

“De toevoeging van een belangrijk puzzelstukje...”

Om tot een optimale therapeutische behandeling te kunnen komen voor cliënten die trekken vertonen van de ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is het naast de therapeutische attitude en de inzet van het beeldend medium ook zeer belangrijk dat de vorm waarin de beeldende therapie wordt aangeboden hier passend op aansluit.



S. Crijns
Creatieve Therapie Beeldend
0620130
Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
3 Juni 2010
Anja Cilissen-Ysermans

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling	6
1.1 Probleemstelling.....	6
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Doelstelling	8
Hoofdstuk 2 Onderzoekstype en Onderzoeksmethode:	9
2.1 Onderzoekstype	9
2.1 Onderzoeksmethode Case Study	9
Hoofdstuk 3: Dataverzameling	11
3.1 Databronnen	11
3.2 Dataverzamelingstechnieken.....	12
3.3 Data-analyse.....	12
3.4 Kwaliteitscriteria	13
Hoofdstuk 4: Resultaten	14
4.1 Kerncategorieën.....	14
4.1.1 Hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.....	14
4.2 Behaalde resultaten	15
4.2.1 Therapeutische houding en attitude.....	15
4.2.2 Inzet van het beeldend medium	17
4.3 Verklaring resultaten	19
4.3.1 Therapeutische houding attitude	19
4.3.2 Inzet van het beeldend medium.....	24
Hoofdstuk 5: Discussie.....	27
5.1 Casus Sander	27
5.1.1 Achtergrondinformatie	27
5.1.2 Algemene diagnose volgens DSM-IV classificaties.....	27
5.1.3 Diagnose beeldende therapie	27
5.1.4 Gedragingen Sander in de beeldende therapie	28
5.1.5 Hulpvraag van de cliënt.....	29
5.1.6 Doelstellingen voor de beeldende therapie	29
5.1.7 Periode, frequentie en tijdsduur van de therapie.....	30
5.1.8 Definitie stabilisatiegroep	30
5.2 Oude werkmodel	31
5.2.1 Frictie therapievorm met mijn werkwijze	31
5.2.2 Therapeutische houding	31
5.2.3 Werkvormen	32
5.2.4 Verloop therapiesessies	32
5.3 Nieuw werkmodel.....	33
5.3.1 Toepassen klinisch redeneerproces	33
5.3.2 Diagnose algemene cliëntengroep	33
5.3.3 Indicatiestelling	34
5.3.4 Werkwijze	35
5.3.5 Doelen voor de beeldende therapie	38
5.3.6 Werkvormen	40
5.3.7 Start van de sessie	41
5.3.8 Nabespreking gericht op het werken in de groep	41
5.4 Vergelijking nieuw werkmodel – oud werkmodel	41

Hoofdstuk 6: Reflectie op het onderzoek.....	43
6.1 Zijn de resultaten op de voorgenomen wijze behaald?	43
6.2 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek.....	43
6.2.1 Sterkten	43
6.2.2 Tekortkomingen	43
6.3 Beantwoording vraagstelling.....	44
6.4 Aanbevelingen	45
Samenvatting	47
Literatuuropgave.....	49
Bijlagen	51
Bijlage 1 Werkstukken Sander.....	52
Bijlage 2 Schematisch overzicht werkvormen (groepsopdrachten)	53
Bijlage 3 Interview Anita Donkers	54

Voorwoord

Dit onderzoek gaat over een zoektocht naar een therapeutische behandeling die aansluit bij de kenmerken en behoeften van cliënten met trekken uit de ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Aan de hand van de casus van Sander zal ik het oude werkmodel kritisch bekijken en op zoek gaan naar mogelijkheden voor het nieuwe werkmodel. Hierbij is het belangrijk te vermelden dat er wegens privacy redenen gekozen is voor de fictieve naam, Sander.

Tijdens het derde leerjaar van de studie Creatieve Therapie beeldend heb ik stage gelopen bij het GGZ Oost-Brabant te Helmond. Hier werkte ik voornamelijk binnen de volwassenenpsychiatrie. Het onderzoek zal gericht zijn op één van de groepen waar ik destijds op stond, de stabilisatiegroep. In de behandelperiode dat ik Sander begeleid heb is het mij opgevallen dat hij een ontwikkeling doormaakte op zijn sociale gedrag. Ik was benieuwd wat eraan heeft bijgedragen binnen de beeldende therapie dat hij deze ontwikkeling kon doormaken. Daarom ben ik op zoek gegaan naar de factoren die van invloed waren op die ontwikkeling in dit onderzoek.

Dit heb ik gedaan in de vorm van een casestudy, waarbij ik gebruik heb gemaakt van de casus van Sander. Ik heb alle verzamelde informatie over de casus opnieuw bekeken en geanalyseerd aan de hand van de verwerkingstechnieken van de grounded theory (gefundeerde theoriebenadering). Tijdens het analyseproces heb ik naast de persoonlijke documentatie van de casus ook gebruik gemaakt van literatuur en drie interviews met verschillende disciplines die het dichtste bij de cliënt stonden. Hiervoor wil ik zijn persoonlijke mentor, Lida Blokland, zijn SPV'er (Sociaal Pedagogisch Verpleegkundige) Henk van Eck en de beeldend therapeute Anita Donkers hartelijk bedanken voor hun bijdrage en ondersteuning tijdens het onderzoek. De verkregen informatie uit de interviews en de al bestaande informatie uit de rapportages heb ik gecodeerd en met elkaar in verband gebracht. De uitkomsten daarvan heb ik vergeleken met literatuur als extra onderbouwing.

Graag wil ik Anja Cilissen bedanken voor de begeleiding die zij mij heeft geboden. Behalve dat zij deskundig is, is ze betrokken, gaf ze mij geruststelling en stond ze altijd voor mij klaar. Tevens wil ik mijn vriend Sjef, mijn zus Laura en mijn ouders bedanken voor de rust en het vertrouwen die zij mij gaven. Laura, Pap en Mam ook heel erg bedankt voor jullie hulp bij de controle van de Nederlandse spelling in mijn scriptie.

Voor het leesgemak zal ik in bepaalde delen van mijn scriptie niet spreken over een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken, maar deze cliënt beschrijven als, Sander.

Ik wens de lezer veel plezier bij de kennismaking met Sander en bij mijn zoektocht naar de belangrijkste factoren die binnen de beeldende therapie een rol speelden in de ontwikkeling op het sociale gedrag van Sander.

Inleiding

De scriptie is ontstaan in het kader van de studie Creatieve Therapie beeldend op de Hogeschool Zuyd te Heerlen en vormt het eindwerkstuk van de studie.

Om een overzicht te geven van de scriptie worden hieronder de hoofdstukken en de inhoud van bepaalde hoofdstukken beknopt beschreven.

In hoofdstuk 1 zal de probleemstelling (paragraaf 1.1), vraagstelling (paragraaf 1.2) en doelstelling (paragraaf 1.3) beschreven worden die de leidraad vormen voor het onderzoek. Waarop in hoofdstuk 2 het onderzoekstype (paragraaf 2.1) en de onderzoeksmethode (paragraaf 2.2) volgt. In hoofdstuk 3 komt de dataverzameling aan bod, waarbij beschreven wordt welke databronnen (paragraaf 3.1) en dataverzamelingstechnieken (paragraaf 3.2) er gebruikt zijn in het onderzoek. Tevens zullen in dit hoofdstuk ook de data-analyse (paragraaf 3.3) en de kwaliteitscriteria (paragraaf 3.4) aan bod komen.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten behandeld, waarbij de verzamelde informatie die aan de hand van de data-analyse verwerkt is beschreven wordt. In paragraaf 4.1 zal een korte beschrijving worden gegeven hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. De behaalde resultaten (paragraaf 4.2) en de verklaring hiervan (paragraaf 4.3) zullen daarna toegelicht worden.

Vanuit de resultaten beschreven in hoofdstuk 4 zal er in hoofdstuk 5 ingegaan worden op de discussie. Hierbij komt allereerst de casus van Sander aan bod (paragraaf 5.1) om een duidelijk beeld te geven van de cliënt. Op basis van die gegevens heb ik destijds de behandeling toegespijst. Achtereenvolgens wordt de achtergrondinformatie (paragraaf 5.1.1), de algemene diagnose van Sander (paragraaf 5.1.2) en de diagnose bekeken vanuit de beeldende therapie (paragraaf 5.1.3) beschreven. Daarna zullen de gedragingen (paragraaf 5.1.4) en de hulpvraag (paragraaf 5.1.5) van Sander destijds in de beeldende therapie toegelicht worden. In paragraaf 5.1.6 worden de doelstellingen voor de beeldende therapie in een tabel weergegeven en daarna wordt de periode en tijdsduur (paragraaf 5.1.7) waarin Sander begeleid werd beschreven. Als laatste wordt er een definitie van de stabilisatiegroep (paragraaf 5.1.8) gegeven om een beeld te geven van deze groep.

Vanuit de casus zal er ingegaan worden op het oude werkmodel (paragraaf 5.2). Allereerst wordt hier ingezoomd op de frictie tussen de therapievorm en mijn eigen werkwijze (paragraaf 5.2.1). Daaropvolgend zullen de therapeutische houding (paragraaf 5.2.2), werkvormen (paragraaf 5.2.3) en het verloop van de therapiesessies (paragraaf 5.2.4) toegelicht worden zoals het destijds is verlopen.

In paragraaf 5.3 wordt het nieuwe werkmodel gepresenteerd. Hier wordt ingezoomd op het gebruik van het klinisch redeneerproces (paragraaf 5.3.1), de algemene diagnose van een cliëntengroep met ontwijkende en afhankelijke trekken (paragraaf 5.3.2), de indicatiestelling (paragraaf 5.3.3), werkwijze (paragraaf 5.3.4) en doelen (paragraaf 5.3.4).

Daarnaast zal er in paragraaf 5.3.6 beschreven worden welke werkvormen het beste aansluiten bij de desbetreffende doelgroep en worden hierbij ook voorbeelden gegeven. Tegen het einde aan van dit hoofdstuk wordt nog kort ingezoomd op de punten waarop je moet letten bij de start van een sessie (paragraaf 5.3.7) en de nabespreking (paragraaf 5.3.8). Ook hierbij is er gekeken naar de kenmerken van cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken en hoe je daar dan het beste op in kunt spelen. De laatste paragraaf 5.4 geeft een overzicht weer met een vergelijking tussen het oude en het nieuwe werkmodel.

In hoofdstuk 6 zal een reflectie op het onderzoek gegeven worden, waarbij ingegaan wordt op tekortkomingen en sterkten (paragraaf 6.1) van het onderzoek. Vanuit hier zal er kritisch bekeken worden of de vraagstelling beantwoord is aan de hand van de deelvragen (paragraaf 6.2) en tot slot zullen er aanbevelingen (paragraaf 6.3) worden gegeven.

In hoofdstuk 7 zal in een notendop een samenvatting gegeven worden van de scriptie. Hierbij zullen de belangrijkste elementen uit het probleem, de vraagstelling, de acties, de resultaten en de conclusie beknopt op een rij worden gezet.

In de bijlagen worden de foto's van de werkstukken van Sander en een schematisch overzicht weergegeven van werkvormen als voorbeeld voor het nieuwe werkmodel. Daarnaast wordt er één van de interviews met de disciplines beschreven. Het interview is gehouden met de beeldende therapeute die aanwezig was op de behandelgroep waar ik het fenomeen heb waargenomen dat beschreven wordt in deze scriptie.

Hoofdstuk1 Probleemstelling, Vraagstelling en Doelstelling

1.1 Probleemstelling

Zoals ik in het voorwoord al beschreef liep ik in het derde leerjaar stage binnen het GGZ Oost - Brabant te Helmond en werkte ik hier voornamelijk in de volwassenenpsychiatrie. Gedurende een korte observatieperiode op de al eerder genoemde stabilisatiegroep in de deeltijdbehandeling is mijn interesse gewekt voor één bepaalde cliënt. Deze cliënt was Sander. Mijn interesse werd gewekt door het ambivalente gedrag dat hij vertoonde tijdens de beeldende therapie. Enerzijds gaf hij verbaal aan dat hij ongeïnteresseerd was in de beeldende therapie en tegelijkertijd zag ik hem non-verbaal interesse tonen in de omgeving om hem heen. Het ongeïnteresseerde gedrag kwam tot uiting in de beeldende therapie doordat hij verbaal aangaf dat hij geen zin had in de therapie of mompelend en klagend rondliep door de ruimtes. Het non-verbaal interesse tonen deed hij door zijn medecliënten in de gaten te houden en hun werkstukken “stiekem” te bekijken vanuit een afstandje. Naast het ambivalente gedrag zag ik hem ook vaak alleen zitten, hij vroeg nooit om hulp en zocht ook geen contact met anderen. Er was ook niemand die hem hulp aanbood. Hij werd aan zijn lot overgelaten en hierdoor kwam Sander niet tot actie gedurende de beeldende therapie. Het leek me een uitdaging om mij op hem te richten en te bekijken welke mogelijkheden er zouden zijn om hem meer te kunnen betrekken bij de beeldende therapie. De reden hiervoor was, omdat hij in de opzet van de beeldende therapie destijds naar mijn mening niet voldoende begeleiding kreeg of kon krijgen. Hierop volgend heb ik contact op gezocht met zijn mentor. Zij gaf aan dat er al een tijdje geen vooruitgang was geconstateerd bij Sander en hierbij gaf ze mij de mogelijkheid om te bekijken binnen de beeldende therapie of ik een ingang kon vinden bij hem voor een verder ontwikkeling. De vraag van Sander zelf lag voornamelijk op het ontwikkelen van zijn sociale gedrag. Zijn hulpvraag was om meer contact te maken met anderen, beter te leren omgaan met drukte en grote groepen mensen. Hij wilde meer sociale contacten en vrienden maken. Ik vond het belangrijk om op z'n minst te bekijken welke mogelijkheden er waren voor hem en hoe ik dit kon bereiken binnen de beeldende therapie. Met zijn hulpvraag voor ogen en zijn houding die hij op het moment aannam ben ik aan de slag gegaan met hem.

