

Beeldende Therapie in de Palliatieve Zorg



Een groot praktijkonderzoek naar de vraag welke bijdrage
Beeldende Therapie kan leveren in de Palliatieve Zorg.

Student:	Puk Broer
Consulent:	Jaap Driest
Beoordelaar:	Kees Buurman

Groot Praktijkonderzoek

Beeldende Therapie in de Palliatieve Zorg

Een groot praktijkonderzoek naar de vraag welke bijdrage
Beeldende Therapie kan leveren in de Palliatieve Zorg.

Student:	Puk Broer
Studentennummer:	1514523
Studie:	Creatieve Therapie Beeldend
Hogeschool:	Hogeschool Utrecht, Amersfoort
Consulent:	Jaap Driest
Beoordelaar:	Kees Buurman
Datum van Inleveren:	26 mei 2011

'n Beetje

*Sterven doe je niet ineens,
maar af en toe een beetje.
En alle beetjes die je sterft,
't is vreemd, maar die vergeet je.*

*Het is je dikwijls zelfs ontgaan,
je zegt ik ben wat moe,
maar op een keer dan ben je
aan je laatste eindje toe.*

Toon Hermans



Voorwoord

Het thema van dit onderzoek is beeldende therapie in combinatie met de palliatieve zorg. De palliatieve zorg is een doelgroep die ernstig onderbelicht is binnen de beeldende therapie. Vanuit mijn interesse met doelgroepen te werken waar volgens mij te weinig voor gedaan wordt, ben ik mij hierin gaan verdiepen. In het derde jaar, toen ik op zoek was naar mijn therapiestage, kwam ik erachter dat er (bijna) geen beeldend therapeuten werkzaam zijn binnen de palliatieve zorg. Ik vroeg mij af waarom dit niet het geval is en besloot om over dit onderwerp mijn onderzoek te schrijven.

In het voorwoord wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken een aantal mensen te bedanken. Allereerst gaat mijn dank uit naar Virgine Hartmann, die in 2010 een scriptie heeft geschreven over dit onderwerp. Door haar adviezen over literatuur en haar aanbevelingen kon ik mijn weg in de vakliteratuur en de palliatieve zorg beter vinden. Hierna wil ik graag bedanken Corrie Muis, beeldend therapeut in een psycho-oncologisch centrum, en Marianne Buitelaar, kunstzinnig therapeut die werkzaam was in een verpleeghuis. Hen heb ik geïnterviewd voor dit onderzoek en dat heeft me veel motivatie en hulp geboden tijdens het onderzoek. Ik wil graag Alie van 't Ende, verpleegkundig consulent palliatieve zorg, en Rinze Duyff, medisch maatschappelijk werker, bedanken voor hun tijd en inzet. Door hen heb ik de kant van de professionals die werkzaam zijn in de palliatieve zorg kunnen belichten. Ook gaat mijn dank uit naar Pieter-Jan André, medeoprichter van de accentroute 'Therapeutische Zorg' binnen de opleiding creatieve therapie aan de Hogeschool van Utrecht. Door dit interview heb ik een goede visie gekregen op een mogelijke manier van handelen en denken die past bij de palliatieve zorg.

Jaap Driest, mijn consulent, wil ik graag bedanken voor de begeleiding. Wanneer ik vastliep, planden we een afspraak en zorgde hij ervoor dat mijn enthousiasme weer aangewakkerd werd en ik verder kon met mijn onderzoek. Mijn familie, vrienden en studiegenoten die de tijd namen om met mij mee te denken. Mijn steun en toeverlaat, Ike Haasjes, die altijd tijd voor mij heeft gemaakt tijdens het onderzoek en een groot aandeel heeft gehad in mijn proces. Tineke en Jan Broer, mijn zus en mijn vader, die mij hebben geholpen om de punten aan elkaar te knopen en een duidelijk verslag te schrijven. Bedankt voor jullie tijd, feedback en het nalezen van mijn onderzoek. Als laatste wil ik mijn vriend Yuri Visscher bedanken, die mij heeft gesteund in het proces van het schrijven van mijn onderzoek en voor het zijn van mijn persoonlijke vertaalmachine. Ik vond het fijn te merken dat ik op jullie steun kon rekenen. Zonder jullie was het mij niet gelukt mijn onderzoek met dit resultaat af te ronden.

Het doen van onderzoek was voor mij een lang proces. Ik ben met enthousiasme begonnen, heb enkele keren mijn hoofd gestoten, maar wanneer het lukte kon ik genieten van het schrijven en de ontdekkingen die ik onderweg deed.

Puk Broer,

Zwolle, 28 april 2010

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
Samenvatting	7
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
Paragraaf 1.1 Probleemstelling	9
Paragraaf 1.2 Hoofdvraag	10
Paragraaf 1.3 Deelvragen	10
Paragraaf 1.4 Outline	10
Paragraaf 1.5 Vooronderzoek	11
Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden	14
Paragraaf 2.1 Dataverzameling techniek	14
Paragraaf 2.2 Context	14
Hoofdstuk 3 Literatuur	15
Paragraaf 3.1 Literatuur in Nederland	15
Paragraaf 3.2 Literatuur in het buitenland	16
Paragraaf 3.3 Conclusie	18
Hoofdstuk 4 Beeldend Therapeuten	19
Paragraaf 4.1 Corrie Muis	19
Paragraaf 4.2 Marianne Buitelaar	20
Paragraaf 4.3 Conclusie	20
Hoofdstuk 5 Instellingen	21
Paragraaf 5.1 Hospice	21
Paragraaf 5.2 Palliatief consultteam ziekenhuis	22
Paragraaf 5.3 Verpleeghuis	22
Paragraaf 5.4 Conclusie	22
Hoofdstuk 6 De cliënten	24
Paragraaf 6.1 Fysieke gesteldheid van de cliënten	24
Paragraaf 6.2 Behoeften van de cliënten	24
Paragraaf 6.3 Diagram	26
Paragraaf 6.4 Conclusie	26
Hoofdstuk 7 Het medium	27
Paragraaf 7.1 Behoeften van de cliënt	27
Paragraaf 7.2 Diagram	28
Paragraaf 7.3 Conclusie	29

Hoofdstuk 8	Therapeutische manier van handelen	30
Paragraaf 8.1	Creatief Therapeutische Werkwijze	30
Paragraaf 8.2	Beeldende groeps- of individuele therapie	31
Paragraaf 8.3	Therapeutische Zorg	31
Paragraaf 8.4	Houding	32
Paragraaf 8.5	Werkvormen	33
Paragraaf 8.6	Diagram	34
Paragraaf 8.7	Conclusie	35
Hoofdstuk 9	Conclusie	37
Hoofdstuk 10	Discussie en aanbevelingen	38
Paragraaf 10.1	Discussie	38
Paragraaf 10.2	Aanbevelingen	39
Bronnenlijst		41
Bijlagen		42
Bijlage 1:	Interview Corrie Muis	43
Bijlage 2:	Interview Marianne Buitelaar	47
Bijlage 3:	Interview Consultteam Palliatieve Zorg	50
Bijlage 4:	Interview Pieter-Jan André	52
Bijlage 5:	De Laatste Parel	54
Bijlage 6:	Urenverantwoording	56

Samenvatting

‘Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven van patiënten en naasten verbetert op het moment dat zij worden geconfronteerd met problemen die voortkomen uit een levensbedreigende ziekte. Palliatieve zorg voorziet in het voorkomen en het verlichten van lijden door het vroegtijdig herkennen, het op de juiste wijze inschatten en behandelen van pijn en andere lichamelijke, psychosociale en/of spirituele problemen. Palliatieve terminale zorg is de zorg voor patiënten met een korte levensverwachting.’

De hoofdvraag die in dit onderzoek is gesteld is: ‘Welke bijdrage kan de beeldende therapie leveren aan de palliatieve zorg?’.

In de Nederlandse literatuur is over dit onderwerp, met uitzondering van twee scripties, weinig geschreven. Dit komt voort uit het feit dat er, ten tijde van dit onderzoek, bijna geen beeldend therapeuten werkzaam zijn binnen de palliatieve zorg in Nederland. In Groot Brittannië wordt deze manier van werken al sinds 1940 ingezet. Hier wordt ook meer over geschreven in de literatuur.

Het palliatief consultteam van het ziekenhuis ziet de kwaliteit van beeldende therapie in. Er wordt gedacht dat deze een goede bijdrage kan leveren aan de zorg voor cliënten in de laatste levensfase.

Hoewel cliënten die gebruik maken van palliatieve zorg vaak een fysieke beperking hebben, is het wel mogelijk om beeldende therapie aan te bieden. Het is belangrijk om de mogelijkheden samen met de cliënt te ontdekken en de opdrachten hierop af te stemmen. Een manier van werken die hierbij kan aansluiten is het receptief werken, waarbij de cliënt geen actieve rol heeft in het maken van een werkstuk.

De behoeften van de cliënt zijn gericht op het ervaren van controle, het ontdekken en uiten van gevoel en het tastbaar maken van wat er in hen omgaat. Beeldend werken biedt hiervoor het proces, expressiviteit en het werkstuk. De cliënt en het medium worden verbonden door de therapeut. De therapeut heeft een houding waarbij de cliënt centraal staat (client-led), hij of zij biedt een veilige ruimte en een passende werkvorm aan, die aansluiten bij de behoeften van de cliënt. Het leggen van deze verbindingen laat zien dat beeldende therapie een goede bijdrage kan leveren aan cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg.

Vervolgonderzoek kan worden gedaan naar de ervaringsdeskundigen, de cliënten zelf. Dit zal een extra dimensie geven aan het onderzoek dat tot nu toe gedaan is naar beeldende therapie in de palliatieve zorg. Vanuit de cliënt kan gekeken worden wat het effect is van deze manier van behandelen.

Summary

‘Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their relatives the moment they are confronted with the problems that come with a live threatening disease. Palliative care provides prevention and easing of the suffering by timely recognizing, correctly judging and treating the pain and other physical, psycho-social and/or spiritual problems. Palliative terminal care is the care for patient with a short life expectancy.’

The main question in this research is: ‘What can art therapy contribute to the palliative care?’.

With the exception of two theses, there is very little Dutch literature concerning art therapy in palliative care. This is because of the fact that there are, at the time of this research, only a few art therapists working in the palliative care in the Netherlands. In the United Kingdom, art therapy in palliative care is much more common and has been used since the 1940s. Because of this, there is much more literature about this subject in the United Kingdom.

The palliative consult team in a hospital does see the quality in art therapy. They think that clients in need of palliative care could benefit from it.

Although clients in need of palliative care often have physical restraints, it is still possible to offer them art therapy. It is important to explore the possibilities with the client and to adjust the image-making to their ability. One of the methods that can match the client's needs is receptive working, in which the client does not have an active role in image-making.

The needs of clients in palliative care are getting a sense of control, discover and express feelings and making their experience tangible. Image-making offers the client the process, expressiveness and the image or artifact. The client and image-making will be connected through the therapist. The therapist's attitude is client-led, the therapist provides a contained environment and offers the client a work form that fits the client's needs. Through this connection it shows that art therapy can contribute to clients in need of palliative care.

Further research can be done, by looking at the clients themselves. This will add an extra dimension to the research that has already been done so far concerning art therapy in palliative care. By looking from the client's perspective, the results of this kind of treatment can be seen.

Hoofdstuk 1

Inleiding

In dit hoofdstuk zal beschreven worden waar dit onderzoek zich op richt. In de probleemstelling wordt beschreven waar het probleem ligt en waar onderzoek naar gedaan wordt. Uit de probleemstelling komt een hoofdvraag naar voren die is onderverdeeld in zes deelvragen. De outline van het onderzoek wordt beschreven in paragraaf 1.4. Daarna wordt het vooronderzoek beschreven.

Paragraaf 1.1

Probleemstelling

Binnen de beeldende therapie zijn nog veel doelgroepen onderbelicht. Er is op het moment van dit onderzoek weinig bekend over beeldende therapie aan de stervende mens. Kijkend naar de praktijk wordt duidelijk waarom: in dit werkveld zijn (bijna) geen beeldend therapeuten werkzaam.

Over palliatieve zorg (Palliatieve zorg, 2011a) wordt beschreven dat palliatieve zorg op uiteenlopende locaties wordt verleend. Een voorbeeld hiervan is een hospice, een instelling met een huiselijke sfeer die zich in palliatieve zorg heeft gespecialiseerd. Een hospice kan op verschillende manieren georganiseerd zijn, bijvoorbeeld als een bijna-thuis huis, waarin op elk moment van de dag vrijwilligers aanwezig zijn, of een high-care hospice, waar altijd medisch personeel aanwezig is. Palliatieve zorg kan ook in een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of thuis worden aangeboden. Palliatieve zorg wordt gesubsidieerd door de overheid. De subsidie is bedoeld als tegemoetkoming in de kosten voor coördinatie, opleiding en inzet van vrijwilligers (Overheid, 2011a). Nederland heeft op dit moment te maken met vergrijzing. Deze term wordt gebruikt om aan te geven dat het aandeel van ouderen in de bevolking stijgt in vergelijking met het aandeel van jongeren en werkenden. Dit houdt in dat er in de komende jaren meer gebruik gemaakt zal worden van instellingen die zorg verlenen aan cliënten in de laatste levensfase.

Daarnaast is er een maatschappelijke ontwikkeling gaande, die zich richt op therapeutische zorg binnen de palliatieve zorg. Het idee is om dit als accentroute in te voeren binnen de vier opleidingen in het instituut Social Work aan de Hogeschool van Utrecht. Deze accentroute is niet gericht op het repareren, maar op het accepteren van een situatie. In dit onderzoek zal gekeken worden of deze accentroute aan zou kunnen sluiten bij de wensen van de cliënt die te maken heeft met de palliatieve zorg.

In Groot Brittannië is beeldende therapie binnen de palliatieve zorg een bekend fenomeen. Het wordt veel ingezet bij stervensbegeleiding. Literatuur die het gebruik van beeldende therapie in de palliatieve zorg onderschrijven, groeit in Groot Brittannië sinds 1980. Het onderwerp is inmiddels breed beschreven.

Het volgende citaat komt uit het boek 'Art therapy in Palliative Care' uit 1998, pagina 48: *'Art therapy has a very useful role, especially in hospice and palliative care, in helping patients and relatives to make contact with and make sense of their deepest feelings, especially at points of crisis. It offers a very helpful method of providing emotional and spiritual support to*

patients and relatives and could usefully be extended to supporting staff working with the sick and dying. ' Hier wordt beschreven dat beeldende therapie een bruikbare rol heeft in hospices en palliatieve zorg.

Samenvattend leidt dit tot de hoofdvraag van dit onderzoek. Deze is beschreven in de volgende paragraaf.

Paragraaf 1.2 Hoofdvraag

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt:

Welke bijdrage kan de beeldende therapie leveren aan de palliatieve zorg?

Paragraaf 1.3 Deelvragen

- 1 Wat is er momenteel bekend in de literatuur over de bijdrage van beeldende therapie aan cliënten in de palliatieve zorg?
- 2 Wat zijn de bevindingen van beeldend therapeuten die binnen de palliatieve zorg werkzaam zijn of waren, met betrekking tot de behoefte van deze doelgroep aan beeldende therapie?
- 3 Wat zijn de bevindingen van de verschillende instellingen die zorg verlenen aan de stervende mens, met betrekking tot de behoefte van deze doelgroep aan beeldende therapie?
- 4 Wat zijn de behoeften van cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg?
- 5 Wat kan het medium 'beeldend' bieden aan cliënten die gebruik maken van de palliatieve zorg?
- 6 Welke manier van werken als beeldend therapeut past bij de palliatieve zorg?

Paragraaf 1.4 Outline

In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte methoden en technieken voor dit onderzoek. In de hoofdstukken 3 tot en met 8 worden de deelvragen beantwoord. De hoofdvraag wordt beantwoord in hoofdstuk 9. Hoofdstuk 10 bevat de discussie en de aanbevelingen die voortkomen uit dit onderzoek.

Palliatieve zorg

Er zijn verschillende definities te vinden over palliatieve zorg. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de definitie over palliatieve zorg van de World Health Organisation (2011). Deze organisatie richt zich op gezondheidszorg in de Verenigde Naties. Door het internationale karakter van deze organisatie, is de definitie van de gezondheidszorg en het welzijnswerk hetzelfde in de verschillende landen. De World Health Organisation schrijft over palliatieve zorg: *‘Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven van patiënten en naasten verbetert op het moment dat zij worden geconfronteerd met problemen die voortkomen uit een levensbedreigende ziekte. Palliatieve zorg voorziet in het voorkomen en het verlichten van lijden door het vroegtijdig herkennen, het op de juiste wijze inschatten en behandelen van pijn en andere lichamelijke, psychosociale en/of spirituele problemen. Palliatieve terminale zorg is de zorg voor patiënten met een korte levensverwachting.’*

De World Health Organisation (2011) noemt hierbij nog verschillende punten waaraan palliatieve zorg voldoet. *‘Palliatieve zorg:*

- *Bevestigt het leven en beschouwt het sterven als een normaal proces.*
- *Heeft niet de intentie om het sterven te verhaasten, noch om het uit te stellen.*
- *Voorziet in verlichting van pijn en andere belastende symptomen.*
- *Biedt ondersteuning om patiënten te helpen zo actief mogelijk te leven tot aan het sterven.*
- *Biedt ondersteuning aan familie en naasten bij het omgaan met de situatie gedurende het sterfbed en in de periode van rouw na het overlijden.*
- *Maakt gebruik van een multidisciplinair team om aan de behoeften van de patiënt en diens naasten tegemoet te komen.*
- *Plaast de kwaliteit van het leven op de voorgrond en kan een positieve invloed hebben op het verloop van de ziekte.*
- *Is in een vroegtijdig stadium van de ziekte toe te passen, in combinatie met andere therapieën die bedoeld zijn om het leven te verlengen, zoals chemotherapie of radiotherapie en sluit de onderzoeken in die nodig zijn om belastende klinische complicaties beter te kunnen begrijpen en te beheersen.’*

Palliatieve zorg wordt in Nederland op verschillende plekken aangeboden. Dit is bijvoorbeeld in een thuissituatie, in het ziekenhuis, in een verpleeghuis, een verzorgingstehuis of in een hospice (Palliatieve Zorg, 2011a)

Volgens de website over palliatieve zorg (2011a), wil meer dan driekwart van de Nederlanders het liefst thuis sterven. Voor dertig procent van de Nederlanders wordt de wens om thuis te sterven realiteit. De overige 70 procent overlijdt in een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of in een hospice/bijna-thuis-huis. Het gebeurt dus vaak dat patiënten niet sterven op de locatie van hun keuze.

