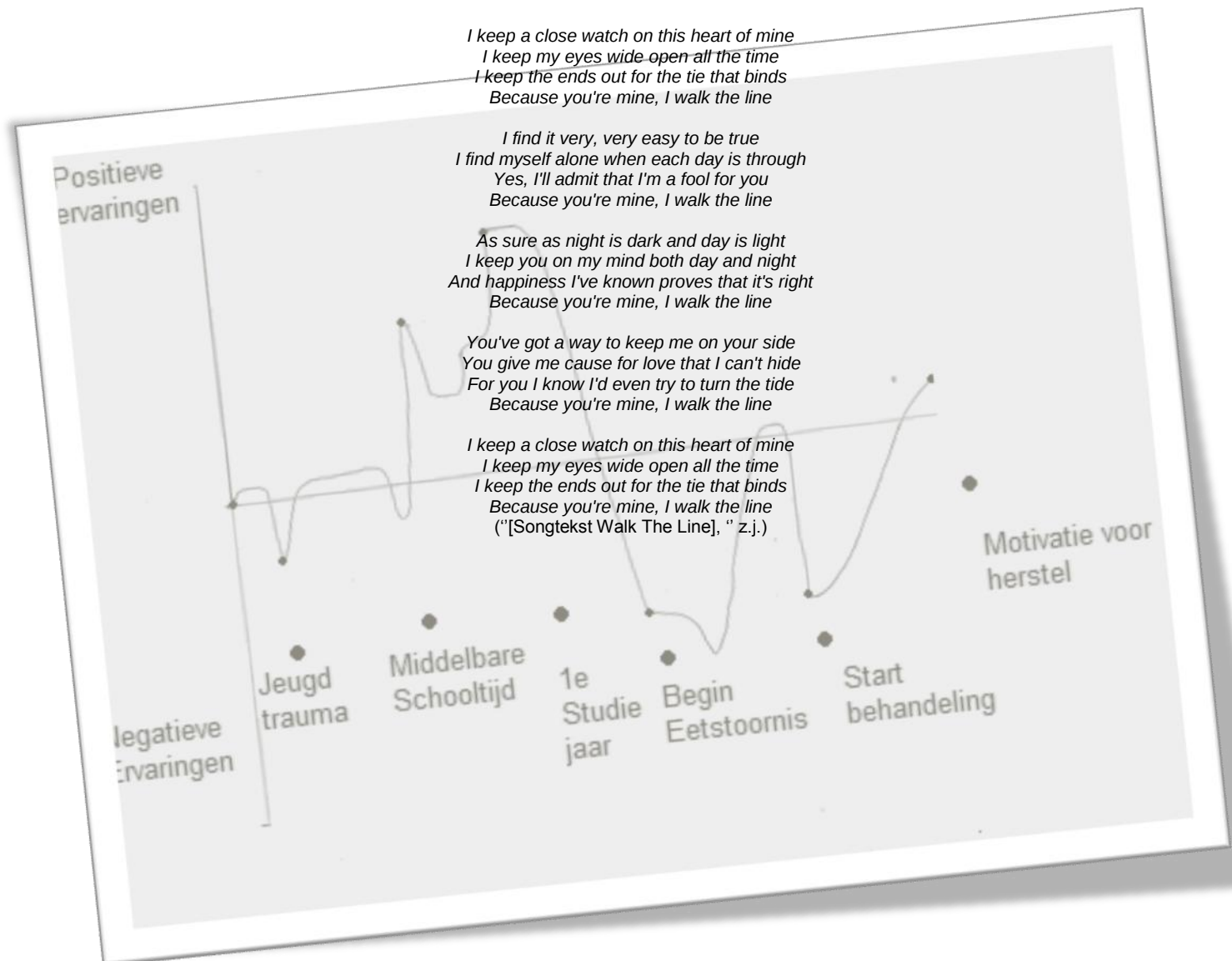


Walk The Line

Hoe werkvormen uit de dramatherapeutische methode 'Levenslijn' bij kunnen dragen aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid van personen met een eetstoornis



Geschreven door: T. Menning

Opleiding en studentnummer: Creatieve Therapie - Drama - 2046068

Hogeschool Zuyd Heerlen. Faculteit gezondheid en zorg.

Datum van verschijning: 30 mei 2012

Scriptiebegeleidster: Christine van Kempen

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: De probleemstelling	5
1.2 De begrippenlijst	7
1.3 De vraagstelling	8
1.4 De doelstelling	8
1.5 Noodzaak/relevantie voor aanvullend onderzoek	8
Hoofdstuk 2: Onderzoekstype & Onderzoeksmethode	10
2.1 Onderzoekstype: kwalitatief ontwikkelingsonderzoek	10
2.2 Onderzoeksmethode: actiegericht onderzoek	10
Hoofdstuk 3: Voorfase en Oriëntatiefase	12
3.1 De direct betrokkenen	12
3.2 actieonderzoek-netwerk	12
3.3 De entree als onderzoeker	13
Hoofdstuk 4: Diagnostische fase	14
Hoofdstuk 5: Ontwikkelfase	16
5.1 De realisatie van het project: hoe, waar, wanneer & met wie	16
Korte beschrijving van cliënten	17
5.2 Beschrijving en Argumentatie van mijn rol als onderzoeker	18
5.3 Beschrijving en argumentatie van vastlegging data	19
Hoofdstuk 6: Evaluatie	21
6.1 Evaluatie van het ontwikkelingsproces	21
6.2 Evaluatie van kwaliteitscriteria	22
Hoofdstuk 7: Discussie	24
7.1 Beantwoording van de vraagstelling en doelstelling	24
7.2 Het gerealiseerde versus het voorgenomen project	35
7.3 Kwaliteiten en tekortkomingen van het onderzoek	36
7.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten	38
7.5 Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel	42
7.6 Vergelijking van het nieuwe werkmodel met het oude werkmodel	46
7.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48
Hoofdstuk 8: Samenvatting	49
Literatuurlijst	50
Bijlagen	52

Voorwoord

'Walk the line', wie kent dit nummer niet? Ooit nagedacht over de betekenis van de songtekst?

Zoals Johnny Cash zelf gezegd schijnt te hebben: 'Something like I'm still being true to me, or I'm 'Walking The Line.' De tekst van dit nummer laat me in gedachten teruggaan naar mijn stagejaar op de afdeling psychiatrie van het MUMC te Maastricht.

Tijdens deze stage heb ik geleerd wat de betekenis en functie van een eetstoornis voor iemand kan zijn. De eetstoornis zorgt voor identiteit, trots. Het vergt immers veel kracht om een hele dag niets te kunnen eten en toch te kunnen functioneren. De eetstoornis nestelt zich letterlijk en figuurlijk in het lijf en leven van zijn slachtoffer. Een eetstoornis doet zich in eerste instantie voor als een vriend, een vriend die ervoor zorgt dat je eindelijk trots kunt zijn op jezelf en die altijd aan je zijde staat. De eetstoornis verwacht voor deze vriendschap wel een offer terug. Zijn slachtoffer moet zich houden aan een strak regime en altijd luisteren naar hem.

*I keep my eyes wide open all the time.
Yes, I'll admit that I'm a fool for you.*

*I keep you on my mind both day and night
Because you're mine, I walk the line.*

Deze regels uit de songtekst, beschrijven voor mij precies op welke manier de eetstoornis zijn slachtoffers in zijn greep houdt.

Gelukkig heb ik in de therapieën ook regelmatig meegemaakt dat mensen tot de conclusie kwamen dat de eetstoornis geen vriend was, maar een vijand. Dat deze vijand een stem had die ervoor zorgde dat iemand niet meer van het leven kon genieten, zijn slachtoffer verbood om het huis uit te komen, die zijn slachtoffer uitschold. Ook heb ik gezien hoe moeilijk het was voor een persoon om zich los te maken van de eetstoornis, om die jarenlange 'vriendschap' te verbreken. Het loslaten van de eetstoornis, betekent niet alleen een bevrijding. Het zorgde vooral voor heel veel angst voor het onbekende. Angst voor een leven waarin de persoon zelf weer de 'hoofdrol' én de 'regisseur' moet gaan spelen. Regelmatig bleek dat de eetstoornis een copingmechanisme was geworden om negatieve emoties (zoals angst, boosheid en verdriet) niet te hoeven voelen en uiten. Er was een grote angst voor het toelaten van deze emoties. Men is bang om zich te verliezen in de emotie. Tevens zou het uiten van deze emoties ervoor kunnen zorgen dat anderen gekwetst worden en de relatie verbreken. Deze cliënten bleken een geringe emotionele weerbaarheid te hebben. De eetstoornis leek alle 'ik-kracht' uit hun gezogen te hebben. Middels dit onderzoek heb ik getracht om cliënten bewust te maken van de rol die de eetstoornis in hun leven speelt. Deze bewustwording was de eerste stap naar het terugvinden van hun eigen kracht en het vergroten van hun emotionele weerbaarheid. In dit onderzoek kunt u lezen hoe ik door middel van de 'Levenslijn' methode, heb gewerkt aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis.

Graag wil ik in dit voorwoord ook de mogelijkheid benutten om mijn dankbaarheid uit te spreken naar enkele bijzondere en belangrijke mensen: Marijke van Dongen, met wie ik dit onderzoek grotendeels samen heb uitgevoerd. Marijke, je verbaast me iedere keer weer met je scherpe blik en je betrokkenheid bij de cliënten. Je hebt me geleerd om krachtig en kwetsbaar tegelijkertijd te zijn. Christine van Kempen, scriptiebegeleidster en inspirator. Jouw lessen zijn voor mij telkens een 'eye-opener' geweest. Deze lessen hebben mij geïnspireerd om te komen tot een nieuw werkmodel. Helga Nauta, voor de altijd frisse blik op mijn rol als onderzoeker en therapeut en Amber Klop voor haar kennis en kunde op het gebied van deze doelgroep. Natuurlijk wil ik ook de cliënten bedanken voor hun vertrouwen in mij als therapeut, onderzoeker en vertrouwenspersoon. Zonder hun medewerking en inzet was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Mijn docenten aan de faculteit 'Creatieve therapie' voor hun vertrouwen in mij, hun kennis en hun betrokkenheid. Jaap, voor het feit dat hij me op de eerste dag van deze studie in liet zijn dat deze opleiding een 'cadeau aan mezelf was'. Tot slot een belangrijk dankwoord aan mijn lieve ouders en broer, allerliefste dramaqueens van klasgenoten en vriendinnen die in 'Scriptie Tijden' mijn hyperactieve gedrag hebben getolereerd en ervoor hebben gezorgd dat ik mijn hoofd koel hield.

Ik wens u veel leesplezier en ik ben benieuwd of u na het lezen van deze scriptie nog een extra betekenis aan 'Walk the line' heeft kunnen geven.

Inleiding

Deze scriptie geeft een beschrijving van het actiegerichte onderzoek dat ik heb uitgevoerd tijdens het vierde leerjaar van de opleiding 'Dramatherapie'.

Gedurende het laatste jaar van mijn opleiding heb ik me beziggehouden met de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van dit onderzoek. Mijn onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling psychiatrie van het MUMC te Maastricht. Ik heb gewerkt met cliënten met een eetstoornis.

Ik zal hier kort beschrijven welke onderwerpen aan bod komen in de verschillende hoofdstukken.

In hoofdstuk 1 beschrijf ik de probleemstelling. Ik maak daarin duidelijk wat de aanleiding is geweest voor dit onderzoek. Deze aanleiding leidt uiteindelijk naar mijn vraagstelling en doelstelling.

Het gekozen onderzoekstype en de onderzoeksmethode komen in hoofdstuk 2 aan bod. Ik heb een kwalitatief actiegericht onderzoek uitgevoerd. Ik leg in dit hoofdstuk uit waarom dit type onderzoek en deze methode het beste passen bij mijn vraagstelling.

In hoofdstuk 3 besteed ik aandacht aan de voorfase en oriëntatiefase van dit onderzoek. Ik geef een beeld van de direct betrokkenen en hun rol in het onderzoek. Mijn actieonderzoek-netwerk wordt in dit hoofdstuk schematisch weergegeven. Tot slot beschrijf ik hier ook hoe ik mijn entree heb gemaakt als onderzoeker.

De diagnostische fase van dit onderzoek beschrijf ik in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk komt naar voren welke deskundigen betrokken zijn geweest bij het stellen van een gezamenlijke diagnose. Ook vat ik hier samen welke gezamenlijke diagnose uiteindelijk is gesteld.

Hoofdstuk 5 geeft de lezer een beeld van de ontwikkelingsfase van het onderzoek. Ik leg uit op welke manier het onderzoek gerealiseerd is en geef een beschrijving van de dataverzamelingstechnieken. Ook geef ik een korte beschrijving van de cliënten die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Tot slot is in dit hoofdstuk te lezen hoe mijn rol als onderzoeker zich ontwikkeld heeft.

Uiteraard was evalueren een belangrijk onderdeel van dit onderzoek. In hoofdstuk 6 beschrijf ik de evaluatie van het ontwikkelingsproces. Ook evalueer ik hier de kwaliteitscriteria die horen bij actiegericht onderzoek.

De discussie van dit onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 7. Allereerst begint dit hoofdstuk met de beantwoording van de vraagstelling en de doelstelling. Ook ga ik hier in op de verschillen tussen het gerealiseerde en het voorgenomen project. Hieraan worden ook de kwaliteiten en tekortkomingen van het onderzoek gekoppeld.

De verklaring, interpretatie en integratie van de resultaten omvat een belangrijk deel van dit hoofdstuk. De resultaten van dit onderzoek heb ik verwerkt in een nieuw werkmodel. Dit werkmodel wordt in dit hoofdstuk uitgebreid beschreven. Vervolgens maak ik een schematische vergelijking tussen het oude en nieuwe werkmodel. Dit hoofdstuk sluit af met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Tot slot geef ik in hoofdstuk 8 een samenvatting van het verloop en de resultaten van het onderzoek. In chronologische volgorde zullen de probleemstelling, vraagstelling, de acties en de resultaten nog eens beknopt herhaald worden.

Hoofdstuk 1: De probleemstelling

In dit hoofdstuk beschrijf ik de aanleiding voor mijn actiegerichte onderzoek. Ik heb daarbij een integratie gemaakt tussen mijn eigen ervaring/werkmodel en de stagepraktijk. Vervolgens beschrijf ik kort hoe dit onderzoek eruit gaat zien.

T: En X, hoe gaat het met je vandaag?

X: 'Het gaat eigenlijk best goed met me de afgelopen tijd. Er zijn natuurlijk wel momenten dat ik het niet meer zie zitten, maar dan zoek ik gewoon afleiding en dan voel ik me weer goed. Ik doe mijn best en heb het gevoel dat het allemaal de goede kant op gaat. Of ik nog andere gevoelens ervaar? Nee, eigenlijk niet. Ik voel me gewoon goed, dus over mij hoeft je je geen zorgen te maken!'

Dit werd tegen mij gezegd door een cliënte van 21 jaar met een gewicht van 45 kilo, opgenomen met een eetstoornis op de afdeling Psychiatrie van het MUMC.

Op het moment dat ik in gesprek was met deze cliënte, liep ik nog niet zo lang stage op deze afdeling. Ik had nog nooit met deze doelgroep gewerkt, maar er natuurlijk al veel over gelezen.

In eerste instantie geloofde ik wat deze cliënte mij vertelde en was ik oprecht blij voor haar dat het goed met haar ging. Toen ik echter een tijdje meeliep in de dramatherapie groep, kwam ik erachter dat het helaas helemaal niet zo goed met haar ging. Ik had in eerste instantie alleen maar gelet op wát er gezegd werd en niet op hóe dit gezegd werd. Toen ik meer ging letten op haar lichaamshouding en lichaamstaal, kreeg ik een veel beter beeld van hoe het haar echt verging. Op het moment dat ik aannam dat haar antwoord op mijn vraag oprecht was, hoorde ik wat ik graag zou willen horen. Want natuurlijk wilde ik dat het goed met haar ging. Ik hoopte dat ze gemakkelijk door het therapieprogramma zou wandelen en over drie maanden genezen was van haar eetstoornis. Ik kwam er al snel achter dat dit een onrealistische gedachte was.

Na een tijd met deze doelgroep te hebben gewerkt, merkte ik dat alleen luisteren naar wát er gezegd wordt, niet genoeg is. Het is vooral van belang om te luisteren naar wat er niet gezegd wordt.

Cliënten met een eetstoornis vinden het moeilijk om met woorden uiting te geven aan hun verhaal, hun behoeften, hun wensen, hun moeilijkheden in het leven en de emoties die daarbij komen kijken. Door middel van hun eetstoornis (bv. door extreem af te vallen), communiceren zij op een indirecte wijze naar hun omgeving dat het niet goed met hen gaat en dat ze hulp nodig hebben. Wat mij al snel opviel, was het gegeven dat veel cliënten met een eetstoornis het moeilijk leken te vinden om emoties te erkennen, toe te laten en deze te uiten naar hun omgeving. Daarnaast is het eerder regel dan uitzondering dat cliënten met een eetstoornis ambivalent zijn in de mate van motivatie met betrekking tot herstel. Vaak heeft de eetstoornis nog een duidelijke (voor de cliënt positieve) functie in het leven, waardoor er grote angst ontstaat om de eetstoornis los te laten. Een functie zou kunnen zijn: de eetstoornis biedt veiligheid en geeft indirect toestemming om geen nieuwe uitdagingen aan te gaan in het leven.

Het punt waar ik iedere keer tegenaan liep, was het feit dat ik in de therapieën niet tot de kern van het probleem of de kern van de emotie kon komen met cliënten. Op een gegeven moment kwam er in de behandeling het punt waarop ik het gevoel had dat ik een doodlopende straat inliep. Het voelde alsof ik in contact was met de cliënt, maar tegelijkertijd voelde het alsof ik door een glazen wand naar de cliënt keek. Ik werd op afstand gehouden. In eerste instantie vond ik het frustrerend dat dit telkens gebeurde. Na een tijd kon ik echter begrijpen dat deze blokkade bij een cliënt ingegeven werd door angst. Angst om overspoeld te worden door emoties en daar geen controle over te hebben.

Klinische ervaring suggereert dan ook dat deze subgroep een hoge emotionele kwetsbaarheid heeft, gekoppeld aan een onvermogen om hun emoties te reguleren. Voor deze cliënten zijn (negatieve) emoties de 'trigger' tot verstoorde eetgewoonten. Volgens Costorphine (2006) is het belangrijk om deze emoties naar de oppervlakte te halen, waardoor de focus in de behandeling niet gaat naar het reduceren van verstoord eetgedrag, maar naar het onderliggende probleem van het verstoord eetgedrag. Op die manier kom je meer tot de kern van het probleem en zal uiteindelijk ook het verstoord eetpatroon aangepakt worden. Uit recent ander onderzoek is gebleken dat cliënten met een eetstoornis de emoties boosheid of woede, associëren met: dreigend, giftig en gevaarlijk. De data uit het onderzoek van Fox en Froom (2009) laten ook zien dat cliënten met een eetstoornis een hoger niveau van boosheid ervaren. Ook ervaren zij deze emotie als overweldigend.

Ik kwam er dus achter dat het belangrijk is om de emoties van cliënten naar de voorgrond te halen, wilde ik ervoor zorgen dat het verstoorde eetgedrag uiteindelijk zou verminderen.

Eerder genoemde in ogenschouw nemend, zijn er naar mijn inziens enkele belangrijke probleemgebieden te noemen bij cliënten met een eetstoornis, die samen met de cliënt onderzocht kunnen/moeten worden binnen de (drama)therapie. Deze probleemgebieden zijn: het niet durven voelen en uiten van negatieve emoties, grote angst voor controleverlies op meerdere vlakken in het leven, het niet (direct) kunnen vragen om hulp en het continue wegcijferen van zichzelf.

Indien ik deze probleemgebieden zou moeten samenvatten tot een kernbegrip, zou ik komen tot problemen op het gebied van 'emotionele weerbaarheid'.

Ik heb tijdens mijn stage voornamelijk gewerkt met dramatherapeutische methoden als psychodrama en Developmental Transformations. Aangezien cliënten het moeilijk vonden om hun emoties te ervaren en te tonen, leek het mij belangrijk om aandacht te besteden aan bewustwording van hun gevoelsleven en gedachten die daarbij horen. Dit heb ik vooral middels psychodrama proberen te bewerkstelligen. Binnen psychodrama wordt de subjectieve waarheid van de protagonist door middel van spontane gedramatiseerde improvisaties geëxploreerd (Hein, 2004). Ik merkte echter dat psychodrama een appèl deed op de cognitie, maar minder op het écht toelaten en uiten van emoties. Met Developmental Transformations (DvT) heb ik me vooral gericht op vrij spel, het experimenteren met het loslaten van de controle en in contact komen met impulsen. De sessies bestaan volledig uit geïmproviseerde, dramatische interactie tussen de therapeut en de cliënt. Er wordt vanuit gegaan dat de progressie die de cliënt maakt in de therapie volgens natuurlijke, ontwikkelingsgerichte processen gaat, die tot emotionele gezondheid leiden (Hougee, 2011). DvT deed vooral een appèl op het loslaten van de controle en spelthema's die binnen de improvisaties naar voren kwamen hadden veel analogie met het leven de cliënt. Beide methoden en hun specifieke doelen waren zeer belangrijk binnen de behandeling van cliënten met een eetstoornis, maar ik vond het spijtig dat ik nog geen methode had gevonden die een appèl deed op zowel het inzicht in gedrag, gedachten en emoties (cognitie) én op de uiting en beleving van deze emoties. Tijdens mijn stage en ook in het beginstadium van dit onderzoek, heb ik me meermaals afgevraagd of er niet een methode was die al deze aandachtsgebieden combineerde, maar deze methode heb ik toen niet kunnen vinden.

In oktober was daar gelukkig dan eindelijk mijn 'Aha- Erlebnis' moment. De methode die mij uiterst geschikt leek om te werken aan emotionele weerbaarheid, en die elementen van psychodrama én DvT combineerde, was de 'Levenslijn' methode. Deze methode heeft het meest indruk op mijzelf gemaakt en me het meest opgeleverd op persoonlijk gebied. De methode is ontwikkeld en beschreven door één van mijn docenten, Christine van Kempen.

De methode 'Levenslijn' is gebaseerd op vier belangrijke theatermakers uit de 20^{ste}- eeuw. Bertold Brecht (1898 – 1956), Konstantin Stanislavski (1863 – 1938), Jerzy Grotowski (1933- 1999) & Antonin Artaud (1896 – 1948) (C. Van Kempen, persoonlijke informatie, 15 april 2012). De methode werd tot nu toe alleen gebruikt op de opleiding dramatherapie, in het tweede leerjaar. De therapeutische attitude staat centraal met als doel werken aan creatieve authenticiteit en probleemoplossend vermogen. Non-verbale, lichaamsgerichte en intrinsieke werkvormen en technieken staan centraal er wordt gewerkt vanuit de impuls en de intuïtie.

De 'Levenslijn' methode nader toegelicht

De methode begint met het, door cliënten, creëren van een eigen plek in de ruimte. Deze plek wordt het 'huis' genoemd en deelnemers kunnen hier altijd naar terugkeren om tot zichzelf te komen en rust op te zoeken. Vervolgens worden deelnemers uitgenodigd om een eigen pad te lopen in de ruimte. Dit pad mogen ze zelf bedenken, maar moet wel telkens herhaalbaar zijn. Het is namelijk de bedoeling dat dit hun eigen, unieke pad wordt. Er wordt bij het creëren van het huis en het pad een beroep gedaan op het maken van autonome keuzen. De eerste paar sessies worden besteed aan het 'eigen maken' van het huis en het pad. Hierin worden deelnemers gecoacht door de spelleider die langs de kant aanwezig is. Deelnemers worden iedere sessie uitgenodigd om hun pad te lopen en komen op dat pad ook anderen tegen. De spelleider coacht de deelnemers om (oog)contact met elkaar te maken en om op een gegeven moment de confrontatie met de ander aan te gaan. Het is de bedoeling dat deelnemers hun eigen pad verdedigen en zich niet van 'hun pad' laten lopen. In het spel wordt de confrontatie met de ander geëxploreerd. De spelleider heeft hierin een belangrijke coachende rol. Hij/zij kan ervoor kiezen om een deelnemer te coachen in het aangaan van de confrontatie, maar er kan ook gecoacht worden in het onderzoeken van het (oog)contact tussen beide deelnemers. De spelleider kiest vlak voor of tijdens de sessie waar de focus op wordt gelegd in het spel. De spelleider heeft allerlei werkvormen en technieken tot zijn/haar beschikking. De uiteindelijke doelen van deze methode: kunnen handelen vanuit het hier en nu, leren vertrouwen op jezelf, coachen van jezelf,

aangaan van het conflict, opzoeken en verleggen van grenzen, contact aangaan, ontwikkelen van nieuwsgierigheid en durf, het kunnen volgen van de intuïtie. Deze doelen omvatten belangrijke aandachtsgebieden die ook aansluiten bij het doel dat ik voor ogen heb binnen de dramatherapie voor cliënten met een eetstoornis: het vergroten van de emotionele weerbaarheid. In hoofdstuk zeven wordt de methode 'Levenslijn' uitgebreid uitgelegd aan de hand van de werkzame elementen en de bruikbare werkvormen. In de eerste bijlage is een samenvatting te vinden van de 'Levenslijn' methode, geschreven door dramadocente Christine van Kempen.

Tot slot

Ik wil, door middel van onderzoek, een nieuw werkmodel ontwikkelen. Bij het ontwikkelen van dit nieuwe werkmodel wil ik me laten inspireren door en baseren op de 'Levenslijn' methode. Zoals eerder vermeld, is de 'Levenslijn' methode oorspronkelijk geschreven met het doel: het ontwikkelen van een therapeutische attitude. Ik heb er daarom voor gekozen om werkvormen uit de 'Levenslijn' methode toe te passen in de dramatherapie sessies bij cliënten met een eetstoornis. Ik zal niet alle werkvormen en technieken uit de 'Levenslijn' methode kunnen gebruiken op de manier waarop ze in eerste instantie bedoeld zijn. Zo zal ik een aantal werkvormen uit moeten kiezen die, naar mijn mening, een appèl doen op het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Vervolgens pas ik die werkvormen en technieken aan, zodat ze goed aansluiten bij de doelgroep én bij het doel van de therapie.

Mijn (voorgenomen én gerealiseerde) manier van werken tijdens dit onderzoek

- Schrijven van een onderzoeksvoorstel.
- Literatuuronderzoek naar basiselementen uit de 'Levenslijn' methode die aan zouden kunnen sluiten bij het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis.
- Keuzen maken uit werkvormen uit de 'Levenslijn' methode die aansluiten bij het doel (vergroten van emotionele weerbaarheid).
- Eventueel aanpassen van deze werkvormen, zodat deze aansluiten bij de doelgroep en hun probleemgebieden.
- Uitvoeren van de gekozen werkvormen en deze iedere week evalueren. Eventuele bijstellingen van werkvormen of manier van werken doorvoeren.
- Werkvormen uit de 'Levenslijn' methode selecteren die uiteindelijk het beste aansloten bij het doel: het vergroten van de emotionele weerbaarheid.
- Aan de hand van de gekozen werkvormen een nieuw werkmodel opstellen.

1.2 De begrippenlijst

- Dramatherapie: een vorm van vaktherapie waarbij mensen geholpen kunnen worden met hun psychische problematiek. Elementen van drama: experimenteren, ervaren, inzichten verwerven, projecteren, herkennen, etc. (Emunah, 1994, p. 3).
- Negatieve emoties: De belangrijkste negatieve emoties zijn angst, verdriet, boosheid, woede en schaamte.
- Symboliek: Personen en gebeurtenissen uit het leven van de cliënt vinden een symbolische uitdrukking in een beweging, een klank, een ritme, een dramatische rol etc. (Smeijsters, 2008, p. 251)
- Emotionele weerbaarheid: De mogelijkheid tot het tolereren van stress en het tolereren van negatieve emoties (Friborg e.a., 2005).
- Appèl: werkvormen of technieken uit het medium nodigen de persoon uit iets met het medium te doen, ze doen een appèl op een persoon (Smeijsters, 2008).
- Werkmodel: Denk- of doemodellen aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt of handelt (Smeijsters, 2005).
- Anorexia Nervosa: Een eetstoornis waarvoor een zwak zelfbeeld vaak de aanleiding is. Het onder controle houden van het eigen lichaam, geeft het gevoel dat men bestaat (Smeijsters, 2008).
- Observatielijst: Een lijst met probleemgebieden en mediumgedragingen. Het gaat om beschrijvingen die in mediumgedrag zichtbaar zijn, zonder dat er een beroep gedaan wordt op interpretaties (Smeijsters, 2008, p. 74)
- (spel)Impulsen: een ingeving, prikkel of aandrang in het spel.
- Autonomie/autonoom: zelfstandig, onafhankelijk (<http://han.hszuyd.nl/han/VanDaleOnline>)

1.3 De vraagstelling

Uit mijn probleemstelling is een concrete vraagstelling naar voren gekomen. Deze luidt als volgt:
Op welke manier kunnen werkvormen en technieken uit de dramatherapeutische methode 'Levenslijn', bijdragen aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis?

Subvragen:

1. Wat wordt er verstaan onder emotionele weerbaarheid en in hoeverre is emotionele weerbaarheid ontwikkeld bij cliënten met een eetstoornis?
2. Hoe uit zich deze weerbaarheid in concreet gedrag bij cliënten met een eetstoornis?
3. Welke aspecten binnen dramatherapie en de therapeutische relatie zijn een voorwaarde om met cliënten met een eetstoornis aan dit doel te werken?
- 4a. Welke dramatherapeutische (spel)elementen binnen de 'Levenslijn methode' doen een appèl op een toename van de emotionele weerbaarheid?
- 4b. Welke dramatherapeutische werkvormen uit de 'Levenslijn methode' doen een appèl op een toename van de emotionele weerbaarheid?

1.4 De doelstelling

Er staan vier doelen centraal tijdens dit onderzoek. Ten eerste hoop ik bij te kunnen dragen aan de dramatherapeutische kennis met betrekking tot de doelgroep eetstoornissen. Er is in de literatuur weinig te vinden over een specifieke dramatherapeutische methode voor cliënten met een eetstoornis. Er zijn veel dramatherapeutische methodes die ingezet kunnen worden, maar er bestaat nog geen specifieke methode die zich richt op het vergroten van de emotionele weerbaarheid bij deze doelgroep. Middels dit onderzoek hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan een nieuw/ander behandelperspectief bij de behandeling van eetstoornissen. Het is daarbij belangrijk om te vermelden dat het niet mijn doel is om een nieuwe methode te ontwikkelen. Simpelweg omdat daar niet genoeg tijd voor is. Wel wil ik dus een nieuw werkmodel ontwikkelen, gebaseerd op de methode 'Levenslijn'. Cliënten, collega vaktherapeuten en andere behandelaars kunnen door middel van dit onderzoek kennisnemen van de 'Levenslijn' methode en geïnspireerd worden door de manier waarop ik werkvormen uit die methode heb aangepast aan mijn doelgroep en therapiedoelen.

Het onderzoeken van de hiervoor genoemde vraagstelling, zal daarnaast ook bijdragen aan de ontwikkeling van mijn eigen werkmodel. Tijdens mijn stage kwam ik erachter dat ik zelf geneigd ben om naar inzichtgevend en cognitieve methodes te grijpen. Ook wilde ik vaak snel naar de oplossing van een probleem, waardoor ik te weinig tijd nam om echt stil te staan bij emoties van cliënten. Het als therapeut en onderzoeker in praktijk brengen van werkvormen uit de 'Levenslijn' methode, zal een appèl doen op een andere manier van werken. Dit onderzoek zal dan ook bijdragen aan mijn eigen ontwikkeling als dramatherapeut.

Aangezien ik een actiegericht onderzoek ga doen, zal ik intensief gaan samenwerken met dramatherapeute Marijke van Dongen. Zij gaf aan dat ze meer behoefte had aan een non-verbale werkvormen, die een appèl doen op ervaring i.p.v. cognitie en die zich daarnaast richt op het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Het samen in praktijk brengen van werkvormen uit de 'Levenslijn' methode, zal er uiteindelijk voor zorgen dat ook het werkmodel van Marijke van Dongen uitgebreid wordt.

Tot slot zal het onderzoeken van deze methode, bijdragen aan de huidige kennis op het gebied van de behandeling van eetstoornissen. Ik heb een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar de verschillende bestaande én nieuwe behandelmethoden van cliënten met een eetstoornis, met betrekking tot de emotionele weerbaarheid. In dit onderzoek zal een compilatie te lezen zijn van deze behandelmethoden. Bij het ontwikkelen van mijn nieuwe werkmodel zal ik me specifiek richten op het inzetten van werkvormen uit de 'Levenslijn' methode. Dit zijn echter werkvormen die nooit eerder zijn toegepast binnen een dramatherapeutische behandeling van eetstoornissen.

1.5 Noodzaak/relevantie voor aanvullend onderzoek

Er is literatuur te vinden over de behandeling van eetstoornissen en er is literatuur te vinden over de emotiebeleving bij deze doelgroep. Er zijn echter weinig concrete dramatherapeutische methoden te vinden die expliciet ontworpen zijn voor de stimulering van de emotiebeleving en het vergroten van de emotionele weerbaarheid bij deze doelgroep. Ook Corstorphine (2007) geeft aan dat er al wel

onderzoek is gedaan naar de link tussen negatieve emoties en het ontstaan en voortbestaan van een eetstoornis, maar dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar methodes/copingstijlen die werken aan het tolereren van negatieve emoties en naar methoden die zich focussen op copingstrategieën om te leren omgaan met negatieve emoties. Er is dus nog weinig onderzoek gedaan naar copingstrategieën die zouden kunnen helpen bij het tolereren van en omgaan met negatieve emoties. Met andere woorden: er moet onderzocht worden welke copingstrategieën van belang zijn bij het vergroten van de emotionele weerbaarheid.

Hoofdstuk 2: Onderzoekstype & Onderzoeksmethode

2.1 Onderzoekstype: kwalitatief ontwikkelingsonderzoek

Op basis van mijn probleemstelling, vraagstelling en doelstelling, kan ik stellen dat in dit onderzoek een bestaande methodiek ('Levenslijn') wordt gebruikt als inspiratiebron voor het ontwikkelen van mijn nieuwe werkmodel. Ik zal werkvormen uit de 'Levenslijn' methode gebruiken en deze op zo'n manier aanpassen dat deze aansluiten bij de doelgroep 'cliënten met een eetstoornis' en bijdragen aan het therapeutisch doel: vergroten van de emotionele weerbaarheid. Het resultaat van mijn onderzoek is een nieuw werkmodel. Mijn onderzoek heeft bestaan uit het ontwikkelen van dit model. Door middel van dit onderzoek heb ik getracht mijn eigen beroepsmatig handelen verder te ontwikkelen en te verbeteren. Omdat mijn onderzoek gericht is op het ontwikkelen van een nieuw behandelproduct/werkmodel, past het onderzoekstype 'ontwikkelingsonderzoek' het beste bij mijn vraagstelling. Smeijsters (2005) beschrijft dat een ontwikkelingsonderzoek als doel heeft om het (eigen of andermans) beroepsmatige handelen te ontwikkelen en te verbeteren. Door middel van dit ontwikkelingsonderzoek heb ik mijn eigen beroepsmatig handelen kunnen verbeteren. Door analyse en integratie van eerder opgedane ervaring met de doelgroep, mijn eigen ervaringen met de methode 'levenslijn' en de nieuwe ervaringen en resultaten van de cliëntengroep zelf (opgedaan tijdens dit onderzoek), heb ik uiteindelijk een nieuw werkmodel kunnen ontwikkelen (Smeijsters, 2005).