Tijdens de beeldende therapie vertoonde Sander voornamelijk ontwijkende en afhankelijke trekken. Kenmerkend algemeen gedrag hierbij was dat hij moeite had met het contact leggen en communiceren met anderen. Zowel verbaal als non-verbaal maakte hij in eerste instantie weinig tot geen contact met zijn omgeving. Met verbaal en non-verbaal bedoel ik communicatie door middel van woorden, van taal (verbaal) en communicatie door middel van gebaren, lichaamshouding, gezichtsuitdrukking, oogcontact, geluiden of stemgebruik (non-verbaal) (Wijsman, 2005, p.144).

Sander is introvert, terughoudend en contacten vermijdt. Volgens Hengeveld & van Balkom (2008, p.48) zijn dit ontwijkende trekken. Zij benoemen hiernaast ook nog begrippen als geremd, sociaal onhandig en met gevoel tekort schieten. Sander zonderde zich meestal af tijdens de therapie en zocht doorgaans een plek in de ruimte waar niemand of bijna niemand zat. Als het gaat om het begrip met gevoel tekort schieten kan ik hierbij ook de begrippen afstand en nabijheid plaatsen. Dit was een thema waar Sander veel moeite mee had. Wanneer je contact met hem wilde maken konden de gesprekken niet gaan over persoonlijke zaken, zoals zijn thuissituatie, het verleden en zijn ziektebeeld. Ook wanneer iemand te veel vragen stelde, teveel van hem eiste, of hem confronteerde met gedragingen of handelingen die hij had gedaan tijdens de therapie hield hij de betreffende persoon voor hem op veilige afstand. Ik had het vermoeden dat hij afstand hield uit angst dat anderen op persoonlijk vlak te dicht bij hem zouden komen. De ontwijkende trek; met gevoel tekort schieten sluit hierbij ook aan. Kenmerkend medium gedrag van Sander was dat hij afwachtend was, geen vragen stelde, moeite had met het maken van keuzes en deze dan al snel op de therapeut afschoof, perfectionistisch was, snel opgaf wanneer iets misging en onzeker was over zijn eigen kunnen, waarbij hij vaak benoemde dat anderen het beter konden. Hengeveld & van Balkom (2008, p.48) beschrijven enkele van de genoemde gedragingen als afhankelijke trekken. Ze beschrijven ze als, onderdanig, afhankelijk, besluiteloos, passief, hulpeloos en een minderwaardigheidsgevoel.

In overleg met de behandelaren is in het belang van Sander besloten dat hij niet op de hoogte gesteld zou worden van het feit dat ik hem persoonlijk zou gaan begeleiden in de groep. Dit werd besloten, omdat Sander er om bekend stond om af te haken tijdens de therapie wanneer de situatie te formeel werd of zoals ik net ook al benoemd werd wanneer je persoonlijk te dichtbij hem kwam. Omdat Sander niet wist dat ik hem persoonlijk begeleidde kon ik dus ook geen officiële nabesprekingen met hem houden. Wel sprak ik soms “tussen neus en lippen door” over zijn ervaringen met het materiaal of over

het werkstuk. De vragen die ik dan stelde waren laagdrempelig en eiste niet veel inzichtgevend vermogen. Vanaf het moment dat vaststond dat ik Sander ging begeleiden merkte ik een frictie in de wijze waarop ik probeerde te werken en de vorm waarin de beeldende therapie werd aangeboden vanuit de instelling (open atelier). Ik observeerde Sander op zijn gedrag, maakte vanuit hier een diagnose en heb geïndiceerd aan welke punten we het beste konden gaan werken. Hier vandaan ben ik gaan bekijken welke doelen ik kon stellen voor hem tijdens de beeldende therapie en welke interventies hierbij zouden konden aansluiten (Schweizer, 2009, p.137). Vanuit dat punt stemde ik mijn therapeutische attitude af op zijn hulpvraag, kenmerken en de daarbij behorende opgestelde doelen voor in de beeldende therapie. In het verlengde daarvan zette ik het medium in. Tot op zekere hoogte lukte dit wel, maar er was veel gemis. Het gemis leek vanuit de vorm te komen waarin de beeldende therapie destijds werd aangeboden vanuit de instelling. Er werd gewerkt in de vorm van een open atelier, waarin de cliënten veel ruimte kregen om zelf een invulling te geven aan de therapie. Ze mochten zelf besluiten wat ze wilde gaan doen en hoe ze dit zouden willen gaan aanpakken. De therapeuten stonden wel open voor vragen en boden hun hulp aan wanneer ze vonden dat dit nodig was. Er werd gewerkt in twee ruimtes met een verbindende gang ertussen, waarin de cliënten verspreid zaten. Er stond altijd één beeldend therapeut op de groep en één SPV'er. Het werken met doelen of het bespreken van bepaalde handelingen bleef in deze setting achterwege. Door de vorm waarin de beeldende therapie werd aangeboden werd er teveel ruimte gecreëerd om volgens het klinische redeneerproces te kunnen werken. Met teveel ruimte bedoel ik zoals net al beschreven werd dat de cliënten zelf mochten besluiten wat ze wilden gaan doen. De mogelijkheden binnen de beeldende therapie waren voor de cliënten zo groot dat je je als therapeut bijna altijd als volgend op moest stellen. Wat als gevolg had dat je als therapeut jou ideeën voor de invulling van de beeldende therapie, aansluitend op de hulpvraag en kenmerken van de cliënt aan de kant moest zetten. Bij het gebruik van een klinisch redeneerproces zou het gaan om een hoogwaardig deskundig proces van intuïtief gewaarworden, reflectief afwegen en keuzes maken door logisch denken en betogen, tot de uitkomst gegrond kan worden verklaard. Het klinisch redeneerproces leidt uiteindelijk tot het formuleren van de vaktherapeutische behandeldiagnose (Smeijsters e.a, 2007, p.11).

Gezien de vorm waarin de beeldende therapie werd aangeboden was er veel ruimte voor Sander om niets te hoeven doen. Tevens was er hierdoor weinig structuur, houvast of veiligheid waar hij en ook vele andere cliënten op dezelfde groep juist veel behoefte aan hadden.

Naar aanleiding van mijn probleem zou je de noodzaak voor het onderzoek als volgt concreet kunnen samenvatten:

Uit mijn praktijkervaring is gebleken dat niet alleen Sander maar ook andere cliënten moeite hadden met het werken binnen het open atelier. Het open atelier is niet gebaseerd op gerichte hulpvragen en heeft daardoor geen methodisch plan. Voor sommige cliënten werkt het open atelier juist veilig en stimulerend, maar bij andere cliënten juist onveilig en demotiverend. Het bleek voor sommige cliënten noodzakelijk te zijn om gezien hun kenmerken die ze vertoonden meer veiligheid en structuur aangeboden te krijgen.

Ik vond het noodzakelijk om op zoek te gaan naar handvaten voor de omgang met cliënten die ontwijkende en afhankelijke trekken vertonen binnen de beeldende therapie omdat deze er in mijn ogen nog niet voldoende aanwezig waren. Zodat zowel mijn collega beeldend therapeuten als ikzelf hier meer houvast in kunnen krijgen en een concreet beeld hebben hoe je een therapeutische behandeling kunt bereiken waarin de twee uiteenlopende manieren van werken herbekeken worden om zo tot een vernieuwd werkmodel te kunnen komen. Door de factoren te bekijken die van invloed waren op de ontwikkeling op het sociaal gedrag van Sander hoop ik te kunnen ontrafelen welke van positieve aard waren en welke van negatieve aard. Dit zal ik doen door mijn eigen therapeutische attitude, de inzet van het beeldend medium en de vorm waarin de beeldende therapie destijds werd ingezet kritisch te bekijken.

1.2 Vraagstelling

Welke factoren hebben binnen de beeldende therapie invloed gehad op de ontwikkeling van het sociaal gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?

Deelvragen:

- Welke invloed had de therapeutische attitude op de ontwikkeling van het sociaal gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?
- Welke invloed had de manier van inzetten van het beeldend medium op de ontwikkeling van het sociaal gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?

1.3 Doelstelling

Naast het vinden van een verklaring voor het waargenomen fenomeen (de cliënt reageert positief op therapeutische houding en beeldend medium) zal ik hieronder nog een aantal doelstellingen beschrijven opgedeeld in drie punten. Doelstellingen van belang voor het werkveld, de cliënt en mijn professionele ontwikkeling.

Het werkveld:

Met het onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan het methodisch handelen van de huidige en toekomstige beeldende therapeuten. Door middel van de analyse van mijn werkmodel zouden er handvaten kunnen uitkomen om met vergelijkbare cliënten aan de slag te gaan in de praktijk. Daarnaast zou er aan de hand van het onderzoek bekeken kunnen worden in hoeverre de huidige therapievorm: "Het open atelier" wel aansluit bij de doelgroep en welke andere mogelijkheden er beter toegepast kunnen worden.

De cliënt:

Door middel van dit onderzoek kan er bekeken worden in hoeverre er nieuwe mogelijkheden ontstaan in de manier van aanbieden van het beeldend medium. Mogelijk zullen deze ontwikkelingen een grotere bijdrage leveren aan de vooruitgang van de cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken.

Professionele ontwikkeling

Door middel van dit onderzoek wil ik mijn eigen beroepsmatig handelen verbeteren en mij in mijn oude werkmodel verdiepen. Het inzicht wat ik hoop te verkrijgen met dit onderzoek kan ertoe bijdragen dat ik het medium en mijn therapeutische houding bewuster en meer methodisch kan inzetten.

Tevens zal ik met het verkregen inzicht mijn handelingsrepertoire kunnen uitbreiden.

Ondersteund met voorbeelden uit de praktijk, de verzamelde data en onderbouwd met literatuur wil ik de resultaten uit het onderzoek integreren in mijn oude werkmodel. Hieruit wil ik een nieuw verbeterd werkmodel presenteren.

Hoofdstuk 2 Onderzoekstype en de onderzoeksmethode

2.1 Onderzoekstype

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een verklarende onderzoeksvraag, waarbij het duidelijk maken van het tot stand gekomen fenomeen centraal staat. Het onderzoekstype is verklarend, waarbij de beschrijving van de kenmerken en ook de relaties tussen de kenmerken centraal staan (Korzilius, 2000, p.6). Het waargenomen fenomeen is bestudeerd om de verbanden tussen verschillende factoren te verklaren (Saunders, Lewis & Thornhill, 2007, p.102). Grofweg genoemd zijn de factoren in het onderzoek, de therapeut, het medium en de cliënt. Voordat de waargenomen verandering in het sociale gedrag van de cliënt verklaard kan worden is er eerst gekeken naar de oorzaken van het verschijnsel (Segers, 2002 p.372). In dit geval is er allereerst gekeken naar de bovengenoemde factoren die een rol kunnen spelen binnen de verandering in het sociaal gedrag van de cliënt. Tevens is er gekeken naar de achtergrond en diagnose van de cliënt om te kunnen uitsluiten hoeveel invloed deze heeft op het waargenomen verschijnsel. Het onderzoek is verklarend. Hierin wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen een explorerend en toetsend onderzoek. In een explorerend onderzoek staat het zoeken naar en het ontwikkelen en formuleren van verklaringen centraal (Korzilius, 2000, p.6). Vanuit de literatuur die aansluit bij de diagnose van de cliënt konden er al een aantal verklaringen van zijn gedrag geformuleerd worden. In hoofdstuk 5 zullen deze verklaringen beschreven worden. Baarda, de Goede & Teunissen (2009, p.100) beschrijven ook dat een explorerend onderzoek gericht is op de ontwikkeling van een theorie en/of het scherper maken van de formulering van hypothesen. In het onderzoek is allereerst opnieuw bekeken welke eerder gemaakte veronderstellingen binnen de specifieke situatie gemaakt zijn. Door de veronderstellingen opnieuw te hebben hervat en ze vervolgens hebben kunnen vergelijken met verschillende databronnen (triangulatie) kon er ontdekt en verklaard worden welke factoren er afhankelijk waren voor de ontwikkeling in het sociale gedrag van Sander.

Volgens Baarda e.a., (2009, p.7) is het gebruik van triangulatie ook kenmerkend voor een kwalitatief onderzoek wat geholpen heeft om de situatie beter te kunnen doorgronden en verklaren. Aan de start van het onderzoek was er de veronderstelling dat er de twee disciplines zouden worden geïnterviewd die het meest in contact waren gekomen met de cliënt gedurende de deeltijdbehandeling. Dit waren zijn mentor en een SPV'er. Gedurende het proces merkte ik dat ik de visie van een beeldend therapeut miste. De informatie die verkregen werd vanuit van de mentor en de SPV'er waren zeer interessant, maar gaven niet voldoende inzicht in de werkwijze en houding van een therapeut binnen de beeldende therapie. Het interessante aan de eerste twee databronnen was hun kennis en inzicht over de desbetreffende cliënt, Sander. Zij hebben nauw samengewerkt met Sander tijdens de gehele behandeling en konden hierdoor veel informatie geven over de therapeutische houding die het beste zou aansluiten bij hem. Door middel van een derde databron (een beeldend therapeute) is er een breder scala aan informatie verkregen gericht op de inzet van het beeldend medium en is er meer zicht verkregen op nieuwe mogelijkheden voor de toekomst.

