



Het proces

De documentatie

Yara Arnoldussen
Mei 2011

Beoordelaar: Hans van Keken

Inhoudopgave	pag.
Inleiding	3
Hoofdstuk 1: Plan van aanpak	4
Planning	4
Achtergrond	5
Het product	7
Voor – voor onderzoek	7
In het kortm literatuur onderzoek	9
Hoofdstuk 2: De evaluatie	11
Adresgroep-evaluatiegroep	11
Evaluatie	12
Hoofdstuk 3: Ik	14
Mijn leerdoelen	14
Het verloop, mijn ervaring	15
Hoofdstuk 4: de conclusie	17
Bijlage 1: literatuurstudie persoonlijkheidstoornissen	18
Bronnen	25

Inleiding

Dit verslag bevat het proces wat ik heb afgelegd tijdens het maken van mijn PP. Allereerst komt het plan van aanpak aanbod waarin ik vast heb gelegd hoe ik aan de slag ga en wat voor een product ik ga ontwikkelen. Beschreven is welk vooronderzoek gedaan is en hoe dit vooronderzoek geanalyseerd is. Dit dient als basis voor het onderzoeksverslag waarin een probleemstelling en daaruit volgende hoofd en deelvragen zijn ontstaan. Dit onderdeel is niet terug te vinden in dit verslag, maar in het onderzoeksverslag zelf. In het plan van aanpak wordt meer afgestemd om de stappen die hieraan vooraf gaan. De tijdsplanning voor het onderzoek is ook opgenomen in het plan van aanpak. In het hoofdstuk "plan van aanpak" is ook terug te vinden hoe het te ontwikkelen product verbonden is met de segmenten uit het opleidingsprofiel en welke doelen ik gesteld heb gericht op mijn eigen ontwikkeling. Naast deze praktische zaken is ook beschreven welke vorm het product moet krijgen en op welke wijze de kwaliteit van het product bewaakt wordt.

Na het plan van aanpak wordt stil gestaan bij de evaluatie van de module. Bij de evaluatie van de module wordt stil gestaan uit welke professionals de evaluatiegroep zou moeten bestaan en waar uit heeft bestaan. Daarnaast wordt gekeken hoe deze professionals overeen komen met de adresgroep. Vervolgens wordt stil gestaan bij de evaluatie en presentatie van het conceptproduct. Hoe is dit verlopen en wat is er terug gekomen vanuit de evaluatiegroep. Welke feedback is opgenomen in het verslag zelf en welke feedback is terug te vinden als aanbeveling binnen de module. Vanuit bovenstaande volgt een conclusie waarin alles met elkaar verbonden en samengevat wordt.

Dit verslag is dus een samenvatting en koppeling tussen: Vooronderzoek, plan van aanpak en de einddocumentatie van het verslag. Deze drie onderdelen zijn dus niet los van elkaar beschreven omdat er veel samenhang en overlap ontstond. Om die reden zijn deze samengebundeld in dit verslag.

Hoofdstuk 1: Plan van aanpak

Planning

Hier zal ik schematisch aangeven op welke wijze ik het onderzoek en ontwikkeling van mijn PP zal aanpakken. Doordat mijn Minor zich vermengt met de afstudeer periode, ben ik eerder begonnen met het oriënteren op de onderwerpen voor onderzoek en contact hierover met collega's vanuit de praktijk. Dit eerder beginnen helpt ook met het spreiden van de draaglast, omdat ik ook nog 18 -21 uur extra stageloop.

Het plan is als volgt:

November ben ik gestart met informeren binnen het Centrum voor Psychotherapie voor onderwerpen voor mijn afstudeer onderzoek. Dit heeft geresulteerd in een gesprek met mijn consultant op 30/11. Vandaar af aan ben ik verder gegaan met het verder specificeren van mijn onderzoek. Daarover is verder telefonisch en mail contact geweest.

Per januari heb ik de volgende planning gemaakt:

Datum	Taak	uren
Januari – maart	Eind januari, hoofd en deelvragen definitief Verzamelen van en inlezen in literatuur Verbinden van literatuur richting beantwoording deelvragen	24 u p/w
Half februari	Onderwerp concreet Plannen interviews Samenstellen/vaststellen evaluatiegroep	3 uur 3 uur
Maart	Brainstormen module opdrachten	2 u p/w tot aan uitwerking module
Half maart	Interviews uitvoeren en verwerken in onderzoek	5 uur
April	Afronden uitschrijven van beantwoording deelvragen en verbinden in conclusie. Conclusie uitwerken in module	10 u p/w 14 u p/w
Half april	Concept versie module afleveren/ schriftelijk presenteren evaluatiegroep	24 p/w
Eind april	Verwerken van feedback in module/ aanbeveling afronden	
Halve mei	Schrijven procesverslag	5 uur
27 mei	Inleveren module en onderzoek	

Achtergrond

Voor mijn Minor heb ik gekozen voor een extra stage, een heel jaar lang, om extra praktijkervaring op te doen met een nieuwe doelgroep: cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Vanuit deze praktijkplek zijn voor mij mijn volgende onderwerpen van interesse naar voren gekomen (er waren nog wel meer interesses en onderwerpen, maar ik heb ze wat samengevat en meer gefocust op de kant die ik op ga met het PP):

- Sensorisch werken binnen beeldende therapie
- Cluster C persoonlijkheidsproblematiek; als problematiek binnen de beeldende therapie
- Ontwikkeling van het mentaliserend vermogen
- De emotiebeleving

Wat mij daar specifiek in interesseerde en waarom zal ik hieronder puntsgewijs aangeven:

- Hoe Cluster C persoonlijkheidsproblematiek ontstaat?

Door te begrijpen welke ontwikkeling iemand doorgaat waardoor persoonlijkheidsproblematiek ontstaat, hoop ik de voorkeuren van de cliënten in het medium beter te kunnen begrijpen en de inzet van het medium daar beter op af te stemmen. Daarmee wil ik mijn besluiten in het medium beter kunnen verantwoorden en na gaan of mijn voorkeuren in medium inzet wel zinvol zijn bij deze doelgroep.

- Hoe verloopt de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen en hoe speelt daarin de sensorische ontwikkeling/beleving daarin een rol?

Dit interesseert mij omdat binnen het CVP wordt gewerkt word vanuit MBT 'mentalized based treatment'. Hierbij wordt de cliënt uitgedaagd om te mentaliseren over wat er in hemzelf en de anderen omgaat. Naar mijn idee moet je daarvoor ook stil staan bij je emotiebeleving. Nu had ik de fantasie, dat als je de basisstructuur van je emotiebeleving niet meer herkent/niet (meer) kunt voelen het heel lastig is, als je ineens moet gaan vertellen wat er in je omgaat. (vanuit de observaties dat deze doelgroep moeite heeft met het voelen van emoties en andere gevoelens.) Daarbij had ik het idee dat beeldend therapie kan ondersteunen in dit proces. Het werken vanuit MBT is relatief bijzonder met persoonlijkheidscluster C problematiek. Er wordt met cluster B persoonlijkheidsproblematiek vaker gewerkt vanuit MBT gewerkt. Daardoor ben ik benieuwd hoe beeldende therapie bij vermijdende, dwangmatige en afhankelijke persoonlijkheid ingezet kan worden om het mentaliseren te stimuleren. Cluster B persoonlijkheidsproblematiek gaan heel anders om met het beeldend medium is mij opgevallen. Cluster C cliënten lijken de sensorische elementen van het beeldend medium te vermijden en ik vraag mij af of dit juist ingezet moet worden bij deze doelgroep om te komen tot/helpen bij het mentaliseren. Vandaar dat ik mij afvraag hoe dit sensorische element samenhangt met de ontwikkeling van het mentaliseren.

- Hoe de ontwikkeling van de emotiebeleving verloopt en hoe dit verband houdt met het benoemen en begrijpen van de emotie. En wat stemt hierin overeen met het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis.

Dit interesseerde me omdat ik vanuit mijn ervaring op het Centrum voor Psychotherapie heb gemerkt dat er moeite is met het benoemen en beleven van emoties bij de cliënten doelgroep. Ik heb zelf het idee dat dit ook doorslag geeft op de manier waarop gewerkt word binnen het medium en op de manier waarop het medium ingezet kan worden/wordt. Ik wil deze observaties en vermoedens eens onder de loep nemen en bekijken hoe dit in elkaar steekt.

- Hoe heeft de cluster C persoonlijkheidsproblematiek invloed op de behandeling van het beeldend materiaal in een sessie beeldende therapie door de cliënt?

Het valt mij op dat de cliënten die ik tegenkom binnen de beeldende therapie zintuiglijke materialen zoveel mogelijk uit de weg gaan. Ik vraag mij af hoe dit sensorische element verband houdt met de problematiek, maar ook met de moeite van de cliënt om te benoemen wat er in hem omgaat.

Al deze onderwerpen en nieuwsgierigheden zijn afkomstig uit mijzelf, mijn eigen interesses en vragen. Nu zijn vanuit deze interesses en vragen wel linken te leggen naar het belang dat andere kunnen hebben bij het onderzoeken van deze onderwerpen.

