnieken' in art therapy has impact on important aspects of quality of life as well as on the client's well-being beyond the therapy session.

In conclusion: working with 'toevalstechnieken' in art therapy generally had a positive impact on the quality of life of people with dementia during the course of the program and shortly afterwards.

Keywords:

- Dementia.
- Quality of life.
- Art therapy.
- Social approach

INHOUD

Hoofdstuk 1 Inleiding	1
Context, probleem- en situatieanalyse	1
Theoretisch kader met aan het eind probleem en doelstelling.....	2
Centrale vraagstelling en deelvragen	6
Vooruitblik op de onderdelen van het rapport.....	6
Hoofdstuk 2 Methode	7
Type onderzoek.....	7
Onderzoekspopulatie.....	7
Dataverzameling	7
Operationalisatie	9
Data- analyseplan	11
Hoofdstuk 3 Resultaten	12
Resultaten Deelvraag 1	12
Resultaten Deelvraag 2	17
Resultaten Deelvraag 3	22
Hoofdstuk 4 Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	26
Conclusie.....	26
Discussie	28
Aanbevelingen	28
Literatuurlijst (APA)	30
Bijlage 1: Protocol	
Bijlage 2: Topiclijst interview	
Bijlage 3: Ingevulde observatielijsten.....	
Bijlage 4: transcripties van de diepte-interviews.....	
Bijlage 4: Codering Interviews	
Bijlage 5: QUALIDEM-vragenlijst	
Bijlage 6: QUALIDEM- resultaten	
Bijlage 7: Advies onderzoeksbegeleider praktijk	
Bijlage 8: HBO-Kennisbank toestemmingsformulier	
Bijlage 9: HBO-Kennisbank invulformulier.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In de inleiding wordt eerst een overzicht van de context gegeven, hierna wordt ingegaan op de opdrachtgever. Daarna wordt de theoretische achtergrond beschreven die uiteindelijk zal leiden tot het beschrijven van het praktijkprobleem, de doelstelling en het belang van dit onderzoek.

CONTEXT, PROBLEEM- EN SITUATIEANALYSE

Het aantal mensen met dementie in Nederland is op dit moment ongeveer 270.000. Prognoses stellen dat dit aantal als gevolg van de veroudering oploopt tot meer dan een half miljoen mensen in 2040. In 2014 ging ongeveer 5 miljard euro, bijna 5% van de gezondheidszorgkosten naar dementiezorg. Het is daarmee de volksziekte met de hoogste zorgkosten in Nederland (Alzheimer Nederland, 2016). Dementie is dus een actueel en groeiend thema dat veel aandacht verdient.

Mensen die gediagnosticeerd zijn met een vorm van dementie blijven veruit de grootste periode van het ziekteproces thuis wonen en ontvangen vooral hulp van hun mantelzorger. Op het moment woont 70% van alle dementerenden nog thuis (Alzheimer Nederland, 2016). Mensen willen zelf graag nog zo lang als mogelijk thuis blijven wonen en dit is ook het beleid van de overheid. De groep dementerenden die nog niet in een verpleeghuis woont, wordt hierdoor steeds belangrijker voor de manier waarop er in de toekomst gekeken wordt naar dementie (The, Cramer, Jonkers, & Mahler, 2016).

Mensen die nog thuis wonen, hebben vaak ook andere behoeften dan mensen die zich al in een latere fase van de ziekte bevinden. Hun hulpvraag is minder gericht op zorg, maar veel meer op het aanpassen aan nieuwe omstandigheden. Zij worden voortdurend geconfronteerd met de gevolgen van dementie en moeten steeds weer nieuw evenwicht zien te vinden in hun dagelijks leven (Dröes, 1998).

Dit onderzoek vindt plaats in opdracht van het lectoraat Sociale benadering Dementie (SBD), onderdeel van de school of Social Work and Arts Therapies aan Stenden Hogeschool. Het lectoraat is gericht op de belevingsgerichte dementiezorg in Noord-Nederland en richt zich dus op de groep dementerenden die nog thuis woont. Volgens de SBD is er veel meer onderzoek nodig naar de lange periode dat iemand met dementie nog thuis woont.

Het lectoraat Sociale benadering van Dementie (SBD) heeft zichzelf als doel gesteld, inzicht te krijgen in de subjectieve realiteit van thuiswonende mensen met dementie en hun omgeving en samen met hen op zoek te gaan naar mogelijkheden om hun kwaliteit van leven te verbeteren. De visie is dat de levenskwaliteit van mensen met dementie voor een groot deel wordt bepaald door de manier waarop zij door hun omgeving worden benaderd, in hoeverre zij voor vol worden aangezien en door hun manier zich aan te passen aan veranderde omstandigheden (The, Cramer, Jonkers, & Mahler, 2016).

Dit doet SBD door het uitvoeren van verschillende projecten, zoals de 'Dementie Verhalenbank', de 'Proeftuin Dementie Friesland' en de studentenorganisatie 'Kammeraat'. Bij laatstgenoemde, komen studenten van de Opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening thuis op bezoek bij mensen met dementie. Zij organiseren activiteiten en voeren onderzoek uit naar de behoeftes van de ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Omdat er vanuit het project interesse was in een creatief therapeutische invalshoek is dit onderzoek tot stand gekomen.

THEORETISCH KADER MET AAN HET EIND PROBLEEM EN DOELSTELLING

Om een bijdrage te kunnen leveren aan het lectoraat Sociale Benadering Dementie is allereerst een uiteenzetting van bestaande literatuur nodig. In deze paragraaf worden belangrijke literatuur en theoretische uitgangspunten over dementie samengevat om uiteindelijk de probleem- en doelstelling van dit onderzoek te verduidelijken.

Onder het begrip dementie worden verschillende hersenenaandoeningen samengevat, die in de DSM-5 beschreven worden als 'neurocognitieve stoornissen'. Het is een syndroom waarbij de informatieverwerking in de hersenen verstoord raakt. Het begrip bevat tientallen ziektes die hieronder vallen, de meest voorkomende zijn hierbij de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, een combinatie hiervan, Lewy Body Dementie en Frontaal Kwab Dementie (Alzheimer Nederland, Vilans , 2012).

Mensen die dementie krijgen, ervaren steeds meer beperkingen in het alledaagse leven en worden vervolgens met de progressie van hun ziekte steeds meer afhankelijk van de hulp van anderen (The, Cramer, Jonkers, & Mahler, 2016). Uit onderzoek komt naar voren dat mensen naast de cognitieve achteruitgang veel problemen hebben met gevoelens van depressiviteit, onzekerheid en faalangst, maar ook onrustig gedrag en passiviteit vertonen (Dröes, 1998). Een Zweeds onderzoek naar de mate van betrokkenheid bij dagelijkse en sociale activiteiten van dementerenden en hun mantelzorgers concludeert het volgende: de ouderen hebben door de progressie van de dementie steeds vaker de ervaring gehad dat het uitvoeren van alledaagse activiteiten niet meer lukt en hebben daardoor het gevoel dat zij steeds falen. Veel mensen ontwikkelen hierdoor een grote gegeneraliseerde onzekerheid en angst voor mislukkingen. Vanuit dit gevoel proberen zij situaties waarin zij kunnen falen te vermijden, worden ze steeds passiever in hun gedrag en zijn ze minder betrokken bij dagelijkse activiteiten. Dit gedrag vergroot de kans op een snelle progressie van hun depressiviteit en een vermindering van hun algemeen welbevinden en kwaliteit van leven (Vikström, Josephsson, Stigsdotter-Neely, & Nygard, 2008).

Het adaptie-coping model van Dröes gaat ervan uit dat gedrag te verklaren is vanuit de mate waarin mensen met dementie zich kunnen aanpassen aan de gevolgen van de ziekte en in hoeverre zij in staat zijn om met de bijkomende stress om te gaan. De taken zijn te zien als processen die de cliënt actief moet doorlopen en waarbij hij steun en begeleiding door zijn omgeving nodig heeft (Dröes, 1998).

Adaptieve taken gerelateerd aan dementie:

- Omgaan met de eigen invaliditeit.
- Handhaven van een emotioneel evenwicht.
- Behoud van een positief zelfbeeld.
- Voorbereiden op een onzekere toekomst.

De mate waarin deze aanpassingsprocessen worden doorlopen, werd in een vervolgonderzoek als indicator voor de kwaliteit van leven getoetst (Teake , de Lange, Dröes, Mellenbergh, & Ribbe, 2005) en is daarom een belangrijk theoretisch kader voor dit onderzoek.

Het effect van belevingsgerichte therapieën en beeldende therapie op de levenskwaliteit van mensen met dementie

Uit onderzoek blijkt dat de belevingsgerichte zorg gedragsproblemen van mensen met dementie kan verminderen (Dröes, Finnema en Ribbe, 2000). Het toepassen van belevingsgerichte zorg bij deze doelgroep, heeft duidelijk een positief effect op het succesvol doorlopen van de eerder beschreven adaptieve taken (de Lange, 2004).

Beeldende therapie sluit hier als belevings- en ervaringsgerichte therapievorm goed op aan en in de afgelopen jaren zijn er steeds meer artikelen verschenen over beeldende therapie met dementerende ouderen.

Een internationaal literatuuronderzoek over de effectiviteit van beeldende therapie bij mensen met dementie, gepubliceerd in de vaktijdschrift *Dementia* gaat behandelt eerst het feit dat er weinig tot geen behandelmethodes bestaan voor deze doelgroep (Beard, 2011). Veel bestaande programma's zijn methodisch niet onderbouwd en behandelingen zijn op de individuele cliënt afgestemd en verschillen per context waarin de therapie wordt gegeven. Dit past bij de belevingsgerichte behandelwijze, maar maakt effectonderzoek tegelijkertijd lastig. Het is ook de reden dat de literatuur over dit thema over het algemeen als niet valide en slecht onderbouwd wordt beschreven.

Een groot nadeel van bestaand onderzoek over beeldende therapie met mensen met dementie, is dat er weinig onderzoeksmethoden ingaan op de subjectieve beleving van de cliënten zelf. Dit is een groot gemis voor de ontwikkeling op dit gebied.

Een in een psychiatrische kliniek uitgevoerd Duits proefschrift over beeldende groepstherapie voor mensen met de ziekte van Alzheimer in het beginstadium, dat wel ingaat op de beleving van de cliënt, bewijst dat beeldende therapie een significante verbetering van de subjectieve ervaringen van de cliënt kan veroorzaken en een bijdrage levert aan een positievere stemming. Tijdens de therapie waarin zowel vrij als themagericht gewerkt werd, werden via de ontstaande beelden emoties uitgewisseld, actuele problemen besproken, maar ook positieve herinneringen en associaties opgeroepen. Al deze factoren werkten tegen de steeds stijgende identiteitsverwarring. Hierbij bleek vooral het experimenteren met vorm en kleur van groot belang (Hukill, 2006).

De hierboven genoemde bevindingen uit onderzoek, met name de suggestie dat vooral het experimenteren met vorm en kleur een belangrijke helpende factor is bij het tegenwerken van de negatieve consequenties van dementie, zou een goed aanknopingspunt kunnen zijn om dit aspect nog meer centraal te stellen in het therapieproces bij deze doelgroep

Het methodisch toepassen van toevalstechnieken zou een geschikte mogelijkheid zijn om dit te kunnen bewerkstelligen. In het literatuuronderzoek waren geen specifieke referenties te vinden naar het toepassen van toevalstechnieken binnen beeldende therapie bij mensen met dementie. Bij het onderzoeken van vergelijkbare problematiek en doelstellingen binnen de beeldende therapie zijn echter wel een aantal punten naar voren gekomen die gekoppeld kunnen worden aan de hulpvraag van mensen met dementie.

In de Duitse Gestalttherapie worden toevalstechnieken gebruikt om in contact te komen. Zowel het contact tussen cliënt en therapeut als het contact tussen cliënt en medium, wordt op een laagdrempelige manier aangegaan (Bear, 2010).

Het toepassen van toevalstechnieken wordt beschreven als een beeldend therapeutische interventie bij cliënten met chronisch somatische aandoeningen en heeft als doel te leren

omgaan met de verminderde controle door de aandoening en te ontspannen (Heuvel, Ranchor, Sanderman, & Pool, 2004). Verder is het een techniek die als bijzonder effectief beschreven wordt bij angstige cliënten. Het overwinnen van angst voor de eigen gevoelens en controleverlies kan in gang gezet worden met vloeiende materialen en toevalstechnieken. Het kan worden gebruikt als een dialectisch principe met het doel om evenwicht te vinden tussen het ervaren van lastige gevoelens aan de ene kant en het vinden van een adequate uitingsvorm aan de andere kant (Haeyen, 2011). Toevalstechnieken worden beschreven als ego-versterkende technieken. Door meer met kleur te werken dan de meeste cliënten aan het begin aandurven en de controle over vormen los te laten kan de cliënt zichzelf meer ruimte geven, vrijer experimenteren en wordt zelfvertrouwen opgebouwd. Tegelijkertijd ontstaan er snel mooie resultaten en krijgen de cliënten vaak positieve reacties op hun werkstukken (Schweizer, In Beeld, Doelgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten, 2006).

Mindfulness Based Cognitive Therapy is een evidence-based behandelprogramma gericht op het verhogen van kwaliteit van leven, verminderen van psychische gevolgen van ernstige ziekte, depressie, angst, spanning en onrust. Beeldende toevalstechnieken sluiten nauw aan op deze aandachtgerichte benadering in. Het toepassen hiervan is gericht op de beleving in het hier en nu met een oordeelvrije houding. Er wordt ruimte gemaakt voor rust, oordeelvrije zelfreflectie, een adequate manier om met problemen en stress om te gaan en een milde houding tegenover jezelf (Schweizer, 2009).

Bovenstaande doelen en werkwijzen van toevalstechnieken binnen (beeldende) therapieën met andere doelgroepen sluiten nauw aan bij de adaptieve taken zoals beschreven door Dröes (1998) en de eerder beschreven uiteenlopende negatieve effecten die dementie voor de betrokken personen kunnen hebben.

Praktijkprobleem

Uit de beschreven bevindingen vanuit het literatuuronderzoek, laat zich de volgende probleemstelling voor dit onderzoek definiëren: het is niet bekend welk effect toevalstechnieken hebben op de kwaliteit van leven van thuiswonende mensen met dementie. Ook al worden beeldende activiteiten veel toegepast in de zorg van dementerenden en neemt beeldende therapie steeds meer ruimte in de ouderenzorg in, is er nog steeds weinig evidence-based informatie te vinden over het effect dat beeldende activiteiten op de kwaliteit van leven van mensen met dementie hebben. Uit het vooronderzoek blijkt dat bestaand onderzoek over beeldende therapie met mensen met dementie veel tekortkomingen heeft. Vooral als het om de subjectieve ervaring van de cliënten gaat en om protocollaire beschrijvingen, die onderzoek betrouwbaar maakt (Beard, 2011).

Bestaande programma's die wel protocollair vastgelegd zijn, zoals een in Nederland toegepaste methodiek voor beeldende therapie 'Op zoek naar zin' (Raaijmakers M, Gouw, Ad, Willemse B, & Bohlmeijer E, Depla M., 2007) en een Amerikaans kunstprogramma 'Memories in Making' (Gross, Danilova, Vandehey, & Diekhoff, 2013), richten zich vooral op het werken met herinneringen. Centraal staan reminiscentie (het opnieuw beleven van emoties door terug te gaan naar persoonlijke herinneringen) en 'life review' (inzicht krijgen in de eigen levensloop door herinneringen te evalueren en te verwerken). In de bijeenkomsten wordt vaak thematisch gewerkt, de werkstukken zijn vaak symbolisch van aard en de nadruk ligt op cognitie.

Echter is een grote meerwaarde van beeldende therapie de mogelijkheid om denken, voelen en handelen in evenwicht te kunnen brengen met behulp van materialen en de ervaring in het moment. Dit aspect komt nog weinig terug in bestaande en getoetste behandelprogramma's in de dementiezorg. Het zou voordelig zijn voor de ontwikkeling van het vakgebied als er een uitgebreider en meer variabel aanbod aan methodieken en benaderingswijzen zou bestaan. Wat in de beeldende therapie met mensen met dementie ontbreekt, is een methodiek die zich vooral met het ervaren van het hier-en-nu bezighoudt en als doel heeft om de balans tussen denken, voelen en handelen te bevorderen.

Het toepassen van toevalstechnieken binnen beeldende therapie lijkt een geschikte manier te zijn om dit te kunnen bereiken en daarmee de levenskwaliteit bij ouderen met dementie te verbeteren. Hierover is echter weinig betrouwbare literatuur te vinden.

Doel van het onderzoek

Het brede doel is om in samenwerking met de SBD, de dementerende mensen zelf en hun mantelzorgers praktische oplossingen te vinden die de kwaliteit van leven in de situatie thuis bevorderen en zorgen dat thuis wonen langer mogelijk is.

Vanuit een vaktherapeutische invalshoek is het doel om inzicht te krijgen in hoeverre het werken met toevalstechnieken in beeldende therapie effect heeft binnen deze context en wordt vooral ingaan op de subjectieve ervaring en het effect hiervan op de individuele cliënt.

Dit onderzoek ontstaat in samenwerking met mijn studiegenoot Katrin Geske, die aan de hand van dezelfde methodische aanpak ook onderzoek doet naar het effect van het methodisch toepassen van mandala's in dezelfde context. Het is tegelijkertijd dus ook een methodisch onderzoek met de mogelijkheid een bruikbare manier te vinden om aanknopingspunten te ontwikkelen voor het methodisch toepassen en evalueren van toevalstechnieken en mandala's binnen beeldende therapie met dementerende ouderen.

Belang

Dit onderzoek maakt deel uit van een groter pakket flankerend onderzoek bij de studentenorganisatie Kammeraat. Geleid door Anne-Mei The, wordt vanuit de Proeftuin Dementie onderzoek gedaan om activiteiten en initiatieven te ontwikkelen die een positief effect hebben op de kwaliteit van leven van ouderen met geheugenproblemen.

Verder levert dit onderzoek een bijdrage aan een meer gevarieerd, methodisch onderbouwd aanbod voor de doelgroep mensen met dementie. In het bijzonder in de thuissituatie. Toevalstechnieken worden in de beeldende therapie veel gebruikt. Hierover is echter weinig vakliteratuur te vinden. Dit onderzoek zal een bijdrage leveren aan kennis en inzicht over het methodisch toepassen van toevalstechnieken binnen beeldende therapie.

CENTRALE VRAAGSTELLING EN DEELVRAGEN

Welk effect is waarneembaar betreffende de kwaliteit van leven van mensen met dementie door binnen beeldende therapie te werken met toevalstechnieken?

Deelvragen

1. Welk effect is waarneembaar betreffende het welzijn van de cliënten tijdens het beeldend werken met toevalstechnieken volgens de therapeut?
2. Hoe beleven de cliënten het werken met toevalstechnieken in relatie tot hun kwaliteit van leven binnen en buiten de beeldende sessie?
3. Welk effect is waarneembaar betreffende de kwaliteit van leven van cliënten buiten de beeldende sessies door de mantelzorgers?

VOORUITBLIK OP DE ONDERDELEN VAN HET RAPPORT

In **hoofdstuk 2** wordt uitleg geven over de gebruikte methoden om antwoord te geven op de deelvragen. Er wordt een overzicht gegeven van de onderzoekspopulatie, het type onderzoek en de gegevensverzameling. Hierna volgt een operationalisering van belangrijke begrippen binnen dit onderzoek en een uitleg over het data-analyseplan.

Hoofdstuk 3 omvat een beschrijving van alle resultaten per deelvraag en cliënt alsmede een samenvatting van de resultaten per deelvraag.

In **hoofdstuk 4** wordt uiteindelijk antwoord gegeven op de deelvragen die leiden tot het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Verder worden er nog discussiepunten besproken en aanbevelingen voor vooral vervolgonderzoek gedaan.

HOOFDSTUK 2 METHODE

Hieronder worden de methoden beschreven die gebruikt worden om de centrale vraagstelling te beantwoorden. Daarvoor wordt eerst het type onderzoek uitgelegd en wordt vervolgens nader ingegaan op het proces van de data-verzameling en worden belangrijke begrippen in de operationalisatie vertaald naar meetbare gegevens voor gebruik bij de data-verzameling en analyse. Tot slot wordt in het data-analyseplan uitgelegd hoe de gegevens geanalyseerd worden teneinde een uitspraak te kunnen doen over het effect van beeldende therapie met toevalstechnieken op mensen met dementie.

