„Ik voel, dus ik ben."

Een case study als bijdrage aan beeldende therapie met een anorectische cliënt

J. Vieten
0735302
1 juni 2011

Begeleiding: Anja Cilissen-Ysermans
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Creatieve therapie beeldend

Inhoudsopgave

Voorwoord **2**
Inleiding **3**
1 Het probleemgebied **4**
1.1 De probleemstelling 4
1.1.1 De doelgroep 4
1.1.2 De voorbereiding op het onderzoek 5
1.1.3 De casus van Elizabeth 6
1.1.4 Verantwoording van het thema m.b.t. mijn eigen methodisch handelen 8
1.1.5 Verantwoording van het thema m.b.t. de behandeling van de doelgroep 8
1.2 De vraagstelling 10
1.3 De doelstelling 10
2 Het onderzoeksplan **11**
2.1 Onderzoekstype 11
2.2 Onderzoeksmethode 11
2.3 Dataverzameling 11
2.4 Data analyse 13
2.5 Kwaliteitscriteria 13
3 Resultaten **15**
3.1 Het doorlopen analyseproces 15
3.2 De kernbegrippen 17
3.2.1 Denkend handelen 18
3.2.2 Voelend handelen en handelend voelen 20
3.2.3 Reflectie op het voelen 25
4 Verklaring van de resultaten **27**
4.2 De insteek via het denken 27
4.1 De insteek via het handelen 29
5 Het nieuwe werkmodel **32**
5.1 Oude werkmodel 32
5.2 Het nieuwe werkmodel 34
5.3 Vergelijking van het nieuwe met het oude werkmodel 40
6 Reflectie op het onderzoek **42**
6.1 Reflectie op de resultaten 42
6.2 Beantwoording van de vraagstelling 42
6.3 Tekortkomingen en sterktes van het onderzoek 43
6.4 Aanbevelingen voor de praktijk 44
Samenvatting **45**
Bronvermelding **46**

Voorwoord

Tijdens mijn derde jaars stage kwam ik binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie heel vaak in aanraking met de stoornis anorexia nervosa. Enerzijds choqueerden deze meiden mij door hun fragiele en zwakke uiterlijk en anderzijds merkte ik dat zij een grote bron van kracht in zich hadden.
Er was bij voorbeeld een jong meisje van 11 of 12 jaar die een paar maanden geleden gestopt was met eten. Haar moeder zorgde niet goed voor haar en gaf haar steeds weer weg aan andere familieleden. Toen ik haar zag, kon ik de woede letterlijk zien: naar buiten was zij koppig en reageerde afwerend in het contact. Ze leek dus de hele tijd bezig te zijn tegen alles en iedereen te vechten, maar vooral tegen zichzelf. En ik weet nog dat ik me toen afvroeg waarom ze deze kracht die ze toch in zich leek te hebben tegen zichzelf richtte, hoewel ze toch eigenlijk woedend op haar moeder was.
Dit heb ik toen nog bij andere anorectische meisjes terug kunnen zien met die ik binnen de beeldende therapie heb gewerkt.
Volgens me is het van belang dat deze meisjes leren hoe ze deze destructieve kracht kunnen omzetten naar iets positiefs wat hen helpt hun leven beter te kunnen hanteren. Voor mij was het de uitdaging deze meisjes te ondersteunen in dit proces.
Omdat deze doelgroep meestal problemen op meerdere gebieden heeft zoals een negatief zelfbeeld, een onrealistische lichaamswaarneming, problemen met het verwerven van autonomie, probeerde ik een keuze te maken op welk gebied ik me in de beeldende therapie wilde richten.
Door het bestuderen van de literatuur wist ik dat een meisje met anorexia nervosa vaak een splitsing tussen zichzelf en haar lichaam ervaart, het zintuiglijke waarnemen is daardoor meestal verstoord. Bijkomend heeft zij moeite met het waarnemen en uiten van emoties. Op deze basale probleemgebieden besloot ik mij als beeldend therapeut in de behandeling te richten.
Vooral in de beeldende therapie met Elizabeth, haar naam werd vanwege het waarborgen van de anonimiteit veranderd, viel me op dat ze in één sessie zo veel meer vanuit haar gevoelens werkte en er een koppeling tussen dat wat ze voelde en dat wat ze deed kon maken.
Deze situatie was de aanleiding voor dit onderzoek omdat ik achteraf merkte dat ik niet echt de vinger kon leggen op wat haar hielp om het contact met haar gevoelens aan te gaan en wat haar van tevoren daarin beperkte.
Hierdoor ontstond dus deze case study die een antwoord op volgende vraag wil geven: *Welke elementen in de beeldende therapie dragen ertoe bij dat een meisje met de stoornis anorexia nervosa in contact met haar gevoelens kan komen?*
De titel van het onderzoek “Ik voel, dus ik ben” is de titel van een boek van de neurowetenschapper António Damásio en hoort bij een theorie die een reactie is op de these van Descartes “Ik denk, dus ik ben” (Damásio, 2000). De uitspraak van Damásio vond ik heel passend bij dit onderzoek omdat hij duidelijk maakt dat niet alleen de cognitie en het verstand belangrijk zijn voor de mens, maar dat juist die dingen die wij voelen ons laten merken dat wij aan het leven zijn. En ook de splitsing tussen lichaam een geest die van Descartes postuleert wordt, wordt door de uitspraak “ik voel, dus ik ben” ontkracht, omdat volgens Damásio het lichaam in sterke mate betrokken is bij het ontstaan en het waarnemen van gevoelens en daardoor onlosmakelijk met de geest verbonden is (Damásio, 2000). Het belang van deze constatering zal in dit onderzoek nog duidelijker worden als de lezer meer over de stoornis anorexia nervosa en zijn symptomen leest.
Voor dit onderzoek heb ik het therapieverloop van Elizabeth nog eens op nieuw bekeken en geanalyseerd waarbij ik technieken uit de *grounded theory* heb toegepast.
Aanvullend heb ik gebruik gemaakt van literatuur en interviews die waardevolle en ondersteunende informatie opleverden en me uiteindelijk hielpen een theorie uit te werken die de basis voor mijn nieuw werkmodel vormt.
Op deze plaats wil ik graag Marianne Salm en peter Stolk bedanken, met diens hulp had ik de mogelijkheid, informatie van vakdeskundige in mijn onderzoek te betrekken.
Ook Anja Cilissen-Ysermans wil ik bedanken die me tijdens mijn onderzoek heeft begeleid en veel inhoudelijke maar ook persoonlijke steun gaf.
Bij het ontwerpen van de grafieken in deze scriptie heeft Florian Feiter me door zijn technische kennis zeer veel ondersteuning gegeven. Rachana Termorshuizen heeft alle mogelijke moeite gedaan deze scriptie te corrigeren zodat ik beiden ten slotte ook wil bedanken.

Inleiding

In het eerste hoofdstuk komen de probleem-, de vraag- en de doelstelling van dit onderzoek aan de orde. In de probleemstelling zal duidelijk worden hoe ik op het thema “in contact komen met de eigen gevoelens” ben gekomen en waarom dit doel belangrijk is in de behandeling van een meisje met de stoornis anorexia nervosa.
Daarbij wordt ook informatie vanuit de literatuur betrokken om het onderzochte probleemgebied te verhelderen en mogelijke verklaringen aan te halen.
Vervolgens worden de vraagstelling en de doelstelling van dit onderzoek toegelicht.
In het tweede hoofdstuk zal de lezer geïnformeerd worden over hoe ik het onderzoek heb uitgevoerd. Hier worden het onderzoekstype, de onderzoeksmethode, de dataverzamelingtechnieken en de data analyse beschreven. Ook de kwaliteitscriteria voor het kwalitatieve onderzoek worden hier opgevoerd en er wordt beschreven hoe ik deze in mijn onderzoek heb vervuld.
De resultaten van het onderzoek worden samen met het uitgewerkte theoretisch model in het derde hoofdstuk behandeld. De lezer vindt hier de uitkomsten van het onderzoek welke op basis van de analyse van het onderzoeksmateriaal gevonden werden.
In het vierde hoofdstuk worden de resultaten vervolgens verklaard waarbij ik de gevonden kernbegrippen aan de literatuur koppel. Hier wordt ook duidelijk wat ervoor heeft gezorgd dat Elizabeth in contact kon komen met har gevoelens zodat een antwoord op de deelvraag wordt gegeven.
Het nieuwe werkmodel wat op basis van de gevonden resultaten opgesteld werd, ga ik in het vijfde hoofdstuk voorstellen en uitleggen. Een schematische weergave maakt overzichtelijk duidelijk welke gevonden elementen in het nieuwe werkmodel toegepast worden.
In het zesde hoofdstuk staat de reflectie op het onderzoek centraal waarbij ingegaan wordt op de wijze van onderzoeken, tekortkomingen en sterkten van het onderzoek en de beantwoording van de hoofdvraag. Vervolgens wordt een aanbeveling voor de praktijk en vervolgonderzoeken gedaan.
Een samenvatting geeft ten slotte een korte en beknopte beschrijving van de belangrijkste punten die in dit onderzoek aan de orde zijn geweest.

1 Het probleemgebied

1.1 De probleemstelling

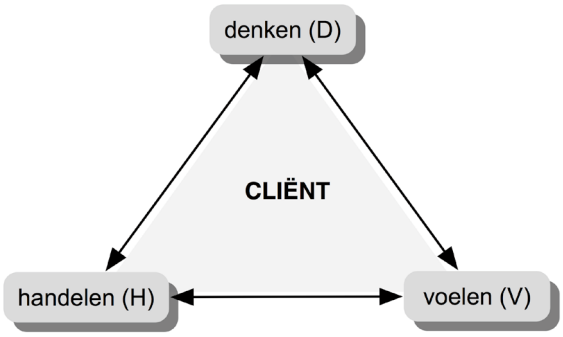
1.1.1 De doelgroep

Cliënten met de stoornis anorexia nervosa hebben vaak problemen op meerdere gebieden zoals het ontwikkelen van autonomie, verwerven van een positief zelfbeeld en een eigen identiteit en het onvermogen tot zelfwaardering.
Bij deze meisjes heeft vaak geen voldoende afgrenzing en losmaking van de familie plaatsgevonden, wat eigenlijk bij de ontwikkelingstaken van de adolescentie hoort (Rigter, 2002). Deze meisjes worden heel vaak door hun ouders als brave en aangepaste kinderen beschreven die hen nooit problemen of zorgen brachten. Maar de intrede in de puberteit lijkt dan vaak de uitlokkende factor voor deze stoornis te zijn wat zichtbaar wordt in de hogere prevalentie van deze stoornis in de leeftijd tussen 16 en 19 jaar (Rigter, 2002). De angst om aan te komen en de constante gedachten om gewicht en eten verhullen de eigenlijke angst voor afwijzing door anderen, voor pijn en verdriet en het gevoel met de problemen die in de adolescentiefase op iemand opkomen niet om te kunnen gaan (Vandereycken & Noordenbos, 2002).
Het ontbrekende identiteitsbeeld uit zich bijvoorbeeld in de sterke aanpassing aan anderen die deze meisjes tonen. In een vriendschap nemen ze vaak interesses of andere dingen van de vriendin over maar er ontstaat nooit de gedachte dat ze ook een eigen individualiteit hebben die ze in een vriendschap in kunnen brengen (Bruch, 1982).
Een meisje dat bij me in een therapiegroep zat, vroeg bijvoorbeeld vaak naar mijn mening over werkstukken in de ruimte of over andere dingen. Toen ik de vraag aan haar teruggaf en ik naar haar mening vroeg, wist ze überhaupt niet wat ze kon antwoorden.
Hilde Bruch (1982), die zeer veel klinische ervaring met de behandeling van deze cliënten heeft en vandaag als een autoriteit op dit gebiedt geldt, spreekt in dit verband over een gevoel van onvermogen en hulpeloosheid dat deze meisjes vaak hebben en de overtuiging niets in hun leven te kunnen veranderen. Zij gedragen zich alsof zij van mening zijn nergens controle over te hebben en noch het eigen lichaam noch hun eigen handelingen als stuurbaar ervaren.
Met deze achtergrond is ook het ontstaan van deze stoornis beter te begrijpen omdat het controleren van het eigen lichaam vaak het gevoel van hulpeloosheid en machteloosheid zal compenseren. Het gevoel van honger en het verliezen van gewicht geeft dan een gevoel van macht en trotsheid (Bruch, 1982). De ervaring dat ze over het eigen lichaam wel in sterke mate controle uit te kunnen oefenen, houdt de stoornis dan in stand. Dit laat dus zien dat deze cliënten meestal geen probleemoplossend vermogen hebben omdat zij het controleren van zichzelf als enige oplossing binnen frustrerende of stressende omstandigheden ervaren (Hinz, 2006). Het is echter belangrijk te vermelden dat het controlerend gedrag vanaf een bepaald moment zo geautomatiseerd wordt dat het meisje zelf er meestal geen invloed meer op heeft.
Onder dit verstoorde eetgedrag zit dus meestal een meisje met een laag zelfwaarde die nog geen eigen identiteit heeft kunnen ontwikkelen (Vandereycken & Noordenbos, 2002). Om die reden is het ook vanzelfsprekend dat deze cliënten vaak geen ziekte-inzicht hebben en hun eetgedrag helemaal niet problematisch vinden. Ze zijn bang om dit gedrag los te laten omdat er niets is wat deze plaats zou kunnen vervangen.
Veel meisjes kenmerken zich door een hoge mate aan perfectionisme en een sterke ambitie. Zij hebben hoge verwachtingen van zich en proberen alles te doen om deze ook te vervullen. Hun sterke wilskracht wordt binnen de eetstoornis zo pathologisch dat de wens om steeds meer gewicht te verliezen en niet aan te komen ervoor zorgt dat ze deze kracht tegen zichzelf richten.
Hierin zag ik een grote uitdaging omdat ik van mening was hen daarbij te kunnen ondersteunen dat ze nieuwe ervaringen kunnen maken, waarin ze deze kracht naar iets positiefs om kunnen zetten.
De meisjes die bij mij in therapie kwamen kenmerkten zich vaak door een specifiek mediumgedrag. Vooral het thema controle was meestal in het werk van deze cliënten terug te zien. De behoefte aan controle over zichzelf uitte zich dus niet alleen in de symptomen van de eetstoornis zelf maar ook in de manier waarop de cliënten het materiaal hanteerden. Zo pakten veel meisjes de kleinste kwast die er was, werkten klein en ingekaderd, hadden een laag werktempo, herhaalden vaak dezelfden vormen, pakten steeds weer hetzelfde materiaal of planden hun werk helemaal in en waren erg gefixeerd op het eindproduct tijdens het werken.

In het begin van de therapie liet ik ze meestal zelf kiezen wat ze wilden doen, meestal kozen ze dan een bekend materiaal, zoals potlood of acrylverf en tekenden daarmee bepaalde voorwerpen zoals hartjes of bloempjes.
Later begon ik hen sensopatische materialen aan te bieden waar ze meer contact met het materiaal moesten maken en het waarnemen via de zintuigen gestimuleerd werd. Bij het werken met sensopatisch materiaal gaat het niet om het product maar om het proces en de gevoelskwaliteit van het materiaal. “Dit wordt betast, gevoeld en de persoon ondergaat het effect dat dit voelend ervaren oproept (Hellendoorn, 2006, geciteerd in Vandecasteele, 2009, p.5)”.
Ik merkte toen dat de cliënten deze materialen vaak afweerden en vasthielden aan hun manier van werken.
Als therapeut heb ik hen meestal veel ruimte gegeven en probeerde nauw bij hun interesses aan te sluiten. Daarom heb ik bijvoorbeeld weinig met vaste opdrachten gewerkt maar heb hen ruimte gegeven om zelf keuzes te maken. Toen ik wel met opdrachten heb gewerkt merkte ik dat ik soms niet goed bij hun behoeftes heb aangesloten. De werkvormen en de manier waarop ik het materiaal aanbod waren soms te onveilig voor de cliënten zodat zij moeilijk in actie kwamen. Ik merkte dat ik soms de doelen iets te groot maakte en de cliënten wilde stimuleren de controle los te laten. De stap van het bekende en veilige waar ze met bezig waren naar iets nieuws en uitdagends was soms veel te groot.
Het leek belangrijk voor hen te zijn dat ze zelf konden bepalen hoe ze wilden werken of wat ze wilden doen. Ik had er moeite mee een evenwicht te vinden tussen het aanbieden van iets wat bekend en veilig is en iets nieuws wat ze wel andere ervaringen laat opdoen.
In mijn houding was ik toen meestal ondersteunend en bekrachtigend. Ik heb niet bewust confronterend gewerkt omdat ik hen niet het gevoel wilde geven iets fout te doen.

1.1.2 De voorbereiding op het onderzoek

In het begin van het vierde jaar verdiepte ik me in het vak integratieve methodiek in het thema: de wisselwerkingen in de driehoek denken, voelen en handelen in relatie tot het ziektebeeld anorexia nervosa:



Over dit onderwerp heb ik een beknopt literatuurstudie gehouden. De reden voor deze keuze was het mediumgedrag van de cliënten waarin steeds het thema controle en behoefte aan controle terug was te zien. Ik wilde daarom te weten komen welke factoren dit gedrag uitlokken, welke factoren dit gedrag beïnvloeden en welk functie het voor de cliënten vervuld omdat ze zo sterk eraan vasthouden.
In de vakliteratuur las ik dan dat ook andere beeldende therapeuten het mediumgedrag van de anorectische cliënten op dezelfde manier beschreven. In dit verband werd er genoemd dat dit niet spontane en controlerende gedrag gebruikt wordt om angst te reduceren (Brooke, 2007). Toen ik vervolgens nog eens mijn eigen therapeutisch handelen onder de loep nam, stelde ik vast dat ik weliswaar met sensopatische werkvormen heb gewerkt om het voelen van de cliënten te prikkelen maar weinig met de behoefte aan controle heb gedaan.
Om dus mijn werkmodel te kunnen verbeteren of aan te vullen, wilde ik meer over de beschreven samenhang weten.
Toen ben ik in de literatuur op het fenomeen *alexithymia* gestoten wat, door meerdere wetenschappelijke onderzoeken bevestigd, vaak in verband met deze stoornis optreedt. Het begrip *alexithymia* beschrijft het onvermogen van deze meisjes de eigen gevoelens waar te kunnen nemen en/of deze uit te kunnen drukken (Fox, 2009).
Natuurlijk bestaan er vaak nog veel andere factoren die in verband met de grote behoefte aan controle staan maar omdat dit onderzoek heel beknopt was ging ik op zoek naar het verband tussen het sterke

ratio-gestuurde (denken), het controlerende gedrag (handelen) en het onvermogen de eigen gevoelens waar te kunnen nemen (voelen).

Door mijn literatuurstudie heb ik vastgesteld dat cliënten met de stoornis anorexia nervosa meestal niet in staat zijn hun gevoelens te reguleren en dit gebrek aan controle over hun lichaam compenseren waarover ze in sterke mate controle uit kunnen oefenen.
Hierdoor wordt de vicieuze cirkel verder in stand gehouden doordat zij steeds meer een splitsing tussen hun lichaam en zichzelf ervaren waardoor letterlijk het voelen via de tastzin verloren gaat. Ook op het fysiek niveau wordt dit door de ernstige ondervoeding verder ondersteund (Bruch, 1982).
Dit betekent dat ze het eerst geen honger meer kunnen voelen en als ze toch iets kunnen eten, nemen ze het lichamelijke gevoel van verzadiging niet op die manier waar als gezonde mensen. Zij ervaren dit als heel vies zodat ze deze lichamelijke sensatie willen vermijden.
Door de splitsing tussen zichzelf en het lichaam kunnen dus prikkels van buiten ook niet meer op een gezonde manier binnen komen en verwerkt worden.
Fox (2009) ontdekte in zijn onderzoek dat vooral negatieve gevoelens zoals woede en angst door de symptomen van de eetstoornis onderdrukt worden. Vele van deze meisjes hebben niet geleerd dat het uitten en meedelen van deze gevoelens belangrijk is omdat in het verleden vaak aangepast gedrag van hen verwacht werd. Ook Bruch (1982) benoemt enkele ervaringen uit de kindertijd van de cliënten die ertoe hebben kunnen geleid dat het meisje geen toegang tot haar eigen gevoelens vindt of deze niet kan uitdrukken. In dit verband worden vaak de ouders genoemd die de behoeftes en wensen van het kind niet adequaat hebben beantwoord of zelfs bepaalde gevoelsuitdrukkingen zoals woede niet getolereerd hebben.
Veel meisjes hebben hun aandacht ook overmatig sterk op de gevoelens van de ouders gericht zodat ze het gevoel kregen zelf geen recht op eigen gevoelens te hebben. Sommige wilden hun ouders ook gewoon niet triest maken door eigen triestheid te tonen en probeerden hen te beschermen. Fox (2009) vat deze ervaring onder het begrip *poverty of emotional environments* samen wat betekent dat gevoelens binnen de familie vaak niet gedeeld werden en het kind zich daarom ook niet als een zogenoemde *emotional being* kon ervaren. Dit leidt er vervolgens toe dat ze weinig aandacht aan hun gevoelens besteden en zo ook vaak niet weten wat ze nodig hebben of wat hun wensen zijn. Omdat ze dus geen aandacht voor de eigen behoeftes hebben, zorgen ze slecht voor zichzelf wat zich weer symptomatisch in de eetstoornis uitdrukt.
Hierdoor werd duidelijk dat de verbinding tussen handelen en voelen te zwak ontwikkeld is, omdat bij deze meisjes meestal alleen het denken het handelen bepaald. Het doel “in contact komen met de eigen gevoelens” kan dus bereikt worden door het voelen tussen het denken en handelen te plaatsen en het gevoel de leiding laten nemen in plaats van het verstand.
Belangrijk daarbij is natuurlijk dat de cliënt aan het eind van de behandeling een evenwicht tussen denken, voelen en handelen ervaart omdat het ene niet belangrijker is dan het andere.

1.1.3 De casus van Elizabeth

Ook in de casus van Elizabeth die ik tijdens mijn stage heb behandeld, was het thema controle in veel sessies terug te zien.
Elizabeth is een 15 jarig meisje dat van een ziekenhuis doorverwezen werd naar de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij kwam in het ziekenhuis terecht vanwege ernstig ondergewicht. Zeven weken bleef ze er opgenomen en werd de meeste tijd met medicijnen rustig gesteld en aan het bed gefixeerd.
Bij een lengte van 1,68 m weegt zij bij haar opname in de psychiatrie nog maar 40 kg. Een jaar geleden was er bij Elizabeth nog sprake van normaal gewicht maar in de loop van één jaar hongerde zij zich uit tot het voor haar laagste gewicht van 35 kg. Naast het weigeren van elk voedsel verhoogde Elizabeth haar calorieënverbruik door constant in beweging te zijn.
Door haar ondergewicht heeft ze steeds meer concentratieproblemen gekregen wat haar prestaties op school sterk beïnvloed hebben. Elizabeth geeftf zelf aan zich bewust van haar ernstige situatie te zijn en liet zich daarom vrijwillig opnemen.
In laatste tijd had ze steeds vaker last van haar wisselende stemming. Op het ene moment ging het goed met haar en op het ander moment voelde ze zich triest en ze begon te huilen. Zij geeff aan zich vaker depressief of angstig en soms ook vertwijfeld te voelen. Zij beschrijft zichzelf als controlerend waarvan zij duidelijk last heeft. Sinds een paar maanden is er thuis veel ruzie tussen Elizabeth en haar moeder. Elizabeth wordt vaak heel boos op haar en krijgt regelmatig woedeaanvallen. Volgens de behandelaar is er sprake van een “inadequaat doorzettingsvermogen en een problematisch verlopend proces van losmaking van haar familie”.