2.2 Onderzoeksmethode Casestudy

Als onderzoeksmethode is er gekozen voor een casestudy. In deze casestudy staat de ontwikkeling van het sociale gedrag van de cliënt centraal. Om de ontwikkeling van deze cliënt in zijn geheel (holisme) te onderzoeken heb ik mijn therapeutische houding en de inzet van het beeldend medium ook geanalyseerd. Er is allereerst teruggekeken op de situatie die zich toen heeft voorgedaan, waarbij er feitelijk gedrag hiervan (handelingen, interacties) onderzocht is. Er is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode, waarbij eigen rapportages herzien werden en interviews zijn gehouden met betrokken werknemers binnen de te onderzoeken situatie (Baarda e.a., 2009, pp. 113-114). De onderzochte casestudy was vrij complex te noemen. Binnen het onderzochte proces zaten meerdere elementen verworven, zoals de therapeutische houding, de cliënt en het medium. Om voldoende informatie te kunnen verzamelen is er niet alleen gebruik gemaakt van de informatie binnen de beeldende therapie, maar ook van daarbuiten. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een enkelvoudige casestudy, waarbij de onderzoeksvraag gericht is op één case. Binnen deze specifieke case is er een verandering en een ontwikkeling op het sociale gedrag van de cliënt waargenomen. Deze waarneming ging specifiek over de ontwikkeling van Sander in combinatie met mijn therapeutische houding en de inzet van het beeldend medium en maakt de case hierdoor uniek en op

zichzelf staand (Baarda e.a., 2009, pp.118-124). In het onderzoek is tevens gebruik gemaakt van een aantal aspecten uit de methode Grounded Theory. Grounded Theory is een methode van onderzoek (dataverzameling en data-analyse) die gebruikt wordt in kwalitatief onderzoek. Gezien de tijd die beschikbaar is voor het doen van het onderzoek is er alleen gebruik gemaakt van de coderingstechnieken. Het analyseren van verzamelde data werd aan de hand van deze methode uitgevoerd. Hierbij werd er gebruik gemaakt van open, axiaal en selectief coderen. In hoofdstuk 3, paragraaf 3.3 zal inhoudelijk een beschrijving van deze methode gegeven worden. Daarnaast wordt hier ook dieper ingegaan op het gebruik van de methode in het onderzoek.

Hoofdstuk 3 Dataverzameling

Aan het begin van het onderzoek is er een korte deskstudy gedaan, waarin de definitie van 'sociaal gedrag' ook vanuit de literatuur is bekeken. Zodat het beeld dat door mezelf gevormd was, aangevuld of geconcretiseerd kon worden. Om een concreet beeld te hebben welke data er allereerst verkregen wilde worden is er van het begrip sociaal gedrag een eerste omschrijving gegeven. (Baarda e.a, 2009, p.174) Met een eerste omschrijving wordt de eigen visie op het begrip sociaal gedrag zonder enige literatuuraanvulling vanuit een deskstudy bedoeld. Voordat de casus geanalyseerd werd was het van belang om een concreet beeld te hebben van dit begrip en de hierbij behorende specifieke kenmerken die gebruikt konden worden in het onderzoek. Naast het begrip sociaal gedrag stonden er binnen het onderzoek ook drie factoren centraal binnen het onderzoek om antwoord te krijgen op de vraagstelling. Deze zijn de cliënt, de therapeut en het medium.

3.1 Databronnen

De benodigde informatie en het onderzoeksmateriaal voor het onderzoek is voornamelijk vanuit de instelling verkregen. Met de instelling wordt bedoeld het GGZ Oost-Brabant te Helmond.

Binnen deze instelling heeft de te onderzoeken case zich afgespeeld en zijn er verschillende bronnen benaderd. Zoals al eerder beschreven werd is er gebruik gemaakt van triangulatie. Volgens Migchelbrink (2009, p.88) versterk je hiermee je informatie en bevorder je de validiteit en betrouwbaarheid (dependability). De gebruikte bronnen zijn individuele personen. De keuze voor de bronnen is gebaseerd op basis van een aantal criteria. Op de eerste plaats was het van belang dat ze gedurende de periode dat ik de cliënt behandeld heb aanwezig waren in dezelfde ruimte of binnen dezelfde behandeling. Zodat ze op de hoogte waren van zijn houding, mogelijkheden en beperkingen op dat moment. Ook was het van belang iemand te kiezen die veelvoudig contact had met de cliënt. Zoals ik eerder al beschreef miste ik in een later stadium de visie vanuit een beeldend therapeut en was het dus van belang om deze alsnog uit te nodigen voor een interview. Uiteindelijk zijn er interviews gehouden met drie verschillende disciplines, waaronder de mentor van de cliënt een SPV'er en een beeldend therapeut. Er is gebruik gemaakt van documenten, zoals rapportages en behandelplannen en het mediaproduct internet om begrippen nader te verklaren. Tevens is er gebruik gemaakt van literatuur om begrippen en handelingen nader te verklaren. De bovengenoemde databronnen hebben allen betrekking op hetzelfde onderwerp. In dit geval wordt er dan gesproken over de ontwikkeling van het sociaal gedrag van Sander. Naast de verschillende betrokkene personen heb ik ook mijn eigen interventies n.a.v. bepaald gedrag van de cliënt onder de loep genomen. Tijdens de behandelperiode zijn de geobserveerde gegevens gerapporteerd die als aanvulling op het onderzoek gebruikt zijn.

Er is dus gebruik gemaakt van reeds bestaande gegevens, maar er is ook materiaal verzameld waarin het subjectieve perspectief van de betrokkenen naar voren kan komen. Aan de hand van interviews is er geprobeerd om dit na te streven (Wester & Peters, 2004, p.39). Sommige databronnen waren nodig om informatie te verzamelen rondom vragen die nog beantwoord moesten worden om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Tussen de periode dat Sander behandeld werd en de periode waarin zijn verandering in zijn sociaal gedrag in deze casestudy onderzocht werd is er geen nieuwe informatie meer verkregen over hem. Zoals al eerder beschreven werd is er contact op genomen met een aantal verschillende disciplines die bevraagd zijn geworden vanuit twee verschillende ooghoeken. Hierbij werden deze disciplines aangesproken als persoon zelf, om gegevens over hem of haar te verkrijgen, zoals ideeën en opvattingen rondom hun houding en benadering in de behandeling van Sander. Tevens zijn ze bevraagd over hun kennis en gegevens die ze over hem hebben. In het eerste geval ging het over respondenten, omdat het persoonlijk om hen gaat en in het tweede geval ging het over informanten, waar ze kennis hebben overgedragen als deskundige (Migchelbrink, 2009, p.87). Er is dus in feite gebruik gemaakt van beide methoden.

In de scriptie zal gesproken worden over respondenten om verwarring te voorkomen.

3.2 Dataverzamelingstechnieken

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er sprake geweest van ondervraging en inhoudsanalyse. Binnen de techniek, ondervragen is er gebruik gemaakt van een individuele ondervraging, waarbij er de mogelijkheid was om diep in te gaan op redeneringen en motieven van de individuele respondent. De respondenten kregen hierdoor een faire kans om hun visie in te brengen (authenticity). Deze mogelijkheid is er binnen het half- of gedeeltelijk gestructureerde interview, waarin er gebruik is gemaakt van het vastleggen van het onderwerp en de belangrijkste vragen. Er was wel ruimte om de volgorde van de vragen gedurende het interview aan te passen wanneer dit nodig was. Tevens was er ruimte om door te vragen als zich hier de gelegenheid voor gaf (Baarda e.a., 2009, p.235). Tijdens de interviews is er gebruik gemaakt van registratie door middel van een digitale memorecorder. Volgens Boeije (2005, p.60) heeft geluidsregistratie tijdens de gegevensverzameling grote voordelen met het oog op het analyseren van de gegevens.

Het was als onderzoeker mogelijk om je op het gesprek te concentreren en zich hierdoor minder druk te hoeven maken over eventuele aantekeningen. Door op deze wijze te hebben gewerkt werd ook de kwaliteit van de gegevens vergroot, omdat de onderzoeker niet hoeft te selecteren wat er wel of niet wordt genoteerd en hiermee de gegevens ook niet kan vervormen door de wijze van noteren. Door deze manier van werken te hebben gehanteerd is de betrouwbaarheid (dependability) van het onderzoek groter geworden (Migchelbrink, 2009, p.128). Zoals er in de vorige paragraaf al benoemd werd is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van meerdere bronnen. De Naturalistic constructivist inquiry beschrijft dit als de techniek, triangulatie. Tevens is er tijdens het verzamelen van materiaal ook gebruik gemaakt van één aspect uit de Delphi-methode. Hierbij kwam aan de orde dat er vooraf aan de interviews een specifieke selectie gemaakt is van experts (Smeijsters, 2005, pp. 54-55). Het aantal interviews is beperkt tot drie. De overweging om het aantal interviews te beperken tot drie is overwogen vanuit het aspect, tijd en haalbaarheid. Naast het houden van de interviews is er gebruik gemaakt van een tweede techniek. Binnen deze techniek, ook wel inhoudsanalyse genoemd ligt de focus vooral op het inzien en analyseren van bestaande documenten. Hierbij zijn er al bestaande rapportages gecodeerd en geanalyseerd (Migchelbrink, 2009, pp. 90-92). Er is in het onderzoek gebruik gemaakt van meerdere dataverzamelingstechnieken en databronnen. Dit zal de geloofwaardigheid (credibility) van het onderzoek doen toenemen.

3.3 Data-analyse

Zoals al eerder vermeld werd is er bij het analyseren van de informatie die verkregen waren uit de interviews en het bestaande materiaal gebruik gemaakt van de verwerkingstechnieken uit de methode: Grounded Theory. In het onderzoek is geen gebruik gemaakt van de Grounded Theory in zijn zuivere vorm, omdat het een zeer intensieve en tijdrovende vorm van onderzoek verrichtten is. Echter hielpen de coderingstechnieken om verzamelde data te ordenen, structureren en te analyseren. Als uitgangpunt voor deze methode “dienen globale ideeën, welke via een terreinverkenning als centrale begrippen worden uitgewerkt. Tussen deze begrippen worden onderlinge relaties onderzocht” (Wester, 2004, p.147). De basis daarvoor zijn globale inzichten (sensitizing concepts) die in het begin de richting aangeven. In het onderzoek kwamen een aantal sensitizing concepts aan het begin naar boven. Dit waren de therapeutische houding, het medium en het sociale gedrag. In eerste instantie is de onderzoeksvraag gericht op het opsporen van relevante gegevens en in tweede instantie op het ordenen en categoriseren hiervan (Baarda e.a., 2009, p.97). Om een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag is er gebruik gemaakt van een netwerkanalyse. Hiermee is er gekeken naar mogelijke verbanden tussen de labels, waarmee het proces verklaard kon worden. Door middel van analysetechnieken zijn relevante gegevens geordend en gecategoriseerd. De analysetechnieken die hierbij van toepassing waren, zijn het open, het axiaal en het selectief coderen (Smeijsters, 2006). Binnen het open coderen werden de interviews uitgeschreven, relevante gegevens werden zorgvuldig gelezen en in fragmenten/passages ingedeeld (Boeije, 2006, p.86). Door deze fragmenten te markeren met een code (bv door er een kleur aan te geven) ontstonden er verschillende tekstfragmenten die door een bepaalde code/kleur gemarkeerd zijn. Op het moment dat er nog geen categorieën bestonden werden deze geformuleerd op basis van clusters van codes die bij elkaar horen (Migchelbrink, 2009, p.115). Door de tekst te categoriseren zijn er belangrijke thema's naar voren gekomen. Op basis van deze thema's werden categorieën opgesteld waarin veel voorkomende thema's en begrippen te vinden waren. Hierop volgend was er axiaal gecodeerd waarbij dit principe herhaald werd. Hierbij werden de thema's afgebakend en beschreven (Boeije, 2006). Bij het selectief coderen was er meer structuur in de codering

aangebracht. Waarbij de nadruk lag op het leggen van verbanden tussen de categorieën (Boeije, 2006, p.106). Om verbanden te kunnen leggen is er eerst teruggaan naar de tekstfragmenten die al verzameld waren. Rapportages en uitgeschreven interviews werden ontleed en hierin werd gezocht naar patronen. Tevens is er gezocht naar een samenhang in het materiaal en is hiermee verduidelijkt welke aspecten van het onderzochte verschijnsel relevant zijn (Baarda e.a., 2009, p.335). Op deze wijze konden de kerncategorieën en de onderlinge verbanden tussen de andere begrippen verduidelijkt worden.

Naast deze drie analysetechnieken is er ook gebruik gemaakt van de inhoudsanalyse, waarbij bestaande teksten als uitgangspunt werden gebruikt. In het begin van het onderzoek werd een categorieënstelsel opgesteld op basis van de doel- en vraagstelling. Hierop volgend werden de teksten gelezen, geselecteerd, geparafraseerd, gesynthetiseerd, en geanalyseerd. Daarna werden de teksten ingedeeld en gecategoriseerd. Bij het synthetiseren werd erop gelet welke passages bij elkaar hoorden en werd er een eenduidig begrip gebruikt en op basis hiervan werden conclusies getrokken. Bij het analyseren zijn de relaties tussen de verschillende soorten verschijnselen bepaald (Smeijsters, 2005, p.55).

3.4 Kwaliteitscriteria

Credibility, dependability, confirmability, transferability en authenticity zijn binnen het kwalitatieve onderzoeksmodel belangrijke criteria om te meten hoe betrouwbaar en valide het onderzoek is.

Zoals al eerder aan de orde is geweest in paragraaf 3.2 was er sprake van de kwaliteitscriteria credibility, authenticity en dependability in mijn onderzoek.

Naast deze drie criteria is er geprobeerd om te voldoen aan het criterium, confirmability. Om aan deze norm te kunnen voldoen is de scriptie gemakkelijk leesbaar geschreven in die zin dat begrippen verhelderd worden aan de hand van literatuur of praktijkvoorbeelden.

In eerste instantie is het onderzoek specifiek gericht op mijn case. In de vraagstelling gaat het niet alleen specifiek over Sander, maar spreek ik in de algemene zin over cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken. Op deze manier kunnen de resultaten veralgemeniseerd worden en zo kunnen de gegevens gebruikt worden in een andere soortgelijke case (transferability) (Smeijsters, 2005, p.48, p.73).