TYPE ONDERZOEK

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is gekozen voor een meervoudig oftewel 'gestapeld' N=1 onderzoek met een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. In dit rapport is drie keer hetzelfde onderzoek verwerkt dat werd uitgevoerd met drie verschillende cliënten waarbij de interventie getoetst werd. Hier is voor gekozen om de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken, dit komt de betrouwbaarheid ten goede.

Ik wil vanuit verschillende perspectieven zoeken naar antwoorden op mijn onderzoeksvragen om een zo breed mogelijk beeld te krijgen en de validiteit van de resultaten te verhogen. Het uitvoeren van kwalitatief onderzoek, met name het voeren van open interviews met de cliënten zelf, sluit aan op de sociale benadering van dementie. Ik wil vooral inzicht krijgen in wat de subjectieve waarnemingen van de cliënten zijn als het gaat om het effect van de activiteiten en wat zij hier zelf van vinden. Door kwalitatief gegevens te verzamelen, kan ik een breder beeld van hun beleavingswereld creëren en diepgaandere informatie verzamelen. Om evenwicht in het subjectieve karakter hiervan te brengen, wil ik ook kwantitatieve gegevens verzamelen die vanuit een meer objectief perspectief antwoord geven op mijn onderzoeksvragen. Dit wordt gedaan om triangulatie te bewerkstelligen, wat uiteindelijk ten goede van de validiteit van dit onderzoek komt.

ONDERZOEKSPOPULATIE

De onderzoekspopulatie bestaat uit drie mensen die gediagnosticeerd zijn met een vorm van dementie, nog thuis wonen en door hun mantelzorger worden verzorgd. Ook de mantelzorgers worden bevraagd en horen dus bij de onderzoekspopulatie. Hieronder een kort overzicht van de cliënten en de belangrijkste informatie.

Cliënt	Sekse	Leeftijd	Diagnose	Mantelzorger
Cliënt A	Mevr.	83 jaar	Ziekte van Alzheimer	Echtgenoot
Cliënt B	Mevr.	75 jaar	Ziekte van Alzheimer	Echtgenoot
Cliënt C	Dhr.	89 jaar	Parkinsondementie	Partner (maar de data werd bij een 'Kammeraad' verzameld)

DATAVERZAMELING

De gegevens worden aan de hand van enkele deelvragen verzameld. Hieronder volgt een beschrijving van de gekozen methodes per vraag, die in dit onderzoek gebruikt worden om tot een antwoord te komen.

Deelvraag 1: Observatie door middel van de 'Greater Cincinnati Chapter Well-Being Observation Tool'

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag worden in iedere sessie door de therapeut observaties uitgevoerd. Dit gebeurt aan de hand van de *Greater Cincinnati Chapter Well-Being Observation Tool*, een getoetste kwantitatieve observatieschaal die speciaal is uitgewerkt voor het meten van welzijn bij mensen met dementie tijdens het uitvoeren van beeldende activiteiten (Kinney & Rentz, 2005). Een onderzoek dat in het vaktijdschrift *Dementia* gepubliceerd werd, vergeleek verschillende observatie-instrumenten die het welzijn van mensen met dementie tijdens en buiten de beeldende activiteiten meten. De *Greater Cincinnati Chapter Well-Being Observation Tool* bleek in dit onderzoek de meest geschikte mogelijkheden te bieden om het effect van beeldende interventies op het welzijn van dementerenden te evalueren (Algar, Woods, & Windle, 2014). De observatieschaal meet well-being net als het tegenovergestelde ill-being. De observatiepunten zijn social interest, engagement, pleasure, self-esteem, negative affect en sadness. Ze sluiten aan op de punten die onderzocht worden en komen in grote mate overeen met de schalen van kwaliteit van leven van de QUALIDEM-vragenlijst die ook worden gebruikt. De getoetste validiteit hiervan is een waardevolle toevoeging aan mijn onderzoek en geeft een grotere betrouwbare en valide basis voor de resultaten van de metingen.

Deelvraag 2: open interviews

Met de cliënten zelf worden semigestructureerde interviews met een aantal onderwerpen uitgevoerd. Hierbij wordt vooral ingegaan op de subjectieve beleving van de werking van toevalstechnieken. Het voordeel hiervan is dat de interviewer hierbij de respondenten gaat volgen en ze voldoende ruimte geeft om eigen ideeën en ervaringen te delen (Verhoeven, 2011). De topiclijst (zie Bijlage 2) is gebaseerd op de geoperationaliseerde variabelen van kwaliteit van leven en dus op de subschalen van de QUALIDEM-vragenlijst, zoals ook op het welzijn binnen en buiten de sessies.

Deelvraag 3: 'QUALIDEM' vragenlijst

Voor het beantwoorden van de derde deelvraag, wordt een surveyonderzoek gedaan door een vragenlijst bij de mantelzorgers en/of begeleiders af te nemen. Hierbij ga ik de "QUALIDEM" vragenlijst gebruiken, die de kwaliteit van leven van mensen met dementie meet (Teake, de Lange, Dröes, Mellenbergh, & Ribbe, 2005). Dit meetinstrument is eigenlijk ontwikkeld voor dementerenden die in verpleeg- of verzorgingshuizen wonen. Daarom worden enkele vragen aangepast op de thuissituatie. Begrippen zoals 'verpleegpersoneel' en 'andere bewoners' worden vervangen door de woorden 'mantelzorger' en algemeen 'anderen'. Ik heb hiervoor gekozen omdat deze vragenlijst op meer aspecten van adaptatie ingaat dan andere bestaande vragenlijsten. Zij richt zich op de adaptatieve taken en heeft de volgende aandachtspunten: de zorgrelatie (relatie met de mantelzorger), positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale contacten, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben.

Tijdschema voor momenten van de dataverzameling

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7	Week 8
Sessie	1	2	3	4	5	6	7	-
Data-verzameling deelvraag 1	Observatie- formulier	Observatie- formulier	Observatie- formulier	Observatie- formulier	Observatie- formulier	Observatie- formulier	Observatie- formulier	-
Data-verzameling deelvraag 2								Diepte- interview
Data-verzameling deelvraag 3	Voormeting (QUALIDEM- vragenlijst)			Tussenmeting (QUALIDEM- vragenlijst)				Nameting (QUALIDEM- vragenlijst)

OPERATIONALISATIE

In de operationalisatie worden belangrijke begrippen uit dit onderzoek beschreven. Er wordt ingegaan op de variabelen waaruit belangrijke begrippen bestaan. Deze worden concreet waarneembaar en meetbaar gemaakt.

Kwaliteit van leven

In dit onderzoek wordt volgende definitie van kwaliteit van leven gehanteerd: "De *multidimensionale evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van dementie*" (Teake, de Lange, Dröes, Mellenbergh, & Ribbe, 2005). De definitie is gebaseerd op het adaptie-coping model van Rose-Marie Dröes (1991).

In de lijst hieronder worden de variabelen die hieruit voortkomen geoperationaliseerd.

Variabel

Indicatoren

Zorgrelatie (relatie met de partner of mantelzorger)

- Hulp aannemen, hulp accepteren en hulp op prijs stellen
- Mate aan conflicten tussen mantelzorger en cliënt
- Beschuldigen en kritiek uiten aan mantelzorger
- Verbale/non-verbale expressie van boosheid
- Verbale/non-verbale expressie van vreugde
- Verbale/non-verbale expressie van tevredenheid
- Mogelijkheid om van dagelijkse dingen te genieten
- Goede stemming
- Stemming is positief te beïnvloeden
- Glimlachen

Positief affect

Negatief affect

Rusteloos gedrag

Positief zelfbeeld

Sociale contacten

- Verbale/non-verbale expressie van angst
- Verbale/non-verbale expressie van verdriet
- Huilen
- Verbale/non-verbale expressie van rusteloosheid
- Gespannen lichaamstaal
- Om hulp durven vragen
- Verbale/non-verbale expressie van
- Maakt contact
- Positieve reactie op toenadering
- Zorgen voor medemensen
- Voelt zich op zijn/ haar gemak in gezelschap van anderen

Sociaal isolement	- Zich afsluiten van de omgeving
	- Zich afgewezen voelen
	- Contact openlijk afwijzen
(Zich thuis voelen)	- Geeft aan zich thuis te voelen
	- Voelt zich niet opgesloten
	- Geeft aan zich te vervelen
Iets om handen hebben	- Bezigheden zonder hulp van anderen hebben
	- Meehelpen met karweitjes

De variabelen en indicatoren worden meetbaar gemaakt door de frequentie van het beschreven gedrag te benoemen. Hierbij worden de waarden Nooit (=nooit), Zelden (=hoogstens eenmaal per week), Soms (=enkele keren per week) en Vaak (=vrijwel dagelijks) gebruikt.

Welzijn

De begrippen welzijn en kwaliteit van leven liggen dicht bij elkaar. Terwijl kwaliteit van leven een algemene toestand beschrijft die iemand over een langere periode beleeft, staat welzijn meer voor de toestand op één moment. Wel gaat het begrip 'welzijn' in op dezelfde variabelen die ik bij het begrip 'kwaliteit van leven' bekijk.

De variabelen worden gemeten door de intensiteit en frequentie van de indicatoren te scoren. Hierbij geeft de therapeut de cijfers 0 tot en met 5 aan de waargenomen waarde van intensiteit van het gedrag van de cliënt tijdens de activiteit.

<u>Variabel</u>	<u>Indicatoren</u>
<u>'well being'</u>	
Sociaal interesse	- Toont interesse in anderen (bijvoorbeeld oogcontact, vriendelijk glimlachen etc.)
	- Neemt hulp aan en biedt hulp
	- Zoekt toestemming/ bevestiging
	- Begint/ neemt aan conservaties deel
	- Verbale /non-verbale expressie van assertiviteit
Betrokkenheid	- Aandacht tonen tijdens betrokkenheid
	- Vraagt verbale uitleg en nauwkeurigheid
	- Zoekt ondersteuning tijdens de activiteit op
	- Neemt deel in activiteitgerelateerde gesprekken
Plezier	- Glimlacht, lacht
	- Verbale/non-verbale expressie van plezier en genot
	- Verbale/ non-verbale expressie van voldaanheid
Self-esteem	- Verbale/ non-verbale expressie van trots
	- Verbale/ non-verbale expressie van voldaanheid en tevredenheid na het succesvol afronden van een activiteit
<u>'Ill-being'</u>	
Negatief affect	- Boosheid
	- Fysieke teken van agitatie
	- Verbale/non-verbale expressie van angst
	- Verbale/non-verbale expressie van frustratie
Verdriet	- Gedragmatige tekenen van verdriet
	- Spreekt gevoelens van verdriet uit
Verwardheid	- Verbale/non-verbale expressie van verwardheid

DATA- ANALYSEPLAN

De data vanuit de observatie- en vragenlijsten worden via kwantitatieve analysemethoden geanalyseerd. Voor de data uit de diepte-interviews is een geschikte kwalitatieve analysemethode via open coderen gekozen. Hieronder wordt het data-analyse plan per meetinstrument nader beschreven.

Analyse Observaties

De data van de observatieformulieren worden ook kwantitatief geanalyseerd. Hierbij wordt per subschaal en per cliënt de gemiddelde score van alle sessies uitgerekend zodat uiteindelijk per cliënt voor iedere subschaal drie scores over blijven: een gemiddelde score voor het begin, een score voor het midden en een score voor het eind van de sessies. De gemiddelde verandering wordt in lijndiagrammen weergegeven en er wordt een gemiddelde procentuele verandering voor iedere subschaal per cliënt uitgerekend om de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken.

Analyse interviews

De kwalitatieve data vanuit de interviews worden op een deductieve manier geanalyseerd. Van opnames van de diepte-interviews worden eerst transcripties gemaakt zodat vervolgens structuur in de inhoud kan worden aangebracht. Hiervoor wordt het principe van open codering gebruikt. Als het interview getranscribeerd is, worden alle stukken tekst die mogelijk van belang voor dit onderzoek kunnen zijn gemarkeerd en in een Excel tabel geplakt. Deze stap wordt ook als 'uiteenrafelen' beschreven (Verhoeven, 2011). Vervolgens worden de uitgekozen fragmenten onderzocht op inhoud en mogelijke inhoudelijke verbanden tussen elkaar. Dit gebeurt door middel van codes. Het coderingsproces kent verschillende fases. De eerste fase bestaat uit 'open coderen' waarbij de inhoud van de fragmenten in een of twee woorden samengevat wordt, vervolgens wordt op basis van de open codes geprobeerd om onderliggende samenhangen van de tekstfragmenten vast te stellen en worden termen gegroepeerd. Codes kunnen in deze fase op basis van analyse van de inhoud worden samengevat of worden gesplitst. Deze fase wordt ook 'axiaal coderen' genoemd (Verhoeven, 2011). De codes van deze laatste fase worden zo veel mogelijk gebaseerd op de subschalen van de QUALIDEM-vragenlijst en de variabelen van het adaptie-coping model van Dröes. De resultaten worden vervolgens in een 'Codeboom' weergegeven om de structuur en belangrijke aspecten duidelijk te maken. Dit hele proces wordt individueel voor elke cliënt uitgevoerd waarna de resultaten met elkaar vergeleken kunnen worden.

Analyse QUALIDEM

De resultaten van de QUALIDEM-vragenlijst worden opgeslagen in Excel tabellen om per meetmoment een som van scores uit te kunnen rekenen. De totaalsom van scores van de metingen kan vergeleken worden en in een staafdiagram weergegeven worden.

Per cliënt wordt vervolgens per subschaal de mate van verandering met behulp van de Excel N=1 Tool uitgerekend. De mate van verandering wordt uitgedrukt in de NAP-Score, die een waarde van 0 tot en met 1,00 kan hebben. De afkorting NAP staat voor Non-overlap of All Pairs. De formule geeft 'an index of data overlap between phases of single-case research' (Parker & Vannest, 2009). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de NAP-Score om een uitspraak over statistieke significantie van de resultaten te kunnen doen. Hierbij geldt een Cut-point van 0,65 om van een betekenisvolle verandering te spreken. De NAP-Scores worden per subschaal en per cliënt berekend en vervolgens met elkaar vergeleken. Deze analysetechniek is het meest geschikt omdat het gaat om de mate van verandering en dit een uitspraak mogelijk maakt over het al dan niet betekenisvol zijn van de resultaten.

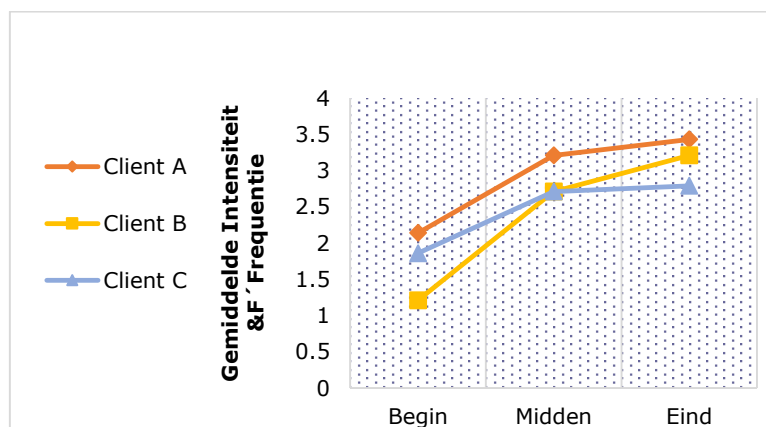
HOOFDSTUK 3 RESULTATEN

RESULTATEN DEELVRAAG 1

Deelvraag 1 richt zich op het observeerbare welzijn van de cliënten tijdens de therapiesessies. Voor beantwoording van deelvraag 1, worden de resultaten die als indicatoren voor de observaties gedefinieerd werden per subschaal bekeken. Voor de subschalen social interest, engagement, pleasure en self-esteem, wordt verwacht, dat de scores omhooggaan tijdens de sessies en voor de indicatoren negative affect, sadness en confusion wordt verwacht dat de scores dalen.

Ook al bevat dit verslag drie afzonderlijke N=1 onderzoeken, de resultaten van de drie cliënten worden direct allemaal voor de betreffende subschaal beschreven en vergeleken. Hiervoor is gekozen omdat dit een duidelijkere structuur biedt en op deze manier onnodige herhaling voorkomen wordt. De beschrijving richt zich per cliënt op de gemiddelde score van alle zeven therapiesessies. Interessant is niet het beschouwen van één sessie of van de afzonderlijke sessies, maar de totale richting van de ontwikkeling van het gedrag in de loop van de sessies. De beschrijvingen zijn hiërarchisch geordend op omvang van de procentuele veranderingen in het gedrag.

ENGAGEMENT



FIGUUR 1: GEMIDDELTE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'ENGAGEMENT' PER CLIËNT.

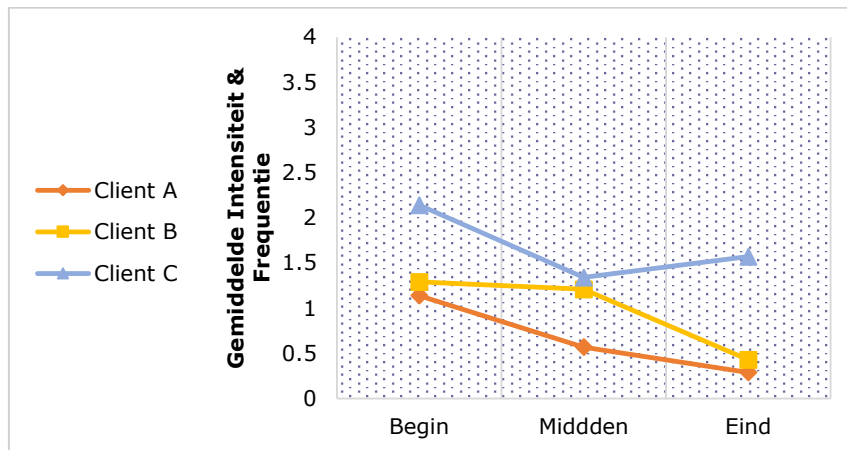
De lijngrafiek in figuur 1 laat zien dat er een grote stijging in de scores plaatsvindt van bij alle drie de cliënten.

Client A heeft een gemiddelde score van 2,14 aan het begin van de sessie. Deze stijgt tot 3,21 in het midden van de sessie en tot 3,43 aan het einde van de sessie. Gemiddeld vindt er dus een totale procentuele stijging van 60% plaats tijdens een sessie.

Client B heeft in het begin van de sessies gemiddeld een observatiescore van 1,21 op haar betrokkenheid. Deze stijgt tot een waarde van 2,71 in het midden van de sessie en stijgt nog een keer tot gemiddeld 3,21 aan het einde van de sessie. Haar geobserveerde betrokkenheid steeg in de loop van een sessie gemiddeld met 165%.

Client C begint de sessies met een gemiddelde betrokkenheid van 1,86. In het midden wordt gemiddeld een score van 2,71 geobserveerd en aan het einde van de sessie een score van 2,79. De score is dus met 50% van de beginwaarde gestegen.

NEGATIVE AFFECT



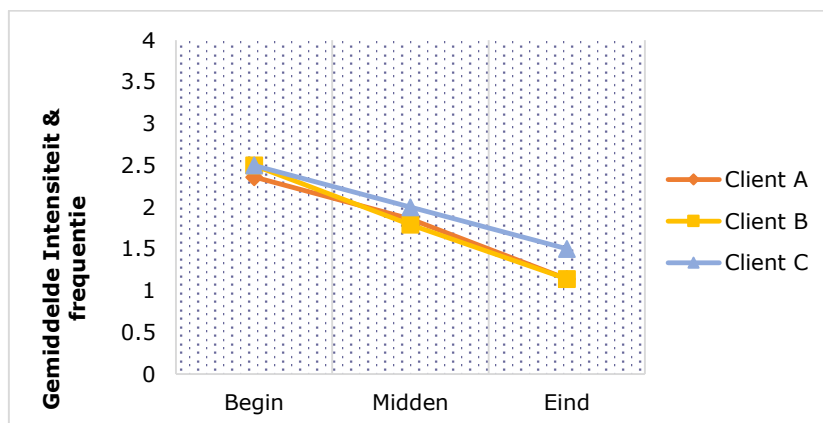
FIGUUR 2: GEMIDDELDE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'NEGATIVE AFFECT' PER CLIËNT.

Client A laat een gemiddelde procentuele daling van -75% zien in de subschaal negative affect. Gemiddeld scoorde zij aan het begin van de sessies 1,14. Dit is gedaald tot 0,57 in het midden en tot 0,29 aan het einde van de sessies.