Om de verschillende werkvormen uit de 'Levenslijn' methode te onderzoeken, was het van belang dat het onderzoeksproces continue bestond uit een kringloop: sessie voorbereiden: rekening houdend met doelen van cliënten en vorige observaties → sessie uitvoeren: rekening houdend met voorbereiding en het 'hier&nu' → tijdens de sessie observaties vastleggen → sessie met cliënten nabespreken → sessie met Marijke van Dongen nabespreken → observatielijsten invullen → voorbereiding nieuwe sessie etc. etc. Met andere woorden: het was een voortdurend proces van ontwikkelen, uitvoeren, evalueren, en analyseren. Deze cyclus heeft zich iedere week weer herhaald. Het hele onderzoeksproces heeft in het teken gestaan van het ontwikkelen van een nieuw werkmodel.

Bij het voorbereiden van dit onderzoek was ik van mening dat het in de praktijk toetsen en toepassen van werkvormen uit deze methode en het tussentijds evalueren van de methode met de betrokkenen, de beste manier zou zijn om te onderzoeken of deze methode bruikbaar is voor het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek bleek dat een ontwikkelingsgericht actieonderzoek inderdaad de beste manier was om mijn vraag te onderzoeken. De samenwerking met dramatherapeute Marijke van Dongen, dramadocente Christine van Kempen en psychologe Helga Nauta bleek in de praktijk de juiste combinatie. Tevens behoorden de kwalitatieve casestudy en de kwantitatieve survey niet tot de mogelijkheden. Voor een kwalitatieve casestudy is het belangrijk om genoeg data te hebben, om een verklaring te geven voor een waargenomen fenomeen. Ik zou dan bijvoorbeeld mijn eigen interventies kunnen onderzoeken die ik vorig jaar heb gedaan, maar ik had niet genoeg documentatie met betrekking tot interventies van vorig jaar in combinatie met mijn vraagstelling. Ook een kwantitatieve survey zou niet passen bij mijn vraagstelling. Ik had mezelf als doel gesteld om tot een verandering van de situatie in de praktijk te komen, terwijl een kwantitatieve casestudy als doel heeft om een fenomeen uit het eigen werkmodel te beschrijven en te inventariseren, zodat een generalisatie plaats kan vinden.

2.2 Onderzoeksmethode: actiegericht onderzoek

Ik heb ervoor gekozen om een kwalitatief actiehandelingsonderzoek uit te voeren. Het doel van dit onderzoek is namelijk: het beter kunnen handelen in de praktijk (Smeijsters, 2005). Mijn vraag impliceerde al een actiegericht project, aangezien ik alleen antwoord kon vinden op mijn vraag door de werkvormen en technieken in de praktijk te gaan toepassen. Omdat de 'Levenslijn' methode niet specifiek beschreven was voor de doelgroep 'cliënten met een eetstoornis', heb ik vanaf de start van dit onderzoek nauw samengewerkt met deskundigen uit de praktijk. Zij wisten namelijk op welke punten werkvormen uit de methode bijvoorbeeld aangepast moesten worden, zodat deze beter aansloten bij de leerdoelen, uitdagingen en behoeften van de cliënten. Daarnaast is er weinig literatuur beschreven over het vergroten van de emotionele weerbaarheid binnen een dramatherapeutische methode én over de 'Levenslijn' methode, waardoor een actiehandelingsonderzoek een juiste keuze is gebleken. Volgens Migchelbrink (2007) stelt actieonderzoek zich als doel om niet alleen kennis te vergaren, maar ook verbeteringen te realiseren. Onderzoeken

om de onderzochten meer kennis te bezorgen over het onderzoeksthema en om de betrokkenen te helpen meer of andere handelingsmogelijkheden te verwerven in hun alledaagse werkelijkheid, is het voornaamste doel geweest van dit onderzoek. Cliënten hebben meer kennis gekregen over het onderzoeksthema (emotionele weerbaarheid) en hebben andere handelingsmogelijkheden verworven. Daarnaast heb ik zelf meer kennis gekregen over het onderzoeksthema. Ook heb ik mijn eigen werkmodel opnieuw ontwikkeld, waardoor ik meer handelingsmogelijkheden voor mezelf als therapeut én onderzoeker heb gecreëerd.

Smeijsters (2005) beschrijft een kwalitatieve onderzoeker als volgt: 'de kwalitatieve onderzoeker wil de complexiteit, genuanceerdheid, breedte en diepte van de concrete ervaring beschrijven'. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek heb ik daarom de ervaring en evaluaties van de cliënt als leidraad genomen bij het verder ontwikkelen van mijn werkmodel. Bij het uitvoeren van dit actiegerichte onderzoek heb ik de cyclus van Migchelbrink (2007) als leidraad genomen.

Het startpunt was een probleem, namelijk: 'verminderde emotionele weerbaarheid bij cliënten met een eetstoornis'. Vanuit dit probleem ben ik in dialoog gegaan met onderzoekers en onderzochten, waarbij er sprake is geweest van gezamenlijke reflectie. Hier ben ik al mee begonnen tijdens het schrijven van de probleemstelling en gedurende mijn actiegericht onderzoek ben ik telkens in dialoog blijven treden met medeonderzoekers en cliënten. De probleemstelling en vraagstelling zijn geformuleerd toen ik voor het eerst in contact ben getreden met mijn medeonderzoekers. Daarna heb ik een onderzoeksvoorstel geschreven dat gebaseerd is op het literatuuronderzoek dat ik heb uitgevoerd tijdens het schrijven van mijn probleemstelling. In mijn onderzoeksvoorstel heb ik de ontwikkelings- en uitvoeringsfase duidelijk beschreven. Dit onderzoeksvoorstel is door mijn vakdocent nagekeken en goed bevonden.

Tijdens het uitvoeren van dit actiegerichte project heeft de focus voornamelijk gelegen op de ontwikkelingsfase en de actiefase. Volgens Pénzes (persoonlijke communicatie, 14 maart 2012) zijn de belangrijkste doelen in de ontwikkelingsfase: het verzamelen van ideeën voor verbetering en verandering, met de betrokkenen de acties vaststellen en het plannen en voorbereiden van de uitvoering. In de ontwikkelingsfase heb ik samen met dramatherapeute Marijke van Dongen regelmatig gebrainstormd over een geschikte dramatherapeutische methode die de emotionele weerbaarheid van cliënten zou kunnen vergroten. Toen we uiteindelijk uitkwamen bij de 'Levenslijn' methode, zijn we ideeën gaan verzamelen over de manier waarop we werkvormen uit deze methode zouden kunnen toepassen bij de doelgroep en het doel (emotionele weerbaarheid). Het plannen en voorbereiden van de uitvoering heb ik beschreven in het eerder genoemde onderzoeksvoorstel. De ontwikkelingsfase en uitvoeringsfase hebben ook nog een tijd parallel gelopen. Samen met Marijke van Dongen was ik bezig met het ukiezen en herschrijven van werkvormen uit de 'Levenslijn' methode en tegelijkertijd liep ik mee in de praktijk om de cliënten te leren kennen en hen te observeren in het spel. Dit parallel lopen van die twee fasen, heeft ongeveer 4 weken geduurd.

Verder was een belangrijk onderdeel van de ontwikkelingsfase het ontwikkelen van een observatielijst. Deze observatielijst heb ik gebruikt bij het monitoren van het ontwikkelingsproces van de cliënten. Het monitoren van het proces was uiteraard een belangrijk aspect van dit actiegerichte onderzoek. In paragraaf 3.1, 'Ontwikkelfase', beschrijf ik uitgebreid hoe ik de observatielijst heb ontwikkeld en gebruikt. In bijlage twee is deze observatielijst terug te vinden.

In de ontwikkelingsfase zijn de belangrijkste voorbereidingen al getroffen en heb ik keuzes gemaakt in werkvormen uit de 'Levenslijn' methode.

Tijdens de actiefase heb ik deze werkvormen nog specifiek aangepast aan de doelgroep en aan het doel (vergroten van de emotionele weerbaarheid). In die fase hebben de verschillende elementen van actiegericht onderzoek elkaar opgevolgd en aangevuld: voorbereiden, uitvoeren, monitoren en evalueren. De sessies zijn tijdens de actiefase iedere week concreet voorbereid en uitgewerkt in een logboek. Tijdens en na iedere sessie heb ik me, samen met Marijke van Dongen, beziggehouden met het monitoren van de observaties en evaluaties van de cliënten.

Hoofdstuk 3: Voorfase en Oriëntatiefase

3.1 De direct betrokkenen

De direct betrokkenen bij dit onderzoek zijn de cliënten en dat is dramatherapeute Marijke van Dongen.

De cliëntengroep heeft bestaan uit een groep van vijf personen. De samenstelling van de groep is echter regelmatig veranderd. Zo zijn er enkele cliënten voortijdig gestopt met het programma bij het MUMC en zij zijn dan uitgesloten van de therapieën.

Alle cliënten lijden aan de eetstoornis Anorexia Nervosa. In de probleemstelling is een beschrijving van deze doelgroep te lezen.

Er hebben vier dames meegedaan en één jongeman, verschillend in leeftijd. De jongste deelnemer is 16 jaar oud en de oudste deelnemer is 62 jaar oud. Dit is een groot leeftijdsverschil, waar zeker rekening mee gehouden is tijdens het vormgeven van de sessies.

Ik heb ervoor gekozen om dit onderzoek met een groep cliënten uit te voeren en niet individueel, omdat werkvormen uit de methode 'Levenslijn' alleen uitgevoerd kunnen worden in een groep. De methode draait voornamelijk om het onderzoeken van interactiemomenten en confrontaties met anderen. Het is daarbij belangrijk dat cliënten van elkaar kunnen leren. Wanneer er een interactie- of confrontatiemoment plaats vond in een sessie, kon er in de nabespreking nog eens op teruggekomen worden. Ik heb de groep gestimuleerd om elkaar te bevragen en assumpties die er spelen bij elkaar te checken.

Het is belangrijk om te noemen dat de groep die deelgenomen heeft, een open groep is. Bij een open groep stromen mensen binnen als er plaats is binnen de gestelde groepsgrootte. Daarbij is het belangrijk om continue te blijven focussen op de individuele dynamische processen. Iedere cliënt heeft een eigen behandelplan dat geformuleerd werd in een persoonsgericht thema (Smeijsters, 2005). Daarom heb ik in deze fase besloten om iedere sessie een groepsevaluatie te doen én een evaluatie te schrijven over iedere cliënt individueel.

Ook Marijke van Dongen is een directe betrokkene bij dit onderzoek. Het doel van het contact met Marijke van Dongen is het samen af kunnen stemmen van het uiteindelijke uitvoeren van het onderzoek. Marijke heeft een adviesgevende rol gehad en veel inbreng gehad bij het beschrijven, vormgeven en uitvoeren van werkvormen uit 'Levenslijn' methode.

3.2 actieonderzoek-netwerk

Mijn actieonderzoek-netwerk wordt hieronder weergegeven in een tabel. Van iedere betrokkene is weergegeven wat zijn/haar achtergrond is en welke taak hij/zij heeft binnen het actiegericht onderzoek.

Naam	Achtergrond/werkervaring	Taak in actiegericht onderzoek
Marijke van Dongen, direct betrokken	Dramatherapeute bij het MUMC, werkt al meer dan 15 jaar met de doelgroep cliënten met een eetstoornis. Met haar heb ik al meerdere keren een oriënterend gesprek gevoerd over het probleem, het doel en de eventuele uitvoering van dit onderzoek. Is zelf op zoek naar een non-verbale dramatherapie methode die ook aansluit bij het probleem dat onderzocht gaat worden.	- Betrokken bij alle fasen in het onderzoek: voorfase, oriëntatiefase, diagnostische fase, ontwikkelingsfase & actiefase. Hoofdtherapeut tijdens de actiefase. - Groot aandeel in het monitoren en evalueren van het onderzoek.
Amber Klop, indirect	Dans- en bewegingstherapeute bij het MUMC. Werkt sinds 3 jaar met de doelgroep. Met haar heb ik een informeel gesprek gevoerd over dit onderzoek.	- Adviesgevende rol. - Vooral betrokken bij de diagnostische fase en actiefase.
Christine van Kempen, indirect betrokken	Dramadocente aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen, Faculteit: Creatieve Therapie. Zij werkt al meer dan 20 jaar met de methode die ik ga onderzoeken binnen dit onderzoek. Zij zal mij helpen bij het vormgeven en eventueel aanpassen van de sessies.	- Coachende rol: scriptiebegeleiding gedurende dit actiegerichte project. - Adviesgevende rol: advies over nieuwe/andere technieken en werkvormen die passen binnen de onderzochte methode.

Walk The Line

		- Betrokken bij alle fasen in het onderzoek: voorfase, oriëntatiefase, diagnostische fase, ontwikkelingsfase & actiefase.
Helga Nauta. Indirect betrokken	Psychologe. Helga Nauta werkt al sinds langere tijd met de doelgroep. Zij geeft cognitieve therapie aan cliënten met een eetstoornis en heeft zelf haar promotieonderzoek gedaan naar deze doelgroep.	- Adviesgevende rol: geeft feedback op geschreven probleemstelling, onderzoeksvoorstel en de uiteindelijke scriptie. - Betrokken geweest tijdens de diagnostische fase en de actiefase.
Elsa van den Broek, Indirect betrokken	Dramatherapeute en docente aan de opleiding Dramatherapie. Elsa heeft zelf de methode ervaren tijdens haar opleiding tot dramatherapeute. Ook heeft zij gewerkt met cliënten met een eetstoornis gewerkt.	- Adviesgevende rol: Zij kan vanuit haar eigen ervaring als student en inmiddels verworven competenties als dramatherapeute en docent, haar visie op de methode geven. Ze zal kritische feedback kunnen geven op de beschreven methode en kan aanvullingen doen om de methode nog completer vorm te geven. - Betrokken geweest tijdens diagnostische fase en de ontwikkelingsfase.
Cliënten, Direct betrokken	De groep heeft iedere keer uit totaal vijf cliënten bestaan. De groepssamenstelling is echter wel veranderd gedurende het onderzoek. Enkele cliënten zijn gestopt met het programma in het MUMC. De cliënten lijden aan Anorexia Nervosa. Vaste groep: - T (v): 62 jaar. - Ag (v): 55 jaar. - Yv (v): 61 jaar. - M (v): 18 jaar. - Br (m) : 20 jaar.	- Samenwerkende rol: Ik zal de cliënten vragen om vooraf, tijdens en na het uitvoeren van de methode reflectievragen te beantwoorden. Per week is bekeken in hoeverre we de cliënten hebben betrokken bij het voorbereiden van de sessies. - Cliënten hebben tijdens de actiefase en de evaluatie geparticipeerd aan het onderzoek.

3.3 De entree als onderzoeker

Volgens Migchelbrink (2007, p. 158-159) is het leggen van contact en het opbouwen van een relatie met de betrokkenen, de belangrijkste opgave in de voorfase. Aansluiting vinden bij de groep en vertrouwd raken met de taal, gewoontes en gebruiken van de betrokkenen staat centraal.

Naast het opbouwen van een relatie, moet zich een duidelijk beeld vormen van de handelingsproblemen of de problematische situatie. Migchelbrink geeft enkele adviezen met betrekking tot de relatieopbouw. Een frequente en regelmatige interactie en communicatie met zoveel mogelijk deelnemers is erg belangrijk. Voor de onderzochten is het van belang om zo snel en zo duidelijk mogelijk te weten wat de onderzoeker komt doen, heldere communicatie over het onderzoeksproject is dus zeer belangrijk. Ook meedoen en meelopen in de alledaagse situatie van de deelnemers, kan helpen om de relatieopbouw te stimuleren. Via dit meelopen kan de onderzoeker observeren, bevragen en zich hierdoor een beeld vormen van de onderhavige problematiek.

Ik heb ervoor gekozen om vanaf de start van dit onderzoek, mee te lopen en te participeren in de dramatherapie sessies. Ook ben ik iedere maandag aanwezig geweest op de afdeling om te praten met andere (indirect) betrokkenen en eventuele vragen te beantwoorden.

Het praktijkgedeelte van het onderzoek bij het MUMC heeft in totaal 10 weken in beslag genomen.

Alvorens ik begonnen ben met het ontwikkelen en uitvoeren van mijn nieuwe werkmodel, vond ik het belangrijk om kennis te maken met de therapiegroep. Zoals eerder beschreven heeft de groep bestaan uit vijf personen die zijn opgenomen op de afdeling Psychiatrie van het MUMC of die in dagbehandeling zijn op deze afdeling. Voor aanvang van het uitvoeren van werkvormen uit de 'levenslijn' methode, heb ik vier keren geparticipeerd in de dramatherapiegroep. Op deze manier heb ik kennis kunnen maken met de groep en hebben ze al kunnen wennen aan mijn rol als speler en

cotherapeut. De speldrempel is hierdoor bij de cliënten minder hoog geweest, omdat ze mij als persoon en mijn manier van werken al kennen.

Tijdens de kennismakingssessies heb ik telkens de warming-up aangeboden en deze met hen nabesproken. Ook heb ik de rol van medespeler op me genomen.

Toen ik eenmaal begon met het ontwikkelen van mijn nieuwe werkmodel, merkte ik dat cliënten eraan gewend waren dat ik meeliep en participeerde in de therapieën. Vragen over de sessies en het onderzoek werden dan ook naar mij gericht en de rolverdeling tussen Marijke van Dongen en mijzelf was duidelijk. Marijke had nog altijd de rol van dramatherapeute en vertrouwenspersoon, ik had de rol van onderzoeker en participant. Omdat ik het ook belangrijk vond dat andere collega's, zoals verpleegkundigen of psychologen, op de hoogte waren van mijn onderzoek, heb ik hen middels een informatiebrief op de hoogte gesteld van mijn onderzoek. Ik heb in deze brief aangegeven dat ik altijd tijd maak voor het beantwoorden van vragen die er leven rondom het onderzoek. Ook heeft Marijke van Dongen in het wekelijks teamoverleg kort uitgelegd hoe het onderzoek in praktijk plaats zou gaan vinden. Ik heb weinig reactie of vragen gekregen van indirecte betrokkenen, zoals verpleegkundigen. Directe collega's, psychologen en vaktherapeuten, waren meer betrokken bij mijn onderzoek. Hun visie op de methode, de doelgroep en op de individuele cliënt, heb ik als zeer waardevol beschouwd bij het uitvoeren van dit onderzoek. Uiteraard heb ik ook de cliënten op een heldere manier uitgelegd hoe het onderzoek in zijn werk zou gaan. Ik heb een informatiebrief geschreven over het onderzoek en de inhoud van de sessies. In deze brief staat beschreven: wat het onderzoek inhoudt, wat het doel is van dit onderzoek, wat de doelen zijn van het werken met de 'Levenslijn' methode en waar en wanneer de sessies plaatsvinden. Ik heb deze brief met de groep samen gelezen en de vragen die er waren beantwoord. Alle cliënten hebben toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. Ook hebben ze toestemming gegeven voor het anoniem verwerken van hun ervaringen, feedback en observaties in dit onderzoek.

Hoofdstuk 4: Diagnostische fase

In de diagnostische fase worden de kennis, ervaringen, plannen en wensen van de betrokken subjecten verder uitgekristalliseerd. In de oriëntatiefase zijn deze verschillende aspecten al uitvoerig aan bod gekomen. Door een gezamenlijke analyse en interpretatie met de betrokken subjecten, ben ik gekomen tot een diagnose van de bestaande situatie. Samen werd op basis daarvan vastgesteld in welke richting de veranderingen en vernieuwingen binnen de praktijk moesten worden gezocht. Kortom: de koers werd bepaald en de motivatie aangewakkerd (Migchelbrink, 2007).

Om tot een duidelijke gezamenlijke diagnose te komen, heb ik gebruik gemaakt van de volgende technieken: verkenning en reflectie, ervaringskennis, participerende observatie en interviews.

Migchelbrink (2007) beschrijft dat de verkenning die in de oriëntatiefase plaats heeft gevonden, gebruikt kan worden binnen de diagnostische fase. Deze verkenning kan in de diagnostische fase dan voorgelegd en gepresenteerd worden aan zoveel mogelijk betrokkenen. Volgens Migchelbrink levert deze manier van werken veel bruikbare reacties op. Ik heb dit zelf ook zo ervaren. Ik heb tijdens het schrijven van mijn probleemstelling een literatuuronderzoek gedaan naar de probleemgebieden van de doelgroep, dit valt onder de techniek 'verkenning en reflectie'. Ook heb ik tijdens het schrijven van de probleemstelling mijn sessieverslagen van het voorgaande stagejaar nog eens goed doorgenomen. Ik kwam toen zelf al snel tot een algemene diagnose van het probleem. Met andere woorden: ik heb gebruik gemaakt van mijn eigen ervaringskennis. In sessievoorbereidingen en evaluaties van vorig jaar heb ik de belangrijkste begrippen gemarkeerd. Daarna heb ik deze begrippen onder elkaar gezet en toen ben ik op zoek gegaan naar een onderling verband.

Mijn eigen diagnose heb ik voorgelegd aan andere deskundigen door middel van interviews. De deskundigen: drie dramatherapeuten, één dans- en bewegingstherapeute en één psychologe gespecialiseerd in het werken met cliënten met een eetstoornis.

Ik heb zelf contact gezocht met Maartje Zeldenrust, zij werkt met cliënten met een eetstoornis. Zij heeft meegewerkt aan een schriftelijk interview. Ik heb getracht open vragen te stellen in dit interview, zodat Maartje Zeldenrust in haar antwoorden niet gestuurd werd door mijn eigen visie.

Zij heeft in het interview aangegeven dat het uiten van onderdrukte gevoelens op emotioneel niveau ervoor zorgt, dat er ruimte komt voor andere gevoelens en gezonde impulsen zoals het nemen van initiatieven, lef, een actieve houding en de wens tot constructieve oplossingen. Echt kunnen doorleven en doorploegen van persoonlijke pijnlijke thema's is volgens haar een belangrijk doel. In de bijlage drie is het hele interview met Maartje Zeldenrust te lezen.

Verder heb ik een mondeling interview gehouden met dramadocente Christine van Kempen, dramatherapeute Marijke van Dongen en dramatherapeute en docente Elsa van den Broek. Met Christine van Kempen heb ik het voornamelijk gehad over de methode 'Levenslijn'. Ik heb met haar gebrainstormd over welke werkvormen eventueel zouden kunnen aansluiten bij de doelgroep (cliënten met een eetstoornis) en op welke manier ik die werkvormen dan aan zou kunnen passen dat ze goed aansluiten op hun (spel)niveau. Met beide dramatherapeuten heb ik het voornamelijk gehad over de doelgroep, zij hebben ook met cliënten met een eetstoornis gewerkt. Ook in dit interview heb ik geprobeerd de vragen zo open mogelijk te houden, omdat ik hún visie over het probleem helder wilde krijgen.

Elsa van den Broek geeft aan dat ze ervaren heeft dat cliënten met een eetstoornis moeite hebben met in de aandacht staan, er gewoonweg 'zijn'. Ook het verdragen van de aandacht van anderen is voor deze cliënten moeilijk. Binnen drama zien ze bijvoorbeeld hun eigen aanwezigheid bevestigd door het spelen van een rol en het samenspelen met anderen.

Verder viel het haar op dat veel cliënten moeite hebben met 'voelen'. Moeilijke situaties worden vermeden. Elsa van den Broek: 'Om in schematherapie termen te denken: de afstandelijke beschermer → deze kan emoties niet toe laten. Wanneer er een confrontatie dreigt, nemen cliënten vaak afstand. Deze cliënten groep is vaak slim en rationeel. Binnen drama vinden ze het moeilijk om ergens mee te spelen dat buiten eigen rolrepertoire ligt. Ze ervaren dit dan als controleverlies'.

Marijke van Dongen en Amber Klop gaven beiden aan dat zij ook regelmatig aanlopen tegen hetzelfde probleem. Ze zien vaak dat cliënten niet in staat zijn om contact te maken met hun eigen emoties. Dit komt deels door hun ondergewicht. Wanneer cliënten ondergewicht hebben, is hun gevoelswereld al afgevlakt. Marijke van Dongen en Amber Klop merkten in hun therapieën ook regelmatig dat ze als het ware tegen een muur aanliepen bij deze cliëntengroep. Het is dan bijvoorbeeld duidelijk dat er nog veel onderliggende emoties spelen, maar het lijkt bijna onmogelijk om daarbij te komen. Cliënten hebben voor zichzelf allerlei afweermechanismen ontwikkeld om hun emoties niet te hoeven voelen, aangezien ze bang zijn om de controle te verliezen over deze emoties. Marijke sloot zich aan bij het onderzoek van Fox & Froom (2009), zij hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen verstoorde eetpatronen en de vier negatieve emoties. Boosheid en verdriet bleken significante bijdragers aan een verstoord eetpatroon. De eetstoornis is een manier om emoties te onderdrukken.

Ook psychologe Helga Nauta sluit zich aan bij de visie van Marijke van Dongen en Amber Klop. Zij geeft nog aan dat de emotie 'angst' voornamelijk overheerst bij deze cliëntengroep. De angst om te falen of de controle te verliezen is erg groot. Volgens haar is het dan ook belangrijk dat deze cliëntengroep leert omgaan met die angst en de therapieën mogen wat haar betreft dan ook een redelijk hoog angsniveau uitlokken. Tot slot heb ik bij het komen tot een gezamenlijke diagnose ook gebruik gemaakt van participerende observatie. Deze participerende observatie heeft plaatsgevonden tijdens de introductiefase; ik heb toen vier keren meegelopen bij de dramatherapie sessies.

Een samenvatting van de gezamenlijke diagnose:

Cliënten met een eetstoornis hebben een verminderde emotionele weerbaarheid. Probleemgebieden die regelmatig genoemd werden en de gezamenlijke diagnose ondersteunen:

- Cliënten met een eetstoornis hebben moeite met het loslaten van controle.
- Cliënten met een eetstoornis hebben moeite met het voelen en uiten van (negatieve) emoties.
- Cliënten met een eetstoornis hebben weinig tot geen gevoel van autonomie.

Doordat het probleem dat ik wil onderzoeken vrij helder was en ondersteund werd door de betrokkenen uit mijn actienetwerk, heeft in dit onderzoek de focus voornamelijk gelegen op de samenwerking met mijn actienetwerk en hebben de ontwikkelingsfase en actiefase (inclusief evaluatie) de meeste tijd in beslag genomen.

Hoofdstuk 5: Ontwikkelfase

5.1 De realisatie van het project: hoe, waar, wanneer & met wie

Vanaf september ben ik al bezig geweest met de voorbereidingen voor het onderzoek. Ik heb opnieuw contact gelegd met de dramatherapeute Marijke van Dongen en gepeild of zij interesse had in een gezamenlijk onderzoek. Zij was erg enthousiast en vanaf januari zijn we concreet plannen gaan maken voor het onderzoek. De voorfase en oriëntatiefase hebben plaatsgevonden in januari en februari. In februari ben ik ook begonnen met de introductie. Ik heb kennis gemaakt met de groep cliënten die heeft deelgenomen aan mijn onderzoek. Tijdens de introductiesessies stond centraal: kennismaking, spelniveau van cliënten observeren en de fase van motivatie bepalen.

In maart ben ik begonnen met de introductie van werkvormen uit de methode 'Levenslijn'. We hebben één sessie besteed aan de voorbereiding op het onderzoek/de sessies. In die sessie hebben we de doelen uitgelegd, de manier van werken en de aandachtspunten voor de groep. Ook hebben de cliënten in die sessie de cliënteninformatiebrief gekregen en het toestemmingsformulier getekend. In bijlage 4 is de cliënteninformatiebrief te vinden. Na deze introductiesessie, hebben we zes keren met werkvormen uit de 'Levenslijn' methode gewerkt. Ik zal hier kort beschrijven wat ik heb gedaan, hoe ik dit heb aangepakt, wie erbij betrokken was en waar & wanneer de actie heeft plaatsgevonden.

Wat heb ik gedaan, hoe & wanneer

- Literatuuronderzoek (januari t/m mei 2012). Hier ben ik mee begonnen tijdens het schrijven van mijn probleemstelling. Ik heb daarbij gebruik gemaakt van verschillende bronnen, de belangrijkste bronnen op een rijtje: vakliteratuur m.b.t. dramatherapie, vakliteratuur m.b.t. de doelgroep cliënten met een eetstoornis, databanken m.b.t. (geestelijke) gezondheidszorg en tijdschriften en artikelen over creatieve therapie en dramatherapie in het bijzonder. De belangrijkste zoektermen die ik gebruikt heb: weerbaarheid, emotionele weerbaarheid, stress tolerantie, eating disorders, Anorexia Nervosa, negatieve emoties, copingskills & dramatherapie. Bijna alle zoektermen heb ik gecombineerd met 'Dramatherapie'.
- Onderzoeksvoorstel schrijven (januari en februari 2012). Dit was een erg belangrijk onderdeel van dit onderzoek. Ik ben me gaan verdiepen in de verschillende typen en methoden van onderzoek. Ook heb ik vastgesteld op welke manier ik data wilde gaan verzamelen en analyseren. Ik heb daarbij gebruik gemaakt van literatuur met betrekking tot actiegericht onderzoek. Migchelbrink (2007) en Smeijsters (2005) hebben beiden veel geschreven over het uitvoeren van actieonderzoek voor professionals in de zorg en de vaktherapie.
- Kennismaking met cliënten en indirect en direct betrokkenen (februari en maart 2012). Centraal stond hierbij het opbouwen van een relatie met de cliënt. Het was daarbij van belang dat cliënten mij niet alleen gingen zien als (co)therapeut, maar ook als onderzoeker. Ook bij het (opnieuw) kennis maken met collega's en andere betrokkenen, was het belangrijk om duidelijk te maken dat mijn rol als onderzoeker anders zou zijn dan mijn rol als stagiaire.
- Voorbereiden van onderzoek in de praktijk: keuzen maken in werkvormen uit de 'Levenslijn' methode (februari en maart 2012). Mijn nieuwe werkmodel is gebaseerd op de 'Levenslijn' methode. Ik heb werkvormen uit de 'Levenslijn' methode vertaald naar de doelgroep en naar het specifieke doel: vergroten van emotionele weerbaarheid. Enkele vragen die ik me telkens heb gesteld: wat zien we bij de cliënten op het gebied van emotionele weerbaarheid, in hoeverre is de cliënt zich hier bewust van, wat denken wij dat de cliënt nodig heeft binnen de dramatherapie, wat denkt de cliënt dat hij/zij nodig heeft, hoe gaan we dit concreet vertalen naar de sessies, wat zijn daarbij belangrijke aandachtspunten & welke therapeutische attitude past daarbij en waarom.
- Praktische voorbereidingen getroffen voor de uitvoering van het onderzoek (begin maart 2012). Daarbij valt te denken aan: de ruimte reserveren, materialen uitzoeken, toestemmingsformulieren ontwerpen en laten tekenen en logboeken ontwerpen voor Marijke en mij.
- Het ontwikkelen van een observatielijst (maart 2012). Ik vond het belangrijk om een duidelijk en objectief meetinstrument te hebben om zo de voortgang van de cliënten vast te leggen en te meten. De huidige observatielijsten binnen de dramatherapie literatuur leken echter niet alle aandachtsgebieden te omvatten. Daarom heb ik een nieuwe observatielijst gemaakt, gebaseerd op observatielijsten uit de dramatherapie literatuur en uit specifieke literatuur over eetstoornis cliënten. Door de onderwerpen samen in één observatielijst te vermelden,

ontstond een observatielijst die wel alle aandachtsgebieden uit de 'Levenslijn' methode omvatte.

- Voorbereiden wekelijkse sessies (maart, april & mei 2012). Om dit onderzoek op de juiste manier uit te voeren, was het van groot belang dat de samenwerking tussen Marijke van Dongen en mij zo soepel mogelijk verliep. Daarom hebben we ervoor gekozen om iedere maandag bij elkaar te komen en te bespreken wat we die middag in de sessie gingen aanbieden. De werkvormen uit de Levenslijn methode stonden centraal en daar hebben we telkens een keuze in gemaakt. We hebben daarbij rekening gehouden met: de individuele therapiedoelen van de deelnemers, de doelen van de methode, de technieken en werkvormen die de methode omhelst, het spelniveau van de deelnemers & het doel dat we voor die sessie wilden behalen. Daarbij werd ook onze therapeutische attitude onder de loep gelegd. Marijke en ik zijn kritisch geweest naar onszelf toe, maar ook naar elkaar.
- Uitvoeren wekelijkse sessies (maart, april & mei 2012). De sessies worden in het volgende hoofdstuk nog uitgebreid besproken. We hielden ons aan de voorbereiding van de sessies, maar konden ook in het hier & nu hele andere keuzen maken. We hebben echt ingespeeld op wat er op dat moment gebeurde. De ene keer zijn we meer afgeweken van de voorbereiding dan de andere keer.
- Evalueren wekelijkse sessies (maart, april & mei 2012). Iedere sessie hebben we samen met de deelnemers een kort evaluatiemoment gehouden. Marijke en ik hebben daarbij vragen aan hen gesteld en ik heb alle informatie (geciteerd) opgeschreven. De cliënten hebben ook iedere week reflectievragen ingevuld. Door middel van deze vragen wilden wij hen tot denken aanzetten, zodat ze zich bewuster zouden worden van het gedrag, gedachten en emoties. Marijke en ik hebben na iedere sessie de observatielijst individueel ingevuld. Ook hebben we na iedere sessie, de sessie nabesproken. Onze beide observaties en evaluaties heb ik vervolgens verwerkt in het logboek van die week.
- Het schrijven van dit onderzoek (april en mei 2012). Hiervoor was het belangrijk om de dataverzameling om te zetten naar data-analyse. Na het analyseren van de data ben ik gekomen tot een eindconclusie.

Korte beschrijving van cliënten

De casussen zijn geschreven in de 'ik-vorm'. Om zo weinig mogelijk te interpreteren, vind ik het belangrijk om duidelijk te vermelden hoe de cliënt zijn/haar ziekteverloop ziet en wat hij/zij belangrijke leerdoelen voor zichzelf vindt.

* T: 62 jaar. Doelen:

- Ik sta stil bij mijn gevoelens, geef er erkenning aan.
- Ik durf mijn gevoelens te tonen en onderzoek wat er dan met me gebeurt.
- Ik leer om te gaan met de gevoelens die dit met zich meebrengt

* Ag: 55 jaar. Doelen:

- Ik leer stil te staan bij mijn gevoelens, leer de fysieke signalen die daarbij horen te herkennen.
- Ik leer stil te staan bij mijn behoeften en ik maak deze kenbaar.
- Ik leer voor mezelf op te komen en mijn grenzen duidelijk te stellen.

* Y: 61 jaar. Doelen:

- Ik durf mezelf hoorbaar en zichtbaar te maken in de spelopdrachten, en onderzoek de gevoelens die ik daarbij ervaar.
- Ik durf mijn gedachten en gevoelens kenbaar te maken in de groep en toets mijn overtuigingen (anderen zijn niet te vertrouwen, maken misbruik van mijn kwetsbaarheid)

* Br: 20 jaar. Doelen:

- Ik leer mijn gevoelens, mijn boosheid te voelen en te uiten.
- Ik ontdek wat het bij me teweeg brengt als ik het conflict aanga.
- Ik leer omgaan met deze gevoelens oproept.

* M: 18 jaar. Doelen:

- Ik leer stil te staan bij wat ik voel. Ik onderscheid mijn gevoelens.
- Ik leer uiting te geven aan wat ik denk en voel.