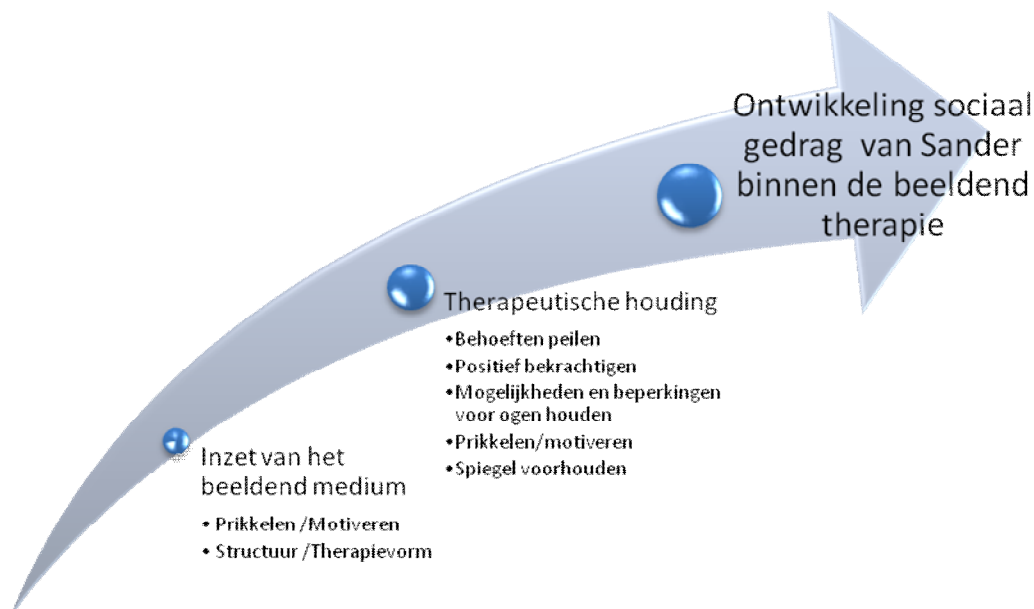
Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Kerncategorieën

4.1.1 Hoe de resultaten tot stand gekomen zijn

De kerncategorieën omschrijven de belangrijkste begrippen die voort zijn gekomen uit de data-analyse. Voordat de kerncategorieën gemaakt konden worden zijn er eerst gegevens verzameld door middel van drie interviews. De interviews zijn afgenomen met drie mensen die betrokken waren bij de behandeling van Sander, namelijk de mentor van Sander, Lida Blokland, de SPV'er Henk van Eck en beeldend therapeute Anita Donkers. Naast de interviews zijn er ook eigen ervaringen en observaties geanalyseerd vanuit de rapportages uit het derde leerjaar tijdens de stageperiode. De gegevens die verzameld zijn vanuit de interviews en de rapportages zijn door middel van de verwerkingstechnieken van de grounded theory geanalyseerd.

Alvorens de interviews gecodeerd konden worden moest het stuk eerst geprepareerd worden. Hiervoor was het noodzakelijk om de interviews volledig uit te schrijven. Daarna is alle irrelevante informatie die voor het onderzoek niet van belang was eruit gefilterd. Van daaruit is het interview in een tabel geplaatst, zodat nadat de tekst verdeeld was in alinea's met onderwerpen die aansloten dit meteen naast het interview overgenomen konden worden. Daarna zijn overeenkomstige alinea's met dezelfde kleur of term gemarkeerd. Dit gaf meer overzicht wanneer er overeenkomsten gezocht gingen worden. Daarop volgend zijn overeenkomstige passages in dezelfde categorie gezet en hebben deze categorieën een naam gekregen. In dit geval was dat de therapeutische attitude en de inzet van het beeldend medium. Binnen deze categorieën zijn er thema's ontwikkeld die belangrijk waren voor het onderzoek. Vanuit het axiaal coderen zijn hoofd- en subcategorieën bepaald. Hier kwam bijvoorbeeld naar voren als hoofdcategorie de therapeutische attitude en als subcategorie hiervan positief bekrachtigen. De keuze voor uiteindelijke subcategorieën kwamen vanuit een vergelijking tussen de drie interviews en de rapportages uit het derde leerjaar. De categorieën die het meest voorkwamen zijn eruit gefilterd en waren het meest relevant. Nadat de hoofd- en subcategorieën duidelijk waren is er gezocht naar verbanden binnen de thema's en tussen de categorieën (Smeijsters e.a., 2007, p.30). Bovengenoemde kerncategorieën zijn hieronder in een overzicht weergegeven met de daarbij behorende subcategorieën.



Figuur 1. Schematisch overzicht van de kerncategorieën

4.2 Behaalde resultaten

Terugkijkend op de verzamelde informatie en de behaalde resultaten kan er gesteld worden dat er met een tevreden gevoel terug gekeken kan worden naar het uiteindelijke resultaat. Aan de hand van de geanalyseerde interviews en mijn eigen rapportages is er voldoende materiaal verzameld om een overzicht te krijgen van de situatie op het destijds waargenomen fenomeen.

In eerste instantie was het plan om gebruik te maken van twee interviews, waarbij er twee disciplines geïnterviewd zouden worden die het meest in contact waren geweest met Sander. Dit waren zijn mentor en de SPV'er. Achteraf miste er toch de informatie over het beeldend medium. Hiervoor is nog een derde interview afgenomen met een beeldend therapeute. Vooral dit derde interview gaf veel informatie over de inzet van het beeldend medium en mogelijkheden voor een nieuw werkmodel.

Aan de hand van de subcategorieën kon er een beschrijving gegeven worden van de resultaten die verkregen werden uit de interviews. Door middel van het gebruik van de subcategorieën kon er tevens een definitie voor de kerncategorieën ontwikkeld worden die een beeld gaf hoe een therapeutische attitude er in een vernieuwd werkmodel zou moeten uitzien om een betere therapeutische behandeling te kunnen aanbieden. Maar ook kwam hierin naar voren hoe de vorm waarin de beeldende therapie werd aangeboden eruit zou moeten komen te zien om beter te kunnen aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt en om als therapeut te kunnen werken vanuit het klinisch redeneerproces. Hierbij kwam bijvoorbeeld naar voren welke punten er niet voldoende aansloten bij de cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken en welke wel.

Om u een beeld te geven van de resultaten worden hieronder per subcategorie de verkregen resultaten beschreven in paragraaf 4.2.1 Therapeutische houding en attitude. Hierbij is er gebruik gemaakt van afkortingen om aan te duiden welk stukje tekst benoemd is geworden door welke respondent. Ook wordt er aangeduid wanneer meerdere respondenten hetzelfde aangaven over een bepaald onderwerp. Naast de drie geïnterviewden worden ook mijn eigen gegevens gebruikt uit de rapportages van het derde leerjaar. De volgende afkortingen worden gebruikt:

- Lida Blokland – Mentor van de cliënt (LB)
- Henk van Eck – SPV'er van de cliënt (HE)
- Anita Donkers – Beeldend therapeute van de cliënt (AD)
- Sanne Crijns – Onderzoeker en stagiaire op de groep van de cliënt (SC)

4.2.1 Therapeutische houding en attitude

Behoeften peilen, mogelijkheden en beperkingen voor ogen houden

AD geeft aan dat zij de interesses van de cliënt peilt door contact met hem te maken op zowel beeldend vlak als in het aangaan van gesprekjes. Zowel AD, HE en SC geven allen aan dat het gebruik van humor, geintjes en het praten over koetjes en kalfjes kan bijdragen tot het in contact komen met de cliënt. HE gebruikt humor ook om de cliënt uit te dagen om tot beeldend werken te komen.

HE vertelt dat hij de cliënt vooral probeert te prikkelen en uit te nodigen. Hij probeert in te springen op de momenten waarop de cliënt iets wil uitproberen. HE tastte de situatie af wanneer de cliënt iets uit wil proberen op beeldend vlak en stemt zijn therapeutische houding hier dan op af.

Zowel AD als LB geven beiden aan dat ze merkten dat de cliënt niet altijd behoefte had aan contact. LB voelde dat de cliënt meer behoefte had aan afscherming. AD merkt dit ook aan de manier waarop de cliënt contact maakt (kort en terughoudend) en hieruit trekt ze dan zelf de conclusie dat de behoefte aan contact bij hem niet groot is. Vanaf dat moment heeft ze de cliënt een beetje zelf laten bepalen wat hij dan zou willen en welke koers hij dan op zou willen gaan varen. Zowel AD als LB hebben zich beiden op de achtergrond gehouden en afstand genomen. LB geeft ook aan dat ze bewust vragen bij de cliënt neerlegt, zodat ze zich wat meer op afstand kan houden. Dit doet ze omdat bekend is dat de cliënt vaak de behoefte heeft aan afstand en moeite heeft met formeel contact, waarbij het gaat over zijn persoonlijke zaken. Op deze wijze komt LB persoonlijk niet te dicht bij de cliënt. LB biedt haar hulp aan op het moment dat de cliënt dit volgens haar nodig heeft. Als de cliënt de aangeboden hulp afhoudt dan accepteert ze dit. Ze geeft aan dat ze probeert mee te denken met de cliënt, maar als de cliënt dit aanbod niet oppakt en hieraan meewerkt dan laat ze het daarbij. Ze geeft ook aan dat ze afstand houdt op het moment dat ze merkt dat de cliënt zich afsluit wanneer ze te dichtbij komt. Ze geeft aan dat wanneer je dan nog doorgaat je iemand niet kunt bereiken. LB past haar houding aan op de gemoedstoestand van de cliënt. Dit doet ze bijvoorbeeld op het moment dat de cliënt iets opener wordt en meer interesse toont. Maar toch blijft ze erbij dat je nooit teveel achter de cliënt aan moet zitten. Wanneer je teveel wilt en vraagt van de cliënt kan het zijn dat de cliënt afhaakt van de therapie. AD vindt het erg belangrijk dat je aansluit bij de vraag die de cliënt stelt en de

behoefte die je als therapeut opmerkt. AD probeert de cliënt meer te betrekken bij de therapie door de vragen wat opener te stellen. Zo van.. wat ga je doen vandaag? Maar ook het meer aanspreken op zijn interessegebieden. Ze probeert telkens een onderwerp of thema te bedenken waar de cliënt iets mee zou kunnen hebben. En ze geeft naar de cliënt toe aan wanneer ze merkt dat een materiaal weinig met de cliënt doet, zodat de cliënt merkt dat ze hem ziet en begrijpt. Op deze wijze is te achterhalen op welke punten er aansluiting gevonden zou kunnen worden in de beeldende therapie. Ook HE en SC proberen door middel van vragen te achterhalen wat de interesses zijn van de cliënt en vanuit daar te reageren op zijn wensen en behoeften. SC heeft ervaren dat wanneer de cliënt ideeën oppert dat je hier dan het beste op kunt doorvragen om deze verder aan te wakkeren. Volgens HE is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de cliënt het gevoel krijgt dat hij zelf iets kan doen. Hierbij vindt hij het belangrijk om af te tasten wat de cliënt kan en wil. HE geeft aan dat de acceptatie voor de beperkingen die er liggen belangrijk zijn. Als teamlid moet je, je houden aan afspraken over de beperkingen van cliënten. In dit geval dus het punt om niet door te gaan als je merkt dat de cliënt meer afstand wilt. HE probeerde een band met de cliënt te krijgen, door de cliënt er op de één of andere manier erbij te betrekken of weer opnieuw uit te nodigen tot het komen tot handelen binnen de beeldende therapie.

Motiveren

LB geeft aan dat ze de cliënt probeert te motiveren door direct in te gaan op zijn hulpvraag. Wanneer de cliënt aangeeft dat hij meer onder de mensen wil zijn dat kijkt zij hoe ze dat kan uitbreiden. Dit doet ze door te kijken naar de mogelijkheden van de cliënt en de al bestaande hobby's, zodat de cliënt gemotiveerd wordt hiermee door te gaan of uit te breiden. Tevens geeft ze aan dat ze via verschillende wegen probeert om meer uit de cliënt te krijgen.

HE probeert de cliënt er weer bij te betrekken en het probleem niet te passeren. Hij geeft aan dat hij erachteraan blijft gaan als de cliënt bijvoorbeeld weer eens niet is op komen dagen. Hij zorgt er altijd voor dat het moment niet wordt weggestopt. HE probeert daarnaast een band met de cliënt te krijgen en hem op de één of andere manier erbij te betrekken of weer uit te nodigen.

AD heeft altijd geprobeerd om de cliënt te laten zien dat hij moet doorzetten en er toch nog iets van moet proberen te maken. Hij moet afmaken waar aan begonnen was. Ze probeert hem te motiveren om verder gaan met iets wat hij dan wilde opgeven. Dit doet ze door de cliënt te laten zien dat er wel nog mogelijkheden zijn.

Positief bekrachtigen, gevoel van waardering geven en eigenwaarde vergroten

AD denkt dat het belangrijk is dat de cliënt het gevoel heeft gewaardeerd te worden en in zijn waarde gelaten te worden. Vooral was het voor de cliënt volgens haar belangrijk om zijn eigenwaarde te vergroten en hem zekerder van zichzelf te laten zijn. Het tonen van interesse gaf hem een goed gevoel volgens AD. Het werd hierdoor gemakkelijker voor de cliënt om dingen te vertellen of te vragen. Op het moment dat de cliënt dingen wegwimpelde of gewoon ja zei en nee deed liet AD dit gebeuren. Ze liet hem dan in zijn eigen waarde en handelde naar zijn behoefte. HE geeft aan dat wanneer de cliënt open was en iets vertelde dat hij dan ook complimenten van hem kreeg. Dat werd benoemd, maar liet HE ook wel non-verbaal merken. LB heeft hierover geen mening gegeven.