Ook Client B laat een duidelijke daling zien in deze schaal. Waarbij hij met een gemiddelde waarde van 1,29 de sessie begon, daalde de score minimaal in de middenfase tot 1,21 en uiteindelijk tot een waarde van 0,43 in de eindfase van de sessies. De gemiddelde procentuele daling is -67%.

Client C laat met een gemiddelde procentuele daling van 27% een kleinere verandering zien. Hij scoorde aan het begin van de sessie gemiddeld 2,14, in het midden 1,34 en aan het einde 1,57.

CONFUSION



FIGUUR 3: GEMIDDELDE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'CONFUSION' PER CLIËNT.

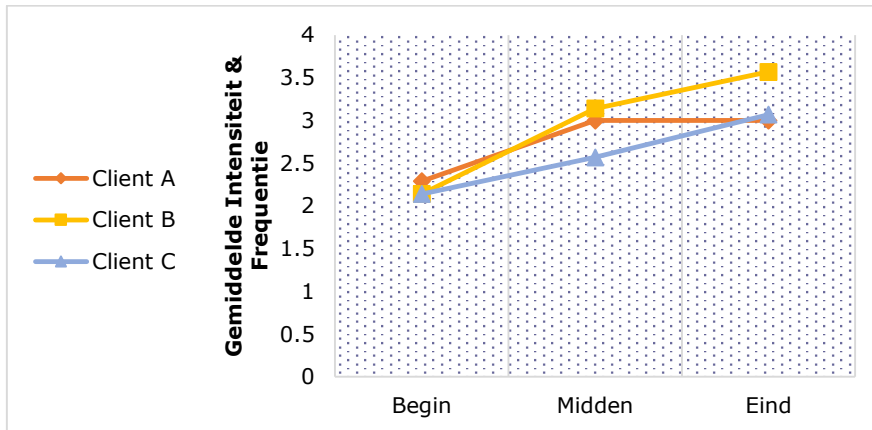
De indicator confusion gaat bij alle drie de cliënten minimaal 40% omlaag.

Client A scoort aan het begin van de sessies gemiddeld 2,36 in deze schaal, in het midden van de sessie 1,86 en aan het einde van de sessie 1,14. De gemiddelde procentuele daling is 52%.

Client B scoort aan het begin van de sessies 2,50, in het midden van de sessies 1,86 en aan het einde 1,14. De procentuele daling bij haar in de subschaal confusion is gemiddeld 54%.

De gemiddelde scores van cliënt C zijn: 2,50; 2,0 en 1,5 dit is een gemiddelde procentuele daling van 40%.

PLEASURE



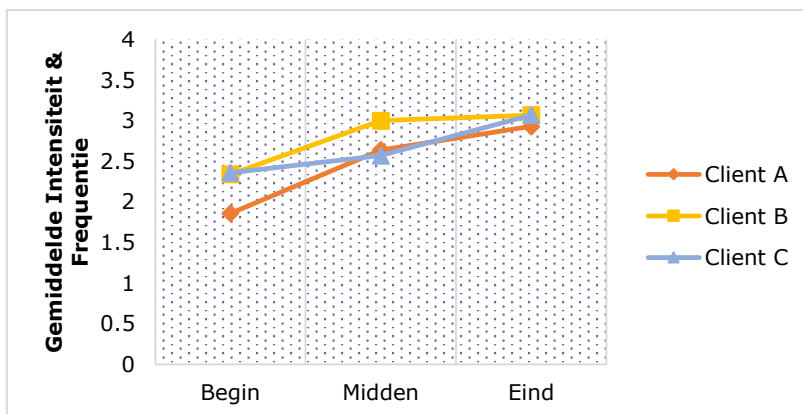
FIGUUR 4: GEMIDDELTE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'PLEASURE' PER CLIËNT.

De volgende subschaal waarvoor de resultaten beschreven worden is pleasure. Client A scoorde gemiddeld een waarde van 2,29 aan het begin, 3,00 in het midden en aan het einde van de sessie is de score gelijk gebleven. De gemiddelde procentuele stijging is 31%.

Client B scoort gemiddeld aan het begin van de sessies 2,14. In het midden van de sessies ging het getal precies één punt omhoog en aan het einde van de sessies zat zij op een score van 3,57. De procentuele stijging is 67%.

Vanuit de observaties scoort cliënt C in het begin van de sessies 2,14, 2,57 in het midden en aan het einde van de sessie stijgt dit tot een score van 3,07. Qua gemiddelde procentuele stijging zit hij tussen cliënt A en B in met een percentage van 43%.

SELF-ESTEEM



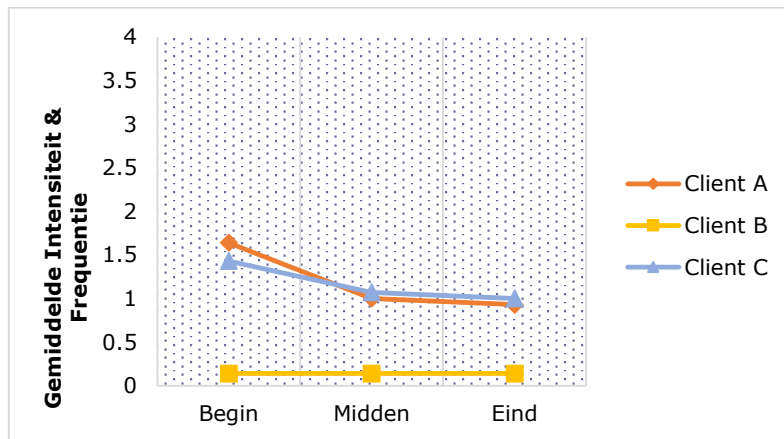
FIGUUR 5: GEMIDDELTE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'SELF-ESTEEM' PER CLIËNT.

Ook in de subschaal self-esteem zijn alle 3 cliënten gedurende de sessies in score gestegen. Client A had aan het begin een score van 1,86. in het midden 2,64 en aan het einde 2,93. Haar geobserveerde zelfwaardering nam per sessie dus gemiddeld met 58% toe.

In het begin van de sessies scoorde cliënt B 2,34. In het midden steeg dat tot 3 punten en aan het einde vond nog een stijging plaats tot een score van 3,07. Dit is een gemiddelde procentuele stijging van 31%.

Client C zit met een gemiddelde procentuele stijging van 30% daar net onder. Met een gemiddelde van 2,36 in het begin, 2,57 in het midden en 3,07 aan het einde is ook bij hem de zichtbare zelfwaardering in de sessies omhooggegaan.

SADNESS



FIGUUR 6: GEMIDDELTE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'SADNESS' PER CLIËNT.

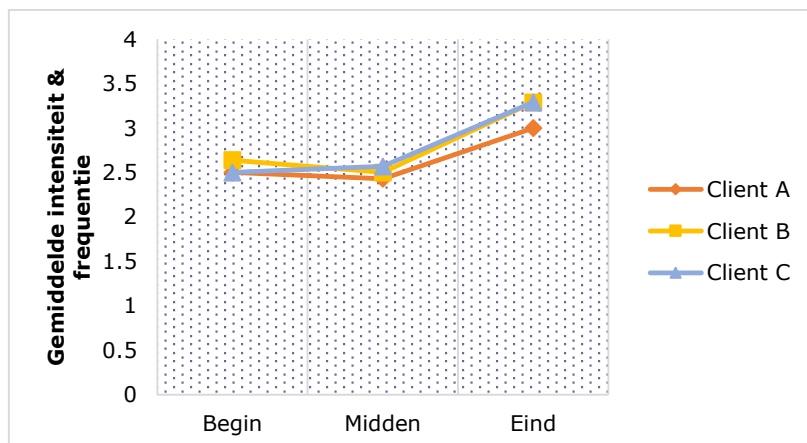
In de subschaal sadness gaat de score bij twee van de drie cliënten omlaag.

Client A heeft een score van 1,64 aan het begin, een score van 1 in het midden en van 0,93 aan het einde. Dit komt overeen met een gemiddelde procentuele daling van 43%.

Bij cliënt B ziet de grafiek er anders uit, de score blijft daar gedurende de hele sessie staan op 0,14. Hier vindt dus geen meetbare verandering plaats.

De resultaten van cliënt C lijken weer meer op die van cliënt A. Met een beginscore van 1,43, een daling in het midden tot 1,07 en een eindscore van 1, is sprake van een gemiddelde procentuele daling van 30% in de subschaal sadness.

SOCIAL INTEREST



FIGUUR 7: GEMIDDELTE SCORES VAN DE SUBSCHAAL 'SOCIAL INTEREST' PER CLIËNT.

In de lijngrafiek in figuur 7 is zichtbaar dat de resultaten van de drie cliënten in deze subschaal op elkaar lijken.

Client A en cliënt C hebben een gemiddelde score van 2,5 aan het begin en cliënt B heeft daar een score van 2,64. Bij cliënt A en cliënt B daalt deze score in het midden lichtelijk (0,07 punten bij cliënt A en 0,14 punten bij cliënt B). Client C laat in het midden een kleine stijging van 0,07 punten zien. De gemiddelde scores van het eind van de sessies zijn 3 punten voor cliënt A en 3,29 bij cliënt B en cliënt C. De gemiddelde procentuele stijging is het grootst bij cliënt C, namelijk 32%. Bij cliënt B is dit 25% en bij cliënt A 20%.

SAMENVATTING

De diagrammen laten zien dat op alle aspecten die werden gemeten, bij alle drie de cliënten verbetering waarneembaar is (met uitzondering van één aspect bij cliënt b). Dit wordt ondersteund door de gemiddelde procentuele verandering, die op basis van de scores aan het begin van de sessies en de scores aan het einde van de sessies is uitgerekend (zie tabel 1).

Subschaal		cliënt a	cliënt b	cliënt c
<u>Interest</u>	Begin	2,50	2,64	2,50
-	Midden	2,43	2,50	2,57
-	Eind	3,00	3,29	3,29
	Procentuele verandering van begin tot eind	20%	25%	32%
<u>Engagement</u>	Begin	2,14	1,21	1,86
-	Midden	3,21	2,71	2,71
-	Eind	3,43	3,21	2,79
	Procentuele verandering van begin tot eind	60%	165%	50%
<u>Pleasure</u>	Begin	2,29	2,14	2,14
-	Midden	3,00	3,14	2,57
-	Eind	3,00	3,57	3,07
	Procentuele verandering van begin tot eind	31%	67%	43%
<u>Self-Esteem</u>	Begin	1,86	2,34	2,36
-	Midden	2,64	3,00	2,57
-	Eind	2,93	3,07	3,07
	Procentuele verandering van begin tot eind	58%	31%	30%
<u>Negative Affect</u>	Begin	1,14	1,29	2,14
-	Midden	0,57	1,21	1,34
-	Eind	0,29	0,43	1,57
	Procentuele verandering van begin tot eind	-75%	-67%	-27%
<u>Sadness</u>	Begin	1,64	0,14	1,43
-	Midden	1,00	0,14	1,07
-	Eind	0,93	0,14	1,00
	Procentuele verandering van begin tot eind	-43%	0%	-30%
<u>Confusion</u>	Begin	2,36	2,50	2,50
-	Midden	1,86	1,79	2,00
-	Eind	1,14	1,14	1,50
	Procentuele verandering van begin tot eind	-52%	-54%	-40%

TABEL 1: SAMENVATTING VAN DE GEMIDDELDE RESULTATEN VAN DE OBSERVATIEFORMULIEREN PER CLIËNT MET GEMIDDELDE PERCENTUELE VERANDERING GEDURENDE DE SESSIES.

De grootste verandering die bij alle cliënten heeft plaatsgevonden, is in de subschaal engagement te zien. De tweede subschaal waarin alle drie cliënten een vooruitgang tijdens de sessies hebben geboekt, was de mate van verwardheid (confusion) die zij lieten zien. Ook is, vooral bij cliënt B, het beleven van plezier omhooggegaan en is het negatief affect, met name bij cliënt A en cliënt C, duidelijk minder geworden.

Tevens heeft bij cliënt A een grote stijging van zelfwaardering plaatsgevonden. Dit geldt in mindere mate ook voor cliënt B en cliënt C.

Terwijl cliënt B gedurende de hele sessies bijna geen sadness liet zien, is dit aspect vooral bij cliënt A en in mindere mate bij cliënt C in de loop van de sessie afgenomen.

Vooraf aan het einde van de sessies is de score op de subschaal social interest toegenomen. Dat gebeurde voornamelijk in het gedeelte van de sessies waarin werkstukken nabesproken werden. De veranderingen in deze schaal waren echter iets minder uitgesproken dan in de andere subschalen.

RESULTATEN DEELVRAAG 2

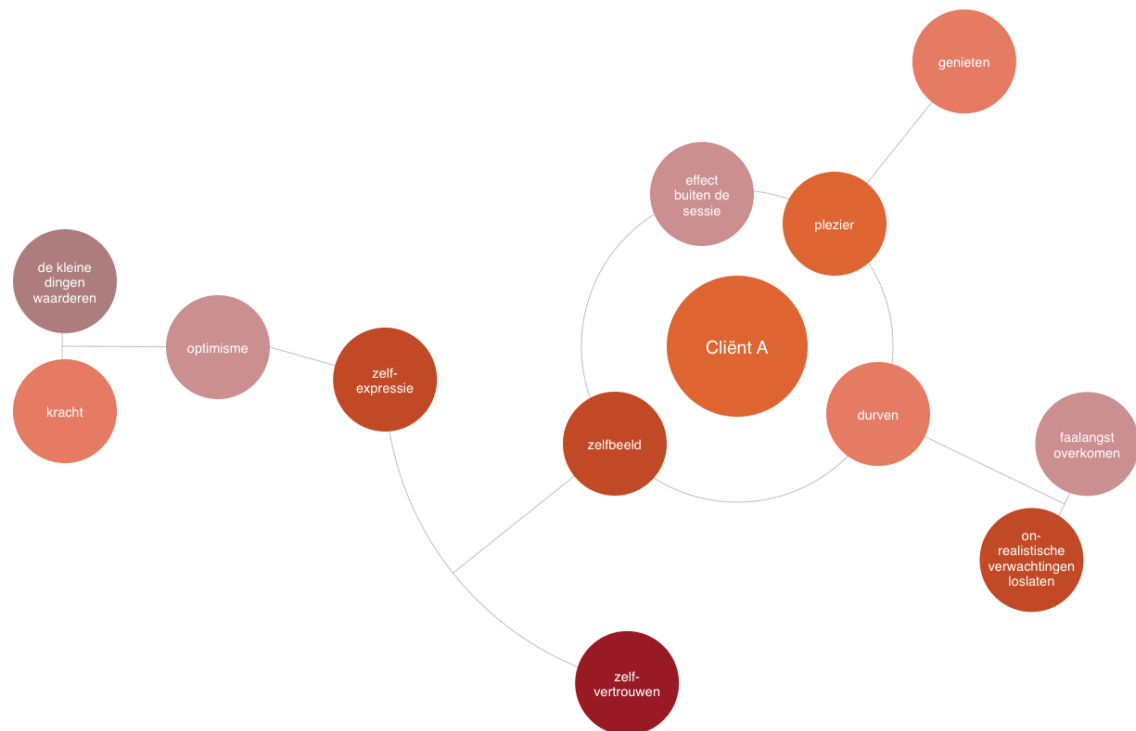
Om antwoord op deelvraag twee: 'Hoe beleven de cliënten het werken met toevalstechnieken in relatie tot hun kwaliteit van leven binnen en buiten de beeldende sessie?' te krijgen, werden open interviews met de cliënten afgenomen. Bij cliënt A en cliënt B hebben de mantelzorgers ook deelgenomen aan het interview en zijn hun uitspraken ook meegenomen in de analyse van de interviews. De focus bleef echter liggen op de beleving van de cliënten zelf. In dit deel van de beschrijving van resultaten, worden de hoofdzaken die in de interviews naar voren kwamen, per cliënt beschreven en vervolgens wordt er een samenvatting van de resultaten gegeven. Ter verduidelijking is er voor elk interview en voor de samenvatting een schema gemaakt, waarin de toegepaste codes van de analysefasen 'open coderen' en 'axiaal coderen' in relatie tot elkaar in beeld zijn gebracht. Om een uitgebreider overzicht van het analyseproces te krijgen, kan de tabel in de bijlage 4 bestudeerd worden.

RESULTATEN CLIENT A

In figuur 8 (pagina 18) is een kort overzicht van alle belangrijke aspecten te vinden die tijdens het interview met cliënt A naar voren kwamen. Hieronder wordt in de tekst per punt beschreven hoe cliënt A het werken met toevalstechnieken in de beeldende therapie heeft beleefd en welk effect het volgens haar op haar kwaliteit van leven had.

ZELFBEELD

Het thema, dat in de uitspraken van cliënt A het meest terug kwam was duidelijk 'positief zelfbeeld' en met name het onderdeel zelfvertrouwen. Op een vraag, in hoeverre zij een effect buiten de sessies merkte gaf zij als antwoord: "Je wordt er ... eh... Ja het klinkt wel wat gek, maar ik kan weer wat. Hè, dat zit er een beetje bij." Ook haar echtgenoot en mantelzorger geven aan dat deze ervaringen zelfvertrouwen terugbrengen wat er even niet meer was. Ook kwam in het interview naar voren dat zij, ondanks de beperkingen die voortkomen uit dementie, door het creatief zijn juist de kleine dingen kan waarderen. Vervolgens zegt zij hierover dat zij het mooi vindt en dat het iets is "dat kracht geeft. Ook als je het eerst niet weet, maar dan lukt het wel." De beeldende therapie met toevalstechnieken heeft haar geholpen met het positiever kijken naar de eigen situatie.



FIGUUR 8: BOOMDIAGRAM TER OVERZICHT VAN DE CODES VAN HET INTERVIEW MET CLIËNT A.

DURVEN

Wat ook als thema naar voren kwam tijdens het interview, was 'durven'. Cliënt A benoemde dit vooral in samenhang met haar faalangst. "Het waren technieken die ik nog nooit heb gedaan. [...] En ja. Ik was ook een beetje bang. Misschien lukt het niet meer, maar ik heb het toch geprobeerd en dat was wel heel leuk. " Om hier nog meer uitleg over te geven vertelt zij verder: "Eerst was het moeilijk. Want, ja. Je wil wel dat het mooi wordt, maar dan moet je dat wel een beetje loslaten. Het zijn niet meer de landschappen en stilleven van toen. Maar dat hoeft ook helemaal niet, want andere dingen zijn ook mooi. En het is iets van mij. Dat is leuk." Het loslaten van onrealistische verwachtingen heeft haar uiteindelijk geholpen om een succeservaring op te doen en haar faalangst tijdens het schilderen te overkomen.

PLEZIER

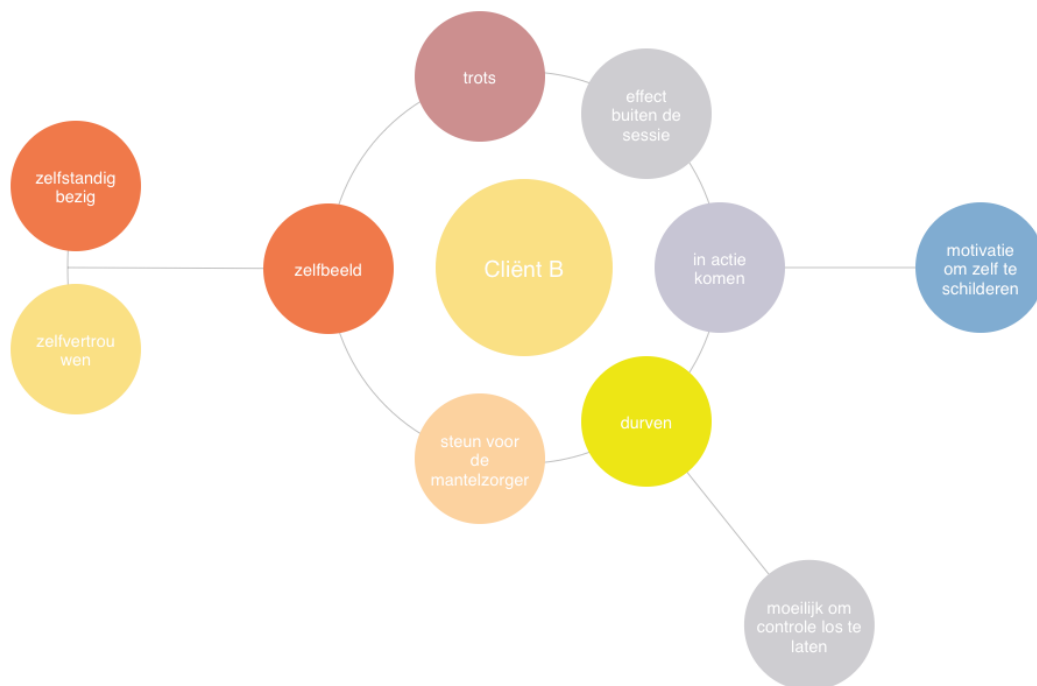
Tevens vertelt cliënt A in het interview dat zij van de schildertechnieken vooral kon genieten en dat het soms een verrassend effect op haar had: "En, en... ook, ja hoe moet ik dat beschrijven? Ja, ik vond het gewoon mooi. Verrassend mooi soms."