Belanghebbende zijn:

- Het Centrum voor Psychotherapie, waar nu sinds een jaar of twee gewerkt wordt vanuit de MBT visie en waar nog steeds gewerkt wordt aan “fine tuning” van het toepassen van MBT in de behandeling. Het is interessant om iets vanuit hun praktijk te onderzoeken om bij te dragen aan de “fine tuning” en onderbouwing van de gemaakte keuzes in de behandeling. Sluit het aan? Hoe kan het nog beter aansluiten?
- De cliënten van het O-cluster (ontregelend cluster, één van de twee behandelclusters van het CVP, in het O-cluster zitten grof genomen, cliënten met cluster C persoonlijkheidsproblematiek of trekken) waar mentaliseren een belangrijk onderdeel is van de behandelaanpak. Verder onderzoek naar mijn nieuwsgierigheid kan resulteren in een toevoeging in/aan de behandeling binnen het CVP wat de cliënten zou kunnen helpen om het mentaliseren gemakkelijker onder de knie te krijgen. Dit heeft weer PPsitieve invloed op het verloop van de behandeling.
- De cliënten binnen het CVP die het moeilijk vinden om woord aan hun gevoelens te geven of hun gevoelens überhaupt te registreren.
- Andere therapeutische instellingen waar gewerkt wordt vanuit de MBT of met cluster C persoonlijkheidsproblematiek
- Andere vaktherapeuten/studenten die de zelfde vragen hebben als ik.
- Een andere doelgroep waarvoor dit misschien interessant zou kunnen zijn, zijn professionals (niet specifiek vanuit de vaktherapeutische hoek) die werken vanuit de sensorische integratie. Een methode die momenteel vooral toegepast wordt bij kinderen. Zelf heb ik een vermoeden er een verband is tussen een slecht sensorische integratie en de ontwikkeling van een slecht contact met de innerlijke beleving (en misschien trekken van een persoonlijkheidsstoornis). In mijn afstudeer PP is daar niet ook de ruimte voor, maar ik hoop dat het ook een opstap zou kunnen zijn. Misschien dat het PP in de toekomst meer vervolg kan krijgen in die richting.

Wat bovenstaande met het beroep van de creatief therapeut te maken heeft komt al naar voren, maar er is nog meer over te zeggen. Uit een bron verkenning blijkt dat er weinig geschreven is over persoonlijkheidsproblematiek Cluster C. Er is van alles geschreven over de borderline persoonlijkheid, zowel in combinatie met de creatieve therapie als andere behandelingen. Cluster C persoonlijkheidsproblematiek is een doelgroep die interessant is voor de beeldende therapie. Een praktijkproduct met een onderzoek waarin de verschillende te vinden informatie samen komt is interessant voor het creatief therapeutische beroep. Daarnaast is het onderbouwen van wat de beeldend therapeut doet, van belang voor het bestaansrecht van het beroep binnen de praktijk. In tijden van bezuinigingen worden veel vaktherapeutische beroepen wegbezuinigd, omdat er onvoldoende onderbouwing is. Door hieraan te werken, ook op vlakken die nog niet zoveel verkend

zijn als cluster C persoonlijkheidsproblematiek, kan die bijdragen aan de ruimte die de vaktherapie krijgt.

Verder blijkt uit vooronderzoek het volgende: in de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen en de hechting tussen verzorger en baby ligt aan de basis de zintuiglijke en affecten van het kind en hoe hierop ingespeeld wordt door de zorggever. Binnen de beeldende therapie zouden zulke zintuiglijke ervaringen opgeroepen kunnen worden. Hierover later meer.

Het product

Het product dat ik zou willen ontwikkelen vanuit mijn eigen interesse, maar ook in belang van de praktijk is **een Module**. Een module die vorm krijgt aan de hand van literatuurstudie en praktijkinformatie. Inhoudelijk zou dit een module zijn waarmee de beeldend therapeut inspeelt op het non-verbale en zintuiglijke stuk rondom de affecten in de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen. Na toevoeging van het vooronderzoek zal dit nog duidelijker verwoord worden. De kwaliteitseisen van dit product zullen zijn dat er gebruik gemaakt wordt van een goede onderbouwing waarop de module gebaseerd is. Deze onderbouwing moet bestaan uit een verbinding tussen eerder geschreven stukken uit de vaktherapie, maar ook uit literatuur die nog niet verbonden is aan vaktherapie. Door deze informatie met elkaar te verbinden en te gebruiken ter beantwoording van vragen die in belang zijn van de module ontstaat er een zinvol product. Het product in de vorm van de module moet bruikbaar zijn als “product op zichzelf” maar kan ook dienen als inspiratie voor een beeldend therapeut om de beschreven doelen en belangen van de inzet van het medium te verwoorden naar zijn eigen voorkeuren en opdrachten. Het is dus belangrijk dat er in de module beschreven wordt welke visie en werkwijze er van belang is voor de doelgroep. Daarnaast moeten de ontwikkelde opdrachten duidelijk gekoppeld zijn aan doelen en fasen van behandeling. De opdrachten moeten duidelijk en bruikbaar zijn, binnen het CVP, maar ook eventueel binnen andere behandelcentra.

Binnen het Centrum voor Psychotherapie wordt binnen het behandelprogramma ook gewerkt met modules waar cliënten aan deel kunnen nemen als onderdeel van hun behandeling. De vorm van een module sluit dus goed aan op de praktijk.

Om te voldoen aan de criteria van een module wordt gebruik gemaakt van de handleiding module ontwikkeling voor creatieve therapie. Door via de richtlijnen uit deze handleiding te werken voldoet de module aan de belangrijke kwaliteitseisen van een module die ingezet kan worden binnen behandeling en beeldende therapie. Tevens wordt deze handleiding gebruikt voor het opstellen van de deelvragen voor het uitgebreide vooronderzoek. Op die manier krijgt de inhoud van de deelvragen voldoende bruikbaarheid voor de module. NVKT, Stuurgroep Moduleontwikkeling (juni 2000) Handleiding Moduleontwikkeling voor creatieve therapie. NVKT

De kwaliteit van de module wordt dus bewaakt door een uitgebreid vooronderzoek dat deze module onderbouwt, door gebruik te maken van een evaluatiegroep uit de praktijk en de handleiding moduleontwikkeling als leidraad. De evaluatiegroep is onderdeel van de adresgroep en komt verder op in dit verslag aanbod onder het kopje: Evaluatie.

Voor-Vooronderzoek

Om het te ontwikkelen product af te stemmen op de belangen vanuit de praktijk en om niet aan iets te werken wat al bestaat heb ik een verkenning van wat er al ontwikkeld is aan vergelijkbare producten gedaan. Daarnaast heb ik een literatuur verkenning gedaan ten aanzien van de doelgroep en het doel van het onderzoek. Ook is stil gestaan bij de behoeften vanuit het Centrum voor Psychotherapie om aan deze module te werken. De resultaten hiervan worden hieronder gepresenteerd.

Verkenning vergelijkbare producten

Met de termen: sensorisch, cluster C persoonlijkheidsproblematiek, zintuigen, mentaliseren en beeldende therapie in mijn achterhoofd ben ik op zoek gegaan naar vergelijkbare producten op

internet en in de mediatheek van de Hogeschool Utrecht en via de catalogus heb ik ook kunnen zoeken binnen het netwerk van verschillende opleidingslocaties.

Uit de verkenning komt naar voren dat er veel geschreven is over het sensorisch werken met mensen met een handicap, lichamelijk maar ook geestelijk. Deze literatuur en producten richten zich op cliënten met een basaal niveau van denken en voelen. En wordt gebruikt om deze doelgroep zowel, plezier als een middel van communicatie te bieden.

Ook kwam een aantal producten en literatuurstudies met als uitgangspunt beeldend/sensorisch werken met anorexia patiënten naar voren. Gericht op behandeling van de anorexia, maar ook in sommige gevallen gecombineerd met persoonlijkheidstrekken. Met als doel contact met het gevoel of de emotie aangaan/herstellen, maar niet specifiek gericht op sensorisch werken.

Zoekend naar wat er te vinden is over mentaliseren kwam ik veel tegen geschreven vanuit de PMT hoek, psychomotorische therapie, waarbij gekeken wordt naar de inzetbaarheid van MBT binnen PMT. Ook vond ik een onderzoek naar mentaliseren en beeldende therapie, dit was geen product en het onderzoeksgebied was tevens anders dan de richting waar ik op wil met dit onderzoek. Verder vond ik allerlei producten rondom het inzetten van beeldende therapie om het contact te herstellen met het gevoel, maar vanuit ander invalshoeken als focussen of meer cognitieve benaderingen, het sensorisch kwam hierbij niet aanbod.

Het was dus vooral, of mentaliseren, of sensorisch werken en heel af en toe ook wat cluster C. Maar een combinatie was niet vindbaar.

Literatuur verkenning

De literatuur verkenning is vooral gegaan over de doelgroep, persoonlijkheidsproblematiek. Het ontstaan en behandeling van cluster C persoonlijkheidsproblematiek. Verder is stil gestaan bij psychotherapeutische behandeling en mentaliseren. Bijgaande bij dit plan van aanpak is een verslag toegevoegd van de literatuur verkenning rondom persoonlijkheidsproblematiek. De rest van deze literatuur verkenning komt terug onder "in het kort" de leidraad waarop het onderzoek ter onderbouwing van de module voortbouwt.

Verder ben ik sinds september werkzaam geweest binnen het centrum voor psychotherapie om de context te kennen

Verkenning van behoefte in de praktijk

Vanuit de praktijk heb ik contact gehad met verschillende professionals werkzaam binnen het O-cluster binnen het CVP. Ik heb hen gevraagd naar hoe zij aan kijken tegen het idee om een module te ontwikkelen rondom de ontwikkeling van het mentaliseren via een non-verbale invalshoek, omdat dit nu verbaal aangeleerd wordt. Zij waren enthousiast en nieuwsgierig wat het zou opleveren. De beeldend therapeut, mijn stagebegeleidster, had eerder al een ander onderzoekswens in gediend, maar deze bleek niet uit te voeren binnen mijn afstudeeronderzoek. Zij kan zich goed vinden in het plan om een module te ontwikkelen, gericht op de zintuiglijke beleving. Zij gaf aan dat dit een element is waar ze vroeger veel meer mee werkten, maar wat is komen te vervallen. Het spreekt haar aan om dit nieuw leven in te blazen.

De gesproken deskundigen zijn 2 psychotherapeuten die zich erg verdiepen in het MBT gegeven, dit houdt in dat zij ook workshops geven en spreken op studiedagen. Daarnaast ontwikkelen zij een oefen vorm voor mentaliseren waarbij op speelse en creatieve wijze kaarten gebruikt worden. Op deze kaarten staan afbeeldingen en vragen waarover gementaliseerd kunnen worden. Deze twee professionals zitten dus erg in het mentaliseren. De andere professional is de beeldend therapeut werkzaam van uit het mentaliseren op het O-cluster.