5.2 Beschrijving en Argumentatie van mijn rol als onderzoeker

Migchelbrink (2007) schrijft over de relatie tussen onderzoeker en onderzochten en heeft het binnen de kwalitatieve benadering over de subject-subject benadering. Hierbij is de onderzoeker geen neutrale toeschouwer, maar hij/zij is actief betrokken bij de onderzochte problematiek. Hij geeft aan dat de onderzoeker veelvuldig informeert, overlegt en onderhandelt met de betrokkenen.

Als ik terugkijk op dit onderzoek, ben ik er zeker van dat ik als onderzoeker veelvuldig heb overlegd en onderhandeld met de direct betrokkenen. Met Marijke van Dongen was er wekelijks een moment van voorbereiding en evaluatie. Marijke nam hier alle tijd voor en dat is zeer waardevol geweest voor het onderzoek en de dataverzameling. Marijke en ik zaten niet altijd op één lijn. We hebben elkaar iedere keer de ruimte gegeven om onze visie te delen en zijn vervolgens tot een compromis gekomen. Wat daarbij telkens voorop heeft gestaan: wat hebben de cliënten nodig en wat is noodzakelijk voor een goed verloop van dit onderzoek.

Doordat ik veelvuldig en effectief met Marijke heb kunnen samenwerken, is dit onderzoek een co-creatie geworden met de praktijk. Helga Nauta, psychologe in het MUMC, heeft ook een grote rol gespeeld tijdens het onderzoek. Zij heeft mij feedback gegeven op mijn geschreven stukken en advies gegeven over keuzen in werkvormen en technieken en mijn therapeutische attitude. Zij was als het ware de objectieve buitenstaander die mij, op de momenten waarop dat nodig was, een spiegel voorhield. Helga is werkzaam op dezelfde afdeling en kent het merendeel van de cliënten vanuit haar eigen individuele en groepstherapieën. Het was zeer prettig om regelmatig met iemand samen te werken die wel de cliëntengroep goed kent en daarnaast een open visie heeft op mijn manier van werken.

Tijdens de start van het onderzoek heb ik me meermaals afgevraagd in hoeverre we de cliënten zouden laten meedenken bij het vormgeven van de sessies. Uiteindelijk heb ik ervoor gekozen om hen indirecte participatie te geven. We hebben na afloop van iedere sessie geëvalueerd en de cliënten hebben reflectievragen beantwoord. We hebben ook regelmatig gevraagd naar de manier waarop ze het werken met werkvormen uit de methode 'Levenslijn' ervaren en wat zij zouden willen veranderen. We hebben daarbij gevraagd naar wat ze nodig hadden en niet naar wat ze leuk zouden vinden. Deze cliëntengroep heeft de neiging om moeilijke situaties te vermijden en wanneer we vragen naar wat ze graag zouden willen of leuk zouden vinden binnen de therapieën, komen we naar mijn mening niet tot constructieve verandering.

Doordat ik zowel observatie als interviews gebruik als dataverzamelingstechniek, heb ik als onderzoeker onder andere de rol gehad van kennisverzamelaar. Verder heb ik ook de rol van veranderaar aangenomen bij dit onderzoek. Doordat actie, reflectie en nieuwe actie (gebaseerd op die reflectie) elkaar telkens afwisselden, ontstond er verandering. Het gaat binnen dit actiegericht onderzoek om het wijzigen, verbeteren en veranderen van de beginsituatie van de groep in de richting van een betere, meer bevredigende situatie of naar adequater handelen in het probleemgebied (Migchelbrink, 2007).

Ik heb in dit onderzoek ook andere rollen aangenomen, namelijk: de rol van observant, de rol van cotherapeut en de rol van veranderingsexpert. De rol van observant heb ik voornamelijk tijdens de start van het onderzoek aangenomen. Ik vond het belangrijk om eerst een helder beeld te krijgen van de onderzoekssituatie en de direct en indirect betrokkenen. Naar mijn mening was het daarvoor van belang om een open onderzoekshouding aan te nemen en vooral de situatie te observeren, vragen te stellen, te luisteren en nog geen conclusies te trekken. Op een gegeven moment ben ik gaan meelopen met vier therapiesessies. Op dat moment veranderde mijn rol van observant in cotherapeut. Zoals ik eerder beschreef, was het voor dit onderzoek van belang dat ik de cliënten leerde kennen en vooral ook dat zij mij leerden kennen en vertrouwd raakten met mijn rol van cotherapeut én onderzoeker. Binnen actieonderzoek combineert de onderzoeker de rol van onderzoeker én veranderaar. Hij/zij blijft niet alleen een observant, maar grijpt (mede) in. In dit onderzoek heb ik zelf tot slot de rol van veranderingsexpert op me genomen. Een veranderingsexpert houdt zich bezig met het nieuwe handelen en de verandering die bewerkstelligd moet worden. Op het moment dat we met het werken in de praktijk zijn begonnen, heb ik de rol van veranderingsexpert op me genomen (Migchelbrink, 2007).

5.3 Beschrijving en argumentatie van vastlegging data

Migchelbrink (2007) beschrijft de dataverzamelingstechnieken bij een actiegericht project als 'open en soms gestructureerd', en data worden veelal bijgehouden in woorden.

Migchelbrink geeft aan dat bij kwalitatief actiegericht onderzoek, gegevensverzameling en gegevensanalyse elkaar voortdurend afwisselen. Een actiegericht onderzoek omvat een combinatie van onderzoek, reflectie en implementatie. Door middel van gezamenlijke en individuele reflectie worden de problemen gedefinieerd, omschreven, onderzocht en geanalyseerd. Via 'trial and error' ontstaan als het ware nieuwe handelingsscripts: 'Samen wordt naar een oplossing gezocht en worden handelingen gepland, uitgevoerd en geëvalueerd' (Migchelbrink, 2007).

Ik heb mijn onderzoek zó vormgeven, dat gegevensverzameling en gegevensanalyse elkaar telkens hebben afgewisseld.

De drie hoofdgroepen van dataverzamelingstechnieken zijn: ondervragen, observeren en de inhoudsanalyse van documenten. Voordat ik als onderzoeker ben begonnen met het vaststellen van dataverzamelingstechnieken, heb ik vastgesteld welke databronnen gebruikt zullen worden. Ik heb gebruik gemaakt van: individuele personen (cliënten, deskundigen), documenten, de sociale werkelijkheid, literatuur en databanken (Migchelbrink, 2007).

De dataverzamelingstechnieken die ik vervolgens heb gebruikt:

Ondervraging

➤ Groepsgewijze ondervraging: Van deze techniek heb ik gebruik gemaakt tijdens de nabespreking (evaluatie) van iedere sessie. In een groepsgewijze ondervraging worden meerdere mensen tegelijkertijd ondervraagd (Migchelbrink, 2007). Vooraf heb ik enkele reflectievragen opgesteld. Daarnaast hebben we op het moment zelf nog vragen gesteld die ons ook van belang leken.

➤ Face to Face ondervraging: De face to face ondervraging vindt plaats in lijfelijke aanwezigheid van de respondent. Van toegevoegde waarde is hiebij de non-verbale informatie die de respondent uitzendt en die geobserveerd kan worden door de onderzoeker (Migchelbrink, 2007). Deze vorm van ondervraging is gekoppeld aan bovenstaande groepsgewijze ondervraging. Tijdens de evaluatie van iedere sessie heb ik niet alleen de antwoorden op de vragen opgeschreven, maar ik heb ook opgeschreven wát ik zag aan lichaamshouding en non-verbale informatie.

➤ Mondelinge en schriftelijke ondervraging: Uiteraard hebben bovenstaande manieren van ondervraging plaatsgevonden door middel van mondelinge ondervraging. Daarnaast heb ik ook gebruik gemaakt van schriftelijke ondervraging: ondervraging door middel van een vragenlijst. Na afloop van iedere sessie heb ik de respondenten enkele schriftelijke reflectievragen voorgelegd. De thema's die in deze vragen naar voren kwamen, heb ik gebaseerd op de vraagstelling en subvragen van dit onderzoek. Migchelbrink (2007) geeft aan dat een lage respons een nadeel kan zijn van schriftelijke ondervraging. Doordat ik de schriftelijke vragen ter plekke heb laten beantwoorden, heb ik dit probleem kunnen voorkomen. Bovendien zijn de ervaringen en gedachten van de respondenten nog actueel en zijn de antwoorden nog 'heet van de naald'.

➤ De halfgestructureerde vragenlijst: In dit type vragenlijst gaat het om open vragen. Ik heb van deze vragenlijst gebruik gemaakt bij het schriftelijke interview dat ik had met dramatherapeute Maartje Zeldenrust. Ik wilde een duidelijk beeld krijgen van haar manier van werken en haar kijk op de aandachtsgebieden van de doelgroep. Doordat het een schriftelijke ondervraging was, heeft Maartje Zeldenrust tijd gehad om na te denken over haar antwoorden en hierdoor heeft ze haar antwoorden nog kunnen herfraseren (Migchelbrink, 2007).

➤ Open ondervraging: Ik heb gedurende dit onderzoek verschillende interviews met deskundigen afgenomen. Ik heb driemaal een interview gehouden met Helga Nauta, psychologe op de afdeling psychiatrie. Daarnaast heb ik tweemaal een interview georganiseerd met Amber Klop, dans- en bewegingsherapeute op dezelfde afdeling. Ook heb ik dramatherapeute en docente Elsa van den Broek geïnterviewd over de doelgroep en de methode 'Levenslijn'. Natuurlijk heb ik ook met dramadocente Christine van Kempen een interview gehouden over de methode. Tot slot heb ik met de tweedejaars dramatherapiestudenten een interview gehouden over de methode.

Bij alle interviews heb ik gebruik gemaakt van een topiclijst met onderwerpen die aan de orde 'moesten' komen. De manier van vragen en antwoordmogelijkheden zijn geheel open (Migchelbrink, 2007). Hierdoor ben ik veel te weten gekomen over hun manier van werken met deze doelgroep, hun visie op de 'Levenslijn' methode en hun kijk op de behandeling van cliënten met een eetstoornis.

Observatie

- Gestructureerde observatie: Bij gestructureerde observatie wordt vooraf vastgelegd welk gedrag geobserveerd gaat worden. Ook wordt er een keuze gemaakt uit de verschillende aspecten van gedrag: frequentie, duur en intensiteit (Migchelbrink, 2007). Ik heb voor aanvang van het onderzoek een observatielijst ontworpen om het gedrag van de deelnemers vast te leggen. Bij het vaststellen van de observatie-aspecten heb ik me laten leiden door de doelen en werkvormen van de 'Levenslijn' methode. Door een observatielijst te gebruiken, heb ik ervoor gezorgd dat ik een duidelijk begin-, midden- en eindbeeld heb van hun gedrag. Zo kon ik nagaan of cliënten op bepaalde gedragsaspecten vooruit zijn gegaan. Hoofdcategorieën die ik heb opgenomen in het observatieformulier: gedrag op spelvlak, expressie van emoties, gebruik van het lichaam, manier van contact maken, aanvoelen en handelen naar eigen behoeften/impulsen. Vanuit deze hoofdcategorieën zijn concrete gedragingen ontstaan, deze zijn ook opgenomen in het observatieformulier. Er wordt gescoord op de frequentie en de intensiteit van het gedrag. De observatielijst is te vinden in bijlage 2.
- Ongestructureerde observatie: Deze vorm van observatie is gericht op enkele thema's, maar legt geen specifiek gedrag vast. Voordeel van deze manier van observeren: de beschrijvingen zijn levensechter en er kunnen andere (nieuwe) observatie-aspecten zichtbaar worden (Migchelbrink, 2007). Deze vorm van observatie heb ik gebruikt tijdens de nabespreking van een sessie. Ik heb toen veel informatie opgeschreven over het non-verbale gedrag en over het verbale gedrag van cliënten. Hierbij heb ik me meer laten leiden door wát ik zag, in plaats van voorop gestelde gedragsaspecten.
- Participerende observatie: Migchelbrink (2007) maakt ook een onderscheid tussen de participerende en niet-participerende manier van observeren. Bij participerende observatie is de onderzoeker ter plekke aanwezig en neemt hij/zij deel aan de onderzochte situatie. Ik heb zelf het voordeel van deze manier van observeren kunnen ervaren: als onderzoeker heb ik ervaringen gedeeld van en met de onderzochten en zo heb ik hun gedrag, denkbeelden, gevoelens en motivatie van dichtbij meegemaakt en beter leren kennen. Tijdens de introductiefase en tijdens de laatste twee sessies heb ik gebruik gemaakt van participerende observatie. Ik heb er toen voor gekozen om deel te nemen aan de sessies, om door middel van tegenspel de cliënten te stimuleren en motiveren tot ander (nieuw) gedrag. Ik heb echter ook een nadeel ondervonden van deze manier van participeren. Ik vond het bijvoorbeeld achteraf moeilijk om duidelijk aan te geven in het observatieformulier wat ik precies aan gedrag geobserveerd had. Doordat ik zo in het spel zat, merkte ik dat ik soms niet meer helemaal in staat was om afstand te nemen en letterlijk te observeren wat er gebeurde.

Inhoudsanalyse

Bij de uitvoering van dit onderzoek en bij het interpreteren van de resultaten heb ik gebruik gemaakt van vakliteratuur, artikelen uit databanken, sessieverslagen van het voorgaande schooljaar, sessieverslagen van dit onderzoek en van informatie uit het digitale cliëntendossier. De gegevens die ik uit deze bronnen heb gehaald, heb ik geanalyseerd aan de hand van de dataverzamelingstechniek 'inhoudsanalyse'. Inhoudsanalyse is uitermate geschikt voor het verzamelen van gegevens inzake gedragingen, gebeurtenissen, opvattingen en interpretaties. Migchelbrink (2007) heeft het in zijn boek over het categorieënstelsel. Dit is een lijst die de onderzoeker vooraf maakt met de uit haar vraagstelling afgeleide aandachtspunten. Het is als het ware een 'vertaling' van de vraagstelling en de subvragen en geeft een leidraad bij het bestuderen van de inhoud van een bron. Aangezien ik een kwalitatief actiegericht onderzoek heb uitgevoerd, heb ik gebruik gemaakt van de kwalitatieve variant. Aan de hand van mijn probleemstelling, vraagstelling en subvragen heb ik thema's gekozen die ik terug wilde vinden in de bronnen. Ik heb gedurende het onderzoek nog nieuwe thema's toegevoegd aan deze lijst. Uiteindelijk ben ik gekomen tot de volgende thema's: emotionele weerbaarheid (waaronder: grenzen aangeven & vermijding confrontaties), negatieve emoties, therapeutische relatie m.b.t. cliënten met een eetstoornis, motivatie, zichtbaarheid & hoorbaarheid in het spel, manier van emoties uiten binnen en buiten het spel en de manier van contact maken.

Uiteindelijk heb ik het gevonden materiaal gekoppeld aan mijn achtergrondkennis en de observaties en evaluaties die ik uitgevoerd heb tijdens dit onderzoek. Ik ben op zoek gegaan naar patronen en heb samenhangen geformuleerd.

De resultaten van deze data-analyses zijn terug te lezen in hoofdstuk 7: 'Discussie'.

Hoofdstuk 6: Evaluatie

6.1 Evaluatie van het ontwikkelingsproces

Ik heb bij dit actiegericht onderzoek voornamelijk gebruik gemaakt van procesevaluatie. Dit betekent dat ik gedurende de diagnose-, ontwikkel- en actiefase continue heb gereflecteerd op het handelen van mijzelf, van Marijke van Dongen en van mijn cliënten. Binnen de ontwikkel- en actiefase heb ik het proces geëvalueerd middels het bijhouden van een eigen logboek (tijdens en na de sessie), het lezen en analyseren van de logboeken van Marijke van Dongen en het lezen en analyseren van de huiswerkopdrachten en reflectievragen van de cliënten. Daarnaast heb ik ook gereflecteerd op mijn eigen observaties die ik heb gedaan tijdens het handelen (I. Penzes, persoonlijke communicatie, 14 maart 2012). Doordat mijn onderzoek zich kenmerkte door een continue afwisseling van onderzoek, reflectie en implementatie, paste procesevaluatie het meest bij mijn vraagstelling en methode van onderzoek (Migchelbrink, 2007). Het hoofddoel van de procesevaluatie was het verbeteren van het handelen.

Migchelbrink (2007) beschrijft het ervaringsgericht zelfonderzoek als een manier om te evalueren. Het ervaringsgerichte evalueren kan gebeuren middels een groepsgesprek met cliënten. Mensen vertellen hun verhaal over het vooraf vastgestelde evaluatieonderwerp. Het evaluatieonderwerp kan heel open en ongestructureerd zijn, of gestructureerd zijn door vragen die worden gesteld. Deze vorm van evaluatie heb ik iedere sessie gebruikt tijdens de nabespreking. Tijdens de nabespreking heb ik samen open vragen gesteld, om zo een duidelijk beeld te krijgen van de ervaringen van de deelnemers. Elementen die iedere keer naar voren kwamen in de reflectievragen: wat heb je ervaren, wat heb je gedacht, wat heb je gevoeld en wat heb je aan gedrag laten zien. Bij deze open evaluatiegesprekken heb ik gebruik gemaakt van de technieken: actief luisteren, stimuleren en doorvragen (Migchelbrink, 2007). Ik heb deze vorm van evaluatie ook toegepast aan het einde van dit onderzoek. Ik heb toen met de cliënten gesproken over de ervaren werkvormen uit de 'Levenslijn' methode, over deze manier van werken en over het participeren aan een onderzoek. Om een objectiever beeld te krijgen van hun ervaringen, heb ik alle cliënten tijdens de laatste sessie ook nog schriftelijke vragen laten beantwoorden over het onderzoek en de sessies waaraan ze hebben deelgenomen. In deze vragenlijst kwamen de volgende onderwerpen aan bod: ervaringen met de werkvormen, sterke punten van de werkvormen/sessies, aanbevelingen/wat miste er & ervaringen met deze manier van werken (huiswerkopdrachten en iedere keer reflecteren over de sessie). Deze vragenlijst wordt ook wel een 'gestandaardiseerde open evaluatielijst' genoemd. Zo'n lijst bevat een serie vragen die van tevoren zijn verwoord en gerangschikt. Ze worden in vaste volgorde en in dezelfde bewoordingen geformuleerd en aan alle ondervraagden voorgelegd. Deze evaluatie laat ruimte aan persoonlijke opvattingen en belevingen van de ondervraagden (Migchelbrink, 2007). Deze vragenlijst is terug te vinden in de bijlage 5.

Middelen die ik dus heb gebruikt tijdens de procesevaluatie: logboeken van mijzelf, Marijke van Dongen en van de cliënten waarin observaties en reflecties vermeld staan. Daarnaast heb ik me een hele tijd gericht op het ontwikkelen van een observatielijst. Ik wilde op een heldere manier vast kunnen stellen of cliënten vooruitgingen in hun (spel)ontwikkeling. Het was daarvoor belangrijk om helder en concreet spelgedrag te formuleren dat geobserveerd kon worden tijdens de sessies. Bij het vormgeven van de observatielijst heb ik me onder andere laten inspireren door het 'Observatieschema Dramatherapie – Cliënten met een eetstoornis' door Ditty Dokter (1995). Ook Phil Jones (2005) beschrijft enkele inventarisatielijsten ten behoeve van observatie binnen dramatherapie. De volgende inventarisatie lijsten heb ik gebruikt bij het formuleren van de observatielijst: 'Meaning in Dramatherapy: an expressive inventory' en 'Jones' adaptation scale of dramatic involvement' (Jones, 2005). Naast bestaande observatielijsten, heb ik bij het formuleren van mijn eigen observatielijst gebruik gemaakt van de beoogde doelen van de 'Levenslijn' methode. Om de observatie-items op de lijst zo toetsbaar en objectief mogelijk te beschrijven, heb ik de items in wensbaar gedrag geformuleerd. Vervolgens konden Marijke van Dongen en ik aangeven in hoeverre we die bepaalde items terug zien binnen het spel. Dit gaven we aan door middel van cijfers. Één betekent dat bepaald gedrag niet geobserveerd is en vijf betekent dat dit gedrag vaak geobserveerd wordt. De items op de observatielijst zijn verdeeld in hoofdcategorieën en subcategorieën. De subcategorieën zijn de verschillende concrete gedragingen die geobserveerd kunnen worden. De

hoofdcategorieën zijn: spelvlak (hoorbaar en zichtbaar maken), emoties, gebruik van lichaam, manier van contact en behoeften/impulsen.

Om de observatielijst zo betrouwbaar en toetsbaar mogelijk te houden, heb ik telkens om advies gevraagd aan Marijke van Dongen en Helga Nauta. Marijke heeft de observatielijst getest door deze in te vullen en mij duidelijk aan te geven wat de voor- en nadelen van de lijst waren. Helga Nauta heeft vooral gekeken naar de formulering van de observatie-items. Met hun feedback ben ik vervolgens weer aan de slag gegaan om een nieuwe lijst te formuleren. Door de voortgang van de deelnemers op deze manier te analyseren, kwam ik er ook achter op welke aandachtspunten en doelen de werkvormen uit de 'Levenslijn' methode wel of geen effect heeft gehad.

Tot slot heb ik ook gebruik gemaakt van effectevaluatie. Dit is de evaluatie van de uitkomsten of resultaten van het handelen (Migchelbrink, 2007). De ervaringen en feedback van de cliënten heb ik gekoppeld aan de bevindingen van Marijke van Dongen en van mijzelf. Vervolgens heb ik deze gegevens weer gekoppeld aan de literatuur en bestaande theorieën. Hiermee heb ik geprobeerd een antwoord te geven op mijn vraagstelling en subvragen. Het doel van deze effectevaluatie was: het verbeteren en ontwikkelen van mijn nieuwe werkmodel, gebaseerd op de 'Levenslijn' methode.

In hoofdstuk 7 beschrijf ik de resultaten van het onderzoek. Om de resultaten te beschrijven en verklaren, heb ik op de volgende wijze gehandeld:

- * Alle observaties en feedback van cliënten onder elkaar gezet. Deze gegevens heb ik per cliënt geordend.

- * Deze gegevens heb ik samengevat per categorie. Ik heb bijvoorbeeld iedere week vastgelegd wat ik heb geobserveerd bij de verschillende observatiecategorieën. Ik heb toen de gegevens van alle weken met elkaar vergeleken en onderzocht of er vooruitgang te zien was.

- * Deze gegevens heb ik vervolgens geanalyseerd. Ik heb specifiek gekeken naar vooruitgang binnen de hoofd- en subcategorieën uit de observatielijst. Ook heb ik geprobeerd verbanden te leggen tussen de categorieën onderling. Zo heb ik bijvoorbeeld de link tussen de fase van motivatie en mate van vooruitgang onderzocht.

- * Vervolgens heb ik deze gegevens gekoppeld aan vakliteratuur en bestaande theorieën.

Deze resultaten zijn terug te lezen in hoofdstuk 7, paragraaf 7.4

6.2 Evaluatie van kwaliteitscriteria

➤ **Credibility:** Herkenning van analyse door de respondenten.

De respondenten zijn zo veel mogelijk betrokken bij het ontwikkelen van mijn nieuwe werkmodel en bij de vormgeving van het onderzoek. Iedere week heeft er een gezamenlijke reflectie plaatsgevonden. Daarbij hebben we iedere keer besproken wat er de keer daarvoor aan bod is geweest en wat ons is opgevallen in het spel. Ik heb mijn bevindingen voorgelegd aan de deelnemers van het onderzoek. Op een gegeven moment hebben we bijvoorbeeld gewerkt met gedragsexperimenten. Ik heb deze gedragsexperimenten geobserveerd, beschreven en geanalyseerd. Deze analyses heb ik vervolgens aan de cliënten voorgelegd. Zij gaven daar dan hun reactie op. Ik heb daarbij gebruik gemaakt van de techniek member checking (Smeijsters, 2005). Regelmatig hebben we de resultaten ter goedkeuring aan de respondenten voorgelegd. Dit is niet altijd even consequent en direct gebeurd. Ik heb regelmatig de bevindingen voorgelegd en om de mening van de respondenten gevraagd. Ik heb echter minder expliciet de analyses van die bevindingen aan de respondenten voorgelegd. Hier is helaas geen tijd voor geweest. De data-analyse is pas gestart nadat de laatste sessie heeft plaatsgevonden. Aangezien we maar zes keren aan het uitvoeren van de werkvormen uit de 'Levenslijn' methode hebben gewerkt, wilde ik eerst alle observaties en reflecties van die zes weken verzamelen. Daarna ben ik verbanden gaan leggen en heb ik conclusies getrokken. De respondenten zijn inmiddels gestopt met hun behandeling bij het MUMC, waardoor het moeilijk is om nog een keer samen te komen. Ik heb met de respondenten afgesproken dat ik hen via de mail op de hoogte zou houden van de resultaten van het onderzoek. Dit gaat in de toekomst dus nog gebeuren.

➤ **Dependability:** de resultaten zijn zo volledig mogelijk.

Naar mijn mening zijn de resultaten van dit onderzoek volledig. Ik heb tijdens de ontwikkelingsfase en oriëntatiefase goed nagedacht over het verzamelen en vastleggen van de resultaten. Voor het verzamelen van gegevens en het beschrijven van de resultaten heb ik gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken (eerder genoemd in hoofdstuk 5) en data-analysetechnieken. De bevindingen zijn vastgelegd in logboeken (middels observatie), in interviews en middels een observatielijst. Deze bevindingen zijn vervolgens apart geanalyseerd en in verband

gebracht met elkaar. Tot slot heb ik deze resultaten in verband gebracht met bestaande theorieën en vakliteratuur. Ik heb hierbij gebruik gemaakt van triangulatie (Smeijsters, 2008). Voor het verzamelen en analyseren van mijn resultaten heb ik namelijk gebruik gemaakt van verschillende bronnen, zoals: vaktherapeuten, psychologe en cliënten. Daarnaast heb ik gewerkt met interviews en participerende observatie (zoals eerder beschreven in hoofdstuk 5).

➤ **Confirmability:** bevestiging externe beoordelaars van gevolgtrekkingen.

In mijn onderzoek heb ik gezorgd voor confirmabilaty (Smeijsters, 2005) doordat ik mijn observaties zo objectief mogelijk heb beschreven. Uitspraken van cliënten heb ik bijvoorbeeld geciteerd, zonder deze meteen te interpreteren. Ik was van plan om voor aanvang van iedere sessie de cliënten kort terug te geven wat er naar voren is gekomen bij de evaluatie van de vorige sessie. Bij sommige sessies ben ik van dit plan afgeweken omdat deze informatie niet van toegevoegde waarde bleek te zijn voor het ingaan van de volgende sessie. Ik heb iedere keer bij de deelnemers gecheckt of ik hun informatie op de juiste manier geïnterpreteerd heb. Dit heb ik gedaan door hun antwoorden samen te vatten en te vragen of ik dit juist begrepen heb. De cliënten hebben verder iedere sessie reflectievragen beantwoord over de sessie, iedere cliënt heeft dezelfde vragen voorgelegd gekregen om op die manier de antwoorden duidelijk te kunnen vergelijken. Doordat Marijke van Dongen en ik iedere week apart van elkaar de observatielijst hebben ingevuld, hebben we ook bij elkaar kunnen checken of onze observaties ook echt klopten en dat het niet zomaar een interpretatie is geweest van één van ons beiden. Christine van Kempen, scriptiebegeleidster, heeft daarnaast als externe beoordelaar haar visie gegeven op mijn onderzoek. Zij heeft gedurende het onderzoek feedback gegeven op mijn manier van werken en vooral het schrijven van dit onderzoek.

De uiteindelijke resultaten die voortgekomen zijn uit de productevaluatie, heb ik voorgelegd aan dramatherapeute Marijke van Dongen en psychologe Helga Nauta. Zij hebben hierover weer hun visie uitgesproken en deze heb ik weer meegenomen in mijn resultaten om tot een uiteindelijk conclusie te komen. Ik heb hierbij dus gebruik gemaakt van Peer Debriefing (Smeijsters, 2008): mijn onderzoeksmethode, het onderzoeksproces en de onderzoeksresultaten heb ik voorgelegd aan onafhankelijke experts.

➤ **Transferability:** bruikbaarheid van onderzoek voor personen uit andere context.

Dit onderzoek moet voor iedereen die het leest, duidelijk zijn. Met andere woorden: er moet genoeg transferability zijn (Smeijsters, 2005). In het onderzoeksvoorstel heb ik duidelijk beschreven welk type onderzoek ik heb uitgevoerd en op welke manier ik dat heb gedaan. Door de dataverzamelingstechnieken en data-analysetechnieken duidelijk te beschrijven in dit onderzoek, heb ik gepoogd de lezer en andere betrokkenen een duidelijk beeld te geven van mijn manier van werken bij dit onderzoek. Samen met Marijke van Dongen en psychologe Helga Nauta, heb ik telkens kritisch gekeken naar mijn manier van dataverzameling. Zo heb ik, in samenwerking met Helga en Marijke, een eigen observatielijst samengesteld die specifiek is ontworpen voor de doelgroep cliënten met een eetstoornis. Deze observatielijst zou goed bruikbaar zijn voor andere dramatherapeuten die werken met dezelfde doelgroep. Uiteindelijk heb ik samen met Marijke en de cliëntengroep, een conclusie getrokken met betrekking tot mijn vraagstelling. De cliënten heb ik gevraagd om individueel en schriftelijk te beschrijven op welke manier zij baat hebben gehad bij deze methode/dit onderzoek.

In deze scriptie heb ik geprobeerd in trechtersvorm te schrijven. Ik heb in chronologische volgorde beschreven welke stappen ik genomen heb binnen dit onderzoek. Daardoor is het onderzoek hopelijk goed te volgen voor personen uit een andere context. Doordat de gebruikte werkvormen van de 'Levenslijn' methode (en effecten hiervan) duidelijk beschreven zijn geworden, is het voor de lezer duidelijk welke werkvormen uit de methode 'Levenslijn' bruikbaar zijn voor het vergroten van de emotionele weerbaarheid.

➤ **Authenticity:** De respondenten hebben een faire kans gehad om hun visie in te brengen.

Zoals ik al eerder beschreven heb, hebben de cliënten regelmatig hun visie in kunnen brengen. Zo heb ik hen na iedere sessie schriftelijke reflectievragen voorgelegd. Deze vragen omhelsden onder andere deze thema's: de opgedane ervaring van die sessie (in gedachten, gevoel en gedrag) en reflectie op de vormgeving van de sessie (bv: wat hielp of wat hield je tegen in het spel om je gedragsexperiment uit te voeren).

Halverwege het onderzoek hebben we een sessie ingelast waarbij we het werken met werkvormen uit de methode 'Levenslijn' hebben geëvalueerd. We hebben de cliënten gevraagd hoe zij het werken op deze manier ervoeren en wat ze bv misten binnen de sessies (bv qua uitdaging, begeleiding etc.). Aan de hand van deze evaluatie hebben we onze voorbereide sessies bijgesteld, zodat het therapieaanbod beter aan zou sluiten op het niveau van de deelnemers.

Hoofdstuk 7: Discussie

7.1 Beantwoording van de vraagstelling en doelstelling

Dit actiegerichte onderzoek had als doel het beantwoorden van mijn vraagstelling.

Mijn vraagstelling is: Op welke manier kunnen werkvormen en technieken uit de dramatherapeutische methode 'Levenslijn', bijdragen aan het vergroten van de emotionele waarbaarheid van cliënten met een eetstoornis?

Om tot een uiteindelijke beantwoording van mijn vraagstelling te komen, heb ik werkvormen en technieken uit de 'Levenslijn' methode in praktijk gebracht. Ik heb in totaal tien weken gewerkt rondom de 'Levenslijn' methode (inclusief 4 voorbereidende sessies). Ook heb ik door middel van een literatuuronderzoek antwoord proberen te vinden op de subvragen die ik gesteld heb. Het beantwoorden van de subvragen, heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat ik ook mijn vraagstelling heb kunnen beantwoorden. Mijn vraagstelling impliceert onder andere een opsomming van werkvormen en technieken uit de 'Levenslijn' methode die binnen dramatherapie bij kunnen dragen aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis. Tijdens het werken in de praktijk heb ik echter niet willekeurig enkele werkvormen toegepast, maar heb ik iedere sessie gekeken naar werkvormen en technieken die bij zouden kunnen dragen aan een toename van de emotionele weerbaarheid. Daarbij zijn het spelniveau van de deelnemers, de motivatie van de deelnemers en de appèlwaarde van de werkvormen van groot belang geweest. Uiteindelijk is er dus niet een willekeurige opsomming ontstaan, maar is er een nieuw werkmodel ontstaan dat gebaseerd is op de 'Levenslijn' methode. Dit nieuwe werkmodel wordt beschreven in paragraaf 7.5, alwaar ik mijn nieuwe werkmodel zal toelichten.

De subvragen die ik heb gesteld om uiteindelijk mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden:

1. Wat wordt er verstaan onder emotionele weerbaarheid en in hoeverre is emotionele weerbaarheid ontwikkeld bij cliënten met een eetstoornis?
2. Hoe uit zich deze weerbaarheid in concreet gedrag bij cliënten met een eetstoornis?
3. Welke aspecten binnen dramatherapie en de therapeutische relatie zijn een voorwaarde om met cliënten met een eetstoornis aan dit doel te werken?
- 4a. Welke dramatherapeutische (spel)elementen binnen de 'Levenslijn methode' doen een appèl op een toename van de emotionele weerbaarheid?
- 4b. Welke dramatherapeutische werkvormen uit de 'Levenslijn methode' doen een appèl op een toename van de emotionele weerbaarheid?

De subvragen heb ik kunnen beantwoorden aan de hand van literatuuronderzoek en aan de hand van ervaringsonderzoek. Dit literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden tijdens het schrijven van het onderzoeksvoorstel. Het antwoord op subvraag 1 is voornamelijk tot stand gekomen door literatuuronderzoek. Het antwoord op subvragen 2 en 3 is tot stand gekomen middels een combinatie van literatuuronderzoek en ervaringsonderzoek. Ik heb veel kunnen putten uit mijn stage-ervaringen en sessieverslagen van vorig schooljaar. Ook heb ik gebruik gemaakt van observaties die ik heb geanalyseerd ten tijde van dit onderzoek. Subvraag 4 is voornamelijk tot stand gekomen door het werken in de praktijk. Het antwoord op deze vraag zal dan ook vooral ervaringsgericht beschreven worden. Uiteindelijk heb ik ook deze ervaringen weer gekoppeld naar de theorie en naar bestaande (werk)modellen.

In deze paragraaf zal ik de antwoorden op mijn subvragen en op mijn vraagstelling toelichten.

Beantwoording Subvragen

1. Wat wordt er verstaan onder emotionele weerbaarheid en in hoeverre is emotionele weerbaarheid ontwikkeld bij cliënten met een eetstoornis?

Emotionele weerbaarheid wordt op veel verschillende manieren beschreven. Tijdens het brainstormen met collega's en medestudenten over emotionele weerbaarheid komen de volgende begrippen ter sprake: veerkracht, vermogen tot verdediging, grenzen stellen (m.a.w.: assertief gedrag), emotionele stabiliteit, echtheid durven tonen en kwetsbaar kunnen zijn.