EFFECT BUITEN DE SESSIE

Over het effect buiten de sessie zegt cliënt A dat het haar, zoals boven al beschreven staat, kracht geeft. De mantelzorger voegt hierbij het volgende toe: "Ja, en ook om op jouw vraag terug te komen: wat blijft hangen wanneer jullie hier bezig zijn geweest. Dat is inderdaad, dat kan ik ook bevestigen, dat duurt langer dan de tijd dat jij hier bent. Dat blijft."

RESULTATEN CLIENT B

De uitkomsten van het interview met cliënt B en haar mantelzorger zijn in figuur 9 wederom kort afgebeeld in een boomdiagram met de belangrijke punten. Deze worden in de tekst hieronder duidelijker toegelicht.



FIGUUR 9: BOOMDIAGRAM TER OVERZICHT VAN DE CODES VAN HET INTERVIEW MET CLIËNT B.

PLEZIER

Client B vond het fijn om weer te gaan schilderen. Dit is blijkbaar iets waarvan zij kan genieten. "Nou gewoon leuk om te doen en hartstikke fijn. Ik mocht altijd graag schilderen. Ik heb heel wat geschilderd, maar later kon het niet meer. Toen kreeg ik de kinderen en daarna heb ik artrose gekregen, nou ja toen kon ik het ook niet aan. Dan had ik zo'n pijn, dan denk je ook niet aan het schilderen. Maar nu is het weer wat beter en heb ik niet meer zo'n pijn. Nu kan het weer, daar ben ik wel heel blij mee. "

DURVEN

Client B heeft vroeger (ongeveer 30 jaar geleden) ook al een tijdje geschilderd. Zij heeft destijds altijd een voorbeeld gebruikt. Het schilderen met toevalstechnieken vond zij daarom ook heel moeilijk aan het begin. "Ja, eerst vond ik het moeilijk en wist ik niet hoe ik moest beginnen, maar daarna heb ik maar wat gedaan. En uiteindelijk lukt het toch wel. Er zijn wel een heleboel dingen die ik wel nog kan." Wat zij vooral lastig vond, was het loslaten van controle bij deze technieken.

SUCCESERVARING EN TROTS

Ook al vond cliënt B het aan het begin lastig om te werken met toevalstechnieken, dus figuratief en zonder voorbeeld, hebben de technieken positief bijgedragen aan het beleven van succeservaringen.

Mantelzorger: "En wat het nog is, zij ervaart het wel positief. Als zij zelf was begonnen aan het schilderen na zo'n lange tijd en het lukt niet meer zo goed als vroeger, dan had dat misschien wat negatief gewerkt." Hierop antwoordt cliënt B: "Nee, dat was niet gelukt. Dan was ik er gelijk weer mee gestopt, maar nu weet ik: je hoeft ook niet altijd iets na te

schilderen. Je kunt ook je eigen creativiteit gebruiken." Ook geeft ze aan dat ze het "leuk" vindt om naar de schilderijen te kijken en zegt "er wel trots op" te zijn.

IN ACTIE KOMEN EN EFFECT BUITEN DE SESSIE

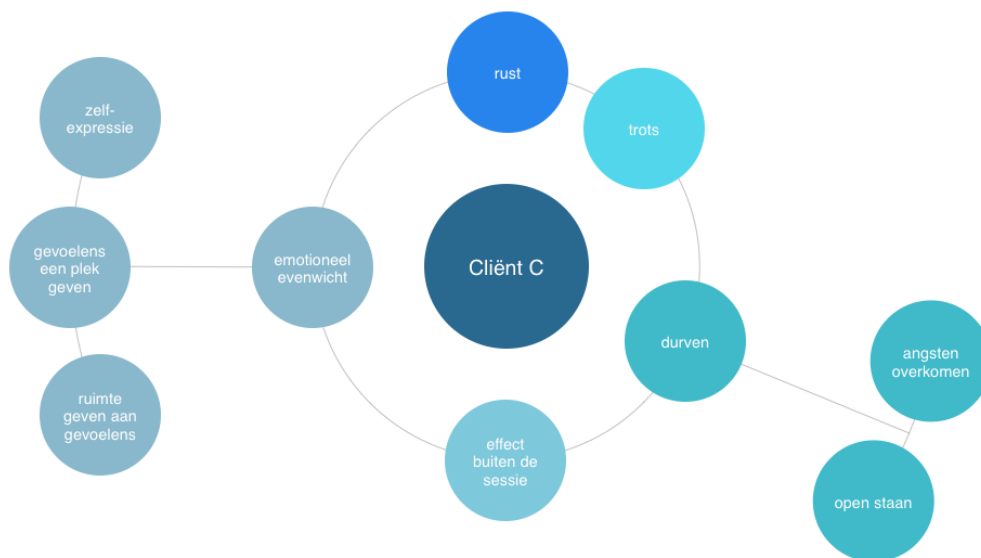
Over het effect buiten de sessies zegt de mantelzorger: "Ja, ze begint er wel vaak over. Ze zegt van 'ja, ik heb er mooie dingen gemaakt.' En dan wil zij ook graag weer bezig." Een nieuw punt dat naar boven kwam in het interview met cliënt B en haar mantelzorger was dat het schilderen bijdraagt aan het "weer wat meer actief worden". De beeldende sessies blijken op cliënt B een motiverend effect te hebben gehad. Zij en haar echtgenoot waren er tijdens het interview ook beiden van overtuigd dat ze ook na afsluiting van de therapie, verder gaat met schilderen.

STEUN MANTELZORGER

Het vorige punt zorgt ook voor iets meer flexibiliteit voor de mantelzorger om dagelijkse activiteiten buiten het huis te kunnen uitvoeren. "Voor mij is het ook een stimulans dat jij even bezig was met haar en dat zij weer met het schilderen begint en weer een eigen hobby op kan pakken. Zo kan zij ook weer zelfstandig met iets bezig zijn en hoeft er niet iemand de hele tijd bij te zitten." Verder zegt hij (gericht aan cliënt B): "Dat is voor mij dan ook wel handig. Dan kun je als ik bijvoorbeeld even boodschappen doe, ook wel bezig."

RESULTATEN CLIËNT C

Van de uitkomsten bij cliënt C is tevens een boomdiagram gemaakt. Daarna volgt een diepere uiteenzetting met de bevindingen bij cliënt C.



FIGUUR 10: BOOMDIAGRAM TER OVERZICHT VAN DE CODES VAN HET INTERVIEW MET CLIËNT C.

EMOTIONEEL EVENWICHT

De punten die cliënt C het vaakst benoemde, zijn hier onder de term 'emotioneel evenwicht' samengevat. Primair gaat het erom dat er voor hem openheid ontstaat bij het schilderen. Als hij gevraagd wordt om de openheid nog duidelijker uit te leggen, zegt hij: "De openheid van gevoelens. De gevoelens krijgen ruimte"

Naast de ruimte om emoties te ervaren, gaat het om zelfexpressie in het medium. "Bij het schilderen is het wel makkelijk die gevoelens uit te drukken. Zo. (hij maakt een beweging alsof hij met een kwast op papier schildert), maar daarover praten is moeilijk voor mij." Als laatste onderdeel hiervan, vertelt cliënt C dat hij tijdens het beeldend werken hij zijn gevoelens een plek kan geven.

RUST

In samenhang met het emotioneel evenwicht, benoemt cliënt C ook het rustgevend effect voor hem. "Ja, dat is... dat is... Wat ik aan wil geven is dat ik het heel fijn vind om met jou te schilderen, maar ook te praten. Het geeft rust. Vooral nu in al die drukte... Hoe alles nu gaat."

TROTS EN EFFECT BUITEN DE SESSIE

Tijdens het interview zegt cliënt C ook dat hij trots is dat hij, ook al heeft hij dit nog nooit eerder gedaan, aan de slag gaat met het beeldend werk. Dit gevoel blijft na de sessies ook hangen: "Het blijft vrij lang zo hangen. Daar ben ik ook wel blij om, want het is fijn om blij te zijn."

SAMENVATTING

Om de resultaten voor de tweede deelvraag samen te vatten, worden eerst de punten bekeken die bij alle drie de cliënten (in figuur 11 paars weergegeven) naar voren kwamen. Vervolgens worden nog kort de individuele toevoegingen en zwaartepunten per cliënt geresumeerd. Deze indeling is, samen met de belangrijkste punten uit alle boomdiagrammen, overgenomen in figuur 11.



FIGUUR 11: BOOMDIAGRAM TER SAMENVATTING VAN DE CODES VAN ALLE INTERVIEWS.

Het thema durven kwam tijdens het reflecteren op hun beleving van de toevalstechnieken in de beeldende therapiesessies, bij alle cliënten naar voren. Iedereen heeft het als uitdaging ervaren om zich over twijfels of zelfs angsten heen te zetten of de controle los te laten. Ook wordt door iedereen benadrukt dat zij blij zijn dat zij het hebben gedaan en dat zij positieve ervaringen hebben meegenomen.

De cliënten hebben uit de (voornamelijk onverwachte) succeservaringen zelfvertrouwen gehaald en zijn trots op zichzelf. Alle cliënten hebben verder van de activiteiten genoten

en zeggen dat de ervaring hun plezier heeft opgeleverd. De effecten hadden, weliswaar in verschillende vormen, ook buiten de sessies invloed op de cliënten.

Voor cliënt A was het vooral het ervaren dat zij in staat is om dingen te doen waarvan zij zelf niet meer dacht dat ze die nog kon. Dit heeft bijgedragen aan haar zelfvertrouwen. Ook het gebruiken van haar eigen fantasie en creativiteit was voor haar belangrijk.

Client B heeft vooral plezier ervaren. Het aspect van meer zelfstandig kunnen doen, stond bij haar op de voorgrond. Daarbij leek het erop dat zij een hobby heeft (her-)ontdekt die een positieve bijdrage kan leveren aan haar dagelijks leven. Ook haar echtgenoot en mantelzorger is hier blij mee. Dit omdat het hem ruimte geeft om op de momenten dat cliënt B bezig is, andere dingen te doen.

Client C heeft vooral iets aan het ervaren van rust gehad. Hierdoor kon hij in contact met zijn emoties komen en deze vervolgens beter plaatsen.

RESULTATEN DEELVRAAG 3

Deelvraag 3 is gericht op hoe de mantelzorgers de kwaliteit van leven van de cliënten op drie verschillende meetmomenten van het onderzoek ervaren. Ook hier worden eerst de resultaten van cliënt A, cliënt B en cliënt C apart van elkaar beschreven en wordt vervolgens een korte samenvatting van de resultaten gegeven.

RESULTATEN CLIENT A



FIGUUR 12: RESULTATEN VAN DE QUALIDEM-VRAGENLIJST VAN CLIËNT A.

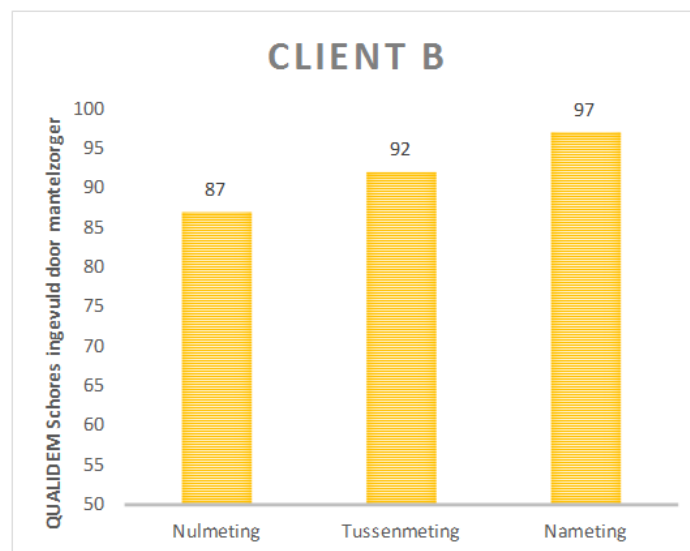
De totaalscore van de QUALIDEM-vragenlijst bij cliënt A is duidelijk omhooggegaan gedurende de behandelmodule. De som van alle scores van de nulmeting is een waarde van 82. Deze stijgt in de tussenmeting tot een waarde van 89 en in de nameting tot een waarde van 95. De score is hiermee tussen het begin en einde van de 7 weken met 13 punten omhooggegaan.

Voor de subschalen waarmee de kwaliteit van leven geïndiceerd wordt, zijn voor dit onderzoek NAP-scores uitgerekend. Die beschrijven de mate van verandering. Hierbij valt op dat de mate van verandering vooral in de subschaal 'positief zelfbeeld' hoog en dus

significant is met een NAP-score van 0,83. Andere subschalen waarin een significante verandering plaats heeft gevonden, zijn rusteloos gedrag met een NAP-score van 0,78 en positief affect, waarbij de uitkomst van de formule een waarde van 0,68 geeft. De scores van de indicatoren negatief affect, sociale relaties en iets om handen hebben zijn tijdens de periode van de dataverzameling omhooggegaan, maar de NAP-Score zit onder het cut-off point en laat dus geen statistische significantie zien. De subschalen zorgrelatie, sociaal isolement en zich thuis voelen zijn weinig tot niets veranderd.

RESULTATEN CLIËNT B

Bij cliënt B zijn de QUALIDEM scores gestegen van een waarde van 87 bij de voormeting tot 92 bij de tussenmeting en 97 in de nameting.

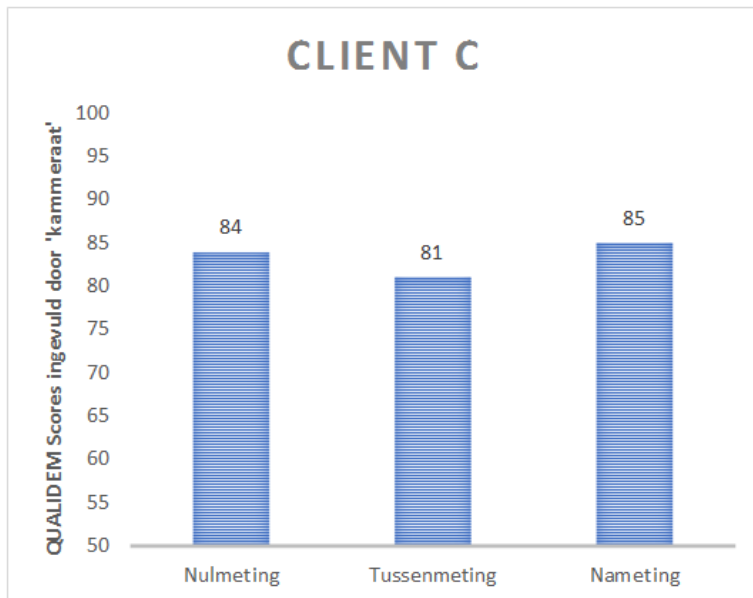


FIGUUR 13: RESULTATEN VAN DE QUALIDEM-VRAGENLIJST VAN CLIËNT B.

De grootste significante verandering vond plaats in de indicator 'iets om handen hebben' met een NAP-score van 0,75 en de indicator positief zelfbeeld met een NAP-waarde van 0,72. Ook statistisch significant waren de groei in positief affect met een score van 0,67 en de subschaal negatief affect, die met een NAP-Score van 0,65 op het cut-off point voor statistische significantie zit. De scores van de subschalen zorgrelatie en sociale relaties zijn licht omhoog gegaan, maar niet genoeg om als significant te gelden. Geen verandering heeft plaatsgevonden in rusteloos gedrag, zich thuis voelen en sociaal isolement.

RESULTATEN CLIËNT C

Bij de eerste meting was de score 86, bij de tweede meting is deze gedaald naar 80 en bij de derde meting is de score gestegen naar 88. Gedurende de periode is de score dus met twee punten gestegen, zie ook Figuur 14.



FIGUUR 14: RESULTATEN VAN DE QUALIDEM-VRAGENLIJST VAN CLIËNT C.

De indicator rusteloos gedrag springt er bij cliënt C met een NAP Score van 0,89 bovenuit en toont de grootste verandering. De schalen zorgrelatie, positief zelfbeeld en iets om handen hebben zijn omhoog gegaan, maar tonen geen significantie. Geen verandering vond plaats in de sociale relaties. Een negatieve verandering vond plaats in de aspecten zich thuis voelen, positief affect, negatief affect en sociaal isolement. Opvallend is hierbij de veranderwaarde van zich thuis voelen, die sterk omlaag is gegaan met een NAP-score van 0,17.

SAMENVATTING

Bij Client A en Client B is bij allebei, zowel in de tussenmeting als de nameting, een stijging in de totaalscore zichtbaar. Volgens de QUALIDEM-vragenlijst is de waarde van kwaliteit van leven gestegen. De resultaten van cliënt C zijn in totaal met één punt omhooggegaan, maar bij de tussenmeting zijn de scores gedaald. De grafieken van cliënt A en cliënt B lijken op elkaar en de resultaten per meting liggen vrij dicht bij elkaar. Client C valt er een beetje buiten omdat zijn totaalscore alleen minimaal omhoog is gegaan en er tussendoor een duidelijke daling te zien was.

In tabel 2 (zie pagina 26) wordt de vooruitgang met statistische significantie groen gemarkeerd, geen vooruitgang en statistisch irrelevante veranderingen zijn grijs en achteruitgang wordt met de kleur rood aangegeven.

Subschaal	Clïënt A	Clïënt B	Clïënt C
Zorgrelatie	0,54	0,60	0,57
Positief affect	0,68	0,67	0,42
Negatief affect	0,61	0,65	0,33
Rusteloos gedrag	0,78	0,50	0,89
Positief zelfbeeld	0,83	0,72	0,57
Sociale relaties	0,58	0,58	0,50
Sociaal isolement	0,50	0,50	0,44
Zich thuis voelen	0,50	0,50	0,17
Iets om handen hebben	0,58	0,75	0,63

TABEL 2: NAP-SCORES VAN DE QUALIDEM-VRAGENLIJSTEN PER CLIËNT EN SUBSCHAAL.

In Tabel 2 wordt duidelijk dat de waarden op de subschalen deels verschillend veranderd zijn bij de drie cliënten. Bij cliënt C is het rusteloze gedrag sterk afgenomen en is dus sprake van een hoge mate van verandering. Cliënt C heeft echter geen significante verbetering geboekt op een van de subschalen. Ook cliënt A scoort vrij hoog in de eindmeting vergeleken met de voormeting voor wat betreft het rusteloos gedrag. De mate van verandering is hier groot en zeker significant. Nog hoger was bij haar de mate van verandering in de subschaal positief zelfbeeld. Ook significant, maar iets minder hoog, is de NAP-score met betrekking tot het positief affect. Ook cliënt B laat in de subschalen positief zelfbeeld en positief affect, significante veranderingen zien. Bij cliënt C is dat anders, hij gaat duidelijk achteruit in deze subschaal evenals in de subschaal van negatief affect.

Client B heeft in de resultaten op negatief affect en in iets om handen hebben ook een betekenisvolle verandering laten zien. Verder zijn de resultaten van cliënt A bij het negatief affect bijna significant, net als de resultaten van cliënt C in de schaal iets om handen hebben.

Op de schalen sociale relaties, sociaal isolement en zich thuis voelen is slechts een kleine (sociale relaties) of geen (sociaal isolement en zich thuis voelen) vooruitgang geboekt door cliënt A en cliënt B. Bij cliënt C is zelfs een kleine tot sterke achteruitgang zichtbaar.

HOOFDSTUK 4 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In het laatste hoofdstuk, zullen de gevonden resultaten worden verbonden met de context, het theoretisch kader en de centrale vraagstelling van het onderzoek. Eerst worden de resultaten per deelvraag in de conclusie geïnterpreteerd en vervolgens wordt antwoord op de hoofdvraag gegeven. In de discussie wordt er gereflecteerd op het onderzoek en worden aanbevelingen voor de organisatie en voor vervolgonderzoek gedaan.