Volgende diagnoses (ICD-10 lijst) werden van de behandelende therapeut gesteld:
F 50.0 Anorexia nervosa
F 32.2 Depressive Episode ohne psychotische Symptome

De eerste weken van haar opname mocht ze niet deelnemen aan de therapieën omdat de focus op het stabiliseren van haar gewicht lag. Pas na drie weken zijn we begonnen met de individuele beeldende therapie.
De beeldende therapie omvatte in het totaal 8 sessies die telkens één uur duurden. Ook in haar mediumgedrag was het thema controle heel vaak terug te zien. Dit uitte zich vooral door een sterke cognitieve aanpak zoals productgericht werken of ingewikkelde ideeën die ze in een werkstuk om wilde zetten. Bij haar was dus sprake van een sterke verbinding tussen de cognitie en het controlerende gedrag (D→H)[1] waardoor ze niet in contact kon komen met haar gevoelens. Bovendien werkte zij steeds met een hoog werktempo waardoor ze letterlijk aan haar gevoelens voorbij liep. Het probleem dat ze niet in contact kon komen met haar gevoelens uitte zich symptomatisch in de wisselingen in haar stemming waarover zijzelf geen controle ervoer en zo vaak in een depressieve stemming viel. Deze stemmingswisselingen lieten dus zien dat ze haar eigen emoties niet kon reguleren en er geen controle over ervoer.
Elizabeth zelf bracht toen meerdere doelen mee naar de beeldende therapie waaraan ze graag wilde werken. Ze wilde meer aandacht voor het proces krijgen in plaats van productgericht te werken, ze wilde minder dwangmatig en perfectionistisch handelen en meer plezier beleven. Er was dus sprake van enig inzicht in het eigen handelen wat een positief uitgangspunt van de behandeling vormde.
In het begin van de therapie liet ik haar zelf beslissen wat ze wilde doen omdat zijzelf veel ideeën had over dingen die ze graag uit wilde proberen. Ik bood haar wel veel sensopatische materialen zoals gips of pastelkrijt aan om het voelen via de zintuigen te stimuleren.
Hoewel ze echter met sensopatische materialen werkte en haar best deed om spontaan en minder perfectionistisch te werken deed ze toch het tegendeel van dat wat ze graag wilde leren. Door haar hoog werktempo gaf ze zich namelijk überhaupt niet de tijd om plezier te beleven. Het maken van een product had toen de prioriteit.
Het bleek toen dat Elizabeth haar best deed om aan de verwachtingen te voldoen die volgens haar binnen de therapieën aan haar gesteld werden. Ze was steeds overdreven vrolijk en haastte zich letterlijk door de therapie om aan het eind een product te hebben en mij te tonen hoe weinig perfectionistisch en hoe spontaan ze had gewerkt.
Elizabeth vond het nooit moeilijk tijdens het werken een keuze te maken met welk materiaal ze wilde werken of wat ze wilde doen. Ze kon dus de vraag “Wat wil ik?” steeds meteen beantwoorden maar dit deed ze vooral door haar cognitie. De vragen “Wat heb ik nodig en wat doet mij goed?” kwamen bij haar niet aan de orde. Hiervoor stond ze gewoon niet stil bij wat ze deed, ze gaf zich niet de tijd om te kunnen voelen.
In de laatste sessie werkte ik samen met haar op twee grote vellen. Wij schilderden met onze handen met vingerverf op het papier. Daarna begonnen wij zelfs met onze voeten te schilderen doordat wij onze voeten met vingerverf verfden en over een groot vel wat op de grond lag liepen. Toen zag je er een heel ander mediumgedrag. Zij verheugde zich met dit materiaal te werken zodat ze begon kleine en voorzichtige bewegingen te maken. Ze probeerde het eerst bepaalde vormen te “tekenen” maar werd toen steeds spontaner en vrijer in deze bewegingen. Zonder gericht te zijn op het product experimenteerde zij met verschillende vormen en bewegingen. Zij tippelde met haar vingers, smeerde de verf met beide handen of gooide de verf van een afstand op het vel. Zij gaf later aan een gevoel van vrijheid te hebben gehad en haar denken voor een tijd uitgeschakeld te hebben. Hier was dus sprake van een koppeling tussen handelen en voelen omdat zij haar lichaamsbewegingen in verband kon brengen met een gevoel dat ze tijdens het werken had.
In bijna alle activiteiten tijdens de beeldende therapie heeft Elizabeth met sensopatisch materiaal gewerkt maar alleen in de laatste sessie heeft ze de controle iets los kunnen laten. Ze heeft meer kunnen genieten van het doen op zich en het spelen met het materiaal. Zij liet zich dus meer leiden van het gevoel en minder door het denken wat zichtbaar werd in het loslaten van vormen en het product en in het smeren met de verf dat op dat moment het doel werd.

[1] zie driehoek denken, voelen, handelen, p. 5

1.1.4 Verantwoording van het thema m.b.t. mijn eigen methodisch handelen

Ik ben van mening dat het belangrijk is om het therapieverloop van Elizabeth in de beeldende therapie nog eens te onderzoeken om te kunnen verklaren welke factoren een positief effect hadden op de nieuw ontstane verbinding tussen het voelen en het handelen wat bij Elizabeth in de laatste sessie plaats heeft gevonden. Hierdoor kan ik hopelijk concreter benoemen welke materialen, werkvormen, therapeutische technieken en interventies, welke therapeutische houding of andere elementen uit de beeldende therapie bevorderen dat een meisje met de stoornis anorexia nervosa de controle voor een stuk los kan laten om weer in contact te komen met haar gevoelens. Het loslaten van de controle wordt hier nog eens in samenhang met dit doel genoemd omdat het controlerende gedrag via de cognitie wordt gestuurd en het meisje belemmert de eigen gevoelens waar te nemen en vervolgens daarnaar te handelen.
Het is regelmatig te lezen dat het doel is om de cliënt te laten erkennen waarom zij bepaalde gevoelens onderdrukt of hoe zij überhaupt met gevoelens omgaat (Hinz, 2006). Hier wordt dus een beroep gedaan op de verbinding tussen denken en voelen die het meisje zal helpen haar gevoelens beter te kunnen reguleren omdat dit via de cognitie gebeurt.
Ik heb er echter tijdens mijn stage voor gekozen me op de activering van de verbinding tussen handelen en voelen te focussen zodat de focus juist niet op de cognitie van de cliënt lag te. Als de cognitie in de therapie wordt betrokken gaat het vooral om het doorwerken van de conflicten en heeft dan ook snel een psychodynamische aanpak.
In mijn onderzoek ga ik dus van een handelings- en ervaringsgerichte aanpak uit om aan het doel “in contact met de eigen gevoelens komen” te werken. Want deze aanpak bevordert dat de cliënt door het handelen *in* het medium en door het werken met de materialen nieuwe ervaringen op kan doen. Daarbij ligt het accent op het werken *in* het medium wat betekent dat het werken met het materiaal in het *hier en nu* uitgangspunt voor het opdoen van nieuwe ervaringen is.
Een cliënt met anorexia nervosa vertoont vaak verdedigingsmechanismes zoals intellectualization en rationalization (Hinz, 2006, p. 9). Lisa Hinz (2006) veronderstelt dat de cliënten deze mechanismes gebruiken om controle te ervaren en dit ook vaak binnen de verbale psychotherapie toepassen. In de literatuur is te lezen dat binnen de beeldende therapie vaak met opdrachten gewerkt wordt waar een beroep op de cognitie wordt gedaan. Het abstract weergeven van een woedend gevoel is een voorbeeld van een opdracht die de cliënt *met* het medium laat werken (Hinz, 2006). De materialen en de ervaring tijdens het werken staan dan meestal ondergeschikt aan de inhoud van het gemaakte werkstuk en de reflectie daarop.
Als de cliënt echter gevraagd wordt om te handelen *in* het medium en er geen beroep op het gebruiken van symbolen gedaan wordt, kan het ervaren in het hier en nu gestimuleerd worden waardoor de sterk ontwikkelde cognitieve kant van deze cliënten minder aangesproken wordt. Het gaat dan meer om het proces zelf en het ervaren van zichzelf daarbinnen. Dat het materiaal daarbij het uitgangspunt vormt, betekent dat door een verandering in de materiaalhantering ook een verandering in het dagelijkse leven van de cliënt plaats kan vinden. De theoretische onderbouwing vormt het analoge procesmodel dat ervan uitgaat dat de cliënt het materiaal op dezelfde manier hanteert als zij dingen in het dagelijkse leven hanteert (Smeijsters, 2003). Een meisje met anorexia nervosa probeert bijvoorbeeld, zoals al in de probleembeschrijving duidelijk werd ,de controle over het materiaal te houden wat analoog aan haar eetgedrag is.
Ik ben van mening dat mijn onderzoek een bijdrage voor de behandeling van deze cliënten kan leveren omdat daardoor nog eens duidelijk wordt hoe belangrijk deze handelings- en ervaringsgerichte therapie in de totale behandeling van deze stoornis is. In de literatuur krijgt deze aanpak veel te weinig aandacht, er is bijna niets over te vinden.
Door hier dus onderzoek naar te doen ga ik vooral mijn eigen therapeutisch handelen onder de loep nemen zodat ik mijn eigen werkmodel kan aanvullen of vernieuwen wat naar een professionelere manier van werken leidt. Als beeldend therapeut is het belangrijk zijn eigen werkmodel steeds kritisch te bevragen en als nodig aan te passen.
Vooral de inzet van het medium wil ik in dit verband aanpassen omdat ik merkte dat dit binnen mijn werkmodel nog te weinig uitgewerkt was.

1.1.5 Verantwoording van het thema m.b.t. de behandeling van de doelgroep

Volgens mij is het doel “in contact komen met de eigen gevoelens” essentieel voor de verdere behandeling van deze cliënten omdat zij het hele contact met zichzelf hebben verloren. Dit betekent dat ze meestal niet weten wat ze goed kunnen, wat dingen zijn die bij hen horen, wat hun interesses zijn of wat überhaupt hun persoonlijkheid uitmaakt. Het bereiken van de doelen “verwerven van

autonomie, verbeteren van het zelfbeeld en het ontwikkelen van een eigen identiteit" zijn evenals het grote doel "loslaten van de eetstoornis" sterk aan het "contact maken met zichzelf" gekoppeld wat hieronder kort beschreven wordt:

Loslaten van de eetstoornis

Door het lichamelijke voelen binnen de therapie te betrekken kan de cliënt weer leren zintuiglijk waar te nemen en te genieten. Dit is belangrijk om de splitsing die zij tussen zichzelf en haar lichaam ervaart weer op te heffen. Door het waarnemen van prikkels van buiten via het eigen lichaam zal zij leren ook prikkels van binnen weer waar te nemen. Bij de stoornis anorexia nervosa is het natuurlijk van groot belang dat zij weer het gevoel van honger en verzadiging op een gezonde manier kunnen ervaren. Eten betekent dat men zichzelf iets geeft wat goed is en wat positieve gevoelens uitlokt, het heeft iets met genieten te maken wat het meisje zich helemaal verbiedt. Door binnen de beeldende therapie weer te leren voelen kan zij ook weer leren te genieten. Daardoor kan de cliënt zichzelf hopelijk weer meer dingen die haar goed doen permitteren.
Als de cliënt weet wat zij voelt kan ze ook waarnemen wat ze nodig heeft en wat goed voor haar is. In eerste instantie is dit natuurlijk het eten dat haar voedt, energie geeft en aan het leven houdt. Maar er zijn nog veel andere behoeftes die van diep binnen zitten en die door de eetstoornis onderdrukt worden.
Het waarnemen van de eigen behoeftes en het handelen daarnaar zorgt ervoor dat het meisje goed met zichzelf om gaat. Het handelen wordt dan niet alleen door de cognitie bepaald met het doel zichzelf te controleren maar het wordt mede bepaald door het gevoel en de behoeftes die bevredigd willen worden.
Op het moment dat Elizabeth kon genieten van het smeren met de verf en van de bewegingen in de verf, heeft ze naar haar behoeftes gehandeld. Dit was dus de eerste keer dat ik zag dat ze goed voor zichzelf zorgde en de kracht die ze anders zo destructief tegen zichzelf richtte, voor iets positiefs kon gebruiken.
Als de cliënt deze ervaring opdoet en begint goed voor zichzelf te zorgen, is zij ook in staat de eetstoornis los te laten omdat zij het gevoel krijgt dat er iets is wat aan deze plaats kan treden. Want niets anders zorgt vooral in de eerste weken van de behandeling voor meer angst dan de gedachte, iemand zou haar de anorexia weg kunnen nemen zodat ze erna zwak en alleen achterblijft.

Het ontwikkelen van een eigen identiteit en een positieve zelfwaarde

Als de cliënt meer toegang tot haar gevoelens heeft en deze leert kennen, kan ze ook zichzelf leren kennen en antwoorden op de vragen: "Wat zijn mijn interesses?", "Wat vind ik leuk?", "Hoe voel ik in bepaalde situaties?" vinden en daardoor een zelfconcept ontwikkelen (Rabin, 2003). De zoektocht naar zichzelf begint daardoor en helpt het meisje een beeld over haar eigen identiteit te ontwikkelen.
Omdat het anorectisch meisje meestal geen aandacht voor haar positieve kanten heeft en alleen dat ziet wat ze niet kan of waar haar fouten liggen, is het van groot belang dat zij binnen de beeldende therapie langzaam haar eigen waarde leert kennen. Hiervoor is het echter weer noodzakelijk dat zij eerst contact tot haar gevoelswereld heeft en daarvoor een bestaansrecht ervaart. Want alleen als zij haar gevoelens waarneemt en deze ook uitdrukt, kan zij leren deze te accepteren. De acceptatie van de eigen gevoelens vormen de basis voor de acceptatie van de eigen persoon. Deze zelfacceptatie maakt het mogelijk dat het meisje een eigenwaarde kan ontwikkelen (Hinz, 2006).
Verder is het waarnemen van de eigen behoeftes en wensen en het handelen ernaar belangrijk om zichzelf als belangrijk te ervaren. Van tevoren wilde ze meestal de verwachtingen van anderen vervullen waardoor ze steeds de waardering door anderen nodig had. Zelfs het eten verdiende ze niet omdat ze het niet waard was. Maar als de cliënt leert weer naar zichzelf te luisteren kan zij ook leren zichzelf te waarderen en zich als even belangrijk als alle anderen ervaren.

Het opbouwen van zelfvertrouwen

Het rigide, dwangmatige en perfectionistische handelen wordt niet alleen door de ziekte uitgelokt maar hoort meestal bij de persoonlijkheid van de cliënt. De verwachtingen steeds de beste te zijn en niet te falen, brengen vaak een ongelofelijk hoge prestatiedruk met zich mee zodat het meisje begint strenge regels op te stellen die ze op moet volgen. Zij heeft bijna geen vertrouwen in zichzelf en haar vaardigheden omdat zij het alleen goed heeft gedaan als zij volgens haar regels heeft gehandeld.
Door echter de verbinding van voelen naar handelen en van handelen naar voelen weer te activeren ervaart het meisje dat haar gevoelswereld ook een bestaansrecht heeft en zij niet afhankelijk is van al die regels die zij heeft opgesteld. Het in contact zijn met de eigen gevoelens brengt met zich mee dat het meisje merkt dat het niet goed met haar gaat als ze zich alleen maar binnen haar regels mag

bewegen en dat het juist goed voelt om ook daarbuiten te handelen. Dit kan zelfvertrouwen geven en zij meer onafhankelijk van het controlerende gedrag maken.
Hierdoor begint het meisje meer autonoom te handelen en kan hopelijk de losmaking van haar familie aangaan.

1.2 De vraagstelling

Als logische vervolg uit de probleemstelling heeft zich volgende vraagstelling uitgekristalliseerd:

Welke elementen in de beeldende therapie dragen ertoe bij dat een meisje met de stoornis anorexia nervosa in contact met haar gevoelens kan komen?

Om een antwoord op de vraagstelling te kunnen geven heb ik ervoor gekozen volgende deelvraag nog te stellen:

- Hoe kwam Elizabeth binnen de beeldende therapie in contact met haar gevoelens?

Doordat ik dus de therapie met Elizabeth op nieuw ga bekijken wil ik kunnen verklaren wat Elizabeth binnen de beeldende therapie heeft geholpen om contact met haar gevoelens te maken. Daardoor wil ik er elementen kunnen uitmaken die specifiek en non-specifiek in de beeldende therapie zijn en een bijdrage leveren dat een cliënt met anorexia nervosa in contact kan komen met haar gevoelens.

1.3 De doelstelling

Door het onderzoek wil ik vooral mijn eigen werkmodel vernieuwen door mijn eigen therapeutisch handelen te analyseren. Sommige werkvormen die ik op stage heb toegepast, hebben geen positief effect teweeg gebracht en beperkten achteraf gezien zelfs de cliënt in het contact maken met het materiaal en zichzelf. Ook het inzetten van sensopatische werkvormen lijkt alleen niet genoeg te zijn om een positief effect te bereiken.
Doordat ik dus nu ga onderzoeken welke elementen in de beeldende therapie een bijdrage leveren aan het in contact komen met de eigen gevoelens, kan ik deze resultaten integreren in mijn eigen werkmodel.
In de literatuur was er weinig over te vinden hoe andere beeldende therapeuten met cliënten die deze stoornis hebben werken. Vooral in de Engelstalige literatuur wordt de aanzet van de art therapy bij deze stoornis duidelijk, waar vaak het product een grote rol speelt. Hier wordt dan ook steeds een groot appèl op de cognitieve benadering van het product door de cliënt gedaan. Dan gaat het vooral om het doorwerken van conflicten of het bijstellen van het *body image* dat bij hen niet klopt (Rabin, 2003).
Hier wordt dan vooral *met* het medium gewerkt, de focus ligt op de inhoud van de opdracht, het materiaal staat daaraan ondergeschikt.
Maar in de probleemstelling werd al duidelijk welk belang het activeren van de verbinding tussen het voelen en het handelen bij deze stoornis heeft, naar mijn mening moet hier een andere aanpak gekozen worden. En die lijkt dus *in* het medium te zitten, waar het werken met het beeldend materiaal uitgangspunt voor de ervaringen is die de cliënt opdoet. Over deze benadering is in de literatuur echter weinig te vinden zodat ik hoop door mijn onderzoek daarvoor een waardevolle aanvulling te kunnen geven.
Verder zullen de resultaten misschien ook toepasbaar zijn op cliënten die overeenkomsten op het beschreven probleemgebied hebben. Therapeuten die dus met cliënten werken die ook een grote behoefte aan controle hebben en weinig contact tot de eigen gevoelswereld hebben, kunnen de resultaten eventueel voor hun werk gebruiken.

2 Het onderzoeksplan

2.1 Onderzoekstype

Voor dit onderzoek heb ik voor het verklarende onderzoekstype gekozen. Bij deze vorm van kwalitatief onderzoek gaat het erom een waargenomen verschijnsel te beschrijven en hier een verklaring voor te vinden. Daarbij wordt een situatie of een probleem nader bekeken zodat men het verband tussen bepaalde begrippen of variabelen kan verklaren (Saunder, Lewis & Thornhill., 2004, p. 102).
Om de vraag te kunnen beantwoorden welke elementen in de beeldende therapie ervoor zorgen dat de cliënt weer in contact kan komen met haar gevoelens moet er naast een beschrijving van deze elementen ook een verklaring gevonden worden waarom deze een bepaald effect teweeg brengen. Want alleen dan kan er een theorie opgesteld worden waar ook andere professionals op terug kunnen grijpen.
In dit onderzoek gaat het erom een verband te leggen tussen de waargenomen gedragsverandering van de cliënt tijdens de laatste sessie en de elementen binnen de beeldende therapie die daarop invloed kunnen hebben gehad.
Door dus nieuwe verbanden te vinden die daar een verklaring voor kunnen geven, kan ik uiteindelijk mijn oude werkmodel aanvullen en verbeteren.

2.2 Onderzoeksmethode

In de probleemstelling werd al een beschrijving van de casus van Elizabeth gegeven, een cliënt die ik tijdens mijn stage binnen de beeldende therapie heb behandeld. Er werd een fenomeen beschreven waarvoor ik een verklaring wilde vinden. Om die reden heb ik voor de onderzoeksmethode single case study gekozen.
In de vraagstelling wordt er naar elementen uit de beeldende therapie gevraagd die op het waargenomen fenomeen, dat ik in de probleemstelling heb toegelicht, invloed kunnen hebben gehad. Omdat men binnen de case study de onderzoekssituatie als een samenhangend geheel bekijkt en deze in een bepaald context plaatst, sluit deze methode dus goed aan bij de vraagstelling (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Daarbij worden technieken uit de gefundeerde theoriebenadering (grounded theory) toegepast. Het doel van deze technieken is om vanuit een praktijksituatie naar een theorie te komen.
Hier wordt ook goed het verschil met een kwantitatief onderzoek duidelijk omdat het niet om het construeren en meten van begrippen gaat maar om het ontwikkelen van begrippen en theorieën vanuit de bestudeerde werkelijkheid (Westers & Peters, 2004, p. 15).
Hierbij laat de onderzoeker zich leiden door de gegevens die hij verzameld waarbij met de volgende principes steeds rekening moet worden gehouden: “constante vergelijking en gerichte verzameling (Westers & Peters, 2004, p. 41)”.
Omdat ik naar elementen heb gezocht die invloed op de gedragsverandering tijdens de therapie hadden, beperkte ik me tijdens het analyseproces niet op bepaalde factoren zoals werkvormen of therapeutische technieken. Westers & Peters (2004) benadrukken dat het bij het analyseproces om een cyclus gaat die steeds weer opnieuw doorlopen wordt. Gegevensverzameling, analyse en reflectie op de onderzoeksvraag en de resultaten wisselen zich daarbij steeds af. Maar aangezien de beperkingen qua tijd en omvang van het afstudeeronderzoek werd deze cyclus maar één keer doorlopen.

2.3 Dataverzameling

In de case study is het van belang dat men verschillende dataverzamelingstechnieken gebruikt, de literatuur spreekt in dit verband van “multiple sources of evidence” of “triangulatie (Yin, 2003)”. Alleen op die manier is het mogelijk om tot overtuigende en juiste resultaten en conclusies te komen.
Bovendien kan ook alleen zo het kwaliteitscriterium *credibility* gewaarborgd worden omdat het vergelijken van informatie uit verschillende bronnen het onderzoek meer geloofwaardig maakt.
Als belangrijkste uitgangspunt voor dit onderzoek dienden mijn rapportages over het therapieverloop met Elizabeth. Na elke sessie heb ik schriftelijk geëvalueerd wat er gebeurde. Hierin had ik neergeschreven welk gedrag Elizabeth binnen en buiten het medium liet zien, wat mijn therapeutische

interventies waren en hoe onze werkrelatie er toen uit zag. Ook verbale uitspraken van Elizabeth die ik toen belangrijk vond had ik in de evaluaties terug laten komen. In het begin van de therapie had ik een observatielijst wat betreft haar mediumgedrag ingevuld zodat ik vervolgens met begrippen zoals werktempo of lijnvoering kon werken. Verder had ik een overzicht van alle aangeboden en uitgewerkte activiteiten bijgehouden die uitleg gaven over de vorm van de opdracht, het gebruikte materiaal en de doelen voor elke sessie. Deze activiteiten waren gebaseerd op het behandelplan dat ik in het begin van de therapie had opgesteld en wat een onderdeel van mijn oud werkmodel vormde.
Foto's van de werkstukken, die ik toen op had genomen, zijn zogenoemde physical artifacts in de dataverzameling en maken het therapieproces meer begrijpelijk en duidelijk (Yin, 2003). Een beeldanalyse van de werkstukken diende toen ook als analysemateriaal zodat ik het mediumgedrag van de cliënt zo nog beter terug kon halen.
Een samenvatting van Elizabeth´s biografische en medische anamnese hielp me om haar mediumgedrag tijdens de geanalyseerde sessies beter aan haar persoonskenmerken te kunnen koppelen.
Om voor *triangulatie* te zorgen heb ik ervoor gekozen om nog aanvullende databronnen bij mijn onderzoek te betrekken. Door interviews met twee beeldende therapeutes af te nemen wilde ik het aspect van subjectiviteit verminderen.
Mijn eerste interviewpartner was Marianne Salm, die een eigen praktijk voor beeldende therapie heeft en vroeger stage is gelopen op Altrecht Rintveld, een centrum voor cliënten met eetstoornissen. Zij heeft ook een artikel over sensopatische werkvormen in het handboek voor beeldende therapie geschreven (Schweizer, de Bruyn, Haeyen, Henskens, Rutten-Saris & Visser, 2009) en haar afstudeeronderzoek naar het effect van sensopatische beeldende werkvormen bij cliënten met anorexia nervosa gedaan. Omdat ik deze materialen ook tijdens de behandeling van Elizabeth had gebruikt, wilde ik over de eigenschappen, de doelen en de methodische inzet daarvan meer te weten komen.
Verder had ik ook de mogelijkheid om Peter Stolk te interviewen, een beeldend therapeut die al sinds 3 ½ jaren ook op Altrecht Rintveld werkt en veel ervaring in het creatief therapeutisch werken met anorectische meisjes heeft.
De interviews werden op band opgenomen en toen uitgetypt. Ik heb er echter voor gekozen deze niet in de bijlage toe te voegen omdat het te veel materiaal voor de omvang van de scriptie zou zijn geweest. Maar iedereen die daarin wel geïnteresseerd is kan de schriftelijke rapportages van de interviews bij mij aanvragen.
De interviews werden halfgestructureerd en open afgenomen zodat ik open bleef staan voor de eigen invulling van de respondenten omdat de antwoordmogelijkheden bij dit soort interview niet voorgegeven zijn. Hierdoor bleef ik flexibel en kon steeds op bepaalde thema´s doorvragen.
Om wel voor structuur te zorgen, heb ik gebruik gemaakt van de zogenoemde topiclijst (Westers & Peters, 2004, p. 61). Centrale begrippen uit de probleemstelling en de vraagstelling vormden daarbij de leidraad voor het gesprek.
Met Peter Stolk heb ik een member check doorgevoerd door hem het uitgetypte interview toe te sturen en hem de mogelijkheid te geven iets aan te vullen of te veranderen.