De belangrijkste twee aspecten van emotionele weerbaarheid zijn: de mogelijkheid tot het tolereren van stress en het tolereren van negatieve emoties. Corstorphine (2006) geeft aan dat cliënten met een

eetstoornis een hogere emotionele kwetsbaarheid ondervinden, gekoppeld aan het onvermogen om hun emoties te reguleren. In de literatuur wordt emotionele weerbaarheid vaak in verband gebracht met het Big Five model van persoonlijkheid. Het model zorgt voor een basisbeschrijving van persoonlijkheidstrekken (Costa & McCrae, geciteerd in Bollen & Wojciechowski, 2004). De vijf factoren van het 'Five-Factor Model of personality' (Digman, geciteerd in Bollen & Wojciechowski, 2004):

- Neuroticisme: angst, depressie, emotionele stabiliteit, kwetsbaarheid voor stress.
- Extraversie: assertiviteit, opzoeken van prikkels.
- Openheid tot ervaring: avontuurlijkheid, open voor spiritualiteit, imaginatievermogen.
- Altruïsme: coöperatief, meegaandheid, bescheidenheid.
- Consciëntieusheid: ordelijkheid, zelfdiscipline, weloverwogenheid.

De emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis is minder ontwikkeld dan bij gezonde controlegroepen. Het onderzoek van Bollen & Wojciechowski (2004) verschaftte duidelijkheid over het feit dat de neuroticisme factor (angst, depressiviteit, kwetsbaarheid voor stress) significant hoger scoort bij cliënten met een eetstoornis, vergeleken met een controlegroep van mensen zonder eetstoornis (Ghaderi & Scott, 2000; Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods, & Fairouz, 2001; Podar, Hannes, & Allik, 1999; Tyłka & Subich, 1999, geciteerd in Bollen & Wojciechowski, 2004).

In een studie van Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge en Hjemdal (2005) wordt een sterke associatie gevonden tussen emotionele weerbaarheid en neuroticisme (aan- of afwezigheid van emotionele stabiliteit). Individuen met een lage emotionele stabiliteit rapporteren bijvoorbeeld meer negatieve emoties, minder zelfvertrouwen en meer symptomen van depressie en angst. En deze personen zijn dus minder (emotioneel) weerbaar dan andere individuen. Het werken aan een toename van de emotionele weerbaarheid binnen dramatherapie zou dus vertaald kunnen worden naar enkele aandachtgebieden, waaronder: het leren uiten en reguleren van emoties, het vergroten van het zelfvertrouwen en de innerlijke kracht & tot slot zal het verlagen van het angstniveau een belangrijke rol spelen.

2. Hoe uit zich deze weerbaarheid in concreet gedrag bij cliënten met een eetstoornis?

Zoals eerder genoemd, scoort deze cliëntengroep hoog op de factor neuroticisme. Dit betekent dat deze cliënten een hoog angstniveau ervaren. Deze cliënten ervaren vaak een angst voor falen. Ze zijn perfectionistisch ingesteld en bang om fouten te maken. Daarbij komt ook de angst voor een negatief oordeel van anderen om de hoek kijken. Deze gedragingen en gedachten zijn vorig jaar in de sessie veelvuldig naar voren gekomen. Ook tijdens het uitvoeren van het onderzoek, kwam regelmatig naar voren dat deze cliëntengroep erg angstig is voor het oordeel van de ander.

Door de angst voor nieuwe/andere situaties, gaan cliënten moeilijke situaties vermijden. Als je een situatie niet aangaat, kun je immers ook niets fout doen. Vorig jaar merkte ik bij meerdere cliënten dat ze hierdoor in een sociaal isolement terechtkwamen. Wanneer een cliënt weinig tot geen sociale contacten onderhoudt, heeft de eetstoornis vrij spel. Cliënten weten echter vaak van zichzelf dat ze bepaalde situaties niet moeten vermijden, maar beter aan kunnen gaan. Dat ze zich hier niet tot gezet krijgen, zorgt voor negatieve oordelen over zichzelf en dit kan uiteindelijk leiden tot depressieve gevoelens. Daarnaast ervaren deze cliënten dus weinig emotionele stabiliteit. Cliënten zijn bang voor het voelen van emoties en hebben de angst om geen controle meer te hebben over hun emoties. Al deze factoren zorgen ervoor dat de cliënt kwetsbaar is voor stress en dus weinig emotioneel weerbaar is.

Geringe emotionele weerbaarheid wordt binnen dramatherapie duidelijk zichtbaar. Enkele spelgedragingen die daarbij kunnen horen:

- * Binnen het spel erg oplossingsgericht zijn
- * In het spel confrontaties met anderen vermijden.
- * Er worden weinig tot geen spelinitiatieven genomen, uit angst met verkeerde ideeën te komen.
- * Spelimpulsen worden niet gevoeld en daardoor niet gevolgd. Met spelimpulsen bedoel ik: de eerste neiging (impuls) die een cliënt voelt om tot handelen te komen. Bijvoorbeeld: in het spel gooit iemand een fictieve bal naar een andere speler. De eerste impuls van de speler zal het vangen van de bal zijn. Cliënten met een eetstoornis vinden het moeilijk om hun impulsen te voelen. Daarbij speelt vooral de angst voor een negatief oordeel van de ander en voor controleverlies over emoties.

Uit bovenstaande concluderend, zijn deze aandachtsgebieden en doelen van belang bij het vergroten van de emotionele weerbaarheid middels dramatherapie:

- Leren voelen en volgen van spelimpulsen, met andere woorden: oefenen met het loslaten van de controle.
- Coaching door spelleider om te komen tot spelinitiatieven en ander (spel)gedrag.
- Leren voelen en aangeven van eigen grenzen.
- Bewustwording van eigen negatieve zelfbeeld en gecoacht worden om dit bij te stellen.

3. Welke aspecten binnen de therapeutische relatie zijn een voorwaarde om met cliënten met een eetstoornis aan dit doel te werken?

Hulpverleners krijgen vaak te maken met een (schijnbaar) afwezige hulpvraag of een sterk defensieve houding van cliënten. Dit maakt het moeilijk om tot een constructieve therapeutische werkrelatie te komen. Vandereycken (2002) beschrijft de valkuil van hulpverleners om in te grijpen vanwege de bedreigde gezondheid van de cliënt, terwijl dit haaks staat op het therapiedoel: 'bevorderen van de autonomie'. Volgens Vandereycken (2002) kunnen hulpverleners het idee krijgen dat de behandeling een strijdperk wordt van winnaars en verliezers. Termen als 'ontkenning, verzet of weestand' maken de cliënten tot een tegenstander en kunnen ervoor zorgen dat men in de valkuil van een strijdperk terecht komt. Tijdens mijn stagejaar heb ik meerdere keren gedacht dat cliënten gewoonweg niet wilden herstellen van hun eetstoornis. Ik ervoer weerstand en verzet tegen de behandeling. In het begin van mijn stage heb ik vaak gedacht dat ikzelf de oorzaak was van hun verzet of weerstand. Ik ging ervan uit dat het 'onwil' was. Na enkele gesprekken met cliënten kwam ik erachter dat het geen 'onwil' was, maar 'onkunde'. Ik merkte dat het de angst was die hen tegenhield om stappen te zetten en therapie. Ik heb zelf echter ook gemerkt dat dit een punt van aandacht blijft tijdens de behandeling. Sommige cliënten zitten nog zó diep in hun eetstoornis, dat ze het einde van de tunnel niet kunnen zien. Vandereycken (2002) beschrijft een onderzoek (Clinton; Rosenvinge & Klusmeier, geciteerd in Vandereycken, 2002) waaruit bleek dat de volgende therapie-ervaringen als meest hulpvol werden omschreven door vrouwen met een eetstoornis: empathie en zich begrepen voelen, het werken aan onderliggende problematiek en contacten met lotgenoten.

Vandereycken (2002) noemt enkele aspecten die van belang zijn voor het ontstaan en voortbestaan van een goede therapeutische relatie, namelijk:

- Zowel therapeuten als cliënten moeten leren omgaan met falen in de behandeling zelf. Het niet snel genoeg behalen van doelstellingen is daar een voorbeeld van.
- De therapeut moet beschikken over voldoende frustratietolerantie. Cliënten verdienen het voordeel van de twijfel, aldus Vandereycken.
- Zogenaamd 'verzet' en 'gebrek aan motivatie' moeten in constructieve zin worden opgevat: als angst voor ingrijpende verandering in plaats van een bewuste ondermijning van de therapie of van de autoriteit van de therapeut.

4a. Welke elementen van de 'Levenslijn methode' doen een appèl op een toename van de emotionele weerbaarheid?

Voordat ik begonnen ben met het uitvoeren van de werkvormen in de praktijk, heb ik eerst literatuuronderzoek gedaan naar de bruikbare elementen uit de 'Levenslijn' methode. Ik heb daarbij de belangrijkste elementen en doelen van de 'Levenslijn' methode in verband gebracht met de probleemgebieden en de therapiedoelen van cliënten met een eetstoornis. In de bijlage is een samenvatting te lezen van de 'Levenslijn' methode. Het is belangrijk om te vermelden dat ik me in mijn literatuuronderzoek gericht heb op het verband tussen elementen uit de methode en belangrijke aandachtsgebieden en therapiedoelen van cliënten met een eetstoornis. Dit literatuuronderzoek is dus voor een gedeelte gebaseerd op de samenvatting, maar bevat vooral veel nieuwe informatie.

Elementen die sterk in de methode 'Levenslijn' naar voren komen: voelen en durven volgen van impulsen, exploratie van gedachte- en gedragspatronen, emotiebeleving en uiting, gebruik van het lichaam, spel (improvisatie) en het ontwikkelen van copingvaardigheden. Deze elementen heb ik dus eerst in verband gebracht met de literatuur en bestaande theorieën. Vervolgens ben ik in de praktijk aan de slag gegaan met de werkvormen en elementen uit de 'Levenslijn' methode. Ook toen heb ik weer onderzocht welke elementen wel of niet bruikbaar zijn en welke werkvormen een appèl doen op het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Ik zal nu eerst de elementen uit de methode beschrijven die ik in verband heb gebracht met de literatuur. Daarna zal ik deze bevindingen koppelen aan mijn ervaringen hiermee in de praktijk. Tot slot zal ik in deze paragraaf beschrijven welke werkvormen uit de methode een appèl hebben gedaan op het vergroten van de emotionele weerbaarheid.

Elementen uit de 'Levenslijn' methode die naar voren kwamen middels literatuurstudie

➤ Voelen en durven volgen van (spel)impulsen

Cliënten met een eetstoornis hebben vaak moeite met het loslaten van de controle. Lawrence (geciteerd in Dokter, 1995) beschrijft het thema 'afhankelijkheid-onafhankelijkheid' als een grote oorzaak bij het ontstaan van een eetstoornis. Veel cliënten worden grootgebracht in een gezin waarin de ouders allesbepalend zijn. De enige manier voor een cliënt om controle te ervaren, is het controleren van het eigen lichaam door niet te eten. Een cliënt zou kunnen denken: 'Ik ben dun, ik heb gewonnen. Mijn lichaam is van mij en ik bepaal zelf wat ik ermee wil doen'. Binnen dramatherapie heeft Dokter (1995) deze cliënten geobserveerd en daar kwamen enkele aspecten uit die terug te brengen zijn naar de behoefte aan controle van cliënten met een eetstoornis. Deze controle behoefte kan zich op het spelvlak op verschillende manieren uiten en: negeert eerste spelimpulsen en heeft moeite met het uiten van woede en verdriet (Bij uiting hiervan, zou men de controle kunnen verliezen over de emoties). Werkvormen uit de 'levenslijn' methode stimuleren het in contact komen met impulsen en het kunnen handelen naar deze impulsen. De methode probeert cliënten uit te dagen om te kiezen voor hun eigen behoeften en impulsen. Wanneer cliënten in het spel kunnen ervaren hoe het is om hun impuls te volgen en op een andere manier de controle te hebben, zullen ze hopelijk een succeservaring opdoen. Dit kan ervoor zorgen dat cliënten in het dagelijks leven ook meer gaan experimenteren met het loslaten van de controle en het volgen van hun impuls en eigen behoefte. Hierdoor is er minder behoefte om controle te hebben over het eten, waardoor uiteindelijk het verstoorde eetgedrag zal afnemen.

Ervaring n.a.v. dit onderzoek:

Cliënten geven na afloop van het onderzoek aan dat de methode een appèl heeft gedaan op het volgen van spelimpulsen. Wij zien bij de meeste van hen ook positieve verandering op dit gebied. Alle cliënten geven ook aan op dit gebied gegroeid te zijn. Cliënten geven vooral aan dat ze zich bewuster zijn geworden van hun impulsen. Ze merkten bijvoorbeeld de impuls om te vermijden op. Ook werd een appèl gedaan op hun spelimpulsen binnen de improvisatie in de laatste twee sessies. Tijdens het samenspel werd duidelijk of cliënten meer leiders of volgers waren. Drie van de vijf deelnemers zijn zich bewuster geworden van hun impulsen en controlebehoefte en hebben binnen de methode ook kunnen experimenteren met nieuw gedrag.

➤ Exploratie gedrag- en denkpatronen

Ditty Dokter (1995) is van mening dat het belangrijk is voor de therapeut om cliënten bewust te maken van bepaalde gedrags- en denkpatronen. Zij stimuleert hen om binnen het spel rollen te kiezen die buiten hun huidige rolrepertoire liggen. Werken met stem, expressie, houding en beweging helpen de cliënt om zich meer in te *voelen* in de rol. Dit leren invoelen in een dramatische rol of het spel, zorgt er ook voor dat cliënten gestimuleerd worden om hun eigen gevoelens en gedachten te gaan exploreren en daar ook gebruik van leren maken binnen het spel (Dokter, 1995). Cliënten zijn zich vaak niet bewust van hun eigen rol- en gedragspatronen. Binnen de 'Levenslijn' methode worden de gedragspatronen duidelijk. Voordat men tot verandering van gedrag kan komen, is bewustwording van het huidige gedrag en de huidige gedachten en gevoelens van belang. Bewustwording en verandering zijn vervolgens weer twee voorwaarden voor het groeien van de emotionele weerbaarheid bij cliënten met een eetstoornis.

Ervaring n.a.v. dit onderzoek:

Zoals ik hierboven ook al vermeld heb, zijn cliënten zich bewuster geworden van hun gedrags- en denkpatronen. Een deelneemster beschreef de methode als volgt: 'puur: Het is een gecreëerde werkelijkheid waar elke vorm van ruis uit is gefilterd. Daarmee is het een uitstekende vorm om eigen gevoelens, gedachten en gedragingen te onderzoeken. Het is een overzichtelijk domein om, net als in een laboratorium, gedragsexperimenten aan te gaan en te onderzoeken'.

Alle cliënten geven in de evaluatie aan dat ze zich bewuster zijn geworden van hun kwetsbaarheden en valkuilen. Ze werden als het ware van onbewust onbekwaam, bewust onbekwaam. Vervolgens konden ze binnen de methode oefenen met nieuw gedrag, waardoor ze bewust bekwaam werden.

➤ Emotiebeleving en emotie-uiting

Één van de twee aspecten van verminderde emotionele weerbaarheid: het niet kunnen verdragen van negatieve affecten. Cliënten met een eetstoornis hebben veel moeite met het verdragen van negatieve emoties. Recent onderzoek heeft de nadruk gelegd op hoe eetstoornissymptomen vaak gerelateerd zijn aan het reguleren van pijnlijke emoties. Fox & Fromm (2009) hebben onderzoek

gedaan naar de relatie tussen verstoorde eetpatronen en negatieve emoties als angst, boosheid en verdriet. Boosheid en verdriet bleken significante bijdragers aan een verstoord eetpatroon. De eetstoornis is een manier geworden om emoties te onderdrukken. Binnen de 'Levenslijn' methode kunnen bepaalde (negatieve) emoties naar de oppervlakte komen. Dit kan confronterend zijn en appelleren aan vroegere ervaringen waarbij negatieve emoties als verdriet en angst een grote rol speelden. De methode doet een appèl op autonomie, voelen en volgen van impulsen en voelen en aangeven van eigen grenzen. Het onderzoeken van deze thema's binnen spel, kan verschillende emoties oproepen. Zo is het ervaren van een gebrek aan autonomie voor veel cliënten erg moeilijk, ze stellen zich vaak afhankelijk op ten opzichte van anderen. Het kan bijvoorbeeld angst oproepen om plotseling te moeten experimenteren met 'eigen keuzes maken'. De cliënt wordt middels werkvormen uit de 'Levenslijn' methode als het ware ondergedompeld in een nieuwe wereld, waarbij hij/zij gestimuleerd wordt om te experimenteren met nieuw gedrag en uitgenodigd wordt om het bestaande gedragspatroon onder de loep te nemen. Dokter (1995) stelt dat de innerlijke beweging (emoties) de externe bewegingen (actie en gedrag) sterk beïnvloeden. Dit gebeurt veel bij cliënten met een eetstoornis: er is een grote angst om te falen of het 'niet goed te doen' en daardoor vermijden ze situaties waarin dit zou kunnen gebeuren. De emotie 'angst' stuurt dus het vermijdingsgedrag. Dokter (1995) geeft aan dat het andersom ook geldt: de externe bewegingen beïnvloeden ook weer de innerlijke beweging (emoties). Werkvormen uit de 'Levenslijn' methode stimuleren de cliënt om tot verandering te komen en te experimenteren met nieuw gedrag. Zo wordt de angst die ze eerst voelden, misschien omgezet in opluchting of in een gevoel van overwinning.

Ervaring n.a.v. dit onderzoek:

De werkvormen bleken niet zozeer een appèl te doen op emotie-uiting, maar wel op het durven toelaten en voelen van emoties. Juist omdat alle ruis was weggelaten, was het moeilijk om je gevoel te vermijden. Gevoelens die het meest genoemd werden in de evaluatie waren: verdriet, boosheid en angst. Vooral de angst voor verandering en nieuwe situaties was erg groot. Deelnemers waren bang om fouten te maken en om 'het niet goed te doen'. Naarmate de tijd vorderde, nam de angst wel wat af. Dit kwam voornamelijk door de voorspelbaarheid van de methode. Cliënten wisten op een gegeven moment dat er een vaste structuur zat in de sessie en dit gaf een gevoel van veiligheid.

Deelnemers kwamen er binnen de methode bijvoorbeeld achter dat de 'littekens' van de eetstoornis en andere negatieve gebeurtenissen nog niet geheel genezen waren en werden zich daar bewust van tijdens het participeren in de werkvormen. De emotie boosheid leek vaak gepaard te gaan met frustratie. Het niet durven of kunnen veranderen van bepaald gedrag, maakte deelnemers boos op zichzelf. Op een gegeven moment zijn we gaan werken met gedragsexperimenten, bedacht door de cliënt zelf. Op dat moment hadden deelnemers de ruimte om die emoties te exploreren en er doorheen te gaan. Samen met Marijke van Dongen heb ik geprobeerd om de groep bij dit proces van exploreren te begeleiden, maar dit bleek erg lastig. De angst was nog erg groot en de vrijheid om terug te keren naar het huisje, leek zich op dat moment tegen ons te keren. Zodra het 'teveel' werd voor cliënten, trokken ze zich daar terug. We hebben geprobeerd deze patronen zoveel mogelijk bespreekbaar te maken en te doorbreken, maar dit is zeker een punt waar nog veel groei in te behalen is in de toekomst.

➤ Het gebruik van het lichaam

Emotionele weerbaarheid is niet alleen iets dat psychisch zichtbaar en voelbaar is. Weerbaarheid wordt vaak zichtbaar in de lichaamshouding van een persoon. Iemand die zich kwetsbaar voelt en zijn/haar eigen kracht niet kan voelen, zal waarschijnlijk niet fier rechtop lopen en iedereen recht in de ogen aankijken. Bij het werken aan emotionele weerbaarheid, is het daarom van belang om ook aandacht te besteden aan het non-verbale aspect en de fysieke weerbaarheid.

Ook het vermogen om lichaamssensaties waar te nemen en bewust te integreren op een realistische manier, is vaak beschadigd bij deze cliëntengroep. Er is een gebrek aan communicatie tussen lichaam en geest (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Sanchez-Guerrero & Martinez-De-Salazar-Arboleas, 2011). Positieve effecten op het lichaam, hebben vaak een positieve invloed op de geest. Werken met het non-verbale aspect van communicatie is daarbij van groot belang (Franko en Herzog, 2006). De 'Levenslijn' methode biedt werkvormen die geheel non-verbaal en daardoor ook lichaamsgericht zijn. Verschillende studies hebben verbetering aangetoond met betrekking tot het eetgedrag, wanneer cliënten zich bewuster werden van de relatie tussen lichaam en geest (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Sanchez-Guerrero & Martinez-De-Salazar-Arboleas, 2011).

Ervaring n.a.v. dit onderzoek:

Het werken met non-verbale werkvormen heeft wisselende reacties opgeroepen bij de deelnemers. Sommigen vonden het prettig om zonder taal te werken en zich puur te focussen op de actie en de handeling. Anderen vonden het moeilijk om niet te mogen praten. Praten is voor hen ook de manier van contact maken. Één deelnemster gaf aan dat ze het gevoel had dat ze geen contact had met de anderen, vooral doordat er niet gepraat mocht worden. Het was voor haar dan ook moeilijk om op een lichamelijke manier contact te maken, door bijvoorbeeld met iemand mee te lopen op de route. Een andere deelnemster merkte bij zichzelf op dat ze het gevoel had 'niet gezien' te worden, omdat ze verbaal geen contact maakte. Doordat de aandacht vooral gelegd werd bij het non-verbale, leek het alsof lichaamssensaties duidelijker merkbaar waren. Het leek bij de nabespreking makkelijker om aan te geven wat er gevoeld was, dan in eerdere sessies waarbij er niet non-verbaal gewerkt werd. Het non-verbale aspect en de focus op het gebruik van het lichaam, zorgden ervoor dat deelnemers meteen geconfronteerd werden met hun gevoel en hun gedrag. Doordat de oefeningen hier puur lichamenlijk en non-verbaal uitgevoerd werden, werden dit soort gedragspatronen extra duidelijk. Een bewustwording van gedrags- en gedachtepatronen zorgde op zijn beurt weer voor een emotionele reactie. Deze emotionele reactie werd waarschijnlijk beter gevoeld omdat er weinig mogelijkheden tot afleiding waren.

➤ Spel

Om de emotionele weerbaarheid van cliënten te vergroten, is het belangrijk om hen te stimuleren en te begeleiden bij het onderzoeken van nieuw gedrag en van (nieuwe en oude) emoties. Het spel kan daarvoor een veilige omgeving zijn om te experimenteren met dit nieuwe gedrag en deze emoties. In de speelse houding, waarop een appèl gedaan wordt binnen de 'Levenslijn' methode, kunnen we even afstand nemen van onze realiteit. We distantiëren ons ervan, we gaan ervan uit dat het ook anders kan en dat verkennen we in spel. De 'levenslijn' methode zou symbool kunnen staan voor het dagelijks leven. Cliënten worden zich bewust van hun gedrag- en rolpatronen en kunnen experimenteren met nieuw gedrag binnen het spel. Het werken middels symbolen zorgt voor een veilige leeromgeving. Communicatie via symbolen sluit aan bij vroege, pre-verbale ontwikkelingsfasen (Bruijn, Jongman, Werf & Wilbers, 1995). Wanneer wij cliënten uitnodigen om symbolen te gebruiken als vormtaal, appeleren we aan het gebied dat door Winnicott (geciteerd in Bruijn, Jongman, Werf & Wilbers, 1995) de transitional area wordt genoemd. De wereld van fantasie en spel van het kind, maar ook de wereld van kunst, fantasie en creativiteit van de volwassene. Ervaren en zien, ervaringen die vooraf gaan aan woorden.

Ervaring n.a.v. dit onderzoek:

In de eerste drie sessies lag de nadruk echter op het creëren van een eigen route en van een eigen huis. Deze sessies stonden dan ook vooral in het teken van: ervaren en bewustwording.

Tijdens de laatste drie sessies hebben we vooral de nadruk gelegd op vrij spel en onderzoeken van spelgedrag. We hebben ons inderdaad gedistantieerd van de werkelijkheid. We gingen ervan uit dat het ook anders kon en dat hebben we verkend in spel. Wat daarbij vooral geholpen lijkt te hebben, is het uitvoeren van gedragsexperimenten. In de eerste drie sessies zijn ze namelijk nogal wat te weten gekomen over hun eigen gedrag, gedachten en gevoel. Deze bevindingen zijn toen in het spel uitgedaagd. Bijvoorbeeld: een deelnemster vond het erg moeilijk om van haar route af te wijken en merkte dat ze steeds meer behoefte had aan het loslaten van de route. Haar uitdaging was: de route kunnen loslaten of de route op een andere manier lopen dan ze had gedaan. Zij kwam erachter dat de route symbool stond voor haar leven. Ook in het dagelijks leven had ze veel behoefte aan structuur en regels en raakte ze in paniek als ze die controle niet had. Het uiteindelijk los kunnen laten van de route, stond symbool voor een nieuwe 'vrijere' fase in haar leven. In de laatste drie sessies ontstond meer samenspel en werd er meer contact gezocht. Marijke van Dongen en ik hebben dit spel geïnitieerd door middel van Developmental Transformations technieken. We hebben telkens non-verbaal spel tot stand gebracht. Door onze uitnodiging tot spel, gingen deelnemers zichzelf en elkaar ook meer uitdagen binnen het spel.

➤ Ontwikkelen van copingvaardigheden

Binnen de 'levenslijn' methode staan (sociale) expressiviteit en sociale vaardigheden centraal. Onderzoek naar het vergroten van emotionele weerbaarheid leidt namelijk onder andere naar het (aan)leren van sociale vaardigheden (Murphy and Moriarty; Werner, geciteerd in Friberg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge en Hjemdal, 2005). In de 'Levenslijn' methode komen de volgende aspecten van sociale vaardigheden naar voren: grenzen kunnen aanvoelen en aangeven naar de omgeving, weerstand kunnen bieden aan groepsdruk of een afwijkende mening van een ander individu en het

leren omgaan met conflictsituaties. Onderzoeken wijzen uit dat de stresstolerantie bij cliënten met een eetstoornis erg laag is (Corstorphine, 2007). Corstorphine (2007) geeft aan dat het belangrijk is om te werken aan coping vaardigheden die de potentie hebben om dit tekort aan stress tolerantie tegen te werken. Er moet met deze doelgroep gewerkt worden aan de vaardigheid van het accepteren en omgaan met emoties, zodat de problemen die leiden naar negatieve emoties geïdentificeerd en eventueel opgelost kunnen worden (Corstorphine, 2007).

Ervaring n.a.v. dit onderzoek:

Binnen de zes sessies zijn we niet toegekomen om echt expliciet te werken aan het ontwikkelen van copingvaardigheden. Dit komt onder andere doordat we de helft van de sessies besteed hebben aan ervaren en bewustwording en pas de laatste 3 sessies besteed hebben aan het experimenteren met nieuw gedrag. Met andere woorden: we hebben een tipje van de sluier opgelicht als het gaat om het ontwikkelen van copingvaardigheden. Deelnemers geven aan dat ze zich vooral bewust zijn geworden van hun grenzen en van de manier waarop ze daarmee omgaan. Deelnemers hebben door middel van de gedragsexperimenten vervolgens kunnen stoeien met het aangeven van grenzen en het weerstand kunnen bieden in contact. Dit is echter een punt waar meer tijd voor nodig is. Indien een volgende keer de methode langer door kan gaan, zal hier in bijvoorbeeld sessie 5 tot 8 de nadruk op komen te liggen.

4b. Werkvormen (en technieken) uit de 'Levenslijn' methode die bijgedragen hebben aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis

Ik zal hier telkens de werkvorm kort beschrijven zoals deze aangeboden wordt op Zuyd. Uiteraard zal deze werkvorm ieder jaar op een andere manier aangeboden worden en zullen er variaties ontstaan zijn op de werkvormen. Ik zal hier echter de essentie uitleggen. De werkvormen worden op Zuyd aangeboden in de verschillende fasen die opgesteld zijn door Christine van Kempen (persoonlijke informatie, 15 april 2012). Deze fasen en werkvormen worden verder uitgelegd in de samenvatting in bijlage 1. Verder zal ik in deze paragraaf uitleggen hoe ik de werkvormen uit de 'levenslijn' methode heb aangepast aan mijn doelgroep, waarom ik dit heb gedaan en wat het werkzame ingrediënt hierbij was.

Fase 1 'Levenslijn methode'. Gericht op distantie.

Werkvorm A: Huis.

De 'Levenslijn' methode begint met de opdracht voor de deelnemers om een eigen plek in de ruimte te zoeken en een veilig huis te creëren. Dit huis wordt niet gemarkeerd met materiaal, het is een stukje ruimte dat je voor jezelf inruimt. Dit wordt de plek waar men zich tijdens het spel kan terugtrekken en als het ware de batterij even kan opladen om vervolgens weer opnieuw het spel in te gaan. Het spel kan vrij confronterend zijn en veel emoties en gedachten oproepen. Daarom is het belangrijk om een plek te hebben waar deelnemers zich af kunnen sluiten van het spel en zich even op zichzelf kunnen focussen. In dit huis moet men zich ook letterlijk afdraaien van het spelvlak, zodat men ook niet meer kan kijken naar het spel.

Aanpassing: Deze werkvorm bleek een essentieel onderdeel te zijn voor de deelnemers. Ik heb ervoor gekozen om een hele sessie te besteden aan het creëren van een eigen huis. Deelnemers mochten hier wel allerlei materialen bij gebruiken. Cliënten met een eetstoornis vinden het over het algemeen moeilijk om ruimte voor zichzelf te creëren. Ze zijn geneigd zich aan te passen aan de ander, uit angst de ander anders te kwetsen of uit angst voor een negatief oordeel. Hierdoor is hun autonomiegevoel beschadigd en ervaren ze weinig controle in hun leven. Door de tijd te nemen om hun eigen huis met materialen op te bouwen, heb ik getracht hen weer een gevoel van autonomie te geven. In de evaluatie kwam dit ook terug: deelnemers hadden zich gehecht aan hun huis en hadden het gevoel dat het huis echt iets van hen was. Ze voelden zich er veilig en beschermden hun eigen plekje. Meerdere malen wordt in de evaluatie aangegeven dat het creëren en hebben van een eigen huis, ervoor gezorgd heeft dat ze hun impulsen beter leerden voelen en volgen. Wanneer cliënten bijvoorbeeld moe waren of overprikkeld raakten, konden ze zich hier op elk moment tijdens de sessie terugtrekken. Het telkens kunnen zien van de huisjes in de ruimte heeft daaraan bijgedragen.

Werkvorm B: Pad

Doelen die bij deze werkvorm horen: vertrouwen op jezelf, coachen van jezelf, om leren gaan met distantie. Het experimenteren met het pad en het vastleggen hiervan, zorgt er in de 'Levenslijn' methode voor dat men geconfronteerd wordt met het vasthouden van een bepaalde structuur, terwijl dit heel lastig is en men het liefst die structuur niet zou ervaren. De tegenstelling daarin zorgt voor

distantie. Het vasthouden aan een eigen pad, vereist dat je kunt vertrouwen op jezelf en jezelf kunt coachen om dat pad vast te houden.

Aanpassing: Net als in de 'Levenslijn' methode heb ik ervoor gekozen om de deelnemers een eigen pad vast te laten leggen. Mijn intentie daarbij is ook dat cliënten leren vertrouwen op zichzelf en zichzelf leren coachen. Daarnaast staat het lopen van de route in mijn eigen sessies, ook centraal voor de structuur die cliënten met een eetstoornis voor zichzelf creëren in het leven. Hun leven draait rondom (niet) eten. Daarin houden ze zich vast aan een duidelijke structuur waar ze niet van af kunnen wijken. Door deze structuur laten ze zich ook leiden in hun sociale leven. Op een gegeven moment zorgt de structuur rondom eten ervoor dat ze in een sociaal isolement terecht komen. In het begin van de sessies heeft de nadruk voornamelijk gelegen op het kunnen vasthouden aan hun eigen pad (autonomie) en bewustwording van de link tussen het pad in de sessies en hun eigen 'levenspad'. Daarna heeft de nadruk ook gelegen op het experimenteren met het loslaten van dit pad. Hier ligt binnen de 'Levenslijn' methode minder de nadruk op. Ook staat het pad in de methode symbool voor iets anders. Het lopen van het pad bleek een duidelijke indicatie voor hoe iemand in het leven staat. De valkuilen van een persoon kwamen al snel aan het licht. Er was één cliënte die telkens haar pad verliet op het moment dat ze iemand tegenkwam, bang om de confrontatie aan te gaan en in de weg te lopen. Zij kwam erachter dat ze (ook in het dagelijks leven) meer een volger was en zich liever aanpaste, om op die manier de controle te behouden. Iemand anders kwam erachter dat ze meer een leider was. Zij kon bijvoorbeeld niet van haar pad afwijken en als iemand met haar wilde meelopen, moest diegene echt met haar meelopen waarbij zij heel directief de weg wees. Zij kwam erachter dat ze (ook in het dagelijks leven) de leiding nam, om zo controle te voelen.

Werkvorm C: Oogcontact.

Binnen de 'Levenslijn' methode is het maken van oogcontact een belangrijk onderdeel in de eerste fase. Ook hierbij staat het vertrouwen in jezelf en het coachen van jezelf centraal. De spelbegeleider geeft de opdracht om oogcontact te maken zodra je anderen tegenkomt. Dit oogcontact probeer je zolang mogelijk vast te houden. Door dit te doen maak je jezelf zichtbaar en stel je je kwetsbaar op. In de 'Levenslijn' methode wordt gecoacht om door dat gevoel van ongemak en kwetsbaarheid heen te gaan, zodat je uiteindelijk om leert gaan met de blik van de ander die op je gericht is. In de 'Levenslijn' methode wordt 'oogcontact' overigens niet genoemd als een specifieke werkvorm. Omdat het maken en oefenen met oogcontact een grote rol heeft gespeeld in mijn sessies, benoem ik deze activiteit wel als een 'werkvorm'.

Aanpassing: Ik heb deze werkvorm ingezet met dezelfde intentie als hierboven vermeld staat. Cliënten met een eetstoornis maken zich het liefst zo onzichtbaar mogelijk. Cliënten geven aan dat ze het moeilijk vinden als anderen naar hen kijken. Ze zijn dan bang voor een negatief oordeel van de ander. Bovendien hebben ze het gevoel dat als ze zichzelf zichtbaar maken, ze moeten voldoen aan hoge eisen van de ander. Cliënten zijn bang om iets van zichzelf te laten zien. Als je jezelf zichtbaar maakt, loop je ook het risico dat je faalt in wat je doet. Daarom houdt deze cliëntengroep zich vaak meer op de achtergrond. Ik heb bij deze werkvorm ervoor gekozen om er nog een opdracht aan toe te voegen. Namelijk: onderzoek wat het met je doet als iemand jou bekijkt en je oogcontact hebt. Wat roept het op aan gevoelens, gedachten en impulsen? Cliënten met een eetstoornis zijn namelijk vaak geneigd om moeilijke situaties te vermijden. Doordat ze gecoacht werden in het oogcontact maken, konden ze deze situatie niet vermijden. Ik wilde hen kennis laten maken met het onderzoeken van situaties. Deze toegevoegde opdracht is van toegevoegde waarde geweest. Cliënten werden zich bewust van hun manier van contact maken en contact ontwijken. Door de gevoelens en impulsen te onderzoeken die horen bij dit (ontwijken van) contact, konden ze hun eigen angsten toetsen aan de werkelijkheid.

Fase 2 Levenslijn methode. Gericht op belichaming en distantie.

Doelen: aangaan van het conflict, opzoeken van grenzen, open stellen, contact aangaan, interactie aangaan, open stellen, zoeken van veiligheid en rust, handelen vanuit het hier en nu, nieuwsgierig zijn, coachen van jezelf.

Werkvorm D: herhalen van technieken fase 1.