CONCLUSIE

Dementie is vanwege de vergrijzing van Nederland een belangrijk thema. De doelgroep ouderen met dementie zal in de komende jaren groeien. Dit vraagt om een goede aanpak bij de begeleiding en behandeling van deze doelgroep en dus ook om uiteenlopende behandelprogramma's en manieren om deze toe te passen. Dit onderzoek richt zich op de grootste groep dementerenden, waarover tot nu toe nog weinig geschreven is, namelijk: ouderen met dementie die nog thuis wonen en het grootste gedeelte van de zorg krijgen van hun mantelzorger.

Ter voorbereiding van dit onderzoek is er veel literatuurstudie gedaan en is erover nagedacht wat de beste manier is om hier methodisch met een beeldende interventie op aan te sluiten. Het doel van dit onderzoek is om de hieruit ontstane behandelmodule op effectiviteit te toetsen om zo een bijdrage te leveren aan de diversiteit van behandel mogelijkheden binnen het vakgebied beeldende therapie met mensen met dementie.

Om antwoord op de centrale vraagstelling te kunnen geven zullen eerst de antwoorden op de deelvragen verduidelijkt worden.

Deelvraag 1: "Welk effect is waarneembaar betreffende het welzijn van de cliënten tijdens het beeldend werken met toevalstechnieken volgens de therapeut?"

Tijdens de observaties en therapiesessies, is er bij alle subschalen een ontwikkeling in de 'gewenste' richting zichtbaar. Namelijk een ontwikkeling die het observeerbare welzijn in de loop van de sessies van alle drie de cliënten verbetert. Als antwoord op deelvraag 1 is samenvattend dus te concluderen dat het werken met toevalstechnieken een positieve bijdrage aan het welzijn van de cliënten levert. Hierbij werden vooral de aspecten betrokkenheid en plezier tijdens de sessies versterkt en heeft een vermindering van negatief affect en verwarring plaatsgevonden. Ook bleken de cliënten minder verdriet te ervaren in de loop van de sessies en ontstond meer zelfwaardering bij sommige cliënten. De laatste aspecten verschillen echter per cliënt meer dan de hoofdaspecten en kunnen daarom iets minder gegeneraliseerd worden.

Deelvraag 2: "Hoe beleven de cliënten het werken met toevalstechnieken in relatie tot hun kwaliteit van leven binnen en buiten de beeldende sessie?"

Om antwoord op deze vraag te geven zullen nu enkele verbindingen tussen de belevingen van de cliënten en de theorie over kwaliteit van leven gelegd worden. Als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van leven, werd aan het begin de manier waarop een betrokkene aan de door Dröes gedefinieerde adaptieve taken kan voldoen genoemd. Hierop is ook de QUALIDEM-vragenlijst gebaseerd. Aangepast op de thuissituatie zijn deze taken: omgaan met de eigen invaliditeit, handhaven van een emotioneel evenwicht, behoud van een positief zelfbeeld en voorbereiden op een onzekere toekomst.

Uit de interviews kwam naar voren dat bij het toepassen van toevalstechnieken binnen beeldende therapie aan drie van deze vier adaptieve taken gewerkt werd. Door twijfel aan zichzelf en faalangst, maar ook het leren van loslaten van controle in het medium, werden de cliënten uitgedaagd om (indirect) aan de adaptieve taak **omgaan met de eigen invaliditeit te werken**. Hierbij hebben zij succeservaringen opgedaan en ervaren juist de kleine dingen te waarderen. Dit heeft onder andere bijgedragen aan het **behoud van een positief zelfbeeld**. De cliënten gaven tijdens en na de beeldende activiteiten aan gevoelens van trots te ervaren. Hun zelfvertrouwen en zelfwaardering groeide.

Het ervaren van plezier heeft voor alle cliënten iets toegevoegd in de adaptieve taak **handhaven van een emotioneel evenwicht**. Vooral één van de drie cliënten heeft bij het werken met toevalstechnieken hier iets aan gehad. Het hielp hem om rust te ervaren in een drukke periode en ruimte en inzicht in zijn eigen emoties te krijgen.

Doordat de cliënten actief met deze adaptieve taken bezig waren, waren zij ook bezig met de verbetering van hun kwaliteit van leven.

Alle cliënten geven verder aan dat deze ervaringen zowel binnen als buiten de sessies effect hebben gehad.

Deelvraag 3: "Welk effect is waarneembaar betreffende de kwaliteit van leven van cliënten buiten de beeldende sessies door de mantelzorgers?"

Volgens de scores ingevuld door de mantelzorgers van cliënt A en cliënt B, is de kwaliteit van leven bij beide cliënten toegenomen. Voor cliënt C zagen de resultaten er anders uit en is de kwaliteit van leven bijna niet toegenomen en is deze tussendoor zelfs even minder geworden. De ingrijpende omstandigheden waar cliënt C te maken had, hebben hier waarschijnlijk invloed op gehad. Dit wordt in de discussie nog verder toegelicht.

Welke aspecten van de kwaliteit van leven veranderd en de mate waarin, verschilt bij de cliënten onderling.

De aspecten die vooral verbeterd zijn, waren: rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, positief affect en iets om handen hebben.

Antwoord op de centrale vraagstelling: "Welk effect is waarneembaar op de kwaliteit van leven van mensen met dementie door binnen beeldende therapie te werken met toevalstechnieken?"

Op basis van het vooronderzoek is het vermoeden geuit dat toevalstechnieken een bijdrage aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie zou kunnen leveren. In de literatuur kwam naar voren dat toevalstechnieken met andere doelgroepen werken doordat deze appelleren aan contact maken (Bear, 2010), ontspannen en leren omgaan met verminderde controle (Heuvel, Ranchor, Sanderma, & Pool, 2004), omgaan met angst voor contact met eigen gevoelens, angst voor controleverlies evenals het bereiken van meer emotioneel evenwicht (Haeyen, 2011) en het vergroten van zelfvertrouwen (Schweizer, 2006). Dit onderzoek bevestigt deze verwachtingen.

Tijdens de therapie werd door alle cliënten (indirect) aan de adaptieve taken gewerkt die volgens Dröes (1991) als belangrijke indicator voor de kwaliteit van leven met dementie gelden. De cliënten zelf geven in de interviews aan hier een positief effect van te hebben meegenomen en ook de mantelzorgers of begeleiders zien een positief effect terug. Met uitzondering van cliënt C, werden zichtbare vooruitgangen in de kwaliteit van leven

geboekt. Desondanks heeft ook cliënt C gewerkt aan de adaptieve taken en positieve ervaringen meegenomen.

Samenvattend is dus te concluderen dat beeldende therapie met toevalstechnieken een positieve bijdrage heeft geleverd aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Het totale effect is, enkele uitzonderingen daargelaten, duidelijk zichtbaar.

DISCUSSIE

In ieder veldonderzoek en vooral in N=1 onderzoek, bestaat de mogelijkheid dat omgevingsfactoren invloed hebben uitgeoefend op de onderzoeksresultaten. Hier heb je als onderzoeker geen controle over. In dit hoofdstuk worden een paar punten toegelicht die in consideratie moeten worden genomen om een oordeel over de kwaliteit en bruikbaarheid van de resultaten te kunnen vormen.

Een van de belangrijkste aspecten is dat cliënt C in week vier van het therapietraject, verhuisd is naar een verpleeghuis. Dit was voor hem een grote stressfactor en was waarschijnlijk de reden dat de QUALIDEM-scores in de tussenmeting omlaag zijn gegaan. Aan het einde van de zeven weken, was hij al redelijk gewend aan de nieuwe situatie en gingen de scores weer iets omhoog. Van een echte verbetering van kwaliteit van leven kon, onder andere omdat volgens de theorie van Dröes er nieuwe uitdagende adaptieve taken gerelateerd aan de verpleeghuissituatie bijkwamen, dus geen sprake zijn. Er is om verschillende redenen toch voor gekozen om hem mee te nemen in dit onderzoek. Allereerst werd pas in week 3 duidelijk dat cliënt C ging verhuizen. Het was ethisch niet verantwoord om op dat moment de therapie af te breken. Dit omdat hij duidelijk baat bij de therapie had. Ten tweede was het interessant om te zien wat voor invloed de overgang naar een verpleeghuis op de kwaliteit van leven zou hebben en zijn er door de onderzoeker en therapeut nieuwe ideeën over deze fase opgedaan. Een aantal hiervan zullen terug te vinden zijn in de aanbevelingen.

Ook bij de andere cliënten zouden invloedrijke factoren impact op het positieve effect van de resultaten gehad kunnen hebben. Cliënt A heeft bijvoorbeeld in de loop van het therapietraject een kat gekregen waar zij veel plezier van heeft, dit heeft zeker de stijging van kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden. Ook bij cliënt B is het mogelijk dat andere factoren invloed hebben gehad op de vooruitgang in kwaliteit van leven.

De therapeut was in dit onderzoek observant, interviewer en afnemer van de vragenlijst. Ook al is er gepoogd objectief met de gegevens om te gaan, een onbewuste bias kan bij het invullen van de observatielijsten, het afnemen van de vragenlijsten en het uitvoeren van interviews niet uitgesloten worden.

AANBEVELINGEN

Een aanbeveling aan de organisatie Kammeraat is zeker om meer beeldende middelen en dan met name toevalstechnieken te gebruiken bij het begeleiden van cliënten.

De volgende punten zijn in de loop van het ontstaan van dit onderzoek uitgekristalliseerd als aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

- Afname van de QUALIDEM-vragenlijst bij meerdere personen uit het netwerk. Dit is bij deze doelgroep lastig omdat er vaak maar een beperkte kring in de sociale

omgeving is die de cliënt wekelijks ziet. Dit zou de validiteit van de resultaten echter versterken.

- Van de sessies zouden opnames gemaakt kunnen worden, waarna de observaties door een neutraal persoon kunnen worden ingevuld.
- Het afnemen van meerdere interviews per cliënt is bevorderlijk voor de validiteit. Dit omdat de staat waarin de cliënt verkeert per dag verschillend kan zijn.
- Opnames van de nabesprekingen van de opdrachten hadden kunnen dienen als bron voor de kwalitatieve data. Tijdens de nabesprekingen kwam nog meer informatie naar voren en was er meer diepgang dan in de afzonderlijke interviews.
- Om een langduriger effect in beeld te brengen, kunnen in vervolgonderzoek follow-up metingen gedaan worden.
- Verder is het interessant om ook de volgende punten te onderzoeken: Wat voor invloed kan beeldende therapie hebben op personen die zich in de overgang naar de verpleeghuissituatie bevinden? Welke methoden kunnen bijdragen aan een betere adaptie aan de nieuwe situatie?

LITERATUURLIJST (APA)

- Algar, K., Woods, R. T., & Windle, G. (2014). Measuring the quality of life and well-being of people with dementia: A review of observational measures. *Dementia*, published online.
- Alzheimer Nederland. (2016, 01 28). *Cijfers en feiten over dementie*. Opgehaald van [alzheimer nederland: http://www.alzheimer-nederland.nl/media/840711/factsheet_dementie_algemeen_-_publieksversie_26-01-2016.pdf](http://www.alzheimer-nederland.nl/media/840711/factsheet_dementie_algemeen_-_publieksversie_26-01-2016.pdf)
- Alzheimer Nederland, Vilans . (2012, mei 31). Zorgstandaard Dementie. Alzheimer Nederland, Vilans.
- Bear, U. (2010). *Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder; Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle* . Neukirchen-Vluyn: Affenkönig Verlag.
- Beard, R. L. (2011). Art therapies and dementia care: A systematic review. *Dementia*.
- de Lange, J. (2004). *OMGAAN MET DEMENTIE, het effect van belevingsgerichte zorg voor op adaptie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Dröes, R.-M. (1998). Omgaan met de gevolgen van dementie. *Neuropraxis*, 121-127.
- Gross, S. M., Danilova, D., Vandehey, M. A., & Diekhoff, G. M. (2013). Creativity and dementia; Does artistic activity affect well-being beyond the art class? *Dementia*, 27-46.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie*. Antwerpen, Apeldoorn : Suzanne Haeyen & Garant Uitgevers n.v.
- Heuvel, F., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Pool, G. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Hinz, L. (2009). *Expressive Therapies Continuum, A framework for Using Art in Therapy*. New York : Taylor & Francis Group.
- Hukill, A. K. (2006). *Kunsttherapie mit Alzheimerpatienten, DISSERTATION zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin*. Hamburg: Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg- Eppendorf.
- Kinney, J. M., & Rentz, C. A. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program, versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap op All Pairs. *Behavior Therapy*, 357-367.
- Raaijmakers M, Gouw , Ad, Willemse B, , & Bohlmeijer E, Depla M. (2007). *Op zoek naar zin*. Utrecht: Trimboos-instituut.

- Schweizer, C. (2006). *In Beeld, Doelgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum .
- Schweizer, C. (2009). *Handboek Beeldende Therapie, Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Teake , E., de Lange, J., Dröes, R.-M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005, Mei). *Handleiding QUALIDEM Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorghuizen, versie 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Teake, E., de Lange, J., Dröes, R.-M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease. *International Psychogeriatrics*, 353-370.
- The, A.-M., Cramer, L., Jonkers, R., & Mahler, M. (2016, april 01). *KwadrantGroep*. Opgehaald van Sociale Benadering Dementie : <http://www.kwadrantgroep.nl/sociale-benadering-dementie>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vikström, S., Josephsson, S., Stigsdotter-Neely, A., & Nygard, L. (2008). Engagement in activities, Experiences of persons with dementia and their caregiving spouses. *Dementia*, published online.

BIJLAGE 1: PROTOCOL

Achtergrond:

Dit protocol is ontstaan als onderdeel van een afstudeeronderzoek in het vak Creatieve Therapie beeldend op de Stenden Hogeschool Leeuwarden. Het onderzoek is ontstaan in samenwerking met de studentenorganisatie 'Kammeraat', die valt onder het lectoraat Sociale Benadering Dementie. De doelgroep waar dit lectoraat zich voornamelijk op richt, bestaat uit thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Aan de hand van dit protocol werd er gekeken naar het effect dat een beeldend therapeutische interventie kan hebben op deze groep mensen.

Op basis van bestaande vakliteratuur en onderzoek over beeldende therapie met mensen met dementie, is geconcludeerd dat bestaande programma's zich óf richten op de cognitie door middel van reminiscentie en life review óf sterk op het zintuigelijke aspect gericht zijn (met name bij cliënten die al in een laat stadium van dementie zitten). Behandelprogramma's zijn vaak gericht op groepsbehandelingen en op cliënten in een verpleeghuissituatie. Voor een beeldend therapeutische behandeling in een één op één setting in de thuissituatie, was geen literatuur te vinden en waren geen passende programma's aanwezig.

Het ETC-model van Lisa Hinz

In deze interventie ligt de focus niet op de achteruitgang van de cognitie bij mensen met dementie of op de zintuigen. Het gaat hier juist om de dynamiek tussen denken, voelen en handelen.

In de beschrijving van het literatuuronderzoek staat het volgende: "De ouderen hebben door de progressie van de dementie steeds vaker de ervaring gehad dat het uitvoeren van alledaagse activiteiten niet meer lukt en hebben daardoor het gevoel dat zij steeds falen. Veel mensen ontwikkelen hierdoor een grote gegeneraliseerde onzekerheid en angst voor mislukkingen. Vanuit dit gevoel proberen zij situaties waarin zij kunnen falen te vermijden en worden ze steeds passiever in hun gedrag en minder betrokken bij dagelijkse activiteiten." Denken, voelen en handelen kunnen door de progressie van de dementie dus een vicieuze cirkel van niet-handelen en steeds groeiende onzekerheden worden. Dit kan leiden tot depressiviteit.

Volgens het Expressive Therapy Continuum model van Lisa Hinz is het altijd het doel in beeldende therapie om flexibiliteit in de componenten van denken, voelen en handelen te brengen. (Hinz, 2009).

De 7 lagen van het ETC-model:

Creativiteit (omvat en verbindt alle lagen)

Cognitief	<-->	Symbolisch
Perceptie	<-->	Affectief
Kinesthetisch	<-->	Sensomotorisch

Een voorwaarde van het toepassen van deze interventie is dat de therapeut enig inzicht heeft in de lagen van het ETC model en ervaring heeft met het reflecteren op basis van het model.

Toevalstechnieken

In dit protocol is ervoor gekozen om via toevalstechnieken deze flexibiliteit binnen de lagen van het ETC te bereiken. Om praktische redenen is het niet mogelijk om iedere sessies een uitgebreid aanbod van materialen mee te nemen en de cliënt daaruit te laten kiezen, zoals het eigenlijk door Lisa Hinz beschreven wordt. In plaats daarvan wordt geprobeerd de lage drempel en de vrijheid die door de toevalstechnieken ontstaan, hiervoor te gebruiken.

Door verschillende toevalstechnieken en verschillende materialen toe te passen, worden alle lagen van het ETC-model gestimuleerd en ontstaan de ruimte en vrijheid voor de cliënt om tijdens het proces tussen de verschillende lagen te schakelen. Het doel is om op deze manier succeservaringen te creëren en zelfexpressie te stimuleren, zodat de cliënt patronen van negatieve verwachtingen en vermijdingsgedrag kan overkomen.

Aandachtgerichte benadering

De aandachtgerichte benadering die in dit protocol wordt overgenomen is gebaseerd op Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT), ontwikkeld door Segal, Williams en Teasdale en Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) van Jon Kabat-Zinn.

In de beeldende therapie geeft het medium een geschikte basis om de aandachtgerichte benadering te beoefenen. In het handboek beeldende Therapie 'Uit de Verf' staat: 'beeldend werken vanuit een aandachtgerichte houding kan omschreven worden als een actieve meditatie' (Schweizer, Handboek Beeldende Therapie, Uit de verf, 2009). Materialen kunnen bijdragen aan een bewuste waarneming, vooral door de zintuigelijke en lichamelijke waarneming erbij te betrekken. Het gaat er vooral om gericht te zijn op de activiteiten zonder een oordelende houding. De aandacht is gericht op het proces, de beleving, de ervaring in het hier-en-nu en dus niet op het product. De herinnering in de vorm van het werkstuk, kan de cliënt ondersteunen in het alledaagse leven door hem te herinneren aan het proces.

Doelen:

- Bereiken van een emotioneel evenwicht, vooral door het ervaren van rust.
- Verminderen van faalangst.
- Vermijden van agitatie.
- Leren omgaan met verminderde controle.
- Bevordering van de zelfexpressie.
- Verhogen van het zelfbeeld en de zelfwaardering.

Werkwijze: supportief

Therapeutische Attitude

- De therapeut hanteert een ondersteunende attitude en helpt de cliënt waar nodig met het maken van beslissingen. Ook brengt de therapeut zoveel structuur als mogelijk aan bij het uitleggen van materialen en technieken om verwarring te voorkomen.
- Als de cliënt bezig is, laat de therapeut de cliënt de ruimte. De therapeut kan ervoor kiezen om zelf ook bezig te gaan, zodat de cliënt zich niet bekeken voelt. Hierbij moet hij echter het proces van de cliënt goed in de gaten houden zodat hij hulp kan aanbieden als de cliënt dreigt vast te lopen.
- Het geven van complimentjes is van essentieel belang gedurende de hele sessie. Hierbij moet er wel op worden gelet dat de complimenten echt zijn en geloofwaardig overkomen. De complimenten richten zich op de individuele stijl van de cliënt (zie volgende punt) en zijn niet globaal, zoals bijvoorbeeld 'goed' of 'mooi'.
- De therapeut benadrukt zoveel mogelijk de verbinding tussen het schilderij en de persoonlijkheid van de cliënt. Het doel is dat de cliënt zich kan identificeren met zijn gemaakte werkstukken en daar vervolgens trots op kan zijn. De individuele eigenschappen van de cliënt worden voor hem of haar weer duidelijker. Dit levert een bijdrage aan het positieve zelfbeeld.
- De therapeut probeert constant de cliënt te stimuleren om vanuit alle lagen van het ETC te werken.
- De therapeut neemt een rustige houding aan en probeert de cliënt in een oordeelsvrije houding te stimuleren, zoals deze beschreven is in de aandachtgerichte benadering.

Setting

Een bijzonderheid van de interventie is de setting waarin zij werd uitgevoerd en getoetst. Anders dan de meeste therapeutische modules, vond het niet plaats in een instelling, maar bij de cliënt thuis. Dit geeft een iets andere sfeer aan de therapiesessie dan in een instelling of praktijk het geval zou zijn. Door in de directe leefwereld van de cliënt te komen, ontstaat er een intiemere, vaak voor de cliënt meer ontspannen context. Het is wel extra belangrijk dat de therapeut goed uitlegt waarom hij of zij er is en wat de inhoud is van de beeldende therapie sessies.