Vanuit de praktijk kwam dus naar voren dat er nieuwsgierigheid is naar hoe er nog meer bezig gegaan kan worden met het mentaliseren, niet alleen interessant voor de beeldende therapie, maar ook als inspiratiebron voor de psychotherapie.

Meer gericht op de doelgroep, heb ik ingespeeld op de indirecte vraag van de cliënten. Binnen de therapie hoor ik cliënten vaak zeggen dat ze niet weten hoe ze moeten voelen, wat ze kunnen

voelen. Dit is niet direct met de cliënt onderzocht, maar stamt af uit de observaties die ik heb gedaan de periode waarin ik onderzoek was naar een onderzoeksonderwerp wat aansloot bij mijn extra stage.

In het kort

Literatuur onderzoek

(voor uitgebreider literatuur onderzoek naar het onderwerp verwijs ik naar mijn onderzoeksverslag waaruit de module voort komt)

Laten we beginnen bij de persoonlijkheidsproblematiek. Het ontstaan hiervan vind zijn wortels in de ontwikkeling van een kind in de fase waarin de wereld van het kind gericht is op zijn primaire zorggever. Deze gerichtheid wordt in de binnenwereld van het kind ervaren als dyadisch¹: het kind is, om te overleven, aangewezen op deze persoon en leeft in de illusie van wederzijdse exclusiviteit met deze zorggever. Voor een ander is in deze dyade nog geen plaats. Een te vroeg verstoren van deze dyadische binnenwereld kan leiden tot persoonlijkheidsproblematiek. De verstoring van deze dyade word ook wel onveilige hechting genoemd. Waardoor gesproken kan worden dat de oorzaak van persoonlijkheidsproblematiek begint hechting van een kind. De aangeboren karakter eigenschappen van het kind, zijn bepalend voor de invloed die de verstoring in de hechting heeft op de verder ontwikkeling van de persoonlijkheid. Niet alleen een abrupte verstoring, of zwakke hechting, kan van invloed zijn op de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematiek, maar ook een te sterke hechtingsband kan hieraan bijdrage. Zo kan er bijvoorbeeld een extreme afhankelijkheid zich ontwikkelen bij het kind. Wat zich verder kan ontwikkelen tot een persoonlijkheidsstoornis cluster c: afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Wat er mis loopt in de dyadische relatie wanneer deze als onveilig wordt ervaren heeft volgens Bowlby voornamelijk te maken met de manier waarop de primaire zorggever reageert op de baby. Wanneer deze vrij weinig of inconsequent reageert op signaal gedrag van hun kind wordt dit onbewust als onveilig ervaren. Timmers-Huigens² beschrijft dit ook, zij benoemt de relatie tussen de zorggever en kind als coregulerend. (Coregulatie³ is een proces tussen mensen en in mensen samen (co) tot evenwicht in de orde (veiligheid) komen (regulatie)) Zij beschrijft dat onveilige hechting gaat over communicatie tussen de primaire zorggever en het kind. De veilige of onveilige hechting hangt samen met het verwachtingspatroon van communicatie wat het kind ontwikkeld in de eerste basale communicatie. De primaire zorggever luistert naar en reageert bewust en onbewust op de boodschappen van het kind. In dit contact kunnen misverstanden ontstaan, of wel miscommunicatie. Doordat de zorggever onjuist of niet reageert op de signalen die het kind afgeeft. Wanneer het communicatieproces tussen het kind en de primaire zorggever bij herhaling niet of minder bevredigend verloopt, zal de baby deze processen als onveilig ervaren.

Timmers-huigens beschrijft dat deze communicatie zowel verbaal als non-verbaal plaats vindt. Een groot deel van de communicatie met het kind verloopt, in deze fase van de ontwikkeling, via sensomotorische informatie⁴. Sensomotoriek vormt voor het kind een verbinding tussen lichaam en haar omgeving en geeft zo informatie over de werkelijkheid door. De sensomotorische perceptie brengt fysieke kwaliteiten en emotionele kwaliteiten zoals: betrouwbaarheid, nabijheid, geborgenheid, genegenheid, maar ook de tegendelen daarvan in beeld. Via mimiek, intonatie,

¹ Heuves, W.; Nicolai, N.J. (redactie) Boom 2009: Narcisme, Psychoanalytische beschouwingen. Hoofdstuk 3: De puberale wortels van het narcisme – Willem Heuves. Pagina; 56- 67 expliciet pagina 59 – 61.

² Timmers-Huigens, Drothea (ELSEVIER gezondheidszorg 2001) Meer luisteren, ervaringsordening en het empathische moment van communicatie. Hoofdstuk 1 Ervaringsordening, pagina 17 – 61, specifiek: paragraaf 1.3.5 – 1.5.

³ Timmers-Huigens, Drothea (ELSEVIER gezondheidszorg 2001) Meer luisteren, ervaringsordening en het empathische moment van communicatie. Pagina 38, 1.4 Coregulatie.

⁴ Timmers-Huigens, Drothea (ELSEVIER gezondheidszorg 2001) Meer luisteren, ervaringsordening en het empathische moment van communicatie. Hoofdstuk 2: Vier wijzen van ordenen pagina 64 – 121 2.2 sensomotoriek 75 -79.

lichaamstaal, verbaal contact wordt deze informatie coregulatief overgedragen. Vage, onbegrijpelijke of nieuwe sensomotorische indrukken kunnen leiden tot onrust en gevoelens van onveiligheid.

Door interactie met het lichaam, de sensomotoriek en de reactie daarop van de zorggever integreert het kind wat deze behoort te voelen. Het integreert de informatie vanuit de omgeving in zijn verder ontwikkeling, zo ook wanneer het gaat over emoties.

Een andere ontwikkeling die plaats vindt in de hechting is de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen. Dit is het vermogen⁵ om het doen en laten van jezelf en van anderen waar te nemen en te begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen, verlangens. Het begrijpen van wat er in jezelf omgaat: wat je voelt, denkt, ervaart; hoe je reageert op dingen die gebeuren. En wat er in anderen omgaat: waarom ze doen, wat ze doen, welke bedoelingen er achter hun gedrag zou zitten etc. En het begrijpen van wat er tussen jou en de ander gebeurt: waarom jij zo op de ander reageert en de ander zo op jou reageert, hoe je dat kunt begrijpen vanuit achterliggende gedachten en gevoelens.

Vanuit de theorie van het mentaliseren is een onderdeel van de communicatie tussen de zorggever en het kind dat de zorggever spiegelt wat er in het kind omgaat.

In een veilige hechting volgt na de dyade een de belevingswereld van de triade, er ontstaat ruimte voor een andere persoon. In deze fase realiseert het kind zich dat deze niet het middelpunt is van alle relaties, maar dat deze gedeeld kunnen worden met een derde. Er ontstaat ruimte voor ontwikkeling van inzicht in de ander. De aangeleerde emoties kunnen nu ook benoemd worden bij anderen. Hoe ouder het kind wordt, hoe meer dit mentaliserend vermogen zich ontwikkelt

Dat beeldende therapie een methode kan zijn om het contact tussen het voelen en denken te herstellen wordt ook onderkend door wordt beschreven in een scriptie over alexythimia. Deze scriptie onderzoekt welke invalshoeken er gebruikt kunnen worden wanneer verbale interventies niet lijken te helpen. Alexythimia is een gecompliceerdere, minder veranderlijke problematiek. Maar kenmerken zijn wel vergelijkbaar met die van cliënten met cluster C problematiek welke moeite hebben met het herkennen/verwoorden van hun emotiebeleving. Dit onderzoek beschrijft ook hoe via het aanleren of verder ontwikkelen van vaardigheden via verbalisering alleen de linker hersenhelft aangesproken wordt. Via non-verbale therapie beeldend, wordt ook de rechterhersenhelft aangesproken. Die combinatie hiervan zorgt dat beide hersenhelften elkaar verbinden en het koppelen van voelen en denken gemakkelijker zal verlopen.
(de literatuurlijst van alle vooronderzoeken is bijgevoegd als bijlage)

Deze literatuur studie en de literatuur studie inde bijlage zijn aanleiding voor een uitgebreid literatuur onderzoek met de titel:

Onderzoeksverslag, De inzet van sensorische beeldende therapie ter bevordering van het mentaliserend vermogen d.m.v. herstel van de emotiebeleving bij cliënten met cluster C persoonlijkheidsproblematiek.

Dit onderzoek vindt plaats aan de hand van verschillende literatuur bronnen, scripties en interviews. Dit onderzoek bevat een probleemstelling welke afkomstig is uit al het hier bovenstaande materiaal. Voor meer wil ik daarom verwijzen naar dit verslag.

⁵<http://www.gitp.nl/diensten/gitppao/trainingen/~media/D201A19C11DD423AA612D4A5A8C39E33.ashx>

Hoofdstuk 2: De evaluatie

Adresgroep – Evaluatiegroep

De adresgroep bevat de mensen op wie de ontwikkelde module zich richt. Al eerder heb ik besproken voor wie deze module interessant kan zijn. Ik zal dit nog even herhalen:

Belanghebbende zijn:

- Het Centrum voor Psychotherapie, waar nu sinds een jaar of twee gewerkt wordt vanuit de MBT visie en waar nog steeds gewerkt wordt aan “fine tuning” van het toepassen van MBT in de behandeling. Het is interessant om iets vanuit hun praktijk te onderzoeken om bij te dragen aan de “fine tuning” en onderbouwing van de gemaakte keuzes in de behandeling. Sluit het aan? Hoe kan het nog beter aansluiten?
- De cliënten van het O-cluster (ontregelend cluster, één van de twee behandelclusters van het CVP, in het O-cluster zitten grof genomen, cliënten met cluster C persoonlijkheidsproblematiek of trekken) waar mentaliseren een belangrijk onderdeel is van de behandelaanpak. Verder onderzoek naar mijn nieuwsgierigheid kan resulteren in een toevoeging in/aan de behandeling binnen het CVP wat de cliënten zou kunnen helpen om het mentaliseren gemakkelijker onder de knie te krijgen. Dit heeft weer PPsitieve invloed op het verloop van de behandeling.
- De cliënten binnen het CVP die het moeilijk vinden om woord aan hun gevoelens te geven of hun gevoelens überhaupt te registreren.
- Andere therapie settingen waar gewerkt wordt vanuit de MBT of met cluster C persoonlijkheidsproblematiek
- Andere vaktherapeuten/studenten die de zelfde vragen hebben als ik.
- Een andere doelgroep waarvoor dit misschien interessant zou kunnen zijn, zijn professionals (niet specifiek vanuit de vaktherapeutische hoek) die werken vanuit de sensorische integratie. Een methode die momenteel vooral toegepast wordt bij kinderen. Zelf heb ik een vermoeden er een verband is tussen een slecht sensorische integratie en de ontwikkeling van een slecht contact met de innerlijke beleving (en misschien trekken van een persoonlijkheidsstoornis). In mijn afstudeer PP is daar niet ook de ruimte voor, maar ik hoop dat het ook een opstap zou kunnen zijn. Misschien dat het PP in de toekomst meer vervolg kan krijgen in die richting.