Het is belangrijk dat de werkvormen en technieken uit fase 1 'eigen' worden voor de deelnemers. Op deze manier raken ze gewend aan de manier van werken. Binnen de 'Levenslijn' methode ligt de nadruk bij deze werkvorm vooral op het open stellen, nieuwsgierig zijn en het handelen vanuit het hier en nu.

Aanpassing: Ik heb ervoor gekozen om de technieken en werkvormen uit fase 1 terug te laten komen aan het begin van fase 2. Ik heb dit echter met een andere intentie gedaan. Studenten hebben over

het algemeen moeite om te handelen vanuit het hier en nu. Cliënten daarentegen handelen meestal vanuit het hier en nu. Maar het hier en nu bestaat voor hen voornamelijk uit angsten. Wanneer zij dus handelen vanuit het hier en nu, handelen ze vanuit hun angst. Met als gevolg: vermijding van moeilijke (sociale) situaties. Ook binnen deze werkvorm heb ik weer de nadruk gelegd op het onderzoeken van gevoelens, gedachten en gedrag die opgeroepen worden bij het maken van oogcontact, het lopen van het eigen pad en het terugtrekken in het huis. Cliënten werden zich nog bewuster van hun manier van contact maken en contact ontwijken. Door de gevoelens en impulsen te onderzoeken die horen bij dit (ontwijken van) contact en het vasthouden aan een pad en een huis, konden ze hun eigen gevoelens en gedachten toetsen aan de werkelijkheid. Ik heb er dus eigenlijk voor gekozen om in de werkvorm nog een stap terug te doen (in vergelijking met de 'Levenslijn' methode) en meer de focus te leggen op bewustwording en onderzoeken i.p.v. op handelen vanuit het hier en nu en het écht aangaan van de interactie. Ik ben van mening dat cliënten zich eerst bewust moeten worden van hun (vermijdings)gedrag, voordat ze dit kunnen veranderen. Ik wil hen juist bewust maken van hun gedrag in het hier en nu, in plaats van hen te stimuleren te handelen vanuit hun angsten.

Werkvorm E: Confrontatie

Tijdens het lopen van het eigen pad, komen deelnemers elkaar tegen. In de 'Levenslijn' methode is het de bedoeling dat deelnemers het conflict met elkaar aangaan. In de eerste fase hebben ze zich verbonden met hun pad en nu moeten ze dat pad ook gaan verdedigen. Het is belangrijk dat deelnemers leren voor zichzelf op te komen en daarin ook grenzen voor zichzelf leren verkennen. Het is niet voor iedereen makkelijk om het eigen pad te verdedigen, sommige mensen zijn snel geneigd om zich aan te passen aan de ander en diegene voor te laten. Er wordt in deze werkvorm echter gecoacht op het behouden en verdedigen van je eigen pad.

Aanpassing: Ook deze werkvorm heb ik veranderd, zodat deze beter aan zou sluiten bij de groep deelnemers. Ik merkte in het spel vooral dat cliënten geneigd waren om de confrontatie en het conflict te vermijden. Er was amper sprake van het verdedigen van het eigen pad. Daarom heb ik ervoor gekozen om eerst de nadruk te leggen op het onderzoeken van gevoelens en gedachten die komen kijken bij het opzoeken van het conflict. Door middel van reflectievragen na afloop van de sessie, kwam ik erachter dat cliënten vooral bang zijn om de ander te kwetsen of om egoïstisch over te komen bij de ander. Het gedrag werd dus erg gestuurd door de angst voor een negatief oordeel. In tegenstelling tot de 'Levenslijn' methode heb ik meer de nadruk gelegd op het uitkristalliseren van gevoelens en gedrag in plaats van op het aangaan van het conflict. We hebben cliënten gestimuleerd om de confrontatie aan te gaan met anderen, maar vooral de confrontatie met hun eigen angsten.

Fase 3. Gericht op empathie.

Doelen: verleggen van grenzen, vertrouwen op jezelf en de ander, in contact zijn, nieuwsgierigheid en durf, contact en interactie met jezelf en de omgeving, zoeken naar veiligheid en rust.

Werkvorm F: Improvisatie (imiteren van andermans gedrag, invoegen van geluid, woord of korte tekst) Deze werkvorm wordt in de 'Levenslijn' methode vooral gebruikt om deelnemers contact te laten maken met elkaar en om hun nieuwsgierigheid te ontwikkelen. Ook worden grenzen verlegd. Deelnemers worden in het spel gestimuleerd om op een andere manier met elkaar te spelen, door elkaar bv uit te dagen en vanuit een openheid naar de ander toe het spel in te gaan. De spelleider coacht langs de kant en zorgt ervoor dat deelnemers het contact met elkaar aangaan.

Aanpassing: Het verschil van inzetten van deze werkvorm zit hem in de manier waarop het spel gestimuleerd en gecoacht wordt en de vorm van spel.

In mijn sessies heb ik ervoor gekozen om als spelleider zelf mee te doen in het spel. Ik loop ook een pad en terwijl ik mensen tegen kom op dat pad, probeer ik ze uit te nodigen en uit te dagen tot spel. Hier heb ik voor gekozen omdat cliënten het erg moeilijk vinden om zelf tot spel te komen. Bij studenten dramatherapie ligt dit uiteraard heel anders. Zij ervaren over het algemeen voornamelijk plezier in het spel. Voor cliënten ligt dit anders. Spel is voor hen onbekender en daardoor erg spannend. Het roept de angst op om te falen. Door zelf mee te spelen, samen met Marijke van Dongen, hebben we de cliënten kunnen verleiden tot spel. Doordat Marijke en ik allebei meededen in het spel, was het mogelijk om cliënten uit te dagen en ze tegelijkertijd veilig te laten voelen in het spel. Mijn intentie van het invoegen van improvisatie, was vooral het stimuleren van het experimenteren met ander gedrag. Cliënten met een eetstoornis hebben veel moeite met verandering, hebben daar angst voor. Binnen deze werkvorm kunnen ze op een veilige manier kennis maken met spel, ze kunnen zich immers ten alle tijden terug trekken in hun huisje.

Marijke en ik hebben gekeken naar ieders individuele leerdoelen en hebben gebrainstormd over wat iedereen individueel nodig zou kunnen hebben in het spel en waar voor iedereen een uitdaging ligt.

Om te kunnen werken aan deze uitdagingen, is het van belang dat we zelf ook meedoen in het spel. Deze werkvorm is meer gericht zijn op plezier ervaren, contact aangaan, elkaar prikkelen en uitdagen. Daarnaast blijft het lopen van de route wel een vast onderdeel. Het is juist van belang om de route vast te houden, terwijl je uitgedaagd wordt om van die route af te stappen. In het dagelijks leven zijn deze cliënten geneigd om zich aan te passen aan anderen of om spannende situaties te vermijden. In het spel heeft Marijke meer de 'tegen' rol gespeeld en is meer gaan provoceren en uitdagen, om cliënten te stimuleren om tot verandering te komen en om te kunnen experimenteren met nieuw gedrag. Ik heb meer de 'samen' rol gespeeld en de cliënten uitgenodigd en verleid tot spel. We kiezen voor deze rolverdeling, omdat we het belangrijk vinden dat het spel veilig genoeg is. Zodra we meer gaan improviseren, zal het angstniveau stijgen. In mijn rol kan ik ervoor zorgen dat cliënten het gevoel hebben dat ze op mij terug kunnen vallen en dat er iemand voor hen klaar staat.

Toegevoegde (nieuwe) werkvormen

De werkvormen die ik hier bespreek, zijn werkvormen die geen onderdeel uitmaken van de 'Levenslijn' methode. Elementen van deze werkvormen zijn echter wel terug te vinden in de methode. Omdat ik onderstaande activiteiten meerdere keren heb laten terugkomen in mijn sessies en deze van toegevoegde waarde bleken te zijn voor de cliënten, benoem ik ze als aparte 'werkvorm'.

Werkvorm G: Gedragsexperiment

We kiezen hiervoor, omdat we het belangrijk vinden om cliënten een succeservaring mee te geven. Uit zichzelf zullen ze niet snel tot gedragsverandering (en daardoor tot gevoelsverandering) komen, ze worden tegengehouden door de angst fouten te maken of een negatieve beoordeling te krijgen van anderen. Door hen op een speelse manier te stimuleren tot het experimenteren met nieuw gedrag, zorgen we ervoor dat ze op een veilige manier tot verandering komen maar wel een succeservaring opdoen. Bij deze werkvorm is het dus van belang dat de veiligheid gewaarborgd wordt, dit is naar mijn mening een belangrijke voorwaarde voor een gedragsexperiment. Om de veiligheid te bewerkstelligen maken we daarom gebruik van persoonlijke coaching: aanspreken op kwaliteiten, bevestigen wat we zien en complimenten geven, creativiteit bekrachtigen en stimuleren etc.

We kiezen er bewust voor om dit gedragsexperiment door henzelf te laten bedenken tijdens het spel, terwijl ze zich hebben teruggetrokken in hun huis. We vinden het namelijk belangrijk dat cliënten hun eigen keuzes leren maken en zich bewust worden van de situaties die ze vermijden. We zijn van mening dat de motivatie en autonomie zal groeien, als we de cliënt haar eigen keuzes laten maken. Hierdoor groeit hun zelfbewustzijn en willen we hen stimuleren om zichzelf uit te dagen.

Werkvorm H: Reflectievragen (sharing)

Iedere sessie hebben we gebruik gemaakt van schriftelijke en mondelinge reflectievragen. Daaraan voorafgaand hebben we er iedere keer voor gekozen om de sessie af te sluiten in het huisje.

In het huisje sloten cliënten zich weer af van hun omgeving en daar namen ze een actieve en ontspannen zithouding aan. We vroegen hen telkens om het spel nog eens terug te halen. De coaching ging als volgt:

- Haal het spel nog eens terug. Wat heb je opgemerkt? Wat hebben de confrontaties met je gedaan?
- Probeer voor jezelf woorden te geven aan de gevoelens die je vandaag ervaren hebt.
- Probeer weer eens voeling te maken met je lichaam. Welke sensaties merk je op?
- Je krijgt van mij een blaadje met daarop 3 reflectievragen. Ik wil je vragen om hier eens kort over na te denken en deze beantwoorden met steekwoorden.

De vragen:

- Hoe was het om mensen tegen te komen op je weg en wat riep dit contact op (in lichaam, voelen, denken en impulsen)?
- Hoe was het om een uitdaging voor jezelf te formuleren? Wat hielp en wat hield je tegen?
- Hoe was het om die uitdaging vorm te geven in concreet handelen? Wat hielp en wat hield je tegen?

Samen met Marijke van Dongen heb ik besloten om de reflectievragen iedere week terug te laten komen. We wilden cliënten bewust maken van hun gevoelens omdat ze daar over het algemeen niet mee in contact staan. Dit komt voornamelijk doordat ze niet weten hoe ze ermee om moeten gaan, ze zijn bang voor 'overspoeling' van emoties. Door middel van de reflectievragen hebben we hen gestimuleerd om toch stil te staan bij hun emoties, gedachten en gedrag. Door hier bewust van te worden, was het ook mogelijk om te experimenteren met ander gedrag en verandering.

Werkvorm I: Huiswerkopdracht

De huiswerkopdrachten waren voor onszelf en voor de cliënten een heel nieuw onderdeel binnen de therapie. Dit bleek echter wel een belangrijk onderdeel te zijn. Binnen de sessies hebben we cliënten iedere keer bewust proberen te maken van hun gedrag- en gedachtepatronen in het spel. Om echt te komen tot verandering in het dagelijks leven, was het echter van belang dat cliënten het verband leerden zien tussen de gedachte- en gedragspatronen binnen het spel en hun gedrag- en gedachtepatroon in het dagelijks leven. Door de link te leggen tussen het spel en het dagelijks leven, werd ook de functie van de eetstoornis in hun leven duidelijker.

Een voorbeeld van een huiswerkopdracht:

Vragen:

1. Je hebt deze sessie allerlei dingen ervaren. Er zijn bepaalde gedachten, gevoelens en bepaald gedrag de revue gepasseerd. Wat was het meest opvallende voor jou? Wat is je het meest bij gebleven? Wat zou je bijvoorbeeld wel wat meer willen onderzoeken.
2. Onderzoek de komende twee weken eens hoe je dit gedrag/deze gedachte/gevoel terug ziet in het dagelijks leven. Noem daarbij enkele concrete voorbeelden.
3. Op welke manier heeft dit gedrag/deze gedachte/gevoel invloed op jou als persoon? Voorbeeld: heb je bv de neiging om conflicten uit de weg te gaan. Etc etc.
4. Bedenk voor jezelf een uitdaging voor de volgende bijeenkomst. Formuleer deze uitdaging in concreet gedrag. Denk daarbij terug aan de afgelopen bijeenkomsten en de uitdagingen die je toen hebt geformuleerd voor jezelf.

Conclusie vraagstelling:

Uiteindelijk heb ik mijn vraagstelling kunnen beantwoorden door middel van het praktijkonderzoek en het literatuuronderzoek naar bestaande theorieën over emotionele weerstand bij cliënten met een eetstoornis. Mijn vraagstelling was: Op welke manier kunnen werkvormen en technieken uit de dramatherapeutische methode 'Levenslijn', bijdragen aan het vergroten van de emotionele waarbaarheid van cliënten met een eetstoornis?

Door middel van dit actiegericht onderzoek ben ik erachter gekomen welke werkvormen wel en welke werkvormen niet hebben bijgedragen aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Sommige werkvormen en technieken bleken niet het effect te geven dat ik verwacht had en soms ontstonden er spontaan nieuwe werkvormen die wel een duidelijk effect bleken te hebben.

In deze paragraaf heb ik de werkvormen beschreven die van toegevoegde waarde zijn geweest voor het uiteindelijke doel: het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Ik heb daarbij ook beschreven op welke manier de werkvormen ingezet zijn geworden. In paragraaf 7.4 beschrijf ik de resultaten van alle cliënten individueel. Daarbij beschrijf ik ook in hoeverre zij gegroeid zijn in hun emotionele weerbaarheid en ook daarbij leg ik weer de link met de werkvormen uit de 'Levenslijn' methode. Uiteindelijk heb ik door de beantwoording van mijn vraagstelling een nieuw werkmodel op kunnen stellen. Dit nieuwe werkmodel bestaat uit de werkvormen die een appèl hebben gedaan op het vergroten van de emotionele weerbaarheid. In de praktijk heb ik gemerkt hoe belangrijk het is om de werkvormen in de juiste fasering aan te bieden. In mijn nieuwe werkmodel beschrijf ik dus de werkvormen en technieken die bijdragen aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid, waarbij ik rekening houdt met een duidelijke opbouw. Dit nieuwe werkmodel staat beschreven in paragraaf 7.5.

Behalen van doelstelling

Er hebben vier doelen centraal gestaan tijdens dit onderzoek.

Ten eerste hoopte ik bij te kunnen dragen aan de dramatherapeutische kennis met betrekking tot de doelgroep eetstoornissen. Er is in de literatuur weinig te vinden over een specifieke dramatherapeutische methode voor cliënten met een eetstoornis. Er zijn veel dramatherapeutische methodes die ingezet kunnen worden, maar er bestaat nog geen specifieke methode die zich richt op het vergroten van de emotionele weerbaarheid bij deze doelgroep. Door middel van dit actiegericht onderzoek heb ik een nieuw werkmodel opgesteld dat niet alleen voor mij bruikbaar is, maar ook voor andere dramatherapeuten die met de doelgroep werken. Ook heb ik, in samenwerking met psychologe Helga Nauta en dramatherapeute Marijke van Dongen, een observatielijst ontwikkeld. Deze lijst is specifiek geschreven voor cliënten met een eetstoornis. De lijst zou gebruikt kunnen worden om vast te stellen aan welke therapiedoelen er het beste gewerkt kan worden.

Mijn nieuwe werkmodel en het ontwikkelen van de observatielijst, dragen dus bij aan de ontwikkeling van de dramatherapeutische kennis met betrekking tot de doelgroep eetstoornissen.

Het tweede doel dat ik voor mezelf opgesteld had, was het ontwikkelen van een nieuw werkmodel en groeien in mijn rol als therapeut en onderzoeker. Zoals ik in de vorige alinea beschreef, heeft dit onderzoek gezorgd voor het vormgeven van een nieuw werkmodel. Dit onderzoek heeft daarnaast zeker bijgedragen aan mijn eigen ontwikkeling als dramatherapeut én als onderzoeker. Ik heb geleerd om te werken middels triangulatie. Er heeft namelijk iedere week een afwisseling plaatsgevonden tussen werken in de praktijk, evalueren en vervolgens weer koppelen aan de literatuur. Hierdoor kreeg ik iedere keer weer nieuwe inspiratie en ideeën, waardoor mijn nieuwe werkmodel zich echt heeft kunnen ontwikkelen en ik heb kunnen groeien in mijn rol als onderzoeker. Het derde doel dat ik voor ogen had, was het uitbreiden van het werkmodel van Marijke van Dongen. Marijke en ik liggen vaak op één lijn als het gaat om de keuze van een bepaalde methode. Zij gaf aan dat ze meer behoefte had aan een non-verbale methode, die een appèl doet op ervaring i.p.v. cognitie en die zich daarnaast richt op het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Het samen uitvoeren van dit onderzoek, heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat ook het werkmodel van Marijke van Dongen uitgebreid is. Zij gaf aan dat ze het als een meerwaarde heeft ervaren om samen iedere week te evalueren en de sessies voor te bereiden. Ook het bijhouden van de observatielijsten zorgde ervoor dat ze een duidelijker beeld kreeg van de leerdoelen van haar cliënten.

Tot slot had ik mezelf tot doel gesteld, om een bijdrage te leveren aan de huidige kennis op het gebied van de behandeling van eetstoornissen. Ik heb een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar de verschillende behandelmethoden van cliënten met een eetstoornis. In dit onderzoek is een compilatie te lezen van deze behandelmethoden. Ik heb ik in dit onderzoek niet alleen gestandaardiseerde en algemene behandelmethoden beschreven, maar ik heb ook nieuwe (experimentele) behandelmethoden aan het licht gebracht. Tot slot heb ik mijn nieuwe werkmodel beschreven, dat gebaseerd is op de 'Levenslijn' methode. Deze methode is nooit eerder toegepast met een andere doelgroep dan bij creatieve therapie studenten. Ik kan dus concluderen dat ik ook een bijdrage heb geleverd aan de huidige kennis op het gebied van dramatherapeutische behandeling van eetstoornissen.

7.2 Het gerealiseerde versus het voorgenomen project

Het project is niet geheel volgens de voorgenomen wijze gerealiseerd. Ik zal hier de belangrijkste verschillen beschrijven van het gerealiseerde versus het voorgenomen project.

Er zijn enkele gebieden waarop een verandering heeft plaatsgevonden t.o.v. het voorgenomen plan, namelijk:

- Vraagstelling: deze is veranderd van een brede vraagstelling naar een meer concrete en realistischere vraagstelling.
- Groepssamenstelling: van een constante groep is deze veranderd in een wisselende groep. Ook was er een grotere variëteit binnen de groep qua leeftijd en motivatie.
- Therapeutische attitude: van een open houding en een ondersteunende attitude ben ik veranderd naar een vrij directieve en sturende attitude.
- Evaluatie: Van een samenwerking tussen cliënt-therapeut-onderzoeker, naar meer samenwerking tussen therapeut en onderzoeker. De cliënt heeft een minder grote rol gekregen in de manier van evalueren.

Mijn vraagstelling is veranderd van een brede vraagstelling naar een meer specifieke vraagstelling.

Mijn eerste vraagstelling was als volgt: 'Op welke manier kan de 'Levenslijn' methode cliënten met een eetstoornis stimuleren om in contact te komen met hun negatieve emoties, zodat deze binnen dramatherapie doorgewerkt en op een adequate wijze geuit kunnen worden?'

Ten eerste bleek de vraagstelling niet voor alle betrokkenen duidelijk te zijn. Ook bleek dat deze vraagstelling veel tijd zou kosten om te onderzoeken. Het in contact komen met negatieve emoties én het kunnen uiten daarvan, zijn bovendien twee losse doelen. Ik ben toen op zoek gegaan naar de essentie van wat ik zou willen bereiken met de doelgroep. Ik kwam er toen achter dat ik eigenlijk wilde werken aan hun emotionele weerbaarheid. Emotionele weerbaarheid bestaat uit verschillende aspecten: kunnen aangeven van grenzen, emoties kunnen toelaten, kunnen uitspreken wat je nodig hebt etc. Het werken aan emotionele weerbaarheid kan dus voor iedere cliënt iets anders inhouden. Door de verschillende aspecten van emotionele weerbaarheid uit te kristalliseren, kwam ik erachter dat het werken aan (aspecten van) emotionele weerbaarheid wel haalbaar zou zijn.

Tijdens het schrijven van mijn onderzoeksvoorstel en mijn praktische plan van aanpak, had ik iedere keer de cliëntengroep van mijn stagejaar in mijn achterhoofd. Ik ging uit van hun capaciteiten, doelen en mogelijkheden. Tijdens de introductiefase met de huidige groep, merkte ik dat ik de lat te hoog had gelegd en teveel van de groep verwachtte binnen de therapie. Hierdoor hebben we aan minder therapiedoelen gewerkt dan ik me had voorgenomen. Ook heb ik de werkvormen die ik aangeboden heb in een ander tempo en op een andere manier moeten aanbieden dan ik me voorgenomen had. Ik had gedacht dat ik sneller kon overgaan van de ene fase in het spel naar de andere fase. Dit bleek in praktijk echter niet zo uit te pakken. Uiteraard is het ook logisch dat therapiesessies altijd op het moment zelf nog aangepast worden aan het hier en nu.

Ook heb ik een switch moeten maken in de keuze voor mijn therapeutische attitude. Samen met Marijke van Dongen heb ik afgesproken dat we een open, onderzoekende en ondersteunende houding aan zouden nemen ten opzichte van de deelnemers. Op deze manier hoopten wij hen te stimuleren tot het zelf nadenken over hun gedrag, gedachten en gevoelens. Het was onze bedoeling om het initiatief bij henzelf te leggen, zodat ze ook echt aan de doelen zouden werken die op dat moment actueel waren en waar motivatie voor was. Tijdens het uitvoeren van de methode merkten we dat het voor de deelnemers erg moeilijk was om zelf te komen met (gedrags-)initiatieven en om te komen tot verandering. Mede door overleg met psychologe Helga Nauta, hebben Marijke en ik besloten om een meer directieve houding aan te nemen. Op dat moment hebben wij als therapeut meer de touwtjes in handen genomen en hebben wij besloten welke richting we op zouden gaan binnen de therapie. We hebben bij elke cliënt specifiek bekeken naar wat wij dachten dat een belangrijk aandachtspunt zou kunnen zijn binnen de therapie.

De geringe inbreng van de cliënten had ook tot gevolg dat ik besloten heb om hen minder te betrekken bij de evaluatie van de sessies dan ik in eerste instantie van plan was. Ik heb met Helga Nauta besloten om door de cliënten zelf geen voor- en nameting te doen die gericht was op 'emotionele weerbaarheid'. Cliënten vonden het voor aanvang van de sessies namelijk erg moeilijk om hun gevoelens en gedachten onder woorden te brengen. Wij trokken hieruit de conclusie dat een voor- en nameting van cliënten, met betrekking tot 'emotionele weerbaarheid', daardoor weinig toegevoegde waarde had voor het onderzoek. Wel hebben we de cliënten betrokken bij het ontwikkelen en vormgeven van de methode.

7.3 Kwaliteiten en tekortkomingen van het onderzoek

Zoals ik in de vorige paragraaf beschreven heb, zijn er enkele verschillen geweest tussen het voorgenomen project en het gerealiseerde project. In deze paragraaf beschrijf ik de kwaliteiten en tekortkomingen van het onderzoek.

➤ Kwaliteiten

Co-creatie

Als ik terug kijk op het onderzoek heb ik het als een absolute meerwaarde beschouwd dat dit onderzoek een co-creatie is geweest met de praktijk. Voor aanvang heb ik met de betrokkenen afspraken gemaakt over de aanpak van het onderzoek. Op dat moment was het echter nog onzeker of ook alle betrokkenen hun betrokkenheid zouden tonen op het moment dat dit echt nodig was. Dit is gelukkig wel zo gebleken. Ik heb voornamelijk samengewerkt met Marijke van Dongen, Helga Nauta en Christine van Kempen. Samen met Marijke van Dongen heb ik de sessies voorbereid en geëvalueerd. Wat daarbij belangrijk is gebleken, is dat we kritisch konden zijn naar elkaar toe. Er zijn punten geweest waarop we van mening verschilden. We hebben toen gediscussieerd en de 'voors' en 'tegens' afgewogen en uiteindelijk zijn we altijd tot een compromis gekomen waar we beiden achter stonden. Helga Nauta was een onafhankelijk lid van mijn actienetwerk. Zoals eerder vermeld is zij psychologe op de afdeling psychiatrie. Zij heeft meerdere malen mijn geschreven stukken gelezen en daar inhoudelijk feedback op gegeven. Daarnaast heeft zij ook advies gegeven over mijn therapeutische attitude. Doordat zij de cliënten ook kende, kon zij aangeven wat volgens haar belangrijke thema's waren die binnen de sessies onderzocht konden worden. Christine van Kempen heeft zowel feedback gegeven op mijn geschreven stukken, maar zij heeft ook advies gegeven over de werkvormen uit de 'Levenslijn' methode.

Dataverzameling

De afzonderlijke sessies zijn iedere week uitgebreid geëvalueerd. Hierdoor heb ik veel data kunnen verzamelen met betrekking tot werkvormen uit de 'Levenslijn' methode en met betrekking tot de voortgang van de emotionele weerbaarheid. Doordat de sessies door Marijke en mij afzonderlijk werden geëvalueerd, heb ik een breder beeld gekregen van de voortgang van cliënten.

Zoals ik eerder beschreven heb, ben ik ook lang bezig geweest met het ontwikkelen van een observatielijst die specifiek gericht was op een combinatie tussen kenmerken van de doelgroep en kenmerken van de methode 'Levenslijn'. Ik heb gebruik gemaakt van logboeken (tijdens en na de sessie), een observatielijst en reflectievragen voor cliënten.

Verandering

Een ander sterk punt van dit onderzoek is het gegeven dat ik, in samenspraak met Marijke van Dongen, veranderingen aan heb durven brengen. Ik heb niet mijn onderzoek uitgevoerd op de manier waarop ik dit vooraf beschreven had. Ik heb mijn beslissingen met betrekking tot het onderzoek (bv evaluatie) en met betrekking tot de sessies (bv de werkvormen) laten afhangen van de situatie zoals die op dat moment was. Op een gegeven moment merkten Marijke en ik bijvoorbeeld dat sommige cliënten een ander beeld hadden van de 'Levenslijn' methode. Voor het onderzoek was het eigenlijk van belang om geen tijd te verliezen. We hebben er echter toch voor gekozen om een sessie te gebruiken om het hier met de cliënten over te hebben. We vonden het op dat moment belangrijker om de weerstand die er was voor de therapie bespreekbaar te maken. Uiteindelijk heeft ons dat ook iets opgeleverd: cliënten waren gemotiveerder of konden hun weerstand uitspreken waardoor er een last van hun schouders viel.

➤ Tekortkomingen

Wisselende groep

Het nadeel van werken in een bestaand behandelprogramma is het gegeven dat cliëntengroepen erg kunnen wisselen. Mijn onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis te Maastricht. De sessies die ik uitgevoerd heb ten behoeve van mijn onderzoek, hebben plaatsgevonden tijdens de reguliere dramatherapie sessies. Cliënten waren verplicht om mee te doen in deze therapieën. Indien cliënten zich niet hielden aan afspraken met betrekking tot hun gewichtsherstel, werd hen de toegang tot de therapieën onzegd. Dit was niet positief voor de dataverzameling. Hierdoor heb ik ook niet alle cliënten die mee hebben gedaan aan het onderzoek, kunnen betrekken bij de dataverzameling en data-analyse. Uiteindelijk hebben drie cliënten alle sessie mee kunnen doen, ook de introductiesessies. De andere drie cliënten hebben allemaal minimaal twee sessies gemist. Het was daardoor moeilijk om duidelijke resultaten te verbinden aan mijn data-analyse.

Duur onderzoek

Het onderzoek heeft in totaal van februari t/m mei 2012 gelopen. Ik heb echter maar 6 keren in de praktijk kunnen werken met werkvormen uit de 'Levenslijn' methode. Wel heb ik 4 keren meegelopen tijdens de introductiefase. Ik had echter graag langer gewerkt met werkvormen uit de methode. Van de zes sessies, is sowieso de eerste sessie besteed aan een kennismaking met de methode. De laatste sessie is tijd ingeruimd voor de afronding van het onderzoek. Hierdoor heb ik in totaal maar 5 keren echt met de werkvormen kunnen werken, dit is een erg korte periode. Cliënten met een eetstoornis staan over het algemeen ambivalent in de therapie en hun herstelproces. Vandaar dat een langere duur van het onderzoek meer opgeleverd zou kunnen hebben met betrekking tot het doel: het vergroten van de emotionele weerbaarheid.

Brede manier van evalueren

Gedurende het onderzoek heeft evalueren van de sessies veel tijd in beslag genomen. Zoals ik eerder al aangaf, heb ik veel tijd besteed aan het ontwikkelen van een observatielijst. De categorieën op deze lijst heb ik afgeleid van de doelen van de 'Levenslijn' methode. Daarnaast heb ik rekening gehouden met de verschillende gedragingen die horen bij 'emotionele weerbaarheid'. Alle categorieën m.b.t. emotionele weerbaarheid heb ik verwoord in positieve gedragingen. Tijdens elke sessie heb ik geobserveerd of deze gedragingen terug te zien waren bij cliënten en in welke mate dit dan terug te zien was. Hierdoor ben ik me echter meer gaan richten op de observatiecategorieën en heb ik me minder gericht op 'emotionele weerbaarheid' in zijn algemeenheid. Ik heb ervoor gekozen om geen voor- en nameting te laten doen door cliënten zelf, met betrekking tot 'emotionele weerbaarheid'. Cliënten vonden het namelijk erg moeilijk om hun gevoelens en gedachten onder woorden te brengen en een visie te geven over hun eigen emotionele weerbaarheid. Daarom leek een voor- en nameting door cliënten zelf, niet haalbaar. Achteraf zou ik hier een andere keuze in gemaakt hebben. De voormeting had cliënten bijvoorbeeld bewuster gemaakt van hun emotionele weerbaarheid en had er voor kunnen zorgen dat cliënten een duidelijker beeld hadden van het doel van de 'Levenslijn' methode. Ook waren cliënten dan misschien nog wat bewuster hun therapieproces aangegaan.

7.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In deze paragraaf geef ik een verklaring voor de resultaten. Ik heb daarbij telkens het doel voor ogen gehouden: het vergroten van de emotionele weerbaarheid met behulp van werkvormen uit de 'Levenslijn' methode. Ik beschrijf de resultaten per persoon van de zes sessies waarbij er is gewerkt met deze werkvormen. Ik zal over iedere cliënt kort vertellen wat het resultaat is geweest met betrekking tot het vergroten van de emotionele weerbaarheid. Daarnaast benoem ik de reactie van de cliënt op de methode 'Levenslijn' en haar eigen interpretatie van de resultaten. Tot slot interpreteer ik de resultaten door een koppeling te maken tussen de resultaten van de (afzonderlijke) cliënten én literatuur & bestaande theorieën.

Resultaten sessie 1 t/m 6: Werkvormen uit de methode 'Levenslijn'.

Y:

- Emotionele weerbaarheid aan start van het onderzoek: 3 (op schaal van 1 tot 10).
- Emotionele weerbaarheid aan einde van het onderzoek: 4 à 5.

Y. is zich vooral bewuster geworden van haar eigen reflexen en heeft kunnen ontdekken hoe haar overtuigingen haar gedrag sturen. Als ze deze reflexen blijft volgen, blijven haar overtuigingen over zichzelf en anderen onveranderd. Ze heeft durven schuiven in gedrag, haar gevoelens en gedachten daarbij kunnen ontdekken en kunnen toetsen. Dat is mooi in werken in groepen. Je kunt ter plaatse toetsen. De therapeut heeft bewaakt dat de wijze van toetsing correct gaat: open vraag stellen i.p.v. gesloten. Het maakt de feedback aannemelijker. Marijke van Dongen geeft aan dat Y. vooral vooruit is gegaan op de volgende punten: grenzen verleggen in gedrag. Ook heeft ze geleerd haar eigen overtuigingen te toetsen bij groepsleden. Psychologe Helga Nauta geeft ook aan dat ze in haar eigen therapieën merkt dat Y. meer inzicht heeft gekregen in zichzelf. Ze heeft binnen de werkvormen kunnen ervaren dat er ook andere manieren zijn om situaties aan te pakken. Y. heeft verder T. als voorbeeld gezien, bijvoorbeeld in het durven benoemen wat er in haar omgaat. Dit was een duidelijke verandering ten opzichte van de start van het onderzoek.

*** Evaluatie van Y.:**

Het heeft mij geholpen om in een groep te werken, hierdoor kon ik zelf makkelijker experimenteren met nieuw gedrag. Iedereen was toch met zichzelf bezig. De methode is voor mij van toegevoegde waarde geweest. Ik werd me er pijnlijk van bewust hoe het me verging in de echte wereld. Mijn zwakke en kwetsbare plekken bedoel ik hiermee te zeggen. Ik heb verschillende emoties kunnen ervaren en toelaten, namelijk: verdriet, twijfel, minderwaardigheid, vreugde en onzekerheid. Ik had in het begin moeite met geobserveerd worden. Ik vond het dan ook prettiger toen de spelleaders ook mee gingen spelen, ik voelde me niet meer zo bekeken. Ik heb het als zeer prettig gevonden om met huiswerkopdrachten te werken. Hierdoor kreeg ik duidelijk in beeld waar het in het dagelijks leven aan schort. Deze duidelijkheid deed me goed en leverde vooral verbeterpunten op. Ik kon het eindelijk benoemen. Ik kreeg door de huiswerkopdrachten vooral meer inzicht in mezelf.

Tijdens het lopen van mijn pad heb ik allerlei emoties ervaren, ik werd bijvoorbeeld nerveus van het gedrag van anderen. Hierdoor werd ik weer boos op mezelf en gespannen.

Ik vind dat ik niet vooruit gegaan ben m.b.t. het gebruik van mijn lichaam, dit vind ik nog moeilijk. Ik heb in het spel geleerd om mijn eigen weg te blijven lopen, zonder anderen uit de weg te gaan. Dit vind ik echter wel nog moeilijk. Als ik er genoeg van had, kon ik me terugtrekken in mijn huisje, dat vond ik fijn. In het begin was ik erg teleurgesteld in dit project. Echter, al gauw werd me duidelijk wat de achterliggende gedachte was. Ik kon overduidelijk mijn ervaringen tijdens de sessies linken aan hoe ik in het leven functioneer: waar ik tegenaan loop en mee worstel.