Opbouw van de sessies

De sessies duren gemiddeld tussen de 60 en 90 minuten. Dit is afhankelijk van de concentratieboog van de cliënt en de tijdsduur van het opstarten van de sessies.

Opstarten: 10-20 minuten

De sessies worden rustig opgestart. Eerst wordt besproken hoe het met de cliënt gaat, vaak komen thema's of gebeurtenissen van de afgelopen week naar voren, die de cliënt wil delen. Veel cliënten willen graag eerst een kopje thee of koffie drinken. Hiervoor wordt tijdens het opstarten even de tijd genomen, waarna de therapeut een overgang naar de introductie van de opdracht of techniek maakt.

Opdracht: 30-40 minuten

(de technieken worden hieronder per sessie nader toegelicht)

Nabespreking en Afronden: 10-20 minuten

De nabespreking wordt laagdrempelig en luchtig gehouden. Er wordt gevraagd hoe de cliënt het werken met de techniek heeft ervaren en wat er tijdens het maken bij hem of haar is opgekomen. Mogelijke antwoorden kunnen zijn: associaties die door bepaalde vormen of kleurcombinaties opgeroepen worden, of de cliënt vindt dat de kleuren bij hem of haar passen en hoe de cliënt het werkstuk zelf vindt. Hierbij neemt de therapeut, door veel in te gaan op wat de cliënt zegt en door complimentjes te geven, een geïnteresseerde en ego-versterkende houding in.

Sessie 1: Kennismaking

Doel:

Kennismaking met de therapeut, kennismaking met het medium, veiligheid opbouwen en de faalangst voor het beeldend werken wegnemen.

Inhoud:

De focus ligt op kennismaking tussen therapeut en cliënt. De mantelzorger is hierbij ook aanwezig, zodat er voor de cliënt een veilig gevoel ontstaat. In latere sessies is de mantelzorger echter niet meer aanwezig. Er wordt uitleg gegeven over beeldende therapie, over de inhoud van deze (en in dit geval over het onderzoek).

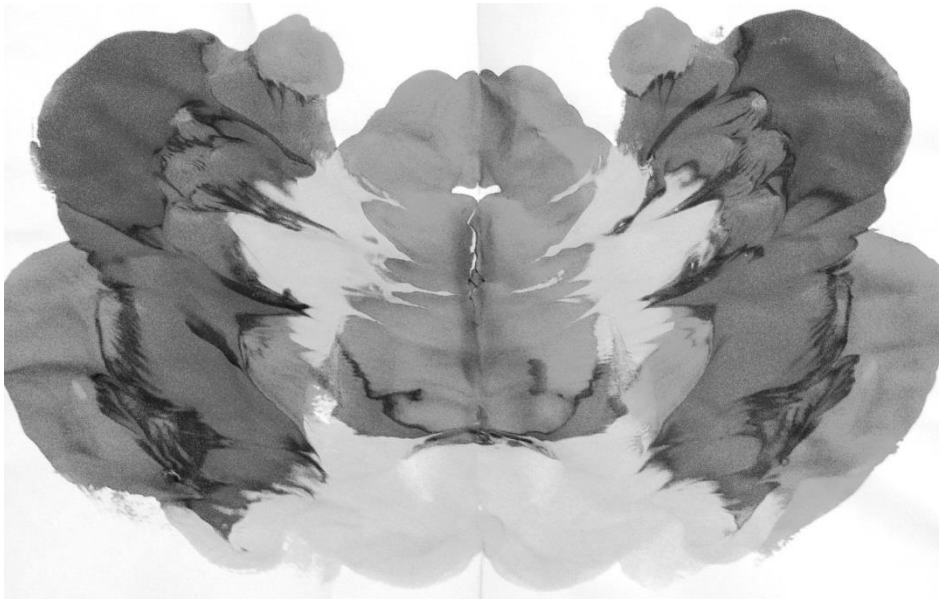
Materialen:

- A4 Papier (niet te dun, maar ook niet zo dik dat het moeilijk te vouwen is).
- Acrylverf.
- Kranten als ondergrond.

Opdracht:

Introductieopdracht is het uitvoeren van een heel simpele en snelle toevalstechniek. In het Duits heet deze 'Abklatschtechnik'. Allereerst wordt de cliënt gevraagd om twee of meer kleuren te kiezen. Dit kunnen kleuren zijn die bij zijn of haar karakter of stemming passen, of kleuren die hij of zij gewoon mooi vindt. Hoe het aangeboden wordt, is afhankelijk van wat de therapeut inschat als passend bij de openheid en capaciteit van de client. Vervolgens wordt de verf vanuit de verftubes direct op het papier gedrukt, zodat er dikke klodders verf op het papier liggen. Hierbij moet niet te zuinig met het materiaal worden omgegaan, zodat het gewenste effect kan worden bereikt. Als dit gedaan is, wordt het papier door de helft gevouwen en wordt de verf van buiten met de handen naar de randen van het papier gestreken. Als het papier weer geopend wordt, zal een beeld zoals op Afbeelding 1 ontstaan.

De therapeut en eventueel de mantelzorger doen hetzelfde, zodat er voor de cliënt een veiliger gevoel en meer ontspannen sfeer ontstaan. Afhankelijk van de tijd en de concentratie van de cliënt, zou dit proces nog een keer kunnen worden herhaald.



Sessie 2 : Mindful schilderen

Doel: rust ervaren, zelfvertrouwen opbouwen, mindful en oordeelvrij waarnemen, onvoorwaardelijke vriendelijke houding tegenover jezelf tijdens het schilderen creëren.

Materiaal:

- Aquarelpapier.
- Aquarelverf.
- Ecoline.
- Kwasten (bij voorkeur niet te klein).
- Plantenspuit als ondergrond.

Opdracht:

Nat-in-nat schilderen met verdunde ecoline of waterverf. Hierbij vloeien de kleuren in elkaar over. Het is de bedoeling om het vloeien van de kleuren aandachtig te volgen. Deze opdracht is ook als een voorbeeld van de aandachtgerichte benadering en omgeschreven in het 'Handboek Beeldende Therapie: Uit de Verf' van Celine Schweizer. Tijdens het uitvoeren van de opdracht wordt de cliënt gevraagd om zonder waardeoordeel te kijken naar de verf en aandachtig waar te nemen wat er gebeurt. De cliënt heeft niet veel controle over het werkstuk, maar kan gedeeltelijk bijsturen door kleuren uit te kiezen en deze een globale positie te geven.

Om de opdracht laagdrempeliger te maken (als cliënten dit te moeilijk vinden of zich niet veilig genoeg voelen bij de therapeut), kan gevraagd worden om een schilderij met het thema rust te maken. Zij gaan zich proberen in te beelden hoe het is om rust te ervaren en daar vervolgens kleuren bij kiezen. Die beelden zij in een nat-in-nat schilderij uit.

Sessie 3:

Doel: verminderen van faalangst, zelfexpressie.

Materialen:

- Wit oliekrijt.
- Aquarelverf.
- Ecoline.
- Grote kwasten.
- Aquarelpapier.
- Kranten als ondergrond

Opdracht:

Bij deze opdracht wordt de cliënt gevraagd om spontaan op het papier te schilderen met het witte oliekrijt. Het gaat bij deze opdracht om het soort bewegingen dat gemaakt wordt. De cliënt wordt gevraagd om eerst rustig adem te halen, zich te focussen op het moment en vervolgens op het papier te tekenen. Er is voor wit krijt gekozen omdat de focus op de beweging en beleving in het hier en nu ligt. Dit deel van de opdracht steunt op ideeën van 't Tijdloze Uur en op de Tekenbewegingsmethode. Er kan gesuggereerd worden om met de ademhaling mee te bewegen, met gesloten ogen te werken of om met beide handen te werken. Vervolgens worden de lijnen zichtbaar gemaakt door hier weer met ecoline of waterverf overheen te werken. De lijnen van het krijt blijven wit terwijl de rest van het papier verkleurt.

Sessie 4 : Laag over laag

Doel:

Vrij werken, zelfexpressie, vanuit het gevoel werken, durven experimenteren.

Materialen:

- Schilderdoek (A4).
- Plamuurmes.
- Sponsjes.
- Acrylverf.
- Zand.
- Voor de zekerheid worden wat voorbeelden meegenomen, waarmee de cliënt zich kan oriënteren.

Opdracht:

Deze opdracht is wat vrijer dan de andere opdrachten. Het is de bedoeling dat de cliënt gaat experimenteren met het combineren van verf en zand. De opdracht wordt geïntroduceerd door alle materialen en gereedschappen te laten zien en door uit te leggen dat het schilderij laag voor laag gaat ontstaan, zodat uiteindelijk de eerste laag (bijna) niet meer te zien is. Dit verlaagt de drempel om te beginnen. Vervolgens mag de cliënt een abstract schilderij maken door zand en verf met elkaar te mengen of gewoon een laag zand over de verf heen te gooien. De cliënt werkt vanuit het gevoel en denkt niet te veel na over hoe het werkstuk eruit komt te zien. Een dergelijk schilderij maakt het mogelijk voor de cliënt mogelijk zich nog meer te identificeren met zijn werkstukken dan tot nu toe.

Sessie 5: Encaustiek.

Doelen:

Overwinnen van faalangst, opdoen van een succeservaring, ervaren dat een ingewikkelde techniek nog steeds geleerd kan worden, zelfwaardering en zelfexpressie.

Materialen:

- Encaustiek gereedschappen ('Strijkijzer').
- Waskrijt, in kleine stukjes gebroken.
- Papier dat geschikt is voor Encaustiek (geknipt in kleine stukjes van A5 tot A7).
- Een verlengsnoer.
- Dik karton als ondergrond.
- Keukenpapier om de gereedschappen schoon te maken.

Opdracht:

De techniek Encaustiek wordt geïntroduceerd. Dit is een moeilijkere techniek, die meer begeleiding nodig heeft dan de andere technieken. De opdracht is om kennis te maken met de techniek. Er wordt weer gestart door kleuren uit te kiezen die de cliënt mooi vindt. Het stuk was van deze kleur wordt direct op het papier gelegd en gesmolten. (Normaal wordt de was op de hete plaat van het gereedschap gesmolten, maar dit is soms onveilig en kan snel leiden tot verbrandingen.). De techniek wordt eerst door therapeut gepresenteerd, daarna doen cliënt en therapeut dit samen en vervolgens mag de cliënt zelf vrij experimenteren met de techniek. Het is een voorwaarde dat de therapeut al vaker met deze techniek heeft gewerkt en inzicht heeft in de verschillende manieren van toepassen hiervan.

Sessie 6 : Marmertechniek

Materialen:

- Behangplaksel gemengd met water.
- Olieverf.
- Terpentine.
- Pipetten.
- Kwast.
- Trechter.
- Waterdichte lage bak.
- Papier.

Opdracht:

Allereerst worden kleuren uitgekozen of gemengd en wordt er terpentine bijgevoegd. Daarna wordt langzaam wat verf in de lage bak met het vloeibare behangplaksel gedaan. Dit blijft drijven op de oppervlakte. Hier wordt telkens weer wat meer verf bijgevoegd en met een kwast geroerd, zodat de vormen veranderen. Als de vormen en kleuren als 'af' worden gezien, wordt het papier in het vloeibare materiaal gelegd. Na twee tot drie seconden mag het papier er weer uit worden gehaald en is het resultaat zichtbaar. Dit wordt meerdere keren herhaald.

Sessie 7: Afronden

Er is in deze sessie een vrije keuze van opdrachten. Er wordt of een opdracht die al eerder is gedaan, of een andere wens van de cliënt uitgekozen. De therapeut legt in sessie 6 al uit dat de cliënt zelf mag kiezen wat hij of zij wil doen. Vaak komt dit ook al eerder in de therapie naar voren. Als een cliënt bijvoorbeeld heel graag een landschap met olieverf wil schilderen, kun je aangeven dat daar ruimte voor is in de laatste sessie. In de laatste sessie worden alle hiervoor benodigde materialen meegenomen (bijvoorbeeld een plaatje van een heel simpel schilderij van een landschap dat vervolgens nageschilderd kan worden of weer een van de technieken die de cliënt bijzonder leuk vond om te doen).

Vervolgens wordt ook teruggeblikt naar alle gemaakte schilderijen. Een mogelijkheid als afscheidsritueel kan zijn om een schilderij uit te kiezen dat de cliënt bijzonder mooi vindt of waar hij of zij bijzonder trots op is en deze in te lijsten en ergens samen op te hangen.

BIJLAGE 2: TOPICLIJST INTERVIEW

- Beleving van beeldende therapie met toevalstechnieken.
- Zelfbeeld en zelfwaardering en in hoeverre deze beïnvloed werden door beeldende therapie met toevalstechnieken.
- Positief en negatief affect en in hoeverre deze beïnvloed werden door beeldende therapie met toevalstechnieken.
- Rusteloos gedrag en in hoeverre het beïnvloed werd door beeldende therapie met toevalstechnieken.
- Sociale Contacten en in hoeverre deze beïnvloed werden door beeldende therapie met toevalstechnieken.
- Welzijn tijdens de sessies en hoeverre effecten bij zijn gebleven na afloop van de sessies en invloed hadden op de cliënt gedurende de tijd buiten de sessies.

BIJLAGE 3: INGEVULDE OBSERVATIELIJSTEN

Clïënt A

Domains:		1			2			3			4			5			6			7			Gemiddelde alle sessies		
		Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind	Begin	Mid den	Eind
Social Interest	Intensit y	2	2	3	2	2	4	4	3	5	3	2	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	2,86	2,71	3,71
	Freque ncy	1	2	3	2	2	2	3	3	3	1	1	2	3	2	4	2	3	4	3	2	3	2,14	2,14	3,00
	Gemidd elde	1,5	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,5	3,0	4,0	2,0	1,5	2,5	3,0	2,5	4,0	2,5	3,5	4,0	3,0	2,5	3,0	2,50	2,43	3,36
Engage ment	Intensit y	2	3	4	2	2	3	3	3	4	2	4	4	2	4	3	2	2	4	3	4	4	2,29	3,14	3,71
	Freque ncy	1	2	3	2	3	2	2	4	4	1	3	4	3	4	2		3	3	3	4	4	2,00	3,29	3,14
	Gemidd elde	1,5	2,5	3,5	2,0	2,5	2,5	2,5	3,5	4,0	1,5	3,5	4,0	2,5	4,0	2,5	2,0	2,5	3,5	3,0	4,0	4,0	2,14	3,21	3,43
Pleasur e	Intensit y	2	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	3	2	4	3	3	4	4	3	3	3	2,57	3,43	3,29
	Freque ncy	2	2	2	3	3	3	2	3	4	2	2	2	2	4	4	2	2	2	1	2	2	2,00	2,57	2,71

	Gemiddelde	2,0	2,5	2,5	3,0	3,0	3,0	2,5	3,5	4,0	2,0	2,5	2,5	2,0	4,0	3,5	2,5	3,0	3,0	2,0	2,5	2,5	2,29	3,00	3,00
Self-Esteem	Intensiteit	2	3	3	1	3	2	1	2	3	2	3	3	2	4	4	3	4	4	2	2	3	1,86	3,00	3,14
	Frequentie	3	3	3	1	2	2	2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	2	3	2	2	2	1,86	2,29	2,71
	Gemiddelde	2,5	3,0	3,0	1,0	2,5	2,0	1,5	2,0	3,0	2,0	2,5	3,0	1,5	3,5	3,5	2,5	3,0	3,5	2,0	2,0	2,5	1,86	2,64	2,93
Negatieve affect	Intensiteit	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1,14	0,43	0,14
	Frequentie	0	0	0	0	0	0	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1,14	0,71	0,43
	Gemiddelde	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,5	1,5	0,5	1,5	1,0	0,5	1,5	1,0	0,5	1,0	0,0	0,0	1,0	0,5	0,5	1,14	0,57	0,29
Sadness	Intensiteit	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	2	1	1	1	4	3	2	1	0	0	2,00	1,29	1,14
	Frequentie	1	1	1	0	0	0	2	2	2	2	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1,29	0,71	0,71
	Gemiddelde	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	2,5	1,5	1,5	2,5	1,5	1,5	1,0	0,5	0,5	3,0	1,5	1,0	1,0	0,5	0,5	1,64	1,00	0,93
Confusion	Intensiteit	3	2	1	2	1	1	3	2	1	4	4	3	2	2	2	4	3	1	1	1	1	2,71	2,14	1,43
	Frequentie	2	2	1	1	0	0	2	2	1	3	2	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	2,00	1,57	0,86

Gemiddelde	2,5	2,0	1,0	1,5	0,5	0,5	2,5	2,0	1,0	3,5	3,0	2,0	2,5	2,0	1,5	3,0	2,5	1,0	1,0	1,0	2,36	1,86	1,14
------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------

Cliënt B

Domains:		Sessies:																							
		1			2			3			4			5			6			7			Gemiddelde alle sessies		
		Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind
Social Interest	Intensity	2	2	3	2	3	4	2	2	2	2	1	3	3	3	4	5	4	5	2	2	2	2,57	2,43	3,29
	Frequency	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	4	4	4	3	4	1	1	2	2,71	2,57	3,29
	Gemiddelde	2,5	2,5	3,5	2,5	3,0	3,5	2,5	2,0	2,5	2,0	1,5	3,0	3,0	3,5	4,0	4,5	3,5	4,5	1,5	1,5	2,0	2,64	2,50	3,29
Engagement	Intensity	1	2	3	1	3	3	1	2	2	0	2	4	1	3	5	1	4	3	1	2	3	0,86	2,57	3,29
	Frequency	2	4	3	2	2	3	2	2	2	1	2	3	2	4	4	1	5	5	1	1	2	1,57	2,86	3,14
	Gemiddelde	1,5	3,0	3,0	1,5	2,5	3,0	1,5	2,0	2,0	0,5	2,0	3,5	1,5	3,5	4,5	1,0	4,5	4,0	1,0	1,5	2,5	1,21	2,71	3,21

Pleasure	Intensity	1	3	4	1	2	3	2	4	3	3	4	4	2	5	4	3	4	4	2	2	3	2,00	3,43	3,57
	Frequency	2	2	3	1	1	3	2	2	1	2	3	4	3	4	5	3	4	5	3	4	4	2,29	2,86	3,57
	Gemiddelde	1,5	2,5	3,5	1,0	1,5	3,0	2,0	3,0	2,0	2,5	3,5	4,0	2,5	4,5	5	3,0	4,0	5	2,5	3,0	3,5	2,14	3,14	3,57
Self-Esteem	Intensity	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	4	2,57	3,00	3,14
	Frequency	2	3	3	3	4	4	2	2	2	3	4	4	2	2	3	2	4	3	2	2	2	2,29	3,00	3,00
	Gemiddelde	2,5	3,0	3,0	3,0	3,5	3,5	2,0	2,0	2,0	2,5	3,5	4,0	2,5	2,5	3,0	2,0	3,5	3,0	2,5	3,0	3,0	2,43	3,00	3,07
Negative affect	Intensity	2	1	1	2	2	2	1	1	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	1	1	0	1,43	1,14	0,57
	Frequency	1	1	0	2	4	1	0	1	0	2	3	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1,14	1,29	0,29
	Gemiddelde	1,5	1,0	0,5	2,0	3,0	1,5	0,5	1,0	0	1,5	2,5	1,0	1,5	0,5	0	1,0	0,0	0	1,0	0,5	0	1,29	1,21	0,43
Sadness	Intensity	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,29	0,29	0,29
	Frequency	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
	Gemiddelde	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,14	0,14	0,14
Confusion	Intensity	3	2	2	3	3	2	1	1	1	3	2	2	3	2	1	3	2	1	1	1	1	2,43	1,86	1,43
	Frequency	2	2	1	3	3	2	3	3	1	3	2	1	3	1	1	3	1	0	1	0	0	2,57	1,71	0,86
	Gemiddelde	2,5	2,0	1,5	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0	3,0	2,0	1,5	3,0	1,5	0	3,0	1,5	0,5	1,0	0,5	0,5	2,50	1,79	1,14