Als het gaat om sterven in een thuissituatie kan er sprake zijn van een betaalde coördinator. Deze coördinator regelt de soorten zorg die geleverd gaan worden en is een tussenpersoon voor zowel de zorgverlener als de zorgontvanger. Op het moment dat een persoon ervoor kiest

thuis te sterven en dit ook mogelijk is, dan krijgt deze persoon een instellingssubsidie. Deze subsidie verschilt in hoogte van het bedrag wanneer men een betaalde coördinator heeft. De subsidie is bedoeld om de zorg die nodig is in te kopen (Overheid, 2011b).

Daarnaast sterven er ook veel mensen in een instelling. Een ziekenhuis beschikt vaak over een afdeling voor palliatieve zorg. De zorg richt zich op de kwaliteit van het leven. In het ziekenhuis zijn er verpleegkundigen werkzaam die zich specialiseren in de zorg voor de laatste levensfase (Palliatieve Zorg, 2011b)

Ook het verpleeghuis is een locatie waar veel mensen hun laatste levensfase doorbrengen. Hier worden patiënten verpleegd die niet langer voor een medische behandeling opgenomen zijn in een ziekenhuis. Een verpleeghuis is bedoeld voor zware medische behandelingen en intensieve zorg. Patiënten verblijven hier vaak langer. Wanneer patiënten ongeneeslijk ziek blijken, wordt de zorg vaak tot het einde door dezelfde hulpverleners van het verpleeghuis gegeven (Palliatieve Zorg, 2011c).

Een verzorgingshuis biedt zorg en huisvesting als een patiënt door ouderdom of ziekte niet meer zelfstandig kan wonen. Wanneer een patiënt ongeneeslijk ziek is, wordt de zorg voortgezet door dezelfde hulpverleners van het verzorgingshuis (Palliatieve Zorg, 2011d)

In Nederland worden twee soorten hospices onderscheiden: de low-care hospice en de high-care hospice. In een low-care hospice, ook wel een bijna-thuis-huis genoemd, zijn voornamelijk vrijwilligers werkzaam. De verpleegkundige zorg probeert zoveel mogelijk een 'thuisituatie' na te bootsen. Dit wordt ook vaak door de thuiszorg gedaan. In een high-care hospice wordt de verpleegkundige zorg verleend door eigen verpleegkundigen en verzorgenden. De meeste high-care hospices hebben bovendien een arts in dienst (Palliatieve Zorg, 2011e).

Beeldende Therapie

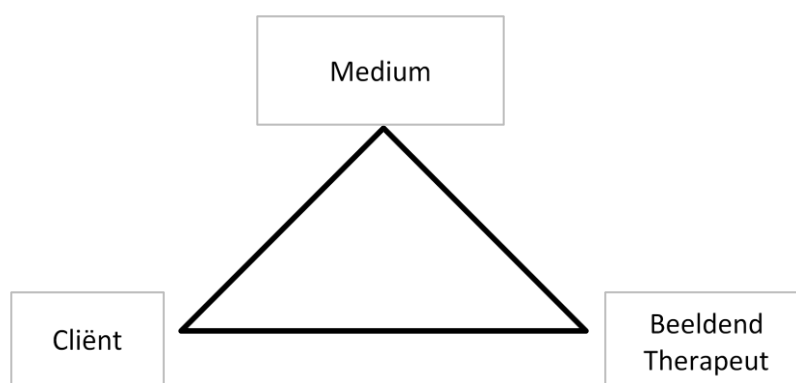
Schweizer (2009, p.29) schrijft dat beeldende therapie een vorm van behandeling is waarbij de ervaring van mensen ten behoeve van ontwikkelingsprocessen centraal staat. De beeldend therapeut hanteert het proces van beeldend vormen en de werkstukken die hieruit ontstaan, als middel om de therapeutische relatie vorm te geven. Binnen een organisatie wordt beeldende therapie in combinatie met andere behandel- en begeleidingsvormen aangeboden, die gericht zijn op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied om een wenselijke verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te krijgen.

De beeldend therapeut maakt gebruik van de creatief therapeutische werkwijzen die zijn beschreven door Smeijsters. Deze werkwijzen zijn gericht op de verschillende doelen die gesteld worden binnen de beeldende therapie. De werkwijze wordt afgesteld op de cliënt en de behandelcontext waarin de beeldend therapeut zich bevindt. Een van de creatief therapeutische werkwijzen die Smeijsters (2003, p.55) beschrijft is de Palliatieve Creatieve Therapie. Deze therapeutische werkwijze biedt ondersteuning bij het leren omgaan met problemen, met als doel het verzachten van fysieke pijn en psychische problematiek.

Schweizer (2009, p.225) vergelijkt de werkwijzen van Smeijsters met de Trimbos-indeling. De *'Palliatieve Creatieve Therapie'* die Smeijsters noemt, wordt naast de methode *'Pragmatisch Structurerend'* gezet. Deze pragmatisch structurerende werkwijze die Trimbos beschrijft is erop gericht het evenwicht te herstellen en het beperken van invaliderende gevolgen van een stoornis of beperking. Op pragmatische wijze wordt rekening gehouden met de mogelijkheden van de cliënt. In dit onderzoek wordt ingegaan op de *'Palliatieve Creatieve Therapie'*, omdat deze zich specifiek richt op de creatieve therapie.

Binnen de beeldende therapie wordt gebruikt van werkvormen. Deze werkvormen sluiten aan bij de behoeften van de cliënt en kunnen receptief of actief zijn. Bij een actieve werkvorm creëert de cliënt het werkstuk zelf. Tijdens dit onderzoek is er geen duidelijke betekenis gevonden wat receptief werken precies inhoudt. Wanneer in dit onderzoek wordt gesproken over receptieve beeldende therapie, dan beschrijft dit het proces hoe een beeldend werkstuk tot stand is gekomen. Receptief werken houdt in dat de cliënt geen lichamelijke actie hoeft te ondernemen om tot een beeldend werkstuk te komen.

De creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1) is een schema waarin de verschillende communicatielijnen zijn weergegeven. Schweizer (2009, p.196) schrijft dat in de beeldende therapie de activiteit wordt ingezet als interventie. Dit houdt in dat niet alleen de therapeut sturend is, maar ook bijvoorbeeld het materiaal en het onderwerp. In dit onderzoek is gekeken naar de drie aspecten binnen deze creatief therapeutische driehoek. De vierde deelvraag richt zich op de cliënt die te maken heeft met de palliatieve zorg. Hierbij wordt gekeken naar zijn of haar behoeften en mogelijkheden. In de vijfde deelvraag wordt ingegaan op hoe het medium kan aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt. Als laatste wordt in de zesde deelvraag ingegaan op de houding en manier van handelen van de therapeut. Zo is er gekeken hoe de beeldende therapie precies kan aansluiten bij de cliënt. In paragraaf 8.6 wordt hier verder op ingegaan.



Figuur 1: De creatieftherapeutische driehoek.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk zal beschreven worden welke bronnen van dataverzameling zijn gebruikt voor het schrijven van dit onderzoek. Hierna wordt de context van het onderzoek nader toegelicht.

Paragraaf 2.1 Dataverzameling techniek

De techniek voor dataverzameling die is gebruikt tijdens het werken aan het onderzoek is triangulatie. Wester (1995) beschrijft dat triangulatie inhoudt dat het onderzoeksveld op verschillende manieren wordt benaderd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuur, zowel Nederlands- als Engelstalig. Hier wordt gekeken wat er bekend is over de bijdrage van beeldende therapie in de palliatieve zorg. Er hebben twee interviews plaatsgevonden met beeldend therapeuten. Deze zijn of waren beide werkzaam binnen de palliatieve zorg. Door middel van deze interviews is gekeken wat de behoeften zijn van cliënten in de laatste levensfase, met betrekking tot de beeldende therapie. Daarnaast is er een interview geweest met een verpleegkundige en een maatschappelijk werker die werkzaam zijn binnen de palliatieve zorg. Via deze manier wordt gekeken wat de mogelijkheden zijn om beeldende therapie toe te voegen aan het aanbod voor cliënten in de palliatieve zorg. Als laatste heeft er een interview plaatsgevonden met de medeoprichter van een nieuwe accentroute op de Hogeschool van Utrecht, namelijk 'Therapeutische Zorg'. Er wordt gekeken of deze accentroute aan kan sluiten bij de manier van werken in de palliatieve zorg.

Door de combinatie van bronnen wordt de validiteit van de gegevens verhoogd, omdat gecontroleerd kan worden of een bevinding ondersteund wordt door andere waarnemingen en gegevens.

Paragraaf 2.2 Context

Voor dit onderzoek is contact gezocht met diverse instellingen voor de verschillende deelvragen in dit onderzoek. Deze instellingen bevinden zich in een straal van 100 kilometer van de onderzoeker. De interviews zijn op locatie gehouden. De onderzoeker beschikt over een laptop en heeft deze gebruikt tijdens de interviews. Na de interviews heeft zij deze uitgewerkt en heeft bij de respondent gecontroleerd of het interview goed is uitgewerkt. Waar nodig heeft de onderzoeker dit interview aangepast. De interviews die zijn gehouden waren allen halfgestructureerde interviews. Bij dit type interview is er wel sprake van een topiclijst, maar er is alle ruimte voor de eigen inbreng van de respondent (Verhoeven, 2006, p.104). De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van de aanwezige vakliteratuur in de mediatheek aan de Hogeschool van Utrecht in Amersfoort.

Hoofdstuk 3 Literatuur

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de eerste deelvraag die in dit onderzoek is gesteld. Deze deelvraag luidt:

“Wat is er momenteel bekend in de literatuur over de bijdrage van beeldende therapie aan cliënten in de palliatieve zorg?”

In de verschillende paragrafen zal ingegaan worden op de literatuur die gevonden is over dit onderwerp. Eerst zal gekeken worden naar de literatuur uit Nederland. Daarna zal worden beschreven wat er in de buitenlandse literatuur gevonden is met betrekking tot de aanwezigheid van beeldende therapie in de palliatieve zorg en wat de gevaren en de mogelijke uitkomsten zijn.

Paragraaf 3.1 Literatuur in Nederland

Er is nog weinig Nederlandse literatuur over beeldende therapie binnen de palliatieve zorg. Zoals eerder beschreven, bespreekt het ‘Handboek Creatieve Therapie’ door Smeijsters (2003, p.56) een therapeutische werkwijze genaamd ‘*Palliatieve Creatieve Therapie*’. Deze werkwijze biedt ondersteuning bij het leren omgaan met problemen, met als doel het verzachten van fysieke pijn en psychische problematiek.

Daarnaast gaan twee eerder geschreven scripties in op creatieve therapie bij stervensbegeleiding. In de scriptie van Hartmann (2010) staat de volgende vraagstelling centraal: “Hoe kan beeldende therapie een stervende mens helpen om in de laatste fase van zijn leven afscheid te kunnen nemen van het leven?”. De uitkomst van haar onderzoek is dat er uit de literatuur en in de praktijk wel mogelijkheden zijn voor en behoefte is aan beeldende therapie. De meerwaarde van beeldende therapie wordt hier erkend. In het onderzoek is gebleken dat beeldende therapie geen onderdeel uitmaakt van de betrokken hospices. ‘*Men blijkt niet bekend te zijn met deze vorm van behandelen.*’ (Hartmann, 2010, p.6).

Van der Linden (2007, p.50) gaat in haar scriptie uit van de vraag: “Welke begeleidingswijze kan een creatief therapeut bieden aan iemand die in de laatste fase is van zijn stervensproces?”. De conclusie van haar onderzoek is dat de creatief therapeut kan helpen bij het rouwproces van de cliënt. De cliënt krijgt, door middel van de beeldende therapie, de mogelijkheid om zijn wensen en verlangens in vervulling te laten gaan in de laatste fase. Hierbij speelt het zich kunnen ontspannen en genieten een grote rol.

Internationaal, met name in Groot Brittannië, is beduidend meer geschreven over beeldende therapie in de palliatieve zorg. Hier zijn verschillende boeken en artikelen te vinden over dit onderwerp.

Oorsprong en aanwezigheid

Volgens Doyle (2005, p.1063) stamt de beeldende therapie in de palliatieve zorg in Groot Brittannië uit 1940, toen de beeldende therapie een onderdeel van het aanbod werd in de sanatoria waar cliënten met tuberculose werden behandeld. Daarna heeft de beeldende therapie zich snel gevestigd in de psychiatrie. De interesse voor beeldende therapie voor mensen met een levensbedreigende ziekte is gegroeid. 6% van alle beeldend therapeuten in Groot Brittannië, is werkzaam in de palliatieve zorg. Beeldende therapie wordt in veel landen aangeboden aan cliënten met een levensbedreigende ziekte. Om de uitkomsten van de beeldende therapie in de palliatieve zorg duidelijk in beeld te brengen, is het belangrijk om hier verder onderzoek naar te doen.

Ook Hartley (2008) beschrijft dat beeldende therapie sinds 1940 wordt ingezet in de gezondheidszorg in Groot Brittannië. Er wordt beschreven dat er niet op veel plekken beeldende therapie in de palliatieve zorg aangeboden. In Groot Brittannië heeft een hospice als opvatting dat er 'geleefd' moet worden met 'doodgaan'. Beeldende therapie kan hier een bijdrage aan leveren. Soms is het moeilijk om kwesties waar cliënten mee worstelen goed in woorden te vangen. Door het zichtbaar maken van de gevoelens in een werkstuk, worden ze ook bespreekbaar. *'There is an assumption that in some way creating art or images is good for us.'* (Hartley, 2008, p.128)

Doyle (2005, p.1067) schrijft dat er steeds meer uitgegaan wordt van de meerwaarde van beeldende therapie, voor zowel de cliënten als zijn omgeving, maar ook in het behandelende team. Beeldend materiaal biedt de cliënt de mogelijkheid om thema's waar hij of zij mee worstelt in beeld te brengen. Beeldend materiaal is geen vaststaand gegeven, maar is flexibel. De beeldend therapeut zorgt voor een veiligheid en ondersteuning. Deze combinatie biedt de cliënt de mogelijkheid om in een veilige situatie met lastige thema's aan de gang te gaan.

Behoeften van cliënten

Beeldende therapie kan aan verschillende behoeften van cliënten tegemoet komen. Zo bespreekt Doyle (2005, p.1063) de behoefte aan controle bij cliënten die te maken hebben met een levensbedreigende ziekte. Juist door de ziekte zijn cliënten vaak de controle over hun leven kwijt. Dit gegeven is een niet te voorkomen consequentie van een levensbedreigende ziekte. Beeldende therapie is één methode waarmee cliënten meer controle kunnen ervaren en krijgen. Binnen de beeldende therapie is lichamelijkheid belangrijk; de cliënt moet actief omgaan met de materialen om een werkstuk te maken. Dit gegeven stelt de cliënt beter in staat om eigen keuzes te maken en dus om het gevoel te krijgen wel controle te hebben.

Een andere behoefte van cliënten is het uiten van gevoelens. Hartley (2008, p.129) schrijft dat een cliënt met een levensbedreigende ziekte veel beproevingen tegenkomt. Cliënten die te

maken hebben met palliatieve zorg, uiten vaak sterke en complexe emoties over de ziekte, behandeling en sterfelijkheid. Beeldende therapie kan een bijdrage leveren aan het uiten van gevoelens en aan het communiceren hiervan. Verschillende emoties en gevoelens kunnen in het werkstuk weergegeven worden. Hierna kan er van alles met dit werkstuk gebeuren. Het kan achter gelaten worden bij de therapeut, verscheurd of verbrand worden, het kan nagelaten worden voor de familie en soms kiest een cliënt ervoor om het werkstuk te laten zien tijdens de begrafenis of crematie.

Gevaren

In de literatuur is een kort stukje gevonden over de gevaren van beeldende therapie in de palliatieve zorg. Doyle (2005, p.1066) schrijft dat medewerkers hun bezorgdheid hebben geuit over de beeldende therapie. Zij denken dat het uiten van gevoelens door middel van beeldend materiaal een stroom van emoties loslaat, die de cliënt en zijn naasten zal overweldigen. Het kan voorkomen dat cliënten overweldigd worden door de gevoelens die zij tegenkomen. Binnen de beeldende therapie biedt de therapeut de cliënt een veilige situatie om met gevoelens aan de slag te gaan. Dit biedt voor de cliënten een houvast in het uiten van deze gevoelens. Dit vermindert de kans voor de cliënt om overweldigd te raken door emoties, hoewel deze kans nog wel aanwezig blijft. De stroom van emoties kan ook gezien worden als een proces wat de cliënt door zal maken in deze laatste levensfase.