Vakliteratuur vormde een derde belangrijke bron tijdens mijn onderzoek. In het begin van het vierde jaar had ik in het vak integratieve methodiek al veel boeken en artikelen geraadpleegd die allen betrekking hadden tot het thema: "behoefte aan controle en onvermogen de eigen gevoelens waar kunnen nemen in de stoornis anorexia nervosa". Het voordeel van dit vooronderzoek was dat ik toen nog heel vrij en breed op zoek naar literatuur ben gegaan zodat ik me nog weinig heb beperkt en een breed beeld kreeg van de aanwezige literatuur.
Deze kon ik in de data analyse gebruiken om het onderzoeksverschijnsel uit verschillende invalshoeken te kunnen bekijken.
Tijdens het analyseproces kwam ik vaker begrippen tegen die ik toen in de literatuur heb opgezocht zodat ik deze beter kon definiëren. Hierdoor kon ik mijn eigen data meer objectiveren en zorgde weer voor *triangulatie.*
Om wel de focus op het onderzoeksverschijnsel te houden heb ik geprobeerd zo gericht mogelijk op zoek te gaan. Thema´s of begrippen die ik toen nog ter aanvulling of verklaring in de literatuur opgezocht heb, waren bij voorbeeld: *sensopatische materialen en sensomotorische werkvormen, mindfulness, geleide expressie, cliënt centreerde therapie, leren en het referentiekader van een persoon, de reflectie en de formele beeldanalyse binnen de beeldende therapie.*

2.4 Data analyse

Het prepareren van de data die men tijdens het onderzoek verzameld is noodzakelijk voor een goede data analyse.
Dit betekent dat men de data in een vorm brengt die men vervolgens zin voor zin kan analyseren. Hierbij heb ik steeds geprobeerd af te wegen welke informatie niet relevant is en weggelaten kon worden zodat alles wat betrekking tot mijn onderzoeksvraag had ook schriftelijk vastgehouden werd.
Westers & Peters (2004) bevelen aan, tijdens het analyseproces memo´s over de reflectiemomenten te schrijven om een ordening in de ontwikkeling van vragen en het verloop van het onderzoek te kunnen brengen. De reflectiemomenten vormen een belangrijk onderdeel van het analyseproces zodat de onderzoeker zich in de grote vrijheid die hij binnen het kwalitatief onderzoek heeft niet verliest. Ik heb dus op bepaalde momenten afstand genomen en opgeschreven wat ik heb gedaan en waarom ik dit heb gedaan. Dit hielp me om bewust over het analyseproces te reflecteren zodat ik ook later nog bepaalde conclusies die ik had getrokken kon reconstrueren. Bovendien kon ik deze reflecties met mijn scriptiebegeleider doorspreken waardoor ik mijn onderzoek transparant maakte en feedback op mijn handelen kreeg.
Als analysetechnieken heb ik het open, axiaal en selectief coderen toegepast die bij de “grounded theory” horen. Bij het open coderen worden de teksten in fragmenten verdeeld die vervolgens een code krijgen, die beschrijft waarover het fragment gaat (Baarda et al., 2005, p. 318).
Omdat ik in mijn vraagstelling naar elementen uit de beeldende therapie heb gevraagd ging ik bij het open coderen daar op zoek naar, door de rapportages van de sessies in thema´s onder te verdelen.
Daarbij heb ik gebruik gemaakt van de therapeutische driehoek denken, voelen en handelen. Thema´s daarin waren bijvoorbeeld: therapeutische technieken, mediumgedrag van de cliënt, materiaaleigenschappen en de appèls van het materiaal enz. Belangrijk daarbij was dat ik nog zo min als mogelijk een richting aangaf en het materiaal voor zichzelf liet spreken (Westers & Peters, 2004, p. 197).
Vervolgens heb ik het onderzoeksmateriaal axiaal gecodeerd door categorieën met daarbij horende subcategorieën op te stellen. De hoofdbegrippen werden in deze stap gedefinieerd door de kenmerken die ik tijdens het open coderen heb gevonden. Het kernbegrip *denkend handelen* werd bijvoorbeeld gedefinieerd door kenmerken uit de categorieën van het open coderen zoals: figuartief werken, planmatig handelen, productgericht werken.
Door bepaalde kenmerken duidelijker te maken heb ik ervoor gekozen om deze in grafieken weer te geven. Zo heb ik bij voorbeeld cijfers gegeven voor de structuur die de opdracht en die het materiaal in elk sessie boden. De cijfers probeerde ik niet willekeurig te geven maar op basis van criteria die ik door middel van het open coderen had opgesteld. Door deze criteria een hoog of een laag cijfer te geven ontstonden dimensies die ik met elkaar kon vergelijken. In deze analysefase werden de kernbegrippen *handelend voelen, voelend handelen* en *denkend handelen* gevonden.
De twee interviews die ik toen had afgenomen, coderde ik weer open en axiaal en vond toen een verder kernbegrip: *de reflectie op het voelen.*
Bij het selectief coderen probeerde ik vervolgens relaties tussen de kerncategorieën te vinden en in deze in een schema weer te geven.

2.5 Kwaliteitscriteria

Het kwalitatieve onderzoek probeert anders dan het kwantitatief onderzoek zo dicht als mogelijk bij de werkelijkheid aan te sluiten en deze te beschrijven en nieuwe theorieën te ontwikkelen. De kern daarbij is dat de werkelijkheid in begrippen geobjectiveerd wordt (Westers & Peters, 2004, p. 16). De objectivering wordt spiraalsgewijs opgebouwd door steeds op nieuw de cyclus van dataverzameling, analyse en reflectie te doorlopen.
Maar omdat de onderzoeker hier zelf veel meer sturing en een eigen invulling aan kan geven, immers worden de begrippen door de bril van de onderzoeker bekeken, moeten er bepaalde criteria vervuld worden om betrouwbare en valide conclusies te kunnen trekken. De rol van de onderzoeker moet dus voor andere mensen zo zichtbaar als mogelijk worden om vertekeningen te voorkomen.
Het onderzoek moet aan het eind betrouwbaar zijn zodat de onderzoeksprocedures ook door anderen herhaalbaar en navolgbaar zijn (Westers & Peters, 2004, p. 192).
Het onderzoek moet ook *valide* zijn, zodat de toegepaste methodes en technieken naar geldige uitspraken leiden.

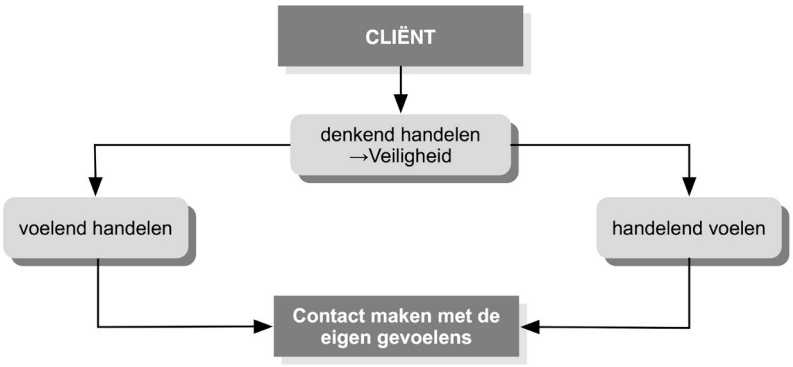
Om tot objectieve resultaten te kunnen komen, benadrukken Westers & Peters (2004) dat het belangrijk is, het perspectief van de actoren in de onderzochte situaties goed in kaart te brengen. Dit criterium wordt ook *authenticity* (Smeijsters, 2006, p. 44) genoemd.
Door mijn interviews maar half te structureren en er open vragen te stellen gaf ik de respondenten genoeg ruimte hun eigen mening naar voren te brengen.
Met Peter Stolk heb ik een member check doorgevoerd om te toetsen of in het uitgetypte interview nog iets ontbraak en of ook schriftelijk naar voren kwam wat hij uit wilde drukken.
Het criterium *dependability* zegt iets over de compleetheid van de resultaten (Smeijsters, 2006). Doordat ik dus de techniek van de triangulatie toe heb gepast, heb ik het onderzoeksverschijnsel vanuit meerdere invalshoeken bekeken en verbanden tussen verschillende bronnen gelegd. Ook het member checking kon me helpen om na te gaan of er nog informatie ontbrak, de geïnterviewde kon immers nog dingen te binnen schieten als hij een overzicht van het gesprek heeft gezien.
Credibility betekent dat de resultaten voor de respondenten geloofwaardig zijn (Smeijsters, 2006).
De techniek van triangulatie, dus het gebruiken van verschillende databronnen, draagt ertoe bij dat het onderzoeksverschijnsel vanuit meerdere richtingen benaderd wordt. Door dus interviews af te nemen en in de literatuur op zoek te gaan naar verklaringen voor bepaalde fenomenen heb ik dit criterium vervuld.
Verder kan de buitenstaander door de nauwkeurige beschrijving over hoe ik de data heb verzameld en hoe ik deze geanalyseerd heb, erkennen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Het benoemen en beschrijven van de coderingstechnieken uit de grounded theory maakt dat iemand anders de weg naar deze resultaten kan nagaan. Het criterium *confirmability* wordt op deze manier vervuld.
Transferability doet een uitspraak over de overdraagbaarheid van het onderzoek. Zoals al eerder gezegd staat in een case study de unieke cliënt centraal wat ook betekent dat bepaalde verschijnselen samen kunnen hangen met de persoon zelf. Daarom is het belangrijk de achtergrondgegevens en kenmerken van de cliënt in het onderzoek te betrekken en ook voor anderen inzichtelijk te maken. Ook het probleemgebied moet in de probleemstelling helder beschreven en afgebakend worden. Daardoor kan er beter een uitspraak over de overdraagbaarheid op andere cliënten gedaan worden.

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Het doorlopen analyseproces

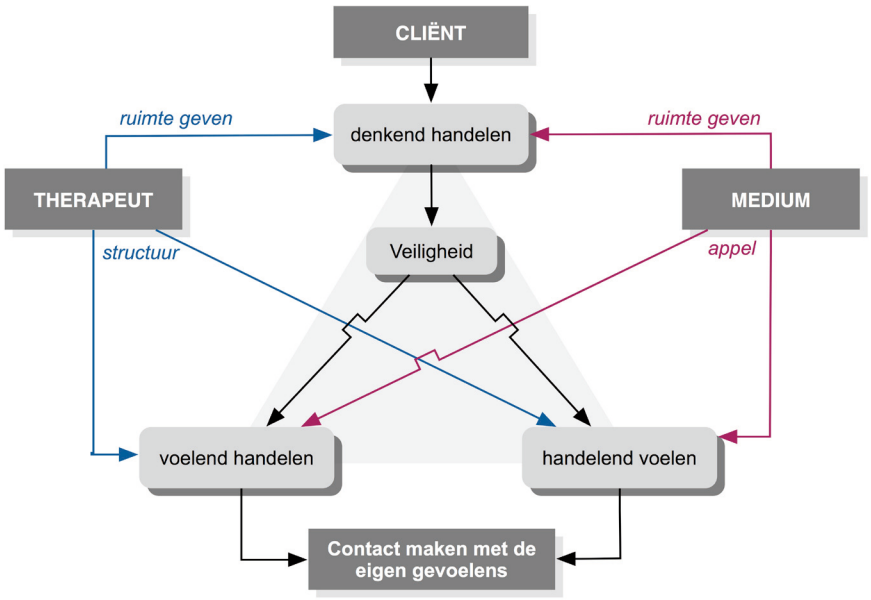
De rapportages van het therapieverloop met Elizabeth en twee afgenomen interviews met de beeldende therapeuten Marianne Salm en Peter Stolk vormden voor het grootste gedeelde het onderzoeksmateriaal. Bij hun analyse heb ik gebruik gemaakt van de coderingstechnieken uit de grounded theory zodat er na elke analysefase bepaalde begrippen gevonden werden die meer in de focus kwamen.
In de eerste analysefase heb ik de therapierapportages open gecodeerd en daarbij de therapeutische driehoek cliënt, therapeut, medium als hulpmiddel gebruikt om de tekst onder te verdelen. Vervolgens heb ik me het eerst op de cliënt gericht zodat ik alle tekstfragmenten die over de cliënt gingen axiaal heb gecodeerd. Daarbij viel op dat het geobserveerde gedrag van de cliënt in de categorieën denken, voelen en handelen geordend kon worden.
De eerste kernbegrippen *denkend handelen, handelend voelen* en *voelend handelen* werden toen gevonden die ik in een eerste schema weergegeven heb:

Model 1



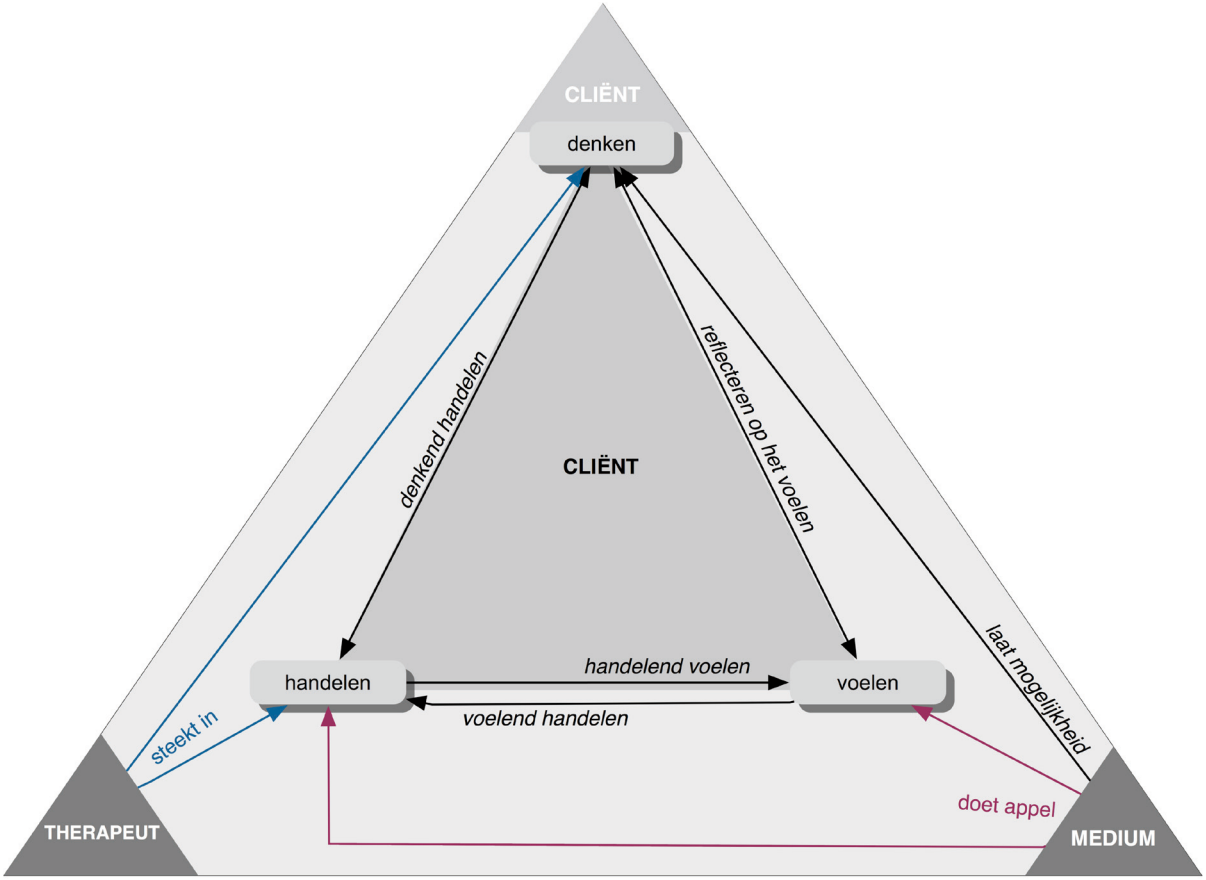
Dit model laat zien, dat de cliënt in eerste instantie het *denkend handelen* nodig heeft om veiligheid te ervaren en de veiligheid als basis dient om de nieuwe ervaringen van *voelend handelen* en *handelend voelen* binnen de beeldende therapie aan te kunnen.
Het *voelend handelen* en het *handelend voelen* stimuleren dan het “in contact komen met de eigen gevoelens”.
Vervolgens heb ik meer gericht gezocht naar de rol van de therapeut en het medium in dit proces. Bij het axiaal coderen van de tekstfragmenten die betrekking tot de therapeut hadden, viel op dat er steeds de thema´s “structuur bieden en ruimte geven”, verschenen. Het leken belangrijke voorwaardes binnen de beeldende therapie te zijn die door de therapeut gewaarborgd moeten worden. Het geven van ruimte verscheen daarbij steeds met betrekking tot het *denkend handelen* van de cliënt. Structuur bieden leek belangrijk te zijn als de cliënt geprikkeld wordt *voelend te handelen* en *handelend te voelen.* Op het niveau van het medium viel op dat het medium enerzijds een appèl moet doen op het *voelend handelen* en *handelend voelen* van de cliënt en anderzijds de mogelijkheid tot *denkend handelen* moet geven.
In het tweede schema is dus de aanvullende rol van de therapeut en het medium in relatie met de kernbegrippen *denkend handelen*, *voelend handelen* en *handelend voelen* te zien*:*

Model 2



In de volgende fase van het onderzoek heb ik twee interviews met de beeldende therapeuten Peter Stolk en Marianne Salm afgenomen. De interviews werden vervolgens weer open en axiaal gecodeerd. Bij het axiaal coderen kristalliseerde zich naast de al gevonden kernbegrippen nog een ander belangrijk thema eruit: *de reflectie op het voelen.*
Het bleek toen dat de therapeut het emotionele voelen bij de cliënt kan aansturen doordat hij via het handelen en denken bij de cliënt insteekt. Dit betekent dat de therapeut het handelen en denken van de cliënt binnen de beeldende therapie moet betrekken om haar in contact met de eigen gevoelens te laten komen.
Ik heb toen naar een presentatievorm gezocht die het best weergeeft dat alle kernbegrippen een gelijkwaardige rol hebben en in wisselwerking met elkaar staan. Daarom heb ik ervoor gekozen de kernbegrippen binnen de twee driehoeken welke ik al bij het analyseproces als hulpmiddel heb gebruikt (cliënt, therapeut, medium en denken, voelen, handelen) weer te geven. Hierin wordt duidelijk dat het denken niet alleen voor veiligheid zorgt en als basis binnen de therapie dient maar dat de therapeut naast het handelen ook het denken van de cliënt aanspreekt om het emotionele voelen te stimuleren. *De reflectie op het voelen* vormt daarbij namelijk de verbinding tussen het denken en voelen van de cliënt die binnen de beeldende therapie evenzo plaats moet vinden.
In het vorige schema stond de therapeut nog in directe verbinding tot het voelen van de cliënt; ik vond echter dat de weg naar het voelen binnen de beeldende therapie alleen via het handelen en denken van de cliënt kan gaan.
Het hier weergegeven schema kwam dus voort uit het selectief coderen en geeft op een overzichtelijk manier alle kernbegrippen en hun verbanden onder elkaar weer:

Het theoretisch model



3.2 De kernbegrippen

Het theoretisch model is gebaseerd op de therapeutische driehoek cliënt, therapeut, medium en de driehoek denken, voelen, handelen, welke beiden beschrijven dat er steeds een wisselwerking tussen de polen plaatsvindt en deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (Ysermans, 2006).
Doordat de kernbegrippen *denkend handelen*, *voelend handelen, handelend voelen* en *de reflectie op het voelen* in de driehoek geplaatst werden, wordt duidelijk dat deze evenzo met elkaar verbonden zijn en elkaar beïnvloeden.
In het model (zie 3.1) gaan twee pijlen van de therapeut naar het denken en handelen van de cliënt. Dit betekent dat de therapeut enerzijds het denken van de cliënt binnen de beeldende therapie moet betrekken en anderzijds via het denken of handelen van de cliënt kan insteken om haar in contact met haar gevoelens te laten komen.
Hoe de therapeut dit doet, wordt onder elk kernbegrip concreet uitgelegd.
Verder gaan er in het schema pijlen vanuit het medium naar het handelen, voelen en denken van de cliënt. Dit wil zeggen dat het medium op alle elementen binnen de therapie een appèl kan doen. De materialen kunnen de cliënt prikkelen om daar iets mee te doen (handelen), ze kunnen aan de cognitie van de cliënt appelleren (denken) maar ze kunnen ook het zintuiglijk voelen prikkelen (voelen). Welke materialen daar geschikt voor zijn en welk appèl ze op de cliënt doen wordt evenzo onder de kernbegrippen toegelicht.
Voor het ontwikkelen van een nieuw theoretisch model is het belangrijk dat de beoogde wisselwerking zo helder als mogelijk beschreven wordt. Hieronder volgt dus een beschrijving van de kernbegrippen en hun verbanden zodat hun betekenis voor het doel “in contact komen met de eigen gevoelens” helder wordt.
De ervaringen tijdens de behandeling van Elizabeth en de informatie van mijn interviewpartners vormden de basis voor deze resultaten en worden daarom in de volgende tekst concreet benoemd.

3.2.1 Denkend handelen

Denkend handelen beschrijft het gedrag van de cliënt dat vooral via de cognitie wordt gestuurd. In de beeldende therapie uit het *denkend handelen* zich het duidelijkst in het mediumgedrag van de cliënt, dus in de manier waarop de cliënt naar een product komt. Aspecten zoals: hoe komt de cliënt tot een keuze, in welke mate brengt hij structuur aan, hoe komt hij tot een vorm en hoe hanteert hij het materiaal (bijvoorbeeld grote of kleine bewegingen maken, snel of langzaam werken) spelen daarbij een rol (Pénzes in Schweizer et al., 2009, p. 237).
Peter Stolk en Marianne Salm noemden telkens vormen van *denkend handelen* die bij cliënten met anorexia nervosa vaak in het medium te observeren zijn en die van de geïnterviewden meestal als controlerend gedrag beschreven werden. Deze vormen kunnen binnen de beeldende therapie non-specifiek zijn: wat doet de cliënt in de beeldende therapie: algemeen mediumgedrag zoals structurering van het werk, omgang met de therapeut/groepsleden. En ze kunnen specifiek zijn: hoe doet de cliënt iets: de materiaalhantering van de cliënt. Beide vormen worden hieronder door voorbeelden uit de casus van Elizabeth te geven, verduidelijkt:

Non-specifieke vormen van het mediumgedrag:

- planmatig handelen: de cliënt plant haar werk in het begin helemaal din en houdt zich strikt aan dit plan
- perfectionistisch werken: de cliënt wil het helemaal goed doen, dat wat ze maakt moet precies zo eruit zien als zij het bedacht heeft
- het om willen zetten van ingewikkelde ideeën: vormen die Elizabeth tekende hadden bijvoorbeeld een symbolische betekenis
- productgericht werken: aan het begin van een sessie stelde Elizabeth steeds een doel in vorm van een product. Dat ze deze verwachting vervulde, was heel belangrijk voor haar
- het stellen van veel vragen: tijdens het werken met klei wilde Elizabeth bijvoorbeeld weten of het kleivoorkomen ooit op zal raken, hoe ik het werken met klei vind enz. Dit liet zien dat zij deze werkvorm die een sterk appèl op het voelen deed, probeerde via het denken te benaderen
- hoge eisen stellen aan het eigen werk: Elizabeth´s verwachting was steeds dat het product aan het eind mooi moest uitzien. Toen haar dit een keer niet was gelukt, had ze het gevoel gefaald te hebben
- figuratief werken: hartjes- en bloempjesvormen kwamen in bijna alle werkstukken terug

Specifieke vormen:

- niet congruent gebruiken van het materiaal om het beter te kunnen sturen: spraybussen werden bijvoorbeeld heel dicht aan het werkstuk gehouden, met ecoline werd het liefst met een pen gewerkt
- weinig experimenteren met de verschillende eigenschappen van het materiaal: pen, kwast of verf werden steeds op dezelfde manier gebruikt, het werd niet gezocht naar andere manieren waarop je het materiaal kunt gebruiken

Marianne vermeldt echter dat het gedrag van de cliënten vaak niet meer als bewust stuurbaar door henzelf wordt ervaren omdat het vaak een mechanisme is geworden die nog maar weinig te beïnvloeden valt door de meisjes zelf.
Bij Elizabeth kon ik bijvoorbeeld bijna in elke sessie een heel hoog werktempo observeren dat zich kenmerkte door het snelle uitvoeren van handelingen achter elkaar zonder tussendoor te pauzeren en afstand te nemen om naar het eigen werk te kijken. Hoewel zij al enig inzicht in het eigen handelen had en het doel opstelde meer plezier te willen beleven en meer oog voor het proces te krijgen, was haar algemeen gedrag al zo geautomatiseerd dat ze ook binnen de beeldende therapie niet merkte dat ze zich eigenlijk geen tijd gaf om plezier te beleven.
Peter Stolk ziet dit gedrag soms ook binnen zijn therapieën terug en constateert dat het zo maar doorgaan ervoor zorgt dat de cliënt niet bij zichzelf stil moet staan. Want stilstaan betekent letterlijk ook stilstaan bij het voelen en bewust waarnemen wat in je omgaat.
Het *denkend handelen* is dus een manier geworden om met onbekende en nieuwe situaties om te gaan en niet stil te moeten staan bij de eigen gevoelens, het zorgt dus voor veiligheid.
Binnen de beeldende therapie moet de cliënt de ruimte krijgen om nieuwe situaties op een voor haar bekende manier te benaderen om een veilige therapiesituatie te creëren waarin de cliënt ook andere ervaringen aankan. Peter Stolk constateert dat deze cliënten vaak angstig op onbekende situaties reageren omdat zij zich zorgen daarover geen controle te hebben. Het ervaren van vertrouwde en bekende dingen kan volgens Peter Stolk in een vreemde situatie voor meer veiligheid zorgen. Veiligheid ontstaat bij deze cliënten volgens Peter Stolk als zijzelf een beetje de regie kunnen houden

over wat er gebeurt en enige voorspelbaarheid in de situatie ervaren. Ruimte voor het *denkend handelen* is daarom een voorwaarde om een veilige situatie te creëren zodat de cliënt het contact met de eigen gevoelens aan kan.