Uit deze lijst springen er twee belanghebbende uit: de professionals werkzaam binnen het CVP en de cliënten in behandeling binnen het CVP. Voor de cliënten is binnen de module een evaluatieformulier opgenomen, zodat zij als adresgroep na uitvoering van de module ook kunnen functioneren als evaluatiegroep. Dit geldt ook voor de therapeuten die de module uitvoeren. Voor hen is binnen de module ook een evaluatieformulier opgenomen. De praktijkervaring is van groot belang voor het verder uitwerken en perfectioneren van de module. Dat is belangrijk, voor de effectiviteit van de module.

Voor de evaluatiegroep, welke de conceptversie van de module evalueren, is gekozen voor de professionals die vanuit hun praktijkervaring en anders opgedane kennis ook een goed zicht hebben op wat er aansluit op de doelgroep, wat haalbaar is, wat prettig werkt etc. etc.

Met vier professionals werkzaam binnen het Centrum Voor Psychotherapie is de afspraak gemaakt op welke datum zij de module zullen ontvangen en wanneer zij deze voorzien van feedback aan mij

teruggeven. Ook is er ruimte om naast schriftelijk ook verbaal contact te hebben over de module. De evaluatiegroep bestond uit de volgende vier professionals:

- Trudie Oudekerk, werkzaam als sociotherapeut binnen het Centrum voor Psychotherapie. Opgeleid als beeldend therapeute.
- Jeroen Bakker, werkzaam als psychotherapeut binnen het Centrum voor Psychotherapie. Houdt zich bezig met ontwikkeling van mentaliseren binnen het centrum en geeft de starters module “mentaliseren” in de eerste fase van de behandeling voor de cliënt. Hierin leert deze de beginselen van het mentaliseren.
- Hanneke Derks, werkzaam als psychotherapeut binnen het Centrum voor Psychotherapie. Houdt zich bezig met het ontwikkelen van het mentaliseren binnen de praktijk, zo ook het mentaliseren door de staf.
- Caro de Bruijn, werkzaam als beeldend therapeut binnen het centrum voor psychotherapie.

De module is schriftelijk aan deze professionals gepresenteerd, waarbij tevens een aantal mogelijke evaluatie punten beschreven stonden als:

- relevantie van de module voor de praktijk
- inzetbaarheid van de module binnen het CVP
- Aansluiting op de doelgroep
- compleetheid van de module
- duidelijkheid van de module (wat is er onduidelijk?)
- Hoe realistisch is de module is bij het werken met de doelgroep, binnen het CVP, maar ook gezien de tijd en de doelstellingen
- En verder alle ruimte voor wat er verder op te merken, aan te vullen, te vragen, te veranderen etc. etc. is.

Evaluatie

Nadat de module retour is gekomen van alle therapeuten is de feedback bekeken en zijn aanpassingen gemaakt binnen de module. Over het algemeen was de feedback niet ingrijpend, er hoefde geen grote veranderingen aangebracht te worden. Er heeft aanpassing plaats gevonden aan:

- de omschrijving van de doelgroep, is wat specifiekier omschreven.
- de volgorde werkvormen, een aantal werkvormen zijn gewisseld van fase of met elkaar gecombineerd in een nieuwe werkvorm. Ook zijn titels toegevoegd aan de opdrachten.

Verder zijn er belangrijke aanbevelingen gedaan, die mijn inziens voornamelijk richting de evaluatie vanuit de praktijk moeten.

- Er kwam naar voren dat de module ook goed zou kunnen aansluiten binnen het S-cluster (structurerend cluster), het andere cluster van het centrum voor psychotherapie waar meer cluster B cliënten zitten. Veel van de modules zijn gericht op beide cluster en worden dus gemengd aangeboden. MBT, het mentaliseren wordt binnen veel andere plaatsen voornamelijk toegepast bij borderline cliënten. De gedachte dat deze module daarom heel goed zou aansluiten op S-cluster cliënten is dus belangrijk om mee te nemen in de toepassing van de module. De vorm waarin deze nu beschreven is, is niet onderzocht voor deze

doelgroep. Vanuit de praktijk zou gekeken kunnen worden hoe deze module op deze doelgroep aansluit.

- Er kwam de vraag om een vergelijkende studie te maken tussen S en O- cluster cliënten afzonderlijk van elkaar. Dit sluit mooi aan op bovenstaande aanbeveling.
- Wat ook naar voren kwam uit de feedback is of de methode die ik aanbied wel minder bedreigend is als het verbaal aanleren van mentaliseren. Bij het verbaal leren van mentaliseren wordt dit wel via de cognitie gedaan, wat een hoger gelegen functie is, maar affecten van de therapeut maar ook in de cliënt zelf zijn erg spannend om te ervaren. De vraag is dus of deze module door de manier waarop deze wordt aangeboden juist spanningsverlagend is voor de cliënt of dat deze juist spanningsverhogend is. Hij zit op de grens van beide. Hoe dit zal uitpakken moet dus blijken vanuit de praktijk.
- Vanuit de evaluatie kwamen ook nog meer ideeën van opdrachten die aansluiten bij de module.
- Van iedereen uit kwam naar voren dat deze de module wel uitgevoerd zouden willen zien in de praktijk, of dat deze het zelf wel uit zouden willen voeren.
- Er was ook een opmerking ten aanzien van de doelen. Deze opmerking ging over de hoogte van de fasen en doelen en of dit haalbaar zou zijn in de tien keer die deze module beslaat. Dit lijkt mij ook een belangrijk evaluatie punt vanuit de praktijk. De doelen zijn vanuit het onderzoek ook erg strak gesteld, omdat er een meet punt moet zijn. Maar er is zeer zeker ruimte voor aanpassing van deze doelen als dit nodig blijkt.

Hoofdstuk 3: Ik

Mijn leerdoelen

Het ontwikkelen van dit praktijk product is in belang van mijn ontwikkeling omdat:

- Het grootste belang gaat over het ontwikkelen van werkvormen. De afgelopen vier jaar binnen de opleiding, is dat iets waar ik niet aan toe gekomen ben. Wat ik eigenlijk ook uit de weg ben gegaan. In een sessie, in interactie met de cliënt stemde ik wel werkvormen/werkzaamheden af. Het los van de cliënt ontwikkelen van werkvormen vond ik lastig. Ik blokkeer dan en maak alles veel ingewikkelder voor mijzelf dan eigenlijk nodig zou zijn. Voor deze module moet ik wel aan de slag en ik hoop deze keer mijzelf te bewijzen dat ik het prima kan en dat het blokkeren nergens voor nodig is.

Hoe kijk ik terug op deze uitdaging? Het viel mij heel erg mee om de opdrachten te ontwikkelen. Ik was bang dat ik niets kon bedenken, maar eigenlijk kwam het wel. Ik kon van alles bedenken, soms liep ik vast en dan vroeg ik hulp aan iemand en liet ik die persoon mee brainstormen. Dat hielp mij dan om los te komen uit mijn eigen blokkade. Ik denk dat ik ook door het volgen van de stage binnen het Centrum voor psychotherapie, waar ik nog meer dan in andere stages in moest spelen op de cliënt en geen vaste werkvormen aangeboden worden. Daarnaast hielpen de handvaten vanuit het vooronderzoek ook, deze boden mij houvast. De keuzes die ik maakte in materiaal en vormgeving sloten aan op het onderzoek en waren daarmee onderbouwd. Dit gaf mij ook een zelfvertrouwd gevoel. Daarnaast kende ik ook de doelgroep en maakte dat afstemmen ook gemakkelijker. Wat ik hiermee nogmaals bevestigd heb gekregen is dat ik dit kan. Het was belangrijk voor mijzelf om dit ook eens gedaan te hebben.

De feedback die ik terug kreeg op de werkvormen kon ik in goed overleg en gelijkwaardig bespreken. Het leverde mij inspiratie op om de opdrachten waar ik nog niet helemaal van overtuigd was om te vormen in iets wat mij voldoening gaf. Ik ben dan ook tevreden over de werkvormen.

- Een ander belangrijk leerelement voor mijzelf is het aangaan van contact met andere professionals. Dit vind ik erg lastig. Ik vind het spannend om de tijd te vragen van mensen die het erg druk hebben. Ik voel me onzeker als ik het over een onderwerp moet hebben met professionals waar ik erg tegen op kijk. Ik ben bang dat er een beeld ontstaat van mij waaruit blijkt dat ik niet zoveel weet, terwijl ik zelf het idee heb dat ik van alles weet. Ik ben dan bang dat ik onderschat wordt.

Dit vond ik het meest ingewikkeld van deze module. Het contact maken met andere professionals, door de jaren heen heb ik dit al lastig gevonden. De ontwikkeling van de module heeft mij eigenlijk geforceerd om het toch meer te doen en het heeft me veel opgeleverd. Eerst vond ik het moeilijk om mij voor te stellen dat professionals ook echt ruimte wilde maken om mij te helpen, maar nadat ik dit had aanvaard ontstond er veel meer contact. Het meer maken van contact en feedback krijgen op hoe ik bezig was gaf mij ook zelfvertrouwen. Ik voelde mij gelijkwaardiger en kreeg een realistischer beeld van mijzelf. Mijn innerlijke beeld kwam in contact met het beeld dat de professionals zagen van hoe ik mijzelf presenteerde.