Uitkomsten en mogelijkheden

Doyle (2005, p.1066) heeft een lijst opgesteld met de (mogelijke) uitkomsten van de beeldende therapie binnen de palliatieve zorg. Naar aanleiding van de beeldende therapie krijgen cliënten een creatievere houding ten opzichte van de omstandigheden waarin zij verkeren. Beeldende therapie biedt de cliënt een gevoel van controle. Communicatie met de naasten worden verbeterd en de cliënt kan zich beter uiten. De cliënt krijgt door middel van de beeldende therapie inzicht in zijn eigen gedrag. Problemen met het zelfbeeld komen aan bod en cliënten krijgen een positiever zelfbeeld. Cliënten worden zich bewust van de emoties die ze hebben en ze zijn beter in staat om zingevingvragen te stellen. Cliënten kunnen op een positievere manier omgaan met problemen. Ze hebben minder psychische pijn. De kwaliteit van het leven word door middel van de beeldende therapie verhoogd.

Bijdrage van beeldende therapie

Naar de bijdrage van beeldende therapie is eerder onderzoek gedaan, met name in Groot Brittannië. Zo schrijft Doyle (2005, p.1066) dat beeldende therapie een positieve bijdrage kan leveren aan de psychische gesteldheid van de cliënten. In sommige gevallen is beeldende therapie effectiever gebleken dan andere interventies, zoals psychotherapie. Er wordt beschreven dat er bewijs is dat zelfs een enkele beeldend therapeutische sessie waarde kan hebben voor cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg.

Ook beschrijft Doyle (2005, p.1063) dat een belangrijk aspect van de beeldende therapie is dat het de mogelijkheid biedt om emoties te uiten die voor de cliënt misschien als onacceptabel voelen. Cliënten in de laatste levensfasen kunnen te maken hebben met

onderdrukte gevoelens, zoals angst en jaloezie. Ook worstelt een groot deel van deze cliënten met de angst om hun naasten overstuur te maken. Beeldende therapie biedt de mogelijkheid om te slaan in de klei, met verf te gooien of te krassen op papier. Dit geeft de cliënt toestemming om deze sterke gevoelens te uiten in het bijzijn van de therapeut die de veiligheid van de situatie bewaart.

Hartley (2008, p.134) schrijft dat mensen zich afvragen wat het doel is van beeldende therapie in de palliatieve zorg en wat de therapeut hoopt te bereiken. *‘I think that the release and witnessing of difficult emotions often provides comfort to clients. Art therapy is used to decrease pain and in some cases can help the inevitable ending.’*

Paragraaf 3.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de eerste deelvraag:

“Wat is er momenteel bekend in de literatuur over de bijdrage van beeldende therapie aan cliënten in de palliatieve zorg?”

In Nederland is er weinig literatuur over beeldende therapie in de palliatieve zorg. Het lijkt erop dat beeldende therapie niet tot nauwelijks wordt ingezet binnen de palliatieve zorg in Nederland. Dit zou kunnen verklaren waarom er weinig Nederlandse literatuur is met betrekking tot dit onderwerp.

In Groot Brittannië wordt beeldende therapie in de gezondheidszorg sinds 1940 ingezet. Er wordt steeds meer uitgegaan van de meerwaarde die beeldende therapie heeft in het werken met cliënten in de palliatieve zorg. Dit komt door de flexibiliteit van beeldende therapie om verschillende thema's in beeld te brengen. Behoeften van de cliënt die beschreven worden zijn het hebben van controle, het uiten van gevoelens en iets tastbaars maken. Het mogelijke gevaar van de beeldende therapie in de palliatieve zorg is dat het beeldend werken een stroom van emoties bij de cliënt losmaakt die hem kan overweldigen. Beeldende therapie biedt houvast, waardoor de kans hierop vermindert. Ook kan de stroom aan emoties gezien worden als een proces dat past bij de laatste levensfase. Mogelijke uitkomsten van de beeldende therapie zijn onder andere meer gevoel van controle en betere communicatie. Beeldende therapie biedt de mogelijkheid om gevoelens te uiten. Er wordt beschreven dat beeldende therapie zeer waardevol is en dat zelfs een enkele sessie al waarde kan hebben voor cliënten in deze doelgroep.

Hoofdstuk 4 Beeldend therapeuten

In dit hoofdstuk zal naar een antwoord worden gezocht op de tweede deelvraag. Deze luidt:

“Wat zijn de bevindingen van beeldend therapeuten die binnen de palliatieve zorg werkzaam zijn of waren, met betrekking tot de behoefte van deze doelgroep aan beeldende therapie?”

Binnen dit onderzoek heeft een interview plaatsgevonden met een beeldend therapeut en met een kunstzinnig therapeut die werkzaam zijn of waren binnen de palliatieve zorg. In het vooronderzoek is ingegaan op de beeldende therapie. Beeldende therapie en kunstzinnige therapie komen op veel vlakken overeen. Beide werken met beeldende materialen (Wikipedia, 2011). Het verschil is dat kunstzinnige therapie gebaseerd is op de antroposofische leer. Naast de aandacht voor het verwerkingsproces neemt bij deze vorm van therapie het stimuleren van de gezondmakende krachten in de mens een belangrijke plaats in. Dit gebeurt vanuit een holistische opvatting (Schweizer, 2009, p.468).

Het volledige interview met Corrie Muis is te lezen in bijlage 1. In bijlage 2 is het interview met Marianne Buitelaar te vinden.

Paragraaf 4.1 Corrie Muis

Corrie Muis is een beeldend therapeut en is werkzaam bij het Behouden Huys, een psycho-oncologisch centrum in Haren. Dit centrum biedt zorg aan mensen met kanker in verschillende stadia van het ziekteproces. Corrie heeft te maken gehad met verschillende cliënten die wisten dat zij gingen sterven. Corrie vertelt dat de indicaties voor beeldende therapie kunnen zijn dat de cliënt zijn ziekte slecht kan bevatten en moeilijk in contact kan komen met zijn gevoel. Wanneer een cliënt erg rationeel is of wanneer een cliënt moeilijk kan verwoorden wat hij of zij voelt, kan de beeldende therapie goed aansluiten.

Het grotere doel is het acceptatie van ziekte en sterfelijkheid. Beeldende therapie kan hieraan een bijdrage leveren doordat de therapievorm belangrijke kwesties in het leven in beeld brengt en het daarmee concreet maakt. Dit proces kan ervoor zorgen dat mensen zich kunnen uiten en zich in hun gevoelens erkend voelen waardoor ze zich rustiger voelen. Het worden gezien in de pijn en in het verdriet is voor cliënten met een levensbedreigende ziekte belangrijk. Daarnaast is het belangrijk voor deze doelgroep om zelf iets te kunnen doen met datgene wat hen overkomt en om daar actief mee aan de slag te gaan.

Corrie vertelt dat ze als therapeut zoekt naar een manier van werken waar mensen zich mee kunnen verbinden. Ze vertelt dat het werkstuk erg belangrijk is en dat het van belang is het verhaal te zien dat het werkstuk vertelt.

Uit haar ervaring vertelt Corrie: *“Ik ben erg enthousiast over de beeldende therapie bij deze instelling. Ik zie echt de meerwaarde van het beeldend bezig zijn met deze doelgroep. Hierin zie ik vooral dat het handelen belangrijk is, zelf invloed hebben, eigen beeldend werk maken,*

het creëren. Ik merk dat dit helend werkt voor mensen. Ook is het voor deze doelgroep erg belangrijk om zichzelf neer te kunnen zetten en hierin bevestigd te worden.”

Paragraaf 4.2 Marianne Buitelaar

Marianne Buitelaar is een kunstzinnig therapeut. Zij is werkzaam geweest in het verpleeghuis Sonnevandijk te Harderwijk. Zij heeft hier cliënten door middel van de kunstzinnige therapie begeleid in het stervensproces. Marianne vertelt uit haar ervaring dat cliënten een luisterend oor nodig hebben. Ook hebben ze diepe ontspanning nodig. Deze ontspanning kunnen de cliënten voelen tijdens het werken in het medium. Marianne heeft gemerkt in het werken met de stervende mens, dat je ‘de dood’ als thema moet benoemen. Dit thema moet bespreekbaar worden, ook binnen deze vorm van therapie. In het werken met deze doelgroep heeft Marianne veel te maken gekregen met de naasten van de cliënt. Wat zij hier bijzonder aan vond was dat ze een intermediair was tussen de persoon die zou overlijden en de naasten van deze persoon.

Marianne vertelt uit haar ervaring: *“Ik ben ervan overtuigd dat deze therapie veel te bieden heeft aan de doelgroep. Je moet je wel kunnen inleven, en soms zelf de handelingen uitvoeren. Ik heb het ervaren als bijzonder waardevol. Het had effect voor alle cliënten en dit was te zien bij de cliënt, de verzorgers en de naasten.”*

Paragraaf 4.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de tweede deelvraag:

“Wat zijn de bevindingen van beeldend therapeuten die binnen de palliatieve zorg werkzaam zijn of waren, met betrekking tot de behoefte van deze doelgroep aan beeldende therapie?”

Uit de interviews met de beeldend therapeuten blijkt dat zij de waarde inzien van de beeldende therapie. Specifiek voor beeldende therapie is dat de situatie in kaart gebracht kan worden. Hierin kan het gevoel bij de cliënt ontstaan dat hij gezien en bevestigd wordt. Cliënten in de palliatieve zorg vinden het prettig om zelf controle te hebben. De beeldende therapie biedt deze mogelijkheid in het maken van een werkstuk. Cliënten hebben behoefte aan een diepe ontspanning en kunnen deze voelen tijdens het werken in het medium. De therapeut moet soms zelf de handeling uitvoeren, bijvoorbeeld het werkstuk maken op basis van aanwijzingen van de cliënt. Het effect van de beeldende therapie bij de cliënten in de palliatieve zorg werd gezien bij de cliënt zelf, maar ook bij de verzorgers en naasten.

Hoofdstuk 5 Instellingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de derde deelvraag. Deze deelvraag is:

“Wat zijn de bevindingen van de verschillende instellingen die zorg verlenen aan de stervende mens, met betrekking tot de behoefte van deze doelgroep aan beeldende therapie?”

Tijdens dit onderzoek is contact gezocht met drie locaties waarbinnen palliatieve zorg wordt aangeboden, namelijk een hospice, een ziekenhuis en een verpleeghuis. In dit hoofdstuk wordt per locatie beschreven wat de bevindingen zijn met betrekking tot de mogelijkheid van en de behoefte aan beeldende therapie binnen deze instellingen.

Paragraaf 5.1 Hospice

Tijdens dit onderzoek is contact geweest met 22 hospices. Dit waren zowel low-care hospices als high-care hospices. Geen van deze instellingen wilden meewerken aan dit onderzoek. Bij navraag van de redenen, bleken deze zeer divers. De antwoorden die betrekking hadden op het resultaat van dit onderzoek, worden hieronder genoemd. De namen van de hospices worden hier vanwege privacyredenen niet genoemd.

Binnen 12 van de hospices was de subsidie niet toereikend om een beeldend therapeut aan te nemen in vaste dienst. De subsidie wordt berekend door de overheid. De instelling koopt van deze subsidie zorg in die nodig is voor de patiënten. In low-care hospices wordt voornamelijk gewerkt door vrijwilligers en daar is weinig subsidie. In high-care hospices is er meer subsidie, maar deze wordt voornamelijk besteed aan medische zorg, aangezien dit voorop staat bij de behoeften van de patiënt.

Bij 9 van de benaderde hospices was de ligduur te kort. Met ligduur wordt bedoeld de periode van binnenkomst van de patiënt tot het moment van overlijden. De gemiddelde ligduur in deze hospices was 18 dagen.

In 7 van de hospices waren patiënten fysiek niet meer in staat om mee te werken aan actieve werkvormen binnen de beeldende therapie. De patiënten in deze hospices liggen de hele dag in bed en worden geholpen bij de behoeften, zoals naar het toilet gaan en eten.

Eén van de hospices in kwestie was te klein. Deze beschikt over twee bedden. De bedden waren op het moment van het contact niet bezet. Doordat deze hospice zo kleinschalig is, was het volgens de coördinator niet mogelijk om hier beeldende therapie aan te bieden binnen het behandelaanbod.

Binnen één hospices wilden patiënten vooral de laatste tijd besteden aan familie. Patiënten zouden volgens de coördinator geen behoefte hebben aan beeldende therapie.

Paragraaf 5.2 Palliatief consultteam ziekenhuis

In dit onderzoek heeft een interview plaatsgevonden met verpleegkundig consulent Alie van het Ende en maatschappelijk werker Rinze Duyff die werkzaam zijn binnen het palliatief consultteam van de Isala klinieken, het ziekenhuis te Zwolle. De volledige versie van dit interview is te lezen in bijlage 3. De patiënten die te maken hebben met de palliatieve zorg worden opgezocht op de afdeling waar ze verblijven.

Alie vertelt dat ze het belangrijk vindt dat er gekeken wordt naar de wensen van de patiënt en waar deze zich prettig bij voelt. Zelf heeft ze nog niet nagedacht over beeldende therapie en in gesprekken met patiënten brengt zij dit daarom ook niet ter sprake. Terugkijkend zou volgens haar wel een aantal patiënten baat kunnen hebben gehad bij de beeldende therapie.

Rinze ziet de kracht in van beeldende therapie bij deze doelgroep. Hij vraagt zich wel af of het ziekenhuis hier de beste plek voor is. Patiënten die net te horen hebben gekregen dat ze ongeneeslijk ziek zijn, komen in een staat van overleven. Na het overleven komt pas het verwerken van het slechte nieuws. Voor overleven heeft de patiënt al zijn energie nodig. Wanneer een patiënt bezig is met overleven ziet Rinze de kracht in van afleiding, bijvoorbeeld door middel van activiteitenbegeleiding.

Rinze vertelt dat in het ziekenhuis alles medisch benaderd wordt. Tegenwoordig wordt er steeds meer bezuinigd op bijvoorbeeld creativiteit en therapieën. Volgens de visie van het ziekenhuis moet een therapie kort en zakelijk zijn. Beeldende therapie kan lastig kort en zakelijk gehouden worden, wat een ziekenhuis verwacht. Daardoor zou de beeldende therapie niet zozeer geschikt zijn om aan te bieden binnen een ziekenhuis. De cliënt die te maken heeft met de palliatieve zorg heeft juist behoefte aan tijd en aandacht binnen een therapiecontact. Beeldende therapie zou daarom goed aansluiten bij de behoefte van de patiënt.

Paragraaf 5.3 Verpleeghuis

Tijdens dit onderzoek is contact geweest met een verpleegtehuis. Hoewel de contactpersoon in eerste instantie enthousiast reageerde, werden de drie afspraken die gepland waren, allen afgezegd wegens tijdgebrek. Hierdoor is besloten geen nieuwe afspraak te plannen.

Paragraaf 5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de derde deelvraag:

“Wat zijn de bevindingen van de verschillende instellingen die zorg verlenen aan de stervende mens, met betrekking tot de behoefte van deze doelgroep aan beeldende therapie?”

Uit het interview met het palliatief consultteam blijkt dat deze vooral handelen naar de wensen van de cliënt. Doordat er bij de medewerkers weinig kennis is over de beeldende therapie, bieden zij dit ook niet aan aan de patiënten. Wanneer uitgelegd wordt wat de

beeldende therapie inhoudt, wordt de waarde van de beeldende therapie ingezien. De vraag komt naar boven of het ziekenhuis de geschikte locatie is voor de beeldende therapie aan de cliënten in de palliatieve zorg. Het ziekenhuis bezuinigt op therapieën en creativiteit en wil graag dat de therapieën kort en zakelijk gehouden worden. De cliënt heeft behoefte aan tijd en aandacht, wat de beeldende therapie juist goed kan bieden.

Hoofdstuk 6 De cliënten

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de vierde deelvraag. Deze deelvraag luidt:

“Wat zijn de behoeften van cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg?”

Vanuit de creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1) is een van de aspecten in de beeldende therapie de cliënt. In dit hoofdstuk zal de fysieke mogelijkheid van cliënten om mee te doen aan de beeldende therapie aan bod komen. Ook zal er bekeken worden welke behoefte er bij deze cliënten bestaat.

Paragraaf 6.1 Fysieke gesteldheid van de cliënten

In de literatuur wordt beschreven dat het belangrijk is rekening te houden met de fysieke gesteldheid van de cliënten. Hartley (2008, p.131) beschrijft dat er soms gewerkt wordt aan het bed van de cliënt. Deze wordt bezocht met een kar met beeldende materialen. Hoewel de beeldend therapeut er vanuit gaat de cliënt voor 50 minuten te zien, het therapeutische uur, lukt dit niet altijd. Soms zijn cliënten te ziek om 50 minuten vol te maken en dan duurt de sessie korter. De therapeut laat de behoeften en mogelijkheden van de cliënten leidend zijn in zowel tijd als inhoud.

Tijdens het onderzoek is contact gezocht met verschillende hospices. Een van de redenen dat deze niet wilden meewerken is, omdat patiënten fysiek niet in staat zijn om mee te doen aan actieve werkvormen binnen de beeldende therapie. De cliënten die hier kwamen, lagen vaak de hele dag op bed.