De rol van de therapeut

De therapeut kan dus genoeg ruimte voor de behoefte aan *denkend handelen* van de cliënt geven door zo nauw als mogelijk bij de cliënt aansluiten. Marianne Salm vermeldt in deze samenhang dat de therapeut steeds mee moet bewegen met de cliënt. Dit betekent dat je als therapeut heel goed moet observeren wat er gebeurt en vervolgens zo nauw als mogelijk erbij moet aansluiten waar de cliënt zich op dat moment bevindt. Als een meisje met een heel klein potlood precies gaat werken, stel jij als therapeut niet voor om met een brede kwast en acrylverf te gaan werken. Maar misschien bied je ook andere potloden aan, zachte en harde zodat je het daarna erover kunt hebben wat het verschil in het werken met deze was.
De meeste ruimte biedt daarbij het vrij laten werken wat Elizabeth in het begin van de beeldende therapie deed. De randvoorwaarde voor het geven van zo veel vrijheid in het begin van de therapie is echter dat de cliënt ook de wens of een idee heeft om de sessie zelf in te vullen. Anders zou de therapeut een zelfstandigheid van de cliënt vragen die zij niet kan vervullen wat misschien voor angst zou zorgen.
Peter Stolk gaf echter aan bijna steeds met vaste opdrachten te werken waarin hij ook steeds ruimte geeft voor de behoefte aan *denkend handelen*. Zo biedt hij bijvoorbeeld vaste thema´s aan die een product als doel hebben en zo voor veiligheid zorgen. De cliënten kunnen dan bewust nadenken over wat ze willen gaan neerzetten en ervaren daardoor controle over het eigen handelen en de situatie, omdat het doel voorspelbaar is. Peter Stolk gebruikte het vergelijk met een speltuin waar de hekken het spelveld afgrenzen en voor veiligheid zorgen. Concrete instructies en een opbouw in de opdracht zorgen ervoor dat de activiteit gestructureerd is en de cliënten zich op een veilige manier daarbinnen kunnen bewegen.
Voor het scheppen van meer veiligheid kan de therapeut er dus in het begin van de behandeling voor zorgen dat volgende specifieke factoren aanwezig zijn:

- een doel in vorm van een product voorgeven
- een gestructureerde opdracht aanbieden, waarin de regels duidelijk zijn
- de mogelijkheid geven figuratief te werken
- concrete thema´s aanbieden
- het materiaal zelf laten kiezen

Naast het creëren van veiligheid door het geven van ruimte voor *denkend handelen* kan de therapeut ook via het denken bij de cliënt insteken om het voelen te prikkelen. Dit betekent dat de cognitie van de cliënt binnen de therapie aangesproken wordt met als doel over de eigen gevoelens na te denken en deze zo bewust waar te nemen.
Peter Stolk gebruikt bijvoorbeeld vaak cognitieve opdrachten, zoals het verbeelden van de negatieve gedachtes in vorm van een boze figuur en maakt daarbij gebruik van principes uit de cognitieve therapie. Hij stelt dat via het denken ook het voelen mee komt, door naar de werkstukken te kijken en daarover te praten.
Hier gaat het dan vooral om het werken *met* het medium, omdat het thema als uitgangspunt voor het handelen dient en de inhoud van het gemaakte de aanleiding voor een gesprek is. Hoewel mijn onderzoek meer naar de methodische inzet van het werken *in* het medium gaat, vind ik het toch belangrijk om de eerst genoemde aanpak hier ook te vermelden omdat Peter Stolk duidelijk heeft gemaakt dat dit de cliënten ook iets oplevert. Zijn werkwijze is daarbij vaak re-educatief omdat de cliënten hun problemen door zullen werken zodat de psychische conflicten die daaraan ten grondslag liggen opgeheven worden.
Een ander voorbeeld van hoe je bij het denken in kunt steken om het voelen te prikkelen noemde Marianne Salm nog. Zij probeert soms associaties bij de cliënt uit te lokken. Associaties zijn opgeslagen herinneringen (zintuiglijke gewaarwordingen, ideeën of gevoelens) die met elkaar verbonden zijn en waarbij het oproepen van één van de daaraan verbonden schakels ook andere oproept. Een meisje rook binnen de beeldende therapie bij Marianne eens aan een plastiekdoosje en moest meteen denken aan Pasen. Dit kwam doordat er chocola inzat en deze geur wel verbonden was aan Pasen. Dit is een mogelijkheid om eerst het denken aan te spreken, iemand denkt dus aan Pasen, maar tegelijkertijd ook gevoelsherinneringen op te roepen.

De rol van het medium

De therapeut kan zoals net toegelicht werd door de opdrachtstelling of zijn therapeutische technieken en interventies ruimte geven voor de behoefte aan *denkend handelen* van de cliënt. De keuze van het materiaal en de materiaaltechnieken zijn daarbij belangrijk omdat zij bij deze behoefte aan kunnen sluiten.
Elk materiaal heeft bepaalde eigenschappen waaraan het appèl van het materiaal gekoppeld is dat de cliënt uitnodigt met hem iets te doen. Klei is bijvoorbeeld nat, zacht en vormbaar en doet daarom het appèl hem te kneden, erin te knijpen, te slaan enz. Ecoline doet bijvoorbeeld het appèl de verf te laten lopen en te laten vloeien en ernaar te kijken. Het afwachten en stilstaan bij wat er gebeurt zal daardoor vooral aangesproken worden. Een potlood doet het appèl op het tekenen of schetsen en spreekt daardoor ook veel meer het denken aan. Welk appèl het sterkst is hangt steeds af van de persoonlijke kenmerken van de cliënt en de opdrachtstelling. Een meisje met anorexia nervosa zal zich door een potlood veel meer uitgenodigd voelen om een beeld wat zij in haar hoofd heeft te verbeelden in plaats van gewoon eens lijntjes trekken en kijken wat eruit komt. Als echter de opdracht wordt gegeven zonder te kijken met het potlood lijnen te trekken, zal het materiaal waarschijnlijk minder appèl op de figuratieve vormgeving doen.
Elk materiaal heeft ten slotte ook een appèlwaarde die bij elke cliënt heel verschillend kan zijn. De appèlwaarde van het materiaal zegt iets over hoe de cliënt het materiaal en haar eigen handelen met het materiaal beleefd. Het materiaal en de handelende cliënt gaan dus een relatie aan waarin beiden iets inbrengen: Het materiaal zijn specifieke eigenschappen, appèls en appèlwaarden en de cliënt haar persoonlijke voorkeuren.
Elizabeth vond het werken met gips bijvoorbeeld fijn omdat het met veel andere materialen te combineren was en snel bewerkt kon worden. Grove chamotte klei vond zij bijvoorbeeld beter dan fijne omdat zij eerstgenoemde veel beter kon voelen.
Zo beleeft dus elk persoon het werken met hetzelfde materiaal anders. Een positieve appèlwaarde kan in het begin van de therapie veiligheid scheppen, de therapeut stelt daarom het beste materialen ter beschikking die bij de behoefte aan *denkend handelen* van de cliënt aansluiten.
Gestructureerde materialen zoals dunne penselen en harde potloden zijn goed te controleren en bieden veiligheid in het begin van de therapie. Marianne Salm heeft deze materialen aanwezig en geeft de cliënt veel ruimte om daarmee te werken. Maar ook als het meisje bekend is met het materiaal kan dat voor veiligheid zorgen. Een breed materiaalsortiment dat ter beschikking staat, geeft de cliënt dus de mogelijkheid om zelf te kunnen kiezen.
Thematische materialen zoals tijdschriften, kunstkaarten of gedichten bieden de mogelijkheid denkend aan de slag te kunnen en houvast door een thema te ervaren.
En ook bepaalde mediumtechnieken zoals de druktechnieken zijn zeer gestructureerd omdat zij in stappen uitgevoerd moeten worden. Deze technieken kunnen een opstap bieden naar meer experimenteren omdat zij tegelijkertijd goed te plannen zijn maar ook veel mogelijkheden bieden. Bekende en onbekende elementen zorgen dan voor veiligheid en uitdaging.

3.2.2 Voelend handelen en handelend voelen

Het waarnemen en uitdrukken van de eigen gevoelens wordt volgens Peter Stolk en Marianne Salm door een groot aantal van de anorectische cliënten vermeden omdat ze daardoor het gevoel hebben beter te kunnen controleren wat hen overkomt.
Zoals in het vorige stuk al toegelicht werd, kan de therapeut het denken bij de cliënt aanspreken om het voelen te stimuleren. Maar ook het handelen in het medium helpt de cliënt in contact met de eigen gevoelens te komen.
De twee kernbegrippen *handelend voelen* en *voelend handelen* beschrijven twee toestanden van het in contact zijn met de eigen gevoelens die binnen de beeldende therapie geleerd kunnen worden:
Handelend voelen betekent dat de cliënt in het medium iets doet wat vervolgens gevoelens bij haar uitlokt. Je werkt bij voorbeeld met gips, dat koud en vloeibaar is, dat vind je heel aangenaam aan je handen. Of je tekent met vetkrijt op een groot vel en maakt daarbij grote en zachte bewegingen die bij jou het gevoel van rust uit kunnen lokken (H→V). Peter Stolk noemt dit “losmakend werken” omdat er door het handelen in het medium verschillende gevoelens uitgelokt kunnen worden.
De anorectische cliënt, die vaak een splitsing tussen zichzelf en haar lichaam ervaart en die zoals Peter Stolk constateert moeite heeft zintuiglijk waar te nemen, kan door het contact met het materiaal via haar eigen lichaam weer contact met haar gevoelens maken.
Daarentegen beschrijft *voelend handelen* de verbinding H←V die ervoor zorgt dat de cliënt haar handelen ook door haar gevoelswereld laat beïnvloeden. Een ander begrip voor het voelend handelen is ook de expressie van de gevoelens. In een voorbeeld verduidelijkt betekent *voelend handelen* dat

als je met vetkrijt op een vel lijnen trekt en je merkt dat je toch wat woedend bent, dit in je eigen bewegingen en in je handelen ook uitdrukt. Grote, krachtige en hoekige bewegingen zullen dan waarschijnlijk veel beter bij het gevoel van woede passen dan kleine en zachte bewegingen. Marianne Salm noemt in deze samenhang het begrip congruentie wat betekent dat wat je uitstraalt overeenkomt met wat je van binnen voelt.
Het handelen krijgt tijdens het *handelen voelen* en *voelend handelen* een andere zingeving omdat het doen op zich centraal komt te staan zodat het doelgericht werken daarbij naar achter moet schuiven.
Er is dan sprake van spelbeleving in het medium omdat het kenmerkend voor spel is dat er geen doel nagestreefd hoeft te worden en het beleven van plezier centraal komt te staan. (Verhulst, in Schweizer et al., 2009). Het accent wordt binnen de beeldende therapie dus van het product naar het proces verlegd.
Het spel met beeldende materialen kan de cliënt erbij helpen om in het hier en nu te handelen en van het doen op zich te genieten. De spelbeleving tijdens het werken is daarom ook volgens Marianne Salm belangrijk om in contact met de gevoelens te kunnen komen.
De samenwerking tussen de therapeut en de cliënt kan volgens Marianne Salm behulpzaam zijn om de cliënt nog meer het belang van het proces te laten ervaren omdat beiden de hele tijd met elkaar in interactie gaan en alleen daardoor een product ontstaat.
Met Elizabeth werkte ik ook in de laatste sessie samen met vingerverf op een groot vel waarbij spel op het papier ontstond. Wij reageerden op elkaar en maakten contact op het vel. Soms nam ik het initiatief om haar te prikkelen verschillende dingen uit te proberen en soms wachtte ik meer af en reageerde op haar handelen door vormen van haar te omtrekken of verder te laten lopen.
Op deze manier bepaald de therapeut niet wat de cliënt vervolgens gaat uitproberen maar stimuleert haar om zelf te gaan experimenteren.
Volgens Peter Stolk zorgt het spelen met het materiaal ervoor dat de cliënt de controle iets meer gaat loslaten en erkend dat dit haar ook waardevolle ervaringen op kan leveren.
Toen Elizabeth dus erkende dat zij zich vrij voelde omdat zij veel minder had nagedacht over dat wat ze deed en haar gedrag veel meer door haar gevoelens liet bepalen, kon zij ook erkennen dat het handelen vanuit haar gevoelens goed voor haar is.
Door deze ervaring mee te nemen en zich het gevoel van vrijheid te herinneren dat zij tijdens het werken heeft ervaren, kan zij later ook in dagelijkse situatie bewuster ervoor kiezen op een bepaald moment naar haar gevoelens te handelen. Dit is belangrijk omdat bij de anorexia cliënt vaak een zogenoemde filter zit tussen dat wat ze graag wil doen en doet. Deze wordt door de cognitie gestuurd en belemmert de cliënt vaak bepaalde dingen te doen. Het meisje zou bijvoorbeeld graag een vriendin willen ontmoeten maar zij denkt dat ze vandaag er geen recht op heeft omdat zij al te veel heeft gegeten. Als de cliënt echter in de beeldende therapie heeft geleerd bewuster naar haar gevoelens te luisteren en het handelen door deze te laten beïnvloeden, kan zij in zulke dagelijkse situaties bewuster een gevoelskeuze maken.
Het product in de beeldende therapie kan aan het eind mee naar huis genomen worden en de cliënt helpen om zich deze gevoelens ook later nog te kunnen herinneren.

De rol van de therapeut

Zoals al duidelijk werd moet de therapeut werkvormen of materialen aanbieden die de cliënt uitnodigen *handelend te voelen* en *voelend te handelen.*
Om het voelen van de cliënt te stimuleren kan de therapeut dus naast het denken ook via het handelen bij de cliënt insteken. Dit betekent dat de therapeut door zijn therapeutisch technieken en de inzet van het medium de cliënt uitdaagt om meteen aan de slag te gaan en iets te doen. Het handelen vormt dan het uitgangspunt om naar het voelen te komen, waarbij lichamelijke gewaarwordingen hier de basis voor vormen (Salm in Schweizer et al., 2009).
Volgens Lusebrink (in Schweizer et al., 2009) zijn er twee soorten van werken te onderscheiden om in contact met de eigen gevoelens te komen: sensopatisch werken dat vooral het appèl doet op de zintuiglijke belevingen en sensomotorisch werken dat vooral het appèl doet op belevingen via de eigen beweging.
Ook Peter Stolk en Marianne Salm geven aan met sensopatische en sensomotorische werkvormen te werken. Beide manieren van werken zijn te koppelen aan de kernbegrippen *handelend voelen* en *voelend handelen:*

- Tijdens het sensopatisch werken ervaart de cliënt het materiaal via haar tastzintuigen. Hier kan de cliënt vooral *handelend voelen* omdat het contact met het materiaal en de appèlwaarde die het materiaal voor de cliënt heeft, gevoelens uitlokt (H→V). De beleving van de gevoelens is dan vooral introvert omdat alles zich binnen de cliënt afspeelt en niet geëxploreerd wordt. De cliënt staat bij het *handelend voelen* letterlijk stil bij wat ze doet en voelt. De anorectische cliënt die vaak een splitsing tussen zichzelf en haar lichaam ervaart en die zoals Peter Stolk constateert moeite

heeft zintuiglijk waar te nemen, kan door het contact met het materiaal via haar eigen lichaam weer contact met haar gevoelens maken.
Het sensopatisch spel (Schweizer et al., 2009) kan daarbij het uitgangspunt vormen om de materiaalbeleving en de daarmee verbonden emotionele beleving te bevorderen. De spelbeleving die bij het handelen al werd aangesproken wordt door het aanbieden van sensopatische materialen nog eens versterkt. Marianne Salm geeft aan dat bij het zintuiglijk waarnemen voor een deel het denken naar achter schuift en men op die manier positieve maar ook negatieve gevoelens tegen kan komen.

- Als de cliënt sensomotorisch werkt doet zij dat via de eigen lichaamsbewegingen wat het beleven en uiten van gevoelens zal bevorderen (Lusebrink, in Schweizer et al., 2009). Naast *handelend voelen* is hierbij ook sprake van *voelend handelen* omdat de lichaamsbewegingen niet alleen gevoelens uitlokken maar de cliënt de bewegingen ook kan gebruiken om gevoelens uit te drukken (H←V). Een gevoelsexpressie kan dus plaatsvinden en voor een extraverte beleving van de gevoelens zorgen. Stilstaan bij het eigen handelen vindt daarbij veel minder plaats omdat de cliënt letterlijk in beweging is.
  Peter Stolk zet vaak sensomotorische oefeningen in het begin van de sessie in, om de cliënt te helpen “iets los te komen” door in het handelen en ervaren te komen.

Belangrijk bij deze werkvormen is dat de anorectische cliënt de mogelijkheid heeft om in/met het materiaal naar een vormgeving te komen. Als de therapeut daar geen rekening mee houdt en hij het accent alleen maar op het waarnemen van het materiaal legt, kan het gebeuren dat de behoefte om naar een vormgeving te komen, onderbelicht blijft. Dat gebeurde bijvoorbeeld tijdens de sessie waar ik Elizabeth in een gesloten doosje van karton met klei liet werken. Zij had toen bijna geen mogelijkheid een eigen vormgeving te vinden omdat ik vooral aan de materiaalbeleving appelleerde. Hierbij ondersteunde ik haar niet genoeg zelf vorm te geven aan de klei. Ze kon toen niet kijken maar alleen met haar handen voelen wat ze aan het doen was. Omdat zij echter weinig ervaring met het materiaal had, werd het vormgevingsproces daardoor heel moeilijk voor haar.
Volgens Marianne Salm moet de relatie tussen het materiaal en de cliënt een wisselwerking toelaten. Dat betekent dat de relatie niet eenzijdig mag zijn: Het materiaal roept iets in de cliënt op maar deze is in haar vormgeving zo beperkt dat zij dit niet in het materiaal uit kan drukken. Het materiaal zou op die manier namelijk de overhand hebben en de cliënt het gevoel geven geen controle te hebben. Een ervaring die volgens Peter Stolk voor angst kan zorgen en de cliënt beperkt contact met het materiaal te maken.
Als de cliënt dus gevraagd wordt zonder te kijken het materiaal te bewerken, moet deze aan het eind de mogelijkheid krijgen de klei ook met de ogen open te kunnen bewerken. Hierdoor ontstaat er een evenwicht tussen het zintuiglijk waarnemen en contact maken met het materiaal en het *denkend handelen.*
Als Marianne bijvoorbeeld materialen aanbiedt die een appèl op de zintuiglijke waarneming doen, geeft zij de cliënt toch steeds de mogelijkheid om daarmee aan het eind ook iets te maken.

Naast het aanbieden van materialen die nauw lichamelijk contact van de cliënt vragen en daardoor het emotionele voelen aanspreken, kan ook het werken met andere materialen het voelen via het handelen stimuleren.
De therapeut kan materialen aanbieden die moeilijk te controleren zijn omdat deze evenzo gevoelens bij de cliënt uitlokken. Als de cliënt bijvoorbeeld angstig wordt als zij denkt iets niet meer te kunnen controleren, kan dit gevoel een plek binnen de therapie krijgen en bespreekbaar gemaakt worden.
Het mengen van gips vraagt bijvoorbeeld enig ervaring en ging Elizabeth toen ze het de eerste keer zonder mijn hulp deed niet goed af. Ze had het gevoel gefaald te hebben en het materiaal verspild te hebben zodat er te weinig voor andere mensen over zou zijn. Het gevoel schuld kreeg toen een plek binnen de therapie zodat wij samen konden kijken hoe ze met dit gevoel om zou kunnen gaan.
Ook negatieve gevoelens krijgen zo een plek binnen de beeldende therapie, er wordt niet getracht deze weg te halen of te veranderen maar zij ervaren evenzo als de positieve gevoelens een bestaansrecht. Alleen op die manier kan de cliënt leren deze ook te accepteren zodat zij hen niet meer onderdrukt of afweert.
Het veranderen in het voelen gaat echter alleen stapje voor stapje wat Peter Stolk duidelijk benadrukt. Het vraagt tijd om in contact te komen met de eigen gevoelens, tijd die de therapeut de cliënt binnen de therapie moet geven.
Omdat Elizabeth bijvoorbeeld al enig inzicht in haar eigen handelen had en graag wilde veranderen, was zij soms te gefocusseerd op dit doel. Daarom was het belangrijk te benadrukken dat veranderingen tijd kosten en het iets kan duren totdat een verandering in het denken of handelen door kan dringen tot het voelen. Dit betekent dat men weliswaar actief kan proberen anders over dingen te denken (“Het is niet zo erg dat het werkstuk niet perfect is geworden, immers is het zo heel

individueel.”) maar het voelen heeft meer tijd nodig om mee te komen (“Ik heb desondanks het gevoel gefaald te hebben.”).