Clïënt C

		Sessies:																							
		1			2			3			4			5			6			7			Gemiddelde alle sessies		
Domains:		Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Mid	Eind	Begin	Midde	Eind
		n	den	d	gin	den	d	gin	den	d	gin	den	d	gin	den	d	gin	den	d	gin	den	d	Begin	n	Eind
Social Interest	Intensity	2	2	3	3	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	3	4	3	2	4	2,57	2,86	3,57
	Frequency	1	1	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	4	4	2	2	4	3	2	3	2,43	2,29	3,00
	Gemiddelde	1,5	1,5	2,5	3,0	3,5	3,5	3,0	2,5	3,0	2,0	2,5	3,0	3,0	3,5	3,5	2,0	2,5	4,0	3,0	2,0	3,5	2,50	2,57	3,29
Engagement	Intensity	1	2	3	2	3	1	1	2	2	1	2	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	1,86	2,71	2,86
	Frequency	1	2	3	2	3	2	2	3	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	4	1,86	2,71	2,71
	Gemiddelde	1,0	2,0	3,0	2,0	3,0	1,5	1,5	2,5	2,0	1,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5	3,0	3,0	3,5	2,5	3,5	4,0	1,86	2,71	2,79
Pleasure	Intensity	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	3	4	2	3	3	2,14	2,43	3,00
	Frequency	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	3	2	3	4	3	3	4	1	3	3	2,14	2,71	3,14

	Gemidelde	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	3,0	1,5	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,5	3,0	4,0	2,5	3,0	4,0	1,5	3,0	3,0	2,14	2,57	3,07
Self-Esteem	Intensity	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	4	2	3	4	2,29	2,57	3,00
	Frequency	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	3	4	2,43	2,57	3,14
	Gemidelde	2,5	2,5	2,5	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,5	2,5	3,0	2,5	3,0	4,0	2,0	3,0	4,0	2,36	2,57	3,07
Negative affect	Intensity	0	0	0	0	0	0	3	2	3	4	3	4	4	3	3	2	1	1	3	1	2	2,29	1,43	1,86
	Frequency	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	1	3	1	1	2,00	1,29	1,29
	Gemidelde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	2,5	3,0	3,5	2,5	3,0	3,5	2,5	2,5	2,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,5	2,14	1,36	1,57
Sadness	Intensity	0	0	0	0	0	0	4	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1,71	1,14	1,14
	Frequency	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1,14	1,00	0,86
	Gemidelde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	2,5	2,0	2,5	2,0	2,0	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,43	1,07	1,00
Confusion	Intensity	3	4	2	1	2	1	4	3	2	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	1	1	2,71	2,29	1,71
	Frequency	3	2	2	1	1	1	3	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	1	1	1	0	2,29	1,71	1,29
	Gemidelde	3,0	3,0	2,0	1,0	1,5	1,0	3,5	2,5	2,0	3,0	2,0	1,5	2,0	2,0	2,0	3,5	2,0	1,5	1,0	0,5	0,5	2,50	2,00	1,50

BIJLAGE 4: TRANSCRIPTIES VAN DE DIEPTE-INTERVIEWS

Clïënt A

Interview mevr. D (Client 1) en haar mantelzorger

I.: Wij waren nu 7 weken bezig en hebben een kort beeldend therapie traject afgerond. Wij hebben tijdens de sessies veel verschillende schildertechnieken uitgetoetst, experimenteerden veel met kleur en wij hebben vooral vanuit het gevoel gewerkt. Wat zou u nu zeggen, wat vond u ervan?

cl. A.: Ik vond het hartstikke leuk.

I.: Mooi. Kunt u ook proberen te beschrijven, wat u er leuk aan vond?

cl. A.: Nou, dat is voor mij te moeilijk geloof ik.

I.: Ja, dat is ook wel moeilijk. Misschien kunt u het toch even proberen, in uw eigen woorden?

Cl. A.: Ja, dat kan. Het was nieuw voor mij. Ik heb er wel van genoten.

M.(A) : Nou, het is anders dan jij gewend was, hè? Het was heel standard...

I.: Vroeger werkte u heel perfectionistisch en figuratief.

M.(A) : Ja, maar het waren ook standard technieken, die ze deed. Wel verschillende technieken, maar dit soort 'experimenten' eigenlijk niet. Hé?

Cl. A.: Nee.

M.(A) : .. Dat je ook cursussen had vroeger, bij de Blauwe Stoep. Dat was anders.

Cl. A.: Ja, dat was ... eh.. was ook heel goed.

M.(A) : Dat was ook heel goed. Ja, prima, zelfs. Maar dit is om... om andere, nieuwe dingen te proberen, was het ook heel leuk, hè?

Cl. A.: Ja. Het waren technieken die ik nog nooit heb gedaan.

I.: Ja, ik vind het ook heel goed dat u het durfde om alles mee te doen. Want ik weet nog op het begin, toen ik voor het eerste keer hier was, wou u helemaal niet gaan schilderen. Maar u hebt het toch gedaan, en u kon er steeds meer van genieten na mijn gevoel.

Cl. A.: Ja. Ik was ook een beetje bang. Misschien lukt het niet meer. Maar ik heb het toch geprobeerd en dat was wel heel leuk.

I.: Dat klopt. De schildertechnieken, die wij in de sessies hebben gebruikt, die hadden daar ook wel veel mee te maken, hè? Dat de kleuren bijvoorbeeld gingen vloeien en je niet helemaal de controle hebt over wat op het papier gebeurt. Hoe hebt u dat ervaren?

Cl. A.: Ja. Eerst was het moeilijk. Want, ja. Je wil wel, dat het mooi wordt. Maar dan moet je dat wel een beetje los laten. Het zijn niet meer de landschappen en stillevens van toen. Maar dat hoeft ook helemaal niet, want andere dingen zijn ook mooi. En het is iets van mij. Dat is leuk.

M.(A) : Nou, dat is ook wel bewonderd ... door ons, hè? En, ja, dat ... Aukje (de dochter) vond het bijvoorbeeld ook mooi, hè?

Cl. A.: Ja.

I.: En hoe is dat voor u als u zo veel positief feedback, zo veel complimenten krijgt, voor wat u hebt geschilderd?

Cl. A.: (begint over de vroegere schildercursus).

I.: Ja, dat was zeker heel mooi. En hoe zit het met de schilderijen, die wij de afgelopen weken hebben gemaakt?

Cl. A.: Ja, het was leuk om te horen dat iedereen het mooi vindt. En, en.. ook, ja hoe moet ik dat beschrijven? Ja, ik vond het gewoon mooi. Verrassend mooi soms.

I.: Was u ook verrast over wat u nog kunt doen?

Cl. A.: Ja.

I.: Bent u daar ook trots op uzelf?

M.(A) : Ja, dat mag best een beetje, toch? Daar mag je toch best trots op wezen.

I.: Ja, zeker. Ik weet wel dat u een beetje kritisch bent, maar ik herinner mij ook, dat u op het eind van de sessies altijd bestwel blij was, klopt dat?

Cl. A.: Ja, het was heel leuk. En ik hoop ook een beetje met, wat er nu is (de ziekte), dat ik er nog een beetje wat mee kan doen. Als ik dan zie dat ik er dan toch nog de kleine dingen kan. En dat ik ook weer wat met mijn fantasie kan doen.

M.(A) : Ja.

I.: Wat geeft u dat? Uw fantasie kunnen gebruiken en mooie dingen creëren?

Cl. A.: Het is mooi. Het is iets, dat kracht geeft. Ook als je het eerst niet weet, maar dan lukt het wel.

I.: Ja, en dat is ook wel iets heel moois, wat u zegt. U maakt wel mee, dat er er veel dingen in u dagelijks leven niet meer altijd zo goed lukken als vroeger. Maar u hebt nu ook kunnen ervaren, dat sommige dingen nu juist heel goed nog kunnen.

Cl. A.: Ja, we hebben, heel erg veel gehad in de cursus, het schilderen en tekenen van mensen. En (lachte) ik weet nog heel best dat we naar de les gingen, en dan hadden we de eerste helft gedaan, en nou het is leuk, en daar leren we van, pauze, kopje koffie, en dan komen we weer terug. En dacht van mezelf, daar komt een naakt te zitten. En ik denk, van een man, en dat was ook zo. En die anderen, die vonden het maar gek.

(lachen)

I.: Ja, zoiets deden wij gelukkig niet.

Cl. A.: (lacht) gelukkig.

M.(A) : Het gaat even er over wat jij met Johanna samen gedaan hebt, daar gaat het interview nu over. Dit was even een zijsprongetje.

I.: Klopt. Maar dat maakt niet uit, want dat maakt ook een deel uit van u en uw kunst...

M.(A) : ...kunstgeschiedenis

I.: Ja, toch? Wat klinkt dat mooi.

Cl. A.: Ja

I.: Maar wat wij gedaan hebben was inderdaad heel anders. Het was veel meer op het gevoel gericht in plaats van iets naschilderen. Soms hebben wij ook een schilderij gedaan van: Hoe gaat het eigenlijk met mij vandaag? En dat was heel abstract.

M.(A) : Kun je dat in kleuren uitdrukken?

Cl. A.: Jawel.

M.(A) : Ja, dat lees je weleens. Dat een psycholoog dat uit het werk wat ze maken, eigenlijk de stemming van dat moment kan bepalen.

I.: Ja, dat vind ik zelf niet helemaal kloppen. Ik denk dat er altijd wel betekenis in de schilderij zit, maar dat een andere persoon nooit helemaal kan bepalen of lezen. Want wat voor betekenis een schilderij heeft weet alleen de persoon zelf.

Cl. A.: Iedereen heeft zijn eigen kleurtje.

I.: Ja, dat hebt u mooi gezegd. En iedereen heeft ook zijn eigen betekenis daarvoor.

Cl. A.: Ja.

M.(A) : Ja.

I.: Wat ik mij nog afvroeg, u zei dat u wel plezier beleefde tijdens het schilderen en experimenteren met kleuren. Heeft dat ook effect gehad op de tijd nadat de sessies waren afgelopen?

Cl. A.: Ja, zeker. Je wordt er .. eh.. ja het klinkt wel wat gek, maar ik kan weer wat. Hè, dat zit er een beetje bij.

I.: Ja, gewoon met wat meer zelfvertrouwen ook, hè?

Cl. A.: Ja. Want ik kon een heel hoop, en dat weet je ook wel. Dat tekenen en schilderen van mij. Maar ook dansen, dat is ook een techniek. En ja, zo veel dingen. En ook zingen, daar was ik ook goed in. Al die dingen heb ik al heel lang niet meer gedaan. Die vrijheid, die ... creativiteit, dat heb ik al heel lang niet meer gehad.

M.(A) : Ja, en ook om op jouw vraag terug te komen. Wat blijft hangen wanneer jullie hier bezig zijn geweest. Dat is inderdaad, dat kan ik ook bevestigen, dat duurt langer dan de tijd dat jij hier bent. Dat blijft. En ook altijd als Aukje dan hier komt, en gaat kijken hoe het gegaan is, ze vindt het mooi. En dat brengt toch absoluut plezier en vertrouwen daarin. Want dat was even weg. Want... ja, jij had heel veel gemaakt, en dat was mooi, en doordat jij hier zit en dat doet, komt dat weer, en er gebeurt weer wat.

I.: Dat is mooi om te horen. Dank u wel. Hebt u voor het einde van het interview nog verder iets te zeggen, wat misschien nog niet aan de orde is gekomen?

M.(A) : Ik vind het heel waardevol wat jij doet. Want, ja er vallen bepaalde dingen weg, maar een aantal dingen kun jij heel erg goed doen als je zo'n ziekte krijgt. Maar dat moet je dan eigenlijk ook juist nog meer waarderen. En het zou kunnen zijn, dat als ik me even verplaats, in haar gedachtegang, dat het zo is van... 'Ja, dat kan ik niet en dat kan ik niet' nee, maar daar zijn ook een hoop dingen, die zij wel goed kan.

Clïent B

Interview met mevr. N en mantelzorger

Cl.B.: Als je een plaatje hebt, dan weet je ongeveer, wat je moet schilderen. Een klein voorbeeldje.

I.: Je hebt vroeger altijd vanuit je voorbeeld geschilderd. Maar je hebt ook wel veel dingen vanuit je hoofd geschilderd.

Cl.B.: Ja, dat wel.

I.: Maar als je nu naar bijvoorbeeld de schilderij kijkt, die wij met de marmertechniek hebben gemaakt.

Cl.B.: Ja, dat is ook heel mooi geworden. En deze is ook. (Wijst naar een plaatje van de marmertechniek) en die ook (wijst naar de Encaustiek-beelden). Heb ik die gemaakt?

(Praten erover hoe de beelden zijn gemaakt, zodat mevr. zich beter kan herinneren)

Cl.B.: Oh, ja nu weet ik het weer. Dat is wel leuk inderdaad.

I.: Heb je zeker ook veel complimentjes voor gekregen, toch?

Cl.B.: Ja, Nathalia (een kleindochter) was er, die wou deze wel hebben. Heel mooi vond ze die schilderij.

I.: Hoe is dan om al die complimentjes te krijgen?

Cl.B.: Heel leuk. Ik wou altijd wel weer eens aan da gang. Nu ben ik weer aan de gang.

M.B.: Wij wouden dinsdag middag ook weer naar boven, en toen wou zij ook weer aan de gang. Maar ja, toen was het al halfvijf en dan gaan wij dat niet meer doen.

I.: Oh, dus zij wou vanuit zichzelf weer gaan schilderen?

M.B.: Ja, toen wou ze bezig.

I.: Dus je geniet wel van het schilderen?

Cl.B.: Ja, ik vind het schilderen prachtig. Maar zonder voorbeeld, uit het hoofd, dat lukt gewoon niet.

I.: Ik vind wel, dat u het juist heel goed hebt gedaan, ook als wij zonder voorbeeld hebben geschilderd, en meer vanuit het gevoel.

Cl.B.: Ja. Maar dan weet ik het niet. Dan wil ik altijd liever ... en dit en dat ...

I.: Ja, het was ook wel moeilijk. Maar dan op en andere manier, hè? Want bij de meeste technieken hat je weinig controle over de details.

Cl.B.: Ja, Precies. Dat is het ook. Je kunt het niet meer zo goed controleren.

I.: Hoe vindt je dat, om daar mee om te gaan?

Cl.B.: Ja. Nou, ja. Moeilijk. Ik vergeet ook altijd dingen, en ik heb ook de ziekte van mijn moeder geërfd... of nee... Was het van mijn vader?

I.: Ik denk je bedoelt de ziekte van Alzheimer, die had jouw vader ook. Van jouw moeder heb je diabetes geërfd.

Cl.B.: Oh, ja. Weet je, hoe wij aan dit huis zijn gekomen?

I.: Ja, dat verhaal

heb je al een keer verteld. Nu gaat het eventjes nog over het interview, vind je dat goed? Wij hadden het er net over, dat je soms niet zo veel controle hebt over de dingen in je dagelijks leven, en dat dat ook zo in de schilderijen was. Hoe ben je hiermee omgegaan in de sessies?

Cl.B.: Ja, eerst vond ik het moeilijk en wist ik niet hoe ik moest beginnen. Maar dan heb ik maar wat gedaan. En uiteindelijk lukt het toch wel. Er zijn wel een heleboel dingen, die ik wel nog kan.

I.: Hoe is dat, om dit zo te ervaren tijdens het schilderen?

Cl.B.: Ja het was leuk.

I.: Wat vindt je daarvan, als je daar nu naar kijkt?

Cl.B.: Het is leuk. Ik ben er wel trots op.

I.: Mooi, je was trots. Tijdens het schilderen was je ook altijd enthousiast bezig. Ik wou graag weten of dat gevoel bij is gebleven toen ik weg ging, of dat het daarna ook weer weg was?

M.B.: Ja, ze begint er wel vaak over. Ze zegt van 'Ja, ik heb er mooie dingen gemaakt.' En dan wil zij ook graag weer bezig.

I.: Kun je misschien proberen om te omschrijven waarom je het mooi vond en wat je precies daarvan mooi vond?

Cl.B.: Nou gewoon leuk om te doen en hartstikke fijn. Ik mocht altijd graag schilderen. Ik heb heel wat geschilderd. Maar dan kon het niet meer. Toen kreeg ik de kinderen, en dan heb ik athrose gekregen, nou ja dan kon ik het ook niet aan. Dan hat ik zo'n pijn. Dan denk je ook niet aan het schilderen. Maar nu is het weer wat beter en heb ik niet meer zo'n pijn. Nu kan het weer. Daar ben ik wel heel blij mee.

I.: Ja. Dat klopt. En toen heb je het een tijdje niet meer gedaan. En nu heb je een heel andere situatie. Want je hebt de ziekte, hè, de geheugenproblemen. En dan begin je nu weer. Hoe is dat voor jou?

Cl.B.: Ja, Prachtig. Ik vind het heerlijk.

M.B.: Ja, ze vindt het altijd heel mooi. En ik denk dat je nu ook een aanzet hebt gegeven, dat ze nu weer gaat beginnen met het schilderen.

I.: Ja? Denk je, dat je nu door gaat met het schilderen, ook als ik niet meer wekelijks langs kom?

Cl.B.: Ja, zeker.

M.B.: Ja, dat denk ik wel. Ik moet alleen de spullen klaarzetten en dan kan zij aan de gang.

[...]

I.: Hebben jullie nog iets toe te voegen?

M.B.: Ja, dat is wel een mooie manier voor mensen met de ziekte van Alzheimer. Het schilderen op die manier als jij dat doet kan positief werken. En ook om toch weer wat actief te worden. Je hebt nu toch tijd genoeg om bezig te zijn.

Cl.B.: Ja en ik vind ze allemaal heel leuk. Ik ga nu wel verder.

M.B.: Voor mij is het ook een stimulans. Dat jij even bezig was met haar en dat zij weer met het schilderen begint en weer een eigen hobby op kan pakken. Zo kan zij ook weer zelfstandig met iets bezig zijn en hoeft er niet iemand de hele tijd bij te zitten. En wat het nog is, zij ervaart het wel positief. Als zij zelf was begonnen aan het schilderen, na zo een lange tijd, en het lukt niet meer zo goed als vroeger, dat had misschien wat negatief gewerkt.

Cl.B.: Nee, dat was niet gelukt. Dan had ik er gelijk weer mee gestopt. Maar nu weet ik, je hoeft ook niet altijd iets na te schilderen. Je kunt ook je eigen creativiteit gebruiken.

[...]

Cl.B.: Nou, ik zal weer aan de gang.

M.B.: Ja vanaf nu ga je gewoon elke donderdag middag zelf schilderen. Want Johanna komt nu niet meer.

Cl.B.: ... Of iedere dag!

M.B.: Nou, dat is misschien ook wel een beetje veel.

Cl.B.: Maar, ja als ik wat doe, dan wil ik wel graag, nu even wat, morgen even wat. Dat hoeft dan niet de hele dag.

M.B.: Nee, maar dat kan ook. Dat is voor mij dan ook wel handig. Dan kun je als ik bijvoorbeeld even boodschappen doe ook wel bezig.

Cliënt C

Interview met dhr. R

I.: Dit interview gaat over beeldende therapie met toevalstechnieken. Dat is, wat wij de afgelopen weken hebben gedaan tijdens onze sessies. Het gaat er over, hoe jij dit hebt ervaren.

Dhr.: Voor mij is het een , dat ...

I.: Kun je daar een woord aan geven?

Dhr.: Ja. Dat kan natuurlijk. Wat heb ik aan het schilderen bij jou? Dat is een nadere kennismaking

eigenlijk.

I.: Dus het is eigenlijk voor jou contact maken voor jou?

Dhr.: Ja. Op een heel andere manier, dan dat je normaal contact maakt.

I.: In hoeverre heb jij het als anders ervaren dan normaal?

Dhr.: Nou, het is kennismaking op een heel... diepe manier.

I.: Je zegt het is contact maken, in dat geval met mij. Is het misschien om in contact met jezelf te komen? Ik zeg dat, omdat dit thema vaker naar boven kwam.

Dhr.: Ja, dat is inderdaad zo. Dat het inderdaad iets van onder de laag is. Van gevoelens, die dan voor mij op dat moment een plaats vinden.

I.: Ja, dat is heel mooi. U zegt dus, dat je door het schilderen jouw gevoelens beter een plaats kan geven, heb ik dat goed begrepen?

Dhr.: Ja.

I.: En hoe kan dat, denk je? Dat je in de sessies met mij en bij het schilderen beter bij jouw gevoelens komt, dan in andere momenten? Waar heeft dat mee te maken?

Dhr.: Ja, dat is.. dat is... Wat ik aan wil geven is dat ik het heel fijn vindt om met jou te schilderen, maar ook te praten. Het geeft rust. Vooral nu in al die drukte... hoe alles nu gaat.