In het interview met het palliatief consultteam van het ziekenhuis vertelde Alie van 't Ende (bijlage 3) dat de verpleegkundig consulent de afdeling bezoekt waar de patiënten verblijven.

Marianne Buitelaar (bijlage 2) was werkzaam als kunstzinnig therapeut in een verpleegtehuis en werkte hier met stervende mensen. Zij vertelde dat ze als therapeut de helpende hand is, soms ook letterlijk, wanneer een cliënt fysieke beperkingen had. Een therapeut moet soms zelf de handelingen uitvoeren, bijvoorbeeld het creëren van een werkstuk. Het is belangrijk om per cliënt te kijken of het beeldend werken mogelijk is.

Hoewel er met deze doelgroep bij cliënten vaak sprake is van een fysieke beperking, is het wel mogelijk om beeldende therapie aan te bieden. Het is belangrijk om de mogelijkheden samen met de cliënt te ontdekken en de opdrachten hierop af te stemmen.

Paragraaf 6.2 Behoeften van de cliënt

In dit onderzoek zijn drie behoeften van de cliënten duidelijk naar voren gekomen, namelijk het ervaren van een gevoel van controle, het ontdekken en uiten van gevoelens en iets tastbaars maken. In deze paragraaf zullen deze behoeften beschreven worden.

Controle

Dat cliënten de behoefte hebben aan een gevoel van controle is iets wat tijdens dit onderzoek meerdere malen is teruggekomen. Hartley (2008, p.131) beschrijft dat het doel om controle te hebben vaak sterk aanwezig is. Doordat cliënten een lang traject doormaken met medische behandelingen, hebben ze vaak sterk het gevoel geen controle te hebben over de ziekte, de behandeling, de voortgang en het leven in het algemeen. Ook hebben sommige cliënten te maken met fysieke beperkingen, waardoor ze geen controle meer hebben over hun lichaam. Dit alles draagt bij aan een gevoel van machteloosheid bij de cliënt.

Corrie Muis (bijlage 1) sluit hierop aan in het interview. In het werken als beeldend therapeut in een psycho-oncologisch centrum begeleidt zij soms een cliënt in een stervensproces. Zij vertelt dat het voor cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg belangrijk is om zelf iets te kunnen doen met datgene wat hen overkomt.

Gevoelens

Ook het ontdekken en het uiten van gevoelens is een belangrijke behoefte die veel cliënten in de laatste levensfase hebben. Over gevoelens die in de laatste levensfase optreden is veel geschreven. Zo heeft Kübler-Ross (2005, p.4) de vijf stadia van verlies of rouw beschreven. Deze omvatten: ontkenning (denial), protest of boosheid (anger), onderhandelen en vechten (bargaining), depressie (depression), en acceptatie (acceptance). Het kan zijn dat mensen alle stadia doormaken voor zij overlijden, maar het kan ook zijn dat ze hiervan twee of drie fases doormaken voordat ze doodgaan. In elk geval blijkt dat er veel heftige gevoelens loskomen in deze laatste levensfase.

Corrie Muis vertelt dan ook dat hulpvragen van cliënten die te maken hebben met een levensbedreigende ziekte vaak gericht zijn op het gevoel. Voorbeelden hiervan zijn 'Ik kan niet bij mijn gevoel komen', 'Er is veel gebeurd, ik kan geen kant op' en 'Ik blijf in mijn hoofd steken'.

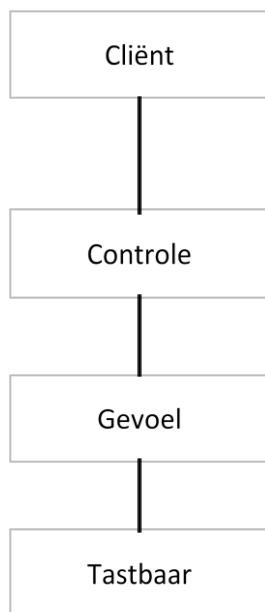
Tastbaar

Wanneer een cliënt een werkstuk maakt, voor zichzelf of in beeldende therapie, maakt hij iets tastbaars: er ontstaat iets. Hartley (2005, p.132) beschrijft dat cliënten zelf kiezen wat ze met dit werkstuk willen doen. Het is belangrijk om dit na elke sessie te bespreken. Sommige cliënten willen het werk houden en anderen geven het werk aan familie. Eén cliënt wilde graag dat haar werk op haar begrafenis te zien was.

Door het maken van een werkstuk, maakt een cliënt iets zichtbaar, er ontstaat iets. Corrie Muis vertelt hierover dat dit voor cliënten in de laatste levensfase bevestigend werkt. Cliënten worden gezien in hun pijn en gevoelens en dit is voor hen erg belangrijk.

Paragraaf 6.3 Diagram

In figuur 2 zijn de behoeften van de cliënt onder elkaar gezet.



Figuur 2: De behoeften van de cliënt

Paragraaf 6.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de vierde deelvraag:

“Wat zijn de behoeften van cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg?”

In dit hoofdstuk is gekeken naar een van de aspecten van de creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1). In deze deelvraag is er gekeken wat de behoeften zijn van de cliënt die te maken heeft met palliatieve zorg.. Hoewel er binnen de beeldende therapie gelet moet worden op de fysieke gesteldheid van de cliënt, is het wel mogelijk beeldend te werken met deze cliënten. De belangrijkste behoeften van cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg zijn het ervaren van een gevoel van controle, gevoelens ontdekken en uiten en iets tastbaars maken.

Hoofdstuk 7 Het medium

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de vierde deelvraag:

“Wat kan het medium ‘beeldend’ bieden aan cliënten die gebruik maken van de palliatieve zorg?”

Vanuit de creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1) is een van de aspecten in de beeldende therapie het medium. Er zal gekeken worden wat het medium kan doen met betrekking tot de behoeften van de cliënt.

Paragraaf 7.1 Behoeften van de cliënt

In paragraaf 6.2 is te lezen wat de behoeften zijn van de cliënt die te maken heeft met de palliatieve zorg. Deze richten zich op het hebben van controle, gevoelens ontdekken en uiten en het tastbaar maken van gevoelens of gedachten. In deze paragraaf zal gekeken worden hoe het medium beeldend vormen kan aansluiten bij deze behoeften van de cliënt.

Controle

In paragraaf 6.2 kwam naar voren dat cliënten die te maken krijgen met palliatieve zorg een grote behoefte hebben aan controle. Cliënten die gebruik maken van palliatieve zorg hebben geen controle over het leven of de ziekte waarmee ze worstelen.

Beeldende therapie kan het gevoel van controle van cliënten vergroten (Doyle, 2005, p.1066). Met name de actieve houding binnen de beeldende therapie draagt bij aan dit effect. De cliënt moet actief omgaan met de materialen om een werkstuk te maken. Dit gegeven stelt de cliënt in staat om eigen keuzes te maken. Hetzelfde wordt door Hartley (2005, p.133) beschreven. Cliënten controleren de materialen die ze gebruiken, ze mogen beslissen hoe diep ze willen gaan in het maken van een werkstuk en soms hebben ze controle over de lengte van de sessie. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om controle terug te krijgen door een actieve deelname aan de beeldende therapie.

Gevoelens

Hulpvragen die zich richten op het uiten van gevoelens komen vaak voor bij cliënten die te maken hebben met de palliatieve zorg. Hulpvragen die voorkomen bij deze cliënten zijn: ‘Ik kan niet bij mijn gevoel komen’ en ‘Er is veel gebeurd, ik kan geen kant op’. Beeldende therapie biedt manieren om deze gevoelens zichtbaar, bespreekbaar en hanteerbaar te maken. Corrie Muis (bijlage 1) vertelt dat beeldende therapie ervoor kan zorgen dat mensen zich kunnen uiten, zich in hun gevoelens erkend voelen en zich na afloop rustiger voelen.

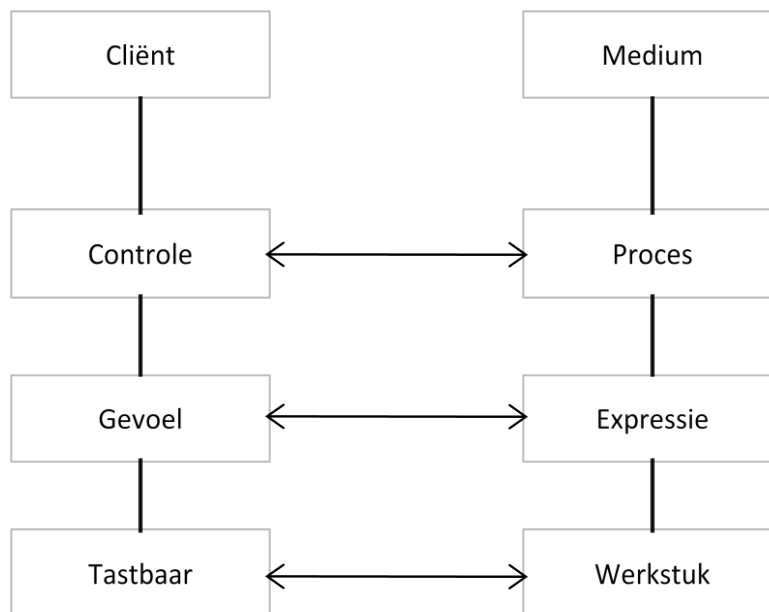
Ditzelfde proces wordt beschreven door Hartley (2005, p.134). Cliënten die te maken hebben met emotionele pijn, zijn gevoeliger voor fysieke pijn. Doordat binnen de beeldende therapie de mogelijkheid geboden wordt om gevoelens te uiten in een werkstuk, kan de cliënt deze gevoelens achter laten in de therapie.

Tastbaar

Cliënten die te maken hebben met palliatieve zorg, willen graag iets tastbaars maken. Een specifiek kenmerk van de beeldende therapie, is het ontstaan van een werkstuk. Cliënten kunnen het werkstuk meenemen, schenken aan familie, verscheuren of achterlaten. Door het maken van een werkstuk, wordt zichtbaar waar de cliënt mee bezig is. Voor cliënten kan dit een bevestiging zijn en kunnen ze hierin gezien worden. Daarnaast biedt het werkstuk een veilige plek om eigen gevoelens te uiten en het over problemen te hebben. Corrie Muis (bijlage 1) vertelt dat beeldend werken een goed medium is om kwesties in het leven in beeld te brengen en ze daarmee concreet te maken. Vervolgens kunnen cliënten naar het resultaat kijken waardoor meer afstand ontstaat of kan ontstaan.

Paragraaf 7.2 Diagram

In het volgende diagram (figuur 3) is te zien dat de behoeften van de cliënt aansluiten op dat wat het medium kan bieden.



Figuur 3: Behoeften van de cliënt en de mogelijkheden van de beeldende therapie om hierbij aan te sluiten.

Paragraaf 7.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar deelvraag 5:

“Wat kan het medium ‘beeldend’ bieden aan cliënten die gebruik maken van de palliatieve zorg?”

Zowel de fysieke gesteldheid als de behoeften van cliënten zijn in deelvraag 5 naar voren gekomen. Hier is gekeken hoe het beeldend werken aan kan sluiten bij de behoeften van de cliënt. Om aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt met betrekking tot controle hebben, gevoelens ontdekken en uiten en iets tastbaars maken, biedt het beeldend werken het proces, de expressie en het werkstuk. Deze drie vormen van het beeldend werken sluiten aan bij de behoeften van de cliënt.

Hoofdstuk 8 Therapeutische manier van handelen

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de vijfde deelvraag. Deze luidt:

“Welke manier van werken als beeldend therapeut past bij de palliatieve zorg?”

Vanuit de creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1) is een van de aspecten in de beeldende therapie de beeldend therapeut. In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de therapeutische manier van werken. Er zal gekeken worden welke werkwijzen er zijn en hoe deze passen bij de behoeften van de cliënt. Ook zal de houding van de therapeut aan bod komen.

Paragraaf 8.1 Creatief Therapeutische Werkwijze

Wanneer er gekeken wordt naar de creatief therapeutische werkwijzen die Smeijsters (2003, p.56) heeft beschreven in ‘Handboek Creatieve Therapie’, past de werkwijze *Palliatieve Creatieve Therapie* bij de palliatieve zorg. Deze therapeutische werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Als belangrijkste doelstelling heeft de Palliatieve Creatieve Therapie het verzachten van fysieke pijn en psychische problematiek.

‘De doelstellingen zijn onder meer gericht op:

- Het verminderen van psychosomatische klachten;*
- Het verminderen van chronische pijn;*
- Het verwerken van een verlies van een persoon;*
- Het verwerken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworven handicap;*
- Het afscheid kunnen nemen van het leven.’*

De werkvormen die ingezet worden binnen deze therapeutische werkwijze kunnen zowel receptief als actief zijn. Hoewel de werkwijze groepsgericht toegepast kan worden, is een individuele aanpak gebruikelijk.

In de werkwijze Palliatieve Creatieve Therapie schrijft Smeijsters (2003, p.56) dat een van de belangrijkste doelstellingen is om fysieke pijn en psychische problematiek te verzachten. In het interview met Corrie Muis (bijlage 1) komt dit gegeven ook terug. Zij vertelt dat het grotere doel voornamelijk is het accepteren van ziekte en sterfelijkheid.

In de volgende paragraaf komt het groepsgerichte of individuele werken naar voren en wordt gekeken of dit in de praktijk overeenkomt met de therapeutische werkwijze Palliatieve Creatieve Therapie.

Paragraaf 8.2 Beeldende groeps- of individuele therapie

Tijdens dit onderzoek is er contact geweest met twee therapeuten die werkzaam waren met cliënten in de palliatieve zorg. Een van de interviews was met Corrie Muis (zie bijlage 1). Zij is beeldend therapeut en werkzaam in een psycho-oncologisch centrum. Zij biedt beeldende therapie aan cliënten in verschillende stadia van het kankerproces. Zij geeft beeldende groepstherapie. Zij vertelt dat de groepen uit ongeveer acht cliënten bestaat. Het zijn open groepen, wat inhoudt dat nieuwe cliënten kunnen instromen als mensen de groep verlaten. Toch wordt er wel zoveel mogelijk geprobeerd een stabiele groep te creëren. Als groep wordt gekeken naar het beeldend werk en dit werkt vaak bevestigend. In een groep wordt de intimiteit door het delen van werkstukken groter. *‘Het fijne aan werken in een groep is dat het werkstuk en het gevoel er mogen zijn’*, zo vertelt Corrie.

Hartley (2008, p.131) beschrijft dat het groepswork inspirerend kan werken, wat betreft het te maken werkstuk en de thema's die opkomen. Hierdoor kunnen cliënten het gevoel krijgen dat ze niet alleen zijn in de situatie waarin ze zich bevinden.

Kunstzinnig therapeut Marianne Buitelaar (bijlage 2) is werkzaam geweest binnen een verpleegtehuis. Hier heeft zij cliënten begeleid in het stervensproces. Zij heeft, in tegenstelling tot Corrie, juist individueel met cliënten gewerkt. Hierover vertelt zij dat het voordeel van het werken met individuele cliënten is dat de therapeut een dieper contact met hen opbouwt. Het gevoel van veiligheid wordt zo beter gewaarborgd.

De werkwijze Palliatieve Creatieve Therapie kan zowel voor beeldende groepstherapie als voor individuele therapie worden ingezet. Wel benadrukt Smeijsters dat gezien de aard van de problematiek in de meeste gevallen een individuele aanpak nodig is (Smeijsters, 2003, p.56).

Paragraaf 8.3 Therapeutische Zorg

Binnen de Hogeschool van Utrecht wordt er op dit moment gewerkt aan een nieuwe accentroute binnen de opleiding Creatieve Therapie, waaronder ook de beeldende therapie valt. Deze accentroute wordt: 'Therapeutische zorg' genoemd. Over deze accentroute is gesproken met Pieter-Jan André. Hij is docent drama en ethiek aan de Hogeschool van Utrecht en is medeoprichter van de accentroute 'Therapeutische zorg' die sinds kort wordt aangeboden op de Hogeschool van Utrecht. Zie voor het volledige interview bijlage 4.

Pieter-Jan vertelt dat deze accentroute therapeutische zorg een herstelondersteunende benadering kent. Het therapieaanbod van de creatieve therapie is tot nu toe erg eenzijdig. Therapie gaat uit van het 'veranderingsdenken', waarbij het repareren van problemen het uitgangspunt is. De therapeutische zorg heeft als grondslag het 'tragisch denken' dat zich richt op balans krijgen en verzoening. Cliënten leren zich neer te leggen bij en te verzoenen met het leven of de situatie zoals die is.

Wanneer gekeken wordt naar de doelstellingen die gesteld zijn in de werkwijze Palliatieve Creatieve Therapie, sluit het doel: 'Het afscheid kunnen nemen van het leven' hier goed op

aan. In het interview met Marianne Buitelaar (bijlage 2) vertelt zij dat haar attitude als therapeut veranderde door het werken met cliënten in de laatste levensfase. Een goede afsluiting van het leven werd voor haar belangrijker dan genezing en verbetering. Deze houding past bij de manier van werken die binnen de ‘Therapeutische Zorg’ wordt beoogd.