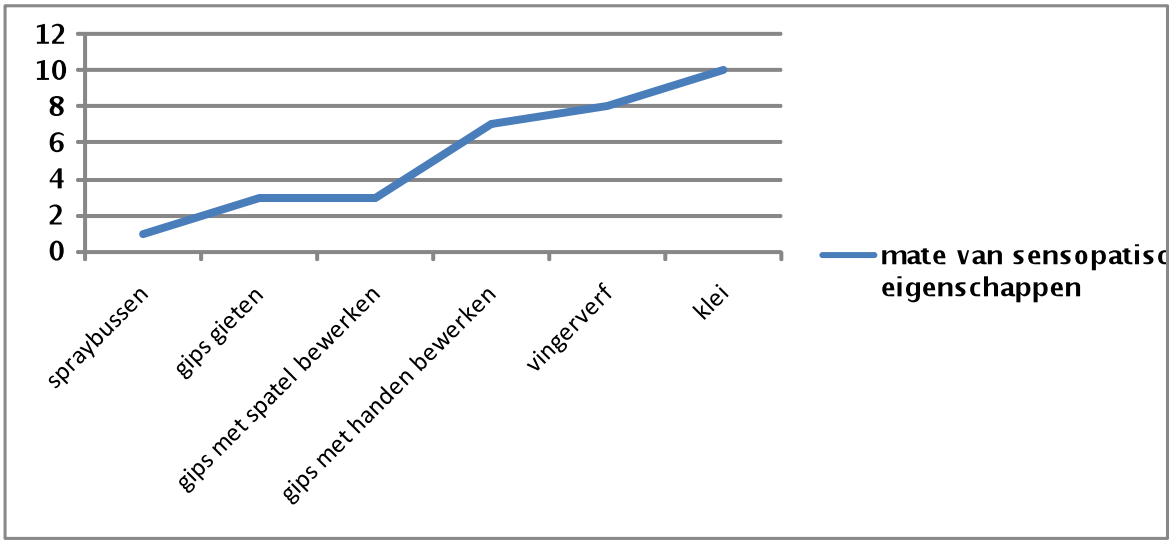
Ruimte geven en structuur bieden

Als de therapeut sensopatische en sensomotorische werkvormen aanbiedt kan dit voor onveiligheid bij de cliënt zorgen omdat het emotionele voelen aangesproken wordt en dit volgens Peter Stolk bedreigend voor de cliënt kan zijn. Bovendien doen deze werkvormen een appèl op het lichamelijk voelen en werken vanuit de intuïtie zodat het toepassen van het *denkend handelen* hier bijna niet mogelijk is. Om die reden is het van groot belang dat de therapeut voor veiligheid zorgt zodat de cliënt zich niet overgelaten gaat voelen aan de eigen gevoelens en daarvan overspoeld raakt (Fox, 2009).
Dit kan namelijk gebeuren als de therapeut de cliënt alleen laat in haar materiaalbeleving en het vinden van een eigen vormgeving.
Warming-up´s waarin de therapeut het nieuw aangeboden materiaal samen met de cliënt onderzoekt helpen volgens Marianne Salm de cliënt contact met het materiaal te laten maken en ermee te experimenteren. Zij nodigt de cliënt dan uit gewoon eens op zoek te gaan wat je alles met het materiaal kunt. Als zij merkt dat de cliënt hier moeite mee heeft, is ze daarin soms meer sturend en als de cliënt zelf op zoek gaat en experimenteert, trekt zij zich meer terug.
De opbouw van de opdracht zelf kan volgens Peter Stolk evenzo voor veiligheid zorgen. Op die manier moeten de cliënten steeds één handeling achter elkaar uitvoeren waardoor ze door de opdracht geleid worden. Daardoor worden ze ook niet meteen overvraagd omdat ze één stap na een ander kunnen zetten.
Marianne Salm geeft aan dat de cliënt door een opbouw binnen een opdracht of door een opbouw van meerdere opdrachten structuur ervaart en zo langzamerhand van het bekende naar de uitdaging heen kan worden geleid. In het begin kan de therapeut vooral gestructureerde materialen aanbieden die goed te controleren zijn en voor veiligheid zorgen. Stap voor stap kan hij materialen aanbieden die minder structuur bezitten en moeilijker te hanteren zijn voor de cliënt.
Als de therapeut materialen aanbiedt die een sterker appèl op de zintuiglijke waarneming doen, moet hij structurerende technieken aanbieden die de waarneming van de cliënt stimuleren en haar door de opdracht leiden en houvast bieden. Ook de expressie in het materiaal vraagt om een sturende begeleiding van de therapeut omdat de cliënt gewend is via haar denken vorm te geven aan het materiaal. Als de cliënt dan gevraagd wordt meer vanuit haar gevoelens vorm te geven, kan dat een moeilijke stap zijn.
De therapeut kan daarbij gebruik maken van principes uit de geleide expressie (Savenije, 1978) die erbij aansluiten om de cliënt niet alleen met de materiaalbeleving en bewerking te laten maar haar daarbij steun en structuur bieden. De methode van de vrije en geleide expressie komt voort uit het beeldend onderwijs en tracht de kinderen naast het aanleren van kunstambachtelijke vaardigheden vooral zich door kunstzinnige middelen uit te drukken (Savenije, 1978). De geleide expressie biedt daarbij veel structuur door het kind niet alleen te laten in de vrijheid van mogelijkheden maar het aan de hand te nemen en naar de vrije expressie te leiden. De therapeut kan dit principe ook in de beeldende therapie toepassen om de cliënt met de verschillende mogelijkheden te laten spelen.
Ook Marianne begeleidt de cliënt steeds actief als deze sensopatisch materiaal aangeboden krijgt. Bij de geleide expressie hoort dat de therapeut veel invloed op de vormgeving van het materiaal heeft en voorordenend is (Savenije, 1978). Marianne Salm kiest er meestal voor om zelf mee te doen en geeft in het begin instructies zoals: de klei in de handen te nemen, te kneden, er eens in te knijpen of te slaan. Vervolgens geeft zij concrete instructies wat de vormgeving betreft zoals: “Maak eens een bol of een pannenkoek van de klei. Maak met je vingers een gat erin of strijk de oppervlakte helemaal glad.” Hierdoor kan de angst voor het onbekende materiaal verminderen omdat het de cliënt veiligheid biedt als zij in het begin alleen maar de instructies moet volgen. Bovendien wordt zij op die manier gestimuleerd om verschillende bewegingen in de klei uit te proberen waardoor ook de materiaalbeleving bevorderd wordt. Als de cliënt hierna de ruimte krijgt om alleen verder te gaan met het materiaal kan zij op de ervaringen van het begin teruggrijpen en een eigen vormgeving vinden. De vormgeving ontstaat op die manier niet meer door het *denkend handelen* maar is een gevolg van het *voelend handelen.*
Ook principes van mindfulness kunnen door de therapeut toegepast worden om de materiaalbeleving van de cliënt te stimuleren en te ondersteunen.
Mindfulness komt voort uit het zenboeddhisme (Schweizer et al., 2009) en betekent dat wij aandacht schenken aan alle dingen die op dit moment bestaan zonder erover te oordelen (Williams et al., 2008). Dat zijn volgens Williams et al. (2008) vooral dingen die wij als vanzelfsprekend beschouwen zoals ons gevoelens in bepaalde situaties. Mindfulness oefeningen hebben daarom tot doel deze dingen bewust te maken zodat wij onder andere beter kunnen beïnvloeden hoe wij handelen, voelen of denken. Dit principe kan dus goed in de beeldende therapie geïntegreerd worden omdat het zich

volgens Williams et al. (2008) op het ervaren in het hier en nu richt en het waarnemen via de zintuigen een grote rol speelt.
Marianne Salm geeft aan dat zij principes van mindfulness in haar therapieën toepast. Als zij sensopatische materialen aanbiedt vraagt zij de cliënt in het begin steeds tijd te nemen om bij de waarneming van het materiaal stil te staan. Het werken met de ogen dicht wordt door Peter Stolk en Marianne Salm als ondersteunend beschreven als ze de cliënt gerichter willen laten waarnemen. Peter Stolk benadrukt echter dat je als therapeut steeds de draagkracht van de cliënt in moet schatten en haar steeds de ruimte moet geven om weer terug te kunnen naar het kijken. De structuur van de opdracht mag dus niet beperkend zijn maar moet de cliënt ondersteunen in het opdoen van nieuwe ervaringen.
Gerichte vragen die betrekking hebben op de verschillende eigenschappen van de klei zoals temperatuur, gewicht, textuur en stabiliteit helpen de cliënt bewuster waar te nemen. Deze meisjes hebben immers moeite met het zintuiglijk voelen zodat meer gerichte vragen hen helpen de aandacht op een bepaald waarneming te kunnen richten.
Vervolgens kan de therapeut de focus op de cliënt zelf richten zodat zij langzaam naar het bewust waarnemen van de materiaalbeleving kan worden geleid. Marianne Salm benoemt dan ook eens tijdens het werken wat ze bij de cliënt observeert en toetst dit door een vraag te stellen: “Ik zie dat je de klei alleen maar met je vingertoppen aanraakt, vind je het eng om ermee te werken?” Op die manier wordt de cliënt stap voor stap geleid van de bewuste waarneming van het materiaal en het eigen handelen naar het bewust worden van de eigen beleving. Het *handelend voelen* wordt zo actief door de therapeut ondersteund. Bij het principe van mindfulness oefeningen hoort vervolgens dat je de gevoelens die in je opkomen niet beoordeelt maar dat je deze gewoon laat zijn zoals ze zijn. De cliënt leert daardoor deze niet meer af te weren maar te accepteren.
Maar ook het denken kan in deze methode betrokken worden omdat het utopisch zou zijn de cliënt te vragen haar denken tijdens het werken uit te schakelen. De gedachten worden gewoon als voorbijgaande mentale gebeurtenissen beschouwd die komen en gaan (Williams et al., 2008). De cliënt kan voordat zij begint met het werken gevraagd worden om haar gedachtes tijdens het werken waar te nemen en deze zonder erover te oordelen voorbij te laten gaan zoals vogels in de lucht. Door de gedachtes evenzo als de gevoelens te leren accepteren worden zij automatisch minder machtig.
De weg is dan vrij om naast het denken ook te kunnen voelen, beide kunnen er zijn maar het ene belemmert het andere niet.

De rol van het medium

Om de cliënt nieuwe ervaringen te laten opdoen, moeten er materialen aangeboden worden die een appèl op het *handelend voelen* en *voelend handelen* bij de cliënt doen.
Dat zijn vooral materialen die via de tastzin te ervaren zijn een meestal vormloos zijn zoals klei, gips of vingerverf. Deze zijn instabiel en veranderbaar en vragen een nauw lichamelijk contact van de persoon die met deze werkt zodat ze sensopatische materialen genoemd worden.
Hoe sensopatisch een materiaal is, dus in welke mate het de tastzin aanspreekt, hangt vooral af van de vorm van de opdracht waarin het aangeboden wordt. Hieronder volgt een schema dat alle materialen waarmee Elizabeth heeft gewerkt weergeeft in de volgorde van niet/in geringe mate sensopatisch (1) naar in hoge mate sensopatisch (10):



Het werken met spraybussen en gips gieten vragen beiden weinig tot geen lichamelijk contact van de cliënt. Ook het bewerken van het gips met een spatel heeft weinig sensopatische eigenschappen omdat de cliënt een gereedschap gebruikt en het materiaal niet aanraakt. Als gips met de handen bewerkt wordt verhogen zich zijn sensopatische eigenschappen.
Gips wordt in dit schema echter als minder sensopatisch dan klei en vingerverf weergegeven omdat het de appèl op snel werken doet. Gips droogt snel op en moet daarom snel bewerkt worden. Dit betekent echter dat men minder lang contact met het materiaal heeft. Bovendien wordt dit materiaal meer doelgericht ingezet omdat men minder tijd heeft om met het materiaal te spelen. Klei kan daarentegen heel lang bewerkt worden Er bestaat grove en fijne chamotte zodat de tastzin op verschillende manieren aangesproken wordt.
Bij vingerverf blijft de verf letterlijk aan de handen zitten en past zich aan de handen aan omdat de verf vormloos is. Verder kan het materiaal ook met de voeten gebruikt worden zodat nog een ander deel dan alleen de handen contact met het materiaal heeft. De vingerverfopdracht deed een appèl op de extraverte beleving van de gevoelens omdat je hier groter bewegingen kon maken en je hele lichaam erbij kon inzetten. In de aangeboden opdracht had klei meer sensopatische eigenschappen dan vingerverf omdat het appèl daarin veel meer op de introverte beleving van de gevoelens lag.
Maar ook andere materialen beschikken over sensopatische eigenschappen en kunnen in de beeldende therapie gebruikt worden. Marianne Salm biedt bijvoorbeeld rest- en kosteloos materialen aan zoals verpakkingsmateriaal. Deze doen minder appèl op het vormgeven en kunnen in het begin gebruikt worden om de cliënt te prikkelen deze via haar zintuigen waar te nemen. Met behulp van de collagetechniek kunnen deze aan het eind echter ook tot een werkstuk verwerkt worden.
Naast sensopatische materialen kunnen er ook sensomotorische werkvormen ingezet worden om de cliënt meer bewust te laten worden van haar eigen lijf. Het materiaal moet de cliënt daarvoor echter ook de mogelijkheid geven. Peter Stolk biedt bijvoorbeeld vetkrijt aan omdat je daarmee veel mogelijkheden hebt om in je bewegingen te variëren. Je kunt er vast of zacht op duwen, grote en kleine, snelle en langzame bewegingen mee maken. Andere materialen zoals houtskool bieden minder mogelijkheden in de bewegingen te variëren omdat deze snel zou breken bij te veel druk.
Het materiaal kan echter ook zo ingezet worden om een bepaald sensomotorische beleving te stimuleren. Zo kan de therapeut er juist voor kiezen om de cliënt met houtskool te laten werken als deze steeds veel kracht gebruikt en heel snel werkt. In het werk met houtskool moet de cliënt dan nieuwe bewegingen uitproberen als zij niet wil dat de kool steeds breekt.
Maar ook schildermaterialen zoals kwasten of spatels kunnen gebruikt worden om verschillende bewegingen uit te proberen. Een grote teken- of schilderondergrond geven de cliënt dan veel ruimte om zich te kunnen bewegen.
Materialen met veel verschillende eigenschappen bevorderen het experimenteren en nodigen de cliënt uit de controle iets los te laten. Peter Stolk biedt bijvoorbeeld vaak ecoline aan. Het materiaal heeft veel verschillende eigenschappen en prikkelt de cliënt om verschillende dingen uit te proberen. Het experimenteren met het materiaal kan daardoor voor spelbeleving zorgen omdat het doen op zich, het uitproberen en combineren en zich laten verassen door wat er gebeurt centraal staat.

3.2.3 Reflectie op het voelen

Cliënten met anorexia nervosa benaderen onbekende en nieuwe dingen vaak via hun denken. Dit mag binnen de beeldende therapie niet enkel als een belemmering gezien worden; het actief betrekken van het denken speelt namelijk een belangrijke rol. De *reflectie op de eigen gevoelens* is belangrijk om deze te kunnen identificeren, onderscheiden en accepteren (Hinz, 2006).
De cliënt gebruikt op die manier haar denken om haar aandacht te leiden naar het werkproces en de gevoelens die daarbij zijn ontstaan. Als zij tijdens het werken *handelend voelde* kan de reflectie daarop de gevoelens die toen zijn ontstaan duidelijker in het bewustzijn halen. Peter Stolk is van mening dat de therapie op die manier ook zin krijgt voor de cliënten; een aspect dat voor deze doelgroep heel belangrijk is. Immers moeten zij volgens Peter Stolk een beetje snappen wat ze aan het doen zijn en waarvoor dat goed is.
Het bewust krijgen van het eigen handelen, denken en voelen kan de cliënt vervolgens erbij helpen om veranderingen daarin aan te brengen.

<u>De rol van de therapeut</u>

De nabespreking vormt volgens Peter Stolk de basis om naast het opdoen van nieuwe ervaringen ook het eigen handelen, denken en voelen bewust te krijgen. Omdat handelen, denken en voelen niet achter elkaar plaatsvindt maar steeds tegelijkertijd moeten alle drie polen bij de reflectie betrokken

worden. Ze zijn dan steeds een vast onderdeel van het gesprek zodat Peter Stolk het accent nooit maar op één van deze polen legt. De vragen “Hoe heb je gewerkt?”, “Wat voelde jij tijdens het werken?”, “Wat denk je over het product?” komen dan steeds aan de orde. De reflectie aan het eind laat de cliënt dus stilstaan bij wat ze heeft gedaan, gedacht en gevoeld. Als de cliënt alleen gevraagd zou worden wat zij voelde zou haar dat waarschijnlijk overvragen omdat ze weinig toegang tot haar gevoelens heeft. Bouwt de therapeut het gesprek echter zo op dat de cliënt stap voor stap nog eens na kan gaan wat ze heeft gedaan, kan ze op die manier meer contact maken met de gevoelens die tijdens het werken bij haar opkwamen.
Iemand die tijdens het werken steeds doorgaat en niet stilstaat bij wat ze doet, denkt en voelt leert tijdens de reflectie aan het eind van de sessie haar aandacht op deze aspecten te richten. Als zij dan de volgende keer weer aan de slag gaat, heeft ze misschien tijdens het werken al meer aandacht voor dat wat ze doet, denkt of voelt omdat de drie aspecten onderwerp van de reflectie waren.
Peter Stolk stelt ook dat het stuk reflectie aan het eind de meisjes het gevoel van controle terug kan geven.
Als de ervaringen tijdens het werken namelijk te gevoelsmatig waren en te veel bij hen hebben uitgelokt kunnen ze “hier pratend weer die grip op krijgen. […] Niet te veel natuurlijk […] maar mensen moeten ook weer een beetje in evenwicht de deur uit.”
Maar ook door zijn interventies doet Peter Stolk vaak een appèl op de reflectie bij de cliënt. Hij wil ze prikkelen over het eigen handelen na te denken doordat hij aangeeft wat hij bij hen waarneemt. Hij benoemt bijvoorbeeld als hij ziet dat een cliënt heel snel werkt en doet dit vaak ook door gebruik te maken van humor: “Oh, moet je de trein halen?” Hij constateert dat vele dan proberen iets te veranderen en rustiger te werken. De bewustwording van het eigen gedrag vormt dus de basis voor deze verandering en kan alleen bereikt worden als de reflectie van de cliënt gestimuleerd wordt.
De confrontatie met het eigen handelen wordt daarbij gebruikt om de cliënt inzicht in het eigen denken, handelen en voelen te laten krijgen.
Peter benadrukt dat zijn therapeutische houding steeds supportief en steunend is maar daarbinnen laat hij de cliënten wel op een vriendelijke en accepterende manier zien wat ze aan het doen zijn en confronteert ze zo ook met dingen die ze eigenlijk willen vermijden. De humor zorgt in deze situaties voor een meer ontspannen sfeer zodat de cliënten van de confrontatie kunnen leren en niet afhaken.
Peter Stolk veronderstelt dat ze door de reflectie ook erkennen hoe het eigen denken, handelen en voelen met de eetstoornis samenhangt. Een belangrijk aspect bij deze doelgroep omdat dit inzicht hen kan helpen motivatie te ontwikkelen de eetstoornis los te laten. Dit zal echter niet betekenen dat deze stoornis door gewoon meer gemotiveerd te zijn, te genezen is. Zoals ook bij verslavings-problematieken speelt de motivatie wel een belangrijke rol maar het gedrag van de cliënten is meestal zo aangeleerd en verhult verschillende problemen dat het niet alleen door de eigen wil veranderd kan worden. Een gedragsverandering moet stap voor stap binnen de therapie geoefend worden.

De rol van het medium

Het product wat tijdens het werkproces van de cliënt ontstaat, vormt een waardevol uitgangspunt voor de reflectie aan het eind van de sessie. Peter Stolk laat de werkstukken steeds ophangen en vraagt de cliënten om afstand daarvan te nemen en ernaar te kijken. De reflectie op het denken, voelen en handelen kan op die manier steeds gelinkt worden aan het product.
Ook in de therapie met Elizabeth speelde bijvoorbeeld het product dat ze in de laatste sessie maakte een belangrijke rol. Het werkstuk dat Elizabeth en ik in de laatste sessie met onze handen hebben geschilderd, gaf namelijk heel duidelijk het verschil tussen dit werkproces en de vorige van Elizabeth weer. De beeldelementen lieten zich heel goed linken aan Elizabeth´s gedrag en aan haar gevoelens tijdens het werken. Zij kon in de nabespreking elementen in het werkstuk aanwijzen die door een bepaald gevoel ontstaan waren. De vlekken die bijvoorbeeld over de ene helft van het vel verspreid waren, zijn ontstaan doordat Elizabeth verf met haar hand pakte en deze met kracht op het vel gooide. Toen ze nog eens naar de vlekken keek, reflecteerde ze op haar handelen en erkende dat ze zich daarbij heel vrij en sterk heeft gevoeld. Zij erkende ook duidelijke verschillen met haar andere werkstukken. Zij gaf aan veel minder nagedacht te hebben omdat zij maar één hartje heeft geschilderd. In haar vorige werkstukken waren er steeds figuratieve vormen te erkennen.
Omdat tijdens het werken echter ook negatieve en angstwekkende gevoelens uitgelokt kunnen worden is afstand nemen van het product en hiernaar kijken volgens Peter Stolk een goede manier om ook afstand tot deze gevoelens te creëren. Hij veronderstelt dat de opgedane ervaring en de uitgelokte gevoelens tijdens het werken daardoor minder bedreigend worden.

4 Verklaring van de resultaten

In het vorige hoofdstuk werden de gevonden kernbegrippen uitgelegd en met elkaar in verband gebracht; zo werd er een overzicht gegeven over de resultaten die uit het selectief coderen voortkwamen.
In het volgende hoofdstuk zal worden ingegaan op de verklaring van de resultaten en hun betekenis voor de casus van Elizabeth. Er wordt verklaard wat nu ertoe heeft geleid dat Elizabeth in contact met haar gevoelens kwam. Dit is belangrijk om later een nieuw werkmodel op te kunnen stellen.

4.2 De insteek via het denken

De mogelijkheid *denkend te handelen* zorgt voor de anorectische cliënt voor veiligheid en is daarom een voorwaarde die binnen de beeldende therapie aanwezig moet zijn.
De reflectie op het voelen sluit bij het denken van de cliënt aan en is noodzakelijk zodat de cliënt haar gevoelens kan identificeren, onderscheiden en verwerken.
Beide aspecten worden nu nader belicht en door behulp van de literatuur verklaard.

<u>Denkend handelen</u>

Denkend handelen beschrijft zoals al duidelijk werd het gedrag van de cliënt dat via haar cognitie wordt gestuurd en waarin de behoefte aan controle duidelijk wordt. Situaties via het denken benaderen hoort bij het referentiekader van de cliënt. Bolhuis & Simons (2001) beschrijven het referentiekader van een mens als een soort systeem waarin geleerde dingen worden opgeslagen en die de inzichten en handelwijzen van iemand bepalen. Zij beschouwen de aansluiting bij het referentiekader als noodzakelijk voor het aanleren van nieuwe dingen omdat conflicterende informatie anders niet gemakkelijk opgenomen wordt.
Ook Carl Rogers benadrukte in de ontwikkeling van zijn client centered psychotherapy het belang van het referentiekader van een mens. Hij beschouwde dit als de subjectieve wereld van het individu dat door zijn ervaringen is ontstaan en het beste uitgangspunt voor het begrijpen van het gedrag van iemand is (Stumm, Wiltschko & Keil, 2003). Door empathie toont de therapeut begrip en waardering voor de belevingswereld van de cliënt en geeft deze het gevoel gezien te worden. Daardoor wordt een angstvrije therapiesituatie gecreëerd waarin de cliënt zich open stelt voor nieuwe ervaringen (Stumm, et al., 2003).
Het waarnemen van de eigen gevoelens is iets wat de anorectische cliënt van tevoren heeft vermeden of niet heeft geleerd zodat dit een nieuwe leerervaring binnen de beeldende therapie vormt. Binnen de therapie moet de therapeut dus dicht bij het referentiekader van de cliënt aansluiten om enerzijds een vertrouwensrelatie te laten ontstaan en er anderzijds voor te zorgen dat de nieuwe leerervaringen makkelijker in het eigen referentiekader geïntegreerd kunnen worden. De rol van de beeldende therapeut is daarbij niet voorordenend omdat de cliënt veel ruimte wordt gegeven voor eigen keuzes en haar manier van handelen (Stumm, et al., 2003).
Er zijn echter volgens Bolhuis & Simons een aantal voorwaarden die noodzakelijk zijn dat iemand zich openstelt voor een nieuwe leerervaring:
- Iemand moet zich bewust zijn van het eigen referentiekader
De supportieve maar ook confronterende therapeutische technieken van Peter Stolk hebben tot doel de cliënt te laten erkennen wat ze aan het doen is en wat daaraan typisch is voor haar. Op die manier wordt de cliënt zich bewust van haar manier van denken, voelen en handelen. Zij kan zo bijvoorbeeld ervaren dat ze veel te weinig bij haar gevoelens stilstaat en erkennen welke problemen haar dit oplevert.
- Iemand moet op enige wijze ontevreden zijn met eigen opvattingen of manieren van doen
De reflectie die volgens Peter Stolk aan het eind van elk sessie plaats moet vinden, laat de cliënt niet alleen erkennen wat bij haar hoort maar kan er ook voor zorgen dat de cliënt erkent dat bepaalde aspecten van haar manier van denken, handelen en voelen niet behulpzaam zijn voor haar.
De therapeut werkt daarbij re-educatief omdat het verwerven van inzicht in de intrapsychische conflicten daarbij centraal staat (Smeijsters, 2003, p. 57).
- De betrokkene moet de nieuwe informatie minimaal kunnen begrijpen
De nieuwe informatie kan in de beeldende therapie vertaald worden als de nieuwe leerervaring die de cliënt opdoet. De cliënt leert dus haar gevoelens waar te nemen en uit te drukken en vanuit haar gevoelens te handelen. Peter Stolk geeft vaak in het begin van een werkvorm aan wat ze daarin

kunnen oefenen. Hij is van mening dat ze op die manier de zin van het eigen handelen erkennen en de nieuwe ervaringen beter kunnen integreren.
- Het nieuwe moet plausibel zijn en aansluiten bij het referentiekader
Marianne Salm en Peter Stolk geven beiden aan dat zij steeds bekende en onbekende elementen in de therapie met elkaar verbinden. Als Marianne dus een werkvorm aanbiedt waarin het zintuiglijk voelen centraal staat (onbekend element), geeft zij steeds de mogelijkheid aan het eind met het materiaal een werkstuk te maken (bekend element). Het maken van een product sluit dus bij het referentiekader van de cliënt aan zodat zij de nieuwe ervaring beter kan integreren.
Maar ook de reflectie aan het eind omvat nieuwe en bekende elementen. De cliënten beschikken meestal over goede cognitieve vaardigheden en zijn gewend om naar zichzelf en het eigen gedrag te kijken. Dit doen ze echter op een heel negatieve en strenge manier, het gedrag wordt beoordeeld en de gevoelens krijgen daarbij weinig aandacht. In de nabespreking kunnen zij gebruik maken van hun reflectievermogens en leren tegelijkertijd oordeelvrij terug te kijken op alle drie polen: denken, handelen en vooral voelen.
- De nieuwe informatie moet vruchtbaarder zijn dan de oude, dus een betere manier bieden om met problemen om te gaan
Handelend voelen en *voelend handelen* zijn nieuwe leerinhouden voor de cliënt die haar in tegenstelling tot *denkend handelen* positievere ervaringen op moeten leveren. Elizabeth beleefde bijvoorbeeld heel positieve gevoelens toen ze procesgericht werkte en genoot van het doen op zich. Zij erkende dat deze manier van doen beter voor haar was dan het productgericht werken. Als de cliënt deze ervaring mee naar het dagelijkse leven neemt, heeft zij geleerd wat zij in haar denken en handelen kan veranderen zodat zij in contact blijft met haar gevoelens.
Maar het kan natuurlijk ook dat er negatieve gevoelens opkomen die bedreigend zijn voor de cliënt. Als deze binnen de therapie echter ook een plaats krijgen kan de cliënt leren anders met deze gevoelens om te gaan en deze niet af te weren. Op die manier kan zij erkennen dat de eetstoornis geen goede oplossing voor de omgang met deze gevoelens is zodat de motivatie kan ontstaan ziekte los te laten.