Dat betekende overigens niet dat alles gemakkelijker verliep. Ik had 4 totaal verschillende mensen in mijn evaluatiegroep die ook allemaal op een andere plek stonden t.a.v. mijzelf. Één van de professionals vond ik lastig te benaderen. Deze had ook een hogere functie dan ik, omdat deze soms de functie van teamleider op zich neemt. Deze persoon reageerde ook niet op mijn mailtjes, waardoor ik er echt achter aan moest. Uiteindelijk is het mij wel gelukt om op zeker hoogte contact te maken, maar toen bleek dat hij de afspraak die we hadden staan voor ons interview toch niet door kon laten gaan. Ook het retouren van mijn module duurde veel langer dan binnen de afgesproken tijd. Dat gaf mij wel een vervelend gevoel en voelde ik me klein er

niet zo serieus genomen in het contact. Ik vond het erg lastig om daar iets over te zeggen, bijvoorbeeld aangeven dat iets wel onprettig was. Dit heb ik dan ook niet gedaan.

Het verloop, mijn ervaring

Hoe het proces verlopen is van begin tot einde zal ik hier beschrijven.

Vanuit mijn stageplaats binnen het Centrum voor psychotherapie ben ik opzoek gegaan naar een onderwerp voor mijn afstudeer onderzoek/product. Allereerst ben ik hiervoor langs gegaan bij mijn stagebegeleidster. Al bij mijn sollicitatie heeft zij aan gegeven een eventueel onderwerp voor mij te hebben. Het onderwerp wat zij aanbod leek mij interessant, maar was iets waar zij al lange tijd aan had zitten puzzelen en wat haar naam droeg. Dit was een opdracht welke zij ontwikkeld had en welke zij wilde onderzoeken. Hiervoor had zij al jaren informatie verzameld. Deze informatie bleek alleen niet op constante punten in de behandeling te zijn verzameld. Ook bleken er geen criteria verbonden aan haar observaties, zoals problematiek, fase, doelen etc. Het waren simpelweg observaties van wat er gebeurde, niet gericht op specifieke elementen uit de opdracht. Ook de opdracht wisselde inhoudelijk soms. Dat maakte het al lastig, maar ik dacht zelf om een versimpelde versie te onderzoeken. Een opstart voor een uitgebreider onderzoek. Er was alleen nog iets anders wat mij dwars zat, ik vond het niet relevant dat de opdracht de naam van mijn begeleidster droeg. Ik had namelijk zelf het idee, dat de opdracht een opdracht was die zoveel mensen bedenken. Dat is nu eenmaal wat de creatief therapeut doet, deze verzint werkvormen. Wanneer deze dan concreter uitgewerkt en onderbouwd wordt is dat prima, maar toe-eigenen vind ik een ander verhaal. Daarnaast was ik eigenlijk opzoek naar iets wat de kroon op MIJN werk van de afgelopen vier jaar zou zijn, niet wat de kroon op het werk van mijn stagebegeleidster zou zijn. Toch heb ik achtergrond informatie gezocht en vergeleken wat er allemaal al over te vinden was. Met die informatie heb ik een afspraak gemaakt met mijn consultant. Die gaf al direct aan dat de vorm van het onderzoek niet te bewerken was en dat ik in een lastige PPSitie zou komen te zitten wanneer ik dit onderzoek zou aannemen. Mijn stagebegeleidster was dan ook mijn opdrachtgever en dat zou gecompliceerd kunnen worden. Bovendien stond ik niet voldoende onbevooroordeeld voor het onderzoek. Enerzijds viel mij dit heel erg tegen, ik had al zoveel tijd gestoken in dit onderwerp. Anderzijds luchtte het mij ook wel op, die steen in mijn buik over mijn stagebegeleidster als opdrachtgever verdween. Zo ging ik op verkenning voor een nieuw onderwerp. Eerst vanuit mijn eigen interesse: wat past nu echt bij mij? En dat bleek zintuiglijk werken. Ik was nieuwsgierig hiernaar. Daarnaast was ik erg geïnteresseerd naar het mentaliseren over beeldend werk en hoe dit in proces verloopt met de cliënt. Zonder dat ik dit onderzocht had, schreef ik hierover mijn gedachten op en zette ze weg. Ik hield mijn oren en ogen goed open voor de praktijk en er begonnen mij dingen op te vallen. Zoals het vermijden van zintuiglijke materialen, het mentaliseren als hoge cognitieve functie en de weerstand die dit op kon roepen bij cliënten. Ik verbond dit aan elkaar en er ontstonden allerlei gedachten, die liepen zo breed uit dat ik er in verdronk. Met behulp van mijn consultant heb ik dit op een rij kunnen zetten en een gestructureerde doorstart kunnen maken. Al werkend kwam ik er achter, dat wat ik eerder geschreven had over het mentaliseren in het beeldend werk iets was wat echt gebeurde. Wat ik tegen kwam in het onderzoek en dat vond ik erg leuk om te ontdekken. Ik heb het onderzoek met veel nieuwsgierigheid naar kennis geschreven, ik ben ook echt heel veel wijzer geworden. Wat ik erg spannend vond aan het hele proces was het contact wat ik aan moest met de professionals. IK werkte met hen samen, maar was ook erg geïntimideerd door hun kennis. Ik vond het erg lastig om mijzelf naar voren te schuiven en tijd te vragen voor mijn onderzoek. Ik vond het helemaal verschrikkelijk om mijn product aan hun te presenteren, al was het schriftelijk. Ik was en ben nog steeds, bang dat ze denken “ach wat schattig dat ze dat gedaan heeft” terwijl dit onderzoek voor mij zo “echt” is. De professionals hebben serieus gereageerd op mijn uitnodigingen en serieus feedback gegeven, maar het gevoel is niet van mij af gegleden. Na het onderzoek ging ik aan de slag met het verwerken van de kennis in de module. Erg spannend ook. Het verbinden van literatuur, dat ken ik wel, maar het bedenken van opdrachten, dat vond ik spannend. Mijn ervaring is dat ik hier helemaal in blokkeer. Maar dat gebeurde nu niet. Ik heb mijzelf

de tijd gegeven op de opdrachten in mij op te laten komen en dat steeds op te schrijven. Ook heb ik gebruik gemaakt van de voorbeelden en materialen uit het onderzoek, dat was prettig om te hebben. En zo ben ik toch gekomen tot opdrachten die mij leuk lijken. Met behulp van feedback van professionals heb ik nog wat gestoeid en omgewisseld in de opdrachten.

Op dit moment kan ik helaas nog niet zeggen dat ik tevreden ben met mijn werk. Ik kan er nog geen afstand van nemen, het werd alleen maar zwaarder en zwaarder en lastiger om te lezen, steeds kwam ik weer iets tegen wat miste. Toch vind ik het werkstuk wel af, maar zolang ik niet weet binnen welk "beoordelingskader" ik dit werkstuk moet zien ben ik er niet tevreden over. Lastig in te schatten, wat is nu goed, voldoende of onvoldoende. Waar liggen die grenzen? Hoe ziet dat er inhoudelijk uit?

Al met al was het een zeer interessant proces met veel stres, maar ook veel leuke kennis. Ik voel mij door het maken van dit onderzoek gegroeid als therapeut. Niet alleen gegroeid, maar ook geïnspireerd in nog meer verdieping in andere onderwerpen en mijn liefde voor het stimuleren van beeldend werken door anderen mensen.

Toevoeging:

Het plan van aanpak is niet gefiatteerd door mijn consultant. Er is email en telefonisch contact geweest rondom het onderwerp wat ik wilde aanpakken, een geconcentreerde versie van alles wat voorbij gekomen is, is verwerkt in dit plan van aanpak. Mijn consultant Huub Notermans heeft mij laten weten dat het fatteren van dit plan van aanpak niet meer nodig was. Zie hiervoor onderstaande email:

Beste Yara,

In de evaluatiegroep zitten ongeveer 4 a 5 mensen. Het plan van aanpak is een verplicht onderdeel maar hoeft niet (meer) gefiatteerd te worden.

Even nog over je hoofd en deelvragen. Je vooronderzoek leidt tot beantwoording van deze vragen. De module is de uitwerking van de conclusie.

Groet, Huub

Hoofdstuk 4: de conclusie

Aan de hand van vooronderzoek en een langdurig proces waarin ik heb afgestemd op een passend onderwerp is naar voren gekomen dat het interessant is om een module sensorische beeldende therapie te ontwikkelen waarmee het contact met de emotiebeleving hersteld wordt voor cliënten met cluster C problematiek. Aan de hand hiervan is een uitgebreid onderzoek gedaan naar de wijze waarop deze module ingevuld moet worden. Hiervoor verwijs ik u naar de conclusie van het onderzoeksverslag. Deze conclusie is verwerkt in een module. Deze module op schriftelijke wijze gepresenteerd aan de evaluatiegroep, een groep bestaande uit professionals werkbaar binnen de praktijk waarop de module zich richt. Deze groep heeft de module geëvalueerd en voorzien van feedback. Vanuit deze groep is feedback terug gekomen welke verwerkt is in de module, zoals omschrijving van de doelgroep en het aanpassen van wat werkvormen. Verder was er feedback wat omgevormd is in aanbevelingen. Zoals de haalbaarheid van de fasen en doelen, de invloed van de module op de spanning van de cliënt en de vergelijking met de andere doelgroep binnen het Centrum Voor Psychotherapie. Aan de hand van evaluatieformulieren, toegevoegd aan de module, draagt ook de thearpeut en de client zelf bij aan verbetering van de module.

Met deze module heb ik alle segmenten uit het opleidingsprofiel betrokken in mijn onderzoek. Dit komt naar voren, doordat ik heb kunnen werken aan de voor mij belangrijke leer elementen uit dit onderzoek en tevens bijdragen heb kunnen leveren aan behandeling van cliënten, werken in een arbeidsomgeving en werken aan professionalisering en professionaliteit. Voor mijzelf en voor de praktijk.