Paragraaf 8.4 Houding

Zowel in de literatuur als in een interview komt naar voren dat het werken volgens de methode ‘client-led’ belangrijk is als beeldend therapeut binnen de palliatieve zorg. Vervoort (2009, p. 269) beschrijft dat bij client-led werken de rol van de therapeut bestaat uit het actief luisteren en het reflecteren van de gevoelens van de patiënt, zonder deze in een bepaalde richting te sturen. Door deze gesprekken komt de patiënt tot inzichten en emoties, die eerst verborgen bleven. Het uitgangspunt van cliend-led werken is dat de patiënt een volwassen persoon is, die weet of kan ontdekken wat er met hem aan de hand is. Client-led werken houdt in dat de therapeut zich laat leiden door de cliënt en zijn behoeften. Door de cliënt te volgen, wordt ingegaan op zijn behoefte van het hebben van controle.

Van der Linden (2007, p. 51) sluit hierop aan. Zij schrijft dat de cliënt de regie in handen heeft. De beeldend therapeut is slechts een instrument in de samenwerking. De therapeut stelt zich ontvankelijk op en het is belangrijk dat de therapeut de signalen van de cliënt op de juiste manier interpreteert. Hartmann (2010, p. 39) schrijft in haar scriptie dat het belangrijk is als therapeut het vermogen te hebben om constant te kunnen invoelen, aanvoelen en inspelen. Dit vereist een flexibele houding. Beide beschrijven in hun scriptie een manier van handelen van de therapeut die aansluit bij de methode client-led.

In de Engelse literatuur wordt dit door Hartley (2008, p. 131) beschreven. De beeldend therapeutische sessie is client-led, zowel in tijd als in inhoud. De therapeut probeert de cliënt te volgen in de therapie en probeert elke sessie met ‘nieuwe ogen’ naar de cliënt te kijken.

Tenslotte vertelt ook Corrie Muis (bijlage 1) dat haar houding client-led is. Dit houdt in dat ze de cliënt volgt. Hierbij houdt zij wel in de gaten dat het therapie is en dat de therapie erop gericht is om iets te bereiken.

Op alle gebieden probeert de therapeut zo goed mogelijk aan te sluiten bij de cliënt. Doyle (2005, p. 1066) schrijft dat er steeds meer uitgegaan wordt van de meerwaarde van beeldende therapie, voor zowel de cliënten als zijn omgeving, maar ook in het behandelende team. Beeldend materiaal biedt de cliënt de mogelijkheid om thema’s waar hij of zij mee worstelt in beeld te brengen. Beeldend materiaal is geen vaststaand gegeven, maar is flexibel. De beeldend therapeut zorgt voor een veiligheid en ondersteuning. Deze combinatie biedt de cliënt de mogelijkheid om in een veilige situatie met lastige thema’s aan de slag te gaan.

Paragraaf 8.5 Werkvormen

In deze paragraaf zal ingegaan worden op de manieren van werken die aan kunnen sluiten bij de behoeften van de cliënt.

Zoals in paragraaf 6.1 beschreven is, is de fysieke gesteldheid van de cliënt van belang voor het kiezen van de werkvormen binnen de beeldende therapie. De werkvorm die aangeboden wordt, kan receptief of actief zijn. Bij een actieve werkvorm is een cliënt fysiek in staat is om zelf actie te ondernemen. Hierbij is de therapeut alert op de kracht van de cliënt en biedt waar nodig rust aan in de therapie. Zoals beschreven is in paragraaf 6.1 hoeft niet per se een therapeutisch uur vol gemaakt te worden, maar kan de therapie ook korter duren.

Het is belangrijk te kijken of de cliënt fysiek in staat is om te werken aan een actieve werkvorm, of dat gekozen moet worden voor een receptieve werkvorm. Hiernaast is het belangrijk aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt. Naast de fysieke gesteldheid van de cliënt is het ook belangrijk te kijken naar de psychische gesteldheid van deze persoon. Er moet gekeken worden naar de draagkracht van een cliënt. Daarbij vraagt de therapeut zich af of een cliënt er aan toe is om bepaalde thema's aan te raken, of dat dit beter kan wachten tot een later stadium.

Door een keuze te maken voor een bepaalde werkvorm, sluit de beeldend therapeut aan bij de behoefte van de cliënt om iets tastbaars te maken. In tabel 1 worden voorbeelden gegeven van receptieve en actieve werkvormen die aan kunnen sluiten bij de cliënten die te maken hebben met de palliatieve zorg. Deze werkvormen zijn naar voren gekomen in de interviews die gehouden zijn, zie hiervoor bijlage 1 tot en met 5. Ook worden er in de literatuur diverse voorbeelden van werkvormen genoemd, die in deze lijst naar voren zullen komen.

<u>Receptieve werkvormen:</u>
De therapeut neemt de lichamelijke actie van de cliënt over. De cliënt stuurt de therapeut aan om tot het product te komen wat hij of zij in gedachten heeft. Hier kan een opdracht aan vast zitten die bij een actieve werkvorm ook gebruikt zou kunnen worden. Een voorbeeld van een opdracht is 'Geef een prettige plek weer'.
De therapeut leest tijdens een therapiesessie een verhaal voor. De therapeut kiest deze verhalen zorgvuldig en zorgt dat ze aansluiten bij het proces dat de cliënt doorloopt. Wanneer een cliënt worstelt met boosheid, kan er voor een verhaal gekozen worden dat over boosheid gaat. Na een verhaal kan er bijvoorbeeld receptief gewerkt worden, door een deel van het verhaal weer te geven. Ook kan er over het verhaal gepraat worden. Aan de hand van beeldtaal kan gekeken worden of de cliënt zich in het verhaal herkent en hoe dit verhaal voor hem of haar verder zou kunnen gaan. Een voorbeeld van dit verhaal is: 'De laatste parel'. Dit verhaal is toegevoegd in bijlage 5.
De therapeut vraagt de cliënt naar foto's uit zijn of haar verleden. Er kan gekozen worden om mooie herinneringen in een collage weer te geven, of bijvoorbeeld om een fotoboek te maken van het leven.

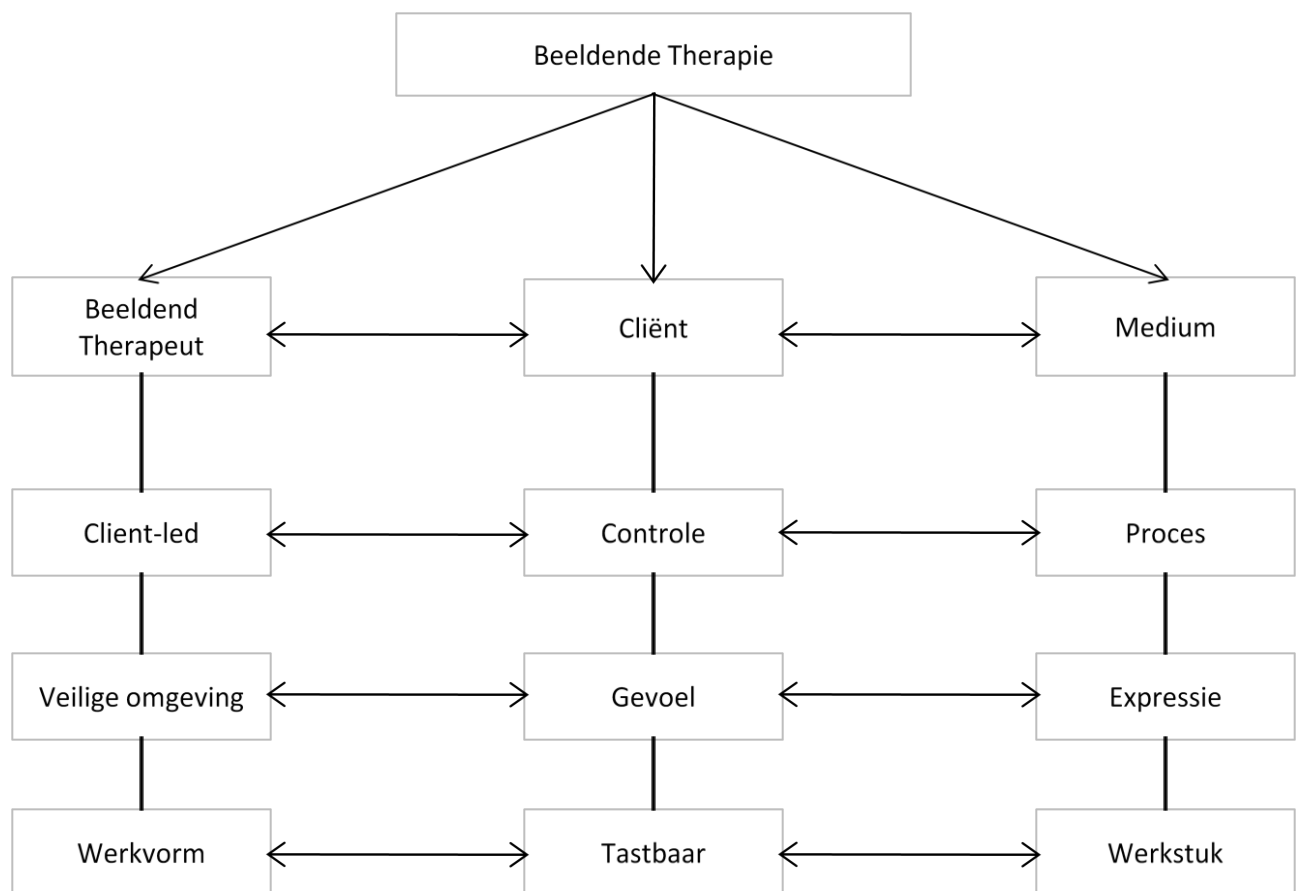
Actieve werkvormen:
Een opdracht waarbij een positief doel centraal staat, bijvoorbeeld 'Beeld de kracht van het leven uit' of het bezig zijn met de positieve herinneringen uit het leven.
Wanneer een cliënt aangeeft bezig te zijn met een bepaalde emotie, is het belangrijk om te kijken of de cliënt behoefte heeft deze emotie te uiten. Wanneer hier behoefte aan is, kan een aansluitende werkvorm hierbij gevonden worden. Bijvoorbeeld bij boosheid kan het soms fijn zijn voor cliënten om met de handen in klei te werken en zich hierin te uiten.
Een actieve werkvorm kan ook zijn bezig te gaan met het thema 'de dood'. Dit thema mag niet onbesproken blijven in deze cliëntengroep. Door hierover te praten of te schilderen kan de mogelijke angst voor de dood een plek vinden en kan er bij de cliënt wat meer rust komen.

Tabel 1: In deze tabel worden voorbeelden gegeven van zowel receptieve als actieve werkvormen die plaats kunnen vinden binnen de beeldende therapie aan cliënten in de palliatieve zorg.

Paragraaf 8.6 Diagram

In de deelvragen 6 tot en met 8 is ingegaan op de aspecten van de creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1). In figuur 4 (zie pagina 35) is overzichtelijk gemaakt wat de behoeften zijn van de cliënt, wat het medium kan bieden en hoe de beeldend therapeut hierbij aansluit.

Door dit overzicht worden de drie aspecten van de creatieftherapeutische driehoek in beeld gebracht. Er is te zien dat de behoeften van de cliënt zich richten op het ervaren van een gevoel van controle, het ontdekken en het uiten van gevoelens en het maken van iets tastbaars. Het medium sluit hierop aan met het proces, de expressie en het werkstuk. De beeldend therapeut verbindt deze beide. Hij of zij biedt een houding waarbij de cliënt centraal staat, een veilige werkomgeving en een werkvorm die aansluit bij de cliënt. Deze drie aspecten samen laten de meerwaarde van de beeldende therapie zien bij cliënten in de laatste levensfase.



Figuur 4: De behoeften van de cliënt, de bijdrage van het medium en hoe de beeldend therapeut hierbij aansluit.

Paragraaf 8.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de zesde deelvraag:

“Welke manier van werken als beeldend therapeut past bij de palliatieve zorg?”

In beantwoording van deelvraag 6, is gekeken wat voor manier van therapeutisch handelen past bij het werken met cliënten in de palliatieve zorg. De palliatieve creatieve therapie sluit als werkwijze aan bij de palliatieve zorg. Hiernaast is er een nieuwe accentroute belicht, die zich richt op ‘Therapeutische Zorg’. Door de herstelondersteunende benadering past deze bij

het werken in de palliatieve zorg. De beeldende therapie kan zowel in groepen als individueel plaatsvinden.

De behoeften van de cliënt zijn gericht op het ervaren van een gevoel van controle, gevoelens ontdekken en uiten en dit in beeld brengen of tastbaar maken. Het medium beeldend sluit daarop aan met het proces, de expressie en het werkstuk. De beeldend therapeut is de verbindende factor tussen de cliënt en het medium. Om aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt heeft de therapeut een houding die client-led is, zorgt hij voor een veilige omgeving en biedt hij de cliënt een passende werkvorm aan.

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag die gesteld is in dit onderzoek, namelijk:

“Welke bijdrage kan de beeldende therapie leveren aan de palliatieve zorg?”

Deze hoofdvraag is beantwoord aan de hand van zes deelvragen. In de hoofdstukken 3 tot en met 8 is hiervan het resultaat te lezen. Deze deelvragen geven samen het antwoord op de hoofdvraag.

Op dit moment vindt er nog weinig beeldende therapie plaats binnen de palliatieve zorg in Nederland. Vanuit de instellingen is terughoudendheid te merken. Dit heeft voornamelijk te maken met de kosten van beeldende therapie. De instellingen hebben weinig subsidie. Toch blijkt uit de interviews in dit onderzoek dat de cliënten die gebruik maken van palliatieve zorg baat zouden kunnen hebben bij beeldende therapie.

Zowel vanuit de praktijk als in de literatuur is weinig bekend over beeldende therapie in de palliatieve zorg. Dit komt voort uit het feit dat er weinig beeldend therapeuten werkzaam zijn binnen de palliatieve zorg. Dit lijkt in strijd te zijn met de behoeften van de cliënt, die juist goed aansluiten bij de beeldende therapie. Door te kijken naar de wensen van de cliënt, hoe het medium hierop kan aansluiten en welke therapeutische houding hierbij geschikt is, komt beeldende therapie als zijnde waardevol naar voren.

De behoeften van de cliënt zijn gericht op het ervaren van een gevoel van controle, het ontdekken en uiten van gevoelens en iets tastbaars maken. Het medium sluit hierbij aan, deze biedt het proces, de expressie en het werkstuk. De beeldend therapeut verbindt deze beiden. Hij of zij biedt een houding die de cliënt volgt, een veilige omgeving en een werkvorm die aansluit bij de cliënt. Binnen de beeldende therapie in de palliatieve zorg moet, wat betreft de gekozen werkvormen, rekening gehouden worden met de fysieke gesteldheid, maar ook met de geestelijke gesteldheid van de cliënt.

De doelen en behoeften van de cliënt sluiten aan bij de beeldende therapie. Beeldende therapie kan een goede bijdrage leveren bij de hulpvragen van cliënten die te maken krijgen met palliatieve zorg.

Hoofdstuk 10 Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode worden bekeken en wordt dit ter discussie gesteld. Aan de hand van de kanttekeningen die er zijn met betrekking tot de praktijk en dit onderzoek, zullen aanbevelingen gedaan worden, zowel voor het vervolgonderzoek, als voor instellingen die werken met palliatieve zorg.

Paragraaf 10.1 Discussie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode triangulatie. Hier is voor gekozen om een goed beeld te krijgen van de praktijk. Door het werkveld vanuit verschillende invalshoeken te bekijken, ontstaat er een duidelijk overzicht van dit werkveld en deze manier van werken. Het onderzoek is gebaseerd op de aanwezige Nederlandse en Engelse literatuur. Daarnaast hebben er interviews plaatsgevonden met beeldend therapeuten en professionals die werkzaam zijn in de palliatieve zorg. Ook is er een interview geweest met een medeoprichter van een nieuwe accentroute die interessant kan zijn voor het werken in de palliatieve zorg.

Tijdens het onderzoek is er contact gezocht met verschillende instellingen die zorg verlenen aan cliënten in de laatste levensfase. Vanuit dit vakgebied werd terughoudend gereageerd en niet alle instellingen wilden meewerken aan dit onderzoek. Hierdoor is er geen duidelijk overzicht of beeldende therapie binnen deze instellingen geïmplementeerd kan worden.

Wat mist in dit onderzoek is het contact met de ervaringsdeskundige, de stervende mens. In dit onderzoek is uitgegaan van de ervaring van de professionals in het werken met deze doelgroep. De behoeften van de cliënten die zij tegenkomen in het werk zijn hierdoor niet gecontroleerd bij de doelgroep. Het blijft daarom een vraag of dit inderdaad de behoeften zijn van de doelgroep.

In dit onderzoek is geconstateerd dat in Nederland (bijna) geen beeldend therapeuten werkzaam zijn in de palliatieve zorg. In Groot Brittannië is hier echter veel meer onderzoek naar gedaan. Er is steeds meer vraag naar beeldende therapie in de palliatieve zorg en er wordt veel over geschreven. Tijdens dit onderzoek is gezocht naar de reden voor het verschil tussen Nederland en Groot Brittannië, maar dit heeft voor het onderzoek niets bruikbaars opgeleverd. In een vervolg op dit onderzoek zou gekeken kunnen worden naar de verschillen tussen de palliatieve zorg in Groot Brittannië en Nederland. Tijdens het onderzoek is er een e-mailcontact geweest met een beeldend therapeut die werkzaam is in de palliatieve zorg in Groot Brittannië. De respondent heeft de opgestuurde vragenlijst beantwoord met literatuurverwijzingen. Het interview was hierdoor niet bruikbaar in dit onderzoek. De vraag hierover die onbeantwoord blijft in dit onderzoek is: ‘Wat is het verschil in de palliatieve zorg tussen Nederland en Groot Brittannië?’ Hier kan in een vervolgonderzoek verder naar gekeken worden.