De Reflectie op de eigen gevoelens

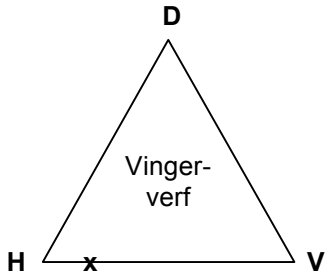
Het denken moet binnen de beeldende therapie betrokken worden om bij het referentiekader van de cliënt aan te sluiten en om ervoor te zorgen dat de cliënt haar eigen gevoelens überhaupt kan erkennen en een scheiding kan maken tussen lichamelijke sensaties en emoties.
Lichamelijke sensaties worden door het handelen in het medium uitgelokt, emoties zijn echter "waardebepalingen van deze […] externe waarnemingen (Overbeeke, 2007, p.55)" die alleen via het denken de cliënt bewust kunnen worden. Het emotionele gevoel van rust moet immers als rust erkend worden, anders blijft het alleen maar een lichamelijke sensatie en je merk alleen dat je spieren ontspannen zijn en je ademhaling rustig is.
De reflectie aan het eind van een activiteit laat de cliënt denkend terugblikken op het werkproces waardoor zij de gevoelens die tijdens het werken ontstaan zijn, bewust kunnen krijgen. Volgens Visser (in Schweizer et al., 2009, p.124) vindt de reflectie in de beeldende therapie steeds op drie niveaus plaats:
- het niveau van het vormgevingsproces
Hiermee wordt de manier bedoeld waarop de cliënt het materiaal heeft hanteert, welke keuzes zij heeft gemaakt en welke stappen zij is doorlopen.
- het niveau van het parallelle proces
Het parallelle proces zegt iets over de beleving tijdens het werken, welke gevoelens er opgekomen zijn en of de beleving overeenkomt met de sfeer die het product uitstraalt.
Om de cliënt dus meer in contact met haar gevoelens te brengen, moet deze reflectie het meest aangestuurd worden. Cliënten met anorexia nervosa kunnen immers vaak heel goed over zichzelf en hun werk praten maar kunnen tegelijkertijd weinig verbinding met hun gevoelswereld hebben (Visser in Schweizer et al., 2009).
- het niveau van het analoge proces
Bij deze vorm van reflectie wordt geprobeerd een link te leggen tussen het werk in het medium en het dagelijkse leven (re-educatieve werkwijze). Als de cliënt erkent dat zij niet goed weet wat tijdens het werken in haar omging, kan zij nagaan hoe ze in het dagelijkse leven met haar gevoelens omgaat en of er parallellen zijn. Een betere omgang met de eigen gevoelens kan daarbij gethematiseerd worden.
Deze vormen van reflectie helpen de cliënt dus meer inzicht in zichzelf te krijgen en kunnen haar helpen te veranderen. Als de cliënt leert binnen de beeldende therapie meer aandacht aan haar gevoelens te schenken kan zij reflecteren over wat zij anders heeft gedaan (vormgevingsproces), wat zij heeft beleefd (parallelle proces) en hoe zij dit ook in het dagelijkse leven toe kan passen (analoge proces).

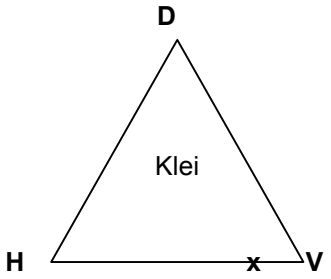
4.1 De insteek via het handelen

Zoals uit het derde hoofdstuk blijkt, kan de therapeut bij het handelen van de cliënt insteken om haar in contact met haar gevoelens te laten komen. Het medium kan daarbij een directe appèl op het lichamelijke voelen van de cliënt doen. Het belang van sensopatische en sensomotorische werkvormen en ongestructureerde materialen werd in deze samenhang genoemd. Hieronder wordt nu concreter uitgelegd waarom en met welk effect deze ingezet worden bij cliënten met de stoornis anorexia nervosa.

Sensopatische en sensomotorische werkvormen

Wij kunnen leren onze gevoelens beter waar te nemen als wij ons bewust worden van ons eigen lichaam en ons focussen op onze zintuiglijke waarnemingen (Overbeeke, 2007, p. 56). Dit gebeurt doordat wij onze aandacht op de zogenoemde sensaties richten. Sensaties zijn volgens Overbeeke (2007) zintuiglijke signalen en waarnemingen van gebeurtenissen die emoties in ons uitlokken omdat sensaties en emoties nauw samenhangen. Sensaties kunnen dus prikkels van buiten zijn die wij via onze zintuigen waarnemen (warmte, pijn, geuren, geluiden) of prikkels van binnen die in ons lichaam ontstaan (honger, spanning).
Meisjes met de stoornis anorexia nervosa hebben vaak moeite beide prikkels waar te nemen omdat zij door de eetstoornis en de daarbij komende ondervoeding een splitsing tussen zichzelf en hun lichaam ervaren (Bruch, 1982). Sensaties van binnen worden zo niet meer waargenomen maar ook sensaties van buiten verliezen hun intensiteit omdat het waarnemen via de tastzin afvlakt (Bruch, 1982).
Doordat de eigen gevoelens niet waargenomen worden, kunnen ze ook niet uitgedrukt worden en beïnvloeden ze het handelen van de cliënt bijna niet.
De zintuiglijke bewustwordingen en de lichaamsbewustwording kunnen evenals de gevoelsexpressie via het handelen binnen de beeldende therapie geprikkeld worden. De therapeut zet het medium zo in dat de cliënt in sensomotorische en sensopatische werkvormen leert de verschillende sensaties waar te nemen en daardoor gesensibiliseerd wordt voor het emotionele voelen.
Sensopatische materialen worden door de cliënt via de tastzin ervaren en vragen om een nauw lichamelijk contact. Een materiaal dat de fijne motoriek aanspreekt en direct met de handen aangeraakt wordt, raakt ook volgens Visser (in Schweizer et al., 2009) directer aan gevoelens. De tastzin is immers het eerste zintuig waarmee het kind zich in verhouding tot zijn omgeving ervaart (Groothoff, Jamin & Beer-Hoefnagels, 2010). Belangrijk daarbij is echter dat de cliënt steeds de mogelijkheid krijgt, vorm te geven aan het sensopatisch materiaal. Groothoff et al. (2010, p. 93) vermelden dat het tastende contact met het vormloze materiaal beide elementen moet bevatten: het sensopatisch spel, dus passief aangeraakt worden en het vormende spel, actief tastend ingrijpen. Dat bevordert de lichamelijke integriteit (de ervaring van de eigen lichamelijkheid) en kan zo de splitsing die de cliënt tussen het eigen lichaam en zichzelf ervaart, opheffen.
Ook sensomotorisch werken binnen de beeldende therapie heeft dit als doel omdat de cliënt haar lichaam door de bewegingen met het materiaal ervaart. Sensomotorisch werken stelt de beweging van de cliënt op de voorgrond en creëert een ruimte waarin de cliënt haar gevoelens via bewegingen uit kan drukken, kan exploreren en bewerken (Smeijsters, 2003, p. 311). Hierbij wordt vooral de grove motoriek aangesproken wat volgens Visser (in Schweizer et al., 2009) het beleven en uiten van gevoelens bevordert. Visser stelt echter dat hoe groter de bewegingen zijn hoe minder het sensopatisch gevoel gestimuleerd wordt.
Het belangrijkste verschil tot de bewegingstherapie is dat de bewegingen sterk gekoppeld zijn aan het materiaal dat de cliënt gebruikt. Het materiaal beïnvloedt door zijn eigenschappen en appèls de bewegingen van de cliënt en de cliënt laat door zijn bewegingen sporen in het materiaal achter, die in het werkstuk zichtbaar worden (bijvoorbeeld: lijnen die met vetkrijt op papier getekend worden).
Voor Elizabeth zorgde sensomotorisch werken voor meer veiligheid omdat de vingerverf activiteit veel dichter bij het handelen lag:





Het was voor Elizabeth een gewoonte geworden om heel veel te bewegen om haar gewicht steeds meer te verminderen en om letterlijk niet stil te moeten staan bij wat er op dat moment in haar omgaat. Het hoge werktempo binnen de beeldende therapie was de analogie daartoe, dit was al zo geautomatiseerd zodat zij hier zelf bijna geen invloed meer over ervoer. Haar handelen had binnen de beeldende therapie steeds het doel een product te maken, zoals ook haar handelen en haar overdreven bewegingsdrang buiten het medium het doel hadden haar lichaam te controleren.
Denkend handelen werd een methode om zich voor te veel gevoelens te beschermen en gaf haar het gevoel de controle te hebben. Toen Elizabeth binnen de therapie geen gebruik van haar hoog werktempo en het *denkend handelen* kon maken, voelde zich waarschijnlijk overgelaten aan de eigen gevoelens. Een begrenzing van de fysieke ruimte die haar ter beschikking staat en een begrenzing van haar manier van werken zorgden voor onveiligheid waardoor ze geen contact met haar gevoelens kon maken.
In de sensomotorische activiteit, waar Elizabeth op een heel groot vel met vingerverf werkte, kreeg zij veel ruimte om zich te bewegen. Het accent lag daarbij vooral op de grove motoriek en de extraverte beleving van de gevoelens en leek beter bij de behoeftes van Elizabeth aan te sluiten *(voelend handelen)*.
In de sensopatische activiteit, waar Elizabeth met klei in een gesloten kistje werkte, lag de focus echter op de fijne motoriek en het zintuiglijk voelen waar ze fysiek en emotioneel veel meer stil moest staan (*handelend voelen)*.
Alleen in de vingerverf opdracht was het voor haar mogelijk een nieuwe betekenis aan de eigen bewegingen te verlenen omdat deze geen doel meer dienden maar op zichzelf fijn voelden. Daardoor gaf zij zichzelf voor de eerste keer ook de mogelijkheid plezier te beleven en van het eigen handelen te genieten. Zij maakte vloeiende en draaiende bewegingen met de verf omdat deze beter bij haar gevoel pasten zodat de eigen bewegingen een uitdrukking van haar innerlijk beleven werden.
Hierdoor kreeg ook het product een nieuwe betekenis omdat het niet meer zoals van tevoren mooi moest zijn. In het werkstuk zijn daarom bijna geen hartjesvormen meer te herkennen maar een variatie aan abstracte vormen. Ze kon bepaalde beeldelementen in het werkstuk in verband brengen met een gevoel dat ze tijdens het werken had. Dit bevorderde dus dat zij in contact kon komen met haar gevoelens.

Ook materialen die minder goed te controleren zijn, hebben een positief effect op het ontstaan van emoties omdat zij de controle over de gevoelswereld beperken (Visser, in Schweizer et al., 2009). Dit wil zeggen dat een meisje dat bijvoorbeeld met potlood heel precies werkt meer controle over haar gevoelswereld zal hebben dan een meisje dat met ecoline werkt, wat alle kanten op vloeit. Door het loslaten van de controle kan zij dus een nieuwe ervaring opdoen die allerlei gevoelens uit kan lokken.

<u>Mindfulness en geleide expressie</u>

Stilstaan bij het waarnemen wat er op dat moment is, is volgens Overbeeke (2007) de voorwaarde om een beter evenwicht in het denken, handelen en voelen te bereiken.
De principes uit de mindfulness sluiten daarbij aan omdat ze de cliënt stilzetten bij haar lichamelijke en zintuiglijke sensaties zodat er ook stil kan worden gestaan bij het emotionele voelen (Coholic, 2010). Want heel vaak zitten deze meisjes in de doe-modus die vooral te maken heeft met het bereiken van doelstellingen (Williams et al., 2008). Door binnen de beeldende therapie echter aandacht te schenken aan de waarneming van het materiaal via de tastzin en de waarneming van het eigen lichaam via de bewegingen met het materiaal, komt de cliënt in de zijn-modus. Het bewust waarnemen bevordert dat de cliënt in het medium kan werken zonder overal een doel aan te willen linken, zonder alles te willen beoordelen en zonder door te draven en voorbij te lopen aan de eigen gevoelens (Williams et al., 2008). Door te leren het eigen handelen, denken en voelen niet te beoordelen en zich te richten op de waarnemingen in het hier en nu, kan de cliënt zich bevrijden van haar “mentale constructies” en leren meer plezier te beleven (Coholic, 2010, pp. 87-88).
Hierdoor kan de cliënt een nieuwe zingeving van het eigen handelen ervaren omdat het doen op zich en het genieten daarvan centraal komt te staan.
Als de cliënt leert meer naar de eigen gevoelens te luisteren zal zij vervolgens ook meer controle over haar gevoelens ervaren: “With mindfulness we are more aware of what we are feeling, thinking and doing in the present moments of our lives.[…]. Being mindful of one´s feelings enables more conscious choices related to expressing or dealing with the feeling, or even changing our emotions (Coholic, 2010, pp. 93-94, 110)”. Van tevoren heeft de overmatige controle over zichzelf en het eigen lichaam ertoe gediend de eigen emoties te reguleren. Door te leren de eigen gevoelens waar te nemen en uit te drukken, kan de cliënt leren deze te accepteren en hier anders mee leren omgaan.

Waar de principes uit de mindfulness de cliënt in haar materiaalwaarneming en beleving kan stimuleren, kan de geleide expressie de vormgeving en gevoelsexpressie ondersteunen.
De geleide expressie vraagt om een directieve aanpak van de therapeut en heeft als doel de vaardigheden van de cliënt m.b.t. de materiaalbewerking te vergroten om daardoor haar expressievermogen te vergroten (Savenije, 1978). Deze methode is daarom te vergelijken met de ortho(ped)agogische werkwijze die de cliënt tracht verschillende vaardigheden aan te leren (Smeijsters, 2003, p. 54).
Doordat de cliënt de instructies van de therapeut volgt, hoeft zij het eerst niet over een eigen vormgeving na te denken maar kan handelend verschillende dingen uitproberen. Op die manier leert de cliënt het materiaal evenals de verschillende technieken waarmee het bewerkt kan worden, beter kennen. Hier worden de expressiemogelijkheden verhoogd omdat de cliënt bijvoorbeeld heeft ervaren dat men met een kwast en verf niet alleen kan schilderen maar ook kan spatten, zacht of hard kan stippelen, enz.

5 Het nieuwe werkmodel

Op basis van de gevonden resultaten heb ik een nieuw werkmodel voor de beeldende therapie met Elizabeth kunnen ontwikkelen. Dit is weliswaar een hypothetisch plan omdat de behandeling met Elizabeth al afgelopen is en niet meer herhaald zal worden, echter draagt de ontwikkeling van dit nieuwe werkmodel bij aan mijn professionalisering als creatief therapeut.
Om aan het eind van dit hoofdstuk duidelijk te kunnen maken wat het verschil tussen mijn oude en het nieuwe werkmodel is, zal ik het eerst mijn oude werkmodel presenteren.
Een beknopte en algemene beschrijving van de toenmalige omstandigheden komt aan bod, evenals mijn therapeutische technieken, werkwijzen, de mediuminzet, de opgestelde doelen en een overzicht op het theoretisch model, welk als uitgangspunt diende.

5.1 Oude werkmodel

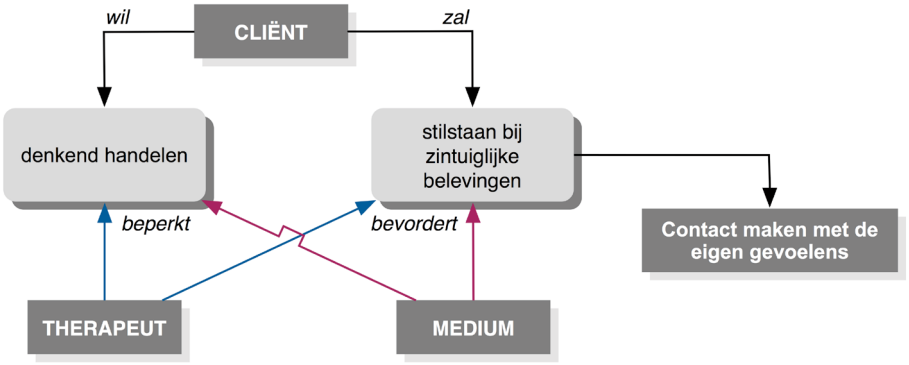
Randvoorwaarden

- Er vonden 8 sessies á 60 minuten plaats
- De sessies vonden één keer in de week plaats

Doelen in de beeldende therapie

- de cliënt staat stil bij haar lichamelijke en emotionele belevingen
- zij ervaart plezier in deze belevingen (zintuiglijk genieten)
- zij krijgt een duidelijker beeld over haar eigen identiteit
- zij ontwikkelt het gevoel van zelfwaardering

Oud theoretisch model



Mijn redenering was toen dat Elizabeth´s hoge werktempo, het productgericht werken en de benadering van bijna alle dingen via het denken haar niet in contact lieten komen met haar gevoelens. Het belang van zintuiglijke belevingen voor het bevorderen van dit doel las ik toen in de literatuur, hierop baseerde ik in het begin van de behandeling de therapiedoelen.
Verder redeneerde ik toen dat de cliënt in de beeldende therapie weinig mogelijkheden moet krijgen tot *denkend handelen* en snel werken om zo beter bij haar zintuiglijke en emotionele belevingen stil te kunnen staan. Ik was van mening dat de therapeut door zijn technieken en de inzet van het medium het *denkend handelen* van de cliënt zou moeten beperken om haar dus weer in contact met haar gevoelens te laten komen.

Therapeutische technieken

Structurerende technieken
- Materiaalkennis van de cliënt verhogen
    - materialen en technieken in het begin uitleggen
    - technieken voordoen

Stimulerende technieken
- Aandacht van de cliënt leiden naar de materiaalbeleving
    - open vragen stellen hoe het materiaal voelt
- Experimenteren van de cliënt verhogen
    - meedoen om de cliënt te stimuleren verschillende dingen uit te proberen

Ondersteunende technieken
- Empathisch luisteren
- positief bekrachtigen

Werkwijzen

- ortho(ped)agogische werkwijze
    Deze werkwijze is ontwikkelingsgericht en werd door mij ingezet om de cliënt te leren hoe zij met haar gevoelens kan omgaan. Toen Elizabeth bijvoorbeeld schuldgevoelens en faalangst kreeg, werkte ik met er haar aan hier anders mee om te gaan.
- supportieve werkwijze
    De therapeut biedt ondersteuning en tracht de cliënt te leren haar problemen te accepteren.
- re-educatieve werkwijze
    De problemen van de cliënt worden doorgewerkt zodat de psychische conflicten die daaraan ten grondslag liggen opgelost worden.

De mediuminzet

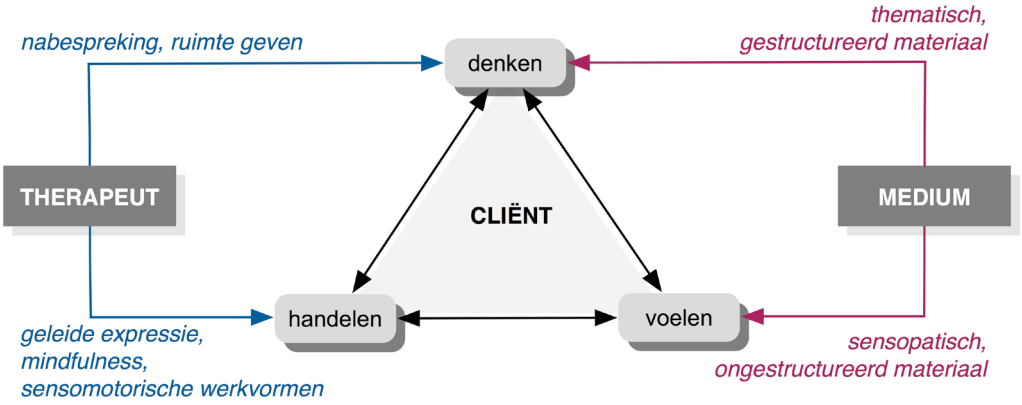
Elizabeth gaf al in het begin van de beeldende therapie enkele wensen aan wat zij graag uit wilde proberen. Ik probeerde me dus hierop te richten in het aanbieden van werkvormen. Om die reden liet ik haar in de 2de, 3de, en 4de sessie zelf bepalen wat zij ging doen om haar autonomie te versterken. Ik bood haar daarbij verschillende materialen aan zoals gips, pareltjes, stof, bast en andere materialen die ze kon combineren om het experimenteren in het medium te stimuleren.
Hoewel Elizabeth in het vrije werken steeds meer autonomie ontwikkelde, stelde ik vast dat zij zeer productgericht en gehaast werkte. Ik koos ervoor vanaf de 5de sessie vaste opdrachten aan te bieden. Het zintuiglijk waarnemen van het materiaal en het procesgericht werken probeerde ik te stimuleren door haar met sensopatische materialen te laten werken.
Hieronder volgt een voorbeeld van een werkvorm die ik toen heb aangeboden en die zeer goed mijn toenmalige theoretisch model (zie boven) duidelijk maakt.

Werken met klei in een gesloten kartonnen doos:
Ik heb een kartonnen doos klaargezet waarover een doek hangt. Ik vraag Elizabeth om van de klei zo veel te pakken als zij wil en deze binnen de doos te bewerken. Ik ga ook aan de tafel zitten en bewerk de klei zonder te kijken om hetzelfde te doen als zij. Ik vraag haar hoe het materiaal voelt en nodig haar uit om verschillende dingen uit te proberen. Ik geef aan dat ze de klei uit de doos kan halen als zij klaar is en een volgende stuk klei kan pakken. Haar eerste vorm lijkt erg op de vorm die ik heb gekleid.
Elizabeth begint veel vragen te stellen, zij wil weten waar klei vandaan komt, of het ooit op zal raken, hoe ik het werken met klei vind enz. Ik beantwoord haar vragen maar sta dan op om iets anders in het lokaal te gaan doen zodat zij haar aandacht meer op het materiaal kan richten en een eigen vormgeving kan vinden. De tweede vorm van haar is een hartje geworden.
Ik bied haar verschillende soorten chamotte aan en vraag haar te voelen welk voor haar fijner voelt. De grove chamotte vindt zij beter omdat hij meer te voelen is.
Tijdens het werken gaat haar blik de hele tijd door het lokaal en zij maakt in totaal zes vormen omdat ze relatief snel stopt met een stuk klei.
Aan het eind kijken wij naar de vormen en ik vraag wat zij uitgeprobeerd heeft en hoe ze het werken vond. Elizabeth geeft aan het niet fijn te hebben gevonden, het materiaal sprak haar niet aan.

5.2 Het nieuwe werkmodel

Op basis van de resultaten die ik in mijn onderzoek heb gevonden en die in het derde hoofdstuk gepresenteerd werden, heb ik een hypothetisch werkmodel voor de casus van Elizabeth opgesteld. Eerst volgt een schematische weergave van het nieuwe werkmodel dat op een overzichtelijke manier de belangrijkste toegepaste technieken en materialen duidelijk maakt.
Verder volgt een concrete beschrijving van de therapeutische technieken, de werkwijzen en de mediuminzet waarbij ook de opbouw van de beeldende therapie belicht wordt.

Schematische weergave



De therapeut moet ruimte geven voor de behoefte aan *denkend handelen* van de cliënt en structuur bieden bij onbekende elementen binnen de therapie.
In het begin moeten zo veel mogelijk bekende elementen in de beeldende therapie voor de cliënt aanwezig zijn zodat er zo nauw mogelijk bij haar referentiekader aangesloten wordt. Dit uitgangspunt hoort bij de cliëntgerichte therapie en schept niet alleen veiligheid maar ook vertrouwen. Verder zorgt de aansluiting bij het referentiekader ervoor dat de cliënt zich open stelt voor nieuwe leerervaringen (Bolhuis & Simons, 2001).
Het principe dat de therapeut in de beeldende therapie moet hanteren heet “van bekend en veilig naar de uitdaging toe”.
De volgende fasering van de therapie houdt rekening met de behoeftes van de cliënt en zorgt ervoor dat de cliënt er stap voor stap toe wordt geleid in contact met haar gevoelens te treden.
Hieronder volgt een overzicht over de therapiefases en een beknopte weergave van de rol van de therapeut en het medium. Vervolgens worden de fases apart beschreven en de schematische weergave van het werkmodel wordt concreet toegelicht.