Het ontwikkelen van de module heeft voor mij bij gedragen aan het uitbreiden van mijn eigen kennis en zekerheid rondom het inzetten van bepaalde beeldende technieken. Met veel plezier heb ik ze apart van elkaar bekeken. Geoefend met de materialen en onderzocht. Ik heb de verschillende praktijk kennis die ik eerder opgedaan heb indirect verwerkt in deze module, doordat deze kennis mij richting gaf in het vormgeven van de opdrachten.

Voor een conclusie ten aanzien van de module zelf verwijs ik u naar het onderzoeksverslag waar de hoofdvraag beantwoord is en alle conclusies ten aanzien van de module ontwikkeling verwoord staan.

Bijlage 1: literatuurstudie persoonlijkheidstoornissen

Persoonlijkheidsvorming

Wanneer een kind geboren wordt is zijn persoonlijkheid nog niet gevormd. Wel heeft het kind een aangeboren temperament. Dit temperament bepaald o.a. of een kind introvert of extrovert is, zijn vitaliteit en wat zijn activiteitsniveau en tolerantie voor gevoelens is. Dit temperament is in interactie met de omgevingsvariabelen waarin het kind opgroeit. Op die manier ontwikkeld een kind zijn karakter, het karakter is een stabielere vorm van het temperament en voorloper op de persoonlijkheid. De persoonlijkheid is een gesocialiseerde vorm van het karakter en vult daarmee het gevormde karakter aan. Dit gebeurt o.a. door middel van imitatie, identificatie en leerprocessen. Waarbij de omgeving waarin het kind opgroeit een belangrijke rol speelt.

In de adolescentie neemt de persoonlijkheid een vastere vorm aan. Persoonlijkheidstrekken zijn kenmerken van iemand zijn persoonlijkheid. Deze bestaan uit stabiele patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf. Wanneer dit patronen star en onaangepast zijn en aanzienlijke beperkingen of subjectief lijden veroorzaken, dan wordt er gesproken over een persoonlijkheidsstoornis. Volgens de DSM is er een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van het individu en dit manifesteert zich op ten minste twee van de volgende gebieden: Cognities, emotionele reacties, inter-persoonlijk functioneren of impulsbeheersing. Daarnaast is het kenmerkend dat dit patroon op zijn vroegst kenmerken vertoond in de adolescentie of vroege volwassenheid, wanneer de persoonlijkheid steeds meer ontwikkeld raakte. Over een persoonlijkheidsstoornis wordt niet gesproken als het patroon te herleiden is tot iets anders, bijvoorbeeld een andere psychische stoornis of een fysiologisch gevolg.

Zoals hier boven omschreven zijn er bij de geboorte al trekken die een kind kenmerkend maken, daarnaast is te lezen dat er een duidelijke invloed van de omgevingsfactoren is op de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

Wat maakt nu dat een persoonlijkheid zich kan ontwikkelen in een persoonlijkheidsstoornis?

Wanneer een kind geboren wordt in een bepaalde omgeving die qua cultuur het tegenovergesteld is van het temperament waarmee het kind geboren is, is dit van invloed op hoe dit temperament zich kan ontwikkelen. Een voorbeeld hiervan is een kind met een introvert temperament en een lage tolerantie voor gevoelens. Dit kind wordt geboren in een gezin dat leeft in een drukke stad, beide ouders hebben drukke banen en in het weekend worden er uitbundige feestjes gegeven met veel vrienden van de ouders. Gevoelens worden gezien als aanstellerij en conflicten worden niet uitgesproken, maar laaien op in heftige ruzies tussen beide ouders. Voor een kind met een lage gevoelstolerantie komen deze ruzies intens binnen, maar delen over hoe hij zich voelt, dat het vervelend voelt als de ouders ruzie maken, wordt de kop ingedrukt doordat dit niet gewaardeerd wordt: het is namelijk aanstellerij. Ook komt het introverte kind niet goed uit de verf op de uitbundige feestjes van de ouders, waarin veel humor, dansen, zingen en drinken en belangrijke rol spelen. Het kind zit op de bank en aanschouwt al deze drukte, kijkt naar de mensen en wat deze doen. De ouders grappen tegen de gasten over hun kind “wat zo ongezellig is en niet mee doet” en proberen hem mee te laten doen. Hierdoor doet het kind misschien dingen waar hij zich niet goed bij

voelt om zijn ouders naar de zin te zijn en wee zich misschien geen raad met de gevoelens die dit op roept.

In dit voorbeeld is duidelijk te zien dat beide ouders het temperament van dit kind (onbewust) moeilijk kunnen waarderen, omdat dit niet aansluit op hun manier van leven. In deze situatie zijn de omgevingsfactoren anders van invloed op het temperament dan als dit kind geboren zou zijn in een rustig gezin, waarin beide ouders parttime baan hebben, van lezen en wandelen houden en het kind uitdagen om te delen over zijn beleving en hem hierin bevestigen.

Beide situaties zijn extremen, in de eerste is de omgeving het tegenovergestelde van de behoeften die passen bij het temperament van het kind in de tweede situatie is alles passend bij het temperament.

Deze situaties zijn te bekijken vanuit het SSKK-model: de rol van *Steun*, *Stres*, *Kracht* en *Kwetsbaarheid*. Dit is een verklaringsmodel dat rekening houdt met meerder factoren tegelijk. Steun en stres zijn invloeden vanuit de omgeving. *Steun* wordt gezien als PPsitief en *Stres* als negatief. Maar het beste is om een balans tussen beiden te vinden. Te veel Steun kan betuttelend werken en te weinig Stres leidt tot verveling. Dit evenwicht is voor iedereen weer anders. Dan is er *Kracht* en *Kwetsbaarheid*, deze zitten in de persoon zelf. Deze zijn aangeboren en zijn te vergelijken met het eerder beschreven temperament. Zolang de optelsom van de kracht, groter is dan die van de kwetsbaarheid. Is iemand in staat om stress aan te pakken. Maar het is ook niet voordelig wanneer er enkel ingezet wordt op de kracht. Dit maakt iemand minder flexibel, waardoor deze onvoldoende in staat is te switchen in verschillende situaties.

Als deze informatie samenvoegt met de bovenstaande casussen, dan is te zien dat het afhankelijk is van de persoon, hoe deze om zal gaan met de situatie. Iemand die in zijn ontwikkeling onder veel stres komt te staan, maar waarbij de optelsom van de kracht groter is, zal gemakkelijker met deze stres om kunnen gaan dan iemand waarbij kwetsbaarheid meer op de voorgrond staat.

Extreme stres en een gebrek aan steun hebben in verhouding een driemaal zo grote invloed op het optreden van depressiviteit. Maar dan nog wordt niet iedereen na een ongelukkig jeugd depressief. Daar komt de kracht – kwetsbaarheid weer kijken. Iemand in staat zijn om vanuit zijn kracht zich zelf te ontworstelen uit zijn situatie en zijn steun in een andere omgeving te zoeken.

Er is ook nog een andere kant, de kant waarin veel steun is en weinig stres, waarin de optelsom van de kwetsbaarheid hoger is dan die van de kracht. Hierin kan elk initiatief de kop ingedrukt worden en kan het zijn dat dit kind veel bescherming oproept in bijvoorbeeld de ouder, waardoor dit kind niet leert zelf te ontdekken, vormen van mening, voelen etc.

Dan kan er natuurlijk ook nog iemand zijn die van de omgeving veel steun ontvangt en zelf ook krachtig is. Dat klinkt mooi en kan ook prima verlopen, maar in zijn extremen kan dit betekenen dat iemand overmoedig kan worden, waardoor deze niet inziet dat er ook kwetsbare kanten zijn en zo valkuilen. En wanneer iets wel volledig misloopt kan dit extra pijnlijk zijn, of juist volledig buiten zich zelf gezocht worden.

Het gaat dus vooral om balans en de invloed van de omgeving op het aangeboren temperament in de periode waarin de persoonlijkheid zich ontwikkelt.

Aan de hand van de genoemde extremen vind ik het gemakkelijker om de patronen van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen te begrijpen. Dit is een handzame begrijpelijke theorie, maar er zijn ook nog wat ingewikkeldere benaderingen die ik gelezen heb.

Het big five model

Dit model is gebaseerd op 500 woorden die een persoonlijkheid beschrijven. Deze zijn terug gebracht tot 30 verschillende kenmerken en 5 basisfactoren. Elke basis factor bestaat weer uit 6 verschillende kenmerken, ook wel subschalen genoemd. De vijf factoren zijn: neurotisme (emotionele instabiliteit), extraversie (naar buiten gekeerde attitude), openheid (openstaan voor nieuwe ervaringen), altruïsme (op de ander gericht zijn, vriendelijkheid), contentieusheid (plichtsgetrouw, zorgvuldigheid, gewetensvol takenplannen en doorzetten).

Het big five model beschrijft voornamelijk gezonde persoonlijkheid, maar er is een verband te vinden tussen de beschreven persoonlijkheden en persoonlijkheidsstoornissen. Dit gezien van uit het "syndroomcontinuïteit", die visie beschrijft dat er een vloeiende overgang is vanuit de gezonde persoonlijkheid naar extremen trekken die kenmerkend zijn voor een persoonlijkheidsstoornis. Er is ook een groep mensen die dit model niet inzetbaar vinden bij het registreren van persoonlijkheidsproblematiek, doordat het is ontwikkeld om een gezonde persoonlijkheid in beeld te brengen. Deze groep heeft een andere lijst ontwikkeld welke ingezet kan worden om persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen. Ook hier wordt gebruik gemaakt van 5 schalen: agressiviteit, psychoticiteit, ongeremdheid, negatieve emotionaliteit/neuroticisme en introversie/lage PPsitieve emotionaliteit. Dit is een relatief nieuw model.