I.: Jij zegt, dat je in de sessies meer tot rust kan komen, omdat je nu veel drukte hebt ervaren in verband met de verhuizing, klopt dat?

Dhr.: Ja.

I.: Nou, dat is toch heel fijn. Waar denk je heeft dat mee te maken? Dat je in onze sessies wel de rust kan vinden?

Dhr.: Dat schilderen helpt. Maar ook het contact met jou... en... Vertrouwen.

I.: Wat goed voor jou, dat je dat zo kunt ervaren. Dat is zeker voor jou op dat moment denk ik iets heel waardevols, dat je wel wat momenten hebt waarin je rust kan ervaren. En hierdoor kom je beter bij jezelf

Dhr.: Precies. Zie je dat ook zo?

I.: Ja , ik vind dat jij altijd na het schilderen, als wij het over jouw schilderij hebben, heel goed aan kan geven waar de schilderij over gaat. En dus ook wat je op dat moment bezig houdt. In de afgelopen tijd is dat dus vooral de drukte, die je waar hebt genomen over de verhuizing. Hoe helpen die sessies jou daar mee?

Dhr.: Ja. Twee dingen. De rust en de openheid.

I.: Wat bedoel je precies met de openheid?

Dhr.: De openheid van gevoelens. De gevoelens krijgen ruimte

I.: Mooi. Wat geeft dat jou?

Dhr.: Plezier. Het geeft absoluut plezier. Maar ook .. ik weet het woord niet... de openheid..

I.: Nou, dat is wel mooi.

Dhr.: En ik heb gedurfd.

I.: Ja, zeker. Het durven doen. Dat is ook een thema dat heel vaak in onze sessies naar voren is gekomen, hè ? Kun je dat proberen in eigen woorden nog wat nader te beschrijven?

Dhr.: Ja. Ik durfde weer. Je moet niet bang zijn voor verandering. Maar soms is het moeilijk... Als je... het onbekende... en eigenlijk heb je de behoefte om (*maakt een gebaar van zichzelf omsluiten*)

I.: .. dicht te klappen?

Dhr.: Ja. Maar dan moet je juist wel durven. Het is altijd de moeite waard.

I.: Als ik weg ga, blijft het gevoel er wel of gaat het weg?

Dhr.: Nee. Het blijft vrij lang zo hangen. Daar ben ik ook wel blij om. Want het is fijn om blij te zijn

I.: Ja. Ik vind het altijd ook zo mooi, hoe je je schilderijen iedere keer tentoonstelt in je woning. Dan kun je daar tussendoor ook naar kijken en even terug denken aan het positieve gevoel van de sessie. Doe je dat ook door de week?

Dhr.: Ja, dat doe ik vaak. En ik geef het ook aan Ans. Ik laat het ook zien.

I.: Krijg je dan ook complimenten? Als je het aan anderen laat zien?

Dhr.: Ja. Je krijgt inderdaad complimenten.

I.: Dat is toch een mooi gevoel, hè?

Dhr.: Ja. Precies.

I.: Ook in jouw situatie, om dingen te leren die je nog nooit hebt gedaan. Want je hebt nog nooit eerder geschilderd. En dat je dat nu nog kan leren en ontdekken voor jezelf. Dat is wel echt heel mooi.

Dhr.: Ja Precies. Daar ben ik ook een klein beetje trots. En ja.. wat ... wat moet ik er meer over zeggen? En.. daar wil ik het eigenlijk ook wel bij laten. Want het is ook niet zo makkelijk om ... gevoelens... om over gevoelens uit te drukken.

I.: Ja, dat snap ik. Dat kost ook veel energie.

Dhr.: Ja, dat kost mij energie. Hoe dan ook. Precies.

I.: Ja, dat kan mij wel voorstellen. Daarom vind ik het ook altijd heel goed van jou, als je zelf aangeeft dat je het erbij wil laten. Dat hebben wij altijd een heel duidelijke communicatie over .

Dhr.: Jawel. En,, ik.. Ik merk het nu ook alweer. Ik heb groeiende gevoelens. Dat is waardevol. Ik weet ook dat ik niet makkelijk ben

I.: Hoe bedoel je dat?

Dhr.: Wat zeg je?

I.: Hoe bedoel je dat, dat je vindt, dat je niet makkelijk bent?

Dhr.: Ik heb gewoon het gevoel, dat (...)

I.: Ja, maar daar ben ik ook voor hier. Om samen met jou te kijken naar hoe het gaat, en te kijken waar je rust van krijgt of waar er dingen zijn, die je wat positiever kunt bekijken

Dhr.: Maar dat is niet makkelijk

I.: Wat is niet makkelijk

Dhr.: Nou, dat zoeken naar positieve dingen

I.: Nee, dat is ook niet altijd makkelijk. Maar zou het kunnen dat het schilderen jou daarbij helpt?

Dhr.: Ja. Dat denk ik wel. Bij het schilderen is het wel makkelijk die gevoelens uit te drukken. Zo. (hij maakt een beweging alsof hij met een kwast op papier schildert). Maar daarover praten is moeilijk voor mij.

BIJLAGE 4: CODERING INTERVIEWS

Bron	Citaat	Open Codering	Axiaal Coderen
<i>diepte-interview client B</i>	M.B.: Nee, maar dat kan ook. Dat is voor mij dan ook wel handig. Dan kun je als ik bijvoorbeeld even boodschappen doe ook wel bezig.	autonomie; steun voor mantelzorger	steun voor mantelzorger
<i>diepte-interview client C</i>	Dhr.: Ja. Ik durfde weer. Je moet niet bang zijn voor verandering. Maar soms is het moeilijk... Als je... het onbekende... en eigenlijk heb je de behoefte om (maakt een gebaar van zichzelf omsluiten) I.: .. dicht te klappen? Dhr.: Ja. Maar dan moet je juist wel durven. Het is altijd de moeite waard.	bang voor verandering, het 'onbekende'; durven	durven
<i>diepte-interview client A</i>	M.(A) : Ja, en ook om op jouw vraag terug te komen. Wat blijft hangen wanneer jullie hier bezig zijn geweest. Dat is inderdaad, dat kan ik ook bevestigen, dat duurt langer dan de tijd dat jij hier bent. Dat blijft.	blijvend effect	effect buiten de sessies
<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Ja, het was leuk om te horen dat iedereen het mooi vindt.	complimenten ontvangen	trots
<i>diepte-interview client C</i>	Dhr.: Ja. Je krijgt inderdaad complimenten. Ik kijk vaak naar de schilderijen. En ik geef het ook aan Anne- Ik laat het ook zien.	complimenten ontvangen; laten zien	trots
<i>diepte-interview client C</i>	Dhr.: Ja. Dat kan natuurlijk. Wat heb ik aan het schilderen bij jou? Dat is een nadere kennismaking eigenlijk. I.: Dus het is eigenlijk voor jou contact maken voor jou? Dhr.: Ja. Op een heel andere manier, dan dat je normaal contact maakt, het is kennismaking op een heel... diepe manier.	contact maken op een andere laag	contact
<i>diepte-interview client B</i>	Cl.B.: Ja, eerst vond ik het moeilijk en wist ik niet hoe ik moest beginnen. Maar dan heb ik maar wat gedaan. En uiteindelijk lukt het toch wel. Er zijn wel een heleboel dingen, die ik wel nog kan.	durven; zelfvertrouwen	durven
<i>diepte-interview client B</i>	M.B.: Ja, ze begint er wel vaak over. Ze zegt van 'Ja, ik heb er mooie dingen gemaakt.' En dan wil zij ook graag weer bezig.	effect buiten de sessies	effect buiten de sessies
<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Ja, het was heel leuk. En ik hoop ook een beetje met, wat er nu is (de ziekte), dat ik er nog een beetje wat mee kan doen. Als ik dan zie dat ik er dan toch nog de kleine dingen kan. En dat ik ook weer wat met mijn fantasie kan doen.	geloven in eigen capaciteit; fantasie, de kleinen dinge	positief zelfbeeld
<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Ja, dat kan. Het was nieuw voor mij. Ik heb er wel van genoten.	genieten	plezier

<i>diepte-interview client C</i>	I.: Als ik weg ga, blijft het gevoel er wel og bij of gaat het weg? Dhr.: Nee. Het blijft vrij lang zo hangen. Daar ben ik ook wel blij om. Want het is fijn om blij te zijn	gevoel blijft hangen	effect buiten de sessies
<i>diepte-interview client C</i>	I.: Je zegt het is contact maken, in dat geval met mij. Is het misschien om in contact met jezelf te komen? Ik zeg dat, omdat dit thema vaker naar boven kwam. Dhr.: Ja, dat is inderdaad zo. Dat het inderdaad iets van onder de laag is. Van gevoelens, die dan voor mij op dat moment een plaats vinden.	gevoelens een plaats kunnen geven	emotioneel evenwicht
<i>diepte-interview client C</i>	Dhr.: Ja. Dat denk ik wel. Bij het schilderen is het wel makkelijk die gevoelens uit te drukken. Zo. (hij maakt een beweging alsof hij met een kwast op papier schildert). Maar daarover praten is moeilijk voor mij.	gevoelens uitdrukken, zelfexpressie	emotioneel evenwicht
<i>diepte-interview client A</i>	M.(A) : Ik vind het heel waardevol wat jij doet. Want, ja er vallen bepaalde dingen weg, maar een aantal dingen kun jij heel erg goed doen als je zo'n ziekte krijgt. Maar dat moet je dan eigenlijk ook juist nog meer waarderen. En het zou kunnen zijn, dat als ik me even verplaats, in haar gedachtegang, dat het zo is van... 'Ja, dat kan ik niet en dat kan ik niet' nee, maar daar zijn ook een hoop dingen, die zij wel goed kan.	zelfvertrouwen; kleine dingen waarderen	positief zelfbeeld
<i>diepte-interview client A</i>	I.: Wat geeft u dat? Uw fantasie kunnen gebruiken en mooie dingen creëren? Cl. A.: Het is mooi. Het is iets, dat kracht geeft. Ook als je het eerst niet weet, maar dan lukt het wel.	kracht; optimisme; succeservaring (zelfvertrouwen)	optimisme
<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Ja. Eerst was het moeilijk. Want, ja. Je wil wel, dat het mooi wordt. Maar dan moet je dat wel een beetje los laten. Het zijn niet meer de landschappen en stillevens van toen. Maar dat hoeft ook helemaal niet, want andere dingen zijn ook mooi. En het is iets van mij. Dat is leuk.	loslaten van (te hoge) verwachting; zelfexpressie	durven
<i>diepte-interview client B</i>	Cl.B.: Ja, ik vind het schilderen prachtig. Maar zonder voorbeeld, uit het hoofd, dat lukt gewoon niet. I.: Ik vind wel, dat u het juist heel goed hebt gedaan, ook als wij zonder voorbeeld hebben geschilderd, en meer vanuit het gevoel. Cl.B.: Ja. Maar dan weet ik het niet. Dan wil ik altijd liever ... en dit en dat ... I.: Ja, het was ook wel moeilijk. Maar dan op een andere manier, hè? Want bij de meeste technieken heb je weinig controle over de details. Cl.B.: Ja, Precies. Dat is het ook. Je kunt het niet meer zo goed controleren.	moeilijk om controle los te laten	durven

<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Ja. Het waren technieken die ik nog nooit heb gedaan. [...] En ja. Ik was ook een beetje bang. Misschien lukt het niet meer. Maar ik heb het toch geprobeerd en dat was wel heel leuk.	nieuwe technieken, angst om te falen, toch proberen	durven
<i>diepte-interview client B</i>	Cl.B.: Nou gewoon leuk om te doen en hartstikke fijn. Ik mocht altijd graag schilderen. Ik heb heel wat geschilderd. Maar dan kon het niet meer. Toen kreeg ik de kinderen, en dan heb ik athrose gekregen, nou ja dan kon ik het ook niet aan. Dan hat ik zo'n pijn. Dan denk je ook niet aan het schilderen. Maar nu is het weer wat beter en heb ik niet meer zo'n pijn. Nu kan het weer. Daar ben ik wel heel blij mee.	plezier	plezier
<i>diepte-interview client C</i>	Dhr.: Plezier. Het geeft absoluut plezier. Maar ook .. ik weet het woord niet... de openheid..	plezier	plezier
<i>diepte-interview client A</i>	M. A.: En ook altijd als Aukje dan hier komt, en gaat kijken hoe het gegaan is, ze vindt het mooi. En dat brengt toch absoluut plezier en vertrouwen daarin. Want dat was even weg. Want... ja, jij had heel veel gemaakt, en dat was mooi, en doordat jij hier zit en dat doet, komt dat weer, en er gebeurt weer wat.	plezier, vertrouwen; 'er gebeurt weer wat'	positief zelfbeeld
<i>diepte-interview client B</i>	M.B.: En wat het nog is, zij ervaart het wel positief. Als zij zelf was begonnen aan het schilderen, na zo een lange tijd, en het lukt niet meer zo goed als vroeger, dat had misschien wat negatief gewerkt. Cl.B.: Nee, dat was niet gelukt. Dan had ik er gelijk weer mee gestopt. Maar nu weet ik, je hoeft ook niet altijd iets na te schilderen. Je kunt ook je eigen creativiteit gebruiken.	positief effect van de toevalstechnieken	succeservaring
<i>diepte-interview client C</i>	Hoe helpen die sessies jou daar mee? Dhr.: Ja. Twee dingen. De rust en de openheid. I.: Wat bedoel je precies met de openheid? Dhr.: De openheid van gevoelens. De gevoelens krijgen ruimte	rust; gevoelens ruimte geven	emotioneel evenwicht
<i>diepte-interview client C</i>	Dhr.: Ja, dat is.. dat is... Wat ik aan wil geven is dat ik het heel fijn vindt om met jou te schilderen, maar ook te praten. Het geeft rust. Vooral nu in al die drukte... hoe alles nu gaat.	rustgevend	rust
<i>diepte-interview client B</i>	M.B.: Voor mij is het ook een stimulans. Dat jij even bezig was met haar en dat zij weer met het schilderen begint en weer een eigen hobby op kan pakken. Zo kan zij ook weer zelfstandig met iets bezig zijn en hoeft er niet iemand de hele tijd bij te zitten.	steun voor mantelzorger	steun voor mantelzorger

<i>diepte-interview client B</i>	I.: Wat vindt je daarvan, als je daar nu naar kijkt? Cl.B.: Het is leuk. Ik ben er wel trots op.	trots	trots
<i>diepte-interview client C</i>	I.: Ook in jouw situatie, om dingen te leren die je nog nooit hebt gedaan. Want je hebt nog nooit eerder geschilderd. En dat je dat nu nog kan leren en ontdekken voor jezelf. Dat is wel echt heel mooi. Dhr.: Ja Precies. Daar ben ik ook een klein beetje trots. En ja.. wat ... wat moet ik er meer over zeggen?	trots	trots
<i>diepte-interview client A</i>	En, en.. ook, ja hoe moet ik dat beschrijven? Ja, ik vond het gewoon mooi. Verrassend mooi soms.	verrassend mooi'	succeservaring
<i>diepte-interview client B</i>	M.B.: Ja, dat is wel een mooie manier voor mensen met de ziekte van Alzheimer. Het schilderen op die manier als jij dat doet kan positief werken. En ook om toch weer wat actief te worden. Je hebt nu toch tijd genoeg om bezig te zijn.	werkt positief; actief worden	in actie komen
<i>diepte-interview client B</i>	M.B.: Ja, ze vindt het altijd heel mooi. En ik denk dat je nu ook een aanzet hebt gegeven, dat ze nu weer gaat beginnen met het schilderen. I.: Ja? Denk je, dat je nu door gaat met het schilderen, ook als ik niet meer wekelijks langs kom? Cl.B.: Ja, zeker. M.B.: Ja, dat denk ik wel. Ik moet alleen de spullen klaarzetten en dan kan zij aan de gang.	zelf doorgaan met schilderen	in actie komen
<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Iedereen heeft zijn eigen kleurtje.	zelfexpressie; individualiteit	
<i>diepte-interview client A</i>	Cl. A.: Ja, zeker. Je wordt er .. eh.. ja het klinkt wel wat gek, maar ik kan weer wat. Hè, dat zit er een beetje bij.	zelfvertrouwen	positief zelfbeeld

BIJLAGE 5: QUALIDEM-VRAGENLIJST

QUALIDEM

Naam:

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat u de vragen beantwoordt over de afgelopen week. Geef op elke vraag een antwoord. Als u twijfelt tussen over de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij uw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens u de werkelijkheid het best benadert. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat bij u opkomt, is vaak het beste.

Nooit = Hoogstens eenmaal per week
 Zelden = Enkele keren per week
 Soms = Vaak = Vrijwel dagelijks

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak
1	Is vrolijk				
2	Maakt rusteloze bewegingen				
3	Heeft contact met anderen				
4	Wijst hulp af				
5	Heeft een tevreden uitstraling				
6	Maakt een angstige indruk				
7	Is boos				
8	Kan genieten van dingen in het dagelijks leven				
9	Wil niet eten				
10	Is goed gestemd				
11	Is verdrietig				
12	Reageert positief bij toenadering				
13	Geeft aan dat hij of zij zich verveelt				
14	Heeft conflicten met verzorgenden				
15	Geniet van de maaltijd				
16	Wordt afgewezen door anderen				
17	Beschuldigt anderen				
18	Zorgt voor anderen				
19	Is rusteloos				
20	Wijst contact met anderen openlijk af				
21	Heeft een glimlach om de mond				
22	Heeft een gespannen lichaamstaal				
23	Huilt				
24	Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt				
25	Sluit zich af van de omgeving				
26	Heeft bezigheden zonder hulp van anderen				
27	Geeft aan meer hulp te willen				
28	Geeft aan zich opgesloten te voelen				
		Nooit	Zelden	Soms	Vaak
29	Trekt vriendschappelijk op met één of meer andere mensen				
30	Wil graag (in bed) liggen				
31	Accepteert hulp				

32	Roept				
33	Heeft kritiek op de gang van zaken				
34	Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen				
35	Geeft aan niets te kunnen				
36	Voelt zich thuis				
37	Laat blijken zichzelf niets waard te vinden				
38	Helpt graag mee met karweitjes				
40	Stemming is positief te beïnvloeden				

BIJLAGE 6: QUALIDEM- RESULTATEN

	Client 1			Client 2	
	Voormeting	Tussenmeting	Nameting	Voormeting	Tussenmeting
Wijst hulp van anderen af	3	3	3	3	3
Is boos	3	3	3	2	2
Heeft conflicten met verzorgenden	3	3	3	2	3
Beschuldigt anderen	3	3	3	1	2
Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	3	3	3	2	2
Accepteert hulp	1	2	2	3	3
Heeft kritiek op de gang van zaken	3	3	3	3	2
Som:	19	20	20	16	19
Is vrolijk	2	2	3	2	2
Heeft een tevreden uitstraling	2	3	3	2	2
Kan genieten van dingen in het dagelijks leven	3	3	3	2	2
Is goed gestemd	3	3	3	3	3
Heeft een glimlach rond de mond	2	3	3	3	3
Stemming is positief te beïnvloeden	3	2	3	3	3
Som:	15	16	18	15	15
Maakt een angstige indruk	1	1	2	2	2
Is verdrietig	1	2	3	2	2
Huilt	3	3	3	3	3
Som:	5	6	8	7	7
Maakt rusteloze bewegingen	1	1	2	2	2
Is rusteloos	0	1	1	2	2
Heeft een gespannen lichaamstaal	1	1	1	2	2
Som:	2	3	4	6	6
Geeft aan meer hulp te willen	2	3	3	3	3
Geeft aan niets te kunnen	2	2	3	1	2
Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	2	3	3	2	3
Som:	6	8	9	6	8
Heeft contacten met anderen	2	2	2	3	3
Reageert positief bij toenadering	3	3	3	3	3
Zorgt voor anderen	2	2	2	3	3
Sluit zich af van de omgeving	3	3	3	3	3
Trekt vriendschappelijk op met anderen	2	2	2	2	2
Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	2	3	3	2	2
Som:	14	15	15	16	16
Wordt afgewezen door anderen	3	3	3	3	3

Wijst contact met anderen openlijk af	3	3	3	3	3
Roept	3	3	3	3	3
Som:	9	9	9	9	9
Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	2	2	2	3	3
Geeft aan zich opgesloten te voelen	3	3	3	3	3
Voelt zich thuis	3	3	3	3	3
Som:	8	8	8	9	9
Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	1	1	1	0	2
Helpt graag mee met karweitjes	3	3	3	3	3
Som:	4	4	4	3	5
Totaal:	82	89	95	87	92