Fase	Cliënt	Therapeut	Medium
1	Denkend handelen	- Sluit nauw bij het referentiekader van de cliënt aan - geeft ruimte tot *denkend handelen*	- gestructureerd en thematisch materiaal - ongestructureerd materiaal staat evenzo ter beschikking
2	Gevoelsexpressie	- sensomotorische werkvormen - geleide expressie	allerlei materialen
3	Stilstaan bij de eigen gevoelens	- principes van mindfulness - geleide expressie	sensopatische materialen

Fase 1: Denkend handelen

In deze fase zal de cliënt het medium op een veilige manier leren kennen, contact met de therapeut maken en vertrouwen opbouwen. “Cliënten moeten zich op hun gemak voelen om tot ontwikkeling te kunnen komen (Schweizer et al., 2009)” Veiligheid ervaart de cliënt in deze fase als zij het gevoel krijgt controle uit te kunnen oefenen en ruimte heeft om haar oude gedrag toe te kunnen passen. De behoefte aan productgericht werken moet hier dus vervuld worden, deze fase heet daarom ook *denkend handelen* omdat de cliënt dit gedrag meebrengt naar de therapie en daarop aangesloten moet worden.
De reflectie op het eigen handelen, denken en voelen wordt in deze fase geïntroduceerd maar algemeen gehouden. De gevoelens tijdens het werken krijgen al een plaats in de reflectie maar worden niet te diepgaand besproken om het veilig voor de cliënt te houden.

Rol van de therapeut

De therapeut bevordert het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie door een empathische en ondersteunende houding aan te nemen. De cliëntgerichte therapie gaat ervan uit dat de therapeutische relatie waarin de cliënt het gevoel heeft begrepen en geaccepteerd te worden de basis voor een succesvolle behandeling is (Stumm et al., 2003). De therapeut moet zich tegen de cliënt congruent opstellen wat betekent dat hij authentiek is en geen rol speelt (Stumm et al., 2003).
De anorectische cliënt heeft meestal geen eigenwaarde zodat een onvoorwaardelijke en positieve waardering door de therapeut heel belangrijk is. Door deze accepterende en waarderende therapeutische relatie kan de cliënt leren zichzelf ook te accepteren en positiever tegen zichzelf aan te kijken.
In de cliëntgerichte therapie probeert de therapeut door de ogen van de cliënt te kijken en nauw bij haar referentiekader aan te sluiten (Stumm et al., 2003). Hij moet de cliënt in het begin van de therapie genoeg ruimte geven zodat zij nieuwe dingen kan benaderen op een voor haar bekende manier. Het geven van ruimte mag echter niet verwisseld worden met structuurlos werken van de kant van de therapeut. Hij moet in de beginfase wel voor structuur zorgen door bijvoorbeeld de materialen en technieken uit te leggen en duidelijkheid over de indeling van de sessie te scheppen.
Ruimte wordt gecreëerd door niet met vaste opdrachten te werken omdat de cliënt veel behoefte aan zelfbepaling heeft en eigen ideeën en wensen meebrengt naar de therapie. De therapeut moet kennis hebben over het materiaal wat hij aanbiedt, over de eigenschappen, appèls en appèlwaarden. Door ervoor te zorgen dat de cliënt materialen ter beschikking heeft die in de bovengenoemde factoren verschillen, zorgt de therapeut dus ervoor dat de cliënt zich uitgedaagd voelt om verschillende dingen uit te proberen.
De werkwijze is in deze fase vooral supportief omdat de therapeut de problemen van de cliënt niet tracht weg te halen maar wel ondersteuning biedt.
De nabespreking wordt geïntroduceerd en richt zich vooral op het vormgevingsproces zodat de cliënt op een veilige manier leert terug te kijken op het eigen handelen. De materiaalhantering is aan het beeld af te lezen (Nuijens, 2010) zodat het kijken naar de beeldelementen ertoe leidt dat de cliënt ook kijkt naar de manier waarop zij deze heeft gemaakt. De therapeut maakt gebruik van de formele beeldanalyse om de cliënt structuur aan te reiken en haar langzaam haar automatisch gedrag zichtbaar te maken (Nuijens, 2010). De *wat-vragen* zorgen ervoor dat de cliënt zich het eerst op de waarneming van de beeldelementen richt en leert objectief naar haar werkstuk te kijken. Voor cliënten met anorexia nervosa is dat heel belangrijk omdat zij vaak proberen hun werk te beoordelen. “*Wat* heb jij gemaakt en *wat* is in het beeld te zien?” zijn de globale vragen over die het de therapeut en de cliënt in het begin van de nabespreking hebben. De formele beeldanalyse die de therapeut als hulpmiddel gebruikt, zorgt voor structuur omdat de therapeut steeds op bepaalde beeldelementen zoals vorm, compositie en kleurgebruik de nadruk legt. Een directieve aanpak kan in het begin geïndiceerd zijn om de cliënt vertrouwd te laten raken met het objectief kijken naar het eigen werkstuk. Dit betekent dat de therapeut gerichte en gesloten vragen stelt: “Welke vormen/kleuren/ zijn te herkennen, hoe verlopen de lijnen in het beeld?” of zelf benoemt wat hij in het beeld ziet (Nuijens, 2010).
Er wordt nog niet te diep op de gevoelswereld van de cliënt ingegaan. De therapeut schat tijdens de nabespreking de draagkracht van de cliënt in en maakt de keuze om wel of niet het analoge proces ter sprake te brengen. Bolhuis & Simons (2001) schrijven dat iemand zich bewust van haar eigen referentiekader moet zijn om zich open te stellen voor nieuwe leerervaringen. De reflectie op het analoge proces ondersteunt deze bewustwording. Hij vindt ook met behulp van de formele beeldanalyse plaats omdat de beeldelementen in verband staan met de materiaalhantering en deze analoog is met de wijze waarop de cliënt vormgeeft aan andere situaties (Smeijsters, 2003). *Hoe-* en

waarom-vragen helpen de cliënt zich bewust te worden van haar manier van handelen zodat ze vervolgens kan erkennen waar de overeenkomsten zitten tussen haar mediumgedrag en het dagelijkse leven: "*Hoe* heb je het werkstuk gemaakt, *waarom* heb je het op die manier gedaan?". Als de cliënt bepaalde verbanden kan erkennen, kan zij betrokken en gemotiveerd raken; de bewustwording van het eigen gedrag is dan de eerste stap voor een verandering (Nuijens, 2010)
De therapeut laat de cliënt echter alleen maar kennis maken met deze manier van reflecteren zodat het veilig voor haar blijft en niet te diep gaat.
De reflectie aan het eind zorgt dus voor een evenwicht tussen het handelen en ervaren in het hier en nu en het afstand nemen, kijken en denken.

Rol van het medium

Het medium is het instrument van de therapeut dat hij methodisch moet inzetten om de cliënt nieuwe ervaringen te laten opdoen die haar helpen in contact met haar gevoelens te komen.
Het medium moet de cliënt daarom oefensituaties bieden waarin zij met onbekende elementen geconfronteerd wordt. Deze confrontatie moet echter heel geleidelijk verlopen om de therapiesituatie veilig te houden en de cliënt in haar vaardigheden en draagkracht niet te overvragen. Om die reden moet ook het medium in het begin van de therapie zo dicht als mogelijk bij het referentiekader van de cliënt aansluiten. Gestructureerd en thematisch materiaal is goed te controleren en geeft de cliënt de mogelijkheid *denkend te kunnen handelen.*
Een potlood en een gum zijn bijvoorbeeld gestructureerde materialen en vervullen de behoefte van de cliënt aan precies en figuratief werken. In principe maakt het echter niet zo veel uit welk materiaal de cliënt in het begin kiest; de therapeut kan het medium steeds zo inzetten dat het bij de behoeftes, interesses of voorkeuren van de cliënt aansluit en tegelijkertijd iets onbekends en uitdagends inhoudt: Als de cliënt bijvoorbeeld met acrylverf en een dunne kwast voorwerpen tekent kan de therapeut haar verschillend grote kwasten aanbieden en haar de schildertechnieken uitleggen. De cliënt wordt op die manier niet overvraagd maar komt geleidelijk nieuwe elementen tegen die haar uitdagen het materiaal anders te hanteren. Want een verandering in de materiaalhantering kan in de beeldende therapie de basis zijn om ook een verandering in de omgang met de eigen gevoelens teweeg te brengen.
Thematisch materiaal zoals gedichten of kunstkaarten geven de mogelijkheid met een thema aan de slag te gaan en het eigen werk denkend te benaderen maar hebben tegelijkertijd ook een gevoelskant. Gedichten kunnen bijvoorbeeld op mooi papier geprint en op tafel gelegd worden. De cliënt kan zich daardoor uitgenodigd voelen een scène of een associatie met het beeldend materiaal om te zetten. Als ook ongestructureerde materialen zoals ecoline of aquarelverf klaargezet worden, kunnen deze de cliënt prikkelen er iets mee te doen en de kans is groter dat zij onbekende materialen gaat uitproberen. De therapeut ondersteunt de cliënt bij de keuze van het materiaal en de vormgeving door zijn materiaalkennis. Materialen die beter bij de intentie van de cliënt aansluiten, worden dan aangeboden en uitgelegd. Als de cliënt bijvoorbeeld het thema "ontwaken van de dag" uit een gedicht weer wil geven, kan de therapeut haar aquarelverf voorstellen omdat zij daar de wazige sfeer heel goed mee uit kan drukken. Op die manier steken de therapeut en het medium bij het denken van de cliënt in (zij helpen haar een bedachte idee om te zetten) maar bieden haar tegelijkertijd nieuwe materialen aan en een andere ervaring.

Fase 2: Gevoelsexpressie

Zoals in het vorige hoofdstuk al uit werd gelegd, lag de handelingskant dichter bij het referentiekader van Elizabeth dan de kant van het voelen. In beweging te zijn om zichzelf uit te drukken paste meer bij haar behoefte zodat het accent in deze fase op het *voelend handelen* ligt.
De cliënt zal in deze fase leren het productgericht werken gedeeltelijk los te laten en meer aandacht aan het werkproces te schenken. Het eigen handelen en de snelle bewegingen zullen in deze fase een nieuw doel krijgen; de cliënt zal ervaren dat zij deze kan gebruiken om haar innerlijk beleving uit te drukken. Door in beweging te zijn en aandacht aan het handelen te schenken zal zij gevoelens die daarbij opkomen bewust kunnen beleven (Visser in Schweizer et al., 2009).
Zij zal plezier ervaren tijdens het werken en aan kunnen geven wat zij tijdens het werken heeft gevoeld. De extraverte beleving van de eigen gevoelens is één aspect van het in contact komen met de eigen gevoelens dat in deze fase dus centraal staat.

De rol van de therapeut

De therapeut biedt in deze fase sensomotorische opdrachten aan, waarin de grove motoriek van de cliënt aangesproken wordt en zij ruimte krijgt om te bewegen. Dit betekent dat de cliënt grote en onnauwkeurige handelingen uitvoert waarvoor zij haar hele lichaam nodig heeft. De vorm van de

opdracht is naast de materiaalkeuze van groot belang; de therapeut moet dus op de hoogte zijn van het eigen medium en weten welke werkvormen en materialen een appèl op het sensomotorische werken doen.
Door de werkvorm in stappen te verdelen, zal de focus steeds op één handeling worden gelegd. Daardoor kan de cliënt niet rechtstreeks doorschieten naar het product maar kan zich op een bepaald aspect van de opdracht richten. Warming up´s in het begin van de activiteit die de therapeut met behulp van de geleide expressie begeleidt, bieden een opstap voor de cliënt om in het handelen te komen en verschillende bewegingen uit te proberen. De cliënt kan bijvoorbeeld gevraagd worden voor de tafel te staan en met houtskool op een groot vel papier te tekenen. De ogen zullen daarbij als mogelijk gesloten worden als dit voor de cliënt niet te onveilig voelt. De therapeut geeft voor dat zij aan de bovenste kant van het vel zal beginnen en van links naar rechts en rechts naar links slingerlijnen naar benden zal tekenen zonder de kool af te zetten. Dit wordt op meerdere vellen herhaald en de instructies veranderen steeds een beetje: “Probeer de lijnen zo langzaam of zo snel als mogelijk te tekenen.”, “Probeer daarbij zo zacht of hard als mogelijk op de kool te drukken.” of “Begin met heel korte lijnen en laat ze steeds groter worden.”. Op die manier wordt de cliënt uitgedaagd in haar bewegingen te variëren zodat zij verschillende ervaringen kan opdoen.
In deze fase is het belangrijk dat de therapeut de cliënt vraagt tijdens het werken afstand te nemen en naar het werkstuk te kijken zodat het hoge werktempo vertraagd kan worden. Ook hier wordt er weer naar gevraagd *wat* zij heeft gemaakt en *wat* er in het beeld te zien is, waarbij de therapeut gebruik maakt van de formele beeldanalyse. Door dus te kijken naar bepaalde beeldelementen, kijkt de cliënt automatisch ook naar de materiaalhantering (*hoe* heb jij dit gedaan?). Daardoor wordt de cliënt uit haar doe-modus gehaald en kan zichzelf de tijd en de ruimte geven bewuster waar te nemen wat zij doet.
Op momenten waar de cliënt in haar oude gedrag schiet, geeft de therapeut duidelijk aan wat hij in het medium observeert en confronteert de cliënt op een vriendelijke en accepterende manier met haar gedrag. Cliënten met anorexia nervosa zijn vaak heel streng tegen zichzelf zodat de confrontatie met het eigen gedrag er niet toe mag leiden dat zij het gevoel krijgen iets fout te doen. Het doel is enkel dat de cliënt zich bewust wordt van het eigen gedrag zodat zij samen met de therapeut op zoek kan gaan wat zij daaraan kan veranderen. Een humoristische confrontatie kan deze accepterende bewustwording ondersteunen. De therapeut past daarbij de otho(ped)agogische en re-educatieve werkwijze toe omdat de cliënt zal leren anders met haar problemen om te gaan en zich van bepaalde conflicten bewust zal worden.
Naast het vormgevingsproces beoogd de reflectie in deze fase steeds meer het parallelle proces (zie hoofdstuk 4) zodat de gevoelskant meer in de focus komt. De therapeut maakt ook hier weer gebruik van de formele beeldanalyse om dezelfde structuur te handhaven en de cliënt naar de materiaalhantering te laten kijken. Het gesprek kan dan draaien om de gevoelssfeer die door de beeldelementen van het werkstuk uitgaat zodat de cliënt langzaam naar de gevoelens wordt geleid die tijdens het werken opgekomen zijn. De therapeut luistert daarbij empathisch en probeert door het stellen van vragen de gevoelsreflectie van de cliënt te ondersteunen. Als de cliënt bijvoorbeeld aangeeft zich slecht te voelen omdat zij het materiaal verspild heeft, kan de therapeut dieper op dit gevoel ingaan: “Je voelt je dus slecht omdat je van mening bent het materiaal verspild te hebben. Is het zo dat je daarom schuldig voelt?” Op die manier schenkt de cliënt meer aandacht aan een bepaald gevoel en leert hier bewuster en nauwkeuriger naar te luisteren. Ook het analoge proces kan in deze fase meer belicht worden en het omgaan met gevoelens in het dagelijkse leven thematiseren. Hier zijn dan weer *hoe* en *waarom-vragen* voor geschikt.

<u>De rol van het medium</u>

Het is belangrijk verschillende soorten materialen aan te bieden om de cliënt uit te nodigen vanuit zijn persoonlijke beleving vorm te geven aan het materiaal (Schweizer et al., 2009).
In deze fase kan dus met allerlei materialen gewerkt worden. Elk materiaal dat beweging en een gevoelsexpressie toelaat kan hier gebruikt worden. De therapeut moet echter goed weten welk materiaal hij op een bepaald moment aanbiedt om òf voor structuur te zorgen òf de cliënt een nieuwe ervaring op te laten doen òf een oefensituatie te creëren. Er bestaan veel materialen die in een sensomotorische opdracht gebruikt kunnen worden; kennis over materiaaleigenschappen en appèls zijn voor de therapeut daarom noodzakelijk om een passende werkvorm aan te kunnen bieden. De keuze om de cliënt met vetkrijt of met houtskool te laten werken, moet op deze kennis baseren en bij het doel van de sessie aansluiten. Vetkrijt is bijvoorbeeld passend als de cliënt met veel kracht zal werken, houtskool is geschikt als de cliënt daarin zal variëren.
Het aanbieden van maar één materiaal per sessie waarop de focus komt te liggen, bevordert dat de cliënt meer tijd neemt om het materiaal te onderzoeken en ermee te experimenteren in plaats van alleen bepaalde eigenschappen van het materiaal te gebruiken om een product te maken.

Het accent kan bijvoorbeeld op acrylverf liggen. Er staan dan verschillende gereedschappen ter beschikking zoals kwasten, rollers, een spons en spatels waarmee gewerkt kan worden. Ook meerdere vellen met verschillende formaten zorgen ervoor dat de cliënt in haar bewegingen moet variëren. De cliënt kan op deze manier verschillende ervaringen met hetzelfde materiaal opdoen en het materiaal verschillend beleven.

Fase 3: Stilstaan bij de eigen gevoelens

In deze fase zal de cliënt leren bij haar eigen gevoelens stil te staan en daar tijdens het werken naar te luisteren. In de vorige fase heeft zij al geleerd zichzelf uit te drukken en heeft meer oog voor het werkproces gekregen. Hiervoor is het belangrijk dat de cliënt tijdens het werken ook fysiek meer tot rust komt zodat ze haar aandacht meer naar binnen kan richten, het introverte beleven komt zo meer centraal te staan. De cliënt leert in deze fase aandacht aan haar gevoelens in het hier en nu te schenken en daarnaar te luisteren. Belangrijk daarbij is echter dat de beleefde gevoelens niet te overspoelend zijn en geen angst bij de cliënt uitlokken.

De rol van de therapeut

De therapeut biedt in deze fase verschillende sensopatische materialen aan en stimuleert door de opdracht de fijne motoriek van de cliënt. Daardoor komt de focus op het zintuiglijk voelen te liggen (Visser in Schweizer et al., 2009), de cliënt staat fysiek veel meer stil en de introverte beleving van de gevoelens vindt plaats. De reflectie tijdens de nabespreking beoogt concreet de opgedane ervaringen en de opgekomen gevoelens. Structurerende technieken door de therapeut zijn in deze fase heel belangrijk omdat het stilstaan bij de eigen gevoelens zeer onveilig voor de cliënt kan zijn.
De volgende tabel geeft weer hoe de therapeut een sensopatische werkvorm methodisch aanbiedt en begeleidt om voor structuur te zorgen en de cliënt stil te laten staan bij de materiaalbeleving.
Belangrijk daarbij is steeds dat de therapeut de draagkracht van de cliënt inschat en haar steeds de mogelijkheid geeft naar het veilige terug te kunnen. Als bijvoorbeeld zichtbaar wordt dat de cliënt het werken met het materiaal lastig of eng vindt, spreekt de therapeut de cliënt daarop aan en maakt duidelijk dat zij niets moet doen wat zij niet wil.

Methodische toepassing van een sensopatische werkvorm

Stap	Thema	Instructie	Therapeutische techniek
1	Contact maken met het materiaal, het materiaal leren kennen	Onderzoek het materiaal en zijn eigenschappen	Kort materiaaluitleg, meedoen
2	Bewustwording van de zintuiglijke waarnemingen en de materiaalbeleving	Probeer aandacht te schenken aan hoe het materiaal voelt en let op je gevoelsreactie daarop	Principes van mindfulness, voornamelijk gesloten vragen stellen: *Hoe* voelt het materiaal? hard/zacht, koud/warm *Wat* doen je handen? Strijken/slaan/knijpen
3	Beginnen vorm te geven aan het materiaal	Concrete instructies hoe het materiaal gebruikt zal worden, wat met het materiaal gevormd/gemaakt zal worden	Geleide expressie
4	Vinden van een eigen vormgeving	Probeer een vorm te vinden in/met het materiaal, gebruik de vorige stappen als hulpmiddel	Terugtrekken
5	Reflectie op het vormgevings-, parallelle en analoge proces	Kijk terug op dat wat je hebt gedaan en welke gevoelens in je opkwamen. Hoe is dat in het dagelijkse leven?	Houden van de nabespreking, structureren van het gesprek, *Wat-, hoe-* en *waarom vragen*

Om te verduidelijken hoe deze methode praktisch toe kan worden gepast, volgt nu een voorbeeld waarin de kleiactiviteit die onder het oude werkmodel beschreven werd als uitgangspunt dient:

Het materiaal klei wordt geïntroduceerd. Omdat Elizabeth gewend is nieuwe dingen via het denken te benaderen, geeft de therapeut een beknopt uitleg waar het materiaal vandaan komt, dat er verschillende soorten bestaan (grove, fijne chamotte, verschillende kleuren) en welke methodes er bestaan het materiaal te bewerken (keramisch en plastisch werken).
De cliënt wordt gevraagd zo veel van de klei te pakken dat het goed voelt in de handen. Er kan steeds nog iets terug worden gedaan of bij worden gepakt. De therapeut pakt ook een stuk van de klei en vraagt de cliënt de klei eerst eens goed door te slaan zodat de lucht eruit komt. Daarna stelt hij voor op zoek te gaan naar de mogelijkheden van het materiaal om het op die manier beter te leren kennen. De therapeut kan daarbij adviezen geven: "Je kunt erin knijpen of slaan of alleen met je vingers over de oppervlakte strijken. Kijk eens wat je handen graag met de klei willen doen." Hij kan er ook voor kiezen dit zonder te praten voor te doen en de cliënt zo uitnodigen verschillende dingen uit te proberen. Maar ook kaartjes waarop instructies staan wat de cliënt met het materiaal zal doen, kunnen gebruikt worden om de cliënt spelend met het materiaal te laten experimenteren.
Als de cliënt een tijdje verschillende dingen uit heeft geprobeerd, wordt zij gevraagd eens met de ogen dicht te werken om haar aandacht te richten op hoe het materiaal voelt. Als zij het eng of moeilijk vindt haar ogen dicht te doen kan zij ook een plasticzak gebruiken. De therapeut kan daarbij aangeven dat veel mensen geneigd zijn meteen iets van de klei te willen maken maar dat het belangrijk is het materiaal eerst eens bewust waar te nemen. Op die manier kan men oefenen niet meteen een doel na te streven maar meer oog voor het proces te krijgen en te luisteren wat in je omgaat. Door dit duidelijk tegen de cliënt te zeggen krijgt het handelen meteen zin en de cliënt kan de verbinding met haar eigen hulpvraag (meer plezier beleven en oog voor het proces krijgen) erkennen. Er wordt wel duidelijk aangegeven dat zij er goed op zal letten hoe het werken met de ogen dicht voor haar voelt en als het toch te eng zou zijn, kan zij de ogen open doen of de klei uit de plastiekzak halen.
Vervolgens stimuleren gesloten vragen zoals: "Voelt de klei meer nat of droog, is hij meer hard of zacht?" de zintuiglijke waarnemingen en ondersteunen de cliënt zich hier gericht op te kunnen focussen. De cliënt hoeft de vragen echter niet hardop te beantwoorden, zij zijn meer als hulpmiddel bedoeld. Vragen zoals: "Hoe voelt de klei aan je handen? Vind je het aangenaam of rustwekkend of juist niet? Welke beweging voelt het fijnst in de klei?" richten zich op de materiaalbeleving en helpen de cliënt een link tussen de sensaties en de opkomende gevoelens te kunnen leggen.
Nu wordt de cliënt gevraagd eens te kijken wat zij van de klei kan maken: "Laat je ogen nog even dicht en probeer eens alleen met je handen dat te maken wat ik zeg. Vorm eens een bol door de klei in je handen of op de tafel te rollen. Maak nu met je duim of een andere vinger een gat in de bol. Het hoeft niet precies in het midden, maak hem daar waar je wilt. Strijk het oppervlakte aan de ene kant van je bol met een vinger glad en maak hem aan de andere kant met je vingernagels ruw." Er kunnen nog meer instructies volgen die de cliënt de mogelijkheid geven verschillende vormen te maken. Dan wordt zij gevraagd de klei uit de plasticzak te halen of de ogen te openen en te kijken wat haar handen gemaakt hebben. Verrassing! "Had je dit gedacht?"
De resterende tijd is bedoeld om een eigen vorm met de klei te maken. De cliënt kan als zij wil haar ogen weer dicht doen of de klei met de ogen open bewerken. "Probeer eens vanuit de dingen die je net met de klei hebt gedaan een eigen vorm in de klei te vinden. Geef jezelf de tijd om verschillende dingen uit te proberen. Je moet immers zoeken naar een vorm die jou het meest aanspreekt. Als je echter al een idee hebt wat je wilt maken dan kun je die natuurlijk nu ook gebruiken."
In de nabespreking worden de doorlopen stappen 1-4 telkens onderwerp van het gesprek en de cliënt wordt vooral naar haar belevingen gevraagd.