Duidelijkheid, hulp, structuur en aansturing bieden

AD en HE zijn er beiden van overtuigd dat cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken gebaat zijn bij structuur. Dat hebben ze duidelijk gemerkt in de praktijk. Als deze cliënten dingen zelf moesten gaan bedenken of zelf moesten gaan vormgeven dan hadden ze hier wel moeite mee. En dan wisten ze niet goed hoe ze hier een volgorde aan konden brengen. Op de momenten dat AD zag dat de cliënt op beeldend vlak ergens vastliep greep ze in en bood ze haar hulp aan. Ook om structuur te bieden. HE geeft ook aan dat je de cliënt niet moet laten zwemmen, omdat de cliënt dan in het risico komt. HE bedoelt hiermee dat dan mogelijk gevaar ontstaat dat de cliënt dan niet meer weet wat die moet doen en afhaakt. Tevens geeft hij aan dat je al veel aansturing kunt geven door naar hem toe te gaan en te vragen of je kunt helpen. Deze had hij ook nodig volgens HE. Ook SC heeft ervaren dat de cliënt positief reageert wanneer je vraagt aan de cliënt of hij hulp nodig heeft. Tevens heeft ze ervaren dat de cliënt zichzelf zo eerder durft open te stellen en vragen durft te stellen. Volgens HE is het ook belangrijk voor de cliënt om aan te geven wat de bedoeling is tijdens de beeldende therapie. Hierbij is het belangrijk dat de therapeut concreet aangeeft naar de cliënt toe wat hij wel of niet zou kunnen doen binnen de beeldende therapie. Volgens HE heeft de cliënt het wel nodig dat iemand hem die

duidelijkheid geeft. LB geeft aan dat de cliënt op zichzelf moet letten door grenzen aan te geven. Als de cliënt niet leert van hetgeen waar LB hem op wijst en later komt met klachten, bijvoorbeeld over slecht kunnen slapen, dan geeft LB aan dat hij beter zijn eigen grenzen moet aangeven. Ze geeft hierbij concrete voorbeelden hoe de cliënt heeft gehandeld en wat de gevolgen dan zijn. Ze geeft aan dat het zijn eigen keuze is, maar benoemt hierbij nog eens de gevolgen waar hij dan mee zal moeten leren omgaan. LB geeft aan dat ze de regels binnen de groep en haar taken als mentor meteen duidelijk over heeft gedragen. Hiermee geeft ze meteen in het begin aan wat de cliënt aan haar heeft. Ook door aan te geven dat hij bij haar terecht kan wanneer dat nodig is. Hierbij heeft ze wel aangegeven dat hij afspraken moet maken om een gesprek te hebben. LB geeft aan dat ze een gevoelsmens is en vrij open is en vrij direct in haar communicatie met de cliënt. Op de momenten waarop de cliënt nare opmerkingen maakt tegenover medecliënten wordt hij hierop aangesproken door haar. Ze spreekt dan vanuit haar eigen persoon en niet als hulpverlener of mentor. Dit geeft ze dan ook heel duidelijk aan naar de cliënt toe. Als de cliënt het liet afweten dan werden er duidelijke afspraken, structuur en grenzen aangegeven. Er werd aangegeven wat wel kan en wat niet kan.

Contact maken

AD maakt contact door open te blijven staan voor vragen en regelmatig luchtig contact (praten over koetjes en kalfjes, het weer, algemene dingen) te maken. Daarnaast probeert ze een punt te vinden waarop je een klik met elkaar kunt vinden. Op het moment dat ze zijn interessegebied gevonden had en wist waar zijn motivatie lag was het ook gemakkelijker in contact te komen. AD heeft ervoor gekozen om uit de weerstand te blijven en wel proberen contact te maken met hem, maar dan vooral via de verbale weg. LB heeft net als AD gemerkt dat de cliënt opener wordt en gemakkelijker contact maakt op het moment dat het gaat over een eigen interesse of hobby. Hij wordt dan volgens haar enthousiaster en zij kon dan weer iets dichtbij de cliënt komen. De cliënt liet dan eventjes iets meer van zichzelf zien. Op het moment dat LB iets te dichtbij kwam sloot de cliënt zich af. Ook op het moment dat hij ergens op werd aangesproken kon hij nog wel eens boos worden. Hij kon hier niet zo goed mee omgaan en bleef dan gewoon weg. LB vindt hem mede hierdoor een echte vermijder. Tevens geeft ze aan dat de cliënt zich afsloot van een gesprek als het hem niet aanstond. Hij gaf dan aan dat hij er niet over wilde praten. Het is LB opgevallen dat de cliënt in een informele situatie losser is in het maken van contact. Bv bij het roken in de pauze en tijdens het eten. Het viel haar op dat dit dan ook vaak de situaties waren dat de therapeuten er niet direct bij waren. Dit was volgens haar niet de enige reden dat hij losser was. LB heeft ook het idee dat hij losser is in de informele situaties omdat er dan minder van hem gevraagd wordt. HE geeft aan dat hij contact maakte op een informele manier door middel van geintjes en humor.

Spiegel voorhouden

LB probeert de cliënt een spiegel voor te houden. Ze laat hem zien wat wel en niet kan. Welke mogelijkheden er zijn met zijn capaciteiten. Als de cliënt hier niets mee doet en dan later weer met klachten komt geeft LB aan dat hij beter zijn eigen grenzen aan moet geven. Ze geeft concrete voorbeelden hoe de cliënt heeft gehandeld en wat de gevolgen dan zijn. Ze geeft aan dat het zijn eigen keuze is, maar benoemt hierbij nog eens de gevolgen waar hij dan mee zal moeten leren omgaan. Ook AD legt de voorgevallen situatie op tafel en confronteert Sander met de gevolgen, zoals al eerder zijn gebeurd. Daarna doet ze voorstellen hoe het ook anders zou kunnen.

4.2.2 Inzet van het beeldend Medium

LB was als mentor van Sander normaliter niet aanwezig bij de beeldende therapie. Zij heeft in het interview hier geen vragen over gesteld gekregen en zal hieronder ook niet benoemd worden.

Structuur - Therapievorm: Open atelier

SC geeft aan dat de inzet van het beeldend medium altijd op aanvraag is van de cliënt. Als therapeut heeft ze ervaren dat je bijna altijd volgend bent. Zij hield de hulpvraag van de cliënt altijd voor ogen, wanneer ze de cliënt vroeg wat hij wilde gaan doen. Als de cliënt bijvoorbeeld aangaf dat hij wilde gaan werken met klei of olieverf probeerde SC hierop in te springen en de situatie te sturen bekeken vanuit zijn kenmerken, mogelijkheden en beperkingen. SC gaf dan bijvoorbeeld aan dat het beter zou zijn om te starten met klei, omdat er bij het werken met olieverf een enige voorkennis van het materiaal nodig is. Tevens gaf ze aan dat er bij klei meteen contact kan worden gemaakt met het

materiaal, alvorens er een werkstuk wordt gemaakt. Er hoeft dan nog niets bereikt te worden. De cliënt kan allereerst wennen aan het bezig zijn tijdens de beeldende therapie.

Voorbeeld vanuit de casus van Sander

Je kunt starten door de cliënt eerst te laten voelen aan de klei en hierbij de verschillende soorten klei (fijne en grove chamotte) te introduceren. Bij het laten introduceren met de klei kan de therapeut de opdracht geven om het materiaal op verschillende manieren aan te raken. Bijvoorbeeld door te strijken, strelen, knijpen, prikken, krassen. Er kan gewerkt worden met de vingers of met de gereedschappen die bestemd zijn voor het werken met klei. En kan gebruik worden gemaakt van water tijdens het werken met klei en dan opnieuw worden gevoeld aan de klei om het verschil te ervaren. Er hoeft op dat punt nog geen werkstuk gemaakt te worden, waardoor de drempel verlaagd wordt. In paragraaf 4.3.2 zal het werken met klei verder worden uitgeschreven in een praktijkvoorbeeld.

HE benoemt dat hij verschillende ervaringen heeft opgedaan binnen het werken met het open atelier. Voor de "beginnende patiënt" is zijn ervaring dat die gemakkelijker mee kunnen varen in een geboden structuur van een gezamenlijke opdracht. Ze hebben vaak nog veel last van hun klachten (depressie, energieverlies enz.) en ze vinden het spannend/moeilijk om in een groep mee te draaien. Hij geeft aan dat een gestructureerd programma (met een korte evaluatie per keer) ervoor kan zorgen dat men beter "in de groep" kan komen. Tevens is hij van mening dat deze manier van werken ook de ruimte biedt om beter kennis te maken met de mogelijkheden van de creatieve materialen. Bij elke (groeps) opdracht wordt een goede uitleg gegeven over het materiaal. HE geeft aan dat het open atelier meer iets is voor mensen die iets meer met creatieve therapie hebben en een keus kunnen maken wat ze kunnen/willen doen. Deze mensen zijn dan ook al verder in hun behandelingsproces. Hij benoemt het open atelier meer "creatieve therapie op maat". Daarnaast benoemt HE dat het werken binnen het open atelier voor sommigen heel fijn kan zijn die iets gevonden hebben waar ze hun ei in kwijt kunnen. Zoals sommige mensen aan het schilderen waren en er dan ook echt plezier in hadden. Voor anderen was de losse structuur moeilijk en konden ze niet echt iets naar hun gading vinden. Dan kon het verzanden in bladeren van boeken, weer mandala's inkleuren of gewoon wat "buurten" om de tijd door te komen?. Van een groepsproces was er dan ook minder sprake.

HE geeft aan dat het belangrijk is om de cliënt iets aan te bieden. Daarbij is het goed om niet door te blijven vragen in de leegte en duidelijke voorbeelden aan te reiken. Door bijvoorbeeld de cliënt werkstukken te laten zien die andere cliënten al gemaakt hebben, zodat hij een idee kan krijgen welke mogelijkheden er zijn. Daarnaast bood HE regelmatig hulp aan bij het mengen van kleuren en het deels opzetten op het doek, zodat de cliënt zelfstandig aan de slag kon. Op deze manier gaf hij Sander structuur. HE is van mening dat cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken gebaat zijn met duidelijkheid. Op het moment dat hij zag dat de cliënt vastliep op beeldend vlak heeft hij ingegrepen en hulp geboden.

HE hielp de cliënt dan op mediumtechnisch vlak door technieken voor te doen en uit te leggen.

AD vindt dat de cliënt zelf teveel structuur aan moest brengen, wat een moeilijk punt voor hem was. Zonder structuur was de situatie te vrijblijvend voor de cliënt en kon hij zich er te gemakkelijk tussen uit wringen. Ze is van mening dat we meer hadden kunnen bereiken bij Sander binnen een setting waar duidelijke opdrachten werden gegeven. De cliënt had de gehele behandeling door veel aansturing nodig en moest aangezet worden om te beginnen met iets. Volgens AD heeft Sander altijd moeite gehouden met het zelf structureren, ook al is dat wel verbeterd. Toch is AD van mening dat Sander veel meer structuur nodig had dan wat geboden werd binnen de huidige therapievorm: het open atelier. Ze geeft aan dat dit zou kunnen door bijvoorbeeld het aanbieden van gezamenlijke opdrachten met veel structuur. Waarbij dan al een keuze is gemaakt voor een materiaal en voor het formaat. De keuzes zijn dan al gemaakt en dit zou volgens AD beter aansluiten bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken. Ze is van mening dat je door de groepsopdrachten meer rust en binding creëert in de groep. In de huidige therapievorm is iedereen voor zichzelf bezig en ieder op zijn eigen eilandje. AD geeft aan dat er door middel van gezamenlijke opdrachten gemakkelijker gesprekken op gang kunnen komen door te vragen of te kijken wat en hoe de ander het doet binnen dezelfde opdracht. Volgens haar biedt een groepsopdracht ook meer veiligheid, door het kader dat je aanbiedt. En daarnaast doe je dat als cliënt niet alleen, maar zit je samen met anderen. AD is ook van mening dat de cliënt gemakkelijker over de drempel zou kunnen gaan of zich eraan kan durven over te geven wanneer hij bij zijn buurman kan zien dat zijn tekentalenten vergelijkbaar zijn met die van hem. Misschien zou hij op deze manier zijn perfectionisme ook gemakkelijker los kunnen laten. Als therapeut heb je volgens AD meer overzicht in de groep wanneer je werkt met gezamenlijke opdrachten aan dezelfde tafel in dezelfde ruimte.

Prikkelen/Uitnodigen

HE nodigt de cliënt uit tot iets. Hij laat merken dat je hem iets wilt uit laten proberen. Hij spoort hem aan om te kijken wat hij leuk vindt. En probeert hem uit te nodigen door in te springen op de momenten waarop de cliënt aangeeft dat hij iets wilt uit proberen en hierop af te tasten. AD en SC boden ideeën aan, stelden dan iets voor en vroegen altijd na of hij dat iets vond om te doen. SC probeerde de cliënt bijvoorbeeld te prikkelen door hem laagdrempelig te laten starten met klei. Hierbij was het niet de bedoeling om iets te maken, maar om alleen te voelen aan de klei en te spelen hiermee. Doordat er geen druk stond op het eindproduct kon de cliënt vrij zijn in dat wat hij deed. Wanneer de cliënt zich te vrij gelaten voelde en dichtklapte kon het zijn dat hij niets durfde te ondernemen en wist hij niet wat aan moest met deze opdracht. Om de cliënt niet helemaal los te laten gaf SC hem voorbeelden om mee aan de slag te gaan bij het wennen aan de klei. Bijvoorbeeld strijken, knijpen, strelen, prikken, trekken enz. Op het moment dat de cliënt zich meer op z'n gemak leek te voelen gaf ze hem ook wat gereedschap, waar hij mee kon gaan experimenteren. Ze hield de cliënt nauwlettend in de gaten en probeerde hem steeds met een nieuwe interventie te prikkelen om het materiaal verder te ontdekken. Ook het laten voelen van de verschillende soorten klei (grove en fijne chamotte) bleek de cliënt te kunnen prikkelen. SC geeft ook aan dat ze regelmatig ging vragen aan de cliënt hoe hij ervoor stond en hem vanuit daar weer kon aansturen en stimuleren om door te gaan met zijn werk. Daarnaast heeft SC ervaren in de therapie dat de cliënt soms geprikkeld en opnieuw gemotiveerd moest worden om weer aan de slag te gaan. Dit deed ze door het werkstuk van de vorige sessie erbij te nemen en samen te kijken naar dit werkstuk, zodat hij de ervaringen van toen opnieuw kon terughalen. Meestal werkte dit bij de cliënt. Hij werd daardoor voldoende geprikkeld om door te gaan met het werkstuk. AD heeft altijd geprobeerd om de cliënt te laten zien dat hij moest doorzetten en er toch nog iets moest proberen te maken van het werkstuk waar hij aan begonnen was. Ze probeerde hem te motiveren om verder gaan met iets wat hij dan wilde opgeven. Dit deed ze door te laten zien dat er wel nog mogelijkheden waren. Door hetzelfde materiaal erbij te nemen en de cliënt voor te doen wat er allemaal mogelijk was (welke technieken er bijvoorbeeld nog toegepast konden worden of welke andere ideeën erin verwerkt konden worden) kon de cliënt vaak weer geprikkeld worden.