Paragraaf 10.2 Aanbevelingen

In dit onderzoek is vooral gebruik gemaakt van literatuur in combinatie met interviews met professionals, zowel beeldend therapeuten als medewerkers van de palliatieve zorg. Hierin mist de ervaringsdeskundige, de cliënt zelf. De betrokkenheid van ervaringsdeskundigen zou een belangrijke aanvulling op dit onderzoek vormen. In dit onderzoek zijn de behoeften van de cliënten benoemd. Bij de cliënten zou gecontroleerd kunnen worden of deze behoeften overeenkomen met hun eigen ervaring.

Daarnaast zou het effect van beeldende therapie kunnen worden onderzocht in een praktijkgericht onderzoek. Door beeldende therapie aan te bieden op een of meerdere locaties waar palliatieve zorg wordt aangeboden, kan gekeken worden naar het effect van de beeldende therapie. Als vervolg van dit onderzoek kan gekeken worden of de werkvormen (paragraaf 8.4) aansluiten bij de behoeften van de cliënten. Er zou hierop een aanpassing en/of aanvulling kunnen komen. De gestelde punten in dit onderzoek zijn aan bod gekomen door literatuur en interviews met professionals. De cliënt zal een extra dimensie kunnen geven aan dit onderzoek. De punten die in dit onderzoek aan bod zijn gekomen, kunnen door deze dimensie opnieuw worden bekeken en zo nodig veranderd, aangepast of aangevuld worden.

In Groot Brittannië wordt meer dan in Nederland gewerkt met beeldende therapie in de palliatieve zorg. In een vervolg op dit onderzoek zou gekeken kunnen worden naar de verschillen tussen de palliatieve zorg in Groot Brittannië en Nederland. Het is duidelijk geworden dat beeldende therapie in Groot Brittannië veel toegepast wordt in dit specifieke werkveld. Door een vergelijkend onderzoek kan een goed overzicht gegeven worden van hoe beeldende therapie in de palliatieve zorg geïntegreerd zou kunnen worden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren door in contact te komen met beeldend therapeuten en instellingen en bij deze een uitgebreide vragenlijst af te nemen, met hen een telefoongesprek te voeren, of de instellingen in Groot Brittannië en Nederland te bezoeken.

Gezien de ervaringen in Groot Brittannië is het wenselijk dat er meer kennis beschikbaar is bij de verschillende instellingen over de beeldende therapie en de bijdrage daarvan binnen de palliatieve zorg. Wanneer hierover meer kennis over is, zou dit mogelijk vaker kunnen worden aangeboden aan cliënten. Hierdoor zou de beeldende therapie kunnen passen binnen het reguliere aanbod van een instelling die zorg biedt aan cliënten in de palliatieve zorg. Het zou waardevol zijn om dit in een vervolgonderzoek te toetsen.

In dit onderzoek is naar voren gekomen dat beeldende therapie een goede bijdrage kan leveren aan de zorg voor cliënten in de laatste levensfase. Naast een praktijkgericht onderzoek, kan er wellicht ook direct gestart worden met het aanbieden van beeldende therapie binnen de palliatieve zorg. Zodoende kan er de nodige praktijk ervaring opgedaan worden met betrekking tot deze manier van werken.

Bronnenlijst

Boeken:

Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., et al., (2005) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, New York: Oxford University Press.

Haeyen, S., (2007) *Niet uitleven maar beleven, Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hartley, N., Payne, M., (2008) *The Creative Arts in Palliative care*, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Hartmann, V., (2010) *Beeldende therapie bij Stervensbegeleiding, Waar het leven vervaagt en stilte zichtbaar wordt*, Praktijkonderzoek Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Keken, H. van., (2006) *Voor het onderzoek, Het formuleren van de probleemstelling*, Den Haag: Boom onderwijs.

Kübler-Ross, E., Kessler, D., (2005) *On Grief and Grieving, Finding the meaning of grief through the five stages of loss*, New York: Scribner.

Linden, T. van der., (2007) *Creatieve therapie als stervensbegeleiding*, Praktijkonderzoek Hogeschool van Utrecht.

Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A., et al., (2004) *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Pratt, M., Wood, M.J.M., (1998) *Art Therapy in Palliative care, The creative response*, London: Routledge.

Rogers, C., (2003) *Client-Centered Therapy, Its Current Practice Implications and Theory*, London: Constable.

Schweizer, S., (2001) *In Beeld, Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schweizer, S., (2009) *Handboek Beeldende Therapie, Uit de verf*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H., (2003) *Handboek Creatieve Therapie*, Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Verhofstadt-Denève, L., Geert, P. van, Vyt, A. (2003) *Handboek ontwikkelingspsychologie, Grondslagen en theorieën*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verhoeven, N., (2006) *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs*, Den Haag: Boom onderwijs.

Vervoort, E.L., Zuuren, F.J. van. (2009) *De ziekte van Huntington en verwante erfelijke neuropsychiatrische aandoeningen, Medische aspecten, psychologische gevolgen en hulpverlening*, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Wester, F., (1995) *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*, Bussum: Coutinho.

Zuurmond, W., (2006) *Als genezen niet meer mogelijk is, laatste hulp bij snel voorschrijdende ziekten: palliatieve zorg*, Wormer: Inmerc BV.

Internet:

Overheid, informatie over de subsidie met betrekking tot de palliatieve zorg in Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, geraadpleegd op 30 maart 2011a, http://overheidsloket.overheid.nl/index.php?p=product&product_id=901319

Overheid, wetten met betrekking tot de palliatieve zorg in Nederland, geraadpleegd op 30 maart 2011b, http://wetten.overheid.nl/BWBR0022841/geldigheidsdatum_22-03-2011

Palliatieve zorg, vooronderzoek: thuis sterven, geraadpleegd op 30 maart 2011a, http://www.palliatievezorg.nl/index.php?s_page_id=820

Palliatieve zorg, vooronderzoek: ziekenhuis, geraadpleegd op 30 maart 2011b, <http://www.isala.nl/patient/afdelingen/Palliatievezorg/Pages/default.aspx>

Palliatieve zorg, vooronderzoek: verpleeghuis, geraadpleegd op 30 maart 2011c, http://www.palliatievezorg.nl/page_831.html

Palliatieve zorg, vooronderzoek: verzorgingshuis, geraadpleegd op 30 maart 2011d, http://www.palliatievezorg.nl/index.php?s_page_id=824

Palliatieve zorg, vooronderzoek: hospice, geraadpleegd op 30 maart 2011e, http://www.palliatievezorg.nl/index.php?s_page_id=828

Wikipedia, verschil tussen kunstzinnige therapie en beeldende therapie, geraadpleegd op 22 mei 2011, http://nl.wikipedia.org/wiki/Beeldende_therapie

World Health Organization, de definitie van palliatieve zorg, geraadpleegd op 30 maart 2011, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Bijlagen

<u>Bijlage 1:</u>	<u>Interview Corrie Muis</u>	<u>43</u>
<u>Bijlage 2:</u>	<u>Interview Marianne Buitelaar</u>	<u>47</u>
<u>Bijlage 3:</u>	<u>Interview Consultteam Palliatieve Zorg</u>	<u>50</u>
<u>Bijlage 4:</u>	<u>Interview Pieter-Jan André</u>	<u>52</u>
<u>Bijlage 5:</u>	<u>De Laatste Parel</u>	<u>54</u>
<u>Bijlage 6:</u>	<u>Urenverantwoording</u>	<u>56</u>

Bijlage 1 Corrie Muis

Dit interview heeft plaatsgevonden op 14 februari 2011. Dit vond plaats in het Behouden Huys te Haren, met een van de twee Beeldend Therapeuten van deze instelling, Corrie Muis.

Op de website van Het Behouden Huys (<http://www.assagioli.nl>) is veel informatie te vinden over de instelling. Het Behouden Huys is een bijzondere plek waar kankerpatiënten en hun naasten onder professionele en vooral ook betrokken begeleiding stil kunnen staan bij lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van hun ziekte. Er is begeleiding mogelijk voor iedereen, ongeacht de leeftijd, ziektefase, prognose of het stadium van het ziekteproces. Het Behouden Huys heeft een breed aanbod aan individuele- en groepstherapieën. Het uitgangspunt hierbij is dat de bron voor de verandering en de kwaliteit van het leven in de mens zelf zit, dat bewustwording en zingeving daarin belangrijke begrippen zijn en dat er niet één manier is om dat te bereiken.

Het Behouden Huys bestaat uit twee verschillende huizen. Achter drie grote witte huizen op landgoed 'de Vijverberg', staat een kleiner gebouw. Dit is de groepsruimte. Hier geeft Corrie de beeldende therapie. Corrie vertelt: "Vroeger was dit gebouw het hele Behouden Huys en werden hier alle therapieën gegeven. Het andere gebouw is vorig jaar in gebruik genomen. Nu is dit gebouw alleen voor de groepstherapieën. Er worden hier, naast de beeldende groepstherapie ook andere groepen gegeven, zoals de lotgenoten groep, de rouwgroep en groepen voor jeugd. Dit zijn gespreksgroepen." Hoewel de ruimte naast de beeldende therapie ook wordt gebruikt voor gespreksgroepen, ziet het gebouw er beeldend uit. Er zijn grote ramen, met uitzicht op natuur en er staan veel beeldend werkstukken uitgestald. "Sinds januari van vorig jaar (2010) heb ik een jaarcontract bij het Behouden Huys, daarvoor werkte ik op freelance basis. Ik werk hier één dag in de week."

Corrie vertelt over de structuur van een behandeling: "Wanneer een cliënt aangeeft een behandeling te willen bij het Behouden Huys, krijgt de cliënt een individueel intakegesprek met een psycholoog. In dit gesprek wordt naar de hulpvraag gekeken. Tegenwoordig is het verplicht om met een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) te werken, in verband met de financiering door de zorgverzekeraars. Cliënten die een behandeling volgen binnen het Behouden Huys hebben meestal een aanpassingsstoornis en ook komt er depressie voor. Het komt voor dat er cliënten komen met een dubbele diagnose, bijvoorbeeld met persoonlijkheidsproblematiek. Deze cliënten kunnen hier ook terecht, maar wanneer de nadruk ligt op de psychiatrie dan worden deze cliënten doorverwezen. Hierna spreekt de psycholoog door met de cliënt welke mogelijkheden er zijn aan individuele en groepstherapie binnen de DBC."

"Wanneer een cliënt hier in behandeling komt, heeft deze altijd een hoofdbehandelaar. De cliënt heeft gesprekken met deze behandelaar. Dit kan eens per week, eens per twee weken of eens per maand zijn. De groepen die gegeven worden zijn wekelijks. Beeldende therapie is hiervan de langst durende therapievorm, samen met de aandachtstraining. Cliënten volgen tussen de 4 maanden en een jaar de beeldende therapie."

“Wanneer de DBC is vastgesteld, kan een cliënt in overleg kiezen voor de beeldende therapie of andere therapieën, binnen de DBC.” Vertelt Corrie. “Indicaties kunnen zijn dat een cliënt zijn ziekte slecht kan bevatten en moeilijk contact krijgt met zijn gevoel. Wanneer een cliënt erg rationeel is, kan de therapie goed aansluiten. Ook wanneer een cliënt moeilijk kan verwoorden wat hij of zij voelt kan de beeldende therapie goed aansluiten. Om bij de groepsruimte te komen waar de beeldende therapie gegeven wordt, moet de cliënt een trap op komen. Het kan zijn dat een cliënt hier fysiek niet toe in staat is. Helaas kan deze cliënt dan niet deelnemen aan de therapie. De cliënt komt eerst in een basisgroep. Deze groep vindt 8 tot 10 keer plaats. Hierin wordt een introductie gegeven op de mogelijkheden van beeldend werken. Het is tegelijkertijd ook een kortdurende therapie. Er wordt vooral een vaste structuur aangehouden. Mochten de cliënten hierna verder willen met de beeldende therapie, dan komen ze op een wachtlijst voor een van de twee vervolggroepen.”

“De vervolggroepen bestaan uit ongeveer 8 cliënten per groep.” Vertelt Corrie. “De groepen zijn open, wat inhoudt dat wanneer iemand uit de groep gaat, er weer een nieuwe cliënt komt. Wel proberen we dit in de hand te houden, om zo een stabiele groep te creëren. We willen voor de cliënten dat het een veilige groep is. Binnen deze groepen en in deze doelgroep is het zo dat er vaak cliënten uitvallen door ziekte of een gebrek aan energie. Ik geef alleen beeldende groepstherapie en zie geen cliënten individueel. De beeldende therapie wordt niet ambulant gegeven, in tegenstelling tot psychologen of maatschappelijk werkers binnen de instelling die een cliënt thuis kunnen blijven bezoeken. Voor de beeldende therapie geldt dat mensen fysiek in staat moeten zijn om bij de instelling te kunnen komen en de trap op kunnen. Wel kan het zo zijn dat ik een cliënt opdrachten mee naar huis geef of contact houdt via de mail.”

“Binnen de vervolggroep staat het niet vast hoelang iemand blijft. Per 8 tot 10 sessies wordt er geëvalueerd met een cliënt. Dit gaat in overleg met de hoofdbehandelaar. De gemiddelde duur van de beeldende therapie is een half jaar. Tijdens deze periode bieden we cliënten vaak thema's aan om aan te werken. Cliënten gaan gaandeweg meer aan hun eigen thema's werken.” Over de samenstelling van de groepen vertelt Corrie: “De vervolggroep bestaat uit mensen met kanker in verschillende stadia. Sommige cliënten hebben net gehoord dat ze kanker hebben, anderen weten dat ze hieraan zullen sterven. Ook zijn er cliënten die iemand hebben verloren aan deze ziekte. Ik vind deze samenstelling goed hanteerbaar. Wanneer het nodig zou zijn vanwege de grootte van de groepen, zou er een opdeling kunnen komen tussen mensen die zelf kanker hebben en mensen die iemand hebben verloren aan kanker.”

“De structuur van de beeldende therapie is elke week hetzelfde.” Vertelt Corrie. “We beginnen altijd met een ontspanningsoefening. Dit is belangrijk om de cliënten te helpen met hun aandacht in het hier en nu te komen, waarbij ik gebruik maak van mindfulness. Hierna doen we een visualisatie of een inleiding op een thema. Dan gaan we met beeldend materiaal aan de slag. Aan het eind nemen we 20 tot 30 minuten tijd voor de nabespreking. Ik heb gemerkt dat het voor deze doelgroep erg belangrijk en prettig is om na te bespreken. Als groep kijken we naar het beeldend werk. Het werkt vaak bevestigend. Ook wordt de intimiteit in een groep groter door het beeld te laten zien. Dit werkt weer versterkend voor de veiligheid. Het is fijn in een groep dat het werk en het gevoel er allemaal mag zijn.”

Over het beeldend werken vertelt Corrie: “We starten met een visualisatie, of door middel van een gedicht, of verhaal. Dit is dan vaak onderdeel van een overkoepelend thema. Het overkoepelende thema hierin is voornamelijk ‘hoe is het met mij en wat heb ik nodig.’ Het is belangrijk voor de cliënten om te kijken wat ze nodig hebben en hoe ze hier ruimte voor kunnen nemen. Er kunnen verschillende accenten van dit thema terugkomen. Doordat we beginnen met een visualisatie is het voor de cliënten vaak makkelijker om te starten. Heel af en toe doen we in de vervolggroep een gezamenlijke oefening. De thema’s die we behandelen zijn vaak geïnspireerd vanuit de natuur en de seizoenen. We zijn op dit moment bezig om modules te maken. Voor ons is het prettig om werkvormen te hebben die je zo uit de kast kan halen. De thema’s herhalen zich wel, maar elke keer kan dit aangepast worden door wat er op dat moment bij de cliënten speelt. Ook hierin laten we de hulpvraag van de cliënten leiden. Dit is erg belangrijk bij deze doelgroep. Interventies die ik hierin doe zijn vaak gericht op materiaalhantering. In mijn ervaring zijn cliënten in deze doelgroep minder gericht op het eindproduct dan in de algemene psychiatrie. Cliënten zien al snel dat het vooral gaat om wat er in je leeft. Ze zijn minder bezig met dat ze niet creatief zijn. Het gaat hier meer om de ziel, de kern.” Corrie noemt als belangrijk punt wat ze ziet bij deze cliënten: “Ik zie dat cliënten bezig zijn met het vergeestelijken, tot de kern komen. Een werkstuk kan gaan over het in contact staan met jezelf. Ik laat de cliënt in zijn waarde voor wat betreft zijn eigen gedachtegoed met betrekking tot spiritualiteit. In het werkstuk kan je vaak zien dat het over een andere manier van ‘zijn’ gaat. Het gaat meer over wie je bent, dan wat je bent. Voor jongere cliënten speelt mee dat ze nog bezig zijn met het vormgeven van hun eigen identiteit.”