Als je kijkt naar dit model in vergelijking met mijn eerder beschreven casussen. Dan gaat het in dit model over karakter trekken, het meer gevormde temperament. Wat ik eerder om schrijf als 4 factoren, zijn hier te vinden in 5 factoren. In mijn ogen zijn er zeker overeenkomsten tussen het beschreven aangeboren temperament en deze verder gevormde karakter trekken.

Het temperamentmodel

Dit model is een biologisch model wat bestaat uit temperamentdimensies: Novelty seeking (zoeken naar prikkel, actief verkennen v.d omgeving), Harm avoidance (het vermijden van leed), Reward dependence (gevoelig zijn voor beloning/waardering) en persistens (volharding). Deze dimensies zijn erfelijk bepaald en al vroeg in de ontwikkeling te herkennen. Zij beïnvloeden onbewuste leerprocessen en behouden hun kenmerken wanneer iemand ouder wordt. Onder sociale ervaringen (nurture) komen de 4 karakterdimensies tot stand welke in dit model worden omschreven als: Self-directedness (doelgericht handelen, zelfsturend vermogen), Cooperativeness (betrokkenheid bij anderen), Self-transcendence (levensbeschouwelijkheid) en Affective stability (emotionele stabiliteit).

Vanuit de biologische kijk wordt er gezegd dat een aantal van de temperamentdimensies sterk zouden samenhangen met het functioneren van neurotransmittersystemen met dopamine, serotonine en noradrenaline. Al is dit nog niet d.m.v. onderzoek bevestigd. Volgens dit model ontstaat persoonlijkheidspathologie in interactie met de aangeboren, genetische aanleg en de omgeving. Deze visie ziet dat de pathologie zich voornamelijk voordoet in de beperking tot samenwerken of juist in meer autonomie. Doormiddel van de Temperament and Character inventory kan beoordeeld worden of en in welke mate er persoonlijkheidsstoornis zich voordoet.

Ook dit model komt in de grote lijnen overeen met wat ik eerder beschreef. Alleen een andere invalshoek is die van de neurotransmitters. Iets wat ik goed kan begrijpen, ooit heb ik een literatuur studie gedaan naar ADHD en wat er precies in de hersenen gebeurt. Daar zijn de neurotransmitters ook op van invloed en dat maakt iemand dan bijvoorbeeld druk, extravert en ongeremd. Toch gaat mijn voorkeur wel uit naar de sociale invloed op de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornis omdat ik dit interessanter vind en dit uit te werken valt in mijn vak.

Het cognitieve model

Dit model veronderstelt: “dat het menselijk reageren in emotie en gedrag niet beïnvloed wordt door de objectieve situatie, maar door de subjectieve perceptie van de situatie”.

Als ik het zou verwoorden zou ik zeggen dat de manier waarop iemand reageert niet is door wat er letterlijk gebeurt, maar hoe deze de situatie intern interpreteert. Dit model spreekt over schema's die in het geheugen liggen opgeslagen. Deze schema's zijn structuren van impliciete kennis. En deze inhoud is alleen te zien door gedachten, gevoelens en gedrag van mensen. Deze schema's ontwikkelen zich tijdens de ontwikkeling van het kind, de situaties waarin deze terecht komt en hoe deze daarin leert te reageren. In dit model zijn zowel genetische factoren, gebeurtenissen en sociale contacten waarin bepaald gedrag/ zienswijze wordt bekrachtigd of juist afgezwakt onderdeel van de vorming van schema's. Persoonlijkheidsstoornissen worden gezien als onderliggende schema's die aanleiding geven tot eenzijdige interpretaties en slecht aangepaste emoties/gedrag.

Ook dit model komt in basis overeen met dat wat ik in de casus aanhaal. De basis en de invloed van de omgeving waarin dit kind komt. Er wordt hier alleen niet gesproken over karakter en temperament. Maar over schema's in de hersenen welke zich steeds aanpassen en ontwikkelen.

Waar ik wel aan moet denken is de 'vastigheid' van de patronen bij persoonlijkheidsproblematiek, hoe het komt dat deze schema's zich niet aanpassen wanneer iemand steeds vastlopen als er toch steeds een proces van assimilatie en adaptief plaats vindt.

Ik denk dat er schema's moeten zijn die elkaar in stand houden. Maar wat zou dit opleveren?

Misschien om te zorgen dat iemand zo niet naar een situatie in het verleden kan kijken en dit dan met andere ogen kan zien, waardoor dit kan ontregelen en kwetsbaar kan maken. Omdat het lichaam vanuit de natuur ingesteld is op overleven.

Een inter-persoonlijk model

In dit model staat de inter-persoonlijke communicatie centraal. Vroeg in de ontwikkeling eigen menen zichzelf verschillende rollen toe en ontwikkelen zij definitie van zichzelf. Zo ontstaat zijn inter-persoonlijke stijl, wat weer leidt tot bepaald gedrag tegen over anderen. De invloed van de inter-persoonlijke stijl op relaties zijn: controle, invloed, dominantie, hoeveelheid intimiteit en affectie. N.a.v. deze visie is er een cirkel ontwikkeld van inter-persoonlijk gedrag. Hierin staan 16 segmenten die inter-persoonlijk gedrag representeren: vriendelijk, zelfverzekerd, warm, geremd, onthecht, competitief, wantrouwend en dominant.

Er wordt gesproken van abnormaal gedrag wanneer iemand rigide of meerdere typen van dit inter-persoonlijk gedrag vertoont. Dit wordt gezien als een niet adequate wijze van inter-persoonlijke communicatie. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben in dit model over het algemeen een rigide, beperkt en extreem patroon van communicatie. Hierdoor kunnen zij verstrikt raken in dit patroon, waardoor eigen aandeel niet meer gezien wordt en aversief gedrag opgeroepen wordt. Dit model richt zich dus voornamelijk op een interactie patroon. De rollen die aangenomen worden kunnen imitatie zijn van gedrag/communicatie stijlen van anderen, bijvoorbeeld de ouders, maar bijvoorbeeld ook uit veiligheid, bescherming van eigen persoon. Daarin is het in basis ook wel weer te herlijden tot het effect van de omgeving op de persoon in de casus. Maar in dit model heb ik niet kunnen vinden hoe er vanuit gegaan wordt wat de persoon aangeboren heeft.

Een psychodynamisch model: Theorie van Kernberg

Dit model is gebaseerd op de object relatietheorie, drifttheorie en egopsychologie. “het ego is in deze visie een structuur met behulp waarvan de psychisch processen gekanaliseerd worden en vorm krijgen”. Volgens Kernberg dragen zowel psychologische als biologische factoren bij aan de

ontwikkeling van het Ik.

Er zijn 3 criteria waaraan een conflict of een defect in de organisatie van het Ik beoordeeld kunnen worden:

De kwaliteit van de Realiteitstoetsing: eigen gevoelens, gedragingen en gedachten evalueren en corrigeren. De Kwaliteit van afweermechanisme: primitief en of rijp en de Integratie van het zelfbeeld: identiteitsintegratie – diffusie

Van daaruit onderscheidt Kernberg drie kwalitatief van elkaar verschillende organisatie niveaus van het ego: de neurotische, de borderline en psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Elk individu kan binnen een van deze organisatieniveaus geplaatst worden. Bij psychotische persoonlijkheidsorganisatie is realiteitstoetsing verstoord, de primitieve afweer en identiteit is diffuse. Bij de borderline organisatie is er een intacte realiteit met een primitieve afweer en identiteitsdiffusie. Een neurotische organisatie heeft goede realiteitstoetsing met een rijpe afweer en de identiteit is voldoende gedifferentieerd en geïntegreerd. Het gaat hier niet om de “persoonlijkheidsstoornissen” zoals in de DSM beschreven. Ook mensen zonder persoonlijkheidsstoornis zouden deze structuur hebben. Een persoonlijkheidsorganisatie kan gepaard gaan met symptomen van psychopathologie, maar ook zonder symptomen bestaan. Of de symptomen optreden hangt af van de mate van adaptie aan de sociale omgeving. Een persoonlijkheidsstoornis wordt dus gekenmerkt door een defect in de organisatie van het ego. N.a.v. deze theorie heeft Kernberg het structurele interview ontwikkeld, waarmee hij met een aantal vragen de drie egofuncties onderzoekt en in kaart brengt.

De stoornissen

De DSM IV-TR beschrijft 10 type persoonlijkheidsstoornissen onderverdeeld onder 3 clusters: A, B, C

Cluster A wordt ook wel het vreemde, excentrieke cluster genoemd. En bestaat uit 3 persoonlijkheidsstoornissen:

- Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Mensen met één of meerdere van deze stoornissen/trekken hebben weinig contact met anderen en leven vaak geïsoleerd. Rondom dit cluster is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan. Mensen in dit cluster gaan minder snel over tot het zoeken van hulp/therapie, waardoor deze zo minder in beeld komen.

Cluster B wordt het dramatische, emotionele, impulsieve cluster genoemd en bestaat uit 4 persoonlijkheidsstoornissen:

- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Narcistische persoonlijkheidsstoornis
- Theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een stoornis uit cluster B hebben vaak moeite met het reguleren van hun impulsen en emoties. Dit betekent dat zij vaak impulsief zijn, streven naar snelle behoeftebevrediging en slecht in het onderhouden van (stabiele) relaties zijn. Er wordt vaak weinig tot geen rekening gehouden met

de eigen veiligheid en de veiligheid van anderen. Hierdoor kan hun gedrag een verstorend effect hebben op de sociale omgeving.

Cluster C wordt ook wel het angstige cluster genoemd en bestaat uit 3 persoonlijkheidsstoornissen:

- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met deze stoornissen hebben last van sociale vermijding, dwangmatig handelen en onzelfstandigheid. Ze kunnen zich wel beter aanpassen aan de eisen van het dagelijkse leven dan mensen met cluster A en B stoornissen.

Dan is er ook nog de diagnose Persoonlijkheidsstoornis NAO: Niet Anderszins Omschreven. In deze categorie voldoet de stoornis niet aan de criteria van de ander genoemde persoonlijkheidsstoornissen. Bijvoorbeeld doordat er naast kenmerken van 1 persoonlijkheidsstoornis ook kenmerken van een andere persoonlijkheidsstoornis een rol spelen in het functioneren van iemand.