4.3 Verklaring resultaten

In deze paragraaf zullen de genoemde resultaten in paragraaf 4.2 verklaard worden vanuit de literatuur en zullen interpretaties worden uitgesproken over de therapeutische attitude, de inzet van het beeldend medium en de vorm waarin de therapie het beste zou kunnen worden aangeboden bij een cliëntengroep met ontwijkende en afhankelijke trekken. Hierbij kunnen subcategorieën benoemd in paragraaf 4.2 net iets anders benoemd worden in deze paragraaf. Dit kan te maken hebben met de herformulering bekeken vanuit de verklaringen en interpretaties. Ter illustratie van de resultaten zullen mediumvoorbeelden gegeven worden vanuit de casus Sander en algemene mediumvoorbeelden.

4.3.1 Therapeutische houding en attitude:

Contact maken en behoeften peilen

Voornamelijk wordt er in de praktijk bij cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken contact gemaakt door humor, geintjes en het praten over koetjes en kalfjes. Interesses en behoeften van de cliënt worden gepeild door het aangaan van gesprekjes. Soms wordt humor ook gebruikt om de cliënt uit te dagen om tot beeldend werken te komen. America (2009, p.64) geeft vanuit de literatuur ook aan dat je door het gebruik van humor de spanning uit de lucht kunt proberen te halen. Vaak wordt een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken opener in het contact wanneer deze zich veilig voelt en over zijn eigen interesses en hobby's kan praten. Door hierover te praten maakt de cliënt gemakkelijker contact met de therapeut en zo kan de therapeut ook de cliënt gemakkelijker benaderen. Hiernaast zou een rustig laag stemgebruik kunnen bijdragen aan een betere bereikbaarheid van de cliënt. Soms is het beter om uit de weerstand te blijven bij deze doelgroep en er niet teveel boven op te zitten. America (2009, p.64) geeft aan dat agressief, autoritair of drammerig gedrag absoluut averechts zal werken. En dat je je als therapeut beter vriendelijk, tolerant en consistent, kan opstellen. Daarnaast is het dan wel belangrijk om een zekere autoriteit uit te stralen. Op het moment dat de cliënt aangesproken wordt op punten die fout zijn gegaan sluit de cliënt zich af. Hij vermijdt de confrontatie. Rümke (2007, p.566) beschrijft hierover dat de desbetreffende cliëntengroep weinig zelfvertrouwen heeft en verwacht dat anderen hem achter zijn rug bekritisieren. Om deze reden proberen deze cliënten andere mensen en voor hem bedreigende situaties te mijden.

Vooraf cliënten met ontwijkende trekken zijn angstig voor conflicten en daarmee afwijzing. In een informele setting zijn deze cliënten vaak losser in het maken van contact. Op deze momenten wordt er minder van de cliënt gevraagd en meer contact gemaakt door middel van geintjes en humor. Op het moment dat er de behoefte is vanuit de cliënt om zich af te schermen is het van belang dat de therapeut dit respecteert en zichzelf iets op de achtergrond stelt. Door de cliënt hier niet in te respecteren en op dat moment door te gaan, kun je de cliënt kwijt raken en niet meer bereiken. Daarnaast is het aansluiten op de (hulp)vraag van de cliënt erg belangrijk en moet ook deze altijd gerespecteerd worden. Door naar de cliënt toe te benoemen dat je ziet dat het materiaal weinig met hem doet, merkt de cliënt dat je hem ziet en begrijpt. Tevens kan de cliënt hierop laten weten of datgene wat jij denkt te hebben waargenomen ook klopt. Het is belangrijk om als therapeut beperkingen die er liggen te accepteren en je te houden aan gemaakte afspraken binnen het team. Om zo beter af te stemmen op de behoeften van de cliënt.

Betrekken bij de therapie/ Motiveren

Binsbergen M.H. (2003, p.24) beschrijft dat het belang van motivatie in de therapie zeer belangrijk is. Een storende invloed vanuit de problematiek of kortweg 'een gebrek aan motivatie bij de cliënt' zijn veel genoemd als redenen voor het uitblijven van behandelresultaat of het niet bereiken van cliëntgroepen. Om een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken te betrekken bij de therapie of te motiveren om aan de slag te gaan kun je als therapeut beginnen door de vragen die je stelt opener te maken. Maar ook het meer aanspreken op de interessegebieden kan de cliënt helpen om hem meer te betrekken bij de therapie. Daarnaast kun je als therapeut reageren op de wensen en behoeften van de cliënt en hierop aftasten welke mogelijkheden er zijn. Tevens kun je als therapeut ook meteen reageren op ideeën die de cliënt zelf oppert door hierop door te vragen om deze ideeën verder aan te wakkeren. Door als therapeut naar verloop van tijd een band met de cliënt te krijgen kun je de cliënt gemakkelijker erbij betrekken of opnieuw uitnodigen.

Wanneer de cliënt een vraag heeft kun je hier als therapeut direct op ingaan. De interesse voor de vragen van de cliënt kan de motivatie voor de therapie stimuleren.

Voorbeeld vanuit de casus van Sander:

Sander keek tijdens de therapie vaak geïnteresseerd naar de werkstukken van de medecliënten. Soms stelde hij hierover een vraag. Ik ging hier dan meestal meteen op in en probeerde hem op deze manier ook te motiveren en te betrekken bij de therapie. Er stonden op een gegeven moment een aantal schalen in de kast die geglaazuurd en al gebakken waren. Sander vroeg mij van wie die schalen waren en of die ook door cliënten waren gemaakt. Ik heb deze geïnteresseerde vraag als ingang gezien om Sander te prikkelen om ook zo'n schaal te maken. Ik heb zijn vraag bevestigd door aan te geven dat de schalen door andere cliënten gemaakt waren en dat hij dat ook zou kunnen doen binnen de beeldende therapie. Ik heb voorgesteld om samen te kijken naar een mal die daarvoor altijd gebruikt wordt. Tevens heb ik hem meteen een schaal laten zien die nog niet af was en in het plastic zat. Op deze manier kreeg hij een beeld van de werkwijze hoe de schaal tot stand kan komen.

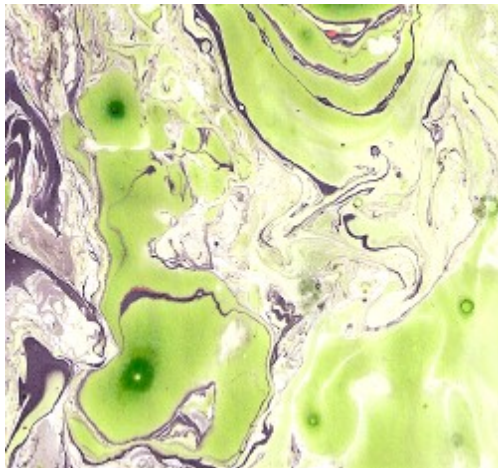
Om aan te sluiten bij de hulpvraag van de cliënt is het als therapeut van belang om ook te kijken naar de mogelijkheden en beperkingen die naar voren komen bij de cliënt. Op het moment dat er zich een probleem heeft voorgedaan zal de therapeut dit probleem niet passeren. De therapeut probeert de cliënt er weer bij te halen en gaat er achteraan wanneer de cliënt hierdoor niet meer komt opdagen. Het is hierbij belangrijk dat het probleem niet wordt weggestopt. Daarnaast is het goed om een band op te bouwen als therapeut met een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken. Tevens kan de cliënt geprikkeld of gemotiveerd worden door in te springen op de momenten waarop de cliënt een idee heeft of iets wil uitproberen. Hierbij is het belangrijk om af te tasten hoever je hierin kan gaan.

Jagt. N & Jagt. L (2006, pp. 129-130) beschrijven dat motivatie ook verleend kan worden aan de steun van de therapeut die de cliënt helpt om zich voor te bereiden op diens taken en die zelf ook taken op zich neemt. Het gevoel 'samen sterk' te zijn, kan sterk motiveren. Samen duidelijke afspraken maken waarvan het (eigen) belang duidelijk is, zet je aan je eraan te houden. Zeker wanneer uit het doen en laten van de werker blijkt dat deze ook te vertrouwen en betrouwbaar is. De therapeut geeft ruim aandacht aan wat de cliënt al wel kan, wat al wel gaat, in plaats van te focussen op onvolkomenheden. Daarnaast geven ze aan dat speelsheid, humor, en enige relativisering de moed erin kunnen houden, ook in het geval van ernstige problemen en niet te vergeten bij een eventueel falen in de taakuitvoering. Door de moed erin te houden kan de cliënt weer opnieuw gemotiveerd worden.

Soms brengt de uitvoering van een bepaalde taak voor de cliënt een succeservaring mee (al is het einddoel nog niet bereikt) en niets motiveert meer dan succes. Een egoversterkende activiteit zou ingezet kunnen worden om dat succes te bereiken.

Algemeen mediumvoorbeeld:

Door te werken met toevalstechnieken wordt er vaak een succeservaring opgedaan. Omdat de opdrachten binnen het gebruik van deze technieken met toeval geproduceerd worden, hoeft de cliënt weinig eigen inbreng hiervoor te geven en kan er ook weinig fout gaan. Onervarenheid met de materialen is hierbij dus geen probleem om toch tot een verrassend leuk en mooi resultaat te komen. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden met de techniek: marmeren. Binnen deze techniek wordt er gebruik gemaakt van olieverf, terpentijn, een bak met water of lijm en papier. De olieverf wordt allereerst iets verdund met terpentijn, zodat deze op het water of op de lijm gedruppeld kan worden. Daarna kan de cliënt eventueel met een stokje of scherp voorwerp de druppels in bepaalde vormen, krullen enz. trekken. Doordat olie en water elkaar afstoten blijft de olieverf drijven op het water. Na een gewenste vorm op het water te hebben gecreëerd kan de cliënt een afdruk maken op het vel papier. Bij het gebruik van behanglijm in plaats van water is er meer controle over hetgeen dat er gebeurt in de bak. De cliënt kan meer sturing geven aan de vorm, omdat de substantie dikker is. Nadat hier een afdruk van is gemaakt, moet dit even onder de kraan zachtjes worden afgespoeld, zodat de lijm er grotendeels af is. Bij deze techniek kun je zolang blijven afdrukken als je wilt en iedere afdruk zal weer anders zijn, wat ook weer prikkelt om door te gaan. Hieronder wordt een voorbeeld van marmeren weergegeven.



Positief bekrachtigen/ Eigenwaarde vergroten:

Voor een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de cliënt het gevoel krijgt dat hij zelf iets kan doen. Daarbij is het belangrijk om af te tasten wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de cliënt. Bij deze cliëntengroep is het belangrijk om ze het gevoel te geven dat ze gewaardeerd worden en om de cliënt in zijn waarde te laten. Daarnaast is het belangrijk om de eigenwaarde van deze cliënten te vergroten, gezien het feit dat cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken vaak weinig zelfvertrouwen hebben (Rümke, 2007, p.566). Door interesse te tonen in de cliënt kan dit de cliënt een goed gevoel geven. Het kan voor de cliënt hierdoor gemakkelijker zijn om dingen te komen vertellen of te vragen. America (2009, pp. 64-66) sluit vanuit de literatuur hierop aan en benoemt dat het bij cliënten met afhankelijke en ontwijkende trekken belangrijk is hen te complimenteren en positieve feedback te geven. Hiernaast is het belangrijk om iets te zeggen wat het gevoel van eigenwaarde kan versterken en is het tonen van begrip en respect een must. Schweizer (2006, p.87) beschrijft in haar boek ook dat veel cliënten vanuit de karakterstructuur (persoonlijkheid) niet veel durven te ondernemen, waardoor het vaak moeilijk is om stappen te zetten of beslissingen te nemen. Het gevolg hiervan is dat er minder kansen zijn voor het opdoen van positieve ervaringen. Vanuit dit oogpunt gezien is het dus zeer belangrijk om deze cliënten meer kansen te bieden tot het opdoen van een positieve ervaring, waardoor hun eigenwaarde vergroot kan worden. Daarnaast beschrijft Schweizer (2009, p.210) ook dat het geven van complimenten onmisbaar is in de therapie. Een compliment van de therapeut over een moedige of kleine stap in het vormgevingsproces of gedrag, heeft zin als het bijdraagt aan een gevoel van erkenning en ondersteuning van de cliënt. Er kan een positieve sfeer ontstaan door een cliënt positief

te bekrachtigen. Ook geeft Schweizer (2009, p.123) aan dat respect voor de cliënt en bevestiging van alle gedragingen die enigszins de goede richting opgaan (ook al is het slechts de intentie), van belang is voor de ontwikkeling van (het doorgaans ernstig beschadigde) zelfrespect. Cliënten krijgen hiermee erkenning voor hun moeilijkheden en hun vaak beladen geschiedenis.

Algemeen mediumvoorbeeld:

Om een cliënt meer zelfrespect te laten ontwikkelen en hiermee zijn eigen waarde te kunnen vergroten is het van belang om de cliënt tijdens het werken te complimenteren en positief te bekrachtigen. Naast de therapeutische attitude kan de cliënt ook positief bekrachtigd worden door een succeservaring in de activiteit. Voor sommige cliënten is het moeilijk om iets te bedenken wat ze willen gaan doen en is een gestructureerde activiteit prettig om mee aan de slag te gaan.

Een voorbeeld van zo'n activiteit is het schilderen over tape. Hierbij maak je gebruik van tape, canvas board (canvas doek/stevig papier), (acryl)verf en kwasten. Afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt plakt de therapeut of de cliënt een vorm met tape op het canvas board. De cliënt schildert over de tape, tot het hele board gevuld is met verf. Als de verf is opgedroogd, kan de tape weer verwijderd worden, zo blijft er een witte vorm in het schilderij zichtbaar.