“Als therapeut bij cliënten met kanker raakt je wel, ik word er vaak wel wat ingezogen.” Vertelt Corrie. “Toch zie ik de schoonheid daarvan. Ik denk dat ik het wel kan hebben, omdat ik zelf ook zo echt mogelijk probeer te zijn. Cliënten in een ziekteproces gaan heel erg naar de essentie van hoe ze zijn. De meeste cliënten zijn heel open. Hier zie je cliënten wel in groeien. Mensen met kanker leren leven in het nu, of ze worstelen met het leven in het hier en nu. Er is soms wel lol in de groepen. Als therapeut ben ik vrij open. Ik ben niet directief, maar probeer een open en spiegelende houding aan te nemen. Ik ben getuige van wat er gebeurt bij de cliënten. Het verhaal en het beeld verdwijnen niet in stilte, maar het blijft.”

Corrie vertelt verder over haar houding als therapeut: “Als therapeut ben ik aandachtig, naar het werk en naar de persoon. Ik houd altijd de driehoek cliënt, medium, therapeut in mijn hoofd. Ik ben aandachtig naar het werk door het verhaal erin te zien wat iemand vertelt. Een voorbeeld hiervan is wanneer iemand erg druk werk maakt, dan bespreek ik samen met de cliënt of hij of zij dit ook zo heeft beleefd. Wanneer het een uiting is van een gevoel kan het prima zijn. Wanneer deze persoon misschien rust nodig heeft, kijk ik samen met de cliënt hoe dit in het werk zou kunnen worden toegevoegd. Ik ben hierin wel erg gericht op het werkstuk. Verder is mijn houding cliënt-led. Dit houdt in dat ik de cliënt volg. Ik houd wel in de gaten dat het therapie is en dat we erop gericht zijn om iets te bereiken. Ik vind het belangrijk dat cliënten uitdrukking kunnen geven aan wie ze zijn en ik ondersteun dit. Dit is erg belangrijk voor mensen in de palliatieve zorg. Ik werk volgens de supportieve werkwijze. Tijdens de beeldende therapie is er altijd een nabespreking. Hierin ben ik wel directiever, ik geef iedereen de beurt en leid deze bespreking.”

Over de hulpvraag vertelt Corrie: “In de basisgroep wordt met de cliënt samen gekeken wat een hulpvraag is voor deze cliënt. Hulpvragen die in deze instelling veel voorkomen zijn ‘Ik kan niet bij mijn gevoel komen’, ‘Er is veel gebeurd, ik kan geen kant op’ en ‘Ik blijf in mijn hoofd steken’. Soms is er geen heldere hulpvraag, maar lijkt het de cliënt heerlijk om beeldend te werken. Zelf denk ik in grotere lijnen dan alleen de hulpvraag. Ik houd rekening met de copingstijl die iemand heeft ontwikkeld. Het grotere doel is voornamelijk het verdragen, het erbij kunnen zijn, van ziekte en sterfelijkheid. Ik denk dat beeldende therapie hier goed bij helpt, omdat je dingen in je leven in beeld brengt en het hiermee concreet maakt, je kunt ernaar kijken. Dit kan ervoor zorgen dat mensen zich hebben kunnen uiten en zich in hun gevoelens erkend hebben gevoeld, en zich dan rustiger kunnen voelen. Je zoekt als therapeut naar een manier van werken waar mensen zich mee kunnen verbinden. Dat een cliënt het beeld kan laten zien werkt ook troostend. Het gezien worden in je pijn en verdriet is voor cliënten belangrijk. Voor deze existentiële problematiek is bevestiging, het gezien worden, erg belangrijk, maar ook het zelf iets kunnen doen met datgene wat je overkomt, benoemen mensen als helpend. Tijdens het therapieverloop kunnen doelen veranderen. Het wordt vaak specifieker, bijvoorbeeld ‘wat heb ik nodig’. Ook lukt het cliënten beter om contact te maken met gevoel. Zingeving wordt ook belangrijk, de vraag ‘wat doe ik met mijn leven’. Hiernaast vind er een verschuiving plaats van ‘wat kan ik en wat kan ik niet?’ naar ‘hoe wil ik het?’. Tijdens het therapieverloop kan je aan het beeldend werk ook veel zien veranderen. Wanneer iemand zich beter voelt, zichzelf en de situatie accepteert, maakt hij of zij ander werk. Dit is een mooi proces om mee te maken. Het is ook prettig voor een cliënt om zelf dit verschil te gaan zien in de manier van werken. En ook dit werkt weer bevestigend.”

Samenvattend verteld Corrie: “Ik ben erg enthousiast over de beeldende therapie bij deze instelling. Ik zie echt de meerwaarde van het beeldend bezig zijn met deze doelgroep. Hierin zie ik vooral dat het handelen belangrijk is, zelf invloed hebben, eigen beeldend werk maken, het creëren. Ik merk dat dit helend werkt voor mensen. Ook is het voor deze doelgroep erg belangrijk om zichzelf neer te kunnen zetten en hierin bevestigd te worden.”

Bijlage 2 Marianne Buitelaar

Dit interview heeft plaatsgevonden op 21 februari. Dit vond plaats bij Marianne Buitelaar thuis in de beeldend ruimte.

Marianne verteld: “De opleiding tot kunstzinnig therapeut heb ik gedaan in Zeist. Kunstzinnige therapie heeft een antroposofische insteek. Tijdens mijn opleiding heb ik stage gelopen bij verpleegtehuis Sonnevank op de afdeling reactivering. Hier ben ik later komen te werken. Tijdens mijn stage was hier een cliënt die een CVA (Cerebro Vasculair Accident, de medische term voor een ongeluk in de vaten van de hersenen) had gehad. Deze cliënt heeft veel indruk gemaakt op de afdeling. Hier wisten ze niet goed wat ze met haar aan moesten. In mijn stage heb ik gemerkt dat er vooral cliënten in de kunstzinnige therapie kwamen waar ze geen raad mee wisten.”

“Tijdens mijn werk heb ik met veel verschillende ziektebeelden gewerkt. Meestal zag ik cliënten individueel, maar soms had ik kleine groepjes. Het voordeel van het werken met individuele cliënten is dat je een dieper contact met hen opbouwt. Ook wordt zo de veiligheid goed gewaarborgd. Wanneer ik langer werkte met cliënten, ging dit vaak de biografische kant op. Zo kwamen bijvoorbeeld oorlogstrauma's naar boven na een periode in therapie. Doordat cliënten in een verpleegtehuis komen, uit het maatschappelijke leven, uit hun privéomgeving, en worden geconfronteerd met fysieke mankementen, komen vaak veel oude herinneringen boven. Ik heb meerdere keren meegemaakt dat mensen hun (oorlogs)verhaal vertelden wat ze nog nooit aan anderen verteld hadden. In het merendeel van de gevallen was dit niet lang voordat ze gingen overlijden. Voor mijzelf was het even zoeken naar een modus om om te gaan met deze heftige verhalen. Ook dat je weet van de cliënten dat er geen toekomst is. Het was voor mij wel een vraag wat je hier als therapeut mee doet. In het begin vond ik dit lastig, omdat ik dit los moest laten. Dit heb ik ook besproken met de cliënten. Zij zijn hierin heel duidelijk in. Cliënten hebben een luisterend oor en de diepe ontspanning nodig die ze voelen tijdens het kunstzinnig werken. Hierin ben ik als therapeut een helpende hand, soms ook letterlijk, in geval van fysieke beperkingen.”

“Het antroposofisch mensbeeld is vierdelig. Tijdens een therapie kijk ik waar de disharmonie zit en welke techniek hierbij past. Ook kijk ik bij deze doelgroep of de techniek fysiek mogelijk is. Wanneer mensen fysiek niet tot veel meer in staat zijn, dan kan een werkvorm nat in nat werken zijn of receptief werken. In de werkvormen die ik aanbied, neem ik een leidende rol aan. In het begin ben ik vooral aan het waarnemen, hoe behandeld iemand het materiaal, welke kleuren gebruikt iemand. Zo probeer ik te kijken waar diegene is. Ik heb gemerkt dat oudere mensen het vaak nutteloos vinden, ze zeggen vaak dat ze nog nooit hebben geschilderd. Ik geef dan terug dat ze het kunnen zien als een ontspanning. Oudere mensen zitten ook meer op het nut, het moet mooi zijn. Hier bleven ze vaak aan vasthouden. Dit vroeg bij mij weer om actie, hoe kan ik het zo buigen dat het nut heeft. Ik heb ondervonden dat herhaling hier goed bij werkt. Ook het spiegelen zet ik hiervoor in, ik probeer ze dan zelf het antwoord te laten geven. Sommige mensen zijn ook gaan dementeren tijdens de behandeling. Dit weet je natuurlijk nooit van tevoren. Het is hierbij belangrijk als therapeut dat je samen het proces aangaat.”

“Tijdens een overleg was er sprake van een unit die verbouwd zou worden voor cliënten die te maken hadden met palliatieve zorg. Ze wilden hier iets op het plafond maken als afleiding. Hier ben ik tegenin gegaan, de cliënten moeten niet afgeleid worden, maar begeleid worden bij het sterven. Ik heb voorgesteld om de plafonds te sluiëren (lagen van kleur over elkaar heen). Dit werd goed ontvangen. Van hieruit werd mij gevraagd of ik met deze doelgroep wilde werken. Deze situatie maakte mij ervan bewust dat iedereen op een andere manier naar de stervende mens kijkt. In dit team werd wel alles besproken, bijvoorbeeld sedatie en euthanasie. In het team moet er acceptatie zijn dat het niet meer beter wordt. Wanneer er een team is met jongere mensen, zijn deze soms nog wat naïef.”

Marianne vertelt over haar houding als therapeut: “Doordat ik bleef werken met deze doelgroep, de stervende mens, veranderde mijn attitude als therapeut. Ik had niet meer zozeer het oog op genezing en verbetering, maar op een goede afsluiting van het leven. Ook ben ik in veel situaties een tussenpersoon tussen de persoon die gaat overlijden en zijn naasten. Vragen die bij deze cliënten en naasten naar voren komen zijn hoe ga je om met pijn en angst voor de dood. Per cliënt kijk je hoe je ontspanning en rust kan brengen. Een van de werkvormen die ik hiervoor graag gebruik is verhalen voorlezen. Een verhaal wat ik bij deze doelgroep veel gebruik is: ‘De laatste parel’ uit het sprookjesboek van Hans Christian Andersen. Dit verhaal gaat ook over de dood. Wat ik gemerkt heb in het werken met deze cliënten is dat je de dood als thema moet benoemen, je moet het bespreekbaar maken. Hier gaat de cliënt dan weer op in. Je hebt als therapeut een heel intens contact met de cliënt dat je bij elkaar in de ziel kijkt. Als therapeut heb ik een hele open houding. Je staat op een dergelijk moment in hun leven dat daar niets meer tussen kan staan. Dit vraagt ook een groot onderzoek naar jezelf, wat neem ik hiervan mee, hoe zuiver ben ik, ben ik zelf angstig? Dit is erg belangrijk voor deze doelgroep, deze is heel sensitief en voelt veel aan. Je moet niet te beroepsmatig werken, maar meer vanuit jezelf als persoon. Tevens moet je wel de professionele attitude bewaren, bijvoorbeeld niet mee gaan huilen met de cliënt. Wat ik bijzonder vond is dat ik een intermediair was tussen de persoon die overlijdt en de naasten van deze persoon.”

Marianne verteld over een cliënt die ze heeft gehad. “Dit was een meneer van 76 jaar oud. Ik heb drie jaar lang met hem gewerkt. Hierna is hij naar huis gegaan. Na een vakantie van mij bleek dat hij terminaal was en is weer teruggekomen. Zijn kinderen vroegen of ik hem weer in therapie wilde nemen. Hij had suikerziekte, waardoor een been was afgezet en hij een prothese had. Als hobby had hij altijd schilderen en het was een intelligente man. Hij had een jaar daarvoor zijn vrouw verloren. Hij wilde graag weer iets met schilderen gaan doen, maar kwam hier niet goed toe. Hij vertelde dat hij eigenlijk teveel wilde tekenen, hij kon niet goed vloeiende lijnen maken. Hij gebruikte veel groene kleuren, vanuit zijn geboorteland. Hij associeerde de kwast met een zweep uit het Jappenkamp waar hij gezeten had. Hoewel hij veel vertelde over zijn leven, vertelde hij nog niet over het Jappenkamp. Meneer had een grote levenslust en veel tegenslagen benaderde hij met het verstand. Hij kon moeilijk in contact komen met zijn gevoel. Toen zijn kinderen mij vroegen om hem te begeleiden, heb ik dit gedaan tijdens huisbezoeken, omdat mijn werktijden niet aansloten op de tijden dat hij kon. Dit vond hij erg prettig.”

“Tijdens een van de therapiesessies vertelde meneer over een droom die hij had gehad. Hij had geen benen meer, ook geen prothese. Hij moest een glazen heldere piramide vasthouden en niet laten vallen. Zelf heb ik thuis gekeken wat dit kan betekenen. Ik heb gevonden dat een piramide de ziel makkelijker naar de sterren kan laten opstijgen. Hier zijn we ook verder op gegaan, hij zag veel kleuren in het glas. Deze kleuren hebben we tijdens therapiesessies uitgewerkt. Bij elke kleur begon hij te vertellen wat hij hierbij voelde, bijvoorbeeld kindertijd, vrijheid en rust. Ook kwam het Jappenkamp hierbij naar voren, hier heeft hij toen veel over verteld. Hij vroeg aan mij of ik dit ook aan zijn dochters wilde vertellen als hij was overleden. Tijdens de laatste sessie stond de oranje kleur centraal die stond voor de toekomst, het volgende leven. Meneer gaf mij zijn hand en zei dat hij me in een volgend leven zou zien. De volgende dag is hij overleden. Hierna ben ik nog naar zijn kinderen gegaan om zijn verhaal te vertellen.”

Marianne vertelt: “Je krijgt bij deze doelgroep veel te maken met de naasten. Zij zijn bezorgd en willen graag op de hoogte blijven, willen weten wat er gebeurt. Hierin houd ik wel de privacy voor de cliënt. Mocht een cliënt mij verzoeken niets aan zijn naasten te vertellen, dan doe ik dit ook niet. Ik ben er voor de cliënt. Ik vind dit zelf wel leuk, het contact van meerdere kanten. Tijdens een therapieproces is de biografie van een cliënt belangrijk. Mensen willen graag dingen afronden, afmaken en afscheid nemen. Ze kijken terug op hun leven. Soms komt het voor dat ze nog iemand willen zien van vroeger. Dit proberen ze bij de instelling wel te verwezenlijken, dit lukt soms, maar soms ook niet.”

“Ik ben ervan overtuigd dat deze therapie veel te bieden heeft aan de doelgroep. Je moet je wel kunnen inleven, en soms zelf de handelingen uitvoeren (receptief werken). Ik heb het ervaren als bijzonder waardevol. Het had effect voor alle cliënten en dit was te zien bij de verzorgers en de naasten.”

Bijlage 3 Consultteam Palliatieve Zorg

Dit interview heeft plaatsgevonden op 7 april 2011. Dit vond plaats in het Ziekenhuis Isala Klinieken locatie Sofia, met Alie van 't Ende en Rinze Duyff.

Naar aanleiding van een telefoongesprek met de verpleegkundig consulent palliatieve zorg, is er een afspraak gepland met Alie van 't Ende. “Er is niet een echte afdeling binnen het ziekenhuis waar deze specifieke patiënten liggen, op alle afdelingen zijn patiënten in de palliatieve fase opgenomen.” vertelt Alie. “In 2008 is de functie als verpleegkundig consulent palliatieve zorg gestart als een pilot binnen het ziekenhuis. In 2009 kreeg de pilot een vervolg en ging het consultteam palliatieve zorg van start, waarvan de verpleegkundig van start. Een van de afdelingen waar veel patiënten liggen in de palliatieve fase is de afdeling oncologie. Op de andere afdelingen zijn er vaak wel patiënten die te maken hebben met palliatieve zorg, maar dit wordt vaak verward met terminale zorg. De verpleegkundig consulent bezoekt de afdelingen waarmee zij werkafspraken heeft gemaakt en waar deze patiënten liggen. Voorafgaand aan een patiënt contact is er eerst contact met de verpleegkundigen van de afdeling. De afdelingsverpleegkundige, bijvoorbeeld oncologie, houdt de hoofdregie over de verzorging van de patiënt.”

“Voor doktoren is het soms lastig de palliatieve fase te markeren en te vertellen dat er geen behandeling meer mogelijk is. Zolang er nog behandeling is, is er nog wat te bieden.” Alie vertelt over haar functie binnen het ziekenhuis: “Het consultteam heeft voor zowel professionals als voor patiënten een adviserende functie, zowel verpleegkundig als medisch, en is ondersteunend aanwezig. Wanneer patiënten of naasten vragen hebben kunnen zij bellen voor een advies. Zo kan het advies zijn contact te leggen met de thuiszorg of legt de verpleegkundig consulent in overeenstemming met de patiënt contact met de thuiszorg. Soms vraag ik mij wel af wat ik nou voor deze patiënten kan betekenen. Patiënten vinden een gesprek vaak prettig en ik merk dat het de kleine dingen zijn die je voor ze doet, waar patiënten erg blij mee zijn.”