*** Conclusie en koppeling naar de literatuur:**

Zoals eerder gezegd is Y. vooral vooruit gegaan op de volgende punten: grenzen verleggen in gedrag en bewustwording van eigen gedrag, emoties en gedachten. Ook heeft ze geleerd haar eigen overtuigingen te toetsen bij groepsleden. Corstorphine (2006) geeft aan dat cliënten met een eetstoornis een hogere emotionele kwetsbaarheid ondervinden, gekoppeld aan het onvermogen om hun emoties te reguleren. Om emoties toe te kunnen laten en het gedrag dat daarbij hoort te erkennen, is het nodig om de cognities te bepalen die aan de emoties en het gedrag ten grondslag liggen. Volgens Corstorphine (2006) is het dus belangrijk om niet alleen te werken aan het voelen en uiten van emoties, maar het is daarnaast ook belangrijk om cliënten bewust te maken van de relatie tussen gevoelens, gedrag en cognities. De meest effectieve behandelingen blijken diegene te zijn die werken met de interacties tussen deze componenten (Corstorphine, 2006). Y. is zich tijdens de

sessies bewust geworden van haar gedachten, gedrag en emoties. Ze werd zich in eerste instantie bewust van haar gedrag, vervolgens hebben we haar gecoacht om zich bewust te zijn van de gedachten én gevoelens die daarbij horen. De cyclus waar Y. zich bewust van is geworden: gebeurtenis: confrontatie → gedachte: 'ik moet ontwijken, anders loop ik in de weg → primaire emotie: angst → negatief oordeel over die emotie: 'ik mag niet bang zijn, dan stel ik me aan' → secundaire emotie 'schaamte over eerste gedachte' → gedrag: emoties blokkeren en niet uiten.

Corstorphine (2006) is van mening dat bewustwording van deze cyclus cliënten helpt om de basis van hun emotionele instabiliteit uit te dagen. Op die manier kan de coping van emoties uiteindelijk verschuiven van het gestoorde eetgedrag naar een gezonde manier van coping, zoals het toelaten en uiten van emoties. In de afgelopen zes sessies zijn we met Y. toegekomen aan de bewustwording van de relatie tussen cognities, gedrag en emoties. Ze is begonnen met het uitdagen van de cognities over haar emoties, maar wegens tijdgebrek zijn we daar niet ver in gekomen. Dit is dus een punt waarop Y. nog veel te leren heeft en dat in een vervolgbehandeling een mooi startpunt zou kunnen zijn.

Ag:

- Emotionele weerbaarheid aan start van het onderzoek: 4 (op schaal van 1 tot 10).
- Emotionele weerbaarheid aan einde van het onderzoek: 5

Ag. is zich vooral bewust geworden van haar kwetsbaarheden. Het feit dat zij meer spanning ervaart dan ze aanvankelijk dacht, geeft aan dat ze vooral meer inzicht heeft gekregen in haar emoties en gedragspatronen. Cliënte geeft aan dat ze zich nog steeds kwetsbaar voelt in het contact met anderen. Ze is zich echter bewust geworden van het feit dat het voor haar van belang is om meer contact aan te gaan met anderen en mensen dichterbij te laten komen, omdat ze het ook nodig heeft om gezien te worden.

*** Evaluatie van Ag. :**

Ik ben de afgelopen weken uitgenodigd tot het experimenteren met nieuw gedrag. Dit kwam vooral doordat ik gestimuleerd werd om zelf verantwoordelijkheid te nemen en om mijn eigen (negatieve) gedachten uit te dagen. Ik ben in de methode dingen van mezelf tegengekomen waarvan ik niet wist dat dat voor mij nog zo'n drempel was. Ik heb het werken met de gedragsexperimenten als positief ervaren. Ik kwam erachter dat ik het mijzelf en anderen vaak moeilijk maak. Dit maakte me boos en verdrietig. Ik heb de huiswerkopdrachten erg fijn gevonden en ze waren van grote waarde. Op die manier werd ik me nog meer bewust van mijn kwaliteiten en valkuilen. Ik heb mezelf uitgedaagd om me hoorbaar en zichtbaar te maken, maar dit vond ik wel nog moeilijk. Ik heb onderzocht hoe het voelt als iemand mijn pad kruist. Ik heb mijn emoties kunnen voelen en heb mijn impulsen gevolgd, door mijn veilige plekje op te zoeken als ik iets moeilijk vond. Ik heb geprobeerd om weerstand te bieden aan een confrontatie, door iemand weg te duwen van mijn weg. Ik heb geoefend met nieuw gedrag en onderzocht hoe het voelde om iets te doen dat ik niet echt kende.

*** Conclusie en koppeling naar de literatuur:**

Bewust geworden van haar kwetsbaarheden en veel moeite met hoorbaar en zichtbaar maken.

Ag. had in het spel veel moeite met zichzelf hoorbaar en zichtbaar maken. Toro e.a. (geciteerd in Blank en Latzer, 2004) geven aan dat cliënten met een eetstoornis over het algemeen een grotere sociale teruggetrokkenheid en een sociaal isolement vertonen. Dit was duidelijk terug te zien bij Ag.

Zij gaf bij de nabespreking ook meermaals aan dat ze het moeilijk vond om contact te leggen en mensen dichtbij te laten komen. Blank en Latzer (2004) hebben een model ontwikkeld, waarbij de behandeling van Anorexia Nervosa draait om vier psychologische basisbehoeften: ergens bij horen (familie, maatschappij), controle (over emoties en kennis), plezier (in leren, sociale contacten etc.) en betekenisgeving (in alle eerdergenoemde gebieden). Wanneer er niet voorzien wordt in deze basisbehoeften, kan dit resulteren in een laag zelfbeeld, angstgevoelens en hulpeloosheid. Deze negatieve emoties leiden tot een intens verlangen naar controle. Ag. is zich in deze sessies bewust geworden van het feit dat ze angstig is en zich vaak hulpeloos en alleen voelt. Ze kwam erachter dat ze het nodig heeft om 'gezien' te worden. Doordat ze zich bewust werd van dit gegeven, is ze tijdens de sessies aan de slag gegaan met het leren zoeken van toenadering tot de ander en het leren delen van haar eigen plekje en route. Dit was voor haar zeer moeilijk en in een vervolgtraject zou op dit punt aangesloten kunnen worden: het in contact gaan met anderen en zich durven openstellen naar anderen. Helga Nauta geeft tot slot aan dat het voor Ag. extra moeilijk is om de link te zien tussen het gedragspatronen in het dagelijks leven en gedragspatronen tijdens de dramatherapie sessies. Wegens een vrij laag IQ (80) heeft zij waarschijnlijk niet de bagage om de bewustwording van haar eigen gedrag, om te zetten in handelen.

M:

*** Algemeen → Emotionele weerbaarheid:**

- Emotionele weerbaarheid aan start van het onderzoek: 5 (op schaal van 1 tot 10).
- Emotionele weerbaarheid aan einde van het onderzoek: 5

Er is weinig tot niets veranderd met betrekking tot haar emotionele weerbaarheid. Tijdens de laatste bijeenkomst kan ze haar weerstand en de onderliggende gevoelens meer benoemen. Ze ontdekt en ervaart dat dat haar ruimte geeft.

*** Evaluatie van M. :**

Ik ben me de afgelopen sessies wel enigszins bewust geworden van het feit dat ik veel naar de grond kijken en weinig oogcontact maak. Hier heb ik toen een keer aan gewerkt en geprobeerd me eroverheen te zetten. Ik vond in de rest van de sessies weinig uitdaging zitten en daardoor was het saai. Ook de huiswerkopdrachten waren niet van toegevoegde waarde.

Ik vind van mezelf wel dat ik vooruit gegaan ben met betrekking tot het aangaan van de confrontatie met anderen, ik weet niet waarom dit zo is. Ik zag het nut van de methode niet in, maar deed wel mee.

*** Conclusie en koppeling naar de literatuur:**

Het valt op dat M. op geen enkel punt echt vooruitgang heeft geboekt. Ze heeft zich gedurende het hele traject afzijdig gehouden en leek een passief-agressieve houding te hebben ten opzichte van de therapie. Ik heb me regelmatig afgevraagd of de geringe vooruitgang te wijten was aan een gebrek aan motivatie. Ook heb ik me afgevraagd of de methode misschien te abstract voor haar was, waardoor ze minder motivatie had voor de therapie en daardoor niet open kon staan voor de therapiesessies. Het spelgedrag en de manier van coping die we bij M. geobserveerd hebben, zou getypeerd kunnen worden als 'passief' en 'vermijnd'. Bloks e.a. (2001) heeft de manier van coping van cliënten met een eetstoornis onderzocht. Vooral in het begin van de behandeling is er sprake van een passieve manier van reactie en vermijnd gedrag. In het onderzoek van Bloks kwam naar voren dat cliënten die de behandeling geheel afmaken, kunnen groeien naar een meer actieve manier van coping. M. is echter een aantal keren afwezig geweest en heeft daardoor niet het hele programma mee kunnen doen. Dit zou een verklaring kunnen zijn van de geringe vooruitgang met betrekking tot emotionele weerbaarheid. Daarnaast bevestigen andere deskundigen (psychologen, vaktherapeuten) dat M. zich nog in de contemplatiefase van motivatie bevindt. Het motiveringsproces is, volgens Spaans en Bloks (1999), een gefaseerd proces. Zij onderscheiden 5 fasen: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie, handhaving. In de contemplatiefase wordt er een korte en lange termijn projectie gemaakt waarbij gekeken wordt naar de huidige situatie en de bereidheid tot verandering van de eetstoornis, geven inzicht in de gewenste doelen, strevingen en discrepanties die het bereiken van de doelen in de weg staan. De sessies die M. heeft bijgewoond tijdens dit onderzoek hebben echter vooral een appèl gedaan op de preparatiefase en actiefase van motivatie. In de preparatiefase wordt er een begin gemaakt met het zetten van eerste stappen tot verandering en binnen de actiefase wordt er gewerkt aan daadwerkelijke gedrags- en cognitieve verandering. De fase van motivatie van M. sloot dus duidelijk niet aan bij de fase van motivatie waar de sessies een appèl op deden. Reflecterend op de sessies, lijkt dit gegeven de belangrijkste factor te zijn bij de stagnatie in vooruitgang bij M.

T:

- Emotionele weerbaarheid aan start van het onderzoek: 5 (op schaal van 1 tot 10).
- Emotionele weerbaarheid aan einde van het onderzoek: 6

De groei in emotionele weerbaarheid zit hem in de verworven inzichten. Ze heeft "ge-exposed" met ander gedrag en kan de gevoelens die ze daarbij ervaart goed uitdrukken.

Gebieden waarop ze duidelijke vooruitgang heeft geboekt zijn 'inzicht' en stappen zetten in aangaan van andere ervaringen. Een ervaring hakte er in positieve zin bij cliënte. in: "ik heb vrijheid en ruimte gevoeld toen ik mijn vaste patronen heb los gelaten". Dat was een duidelijk positieve en waardevolle ervaring voor haar. Helga Nauta geeft aan dat T., net als Y., meer inzicht heeft gekregen. Ze heeft verandering bij T. gezien op het gebied van zelfinzicht en komen tot nieuwe manieren van handelen. Wat daarbij een grote rol heeft gespeeld, is de openheid van T. voor nieuwe ervaringen en de bereidheid om de eetstoornis stukje bij beetje los te laten en nieuwe ervaringen toe te laten.

*** Evaluatie van T. :**

Doordat we bij de nabespreking moesten reflecteren en thuis huiswerkopdrachten moesten maken, werden bepaalde dingen duidelijker voor me. Ook werd ik uitgedaagd om telkens een stapje verder te gaan, hierdoor kon ik in de laatste bijeenkomst een ander pad nemen.

De methode was voor mij van toegevoegde waarde, doordat hij was ontdaan van franje en uitvergroet. Op die manier kon je niet om je kwetsbaarheden heen. Aanvankelijk was ik sceptisch over de methode, later zag ik wat het allemaal opriep! Qua gevoelens heb ik vooral angst gevoeld. Ik merkte dat ik onzeker was over wat ik moest doen en voelde angst voor verandering. Tijdens het spel vond ik de begeleiders af en toe te uitdrukkelijk aanwezig, het is me niet duidelijk geworden wat hun doel was. Ook de huiswerkopdrachten vond ik van toegevoegde waarde. Het heeft me gedwongen om over zaken na te denken en verbanden te leggen. Ik vind van mezelf dat ik vooruitgegaan ben op het 'mezelf zichtbaar maken', vooral ook omdat ik uiteindelijk van mijn pad heb durven afwijken. Ik ben niet vooruitgegaan op 'mezelf hoorbaar maken' en op experimenteren met nieuw gedrag. Wel ben ik vooruitgegaan in het voelen en benoemen van mijn emoties. Ik voelde angst bij het alleen rond lopen in de ruimte, dit heb ik ook verteld bij de nabespreking. Daarnaast heb ik geleerd om oogcontact te maken met medespelers en ben ik de confrontatie aangegaan met medespelers. Zo heb ik Y. proberen uit te dagen om haar pad te behouden, door haar juist uit te dagen het tegenovergestelde te doen. Ik heb gemerkt dat ik motivatie had voor de methode, omdat ik iedere keer graag meedeelde.

*** Conclusie en koppeling naar de literatuur:**

T. is op bijna alle gebieden vooruitgegaan. Ze heeft zich zichtbaar gemaakt en heeft geëxperimenteerd met nieuw gedrag. Ze heeft duidelijk emoties kunnen toelaten binnen het spel en deze onderzocht. Gebieden waarop ze vooral veel groei heeft doorgemaakt zijn: het verwerven van inzicht in zichzelf met betrekking tot haar gedrag, cognities en emoties en het aan durven gaan van verandering. Wat opviel bij T. is een grote openheid naar nieuwe ervaringen en motivatie voor de (drama)therapie. Zaitsoff en Taylor (2009) geven aan dat er een directe link is tussen de fase van motivatie en het al dan niet slagen van de behandeling. Zij beschrijven een onderzoek waarin duidelijk wordt dat wanneer cliënten vóór aanvang van de therapie al begeleid zijn bij het vinden van (intrinsieke) motivatie voor verandering, dit een positief effect heeft op de vooruitgang binnen de therapie. Doordat T. gemotiveerd was voor de therapie, was haar openheid voor nieuwe ervaringen groot. Hierdoor heeft zij kunnen profiteren van het therapieaanbod en heeft ze een sterke groei doorgemaakt. T. is zich bewuster geworden van haar emoties. Ze leek zich steeds vrijer te voelen binnen de groep om haar emoties te uiten. Cliënten met een eetstoornis vinden het vaak moeilijk om hun emoties te tonen, omdat ze zich dan erg kwetsbaar voelen en hier kunnen ze niet goed mee omgaan. Jacobse (geciteerd in Dokter, 1995) geeft aan dat non-verbale werkvormen een appèl doen op expressie waarbij het hele lichaam gebruikt wordt. Waarschijnlijk hebben de non-verbale werkvormen uit de 'Levenslijn' methode, T. geholpen om meer in contact te komen met haar emoties. Binnen de sessies heeft ze namelijk geleerd om deze emoties op een verbale én non-verbale manier te uiten.

B: ingestroomd in vierde sessie. Laatste drie sessies aanwezig geweest.

- Emotionele weerbaarheid aan start van het onderzoek: 2 (op schaal van 1 tot 10).

- Emotionele weerbaarheid aan einde van het onderzoek: 2

Nog erg weinig vooruitgang met betrekking tot emotionele weerbaarheid. Als therapeut heb ik wel wat duidelijkheid gekregen. Het helpt mij als therapeut mijn interventies beter af te stemmen. Ik zal bv. Mijn observaties en ideeën wil ik bespreken met cliënt.

*** Evaluatie van B. :**

Ik heb vooral geëxperimenteerd met nieuw gedrag, omdat die opdracht gegeven werd en ik die goed wilde voldoen. Voor mijn gevoel heb ik niets nieuws geleerd. Ik ben maar drie keer aanwezig geweest en de sessie hebben bevestigd wat ik al wist. Het werken met gedragsexperimenten was vooral bevestigend en soms ook grappig en saai. Ik voelde me soms wel onzeker, omdat ik niet precies wist wat er van me verwacht werd. Het gaf mij voldoening om van anderen te horen dat ze me sociaal en spontaan vonden. Ook voelde ik me wel met momenten rustig, omdat er duidelijk gezegd was dat er geen goed of fout was in het uitvoeren van de opdrachten. Voor mij waren de huiswerkopdrachten niet van toegevoegde waarde, maar ik kan me goed voorstellen dat dit voor de andere kandidaten wel geldt. Het kan mensen bewuster maken. Ik vind dat ik wel vooruitgegaan ben in het experimenteren met nieuw gedrag. Zo heb ik een sessie 'asociaal' gedrag laten zien en met niemand rekening gehouden. Uiteindelijk vond ik dit wel lastig en voelde ik me schuldig naar de rest van de groep.

Ook ben ik vooruit gegaan in het benoemen en uiten van mijn emoties. Zo heb ik bijvoorbeeld aangegeven dat ik de therapie saai vond, dat is iets wat ik normaal niet snel zou doen. Ik had geen moeite met het aangaan van contact, hier ben ik dus ook niet echt in vooruitgegaan. Ik heb wel vooruitgang gemerkt bij het voelen en volgen van mijn impulsen. Als ik moe was, trok ik me bijvoorbeeld terug in mijn huisje.

*** Conclusie en koppeling naar de literatuur:**

In alle drie de sessies valt op dat B. moeite heeft met het toelaten van emoties. Hij lijkt afstand te nemen van zijn emoties. We zijn daar wegens tijdgebrek (hij heeft maar in drie sessie geparticipeerd) niet dieper op in kunnen gaan. Wanneer wij echter naar B. uitspraken wat we zagen in het spel (angst voor confrontatie), gaf hij aan dat hij dit niet als angstig ervoer. Het lijkt erop dat B. het moeilijk vindt om zijn emoties te tonen, uit angst dat anderen hem zouden kunnen afwijzen als hij dit zou doen (Meyer e.a., 2010). Zoals eerder genoemd hebben cliënten met een eetstoornis veel moeite met het uiten van negatieve emoties. Het lijkt erop dat B. daarnaast negatieve oordelen heeft over het uiten van emoties naar anderen. Gedachten die kunnen bestaan: 'emotioneel worden, is een teken van zwakte' (Meyer e.a., 2010). Dat B. negatieve oordelen zou kunnen hebben over het uiten van emoties, blijkt ook uit andere observaties. Wanneer er in het spel een confrontatie plaatsvond tussen twee deelnemers, kwam B. iedere keer tussen beide en loste de situatie op. Hij vermeed daarmee conflicten en de negatieve emoties die daarbij horen. Volgens Meyer is het belangrijk om negatieve gedachten over het uiten van emoties te onderzoeken en uit te dagen. Dit zou een eerste stap zijn naar het accepteren van emoties en het aanleren van adaptieve emotieregulatie strategieën. Indien ik verder had kunnen werken met B., was ik met hem aan de slag gegaan met het onderzoeken van zijn gedachten over het voelen en uiten van emoties. B. is op weinig punten vooruitgegaan in de drie sessies waarin hij heeft geparticipeerd. Deze geringe vooruitgang zou ook te wijten kunnen zijn aan het feit dat zijn fase van motivatie (contemplatie) voor de therapie, niet geheel aansloot bij de fase van motivatie waar de sessies eigenlijk om vroegen (preparatiefase en actiefase) (Spaans & Bloks, 1999). De fasen van motivatie zijn beschreven in bijlage 9.

7.5 Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel

In deze paragraaf beschrijf ik mijn nieuwe werkmodel. Ik zal in dit nieuwe werkmodel ingaan op de volgende aspecten: doelstellingen, groepssamenstelling, duur, creatief therapeutische werkwijze, therapeutische attitude, belangrijkste werkvormen en de belangrijkste keuzen/interventies.

Doelstellingen

Het uiteindelijke doel van het werken met werkvormen uit de 'Levenslijn' methode, was het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis. Dit is een erg groot doel gebleken. We hebben zes sessies gewerkt met de werkvormen uit de methode. Uit die zes weken is gebleken dat een groot gedeelte van de tijd, gemiddeld vier sessies, nodig is voor de bewustwording van gedrag, gedachten en emoties die in verband staan met de emotionele weerbaarheid.

Doelen die uiteindelijk bereikt kunnen worden binnen zes sessies en uiteindelijk zorgen voor het groeien van de emotionele weerbaarheid:

- In contact komen met spelimpulsen door appèl te doen op het non-verbale aspect van communicatie.
- Exploreren met het kunnen handelen naar die impulsen
- Het herkennen van eigen fysieke en emotionele grenzen
- Eigen fysieke en emotionele grenzen durven verleggen
- Het herkennen, erkennen en aan kunnen geven van eigen behoeften.
- Bewustwording van eigen probleemgebieden en deze gebieden kunnen benoemen.
- Cliënten worden zich bewust van de emoties die op dat moment spelen.
- Cliënten leren deze emoties benoemen.

Groepssamenstelling

Ik heb tijdens het uitvoeren van mijn nieuwe werkmodel gewerkt met een zeer wisselende groep. De leeftijd van de deelnemers varieerde sterk en er zijn regelmatig nieuwe deelnemers later ingestroomd of eerder gestopt met de behandeling. De cliënten die alle vijf de sessies én de vier introductiesessies aanwezig waren, hebben het meest geprofiteerd van het therapieaanbod. Zij zijn ook het meest gegroeid in hun emotionele weerbaarheid. Het gaat dan om drie van de vijf cliënten.

Duur

Het ontwikkelen van mijn nieuwe werkmodel in de praktijk heeft zes weken in beslag genomen. Tijdens de vier introductiesessies (voorafgaand aan die zes weken) heb ik echter al werkvormen, technieken en thema's ingebracht om de cliënten voor te bereiden op de sessies. Ook hier was het beter geweest om langer te kunnen werken aan de werkvormen uit de 'Levenslijn' methode. Het zou aan te bevelen zijn om 10 sessies te werken met de werkvormen.

Creatief therapeutische werkwijze

Tijdens mijn stage heb ik achtereenvolgens gebruik gemaakt van de re-educatieve werkwijze en de supportieve werkwijze (Smeijsters, 2008). Doelen uit mijn nieuwe werkmodel die aansluiten bij de re-educatieve werkwijze:

- Uiten en reguleren van emoties → dit gebeurde voornamelijk in de nabespreking en cliënten werden gestimuleerd om deze emoties ook op papier te uiten bij het beantwoorden van de reflectievragen.
- Grenzen leren trekken → Hieraan werd gewerkt bij het verdedigen van het eigen pad en bij het aangaan van de confrontatie met de ander.
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld → Cliënten werden in de werkvormen gestimuleerd om hun gedachten die ze over zichzelf hadden te checken bij medespelers. Bijvoorbeeld: een cliënt had het idee dat ze niks goed deed en dat ze 'stom' overkwam. Wij stimuleerden haar om te vragen aan medespelers: 'Hoe vind jij dat ik overkom?' & 'wat vond jij van mijn deelname?' Op deze manier werd hun zelfbeeld niet alleen gebaseerd op hun eigen (negatieve) reflecties, maar ook op de reflecties van de groep. Bovendien werden cliënten zich bewust van hun negatieve gedachten over zichzelf. Ze leerden binnen de werkvormen om deze gedachten uit te dagen.

Smeijsters (2008): 'De supportieve creatieve therapie biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen'. Doelen die ook binnen de werkvormen van de 'Levenslijn' naar voren kwamen:

- Versterken van de bestaande afweer → dit was het uiteindelijke doel van dit onderzoek.
- Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens → Door hen te stimuleren confrontaties aan te gaan, werden ze als het ware in een nieuwe ervaring ondergedompeld. Door vervolgens bij die ervaring stil te staan, werden (nieuwe) gedachten en gevoelens geëxploreerd.

Therapeutische attitude

Christine van Kempen (persoonlijke communicatie, 15 april 2012) beschrijft verschillende rollen van de spelbegeleider bij de 'Levenslijn' methode: structurerend, stimulerend, confronterend, ondersteunend, afwachtend, observerend. Ik heb zelf voornamelijk een structurerende, confronterende en observerende rol gehad tijdens de uitvoering van dit onderzoek. Alle zes de sessies zijn opgebouwd middels een vast structuur. Deze structuur zorgde er tijdens de sessies voor dat cliënten wisten waar ze aan toe waren en dat de verschillende fasen in een sessie duidelijk van elkaar gescheiden waren. Ik heb een confronterende rol aangenomen op het moment dat ik vanaf de zijlijn cliënten probeerde uit te dagen om de confrontatie met elkaar aan te gaan. Ook was ik confronterend vanaf het moment dat ik zelf het spel inging. Door middel van mijn (dienstbaar) tegenspel heb ik cliënten geconfronteerd met gedrag dat voor hen moeilijk was om mee om te gaan. Naast deze rollen, heb ik ook de rol van observator aangenomen. Tot slot is het nog belangrijk om te vermelden dat mijn therapeutische houding is veranderd van een ondersteunende en afwachtende attitude naar een meer directieve houding. Met een ondersteunende en open attitude hoopten wij hen te stimuleren tot het zelf nadenken over hun gedrag, gedachten en gevoelens. Tijdens het uitvoeren van de methode merkten we echter dat het voor de deelnemers erg moeilijk was om zelf te komen met (gedrags-)initiatieven en om te komen tot verandering. Op het moment dat we ons hier bewust van werden, hebben wij als therapeut meer de touwtjes in handen genomen en hebben wij besloten welke richting we op zouden gaan binnen de therapie.

De sessies: belangrijkste werkvormen en technieken & interventies

Ik zal hier de zes sessies beschrijven. Daarbij zal ik de belangrijkste werkvormen en technieken & interventies benoemen. In paragraaf 7.1 zijn de werkvormen die een appèl deden op het vergroten van de emotionele weerbaarheid al uitgebreid beschreven. Daarom zal ik hier minder lang ingaan op de werkvorm en de argumentatie voor het gebruik van deze werkvorm.

De sessies worden beschreven in chronologische volgorde.

Sessie één

Doel: kennismaking met de methode 'Levenslijn' en het creëren van een eigen huis.

Werkvormen: creëren van een eigen huis en reflectievragen.

Sessieverloop: In de eerste sessie lag de nadruk vooral op een kennismaking met de methode. We hebben ervoor gekozen om de uitleg kort en krachtig te houden. Naar onze mening zorg je op deze manier voor zo min mogelijk verwarring en tegelijkertijd schep je op deze manier niet meteen specifieke verwachtingen. De ene cliënt kan zich bijvoorbeeld bewust worden van haar gedachte- en gedragspatroon en de andere cliënt leert misschien weer een speelse kant van zichzelf kennen die zorgt meer intrinsieke motivatie tot verandering. Marijke en ik merkten dat deze groep het moeilijk vindt om te komen tot verandering in gedrag en houding. De motivatie tot werken aan de eetstoornis is nog erg ambivalent. Hierdoor is het voor cliënten moeilijk om voor zichzelf enkele therapiedoelen op te stellen en binnen dramatherapie concreet hiermee aan de slag te gaan. Door de eerste sessie vrij open te laten en de cliënten de ruimte te geven te handelen naar hun eigen behoeften, geven we hen de ruimte om iets van zichzelf te laten zien en zich bewust te worden van hun eigen gedachten- en gedragspatronen. Voordat er verandering plaats kan vinden, is er eerst bewustwording van het huidige gedrags- en gedachtepatroon nodig. Deze (actuele) gedachten en gevoelens, bepalen het gedrag en dit bepaald uiteindelijk weer de emoties die ervaren worden. Ik vond het belangrijk dat er in de eerste sessie genoeg tijd werd ingeruimd voor het creëren van een eigen plekje/huisje. Bij de nabespreking van de eerste sessie kiezen we ervoor om de vragen heel open te houden, omdat we de cliënten willen uitdagen om zélf na te denken over hun ervaringen en hen zelf te stimuleren om bijvoorbeeld een link te laten leggen tussen hun (spel)ervaring en hun gedragingen, gedachten en gevoelens in het dagelijks leven.

Sessie twee

Doel: het eigen maken van het huis en het creëren van een eigen pad

Werkvormen: Het pad, het huis en reflectievragen

Sessieverloop: De focus van deze sessie heeft gelegen op het eigen maken met het huis en op het ontwikkelen van een eigen pad in de ruimte. We benadrukken nogmaals dat het niet gaat om het kwalificeren van gedrag en gedachten als 'goed of fout', maar om het ontdekken van de eigen innerlijke wereld van gedachten en gevoelens. We vinden het belangrijk om genoeg aandacht te besteden aan het creëren en ervaren van een eigen plekje. Zoals eerder vermeld: Cliënten met een eetstoornis ervaren vaak weinig veiligheid en controle in hun leven. Hun eetstoornis zorgt voor een gevoel van veiligheid en controle. Door het creëren van een eigen huis, proberen we cliënten te laten ervaren hoe het is om die veiligheid en controle zelf te creëren, zonder daarbij destructief (zoals het vasthouden aan een eetstoornis) voor zichzelf te zijn. Ik ben van mening dat de ervaring van het maken en thuis voelen in een eigen huis kan zorgen voor een nieuwe ervaring en nieuwe gedachten & emoties. Dit kan vervolgens weer de aanleiding zijn om in het dagelijks leven ook vaker voor zichzelf te kiezen en letterlijk en figuurlijk ruimte voor zichzelf te creëren. Voordat cliënten hun pad hebben gemaakt, hebben ze eerst de kans gekregen om de ruimte te verkennen. Door de ruimte op een objectieve manier te ontdekken (door te voelen, ruiken, bekijken), maken we het voor de groep veiliger om daarna (op eigen initiatief) het huisje te verlaten om zonder verdere aanwijzingen een route te creëren die helemaal van hen zelf is. We proberen zo weinig mogelijk aanwijzingen te geven, zodat het authentieke gedrag van een persoon naar voren komt. Cliënten met een eetstoornis zijn vaak perfectionistisch ingesteld en willen daardoor graag oefeningen goed uit voeren, met andere woorden: er is vaak sociaal wenselijk gedrag waarneembaar. Door opdrachten zo open mogelijk te laten, willen we ervoor zorgen zoveel mogelijk sociaal wenselijk gedrag te elimineren en zoveel mogelijk te zien en te weten te komen over de kern van de persoon. We kiezen er iedere keer voor om momenten van actie en rust af te wisselen. Deze groep vindt het namelijk moeilijk om stil te staan bij het 'nu', er komen dan allerlei piekergedachten naar voren. Veel cliënten ervaren dan verdriet of angst en willen vooral het voelen van deze emoties vermijden. Door in de actie te gaan en afleiding te zoeken, hoeven ze niet te voelen en stil te staan bij dat wat er echt toe doet. Bij het maken van het pad geven we een aantal tips en voorwaarden, maar proberen we de oefening verder ook zo vrij mogelijk te houden. We vinden het belangrijk om cliënten op een veilige manier kennis te laten maken met een mindere vorm van controle, zodat ze kunnen ervaren dat minder controle niet altijd betekent dat je je 'evenwicht' verliest.

Sessie drie

Doelen: Exploreren met het kunnen handelen naar impulsen, Het herkennen van eigen fysieke en emotionele grenzen, Eigen fysieke en emotionele grenzen durven verleggen

Werkvormen: Het pad, het huis, het gedragsexperiment en reflectievragen.

Sessieverloop: We hebben de afgelopen twee sessies gemerkt dat cliënten het moeilijk vinden om hun huisje te verlaten om hun route te gaan lopen. Het lopen van de route roept weerstand op. Die weerstand wordt bij iedere cliënt door iets anders veroorzaakt. Kortom: er is weinig experimenteerzin en veel angst en irritatie bij het lopen van de route. Marijke en ik kiezen ervoor deze sessie in twee fasen in te delen. In de eerste fase van de sessie laten we de oefening heel open en coachen we cliënten om de route te gaan lopen, op het moment waarop zij daar klaar voor zijn. Door een mindfulness oefening te doen wanneer de cliënten in het huisje zitten, proberen we de cliënten bewust te maken van hun lichaamssensaties, gedachten en impulsen. Vervolgens geven we hen de keuzevrijheid om hier wel of niet iets mee te doen. We nodigen hen uit tot handelen, maar verplichten niet. In het tweede deel van de sessie zullen we meer gaan aansturen. Omdat we uit voorgaande sessies weten dat angstgevoelens en -gedachten hen tegenhouden om tot handelen te komen, gaan we hen nu op een directieve manier coachen om te komen tot een klein en concreet gedragsexperiment. We kiezen hiervoor, omdat we het belangrijk vinden om cliënten een succeservaring mee te geven. Uit zichzelf zullen ze niet snel tot gedragsverandering (en daardoor tot gevoelsverandering) komen, ze worden tegengehouden door de angst fouten te maken of een negatieve beoordeling te krijgen van anderen. Door hen op een speelse manier te stimuleren tot het experimenteren met nieuw gedrag, zorgen we ervoor dat ze op een veilige manier tot verandering komen maar wel een succeservaring opdoen. Bij deze sessie is het dus van belang dat de veiligheid gewaarborgd wordt. Om de veiligheid te bewerkstelligen maken we daarom gebruik van persoonlijke coaching: aanspreken op kwaliteiten, bevestigen wat we zien en complimenten geven, creativiteit bekrachtigen en stimuleren etc. Ook in deze sessie zorgen we weer voor een afwisseling tussen actie en rust. Tijdens de rustmomenten proberen we de groep bewust te maken van hun gedachten en gevoelens, zonder dat ze daarover een oordeel hebben.

Sessie vier

Doelen: *Exploreren met het kunnen handelen naar impulsen, Het herkennen van eigen fysieke en emotionele grenzen, Eigen fysieke en emotionele grenzen durven verleggen*

Werkvormen: *Het pad, het huis, het gedragsexperiment en reflectievragen*

Sessieverloop: De vorige sessie hebben we gewerkt rondom het formuleren en aangaan van een concrete uitdaging, met andere woorden: het aangaan van een gedragsexperiment. We merkten dat het voor de één makkelijker was om een uitdaging voor zichzelf te bedenken en voor een ander was de oefening wat te hoog gegrepen. Omdat we het belangrijk vinden dat cliënten zich bewust worden van het gedachten, gedrag en gevoelens, kiezen we er in de vierde sessie voor om de focus te leggen op het stilstaan bij deze elementen en we leggen de focus opnieuw op het aangaan van een gedragsexperiment en het leren omgaan met verandering.

De doelen die we daarbij stellen zijn:

- Opzoeken van contactmomenten en bewustwording van wat dit teweegbrengt (in denken, voelen, handelen)
- Herkennen en verwoorden van mogelijke uitdagingen. Geformuleerd in een concrete handeling.
- Vormgeven aan uitdaging in concreet handelen.

We beginnen de sessie (zoals we dat ook de afgelopen weken hebben gedaan) met een mindfulness oefening in het huisje. We willen de cliënten even stil laten staan bij het hier en nu. Zoals al vaker beschreven is, hebben cliënten met een eetstoornis moeite met 'stilstaan'. Nadat iedereen tot rust gekomen is, nodigen we hen uit om hun pad weer opnieuw te gaan lopen. We vinden het belangrijk dat cliënten zich kunnen verbinden met hun pad. Cliënten vinden het in het dagelijks leven moeilijk om zich te binden aan personen of dingen, uit angst om gekwetst te worden, te falen of veroordeeld te worden. Het pad staat symbool voor hun eigen leven en de obstakels die ze daarin tegen kunnen komen. De vorige sessie merkten we dat cliënten het moeilijk vonden om zich vast te houden aan het pad. De angst voor de confrontatie met de ander was nog groot. Er waren weinig contactmomenten zichtbaar en de confrontatie met de ander werd vermeden. In deze sessie wilden we de confrontatie met de ander weer uitlokken en weer aan de slag gaan met een gedragsexperiment. We hebben er bewust voor gekozen om dit gedragsexperiment door henzelf te laten bedenken. We vinden het namelijk belangrijk dat cliënten hun eigen keuzes leren maken en zich bewust worden van de situaties die ze vermijden. We zijn van mening dat de motivatie zal groeien, als we de cliënt autonome keuzes laten maken. Hierdoor groeit hun zelfbewustzijn en willen we hen stimuleren om zichzelf uit te dagen. Ook in deze sessie hebben we weer gezorgd voor een afwisseling tussen actie en rust.