Deze werkvorm is laagdrempelig en beoogt snel een leuk resultaat. De cliënt is gefocust op het lekker smeren en hoeft zich niet druk te maken om een lelijk resultaat. Hieronder wordt een voorbeeld van een werkstuk gemaakt vanuit deze opdracht weergegeven.



Structuur en duidelijkheid bieden

Cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken zijn gebaat bij structuur. Wanneer ze zelf iets moeten gaan bedenken of zelf moeten gaan vormgeven, hebben ze hier al gauw moeilijkheden mee. De therapeut zal bij deze doelgroep structuur kunnen bieden door hulp aan te bieden op beeldend vlak, maar ook door te vragen aan de cliënt of je kunt helpen en aansturing kan geven. Door de cliënt uit te leggen wat de bedoeling is tijdens de beeldende therapie weet deze waar die aan toe is. Tevens kan de therapeut uitleggen welke rol/functie hij of zij inneemt in de therapie. Op het moment dat de cliënt niet op komt dagen bij de therapie, moeten er duidelijke afspraken en grenzen worden aangegeven. Door de duidelijkheid geeft de therapeut meer structuur.

Ook Bontekoe & Verheul (2009, p.441) beschrijven in de literatuur dat de behandelaar bij een patiënt met ontwijkende en afhankelijke trekken in de persoonlijkheid actief moet steunen en structureren. Haeyen (2007, p.123) sluit daarbij aan en beschrijft dat deze cliënten allereerst duidelijkheid en structuur nodig hebben vanwege de staat van overspanning waarin ze veelal verkeren. Het vergroten van het gevoel van controle en veiligheid is dan ook het eerste belang. Het vormt de basis van waaruit verder gewerkt kan worden. Dit kan worden bereikt door het aanbieden van een behandeling waarin een zeer heldere en duidelijke structuur en bejegening bestaat. Bij deze groep is duidelijkheid en transparantie belangrijk. De therapeut is betrouwbaar, biedt continuïteit in opstelling en openheid. Naast een heldere uitleg van de werkvorm en de werkwijze is het ook van belang dat de manier waarop de werkvorm gebracht wordt, cliënten uitnodigt om in beweging te komen en om onderzoekend bezig te gaan met het materiaal of het thema dat wordt geïntroduceerd.

Algemeen mediumvoorbeeld:

Bij het aanbieden van een opdracht kan de therapeut, wanneer dit nodig is voor de doelgroep, gebruik maken van voorbeelden die al klaar zijn.. Soms heeft een doelgroep veel aansturing nodig om op ideeën te komen en kunnen voorbeelden die eerder gemaakt zijn, door de therapeut aangeboden worden om de cliënten een beeld te kunnen geven van het resultaat.

Als tweede optie kun je ook op het moment waarop je de uitleg geeft een korte instructie geven door zelf de opdracht voor te doen, waarin jij als therapeut een voorbeeldfunctie aanneemt. Hierbij zou je als therapeut, wanneer dit nodig is, technieken kunnen laten zien en het gebruik van het materiaal en gereedschap kunnen uitleggen en voordoen. Naast het geven van duidelijkheid op het gebied van de uitleg van de werkvorm kan er ook in de werkvorm structuur worden geboden. Door te werken met sjablonen kunnen de cliënten deze vormen als uitgangspunt gebruiken. Dit werkt drempelverlagend en verhoogt de kans op een succeservaring.

Spiegel voorhouden

Door de cliënt een spiegel voor te houden laat de therapeut zien wat de cliënt wel en niet kan. Hierbij worden de mogelijkheden en capaciteiten van de cliënt betrokken. Dit kan de therapeut doen door concrete voorbeelden te geven hoe de cliënt heeft gehandeld en hierbij aan te geven wat de gevolgen zijn van de handelingen. De therapeut zou eventueel een aantal voorstellen kunnen doen hoe de cliënt het de volgende keer anders zou kunnen doen.

Voorbeeld vanuit de casus van Sander:

Sander had er een handje van om meteen op te geven waar hij mee bezig was op het moment dat het niet lukte zoals hij wilde. Bij een kleine tegenslag gooide hij de handdoek in de ring en wilde hij aan iets anders gaan beginnen. De beeldende therapeute die op dat moment op de groep stond heeft hem toen geconfronteerd met zijn eigen handelingen en het telkens terugkerende patroon. Door de werkstukken erbij te nemen waar hij eerder aan was begonnen, maar nooit had afgemaakt kon ze hem dit niet alleen vertellen, maar ook laten zien. Samen met Sander kon ze vanuit hier bekijken hoe het de volgende keer anders zou kunnen.

Door het gebruik van het werkstuk kan er ook een spiegel voorgehouden worden. Het werkstuk binnen de beeldende therapie maakt het mogelijk naar jezelf te kijken, naar je eigen manier, je eigen belevingswereld en gedachte – inhoud. Het confronteert en bevestigt (Haeyen, 2007, p.48).

Afgaand op de draagkracht en het inzichtgevend vermogen van de cliënten kun je een opdracht afstemmen. Bij iedere opdracht is het mogelijk om jouw eigen handelingen, gedragingen en uiteindelijk patronen te herkennen in de werkstukken die je maakt. Als therapeut zul je deze aspecten sneller herkennen dan de cliënt zelf. Wanneer een cliënt weinig inzichtgevend vermogen heeft kan het zijn dat hij dit vanuit zichzelf helemaal niet gaat herkennen. In een gesprek of nabespreking met de therapeut zouden bepaalde punten naar voren kunnen komen over het gedrag en patronen van de cliënt.

Voorbeeld vanuit de casus van Sander:

Sander werkte heel precies aan zijn eerste werkstuk (schaal van klei). Hij streefde zijn schaal en zat er zowat met zijn neus bovenop. Er mocht geen deukje of krasje in zijn schaal komen, want dan was het helemaal verpest. Hieraan kon ik als therapeut zien dat hij zeer hoge eisen stelde aan zijn werkstuk en heel perfectionistisch was. Maar Sander had op dat moment nog niet het vermogen om dit zelf ook te zien. Ik heb naar hem toe wel benoemd dat mij dit opviel. Sander reageerde hierop door aan te geven dat het natuurlijk wel goed genoeg moet zijn voor in zijn huiskamer. Hij nam hetgeen ik tegen hem zei dus niet in zoverre in zich op dat hij het kon relativiseren naar zijn ziektebeeld of problemen waar hij thuis tegenaan liep.

4.3.2 Inzet van het beeldend medium

Structuur - Therapievorm: Open atelier

De therapievorm: het open atelier is meer iets voor mensen die iets meer hebben met creatieve therapie en een keus kunnen maken wat ze kunnen en willen doen. Deze mensen zijn dan ook al verder in hun behandelingsproces. Het open atelier is voor sommige cliënten heel fijn, wanneer ze iets hebben gevonden waar ze hun ei in kwijt kunnen.

Voor cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken is de losse structuur van het open atelier geen goede aansluiting en kunnen ze moeilijk iets naar hun gading vinden. De cliënten kunnen zo verzanden in het bladeren en van boeken, weer mandala's inkleuren of gewoon wat „buurten” om de tijd door te komen. Van een groepsproces is in deze setting ook minder sprake. In het open atelier moeten de cliënten zelf erg veel structuur aanbrengen, wat een moeilijk punt is voor deze doelgroep. Zonder de geboden structuur vanuit anderen is de situatie te vrijblijvend voor deze cliënten en zijn er teveel mogelijkheden om zich er tussen uit te wringen.

Cliënten die net beginnen in de therapie kunnen gemakkelijker mee varen in een geboden structuur van een gezamenlijke opdracht. Ze hebben vaak nog veel last van hun klachten en ze vinden het spannend/moeilijk om in een groep mee te draaien. Ook Haeyen (2007, p.123) geeft aan dat cliënten allereerst duidelijkheid en structuur nodig hebben vanwege de staat van overspanning waarin ze vaak nog in verkeren. Een gestructureerd programma (met een korte evaluatie per keer) kan ervoor zorgen dat deze cliënten beter "in de groep" kunnen komen. Op deze manier wordt ook de ruimte geboden om beter kennis te maken met de mogelijkheden van de creatieve materialen. Bij elke (groeps) opdracht wordt een goede uitleg gegeven over het materiaal.

Het zou voor de toekomst beter zijn om als therapeut de cliënt iets aan te bieden. Waarbij je als therapeut niet blijft doorvragen in de leegte, maar duidelijke voorbeelden aanbiedt (bijvoorbeeld door boeken aan te bieden waar voorbeelden instaan of werkstukken laat zien die andere cliënten hebben gemaakt). Daarnaast kun je als therapeut de cliënt helpen met het voordoen van bepaalde medium technische aspecten. Duidelijkheid geven bij deze cliëntengroep is belangrijk. Op het moment dat de cliënt vastloopt op beeldend vlak kan de therapeut hulp aanbieden. Tevens kan de therapeut de situatie hier structureren als dit nodig blijkt dit zijn. Bij het starten van de sessie kan de therapeut aanraden om een plaatje te kiezen als uitgangspunt, zodat hiermee meer houvast gecreëerd wordt voor de cliënt.

Voorbeeld 1 vanuit de casus Sander:

Sander wilde gaan werken met klei of olieverf. Dit waren materialen waar andere cliënten ook mee werkten. Vanuit datgene hij om zich heen gezien had, was hij tot deze keuze gekomen.

Rekeninghoudend met zijn mogelijkheden en beperkingen heb ik hem erop aangestuurd te starten met klei. Het werken met olieverf kan op verschillende manieren, maar Sander wilde hiermee dan een perfect geschilderd werk maken, waar veel concentratievermogen en ervaring met het materiaal voor nodig is. Beide aspecten sloten niet aan bij Sander op dat moment van de behandeling.

Binnen het werken met klei kon ik structuur en veiligheid aanbrengen op verschillende wijze. Nadat Sander voldoende had kunnen wennen aan het materiaal (klei) door te voelen, te ontdekken en te experimenteren (zie voorbeeld paragraaf 4.2.2) kreeg hij eerst de opdracht om op zoek te gaan in boeken naar een plaatje als uitgangspunt voor de volgende stap. De reden hiervoor was, dat hij meer houvast had (aan een concreet visueel eindresultaat) en hem tevens structuur bood. Hij hierdoor iets om op terug te vallen. Op het moment dat Sander een plaatje uitkoos van een schaal kon ik daar structuur in aan te brengen door hem te laten werken vanuit de basisprincipes binnen het werken met klei. Ik koos ervoor om Sander te laten werken met het opbouwen vanuit plakken, omdat dit meteen een strak resultaat geeft. Bij het gebruik van het opbouwen met ringen zou Sander kunnen afhaken, omdat hij niet meteen een strak resultaat zou zien waar hij wel behoefte aan had op dat moment. Hij zou kunnen afhaken, alvorens hij tot het punt zou komen dat hij de ringen strak moest strijken. Omdat ik hem wilde motiveren voor de beeldende therapie, probeerde ik hem op deze manier te laten zien dat hij op een snelle manier tot iets moois kon komen en hopelijk hierdoor een succeservaring kon opdoen. Ik koos er voor om samen met Sander de stappen te bespreken die nodig waren voor het maken van een schaal. Door de stappen te bespreken wist Sander waar hij aan toe was en bood dit tevens structuur en veiligheid. Ik liet hem beginnen met de bodem, waarbij ik hem uitlegde hoe hij dit het beste kon doen (Neem 2 latjes – leg daartussen een stuk klei – rol deze plat met een roller gelijk aan de hoogte van de 2 latjes). Daarna gaf ik aan dat hij de vorm van de bodem kon uitsnijden. De cliënt twijfelde op dat moment aan zijn eigen kunnen en durfde geen actie te ondernemen. Ik gaf aan dat hij ook eerst op papier een vorm kon uittekenen die hij dan daarna op de plak klei kon leggen en

uit kon snijden. Sander kon de vorm naar zijn wens dan eerst uittekenen en als hij er zeker van was, uitsnijden voor de bodem. Op deze wijze creëerde ik meer veiligheid voor de cliënt en bood het vooraf optekenen meer structuur.

Voorbeeld 2 vanuit de casus Sander:

Nadat Sander de schaal had afgerond wilde hij dan toch met olieverf aan de slag. Op dit punt in de behandeling vond ik dat dit het proberen waard was. Hij was nu gewend om beeldend bezig te zijn en had zijn concentratievermogen vergroot tijdens het werken aan de schaal. Hij wist op dit punt ook wat hij aan mij had en kon gemakkelijker vragen stellen wanneer dit nodig was.

Ook hier kreeg hij de opdracht van mij om eerst een plaatje uit te kiezen. Bij het maken van een schilderij met olieverf wordt binnen de instelling vanuit een bepaalde schildersmethode gewerkt waar altijd een plaatje wordt gekozen als uitgangspunt. Door te werken vanuit deze schildersmethode wordt er meteen meer structuur aangebracht in het schilderen met olieverf. De stappen binnen deze schildersmethode zijn:

- Plaatje uitkiezen.
- Plaatje wordt gekopieerd en uitvergroot (met kleine kleurenkopie als uitgangspunt).
- Plaatje wordt met houtskool bestreken op de achterkant.
- Het plaatje wordt met de kant van de houtskool op het doek neergelegd en vastgeplakt met tape.
- Het plaatje wordt met een pen of potlood overgetrokken, zodat de lijnen a.d.h.v. de houtskool doordrukken op het doek.
- Kopie wordt eraf gehaald en er kan begonnen worden met schilderen.
- Kleurenkopie wordt erbij gepakt om samen met de therapeut te bekijken welke kleuren er nodig zijn.
- Er wordt altijd gestart met de achtergrond om de technieken van het mengen en vervagen onder de knie te krijgen.
- Tijdens het werken worden cliënten altijd begeleid door de therapeuten in het mengen van kleuren en het toepassen en aanleren van technieken.