Binnen het ziekenhuis zou ik graag een polikliniek willen speciaal gericht op palliatieve zorg,” vertelt Alie. “Toch blijft dan de vraag wie er uiteindelijk zou komen. Patiënten zoeken naar een manier waarop zij een voor zichzelf zo prettig mogelijk einde kunnen hebben. Patiënten die horen dat er geen behandeling meer mogelijk is, gaan vaak naar huis. Ik vind het belangrijk dat er gekeken wordt naar wat we kunnen bieden waar de patiënt zich prettig bij voelt. Wanneer de patiënt behoefte heeft aan een bezoek op de polikliniek is hij of zij van harte welkom, maar wanneer de behoefte er niet is en de patiënt liever telefonisch begeleid wil worden of contact wil houden is dat prima. Het is belangrijk met de patiënt te bespreken op welk moment de verpleegkundige zorg vanuit het ziekenhuis wordt overgedragen aan de thuiszorg. Zelf had ik nog niet nagedacht over Beeldende Therapie en biedt dit ook niet aan aan mijn patiënten. Nu ik terugkijk moet ik denken aan een cliënt die ik jaren heb behandeld. Voor haar had het zeker een meerwaarde gehad om beeldende therapie te ontvangen. Zij heeft gewerkt met beeldende materialen en heeft uiteindelijk een beeldje gemaakt dat op haar graf kwam te staan. Voor haar werkte dit verwerkend. Ook merk ik dat sommige patiënten op latere leeftijd het schilderen ontdekken. Ze hebben hier plezier in en leggen hier veel van

zichzelf in. Intermezzo is een stichting die gebruik maakt van een ruimte naast het ziekenhuis en richt zich op nazorg. Naast het aanbod van een laagdrempelige inloop voor lotgenotencontact en lichaamsgerichte activiteiten zoals yoga, behoort creatieve zelfexpressie ook binnen het aanbod van deze stichting. Hier wordt voornamelijk op vrijwillige basis gewerkt. Binnen het ziekenhuis zijn alle creatieve dingen wegbezuinigd.”

Alie vertelt dat ze lastig kan inschatten wat de behoeftes zijn van de cliënt op dit gebied en vraagt zichzelf af hoe we hier achter kunnen komen. Alie bedenkt dat er een maatschappelijk werker is die misschien geïnteresseerd is in dit onderwerp. Dit is Rinze Duyff. Hij is medisch maatschappelijk werker op de afdeling klinische oncologie. Zijn vrouw is beeldend therapeut en hij heeft hier misschien wel een idee over. Alie belt hem op en hij voegt zich bij het gesprek.

“Als maatschappelijk werker ga ik in op wat de patiënt mij aangeeft binnen de communicatie.” Vertelt Rinze. “Ik ga in op wat ik hoor en zie binnen het contact met de patiënt. Een van de methoden die een maatschappelijk werker hanteert, gaat in op de beeldtaal. Wanneer iemand verteld dat hij in de put zit, ga ik in op deze put. Hoe diep is deze, sta je of zit je in de put, kan je het licht zien, enzovoort. Hierdoor krijg je een goed beeld van de situatie van de patiënt en komt deze zelf soms tot nieuwe ontdekkingen. Het valt mij op dat veel kankerpatiënten gebruik maken van beeldtaal.”

Over de mogelijkheid voor beeldende therapie binnen het ziekenhuis verteld Rinze: “Hoewel ik de kracht zie van Beeldende Therapie, vraag ik mij af of het ziekenhuis de beste plek is hiervoor. Patiënten die horen dat ze ongeneeslijk ziek zijn, komen eerst in een staat van overleven. Daarna komt pas het verwerken hiervan. In het ziekenhuis wordt vooral alles medisch benaderd en is er weinig budget voor therapie in het algemeen. Hier wordt ook steeds meer op bezuinigd. Wanneer een patiënt bezig is met het overleven, zie ik de kracht in het afleiden hiervan, bijvoorbeeld door activiteitenbegeleiding of activiteitentherapie. Dit kan in deze fase zeker helend werken. Vanuit het ziekenhuis is er de wens om therapieën kort en zakelijk te houden. De patiënt wil juist tijd en aandacht binnen een therapiecontact. Als maatschappelijk werker houd ik de contacten kort en zakelijk. Ik kom vaak direct tot het punt met een patiënt. Dit lijkt me voor beeldende therapie een lastige opgave. Beeldende therapie sluit juist wel weer aan bij de behoefte van de patiënt voor tijd en aandacht. Patiënten die ongeneeslijk ziek zijn hebben de energie nodig voor het overleven. Activiteitenbegeleiding zou de mogelijkheid kunnen bieden om totaal niet met kanker bezig te zijn. Wanneer je wel beeldende therapie zou aanbieden is het belangrijk te kijken naar wat je aanbied. Zo kijk ik als maatschappelijk werker altijd naar een doel. Binnen de beeldende therapie zou je ook kunnen werken met dit doel en dit op een positieve manier benaderen in de opdrachten. Hoewel ik mij dus afvraag of beeldende therapie in een ziekenhuis geschikt is, zie ik wel de voordelen hiervan. Wanneer ik hieraan denk, lijkt het mij beter om deze behandeling te bieden in de directe omgeving van het ziekenhuis.”

Bijlage 4 Pieter-Jan André

Dit interview heeft plaatsgevonden op 21 april 2011 op de Hogeschool van Utrecht locatie Faculteit Maatschappij en Recht. Pieter-Jan André is docent drama en ethiek en is medeoprichter van de accentroute therapeutische zorg die sinds kort wordt aangeboden binnen de opleiding Creatieve Therapie.

“De therapeutische zorg kent een herstelondersteunende benadering”, vertelt Pieter-Jan. “Binnen de filosofie zijn we erachter gekomen dat het therapeutische aanbod van creatieve therapie erg eenzijdig is. Therapie is geïnterpreteerd vanuit het concept van den twintigste eeuw. Dit concept bestaat uit het veranderingsdenken of het repareren van problemen. De ontwikkelingspsychologen die theorieën schreven in de twintigste eeuw waren hier ook op gericht, denk bijvoorbeeld aan Freud. Ik ben een jaar opleidingsmanager geweest van de opleiding creatieve therapie. In deze positie ben ik bezig geweest met de vraag hoe creatieve therapie toekomstbestendig kan blijven. Dit kwam voort uit de grote druk die er was op de creatieve therapie.”

Pieter-Jan vertelt over de oorsprong van de therapeutische zorg: “Filosofisch gezien leert de opleiding de toekomstige professional gericht te zijn op reparatie; het weghalen van problemen. Dit zogenoemde ‘noodlotsdenken’ heeft een Griekse achtergrond. Hierin staat centraal het leren hanteren van de object-subject relatie. Volgens deze gedachtegang moet je leren objectiveren waar je kunt. Zo houdt je de wereld zo objectief mogelijk. We maken afspraken met elkaar, bijvoorbeeld de tijd. De Griekse denkcultuur eindigt in het verlichtingsdenken van filosoof Kant. Verlichting heeft als boodschap dat we veel onder controle kunnen krijgen door het objectiveren. Hierin wordt het wetenschappelijke stigma wat overdreven. We willen overal controle over hebben. De essentie van het denken van de Grieken hebben we over genomen. Nu komen we er echter steeds meer achter dat er veel dingen niet te regelen zijn en dat je vaak niet de controle hebt over een situatie.”

Pieter-Jan leest een zin voor uit een boekje wat hierbij past: “ ‘Wetenschappers weten steeds meer over steeds minder.’ De wetenschap heeft zijn grenzen bereikt. We zien nu de zwakten van het Griekse denken. We zien ook dat wanneer je de wetenschap zover doordrijft, dat je de wereld zo objectief maakt dat je het leven eruit zuigt. Alles zo graag willen systemiseren wordt ook wel monologische systeemzucht genoemd. We komen er nu achter dat de dieper liggende vraagstukken niet te beantwoorden zijn in de objectiviteit.”

Pieter-Jan vertelt: “De therapeutische zorg baseert zich op een ander soort van denken namelijk het zogenoemde tragisch denken, met een Joodse inslag. In de westerse wereld is onze manier van leven Joods-Christelijk. Grieks denken heeft tot nu toe de meeste aandacht gekregen. In de oorsprong voor de accentroute therapeutische zorg hebben we juist gekeken naar de Joodse wijsheid, die zich richt op balans krijgen en verzoening. Je leert je neer leggen bij het leven zoals het is, in tegenstelling tot de obsessie voor een technische aanpak om alles te voorkomen en tegen te gaan. Steeds minder mensen zijn religieus, maar waar put je dan de verzoening met betrekking tot een ziekte uit?”

“Voor de creatieve therapie binnen de palliatieve zorg is deze gedachtegang een goed beginpunt. In plaats van verandering in gang zetten ben je bezig met het troostende denken. Je probeert de cliënt in deze laatste levensfase in contact te laten zijn met zijn familie en met creativiteit. Dit is een heel andere insteek dan het repareren. Binnen de accentroute therapeutische zorg, die zich richt op een herstel ondersteunende benadering, kan je een keuzevak doen en een minor. Ook kan je een stage doen die werkt met deze manier van handelen. Wanneer je je diploma behaalt, wordt deze accentroute op je diploma vermeld. Op school kan hier nu mee geëxperimenteerd worden. Het is een wijziging van het idee van therapie, aangezien je niet uitgaat van verandering.”

Pieter-Jan verteld over de creatieve therapie: “Creatieve therapie is natuurlijk algemeen. Dit omschrijft de drie media die binnen deze opleiding worden gegeven, namelijk muziek, drama en beeldend. Natuurlijk kan het zo zijn dat een van de media meer is geïndiceerd bij deze manier van werken dan de ander. Tijdens het opzetten van deze accentroute hebben we hier nog niet naar gekeken. Inhoudelijk is het belangrijk te weten wanneer zorg evenwaardig is aan therapie. Het overeind houden van de kwaliteit van het leven, vraagt evenveel kennis als het herstellen van problemen. Dit is binnen Nederland, maar ook in andere landen een nog onbelicht gebied. De reparatiemetafoor is heel eenzijdig en dit roept problemen op, we zitten hierin op een dood spoor.”

“We hebben voor deze accentroute gebruik gemaakt van de presentietheorie van Andries Baart.” Vertelt Pieter-Jan. “Baart beschrijft dat een persoon die lijdt of die ziek is geholpen kan worden door een presente houding van de omgeving. Dit richt zich op het contact tussen de persoon en zijn omgeving. Hierin is alleen taal wat eenzijdig, het moet dan allemaal via de ratio. Met onze media helpen we de cliënten in contact te blijven met zijn omgeving, door bijvoorbeeld muziek, schilderen of schrijven. Wij hebben hierin een gouden sleutel. Dit is uitermate geschikt voor cliënten voor wie taal niet het eerste is waarin hij zich wil uiten. De gedachte van Baart is dat het lijden wordt verlicht wanneer er contact is en dat het belangrijk is dat een persoon gezien wordt in zijn lijden en nabijheid voelt.”

Pieter-Jan vertelt over de zingeving: “Zingeving houdt in het betekenis geven aan dat wat in het leven gebeurt. Zingeving is niet alleen geloof, maar omvat ook rede, logos en esthetiek. Binnen de palliatieve zorg wordt zingeving voor een mens erg belangrijk. De mens is zinbehoevend. Maar hoe moet het eigenlijk als je geen geloof hebt, waar haal je de zin vandaan? Hier speelt de therapeutische zorg op in. In het keuzevak wordt ook specifiek op de zingeving ingegaan. Nu het kader van religie voor meer mensen wegvalt, ontstaan hierover meer problemen. Er is nu zelfs een Hbo-opleiding die zich helemaal richt op zingeving.”

Pieter-Jan sluit af door te zeggen: “De mens staat centraal en niet de objectivering van de mens. Het lijkt erop dat dit wat is zoekgeraakt. Door middel van de accentroute therapeutische zorg, willen we dit weer terug proberen te krijgen.”

Bijlage 5 De laatste parel

Er was eens een rijk huis, een gelukkig huis. De mensen die er woonden, de bedienden en ook de vrienden, waren allemaal gelukkig en blij.

Vandaag was er een erfgenaam geboren, een zoon, en moeder en kind maakten het goed.

De lamp in de gezellige slaapkamer was half bedekt, de zware gordijnen van kostbare zijde waren dichtgetrokken, het vloerkleed was dik en zo zacht als mos.

Alles was bedoeld om zacht te sluimeren, te slapen en heerlijk uit te rusten. Dat deed de vroedvrouw ook, ze sliep en dat kon ze gerust doen, alles was goed en harmonisch.

De beschermengel van het huis stond aan het hoofd einde van het bed en over het kind aan zijn moeders borst spreidde zich als het ware een net van kostbare, fonkelende sterren, elk een parel van geluk. De goede feeën van het leven hadden de nieuwgeborene allemaal hun geschenk gebracht; gezondheid, rijkdom, geluk en liefde, kortom alles wat een mens zich maar kan wensen op aarde.

“Alles is hier al gegeven!” zei de beschermengel.

“Nee!” klonk er een stem vlakbij. Dat was de goede engel van het kind. “Eén fee heeft haar geschenk nog niet gebracht. Maar dat doet ze wel, ze komt het op een dag brengen, ook al gaan er jaren voorbij. De laatste parel ontbreekt nog!”

“Ontbreekt? Hier mag niets ontbreken en als dat wel zo is, laten wij haar dan gaan zoeken, die machtige fee. Laten we naar haar toe gaan.”

“Ze komt wel, op een keer komt ze zeker. Haar parel hoort erbij, anders kan de krans niet worden dichtgebonden.”

“Waar woont ze? Waar hoort ze thuis? Zeg het me, dan ga ik de parel halen!”

“Als je dat echt wilt,” zei de goede engel van het kind, “dan breng ik je naar haar toe, waar we haar ook moeten zoeken. Ze heeft geen vaste verblijfplaats, ze gaat in het paleis van de keizer en bij de armste boer op bezoek. Geen mens gaat ze spoorloos voorbij, ze brengt iedereen haar geschenk, of dat nu de hele wereld is of een stuk speelgoed. Dit kind moet ze ook op een dag ontmoeten. Jij denkt dat we onze tijd nuttig moeten besteden; wel, dan gaan we de parel halen, de laatste parel in deze rijkdom!”

Hand in hand zweefden ze naar het huis waar de fee op dat moment woonde.

Het was een groot huis met donkere gangen en lege kamers, en het was er wonderlijk stil. Er stond een hele rij ramen open, zodat de kille lucht goed binnen kon komen.

De lange, witte, afhangende gordijnen bewogen zich in de tocht.

Midden in de kamer stond een doodskist en daarin rustte het lijk van een vrouw, in haar beste jaren. De mooiste verse rozen waren over haar heen gestrooid, zodat alleen haar gevouwen, witte handen zichtbaar waren en het in de dood verlichte gezicht met de hoge, verheerlijkte ernst van de inwijding in God.

Bij de kist stonden man en kinderen. Het was een hele groep, de kleinste zat op de arm van haar vader. Ze brachten een laatste groet. De man kuste haar hand, die nu op een verdord blad leek, maar die vroeger met kracht en liefde voor hen had gezorgd. In grote druppels vielen de bittere zilte tranen op de grond, maar er werd geen woord gezegd.

Het zwijgen herbergde een wereld van verdriet. Zachtjes snikkend gingen ze weg.

Er stond een kaars, de vlam kronkelde zich in de wind en schoot als een vurige tong de lucht in. Er kwamen vreemde mensen binnen. Ze legden het deksel op de kist. Ze sloegen de

spijkers erin. De hamerslagen klonken krachtig door de kamers en gangen van het huis. Ze klonken door in de bloedende harten.

“Waar breng je me naar toe?” vroeg de beschermengel, “Hier woont toch geen fee die een parel geeft als mooiste geschenk van het leven?”

“Op deze plaats woont ze, hier in dit heilige uur,” zei de goede engel van het kind en wees naar de hoek. En daar, waar in haar levensdagen de moeder had gezeten tussen bloemen en portretten, waar ze als de goede fee van het huis, lief naar haar man, haar kinderen en haar vrienden had geknikt, waar ze, als het zonnestraaltje in huis, vreugde had verspreid en het hart van alles was geweest, daar zat nu een vreemde vrouw, in een lang, wijd gewaad.

Het verdriet was hier nu heerseres en moeder in plaats van de dode. Een brandende traan rolde in haar schoot. Die veranderde in een parel, die fonkelde in alle kleuren van de regenboog. De engel pakte hem en de parel glansde als een ster met een zevenkleurige glans.

“De parel van het verdriet, de laatste die niet mag ontbreken. Door deze parel worden de glans en de macht van de anderen verhoogd. Zie je het schijnsel van de regenboog, die de aarde met de hemel verbindt? Voor ieder van onze geliefden die sterven, hebben we er een vriend bij in de hemel om naar te verlangen. In de nacht van de aarde kijken we naar de sterren boven ons, naar de voleinding.

Bekijk de parel van het verdriet, daarin liggen de vleugels van Psyche verborgen en die dragen ons weg van hier.”

Uit; Sprookjes en verhalen van Hans Christian Andersen

Bijlage 6 Urenverantwoording

Dit onderzoek beslaat een groot persoonlijk onderzoek, waar 15 studiepunten aan toe worden gerekend. Deze 15 studiepunten staan voor 420 uur. In deze bijlage zal ik verantwoorden hoe ik deze uren heb gebruikt in het schrijven van dit groot onderzoek.

Activiteit	Uren
Probleemstelling	50
Literatuur	30
Schrijven	20
Vooronderzoek	50
Literatuur	20
Interview	10
Schrijven	20
Onderzoeksopzet en methoden	10
Data analyse	165
Interviews	65
Literatuurstudie	100
Resultaat	50
Deelvragen	30
Hoofdvraag	20
Conclusie	10
Discussie	10
Aanbevelingen	10
Laatste wijzigingen doorvoeren	65
Totaal	420