De persoonlijkheidsstoornissen die voor mij het interessantst zijn op dit moment i.v.m. mijn vrije profilering zijn de persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster C: Afhankelijk en ontwijkend en uit het cluster B: de narcistische persoonlijkheidsstoornis en de borderline structuur. Maar ook de theatrale trekken.

Binnen het Centrum voor psychotherapie zijn er 2 therapie clusters het Structurerend en het Ontregelend. Ik heb een verschil ervaren tussen beide clusters. In het S-cluster is de moeite met het reguleren van impulsen en emoties te observeren. In het O-cluster is het afhankelijke, vermijdende en dwangmatige gedrag te observeren.

Gezien ik zelf werkzaam ben in het O-cluster heb ik mij voornamelijk verdiept in de afhankelijke, ontwijkende en narcistische persoonlijkheidsstoornis en daarnaast in de borderline structuur. Ik zal deze stoornissen beschrijven vanuit wat ik gelezen heb en hoe mijn ervaringen hier op aansluiten.

De Narcistische persoonlijkheidsstoornis⁶:

De literatuur die ik gelezen heb over narcisme is voornamelijk geschreven door psychoanalytica. Hierin heb ik gelezen over het ontwikkelen van deze stoornis en de kenmerken. Daarnaast heb ik aangevuld met dat wat ik ervaar tijdens het werken met mensen met deze persoonlijkheidstrekken. En zo is de volgende omschrijving ontstaan.

Binnen de narcistische persoonlijkheidsproblematiek zijn er 2 types te herkennen. Het “arrogante” type en het “overgevoelige” type. Beide typen zijn, in uiterlijke kenmerken, elkaars tegenpolen, maar voor beide is kenmerkend dat zij relationele elementen afwijzen en daarmee hun gerichtheid op de ander. Deze onbewuste keuze leidt tot afzondering en onafhankelijkheid. Dit gaat samen met een vertekening van de werkelijkheid. Deze afwijzing van wederkerige relaties met zo genaamde innerlijke objecten⁷; beeldend/patronen die zich gevormd hebben door de subjectieve ervaringen vaak in de vroege ontwikkeling in relatie tot de omgeving en belangrijkste zorggever of levensgever,

⁶ Heuvels w. ; Nicolai N.j. (redactie): Narcisme, Psychoanalytische beschouwingen.

⁷ www.wikipedia.nl object relatie

leidt tot innerlijke leegte. Dit is kenmerkend voor de narcistische emotieregulatie. Het zelfbeeld wordt niet gevoed vanuit integratie van het zelf en objectrelaties en ook niet door de identificatie met de levensgever. Dit zelfbeeld is afhankelijk geworden van de juiste reactie van de “gemanipuleerde” buitenwereld. Vanuit de narcistische problematiek wordt de ander gemanipuleerd, zonder dat er een wederkerige relatie tussen de ander en de “narcist” mag ontstaan. De manier waarop hieraan vormgegeven wordt is bij de twee type narcisme verschillend. Het arrogante type doet dit door zijn grootsheid publiekelijk tentoon te spreiden en op die manier vergaard deze aanbidders. Dit type narcist wordt ook wel het dikke huid type genoemd. Zij hebben namelijk geen zicht op wat zij de ander aan doen, komen arrogant of agressief over, zijn zelfgericht en willen in het centrum van de aandacht zijn.

Het overgevoelige type pakt dit (onbewust) heel anders aan. Dit type van narcisme is mindergoed herkenbaar, maar het is wel een uiting van narcisme. Dit type cijfert zich schijnbaar weg ten dienste van anderen. Maar juist de aanpassing wordt beleefd als grootheid. Deze groep mensen zijn zeer gevoelig voor reacties van anderen. Ze zijn steeds op zoek naar bevestiging of afkeuring, zijn geremd en richten de aandacht op anderen en willen zeker niet zelf het centrum van de aandacht zijn.

Voor beide types geldt, dat als de functie van de ander: de functie waarvoor de ander gemanipuleerd wordt, ter instandhouding van de eigen narcistische dynamiek weg valt, het contact wordt verbroken alsof er nooit een betekenisvolle relatie heeft bestaan.

Zo valt het gedrag van de narcist binnen de therapie wat meer te voorzien. Wanneer ik de narcistische dynamiek zo lees is deze in mijn ogen lastig te voorzien, wanneer je niet weet dat je te maken hebt met een narcist. Wanneer deze in het kader van een persoonlijkheidsproblematiek behandeld worden, ervaar ik dit weer anders. Beide types die ik beschrijf herken ik vanuit de praktijk, ook wanneer deze niet de diagnose Narcist hebben. Maar bij een Persoonlijkheidsstoornis NAO. Het helpt mij wel om met andere ogen te kijken en anders te handelen nu ik de achterliggende dynamiek beter begrijp.

Bronnen

- Schweizer, C; redactie 2009: Handboek beeldende therapie, uit de verf. Bohn stafleu van Loghum. Hoofdstukken: 5.3.4 Beeldende therapie binnen 'Mentalization-Based Treatment' pagina 292 -297, 5.3.5 Psychodynamische beeldende groepstherapie pagina 298 – 305
- Haeyen, S. 2007: Niet uitleven maar beleven, Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek. Bohn Stafleu van Loghum.
- Berretty, E 2002: Leven met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. . Bohn Stafleu van Loghum
- Berretty E. 2005: leven met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. . Bohn Stafleu van Loghum
- Berretty, E; Korrelboom, K 2003: Leven met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. . Bohn Stafleu van Loghum
- Giesen-Bloo, J 2005: Leven met een borderline persoonlijkheidsstoornis. . Bohn Stafleu van Loghum
- Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008: Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, richtlijn voor de diagnostiek en behandeling va onvolwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis 2008. Trimbo-instituut.
- Allen, J.G.; Fonagy, P.; Bateman, A.W. 2008: Mentaliseren in de klinische praktijk. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR Bureaueditie 2008. Wilco, amersfoort.
- Heuves, W.; Nicolai, N. J. (als redactie): Narcisme, psychoanalytische beschouwingen. Boom 2009
- Molen van der, H.T.; Perreijn, S; Hout van den, M.A. 2007: Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie. Wolters-noordhoff. Hoofdstuk 24, Persoonlijkheidsstoornissen pagina 959 – 1006

Scripties

- Haan de, M. 2008: Tevreden worden met wie je bent, kan dat? PMT in schematherapie bij adolescenten met een lage zelfwaardering, persoonlijkheidsproblematiek cluster C.
- Riedstra, G. 2008: Mentaliseren binnen Psychomotorische therapie.
- Hänsel, Y.R. : Surface and Symbol, Oppervlakte en symbool, Beeldwaarneming bij persoonlijkheidsstoornissen.
- Overberg, Annet: Beeldwaarneming bij persoonlijkheidstoornissen workshop studiedag GNOON.

Internetbronnen:

http://en.wikipedia.org/wiki/Object_relations_theory

<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychischegezondheid/persoonlijkheidsstoornissen#clusteraa>

http://hechtingsproblematiek.web-log.nl/hechtingsprobleem_hechtin/2008/03/hechtingstheori.html

http://www.empty-memories.nl/nicolai/hechting_lit.pdf

<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/persoonlijkheidsstoornissen>

Bronnen

Bronnen welke gebruikt zijn voor het Voor-vooronderzoek (dit noem ik zo, omdat ik na dit onderzoek een groot en uitgebreid onderzoek heb gedaan wat ook diende als vooronderzoek voor de module), ter vergelijking en ter verwerking in het vooronderzoek. Onderstaande bronnen, zijn de bronnen die het meest direct gerelateerd zijn aan het onderzoek. Er zijn voor vergelijking van bestaande onderzoeken en literatuur, meerdere bronnen bekeken. Waar deze bronnen over gingen is globaal beschreven. Dit omdat inhoudelijk niet ingegaan is op deze bronnen. Onderstaande bronnen zijn dus de meest relevante bronnen.

Gervink, Manon (2008) *Mentaliseren binnen psychomotorische therapie*. Windesheim Zwolle

Haan, de Marja (2008) *Tevreden worden met wie je bent, kan dat? PMT in de schematherapie bij adolescenten met een lage zelfwaardering, persoonlijkheidsproblematiek cluster C*. Windesheim Zwolle

Heuves, W.; Nicolai, N.J. (redactie) (2009) *Narcisme, Psychoanalytische beschouwingen*. Boom

Oudekerk, Trudie; Faas, Rosan (2008) *Onderzoek naar affiniteit met beeldend werken in relatie tot het beeldende therapie proces. 'Het beeldend werken als symbool voor gementaliseerde overtuigingen'* Hogeschool Utrecht

Rengel Hänsel, Yannine (2002) *Surface en symbols, oppervlakte en symbool, beeldwaarneming bij persoonlijkheidsstoornissen*. HAN

Rosbergen, Camiel (2008) *De taal van onze zintuigen, een scriptie over de optimale ervaring door middel van beeld en geluid*. Heythuysen

Salm, Marianne (2007) *Onderzoeksverslag, Onderzoek naar het effect van het aanbieden van een module sensorische beeldende werkvormen op de beleving van de AN-patienten van de opname groep van Rintveld, centrum Eetstoornissen, in Zeist*. Hogeschool Utrecht.

Schweizer, Celine; en redactie (2009) *Handboek beeldende therapie, uit de verf*. Bohn Stafleu van Loghum

Timmers-Huigens, Drothea (ELSEVIER gezondheidszorg 2001) *Meer luisteren, ervaringsordening en het empathische moment van communicatie*.

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

<http://www.gitp.nl/diensten/gitppao/trainingen/~media/D201A19C11DD423AA612D4A5A8C39E33.ashx>

Studiedag:

GNOON Studiedag voor Vaktherapeuten "werk in uitvoering" 25 november 2020:

- Lezing: Onderzoek naar effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.
- Lezing: Groepswerk en vaktherapie, een vak apart!
- Workshop: De beeldwaarneming in beeld.

De rest van de bronnen is terug te vinden in bijlage 1.