<u>De rol van het medium</u>

De therapeut zet op basis van zijn materiaalkennis het medium in deze fase methodisch in zodat de cliënt stil kan staan bij haar gevoelens. Materialen die een lichamelijk contact van de cliënt vragen, kunnen in deze fase als uitgangspunt voor sensopatisch werken dienen.
De methodische inzet van het medium betekent dat de materialen en materiaaltechnieken in een bepaalde volgorde aangeboden worden. Vormvast materiaal, zoals doosjes, verschillende soorten papieren, restmaterialen enz. kunnen in het begin gebruikt worden om de cliënt kennis te laten maken met de principes van mindfulness. De vormgeving wordt door deze materialen niet meteen aangesproken zodat de cliënt zich alleen op het bewust waarnemen van deze kan richten.
Gips kan de overgang naar vormloze materialen zoals vingerverf of klei vormen omdat het snel opdroogt en vormstabiel wordt. Klei bevat veel minder structuur omdat het aan de ene kant vervormt

als je aan de ander kant werkt. De vormgeving in dit materiaal vraagt om meer aandacht en vaardigheden zodat gips of vingerverf vroeger aangeboden kunnen worden zodat de cliënt het werken met vormloos materiaal leert kennen.
Als in de eerste fase nog meer met tweedimensionale materialen gewerkt werd, komen nu ook 3D technieken aan bod.
Maar ook materialen die niet sensopatisch zijn zoals ecoline of aquarelverf kunnen met behulp van principes van mindfulness oefeningen bewerkt worden: De nat-in-nat techniek doet bijvoorbeeld een appèl op het stilstaan en bekijken wat de verf doet.
Contrasten tussen de aparte materialen zijn heel belangrijk om de cliënt verschillende ervaringen te bieden. Hierbij kan men denken aan nat-droog contrasten (klei-hout), veel weerstand-weinig weerstand (steen-verf), zacht-hard (softpastels-vetkrijt), weinig structuur-veel structuur (ecoline-potlood) (Schweizer et al., 2009).

5.3 Vergelijking van het nieuwe met het oude werkmodel

Therapeutische Elementen	**Oud werkmodel**	**Nieuw werkmodel**
Therapeutische visie	De cliënt heeft sensopatische materialen nodig om contact met haar gevoelens te maken. Het hoge werktempo en het *denkend handelen* moeten belemmerd worden zodat zij fysiek stil kan staan bij de materiaalbeleving - Geen volgordelijkheid van materialen	- De cliënt moet genoeg ruimte krijgen om zich te bewegen en denkend aan de slag te gaan zodat een veilige therapiesituatie gecreëerd wordt. Het hoge werktempo krijgt in sensomotorische werkvormen aandacht en kan uitgeleefd worden zodat er nauw bij het referentiekader van de cliënt aangesloten wordt - De therapeut moet over goede materiaalkennis beschikken en het medium methodisch inzetten (volgordelijkheid van het materiaal) - principes van mindfulness helpen de cliënt haar aandacht bewuster op de materiaalbeleving te kunnen richten - principes uit de cliëntgerichte therapie zorgen voor een veilige therapiesituatie waarin de cliënt zich openstelt voor nieuwe ervaringen en vertouwen op kan bouwen
Fasering van de therapie	- geen fasering: de kleiopdracht vond bijvoorbeeld veel te vroeg plaats	- fasering in drie fases: denkend handelen, gevoelsexpressie, stilstaan bij de eigen gevoelens
Therapeutische technieken	- empathisch luisteren - aandacht van de cliënt leiden naar de materiaalbeleving door stellen van open vragen	- empathisch luisteren - toepassen van principes van mindfulness: de aandacht van de cliënt in stappen leiden naar het bewust waarnemen van het materiaal en de materiaalbeleving - geleide expressie om de vormgeving van de cliënt te ondersteunen en de expressiemogelijkheden te vergroten - confronteren: de cliënt op een vriendelijke en humoristische manier op haar gedrag aanspreken om haar dit bewust te maken

	- begrenzing van het *denkend handelen* - meedoen om de cliënt te prikkelen verschillende dingen uit te proberen - de nabespreking beoogt steeds het vormgevings- en parallelle proces	- principes uit de cliëntgerichte therapie toepassen: ruimte geven voor *denkend handelen*, nauw aansluiten bij het referentiekader van de cliënt - meedoen om de cliënt te prikkelen verschillende dingen uit te proberen - in de nabesprekingen vindt een opbouw plaats: het eerst wordt globaal teruggekeken, na de eerste fase gerichter en in de derde fase wordt het emotionele gebied een vast thema. Ook het analoge proces wordt gethematiseerd De formele beeldanalyse wordt van de therapeut toegepast
Werkvormen/ mediuminzet	- focus op sensopatische materialen - groot materiaalsortiment ter beschikking stellen	- gestructureerd materialen - sensopatische en ongestructureerde materialen - sensomotorische werkvormen - groot materiaalsortiment ter beschikking stellen
Therapeutische houding	Ondersteunend, bekrachtigend en waarderend	Ondersteunend, bekrachtigend en waarderend
Werkwijzen	Ortho(ped)agogisch, supportief, re-educatief	Ortho(ped)agogisch (zie geleide expressie), supportief, re-educatief

6 Reflectie op het onderzoek

Een kwalitatief onderzoek zou zo valide als mogelijk uitgevoerd moeten worden. Maar toch kent bijna elk onderzoek tekortkomingen die aan het eind zichtbaar worden.
Dit hoofdstuk gaat daarom in op de tekortkomingen maar ook op de sterktes van het onderzoek door nog eens terug te blikken op de wijze van uitvoering.
Het eerst wordt op de wijze waarop de resultaten behaald werden gereflecteerd en op eventuele afwijkingen van het onderzoekplan ingegaan. Vervolgens wordt toegelicht of en hoe de onderzoeksvraag en deelvraag beantwoord werden. Ten slotte volgt een reflectie op de tekortkomingen en sterktes van het onderzoek zodat er aanbevelingen voor de praktijk gedaan kunnen worden.

6.1 Reflectie op de resultaten

In het onderzoeksplan heb ik voordat ik met mijn afstudeerproject ben begonnen vastgelegd welke dataverzameling- en analysetechnieken ik toe wilde passen om een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven. Ik was toen van plan om twee beeldende therapeuten te gaan interviewen die telkens in de kinder- en jeugdpsychiatrie werkten. Beide interviews konden toen op grond van verschillende redenen niet plaats vinden zodat ik op zoek ben gegaan naar nieuwe interviewpartners. Ik had maar heel weinig tijd om psychiatrische inrichtingen en private praktijken te contacteren en beeldende therapeuten te vinden die ervaring in het werk met de doelgroep anorexia nervosa hadden. Peter Stolk melde zich toen en gaf aan sinds enkele jaren met anorectische meisjes te werken. En ook Marianne Salm had ervaring met deze doelgroep en haar artikel over sensopatische materialen in het handboek beeldende therapie (Schweizer, 2009) was aanleiding voor me een interview met haar af te nemen.
Een andere afwijking van mijn onderzoeksplan waren de stappen van de data analyse die ik ben doorlopen. Volgens mijn plan wilde ik de therapierapportages het eerst open coderen en de thema´s die daaruit voortkwamen als leidraad voor de interviews nemen. Omdat het echter langer duurde interviewpartners te vinden, vonden de interviews relatief laat plaats. Op dat moment was ik al een tijd lang bezig geweest het onderzoeksmateriaal axiaal te coderen en de kernbegrippen concreter uit te werken. De interviews vonden dus pas na deze analysefase plaats.
Met de verkregen resultaten ben ik zeer tevreden omdat ik door het onderzoek enkele factoren heb gevonden die in de beeldende therapie er een bijdrage aan leveren dat de cliënt in contact met haar gevoelens kan komen. Hoewel ik al een vermoeden had over de uitkomst van het onderzoek heb ik toch resultaten gevonden die ik van tevoren niet had bedacht. In de probleemstelling ben ik nog ervan uitgegaan dat de cognitie van de cliënt achter moet worden gesteld om contact met de eigen gevoelens te maken. De resultaten laten echter zien dat het denken actief bij de therapie moet betrokken worden omdat de reflectie een belangrijk plaats inneemt.

6.2 Beantwoording van de vraagstelling

De vraagstelling van een kwalitatief onderzoek vormt de leidraad voor het onderzoek. De behaalde resultaten moeten relevant voor de beantwoording van de vraagstelling zijn, zodat het onderzoek valide is. De resultaten die ik in het derde en vierde hoofdstuk gepresenteerd heb, gaven antwoord op de deelvraag: *"Hoe kwam Elizabeth in contact met haar gevoelens?"* De kernbegrippen die uit de analyse van de casus Elizabeth en de afgenomen interviews voortkwamen, maken duidelijk dat het voelen bij een anorexia cliënt via het denken en handelen binnen de beeldende therapie bevorderd kan worden. *Voelend handelen* en *handelend voelen* leidt ertoe dat de cliënt haar gevoelens leert waar te nemen en uit te drukken. *De reflectie o de gevoelens* speelt daarbij een belangrijke rol omdat de cliënt haar ervaringen binnen de beeldende therapie ook cognitief moet verwerken om enerzijds haar gevoelens te kunnen herkennen en anderzijds bewust te worden van de manier waarop zij met haar gevoelens omgaat. Deze bewustwording levert mede een bijdrage aan een verandering in het mediumgedrag en het algemene gedrag van de cliënt (Nuijens, 2010).
De laatste kernbegrip *denkend handelen* maakt duidelijk dat de cliënt in de beeldende therapie genoeg ruimte moet ervaren om haar oude gedrag toe te kunnen passen zodat zij zich binnen de therapie veilig voelt. Alleen dan kan zij zich openstellen voor nieuwe ervaringen waarin zij leert anders met haar gevoelens om te gaan.

Op mijn vraagstelling: "*Welke elementen in de beeldende therapie dragen ertoe bij dat een meisje met de stoornis anorexia nervosa in contact met haar gevoelens kan komen?"* kon ik vervolgens een antwoord geven. De uitwerking van de kernbegrippen hielp me dus om specifieke en non-specifieke elementen binnen de beeldende therapie op te sporen die ertoe leiden dat een anorexia cliënt in contact met haar gevoelens kan komen. Specifieke elementen zijn therapiefactoren die alleen in de beeldende therapie toegepast worden of plaatsvinden. Non-specifieke elementen zijn factoren die ook in andere therapievormen te vinden zijn. Omdat ik als beeldend therapeut afstudeer was het belangrijk om de specifieke therapiefactoren duidelijk naar voren te brengen omdat deze de kracht van het beeldend medium onderstrepen. Een belangrijk element in de beeldende therapie is daarom de methodische inzet van het medium door de therapeut. Hij moet het medium methodisch zo inzetten dat de materialen in een bepaalde volgordelijkheid aangeboden worden en de cliënt stap voor stap in contact kan komen met haar gevoelens. De nauwe aansluiting bij het referentiekader van de cliënt vormt daarbij de basis zodat deze zich open kan stellen voor nieuwe ervaringen binnen de beeldende therapie. Gestructureerd materiaal zorgt daarbij in het begin voor veiligheid en sluit aan bij de behoefte aan controle die de cliënt heeft. De taak van de therapeut is om de cliënt daar op te halen waar zij zich op dat moment bevindt en kleine stapjes te zetten naar nieuwe ervaringen.
Als volgende stap kunnen sensomotorische werkvormen aangeboden worden omdat zij de gevoelsexpressie van de cliënt bevorderen en haar veel ruimte laten om zich te bewegen. Ongestructureerd en sensopatisch materiaal zorgen er dan voor dat de cliënt leert stil te staan bij haar gevoelens. Het materiaal wordt van de therapeut steeds op basis van zijn kennis over de materiaaleigenschappen en appèls ingezet zodat er de aangeboden werkvorm steeds nauw bij de cliënt aansluit en tegelijkertijd een uitdaging biedt. De therapeutische technieken bieden in het therapieproces steun en zullen de ontwikkeling van de cliënt aansturen.
In het vijfde hoofdstuk heb ik mijn nieuw werkmodel voorgesteld dat rekening met de methodische inzet van het medium houdt. Hierin worden ook geschikte technieken beschreven die de therapeut in de beeldende therapie kan toepassen.
Samengevat zorgen dus volgende specifieke en non-specifieke elementen er in de beeldende therapie voor dat een anorexia cliënt in contact met haar gevoelens kan komen:

- methodische inzet van het medium: volgordelijkheid in het aanbieden van materialen (specifiek)
- principes uit de cliëntgerichte therapie: nauw aansluiten bij het referentiekader van de cliënt (non-specifiek element)
    - aanbieden van gestructureerd en thematisch materiaal in het begin (specifiek)
    - veel fysieke ruimte ter beschikking stellen (specifiek)
    - concrete thema´s aanbieden (non-specifiek)
    - duidelijke regels aangeven (non-specifiek)
- de nabespreking waar een reflectie op de gevoelens plaatsvindt (specifiek en non-specifiek)
- formele beeldanalyse die van de therapeut in de nabespreking wordt toegepast (specifiek)
- sensopatisch en ongestructureerd materiaal (specifiek)
- sensomotorische werkvormen (specifiek)
- geleide expressie (specifiek)
- principes van mindfulness (non-specifiek)
- confronteren, gedrag van de cliënt bespreekbaar maken (non-specifiek)

6.3 Tekortkomingen en sterktes van het onderzoek

Deze case study werd op basis van methodes uit de grounded theory uitgevoerd zodat de resultaten zo valide mogelijk zullen zijn. Toch werden er tekortkomingen gevonden die belangrijk zijn te vermelden zodat de lezer zich een beter beeld kan vormen over de geldigheid en bruikbaarheid van de gepresenteerde resultaten. Verder is het ook belangrijk de sterktes van dit onderzoek te vermelden zodat eventuele vervolgonderzoeken deze over kunnen nemen.
Een zwak punt van mijn onderzoek was bijvoorbeeld dat ik vanwege de beknopte tijd het analyseproces maar één keer kon doorlopen. Normalerwijze is de analyse van het onderzoeksmateriaal een cyclisch proces waar de fases van open, axiaal en selectief coderen meerdere keren worden doorlopen (Westers & Peters, 2004). De gevonden kernbegrippen konden in dit onderzoek echter niet op nieuw getoetst worden maar moesten na een relatief korte tijd al vaststaan.

Een verdere tekortkoming van dit onderzoek was de manier waarop ik de interviewpartners heb gekozen. Onder 6.1 heb ik al vermeld dat ik weinig tijd had om passende interviewpartners voor mijn onderzoek te vinden. Daardoor had ik ook weinig informatie over de werkwijze en de methodische uitgangspunten van de beeldende therapeuten. De interviews zelf sloten echter heel dicht bij mijn onderzoeksthema aan en belichtten het thema vanuit verschillende invalshoeken. De beeldende therapeut die op een centrum voor eetstoornissen werkt, kon veel over de doelgroep zelf, de doelen in de beeldende therapie en de therapeutische methoden en technieken vertellen. De andere beeldende therapeute die zelf een eigen praktijk heeft, had veel ervaring met het thema "cliënten in contact met hun eigen gevoelens te brengen". Zij kon me veel vertellen over de inzet van sensopatische materialen. Beide therapeuten waren dus een waardevolle aanvulling voor mijn onderzoek en hebben telkens andere begrippen naar voren gebracht.
Doordat de interviews relatief laat plaats hebben gevonden, waren er echter al bepaalde begrippen gevonden waarop ik mij in de interviews heb gericht. Het voordeel was dat ik daardoor gerichter en concreter op bepaalde thema´s door kon vragen en deze uitgebreider besproken konden worden. Het nadeel was echter dat ik in mijn rol als onderzoeker al gefocusseerd was op bepaalde thema´s zodat ik misschien soms minder objectief naar deze heb gekeken.
Het onderzoeksmateriaal zelf was mijns inziens heel uitgebreid en concreet wat een sterke punt van het onderzoek is. Doordat ik tijdens mijn stage precieze aantekeningen over het mediumgedrag van Elizabeth, mijn therapeutische interventies en de mediuminzet heb gemaakt, was ik in staat het therapieverloop nog eens levendig te maken en het zo nauwkeurig als mogelijk te onderzoeken.
De beperking op de casus Elizabeth in dit onderzoek vormt echter een zwakke punt omdat het nieuwe werkmodel alleen op haar te betrekken is. Had ik de therapie met een groep van cliënten met anorexia nervosa onderzocht, zou ook het werkmodel globaler toe kunnen worden gepast. Door echter een precieze beschrijving van de persoonskenmerken in dit onderzoek te geven, kan de lezer goed nagaan of aspecten van het gepresenteerde werkmodel ook op andere cliënten met overeenkomende kenmerken toepasbaar is. Hier gaat het vooral om het hoge werktempo, de bewegingsdrang en het inzicht dat zij al in het eigen handelen had; kenmerken als deze verschillen vaak bij anorectische cliënten.
Doordat ik dus een single case study heb gedaan zijn sommige resultaten ook alleen op basis van de analyse van het therapieverloop met één cliënt gevonden. Een tekortkoming is dus dat in het derde hoofdstuk alleen de sensopatische materialen die ik in de therapie met Elizabeth heb gebruikt weergegeven worden.
Door het afnemen van twee interviews met beeldende therapeuten en het bestuderen van de literatuur werden de resultaten echter aangevuld en ook overdraagbaar op andere cliënten.

6.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de tekortkomingen en sterktes van dit onderzoek is aan te bevelen het gepresenteerde werkmodel alleen bij cliënten toe te passen die overeenkomende kenmerken als de beschreven cliënt vertonen.
De overdraagbaarheid van de resultaten is echter iets groter omdat er ook de ervaringen van twee beeldende therapeuten ingestroomd zijn.
In mijn onderzoek ging ik in op de vraag welke elementen in de beeldende therapie ertoe bijdragen dat een cliënt met anorexia nervosa weer in contact kan komen met haar gevoelens.
Een vervolgonderzoek zou de gevonden elementen in de praktijk kunnen toetsen. De methodische inzet van het medium zou daarbij centraal komen staan. Hiertoe zou een module van werkvormen, materialen en technieken opgesteld kunnen worden die vervolgens in een praktijksituatie getoetst moet worden. Op die manier kunnen de gevonden resultaten misschien aangevuld, bekrachtigd of weerlegd worden.
Verder heb ik in mijn onderzoek gericht gezocht naar hoe een cliënt met anorexia nervosa in contact met haar gevoelens kan komen. Het waarnemen en uiten van de eigen gevoelens waren daarbij centrale begrippen. Nadat deze vraag beantwoord werd, is het echter ook van belang te onderzoeken hoe de cliënt binnen de beeldende therapie kan leren anders met haar gevoelens om te gaan.
Deze vraag werd op meerdere plaatsen al kort belicht maar een werkmodel wat naast het in contact komen ook de omgang met de gevoelens beoogd, kon in dit onderzoek niet opgesteld worden.
Dit is echter van groot belang omdat binnen de therapie niet alleen positieve maar ook negatieve gevoelens op kunnen komen die nie alleen door een accepterende houding verwerkt kunnen worden.
Een vervolgonderzoek zou bijvoorbeeld een antwoord op volgende vraag kunnen geven: *Hoe kan een cliënt met anorexia nervosa in de beeldende therapie leren met negatieve gevoelens om te gaan?*

Samenvatting

Op basis van mijn praktijkervaringen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie die ik tijdens mijn stage heb opgedaan, heb ik een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de bijdrage van beeldende therapie bij een anorectisch meisje. De casus Elizabeth diende daarbij als uitgangspunt omdat zij tijdens de beeldende therapie veel moeite had om in contact met haar gevoelens te komen. Een fenomeen welk ook in de literatuur beschreven en ook door andere beeldende therapeuten geobserveerd wordt. Meisjes met anorexia nervosa hebben vaak moeite hun eigen gevoelens waar te nemen of uit te drukken (Fox, 2009) zodat het belangrijk leek te zijn te onderzoeken hoe een ervarings- en handelingsgerichte aanpak binnen de beeldende therapie er een bijdrage aan kan leveren dat een anorectische cliënt in contact kan treden met haar gevoelswereld.
Hiervoor heb ik het verzamelde onderzoekmateriaal met behulp van technieken uit de grounded theory geanalyseerd zodat ik resultaten heb gevonden die me ondersteunden om mijn eigen werkmodel te veranderen en aan te vullen.
Het werd duidelijk dat de cliënt binnen de beeldende therapie genoeg ruimte moet ervaren om situaties op een voor haar bekende manier te kunnen benaderen. De mogelijkheid tot *denkend handelen* is een belangrijke voorwaarde zodat de cliënt zich genoeg veilig voelt en zich open stelt voor nieuwe ervaringen.
In dit afstudeerproject kon ik door het uitgevoerde onderzoek een aantal specifieke en non-specifieke elementen presenteren die binnen de beeldende therapie een bijrage leveren aan het in contact komen met de eigen gevoelens bij meisjes met anorexia nervosa.
Als belangrijkste elementen kunnen hier de methodische inzet van het medium, sensopatische en sensomotorische werkvormen en de technieken geleide expressie en mindfulness genoemd worden. Deze hebben een positief effect op het denken, handelen en voelen van de cliënt en zorgen ervoor dat deze binnen de beeldende therapie nieuwe ervaringen op kan doen die haar ondersteunen anders met haar gevoelens om te gaan.
De mediuminzet is een specifiek element binnen de beeldende therapie die in mijn oude werkmodel te weinig belicht werd en in het nieuwe werkmodel verbeterd werd..
Het nieuwe werkmodel dat ik op basis van de gevonden resultaten heb gepresenteerd houdt evenzo rekening met de andere gevonden elementen zodat het een ervarings- en handelingsgerichte aanpak binnen de beeldende therapie biedt voor de behandeling van Elizabeth. De vergelijking met mijn oude werkmodel liet duidelijk zien dat er een methodische verbetering plaats heeft gevonden dat tot een professioneler manier van werken leidt.

Bronvermelding

Baarda, D.B., Goede M.P.M. de, & Teunissen J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een kwalitatief onderzoek.* Groningen: Stenfert Kroese.

Bolhuis, S.M., & Simons, R.P. (2001). *Leren en werken.* Alphen aan de Rijn: Samsom

Brooke, S.J. (2008). Creative *therapies and eating disorders*. Springfield, Illinois: Charles Thomas.

Bruch, H. (1982). *Der goldene Käfig, das Rätsel der Magersucht,* Frankfurt a.M.: Fischer Verlag

Coholic, D. (2010). *Arts activities for children and young people in need: Helping children to develop mindfulness, spiritual awareness and self-esteem.* London: Jessica Kingsley Publishers

Damasio, A. (2000). *Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins.* München: List

Fox, J.R.E. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions and anorexia nervosa, a basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 16, 276-302. doi: 10.1002/cpp.631

Groothoff, E., Jamin, H., & Beer-Hoefnagels, E. (2010). *Spel in psychotherapie, theorie, techniek en toepassing.* Assen: Van Gorcum

Hinz, L. D. (2006). *Drawing from within: using art to treat eating disorders.* London: Jessica Kingsley Publishers

Nuijens, J.V. (2010). *Uit je hoofd en in het beeld: Onderzoek naar de rol van de formele beeldanalyse bij het in de dialoog treden met beeldend materiaal bij een volwassen cliënt met een sterke behoefte aan controle en de daaruit voortvloeiende automatische gedachten en handelingen.* Niet gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd Heerlen, Opleiding CT

Overbeeke, S. (2007). *Een betere balans tussen voelen, denken, doen.* Bussum: Kluwer

Rabin, M. (2003). *Arttherapy and eating disorders, the self as significant form.* New York Chichester: Columbia University Press

Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen.* Bussum: Coutinho

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2004) *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education.

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

Schweizer, C., Bruyn de, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M., & Visser, H. (Ed.). (2009). *Handboek beeldende therapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie.* Bussum: Coutinho

Smeijsters; H. (2006). *Handboek muziektherapie* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Stumm, G., Wiltschko, J., & Keil, W. (2003). *Grundbegriffe der personzentrierten und focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Vandecasteele, E.J.L. (2009). *Kleien? Dat kan ik niet! Hoe klei methodisch ingezet wordt bij volwassenen cliënten met negatieve automatische gedachten.* Niet gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd Heerlen, Opleiding CT

Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2002). *Handboek eetstoornissen.* Utrecht: De tijdstroom

Westers F., & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures.* Bussum: Coutinho.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2008). *Mindfulness en bijvrijding van depressie.* Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds

Yin, R.K. (2003). *Case study research: design en methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Ysermans, A. (2006). *Cliënt, therapeut, medium: een wisselwerking.* Niet gepubliceerd artikel, Hogeschool Zuyd Heerlen