Sessie vijf en zes

Doelen: Exploreren met het kunnen handelen naar impulsen, Het herkennen van eigen fysieke en emotionele grenzen, Eigen fysieke en emotionele grenzen durven verleggen

Werkvormen: Het pad, het huis & het gedragsexperiment, huiswerkopdrachten en reflectievragen.

Sessieverloop: Tijdens de vierde sessie hebben we gemerkt dat de methode zoals die nu is, niet bij iedereen even goed aansluit. Het valt op dat de oudere cliënten (tussen de 45 en 60) gemotiveerder zijn en veel lijken te halen uit de methode. De jongere cliënten gaven in de nabespreking van de vierde sessie aan dat ze het moeilijk vonden om een uitdaging voor zichzelf te formuleren. Ze hebben het gevoel dat er geen uitdagingen zijn in deze methode en dat ze er minder voor zichzelf uit kunnen halen. We kiezen er daarom voor om het spanningsniveau wat op te schroeven. Onze visie: Hoe meer spanning → hoe maar weerstand → hoe meer informatie. We kiezen ervoor om voor aanvang van de sessie nog eens duidelijk te maken dat de methode centraal staat voor het dagelijks leven. We benadrukken daarbij dat de confrontatie met de ander, symbool kan staan voor iets anders in je dagelijks leven. Misschien staat de confrontatie wel symbool voor een eetbui of voor bepaald verdriet dat je niet wil voelen. Marijke en ik kiezen ervoor in sessie vijf en zes zelf het spel in te gaan. Deze improvisatie zal plaatsvinden tijdens het lopen van het pad. De afgelopen weken hebben we cliënten vooral vanaf de kant gecoacht om hun eigen gedragsexperiment in praktijk te brengen. Vanaf nu gaan we zelf meedoen en zullen wij meer sturend aanwezig zijn. Marijke en ik hebben gekeken naar ieders individuele leerdoelen en hebben gebrainstormd over wat iedereen individueel nodig zou kunnen hebben in het spel en waar voor iedereen een uitdaging ligt. Het is van belang om de route vast te houden, terwijl je uitgedaagd wordt om van je pad af te stappen. In het dagelijks leven zijn deze cliënten geneigd om zich aan te passen aan anderen of om spannende situaties te vermijden. Het pad in dit spel zorgt voor houvast. Het staat symbool voor het vasthouden aan je eigen visie, het ondergaan van moeilijke situaties en toch door kunnen lopen zonder van je eigen mening of doel af te wijken. In het spel zal Marijke meer de 'tegen' rol gaan spelen vandaag en meer gaan provoceren en uitdagen, om cliënten te stimuleren om tot verandering te komen en om te kunnen experimenteren met nieuw gedrag. Ik zal meer de 'samen' rol gaan spelen en de mensen meer uitnodigen en verleiden tot spel. We kiezen voor deze rolverdeling, omdat we het belangrijk vinden dat het spel veilig genoeg is. Zodra we meer gaan improviseren, zal het angstniveau stijgen. In mijn rol kan ik ervoor zorgen dat cliënten het gevoel hebben dat ze op mij terug kunnen vallen en dat er iemand voor hen klaar staat. Technieken die we gebruiken hebben binnen de improvisatie: Jabbertalk, Verschillende manieren van lopen, Hoge en lage status laten zien in lichaamshouding, zacht/hard geluid maken, een team vormen met een pt(e), provoceren met gedrag: door de routes heen gaan lopen, veel lawaai maken, stil blijven staan en iemand aankijken of bekijken etc.

7.6 Vergelijking van het nieuwe werkmodel met het oude werkmodel

Om mijn nieuwe en oude werkmodel met elkaar te kunnen vergelijken, is het van belang om een duidelijk beeld te hebben van beide modellen. Vandaar dat ik mijn oude werkmodel heb samengevat en dit heb toegevoegd in bijlage zes. De leidraad van beide modellen is het klinisch redeneerproces van Smeijsters (2008): doelstellingen, methoden, evaluatie (Smeijsters, 2008). Het is belangrijk om te vermelden dat mijn oude en nieuwe werkmodellen erg van elkaar verschillen. Tijdens mijn stage heb ik gewerkt met meerdere dramatherapeutische methoden, terwijl ik nu één, relatief nieuwe, methode onderzocht heb. De dramatherapeutische methoden zijn daarnaast heel verschillend in opzet en doel. In de tabel zal ik de overeenkomsten en verschillen duidelijk maken tussen mijn oude en nieuwe werkmodel.

	Oude werkmodel	Nieuwe werkmodel
Doelstellingen	Belangrijkste doelen: • Het vergroten van zelfvertrouwen. • Leren om zowel positieve als negatieve, emoties te uiten. • Contact maken met de eigen emoties (Noordenbos, 2007). Dit zijn vooral grote doelen die niet concreet vertaald zijn naar speldoelen.	Belangrijkste doelen: • In contact komen met spelimpulsen door appèl te doen op het non-verbale aspect van communicatie. • Leren handelen naar die impulsen. • Het herkennen en verleggen van eigen fysieke en emotionele grenzen. • Bewustwording van eigen probleemgebieden en deze gebieden kunnen benoemen.
Groep en duur	Aantal deelnemers: 8 Duur behandeling: 3 maanden (max. 12 sessies), waarbij verschillende dramatherapeutische methoden aan bod komen.	Aantal deelnemers: 5 Duur behandeling: 6 sessies, waarbij één dramatherapeutische methode centraal staat.
Creatief therapeutische werkwijze	Ik heb de werkwijzen niet bewust vooraf gekozen. Na reflectie kwam ik uit bij de volgende werkwijzen: • 'De Re-educatieve therapie richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen' (Smeijsters, 2008). • 'De supportieve creatieve therapie biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen' (Smeijsters, 2008).	• De re-educatieve werkwijze: - Uiten en reguleren van emoties. - Grenzen leren trekken. - Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld. • Supportieve werkwijze: - Verstevenigen van de bestaande afweer. - Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens.
Therapeutische attitude	- Steunend - Confronterend - Empathisch	- Structurerend - Confronterend - Observerend: als onderzoeker. - Directief: meer aansturend en bepalend dan in oude werkmodel.
Methode en uitgangspunten	• Developmental Transformations 'Developmental Transformations (DvT) is een vorm van drama psychotherapie die gebaseerd is op een opvatting van het proces en de dynamiek van het vrije spel. (Bossche, 2006) • Psychodrama Binnen psychodrama wordt de subjectieve waarheid van de protagonist door middel van spontane gedramatiseerde improvisaties geëxploreerd.	• Levenslijn Methode Zuyd: de therapeutische attitude staat centraal met als doel o.a. werken aan creatieve authenticiteit. • Levenslijn methode aangepast aan doelgroep: vergroten van emotionele weerbaarheid. • Developmental Transformations: open improvisatie.
Werkvormen en technieken	• Developmental Transformations - Improvisatie: non-verbaal spel, dienstbaar tegenspel van therapeut, improviseren rondom thema's, transformatie, empathie, embodiment • Psychodrama - rollenspelen: rolwissel, stand-in, dubbelen	• Levenslijn - Creëren huis - Creëren en herhalen pad - Aangaan confrontatie met medespelers - Gedragsexperimenten - Reflectievragen en huiswerkopdrachten

Conclusie

Het grootste verschil in de doelen die ik heb gesteld in mijn oude en nieuwe werkmodel, is het gegeven dat de doelen in mijn nieuwe werkmodel concreter zijn vertaald naar speldoelen. In mijn oude werkmodel was ik geneigd om de doelen erg groot te maken, hierdoor was het echter moeilijker om te meten of een cliënt vooruitgang had geboekt m.b.t. een bepaald doel. De groepssamenstelling en duur van de therapie was zeer verschillend als beide werkmodellen met elkaar vergeleken worden. Tijdens mijn stage heb ik langer de tijd gehad om met één methode te werken en was er daarnaast de mogelijkheid om met meerdere methodes na elkaar te werken. Gedurende dit onderzoek heb ik maar de tijd gehad om met één methode te werken. Ook was de cliëntengroep tijdens mijn stage redelijk stabiel, terwijl de cliëntengroep tijdens mijn onderzoek nogal wisselend was. Dit geeft ook een vertekend beeld bij het verklaren en interpreteren van de resultaten. Bij het vergelijken van beide modellen, is er een redelijk groot verschil waar te nemen in mijn therapeutische attitude. Tijdens mijn stage was ik meer volgend en ondersteunend in mijn houding, in mijn nieuwe werkmodel ben ik echter bewust directiever en meer sturend geweest. Dit verschil is onder andere te verklaren door de samenstelling van de groepsleden. De deelnemers aan dit onderzoek bevonden zich in een andere (eerdere) motivatiefase en vroegen daardoor (onbewust) om meer sturing. Tot slot is er natuurlijk een duidelijk verschil in aangeboden methode(n) en werkvormen tussen mijn oude en nieuwe werkmodel. In mijn oude werkmodel benoem ik de methodes: 'Psychodrama' en 'Developmental Transformations'. De methode psychodrama komt niet terug in mijn nieuwe werkmodel. Wel komen er elementen en werkvormen van de methode Developmental Transformations terug in mijn nieuwe werkmodel. Hieruit kan geconcludeerd worden dat vrije improvisatie van toegevoegde waarde is binnen de dramatherapeutische behandeling van cliënten met een eetstoornis.

7.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Gedurende dit onderzoek heb ik verschillende keren gemerkt dat het interessant en van toegevoegde waarde zou zijn om verschillende elementen van dit onderzoek verder te onderzoeken. Bij het samenstellen van mijn eigen observatielijst, kwam ik erachter dat de bestaande observatielijst niet voldeden aan de eisen van een observatielijst. Vaak werden er 'vage termen' genoemd, die moeilijk te observeren waren. Een voorbeeld van een observatie-item van Dokter (1995): 'het hoofd en lichaam zijn gescheiden'. Het zou interessant zijn om verder onderzoek te doen naar de eisen van een observatielijst binnen dramatherapie. Ook zou het van toegevoegde waarde kunnen zijn om een observatielijst te ontwikkelen (middels onderzoek) die specifiek gericht is op dramatherapie én op cliënten met een eetstoornis. Daarnaast zou het interessant kunnen zijn om vervolgonderzoek te doen naar de 'Levenslijn' methode. Ik heb maar zes sessies met deze methode kunnen werken. Daarom zou het aan te bevelen zijn om de werkvormen van deze methode gedurende tien sessies aan te bieden aan cliënten met een eetstoornis. Aangezien ik de eerste ben die deze methode gebruikt en 'vertaald' heeft naar de doelgroep 'cliënten met een eetstoornis', zou het van belang zijn om te onderzoeken hoe deze methode aangeboden zou kunnen worden aan andere doelgroepen en wat de effecten daarvan zouden kunnen zijn. Door mijn onderzoek is er meer interesse en vraag ontstaan naar de 'Levenslijn' methode van Christine van Kempen. Er is mij gevraagd om samen met Christine van Kempen de 'Levenslijn' methode uit te werken, zodat deze gegeven kan worden in de vorm van een Post-HBO cursus aan alumni studenten. Tijdens dit onderzoek heeft er helaas minder overleg tussen plaatsgevonden met Christine van Kempen als waarop ik gehoopt had. Dit zou zeker een aanbeveling zijn voor de toekomst: meer overlegmomenten met de direct betrokkenen.

Tot slot zou het van toegevoegde waarde kunnen zijn om te onderzoeken of het werken met de 'Levenslijn' methode in een specifieke fase van motivatie (voor therapie) een ander resultaat zou opleveren dan nu het geval is. De werkvormen uit de methode zijn nu aangeboden aan een heterogene groep cliënten. Dat wil zeggen: cliënten die zich in verschillende motivationele fasen bevinden in de therapie. De fasen van motivatie zijn terug te vinden in bijlage 9. Een cliënt die zich tijdens dit onderzoek in de precontemplatiefase bevond, ondervond namelijk minder vooruitgang met betrekking tot de emotionele weerbaarheid dan een cliënt die zich in de actiefase bevond. Dit impliceert dat motivationele fase voor therapie een beslissende factor is in het al dan niet vooruitgaan op het gebied van emotionele weerbaarheid. Het zou daarom interessant zijn om de 'levenslijn' methode toe te passen bij een groep cliënten die zich allemaal in de preparatiefase en/of actiefase bevinden. De resultaten uit dit onderzoek kunnen vervolgens vergeleken worden met de resultaten uit mijn onderzoek. Tevens zou uit dit vervolgonderzoek kunnen blijken of het voor de vorderingen binnen de therapie van belang is dat cliënten zich in dezelfde motivationele fase bevinden of juist niet.

Hoofdstuk 8: Samenvatting

“The fear of an unknown never resolves, because the unknown expands infinitely outward, leaving you to cling pitifully to any small shelter of the known: a cracker has twelve calories; the skin, when cut, bleeds.” (Kettlewell, 2012).

Deze quote maakt duidelijk dat cliënten met een eetstoornis een grote angst kennen voor het onbekende. Tijdens mijn stage werd ik me ervan bewust dat angst ten grondslag ligt aan de onderliggende problemen van deze cliëntengroep. Vanwege de grote angst voor controleverlies over hun emoties, vinden cliënten het namelijk moeilijk om hun emoties te voelen, te reguleren en te uiten. Met andere woorden: hun emotionele weerbaarheid is gering. Gedurende mijn stage heb ik gezocht naar een dramatherapeutische methode die een appèl zou doen op de diep weggestopte emoties van deze cliënten. Helaas ben ik hier toen niet aan toegekomen. Het probleem van het niet kunnen omgaan met negatieve emoties en een geringe emotieregulatie bij deze cliëntengroep, liet mij echter niet los. Bij het brainstormen over geschikte methoden, kwam de ‘Levenslijn’ methode iedere keer terug in mijn gedachten. Deze methode leek mij uitermate geschikt voor het bereiken van mijn doel: het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis. Het enige probleem op dat moment, was het feit dat deze methode niet beschreven was voor de specifieke doelgroep ‘cliënten met een eetstoornis’. Ik was echter van mening dat ik de werkvormen uit de ‘Levenslijn’ methode kon herschrijven en aanpassen aan de doelgroep. De keuze voor een kwalitatief actiegericht onderzoek was toen snel gemaakt.

Mijn vraagstelling luidde als volgt:

‘Op welke manier kunnen werkvormen en technieken uit de dramatherapeutische methode ‘Levenslijn’, bijdragen aan het vergroten van de emotionele weerbaarheid van cliënten met een eetstoornis?’

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden, heb ik een viertal subvragen opgesteld. Het antwoord op deze subvragen én het werken met de ‘Levenslijn’ methode in de praktijk, hebben er uiteindelijk voor gezorgd dat ik mijn vraagstelling heb kunnen beantwoorden.

Om te komen tot een antwoord op mijn subvragen, heb ik me verdiept in de literatuur die geschreven is over emotionele weerbaarheid bij cliënten met een eetstoornis. Ik ben begonnen met het onderzoeken met wat er precies wordt verstaan onder emotionele weerbaarheid en in hoeverre die emotionele weerbaarheid ontwikkeld is bij cliënten met een eetstoornis. Middels participerende observatie tijdens de dramatherapie sessies, heb ik onderzocht hoe de emotionele weerbaarheid zich in concreet gedrag uit bij deze cliëntengroep. Aan de hand van het literatuuronderzoek en mijn observaties, ben ik begonnen met het in de praktijk uitvoeren van werkvormen uit de ‘Levenslijn’ methode. Ik heb daarbij onderzocht welke elementen en werkvormen binnen de ‘Levenslijn methode’ een appèl doen op een toename van de emotionele weerbaarheid. Uit dit actiegerichte onderzoek bleek dat er enkele belangrijke elementen uit de ‘Levenslijn’ methode een appèl hebben gedaan op de emotionele weerbaarheid. Zo bleek dat de werkvormen een groot appèl deden op het exploreren met loslaten van de controle, het bewuster maken van gedragsimpulsen, het kunnen toelaten en benoemen van emoties, inzicht krijgen in gedrag- en denkpatronen en het kunnen experimenteren met nieuw gedrag. Bewustwording van gedrag- en denkpatronen en gedragsimpulsen, werd vooral duidelijk bij het lopen van het eigen ‘pad’ tijdens de sessies. Dit was een pure werkvorm waarbij cliënten direct geconfronteerd werden met hun eigen (vermijdings)gedrag. Doordat ze zich hiervan bewust werden, hebben ze middels gedragsexperimenten het loslaten van de controle kunnen exploreren en kunnen experimenteren met nieuw/ander gedrag. Doordat de werkvormen een direct fysieke en emotionele reactie opriepen, werden cliënten zich bewuster van de emoties die ten grondslag liggen aan hun gedrag. Door middel van mindfulnessoefeningen, reflectievragen, huiswerkopdrachten en een gezamenlijke nabespreking, werden cliënten continue gestimuleerd om zich bewust te worden van hun emoties en hier woorden aan te geven. Het werken met werkvormen uit de ‘Levenslijn’ methode heeft ervoor gezorgd dat cliënten zich bewuster werden van hun gedrag, cognities en emoties. Deze bewustwording is een voorwaarde geweest om te komen tot gedragsverandering en daarmee tot een grotere emotionele weerbaarheid.

Cliënten hebben de ‘lijn’ tussen de methode en hun eigen leven kunnen zien en daarmee hopelijk een ‘lijn’ gelegd naar een leven dat niet geleid wordt door angst, maar door hoop, vertrouwen en kracht.

Literatuurlijst

- Arendsen, H. M. (2004). *Psychodrama en transactionele analyse: Inzicht door (trans)actie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bruijn, C., & NVKT, beroepsvereniging van creatief therapeuten. (1996). *Symbolen in de creatieve therapie*. Utrecht: NVKT, beroepsvereniging van creatief therapeuten.
- Dokter, D. (1995). *Arts therapies and clients with eating disorders: Edited by Ditty Dokter*. London: Jessica Kingsley.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Jones, P. (2005). *Drama as therapy: Theatre as living*. London: Routledge.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Noordenbos, G. (2007). *Gids voor herstel van eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Spaans & Bloks, J. A. (1999). *Behandelingsstrategieën bij anorexia nervosa*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2002). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Artikelen

- Blank, S., & Latzer, Y. (August 01, 2004). The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: an integrative approach to etiology and treatment?. *Sage Family Studies Abstracts*, 26, 3.)
- Bloks, H., Spinhoven, P., Callewaert, I., Willemse-Koning, C., & Turksma, A. (November 01, 2001). Changes in coping styles and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 6, 397-415.
- Bollen, E., & Wojciechowski, F. L. (March 18, 2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 2, 117-121.
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Sanchez-Guerrero, E., & Martinez-De-Salazar-Arboleas, A. (July 01, 2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25, 7, 617-626.
- Corstorphine, E. (January 01, 2006). Cognitive-Emotional-Behavioural Therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 6, 448-461.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (January 01, 2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 1, 91-97.

Fox, J. R., & Froom, K. (January 01, 2009). Eating disorders: a basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 4.)

Fox, J. R. E., Fox, J. R. E., & Froom, K. (July 01, 2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 4, 328-335.

Fox, J. R. E., & Power, M. J. (November 27, 2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 4, 240-267.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (January 01, 2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 1, 29-42.

Frisch, M., Franko, D., & Herzog, D. (January 01, 2006). Arts-Based Therapies in the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 14, 2, 131-142.

Meyer, C., Leung, N., Barry, L., & De, F. D. (March 01, 2010). Emotion and eating psychopathology: Links with attitudes toward emotional expression among young women. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 2, 187-189.

Spaans, J., & Bloks, H. (January 01, 1999). Motivering voor behandeling bij anorexia nervosa. *Directieve Therapie*, 19, 4, 139-147.

Zaitsoff, S. L., & Taylor, A. (May 01, 2009). Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 3, 227-233.

Websites

Bossche, D. (2006). Basisprincipes van Developmental Transformations
Persoonsontwikkeling in Developmental Transformations vanuit Fenomenologisch Dialectisch
Perspectief. Geraadpleegd op <http://www.developmentaltransformations.nl/>

Hougee, T. (2011). Developmental Transformations. Geraadpleegd op
http://worldofdramatherapie.nl/content_developmentaltransformations.htm

Kettlewell, C. (2012) [Quotes about Anorexia]. Geraadpleegd op
http://www.goodreads.com/quotes/show_tag?id=anorexia

[Walk The Line]. (z.j.) Geraadpleegd op
<http://www.lyricsondemand.com/j/johnnycashlyrics/iwalkthelinelyrics.html>

Bijlagen

- Bijlage één: Samenvatting 'Levenslijn' methode – geschreven door Christine van Kempen.
- Bijlage twee: Observatielijst
- Bijlage drie: Interview Maartje Zeldenrust
- Bijlage vier: Cliënteninformatiebrief en toestemmingsformulier
- Bijlage vijf: Eindevaluatie cliënten – Vragenlijst
- Bijlage zes: Oude werkmodel
- Bijlage zeven: Voorbeeld resultatenbeschrijving alle sessies. Cliënt T.
- Bijlage acht: Foto's van de gecreëerde huizen
- Bijlage negen: Fasen van motivatie

- **Bijlage één: Samenvatting methode 'Levenslijn'.**

Uitgangspunten van de methode:

De methode levenslijn is gebaseerd op vier belangrijke theatermakers uit de 20^{ste}- eeuw. Bertolt Brecht (1898 – 1956), Konstantin Stanislavski (1863 – 1938), Jerzy Grotowski (1933-1999), Antonin Artaud (1896 – 1948).

Brecht werkte met zijn acteurs vanuit de distantie, de acteur speelde vanuit posities en belangen in het spel. Hij identificeerde zich niet met zijn rol. Emoties ontstonden vanuit de ratio, vanuit dat wat de acteur vond en voelde tijdens het spel.

Het handelen en het denken stond centraal, daaruit ontstond het gevoel.

Hij ontwikkelde in zijn theaterstukken en leerstukken het “ *Verfremdungseffekt*”.

Deze effecten zijn later vertaald naar werkvormen en technieken die gebruikt worden binnen drama.

Stanislavski voegde nieuwe systemen in het theaterspel, hierdoor ontstond een nieuwe vorm van acteren. De acteur kwam tijdens het spel tot echte emoties. Hij putte uit het 'emotioneel geheugen', herinneringen uit zijn eigen gevoelsleven werden opgeroepen. Hij werkte vanuit empathie. De inleving in het spel stond centraal.

Daarnaast ontwikkelde hij de ‘*magic iff* ‘; daarin moest de acteur handelen alsof het echt was, hij moest oprecht spel laten zien.

Grotowsky streefde ernaar dat de acteur, meest non-verbaal, zich helemaal kon geven op een intieme manier. In de techniek ‘*via negatieva*’ trainde de speler zijn eigen ineffectieve aandeel in het spel onder ogen te zien. Hij analyseerde waarom iets niet lukte in het uiten van zijn lichaamstaal en stem.

Artaud richtte zijn spel op het verminderen van de rationele controle. De speler moest zijn spel vanuit het onderbewuste laten ontstaan. De acteur gaf ook hier uitdrukking aan zijn emoties door middel van zijn lichaam, op zoek naar oerdrang, oerkreet (*Theater der Wreedheid*).

De uitgangspunten van deze vier theatermakers komen samen in de ‘methode levenslijn’.

Deze zijn binnen de methode vertaald naar dramatische werkvormen en technieken.

De methode is ontwikkeld voor studenten dramatherapie en eventueel danstherapie op Zuyd Hogeschool en kan ook ingezet worden voor alumni.

Hij is ontwikkeld door Christine van Kempen, docent aan Zuyd.

De therapeutische attitude staat centraal met als doel werken aan creatieve authenticiteit en probleemoplossend vermogen.

Non-verbale, lichaamsgerichte en intrinsieke werkvormen en technieken staan centraal; er wordt gewerkt vanuit de impuls en de intuïtie.

Centraal staat verder de positieve benadering ‘Alles kan, alles mag’.

De methode ‘levenslijn’.

De methode ‘levenslijn’ omvat de overkoepelende werkvorm ‘levenspad’.

Het pad wordt tijdens de werkvorm in alle bijeenkomsten bewandeld en is onderverdeeld in 4 fasen die elkaar opvolgen. Tijdens deze fasen worden 4 werkvormen gebruikt die in elkaar overlopen. Er worden verschillende technieken ingezet gebaseerd op de uitgangspunten van genoemde bovenstaande theatermakers.

Fasen van de methode:

Fase 1. Structurele fase: bieden van veiligheid en structuur . Opkomen van eigen belang.

Werkvorm: ‘het parcours’.

Fase 2. Ontdekkingsfase: aangaan van kracht en doorbreken van vaste patronen.

Werkvorm: ‘het obstakel’.

Fase 3. Explosieve fase: aangaan van creatief probleemoplossend vermogen.

Werkvorm: 'het domein'.

Fase 4. Vormgevingsfase: komen tot eigen authentieke vormgeving.

Resultaat: 'het product'.

In de verschillende fasen worden technieken aangeboden die het doel van de werkvorm 'levenspad' mogelijk maken.

In de verschillende fasen wordt gewerkt aan het ontwikkelen van een therapeutisch attitude.

Fase 1. Gericht op distantie.

- zoeken van veiligheid en rust.
- handelen vanuit het hier en nu.
- vertrouwen op jezelf.
- coachen van jezelf.
- omgaan met distantie.

Fase 2. Gericht op belichaming en distantie.

- aangaan van het conflict.
- opzoeken van grenzen.
- open stellen.
- contact aangaan.
- interactie aangaan.
- volgen van de intuïtie.
- zoeken van veiligheid en rust.
- handelen vanuit het hier en nu.
- nieuwsgierig zijn.
- coachen van jezelf.

Fase 3. Gericht op empathie.

- verleggen van grenzen.
- geduldig zijn.
- behulpzaam zijn.
- openstellen voor de creativiteit van de ander.
- vertrouwen op jezelf en de ander.
- in contact zijn.
- nieuwsgierigheid en durf.
- onbevooroordeeld zijn.
- coachen van jezelf en de ander.
- contact en interactie met jezelf en de omgeving.
- zoeken naar veiligheid en rust.

Fase 4. Gericht op vormgeving.

- afstand nemen van de impuls en komen tot authentieke vormgeving.
- vormgeven van de intuïtie.
- herhalen en (h)erkennen van nieuwe patronen.
- communiceren met derden (het publiek).

Werkvormen en technieken in de verschillende fasen.

In fase 1 zijn de technieken en de spelbegeleiding gebaseerd op het reageren vanuit belangen in het spel en reageren vanuit de distantie (Brecht).

Fase 1. Gericht op distantie.

- zoeken en creëren van een veilig huis.
- experimenteren met de looproute en vastleggen van een eigen pad, weg.
- maken van oogcontact.

Werkvorm : Het parcours.

In fase 2 zijn de technieken gebaseerd op vervreemdingstechnieken van Brecht en wordt er in het spel gereageerd vanuit de impuls (Grotowski).

Fase 2. Gericht op belichaming.

- obstakels plaatsen op het parcours en vastleggen op papier.
- obstakels leren te lopen zonder inleving.
- herhalen van technieken fase 1.
- invoegen van versnellen, vertragen, tableau.
- route in andere richting lopen (andersom).
- achteruit lopen.

Werkvorm: Het obstakel.

In fase 3 wordt gebruik gemaakt van vervreemdingstechnieken (Brecht) en wordt er in het spel gereageerd vanuit de inleving (empathie) en de impuls (Stanislavski).

Fase 3. Gericht op empathie.

- herhaling van de technieken fasen 1 en 2.
- invoegen van hoog midden en laag.
- imiteren van andermans gedrag.
- rollen en kruipen.
- invoegen van geluid, woord of korte tekst.

Werkvorm: Het domein.

In fase 4 ligt de nadruk op herhalen en vormgeven.

Fase 4. Gericht op vormgeven.

- herhalen van bovenstaande technieken en spelervaring.
- komen tot vastgelegde improvisatie.
- reproducen.
- vormgeven.

Het product.

Voor het starten van elke fase worden, indien nodig, verschillende warming-ups aangeboden, gericht op de inhoud van de fase.

Rol van de spelbegeleider.

- structurerend.
- stimulerend.
- confronterend.
- ondersteunend.
- afwachtend.
- observerend.

Tussendoor vindt er sharing plaats. De methode is ervaringsgericht.

Te Bereiken doelen.

De bereikte doelen zijn verschillend per speler.
Ze zijn terug te vertalen naar de therapeutische attitude.

Hulpmiddelen en materialen.

- gebruik van opname (video, film).
- praktikabels.
- (eventueel) bijhouden van een logboek.

Vertaling naar het werkveld.

De methode kan voor verschillende doelgroepen vertaald worden met aanpassing van de werkvormen. Fase 1 en 2 zal het meest geschikt zijn; obstakels worden dan bijvoorbeeld letterlijk vertaald naar momenten in het leven en realistisch weergegeven, vertaald naar trauma, gedrag en reflectie.

De vertaling van de methode zal een cognitiever karakter krijgen en sharing is daarbij noodzakelijk. Ook zal er meer duiding naar problematiek plaatsvinden.

MCvKempen, april 2012.

Bijlage twee: Observatielijst

Observatie-element	1	2	3	4	5	n.v. t.
Spelvlak						
1. Maakt zich zichtbaar op het spelvlak (E) -Verlaat spontaan het huis. - Zoekt het midden van de ruimte op.						
2. Maakt zich hoorbaar op het spelvlak (E) - Maakt geluid.						
Emoties						
3. Kan emoties benoemen tijdens en/of na het spel (bv. angst, boosheid, verdriet blijdschap etc.) (K, L)						
4. Kan binnen het spel emoties uiten d.m.v. het gebruik van het lichaam (M)						
5. Kan binnen het spel emoties uiten d.m.v. stemgebruik						
6. Kan binnen het spel emoties uiten d.m.v. mimiek						
Gebruik van lichaam						
7. Kan kracht leggen in beweging/gebaren - geringe spankracht versus hoge spankracht.						
8. Kan binnen het spel variëren in het gebruik van het lichaam als expressiemiddel. - rigiditeit versus bewegingsvrijheid.						
Contact						
9. Maakt oogcontact met medespelers (D, E)						
10. Geeft binnen het spel eigen grens aan door: (C, D, E) - weerstand kunnen bieden aan confrontatie. - eigen weg kunnen verdedigen en blijven bewandelen.						
11. Gaat spontaan confrontatie aan met mede-pten (C, D, E, F) - totale vermijding van contact versus confrontatie.						
12. Gaat op verzoek confrontatie aan met mede-pten (C, D, E, F) - totale vermijding van contact versus confrontatie.						
Eigen behoeften						
13. Brengt spontaan nieuwe spelinbreng in (A,B,F,I, J). - durft te experimenteren met nieuw gedrag.						
14. Keert spontaan terug naar 'huis', ingegeven door eigen behoefte (G,H).						
15. Geeft (bij nabespreking) aan eigen behoefte te hebben gevoeld (G, H).						
16. Kan deze behoefte duidelijk benoemen (G, H) .						
17. Geeft aan gehandeld te hebben naar deze behoefte (H).						

1 = - - niet.
2 = - een beetje
3 = +/- nogal.

4 = + tamelijk veel
5 = + + veel

Bijlage drie: Interview Maartje Zeldenrust

Aanleiding voor dit interview:

Ik wil graag van andere dramatherapeuten horen hoe zij met deze doelgroep werken. Ik ben benieuwd naar wat zij de probleemgebieden vinden van deze doelgroep en hoe men binnen drama werkt aan deze probleemgebieden. Dit is nog een heel breed interview, een inventarisatie van methodes (en eventueel werkvormen) die gebruikt worden in het werken met deze doelgroep.

Interview:

1. Welke algemene manier van werken hanteert u bij het werken met deze doelgroep? (bijvoorbeeld: intakegesprek, samen/zelf leerdoelen opstellen, werken vanuit bepaalde methode of heel open, werken in groepen/individueel etc.)

Algemeen is tot voor kort dat dramatherapie bij bepaalde basisprogramma's zat en dat vanuit een aantal keren algemeen werken er vanzelf doelen ontstonden die dan omschreven worden in een behandelplan, bij elke evaluatie bekeken worden.

Bij ernstige vormen van anorexia nervosa is dramatherapie niet geïndiceerd en moet eerst gewerkt worden aan normaliseren van het eetpatroon en dus aan gewichtherstel.

Binnen dramatherapie wordt handelend gewerkt, dwz met verschillende spelmethoden, waarin een voor-en nabespreking slechts ondersteunend zijn. Dramatherapie kan zowel gericht zijn op het aanleren van vaardigheden als meer op het bewerken van de achterliggende problemen van de eetproblematiek.

Dramatherapie kan zich zowel richten op de realiteit als op fantasie. Zo zijn er distantietechnieken (werken met tableaux, terzijdes, stops, personificatie van deelaspecten) en symbolische projecties mogelijk wanneer de realiteit te beladen is. Er wordt altijd gewerkt aan betrokkenheid in de spelerspositie (psychodrama, rollenspel, creatief spel) en het spel biedt een beschermende functie aangezien het "maar spel" is en ten alle tijde stop te zetten en te beschouwen. Naast de spelersfunctie is de rol van toeschouwer en observator geschikt om te oefenen met niet aanvallende kritiek, evaluatie van doelen en het onderzoeken van alternatieven in plaats van standaard oplossingen.

2. Wat zijn volgens u de kern probleemgebieden van cliënten met een eetstoornis?

Perfectionisme, controle-behoefte, extreem hoge eisen gecombineerd met veel angst bij anorexia nervosa. Bij heftige emoties en gebrek aan impuls-controle. Bij Binge-eating Disorder de enorme schaamte voor het lichaam en sociaal isolement en zelfopoffering, ten gevolg van gepest zijn en slechte ervaringen zoals agressie.

Alle delen deze enorme schaamte en walging van het lichaam, een laag en negatief zelfbeeld en verstoord negatief lichaamsbeeld.

Mensen met Anorexia Nervosa moeten vaak oefenen met het minderen van de perfectie, het laten gaan van zichzelf, verminderen van controle, zowel op zichzelf als op anderen, en het leren communiceren. Ze moeten leren spelen, beginnen de therapie vaak met een star gedrags- en bewegingspatroon. Er is angst om zich te laten gaan en ongemerkt minder aangepast en lief te gaan reageren. Wanneer rigiditeit en angst echt overheersen is dramatherapie niet geïndiceerd.

Bij mensen met Boulimia Nervosa gaat het vaak over het juist controle krijgen over de eigen acties. Het gedrag is vaak onverwacht heftig en onvoorspelbaar voor de omgeving. Deze mensen zijn vaak bang in een spel te exploderen of de realiteit te verliezen en de tegenspeler iets aan te doen. Ontlading binnen drama geeft dan vaak de ruimte om het in de realiteit anders te gaan doen.

In beide gevallen richt drama zich op het uitbreiden van het rolrepertoire en vervolgens het uitdiepen van de nieuwe rollen.

3. Op welke manier werkt u aan deze probleemgebieden binnen dramatherapie? Worden er bijvoorbeeld samen met de cliënt doelen opgesteld en wordt een methode gekozen die daarbij aansluit etc.

Tot voor kort waren er aparte dramagroepen in het basisprogramma, sinds kort is drama in module vorm en kan gekozen worden in combinatie met schematherapie, behandeling van interpersoonlijke

problematiek en in combinatie met lichaamsgerichte aanpak van het zeer negatieve zelfbeeld en lichaamsbeeld.

4. Welke kenmerken moet een dramatherapeutische methode hebben, wil deze aansluiten bij de probleemgebieden van de doelgroep?

Mensen met een eetstoornis willen begrijpen waarom een methode werkt dus doelgericht, niet alleen maar spelen zonder dat ze weten waaraan gewerkt wordt. De methode moet zowel speels losmakend zijn als inzicht bieden.

5. Welke methodes gebruikt u voornamelijk?

Psychodrama technieken, experiëntiële methodes uit de schematherapie van Young, lichaamsgerichte technieken, Voice Dialogue, symbooldrama(K.I.P), Boal, Elementen van Helmert Woudenberg.

6. Waar ligt de focus op, op inzicht krijgen in patronen/keuzes/emoties of meer op vormgeven/uiten?

Focus ligt op inzicht krijgen in patronen en doorbreken van deze patronen, belang van generaliseren wordt benadrukt, dus veel werken met huiswerkopdrachten adhv inzicht uit dramatherapie.

Dramatherapie is zeer geschikt in een cognitief gedragstherapeutisch kader aangezien het gedrag centraal staat. Er wordt gekeken welke factoren ertoe bijdragen dat gedrag eerder in stand is gebleven. Een verbaal verslag is niet altijd volledig en ik durf te veronderstellen dat een rollenspel betrouwbaarder informatie oplevert. Het oefenen van de gewenste richting en nieuw gedrag sluit nauw aan bij het uitdagen van constructieve gedachtes. De aandacht voor innerlijke processen, oog voor motieven en intenties kan vooral binnen groepen behaald worden.

Dramatherapie is in eerste instantie geschikt voor een klimaat waarin zelfreflectie en inzicht mogelijk zijn en kunnen leiden tot de opbouw van een positief zelfbeeld. Dramatherapie is met name een groepstherapie en is in veel mindere mate geschikt voor een individuele therapie. Een aantal individuele sessies ter ondersteuning van het groepsklimaat kan af en toe zeer zinvol zijn. Dramatherapie is vaak confronterend en werkt explorerend. Het is dus een minder geëigend medium in een toedekkende, steunende therapie.

Dramatherapie kan zowel klinisch als in deeltijd als poliklinisch worden gegeven, in het laatste geval liefst in combinatie met een verbale therapie.

7. Wat zijn volgens u belangrijke elementen in de therapeutische attitude van de dramatherapeut, bij het werken met deze specifieke doelgroep?

Confrontatie en losmaken vanuit een volledig accepteren en veiligheid waarborgen.

Aandacht voor het lichaam en de angst en andere gevoelens die zichtbaarheid op kan roepen.

Echt kunnen doorleven en doorploegen van persoonlijke pijnlijke thema's.

8. Wat is, naar uw idee, het effect van de inzet van het dramatherapeutisch werken?

Balans in voelen en denken, handelen en inzicht hebben. Een dieper niveau van doorleven en inzicht bereiken dan mogelijk is wanneer alleen cognitief verbaal gewerkt wordt.

integratie van drie socialisatie niveaus, door de aandacht wisselend te leggen op de rol van acteur, regisseur en observator/publiek

Het werken op drie niveau's is essentieel:

Cognitief niveau: Al "spelend" maakt men een (zelf) analyse van het eigen gedrag en belevingen in een sociaal contact. Drama richt zich op het herkennen van conditionering en vastgeroeste patronen. Drama leent zich voor het letterlijk buiten zichzelf plaatsen dus minder ik eigen maken van de eetstoornis, door middel van personificatie of spelmethodes als het psychodrama. Inzicht krijgen in eigen gedrag en gevoelens is het begin van verandering. De mogelijkheid dat een schema-conceptualisatie na een drama-sessie wordt gemaakt werkt geweldig.

Emotioneel niveau: Doel is de ontdekking van eigen gevoelens en wensen t.o.v. anderen. Er wordt een klimaat gecreëerd waarin het spel veilig is, omdat het in de realiteit geen directe gevolgen hoeft te hebben, m.a.w. er is een emotioneel laboratorium. Tijdens het werken aan een eetstoornis komen er,

voor de cliënt vaak onverwacht heftige, gevoelens los die zowel uit het heden als het verleden kunnen komen. Dramatherapie beoogt een uitlaatklep te zijn voor deze gevoelens en biedt mogelijkheden om oud zeer te kunnen verwerken. Vaak betekent dat omgaan met thema's als agressie, woede/boosheid, kritiek, ervaren en aangeven van grenzen, van slachtoffer naar zelf bepalen, om leren gaan met conflicten, uiten van eigen wensen en maken van echt contact.

Gedrag- en interactie niveau: Doel is de realisering van wensen en gevoelens. Drama richt zich op het handelingsaspect, dus de vraag: Wat nu? Wat zou jij doen? Wat wil je doen in vrijheid, wat wil je nu echt? De observaties van groepsgenoten, rolwisseling, rol omkering en het moeten inleven in andermans spel leveren een toets van de realiteit op. De tegenspelers geven tijdens het spel feedback waardoor goed gevoeld wordt wat de gevolgen zijn van eigen gedrag. Dramatherapie werkt vanuit de gedachte dat niet de ander veranderbaar is, maar wel jijzelf en daarmee het contact. Wanneer de beladenheid van spelinhouden vermindert kan dramatherapie zich richten op oefenen in de praktijk en dus het generaliseren naar andere gebieden. Door het uiten van onderdrukte gevoelens op emotioneel niveau komt er ruimte voor andere gevoelens en gezonde impulsen zoals het nemen van initiatieven, lef, een actieve houding en de wens tot constructieve oplossingen.

Binnen dramatherapie wordt handelend gewerkt, dwz met verschillende spelmethoden, waarin een voor-en nabespreking slechts ondersteunend zijn. Dramatherapie kan zowel gericht zijn op het aanleren van vaardigheden als meer op het bewerken van de achterliggende problemen van de eetproblematiek.

Dramatherapie kan zich zowel richten op de realiteit als op fantasie. Zo zijn er distantietechnieken (werken met tableaux, terzijdes, stops, personificatie van deelaspecten) en symbolische projecties mogelijk wanneer de realiteit te beladen is. Er wordt altijd gewerkt aan betrokkenheid in de spelerspositie (psychodrama, rollenspel, creatief spel) en het spel biedt een beschermende functie aangezien het "maar spel" is en ten alle tijde stop te zetten en te beschouwen. Naast de spelersfunctie is de rol van toeschouwer en observator geschikt om te oefenen met niet aanvallende kritiek, evaluatie van doelen en het onderzoeken van alternatieven in plaats van standaard oplossingen.

Bijlage vier: Cliënteninformatiebrief en toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

Behorende bij het onderzoek:

Dramatherapeutisch Methode onderzoek naar de 'Levenspad Methode'. Met als doel: Het weerbaarder maken van cliënten die lijden aan een eetstoornis.

Door dit toestemmingsformulier te tekenen verklaar ik het volgende:

- Ik ben goed geïnformeerd over de uitvoering en doelen van dit onderzoek. Ik ben zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd door onderzoekster (Tessa Menning) en behandelend dramatherapeute (Marijke van Dongen).
- Ik heb de informatie goed begrepen.
- Ik heb begrepen dat ik door de onderzoeker op tijd op de hoogte wordt gesteld als er nieuwe informatie beschikbaar komt die van belang is.
- Ik geef toestemming dat mijn gegevens uit dit onderzoek anoniem worden opgeslagen.
- Ik geef toestemming voor het anoniem gebruiken van mijn beschreven ervaringen en feedback m.b.t. dit onderzoek.
- Ik ben ervan op de hoogte dat ik tijdens de dramatherapiesessies geobserveerd zal worden en dat deze gegevens anoniem verwerkt zullen worden t.b.v. het onderzoek.
- Mijn gegevens worden behandeld volgens de Wet op de Bescherming van Persoonsgegevens.
- Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek en ik kan te allen tijde verdere deelname weigeren of mij terugtrekken, zonder dat dit gevolgen heeft voor mijn verdere behandeling.
- Mij is meegedeeld dat betrokken personen allen een geheimhoudingsplicht hebben ten aanzien van mijn persoonlijke (medische) gegevens. Ik geef aan bedoelde personen (Tessa Menning en Marijke van Dongen) toestemming tot inzage in mijn medisch dossier.
- Ik heb goed nota genomen van alle andere punten uit de patiënteninformatiebrief.

Uitsluitend in te vullen door de patiënt:

Naam patiënt	Handtekening	Datum en plaats
.....		

Als onderzoeker van dit onderzoek verklaar ik dat ik bovengenoemde deelnemer heb uitgelegd wat deelname inhoudt en dat ik borg sta voor de privacy van zijn / haar gegevens.

Uitsluitend in te vullen door de onderzoeker:

Naam onderzoeker	Handtekening	onderzoeksnummer	Datum en plaats
.....			

Patiënteninformatiebrief behorende bij het onderzoek: Dramatherapeutisch Methode onderzoek naar de 'Levenspad Methode'.

Wat houdt deelname aan dit onderzoek in:

- * Deelname van minimaal 6 en maximaal 7 weken aan de reguliere dramatherapiesessies op maandagmiddag van 14.00 -16.00 uur.
- * U wordt geobserveerd tijdens het uitvoeren van de methode 'Levenspad'. Gegevens uit deze observatie worden anoniem gebruikt bij het definitief vormgeven van de methode 'Levenspad' en bij het beschrijven van dit onderzoek.
- * Uw (mondelinge en schriftelijke) feedback en reflectie op de methode en dit onderzoek worden anoniem gebruikt bij het definitief vormgeven van de methode 'Levenspad' en bij het beschrijven van dit onderzoek.
- * U bent bereid om 2 keren een vragenlijst in te vullen over de effecten van de methode.
- * U bent bereid om regelmatig uw eigen reflecties en gedachten over de methode op papier te zetten, indien de onderzoekers (Marijke van Dongen en Tessa Menning) u daarom vragen.

Wat is het doel van dit onderzoek:

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een dramatherapeutische methode die zorgt voor een toename in (emotionele) weerbaarheid bij patiënten met een eetstoornis.

Beoogde doelen van de methode 'Levenspad':

- Patiënten leren hun eigen behoeften aanvoelen en hiernaar handelen.
- Patiënten leren hun eigen (fysieke en emotionele) grenzen aanvoelen en hiernaar handelen.
- Patiënten worden zich bewust van hun eigen probleemgebieden en leren deze aan te pakken binnen de therapiesessies die volgen.

Het doel van de methode zal voor iedere patiënt anders zijn. Het kan zijn dat er tijdens het onderzoek andere doelen van de methode naar voren komen.

Waar en wanneer vindt dit onderzoek plaats:

Op de volgende maandagen vindt dit onderzoek plaats:

- 19-03-12
- 26-03-12
- 02-04-12
- 16-04-12
- 23-04-12
- 07-05-12

Het uitvoeren van de methode vindt plaats in de **Squashzaal** in het MUMC.

Bijlage vijf: Evaluatieformulier deelnemers 'Levenslijn' methode

Evaluatieformulier Deelnemers 'Levenslijn' Methode

Naam:

Datum:

Inleverdatum: 11-05-2012

A. Vragen

1. Wat zijn momenten geweest die je hebben uitgenodigd tot nieuw gedrag? Wat heeft je daarbij geholpen? Noem er minimaal twee.

2. Is de methode voor jou van toegevoegde waarde geweest? Zo ja, waarom dan?

3. Hoe heb je het werken met gedragsexperimenten ervaren?

- Welke gedachten riep het bij je op?

- Welke gevoelens (verdriet, angst, boosheid, blijdschap etc.) riep het bij je op?

4. Wat zou je willen aanbevelen m.b.t. de methode? (Wat heb je bijvoorbeeld gemist aan begeleiding/uitdaging/communicatie)?

5. Hoe was het om met huiswerkopdrachten te werken? (was dit wel/niet van toegevoegde waarde? Heeft het je wel/niet bewuster gemaakt van je gedachte- en gedragspatronen?)

B. Voortgang aangeven: Bent u op onderstaande aspecten **vooruit** gegaan? Ja, nee of weet u het niet (?)? Geef, wanneer dit gevraagd wordt, één voorbeeld van één van de aspecten.

Spelvlak	Ja		Nee		?
1. Ik heb mezelf zichtbaar gemaakt op het spelvlak (bv: ik heb geëxperimenteerd met verschillende manieren van lopen, ik heb het midden opgezocht, ik heb het uit eigen initiatief huis verlaten etc.)					
2. Ik heb mezelf hoorbaar kunnen maken op het spelvlak (bv: ik heb geluiden/klanken gemaakt).					
3. Ik heb nieuwe dingen geprobeerd in het spel (bv: Ik heb geëxperimenteerd met nieuw gedrag/ik heb een andere rol aangenomen etc.)					
<u>Concreet voorbeeld:</u>					
Emoties					

Walk The Line

3a. Ik heb emoties kunnen voelen (tijdens of na het spel).					
3b. Ik heb mijn emoties kunnen benoemen (ook tijdens de nabespreking).					
3c. Ik heb mijn emoties kunnen tonen in het spel: in lichaam, stem en/of mimiek.					
<u>Concreet voorbeeld:</u>					
Gebruik van lichaam					
4a. Ik heb kracht kunnen voelen in mijn lichaam/bewegingen.					
4b. Ik heb die kracht kunnen gebruiken binnen het spel.					
4c. Ik heb mijn lichaam in het spel op een andere manier gebruikt dan ik normaal doe. (bv: ik heb verschillende manieren van lopen/bewegen/zitten uitgeprobeerd)					
<u>Concreet voorbeeld:</u>					
Contact					
9. Ik heb oogcontact gemaakt met medespelers/spelbegeleiders					
10. Ik ben in het spel de confrontatie aan gegaan met medespelers/spelbegeleiders (poging gedaan tot weerstand bieden aan confrontatie en/of eigen weg kunnen verdedigen en blijven bewandelen).					
<u>Concreet voorbeeld:</u>					
Eigen behoeften/impulsen					
11. Ik heb mijn impulsen gevoeld tijdens het spel (bv. ik merkte dat ik wilde vermijden/ik merkte dat ik mee wilde spelen/ik merkte dat ik moe was en uit wilde rusten etc.)					
12. Ik heb deze impulsen in het spel gevolgd.					
13. Ik heb motivatie voor deelname aan de 'Levenspad' methode.					
<u>Concreet voorbeeld:</u>					

Bijlage zes: Oude werkmodel

Oude werkmodel

Diagnose: Patiënten met de eetstoornis anorexia nervosa.

'Eetstoornissen betreffen in het algemeen stoornissen in het doen én denken rond eten' (Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen, 2006). Cliënten met een eetstoornis hebben veelal een verstoord lichaamsbeeld en een preoccupatie met eten en gewicht. In de DSM-IV wordt onderscheid gemaakt tussen drie typen eetstoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa en de 'eetstoornis niet anderszins omschreven' (NAO). Anorexia nervosa: Bij anorexia nervosa weigeren cliënten om het lichaamsgewicht op een gezond niveau te houden. Er zijn twee subtypen: het type dat niet purgeert (braken of misbruik van laxemiddelen) en het type dat wel purgeert (eetbuien en/of purgeren).

Indicatiestelling:

Problemen waarvoor dramatherapie geïndiceerd is, zoals vermeld staat in het 'Beroepsprofiel van de Dramatherapeut (1999)' (Smeijsters, 2008):

- Leerproblemen.
- Gedragsproblemen.
- Problemen op het gebied van de communicatie en de sociale interactie.
- Problemen op het gebied van het zelfvertrouwen en het zelfbeeld.
- Intrapsychische problemen.

Deze problemen zijn algemeen beschrijvend. Cliënten met een eetstoornis hebben vooral problemen op het gebied van zelfbeeld/zelfvertrouwen, met de communicatie en met intrapsychische problemen. Ik zelf zie de intrapsychische problemen vooral terug in de hardnekkigheid van anorectische gedachten en de oorzaak van die gedachten.

Contra-indicaties voor creatieve therapie

Cliënten met een eetstoornis hebben vaak een laag BMI. Een te laag BMI, onder de 14 is niet voldoende voor therapie. Vaktherapieën zijn vaak fysiek intensief en patiënten moeten fysiek fit genoeg zijn om mee te kunnen doen. Bovendien zorgt ondergewicht vaak voor concentratieproblemen, vergeetachtigheid, angst en affect vervlakking. (Verheij, 2011) Deze symptomen zorgen ervoor dat patiënten weinig mee krijgen van de therapie en de ervaring die ze op doen binnen dramatherapie (ervaringsgericht) zal daarom minder impact hebben.

Doelstellingen

Vanwege de combinatie van psychische en somatische symptomen is een multidimensionele aanpak aangewezen. Enkele algemene doelen van een behandeling zijn:

- * Het vergroten van het zelfvertrouwen en het weerbaarder worden tegen (kritische)opmerkingen van anderen.
- * Het eigen lichaam leren accepteren.
- * Leren om, zowel positieve als negatieve, emoties te uiten.
- * Contact leren leggen met de eigen emoties en gevoelens, waarbij het belangrijk is dat de cliënten niet meer hoeven te voldoen aan de verwachtingen van anderen.
- * Angst voor afwijzing en angst om te falen (in de ogen van anderen) verminderen. (Noordenbos, 2007).

Behandeldoelen die ik zelf heb nagestreefd:

- * Het vergroten van het zelfvertrouwen en het weerbaarder worden tegen (kritische) opmerkingen van anderen.
- * Leren om, zowel positieve als negatieve, emoties te uiten.
- * Contact leren leggen met de eigen emoties en gevoelens, waarbij het belangrijk is dat de cliënten niet meer hoeven te voldoen aan de verwachtingen van anderen.
- * Angst voor afwijzing en angst om te falen (in de ogen van anderen) verminderen. (Noordenbos, 2007).

Groep

Tijdens mijn stage heb ik gewerkt met groepen en met individuele patiënten. Beide manieren van werken hebben een winst- en verlieskant. Een groep is ideaal om sociale thema's te onderzoeken. Situaties kunnen nagespeeld worden en iedereen krijgt een rol in het geheel. Door te werken met rolwissels en stand-ins leren deelnemers een situatie vanuit verschillende perspectieven bekijken. Alle situaties die moeilijk zijn voor deze patiëntengroep kunnen als het ware 'geoefend' en geëxploreerd worden. Ook leert men feedback geven en ontvangen. Een nadeel van het werken in een groep is echter dat het moeilijker is om de 'diepte' in te gaan. Doordat er meer mensen zijn om rekening mee te houden en aandacht aan te geven, kan niet op elk probleem of op elke situatie dieper ingegaan worden. Dit is weer een voordeel van het individueel werken met patiënten. Op dat moment is er meer tijd en aandacht voor de problematiek van deze patiënt. Nadeel van het individueel werken, is dat de relatie therapeut-cliënt altijd minder gelijkwaardig is dan de relatie tussen groepsleden onderling. Ook zijn er enkele werkvormen en methoden die afvallen wanneer er individueel met patiënten gewerkt wordt.

Duur

In mijn stage heb ik de tijd kunnen nemen om patiënten beter te leren kennen en vanuit daar een behandeltraject in te gaan. Individueel heb ik maximaal 20 weken achter elkaar met een patiënte gewerkt. In de groep werkten we meestal maximaal 10 weken achter elkaar aan hetzelfde thema.

Opbouw

De opbouw van de therapie heeft voornamelijk samengehangen met de fase van motivatie. Ik ben uiteraard begonnen met een periode van kennismaking. Ik heb altijd in samenspraak met de patiënt afgesproken hoe lang we aan een bepaald doel en met een specifieke methode gingen werken. Ik liet de patiënt nadenken over het doel dat hij/zij had binnen de therapie en samen zochten we dan naar een methode die daarbij zou kunnen aansluiten.

Creatief therapeutische werkwijze

Tijdens mijn stage heb ik achtereenvolgens gebruik gemaakt van de re-educatieve werkwijze en de supportieve werkwijze.

‘De Re-educatieve therapie richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen’ (Smeijsters, 2008). Deze therapie kan aangeboden worden in trainingsgerichte werkvormen of juist door het behandelen van eventuele psychische conflicten. Zoals ik eerder al vermeld heb, ligt er aan een eetstoornis vaak een ander psychisch conflict ten grondslag. Enkele doelen van deze therapie, die ook passen bij de behandeldoelen voor mensen met eetstoornissen, zijn:

- Uiten en reguleren van emoties.
- Verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden.
- Grenzen leren trekken.
- Versterken van het zelfvertrouwen.
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld.

(Smeijsters, 2008).

De methode die hier het beste op aansloot, was psychodrama.

‘De supportieve creatieve therapie biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen’. Deze werkwijze kan toegepast worden nadat er binnen de re-educatieve werkwijze gewerkt is aan psychische conflicten. De werkwijze wordt geïndiceerd bij onder andere levensfasenproblematiek en psychosomatische problematiek. Enkele doelen die ook binnen de behandeling van eetstoornissen naar voren komen:

- Versterken van de bestaande afweer.
- Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens.
- Zelfactualisatie (mogelijkheden van jezelf ontwikkelen).

(Smeijsters, 2008) .

Deze werkwijze is vooral ingezet tegen het einde van de behandeling. Een behandeling op de afdeling psychiatrie, voor mensen met een eetstoornis, duurt over het algemeen ongeveer 3 maanden. De eerste tijd is er vooral gefocust op de motivatie van de patiënt en het loslaten van de controle, het durven volgen van impulsen. Vervolgens werd er gewerkt aan meer dieperliggende thema's en (innerlijke) conflicten. Hier sloot ook de methode psychodrama goed bij aan. Developmental Transformations sloot goed aan bij de doelen: exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens en mogelijkheden van/voor jezelf ontwikkelen.

Therapeutische attitude en therapeutische relatie

Enkele belangrijke aspecten/voorwaarden in de therapeutische attitude en therapeutische relatie:

- In de eerste fase van de behandeling, vooral steunend zijn en begrip tonen.
- Duidelijk maken dat er een verschil is tussen de eetstoornis en de persoon. De patiënt hierover ook kritische vragen durven stellen om hem/haar zelf dit inzicht te geven.
- Steunend en confronterend kunnen optreden als therapeut zijnde. Het is belangrijk om niet alleen mee te praten met de patiënt, maar om de patiënt de situatie ook vanuit andere perspectieven te leren bekijken. Met andere woorden: ‘Advocaat van de duivel spelen’, waarbij de patiënt wel in zijn waarde gelaten wordt.
- Het is niet de taak van een therapeut om alle moeilijke situaties voor/met een cliënt op te gaan lossen. Het is juist zijn/haar taak om samen met de cliënt op zoek te gaan naar manieren om met

spanning/angst/verdriet om te gaan. Deze emoties horen nu eenmaal bij het leven en zijn niet te vermijden, ook niet door alle aandacht alleen te focussen op het eetpatroon en alles daaromheen.

Methoden

Tijdens mijn stage heb ik gewerkt met behandelplannen. Het behandelplan heb ik iedere keer voor een aantal weken vooruit gemaakt. Zo heb ik uiteindelijk gewerkt rondom een aantal thema's/methoden: improvisatie, DVT, psychodrama en teksttoneel.

De grootste bijstelling is de switch van cognitieve werkvormen naar meer speelsere werkvormen geweest. De cognitieve werkvormen (psychodrama, 4 elementen van Woudenberg) bleken teveel een appèl te doen op het denken over gevoelens in plaats van het toelaten en ervaren van emoties.

De twee methoden die centraal hebben gestaan in iedere behandeling:

Developmental Transformations

Developmental Transformations is geschikt voor de behandeling voor mensen met stoornissen in de belichaming, in de ontmoeting en in het spel.

'Developmental Transformations (DvT) is een vorm van drama psychotherapie die gebaseerd is op een opvatting van het proces en de dynamiek van het vrije spel. De essentie van DvT is een belichaamde ontmoeting in het spel. De sessies bestaan volledig uit geïmproviseerde, dramatische interactie tussen de therapeut en de cliënt. De beste manier om het rolrepertoire uit te breiden of te veranderen, is door in contact te komen met de impulsen van het lichaam. (Bossche, 2006)

Psychodrama

Binnen psychodrama wordt de subjectieve waarheid van de protagonist door middel van spontane gedramatiseerde improvisaties geëxploreerd.

Centraal staat:

- inzicht verwerven
- herbeleven van oude trauma's en gebeurtenissen
- zoeken naar nieuwe opties en gedragsalternatieven

Middels psychodrama kan een cliënt zich bewust worden van zijn basispositie en kan hij ook ervaren welke gedachten en gevoelens hij/zij bij de ander oproept. Door gebruik te maken van rolwissels/stand-ins/dubbels, kan de cliënt ervaren wat de ander écht voelt of denkt. Zo kan hij zijn eigen schema's aan den lijve ondervinden, wordt hij/zij zich er bewuster van en kan hij/zij zijn schema's bijstellen.

Evaluatie

Tijdens mijn stage heb ik gebruik gemaakt van drie vormen van evaluatie, namelijk:

- Door middel van evaluatie met de patiënt: iedere sessie werd achteraf geëvalueerd. Centraal daarbij stond: hoe heb je de sessie ervaren, wat was moeilijk voor je, waar heb je plezier aan beleefd, wat neem je mee voor de volgende keer. Ook de manier van werken werd besproken en er werd in overleg bepaald waar de volgende bijeenkomst de nadruk op werd gelegd.

- Sessieverslag en evaluatie: Ik schreef iedere week een sessievoorbereiding. In dit logboek schreef ik ook de evaluatie van iedere sessie. Daarin beschreef ik welke technieken en interventies ik had toegepast, waarom ik daarvoor heb gekozen en wat de reactie van de cliënt hierop was. Naar aanleiding van deze evaluatie, begon ik de week erna aan een nieuwe sessievoorbereiding.

- Overleg met Marijke van Dongen: Ik heb wekelijks overleg gehad met Marijke van Dongen. Hier bespraken we de voorbereiding, de voortgang en mijn therapeutische attitude.

Ik heb geen gebruik gemaakt van een voor- of nameting m.b.t. de doelen. Ik heb wel aan het einde van het behandeltraject een overkoepelende evaluatie gehouden.

Bijlage 7: Voorbeeld resultaat beschrijving alle sessies. Cliënt T.

- + = vooruitgegaan
- .. = niet vooruit gegaan, ook niet achteruit gegaan
- = achteruit gegaan
- +/- = geringe vooruitgang

T:

* **Spelvlak: (+)** Blijft het moeilijk vinden om zichzelf hoorbaar en zichtbaar te maken. Wordt in de 5^e sessie uitgedaagd om samen geluid te maken, gaat hier echter niet op in. Geeft in de 4^e sessie aan dat ze wel zou willen oefenen met zichzelf hoorbaar en zichtbaar maken om dan vervolgens haar (negatieve) gedachten te toetsen bij de andere groepsleden. Gaat hier echter niet mee verder in de 5^e sessie. Gaat in de 5^e sessie wel minder terug naar haar huisje. Loopt vooral langs de randen en loopt redelijk snel haar route. Zoekt in route geregeld het midden van de ruimte op. Loopt met een open houding haar route. Blijft zichzelf wel blootstellen aan het hoorbaar en zichtbaar zijn en daarom is T. hier zeker op vooruit gegaan. In de laatste sessie wijkt ze van haar pad af en experimenteert dan duidelijk met nieuw gedrag. Marijke van Dongen heeft ook aan dat ze T. zichtbaar heeft zien experimenteren. Ook is ze meer confrontaties aangegaan. Ze zoekt momentjes op waarin ze meer zichtbaar wordt, verlaat aan het einde bijvoorbeeld haar eigen vaste route.

* **Expressie: (+)** Er is variatie waar te nemen in gezichtsexpressie gedurende sessies. Kan goed aangeven hoe ze de oefening ervaren heeft. Merkt dat ze, door te praten over de oefening, toch meer ervaren en gevoeld heeft dan ze in eerste instantie dacht. Geeft aan dat ze zich erg prettig voelt in huis en met de route die ze gemaakt heeft.

T. geeft in sessie 4 en 5 aan dat ze in eerste instantie goed mee doet met de oefening, maar zich op een gegeven moment niet meer prettig voelt en zich dan het liefst terug trekt. Geeft meerdere keren aan dat de situatie voelde als 'uitvergroot'. Geeft aan bang te zijn om overdreven of raar over te komen. T: 'Ik merkte dat ik moeilijk van het pad af te brengen ben. Ik merk dit ook in het dagelijks leven. Ik ben erg zwart-wit ingesteld, en vind het moeilijk iets spontaans te doen'. T. vindt het moeilijk om zich binnen het spel te uiten. In het spel is ze geneigd zich vast te houden aan de route en ze is daardoor minder bezig met hoe ze zich werkelijk voelt. Naar mijn mening is T. wel vooruit gegaan in haar verbale expressie tijdens de voor- en nabespreking. Marijke geeft aan dat T. haar gevoelens en gedachten helder kan uitdrukken en hier ook in gegroeid is.

* **Bewegingspatroon: (..)** Loopt voornamelijk langs zijkanen van de ruimte. Er is weinig variatie waar te nemen wanneer er gevraagd wordt om te experimenteren met het op verschillende manieren lopen van de route. Heeft handen meestal voor of achter het lichaam, houdt deze vast. Experimenteert in de laatste sessies minimaal met manier van lopen. Experimenteert weinig met andere bewegingen. Bovenlichaam lijkt stijf. Weinig vooruitgang te zien.

* **Fantasie/creativiteit: (+)** Kon voor zichzelf duidelijk een uitdaging formuleren en deze uitvoeren. Ze wilde meer ruimte voor zichzelf nemen en dit is ook gelukt. Echter acties blijven nog erg veilig, nog weinig creativiteit of fantasie terug te zien in het spel. Geeft wel aan dit te willen, kan zich niet aanzetten tot actie. Angst voor een negatief oordeel van de ander speelt daarbij een rol. Is zich bewust geworden van haar behoefte aan structuur en sturing, lijkt hierdoor geprikkeld om op een veilige manier te oefenen met nieuw gedrag. Er is dus zeker vooruitgang geboekt op dit punt.

* **Manier van contact: (+)** Maakt duidelijk oogcontact in nabespreking en vraagt ook hoe andere groepsleden de opdracht ervaren hebben. Lijkt zich op haar gemak te voelen in de groep. Weinig verandering in de eerste drie sessies. Manier van communicatie lijkt prima, afgestemd op de groep (en daardoor minder open dan ze misschien tegen anderen zou zijn). In het spel is het opvallend dat T. minder oogcontact maakt en er is dan sprake van eenzijdige communicatie (T. maakt contact, maar stuurt dit zodanig dat de ander wel moet volgen). Ook in de communicatie wordt een sterke drang naar controle duidelijk. Kan in spel bv. het contact in één keer afbreken door te zwaaien en weg te lopen. Verbale communicatie lijkt dus prima, non-verbale communicatie is voor haar moeilijker. Heeft vooruitgang geboekt in verbale communicatie, zou echter nog kunnen groeien in non-verbale communicatie.

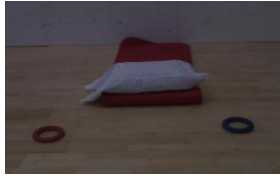
* **Functioneren in de groep: (+)** Goed. Heeft vooral contact met de oudere dames. Geeft regelmatig feedback naar groepsleden. Weinig verandering hierin gedurende de laatste 6 sessies.

* **Motivatie: (+)** Goed. Vraagt meerdere malen naar de toegevoegde waarde van de methode. Voert de opdrachten serieus uit, lijkt intrinsiek gemotiveerd.

Staat open voor oefeningen, ook al ervaart ze deze regelmatig als moeilijk. Kan de link met de eetstoornis echter in het begin nog moeilijk leggen. Aan het einde van het traject geeft T. aan dat ze nu wel duidelijker de link ziet tussen haar eetstoornis en haar gedrags- en gedachtepatronen die ze in

het spel is tegengekomen. Lijkt zich bewuster te zijn geworden van haar gevoelens, gedachten en gedrag m.b.t. de eetstoornis en tot haar eigen (emotionele) weerbaarheid. De motivatie lijkt verschoven te zijn van de preparatiefase naar de actiefase. Doordat T. zich bewuster is geworden van haar gedachten en gedragspatronen, heeft ze zichzelf kunnen aanzetten tot het experimenteren met verandering. Kan de meerwaarde van de methode goed verwoorden voor zichzelf.

Bijlage acht: Foto's van gecreëerde huizen



Bijlage 9: Fasen van motivatie

Het motiveringsproces is, volgens Spaans en Bloks (1999), een gefaseerd proces. Zij onderscheiden 5 fasen: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie, handhaving.

In de precontemplatie fase wordt gekeken naar de visie van de patiënt op de eetstoornis. De therapeut geeft (mondelinge/schriftelijke) feedback en voorlichting over de eetstoornis. In deze fase is het belangrijk om te komen tot expliciete overeenstemming met betrekking tot het aangaan van een werkgrelatie tussen cliënt en therapeut. Er wordt onderzoek gedaan naar de erkenning, de gevolgen en de betekenis van de eetstoornis voor de cliënt. In de contemplatiefase wordt er aandacht besteed aan het apart benadrukken van het 'gezonde' en 'eetgestoorde' deel van de cliënt. Een korte en lange termijn projectie waarbij gekeken wordt naar de huidige situatie en de bereidheid tot verandering van de eetstoornis, geven inzicht in de gewenste doelen, strevingen en discrepanties die het bereiken van de doelen in de weg staan. In de preparatiefase wordt er een begin gemaakt met het zetten van eerste stappen tot verandering. In deze fasen zal de patiënt een aantal zaken uitspreken die moeilijk voor hem/haar zijn, bijvoorbeeld: compensatoir gedrag (sociale compensatoir gedrag bestaat uit: altijd aardig doen, veel zorgen voor de ander en hem/haar tot dienst zijn). Met dit gedrag probeert men eigenlijk te voorkomen dat de ander hem/haar kan afwijzen vanwege bijvoorbeeld je dikke lichaam. Het is belangrijk om in deze fase zoveel mogelijk overeenstemming te bereiken met de cliënt. Dat er doelen gesteld zijn, wil niet zeggen dat de patiënt nu helemaal voor de behandeling kan gaan. Er zullen nog regelmatig twijfels voorkomen over de behandeling en over zichzelf. Het is van belang dat de therapeut de cliënt bewust maakt van oude gedragspatronen die altijd voor een oplossing gezorgd hebben. Negatieve uitspraken van de cliënt, vragen om een positieve herformulering. In deze fase is het tot slot belangrijk dat de therapeut de cliënt uitlegt dat er stagnatie in het veranderingsproces kan optreden, maar dat dit heel normaal is.

Binnen de actiefase wordt er gewerkt aan daadwerkelijke gedrags- en cognitieve verandering. Terugblikken en evalueren is daarbij erg belangrijk. In de handhavingsfase wordt vooral gekeken naar het voorkomen van terugval en hoe cliënten daarmee om kunnen gaan. Er wordt stilgestaan bij situaties die terugval zouden kunnen uitlokken. Er wordt onderzocht hoe cliënten signalen van terugval (obsessies m.b.t. eten en voedsel) kunnen herkennen en er wordt gezocht naar manieren om terugval te voorkomen. (Spaans & Bloks, 1999).

Bij het proces van motivering is het voor de therapeut belangrijk om genoeg empathie te laten zien. Belangrijk daarbij zijn de 4 principes van empathie: 'aanvaard de behoefte van controle over eten, heb oog voor de ellende en wanhoop die de patiënt ertoe brengt om voor dit 'symptoom' te kiezen, verleen geen extra betekenis aan verzet of weerstand tegen therapie opdrachten (verzet is een begrijpelijke respons op een bedreiging) & erken de moeite die het kost om te veranderen.