Ik heb Sander ook laten werken vanuit bovenstaande stappen, omdat deze methode veel structuur en houvast biedt. Het werken met olieverf wordt door middel van deze stappen vereenvoudigd en aangeleerd. Ik merkte dat Sander door het gebruik van deze methode zich veilig genoeg voelde om aan de slag te gaan met de achtergrond. Hij twijfelde wel vaak aan zijn eigen kunnen en toonde hiermee veel onzekerheid. Hij gaf hierin vooral aan dat hij niet tevreden was over de gemengde kleur. Ik gaf aan dat olieverf langzaam opdroogt en dat hij hierdoor veel kon oefenen in het mengen van kleuren, totdat hij tevreden was over de kleur.

Het werken vanuit deze schildersmethode en de sturing die ik hem hierin bood gaf voldoende structuur en veiligheid om zich verder te ontwikkelen in zijn sociale gedrag. Hij voelde zich op zijn gemak in de beeldende therapie en durfde meer contact te maken met anderen (vragen stellen of interesse in het werk van anderen en andersom). (Zie bijlage 1 voor de werkstukken van Sander.) Hierbij gaat het om de schaal van klei en het olieverf schilderij. Het olieverf schilderij heeft hij niet afgemaakt, omdat hij zijn behandeling heeft afgerond voordat het schilderij af was.

In de nieuwe therapievorm zou over het algemeen meer structuur kunnen worden geboden, zodat deze meer aansluit bij de desbetreffende cliëntengroep. Hierbij kan er sprake zijn van twee scenario's. Het eerste scenario: Het bieden van gezamenlijke opdrachten met veel structuur, waarbij per individu rekening wordt gehouden met de eigen hulpvraag tijdens het werken. Hierbij zou er dan al een keuze zijn gemaakt voor het materiaal en het formaat. Op het einde van iedere sessie zou dan een gezamenlijke nabespreking kunnen worden gehouden. Door middel van de groepsopdrachten creëer je meer rust en binding in de groep. Haeyen (2007, p.122) beschrijft ook dat wanneer je de cliënten nieuwe kennis en vaardigheden aan gaat leren er rust voor nodig is, anders kan nieuwe informatie onvoldoende worden opgenomen en verwerkt. Rust wordt volgens haar gecreëerd door een veilige en voorspelbare omgeving: in elke therapiesessie dienen doel, werkwijze, mogelijkheden en grenzen duidelijk te zijn voor de cliënt.

Het tweede scenario: Er wordt vrij gewerkt, maar er wordt ook hierbij aan de start van iedere sessie samen met de cliënt gekeken naar de hulpvraag en doelen. Vanuit hier wordt dan in overleg met de cliënt een opdracht opgezet. Op het einde van sessie kan er ook sprake zijn van een soort van nabespreking, afhankelijk van de draagkracht van de cliënten.

In beide scenario's worden de materialen, technieken en de opdracht geheel afgestemd op de kenmerken van de cliënt. In hoofdstuk 5, paragraaf 5.3 zullen deze twee scenario's verder omschreven en onderbouwd worden.

Prikkelen/Uitnodigen

Als therapeut is het belangrijk om de cliënt uit te nodigen om iets te doen. Het aansporen om te kijken wat de cliënt leuk vindt kan eraan bijdragen dat de cliënt geprikkeld wordt om aan de slag te gaan. De therapeut zou de cliënt kunnen prikkelen door het gebruik van toevalstechnieken, omdat deze snel een succeservaring geven en gemakkelijk te doen zijn. Daarnaast kan het aansluiten op de interesses van de cliënt stimulerend zijn voor de cliënt om aan de slag te willen gaan.

Algemeen mediumvoorbeeld:

Het gebruik van de toevalstechniek monotype nodigt uit en prikkelt om door te blijven gaan. Monotype is een eenvoudige druktechniek. Elke druk is uniek. In het resultaat speelt het toeval een rol waardoor het leuk is om ermee te experimenteren. Je kunt binnen deze techniek gebruik maken van alleen (blockprint) verf, maar daarnaast kun je ook gebruik maken van bijvoorbeeld rollers en sponzen. Je rolt met de roller een laagje verf uit of spuit verf op de glasplaat. Hierop leg je een vel papier. En haalt deze er daarna weer af. Je hebt je eerste druk gemaakt. Je kunt hierop ook variëren door meerdere druks te maken, zodat de kleur steeds onduidelijker word. Of voordat je het vel papier eraf haalt iets met een potlood op de achterkant van het vel erin tekent. Overal waar je potlood druk uit oefent, neemt het papier de inkt aan. Het resultaat is altijd in spiegelbeeld, altijd een verrassing en afhankelijk van de dikte van de verf op de glasplaat. Hoe meer verf, hoe meer kans op toevallige vlekken. Een aantal voorbeelden van de uitkomst van deze opdracht worden hieronder weergegeven.



Wanneer je als therapeut een voorstel hebt gedaan en de cliënt voert dit uit is het altijd belangrijk om te checken hoe de cliënt dit heeft ervaren. Vanuit hier kun je de werkvorm afstemmen op de behoeften van de cliënt. Door te vragen naar interesses en hobby's kun je je als therapeut nog beter afstemmen op de cliënt. Tijdens het werken kun je als therapeut de cliënt motiveren door complimenten te geven over dat wat hij of zij al gedaan heeft of de cliënt verder te helpen wanneer deze moeilijkheden tegen komt.

Wanneer een cliënt ineens geen zin heeft in de sessie terwijl hij de vorige keer heel enthousiast was, kun je als therapeut het werkstuk erbij halen waar de cliënt de vorige keer aan gewerkt heeft en je observaties overbrengen op de cliënt. Hierbij benoem je natuurlijk de positieve ervaringen die je hebt gezien of gehoord om de cliënt weer opnieuw te prikkelen.

Wanneer de cliënt opgeeft doordat deze op een probleem gestuit is kun je als therapeut samen met de cliënt gaan kijken welke mogelijkheden er zijn in het werkstuk om er toch nog een positieve draai aan te geven. Door concrete voorbeelden hierbij te geven kan de cliënt weer gemotiveerd worden.

Hoofdstuk 5 Discussie

Om mijn nieuwe werkmodel te presenteren en te kunnen vergelijken met mijn oude werkmodel zal ik allereerst een beschrijving geven van mijn oude werkmodel waarbij ik ook zal ingaan op de casus van Sander. Hierbij zal ik een korte beschrijving geven van zijn achtergrondinformatie, de formele diagnose die gesteld is en de hulpvraag die hij zelf stelde. Vanuit deze gegevens zal ik een beschrijving geven van mijn therapeutische houding, de inzet van het beeldend medium en het kader waarin de beeldende therapie werd aangeboden binnen het oude werkmodel. Hierop volgend zal ik de verbeterpunten, aanbevolen vanuit de verschillende databronnen integreren in mijn oude werkmodel en zal ik mijn nieuwe werkmodel presenteren aan de hand van het klinisch redeneerproces.

5.1 Casus Sander

5.1.1 Achtergrondinformatie

Sander is 31 jaar. Hij woont alleen, na het verbreken van zijn relatie ongeveer 3 jaar geleden. Zijn ouders zijn gescheiden toen zijn moeder zwanger was van hem. Zowel vader als moeder hadden een alcoholprobleem. Zij zijn inmiddels beide overleden. Er wordt vermoed dat er sprake is van een ernstige pedagogische en affectieve verwaarlozing. Uit testen is gebleken dat Sander nog net een laag normale intelligentie heeft. Hij heeft, ook in verband met dyslexie, LOM onderwijs gevolgd. Sander werkte in de bouw en kwam door een bedrijfsongeval in de WAO. Hierdoor trekt zich terug in huis. Hij heeft vanuit het bedrijfsongeval nog steeds last van klachten aan zijn heup. Hij heeft geen vrienden, maar wel een paar kennissen. Het contact met zijn zus is minder geworden, omdat zij zelf ook somber is. Zijn dagbesteding bestaat veelal uit het zorgen voor zijn huishouden en zijn hond. Hij heeft weinig interesse in de dingen om hem heen.

5.1.2 Algemene diagnose volgens DSM-IV classificatie:

<u>Algemene omschrijving</u> (Niet gericht op de beeldende therapie)	
Sander lijdt aan een dysthyme stoornis en maakt misbruik van alcohol. Er is sprake geweest van een ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, maar deze is momenteel uitgesteld. Dit omdat het beeld nog niet helemaal helder is en er eerst gewerkt wordt aan de klinische stoornis. Sander heeft een laag normale intelligentie. Dit heeft als gevolg dat hij ernstige beperkingen vertoont in het sociaal functioneren in zijn dagelijkse leven.	
As 1 Klinische stoornis	Dysthyme stoornis
As 2 Persoonlijkheidsstoornissen	Ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
As 3 Lichamelijke aandoeningen	
As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren	Diverse verlieservaringen, ongeluk in de bouw
As 5 Algehele beoordeling van het functioneren	GAF 50
Medicatie	Antidepressiva

5.1.3 Diagnose beeldende therapie

Sander liet in de beeldende therapie vooral ontwijkende en afhankelijke trekken zien. De klinische stoornis, dysthymie staat hier op de achtergrond. Tijdens de beeldende therapie voldeed Sander niet voldoende aan de criteria om te spreken van een persoonlijkheidsstoornis. Vandaar dat ik spreek over persoonlijkheidstrekken. Schweizer (2006, p.87) geeft ook aan dat dysthymie vaak voor komt in samenhang met de afhankelijke, ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

5.1.4 Gedragingen Sander in de beeldende therapie

Kenmerkend gedrag van Sander was dat hij moeite had met het contact leggen en communiceren met anderen. Zowel verbaal als non-verbaal maakte hij in eerste instantie weinig tot geen contact met zijn omgeving. Met verbaal en non-verbaal bedoel ik communicatie door middel van woorden, van taal (verbaal) en communicatie door middel van gebaren, lichaamshouding, gezichtsuitdrukking, oogcontact, geluiden of stemgebruik (non-verbaal) (Wijsman, 2005, p.144).

Sander is een introvert type en gaf zelf aan moeite te hebben met drukte om hem heen. Hierdoor zonderde hij zich meestal af tijdens de therapie en zocht hij doorgaans een plek in de ruimte waar niemand of bijna niemand zat. Zijn houding zorgde ervoor dat hij niet gezien en gehoord werd. Door zijn gesloten houding kwam hij niet tot handelen of kwam hij zelfs helemaal niet naar de therapie. Zoals ik al eerder benoemde heeft Sander niet alleen moeite met het contact leggen met anderen, maar heeft hij er ook moeite mee wanneer anderen persoonlijk te dicht bij hem in de buurt komen. Hier gaat het er dan voornamelijk om dat je wel oppervlakkig contact met hem kan maken, maar niet kan laten blijken dat je hem wilt helpen. Ook konden de gesprekken niet gaan over persoonlijke zaken, zoals zijn thuissituatie, verleden, en ziektebeeld. Wat ook kenmerkend voor Sander was dat hij "stiekem" contact maakte met anderen. Omdat ik hem nauwlettend observeerde viel mij dit op. Hij deed dit non-verbaal door oogcontact met anderen te maken. Op de momenten waarop hij niet wist wat hij moest doen deed hij dit. Het leek wel of hij op deze manier contact probeerde te maken zonder zich verbaal te hoeven uiten. Een erg belangrijk thema voor deze cliënt was afstand en nabijheid. Zoals ik net al beschreef, was contact met Sander mogelijk, maar tot op een bepaalde hoogte. Contact maken leek hij na een tijdje zelfs prettig te vinden, aangezien hij zich meer openstelde voor anderen en eerder vanuit zichzelf contact maakte met anderen. Maar zodra iemand te veel vragen ging stellen, teveel van hem eiste, of hem confronteerde met gedragingen of handelingen die hij had gedaan tijdens de therapie hield hij iedereen weer op een voor hem veilige afstand. Ik denk dat hij afstand hield uit angst dat anderen op persoonlijk vlak te dicht bij hem zouden komen.

Voorbeeld vanuit casus Sander:

Sander kwam binnen in de therapie en gaf aan dat hij niet meer verder wilde werken aan het werkstuk waar hij de voorgaande sessie vol energie mee bezig was geweest en met trots had weggezet om deze sessie mee verder te gaan. Ik vroeg aan hem waarom hij er niet meer aan verder wilde werken. Hij gaf aan dat hij er geen zin meer in had en het niet leuk vond om ermee bezig te zijn. De observaties die ik had gedaan gaven mij een heel andere impressie van zijn ervaring. Ik had gezien dat hij er plezier in had en er ook erg trots op was. Ik wilde hem hiermee confronteren en heb de situatie van toen proberen terug te halen.

Ik heb het werkstuk erbij genomen en hem verteld hoe ik hem eraan heb zien werken. Ook heb ik zijn emoties die ik gezien had en de opmerkingen die hij had gemaakt tijdens de voorgaande sessie benoemd. Hij herkende hetgeen ik benoemde, maar wilde het eigenlijk niet horen. Toch prikkelde het gesprek hem voldoende om verder te gaan met zijn werkstuk.

Hieruit kon ik afleiden dat hij de vorige keer misschien wel geschrokken was van het feit dat hij plezier had in het maken van zijn werkstuk en mogelijk een binding had gekregen met zijn werkstuk. De keer erop wilde hij uit angst er niets meer mee te maken hebben en had hij zijn positieve ervaringen ook afgestoten. Als oplossing wilde hij het werkstuk niet meer zien of aanraken en aan iets nieuws beginnen. Rigter (2004, p. 310) beschrijft in een voorbeeld hoe afstand houden eruit kan zien. "Door de blikrichting af te wenden (iemand niet aankijken), voorkomen we dat de ander onze gelaatsuitdrukking ziet, hij krijgt geen informatie over onze emoties en daarmee houden we afstand." Op de volgende pagina heb ik zowel medium als algemene gedragingen die Sander vertoonde opgesomd in een schematisch overzicht. De gedragingen die ik heb gezien heb ik gekoppeld aan de literatuur over cliënten met dezelfde diagnose (ontwijkende en afhankelijke trekken).

Gedragingen van Sander	
Algemeen	Medium
- Terughoudend - Sociaal onhandig - Geremd - Contacten vermijdend - Met gevoel tekort schieten - Onderdanig - Afhankelijk - Besluiteloos - Passief - Hulpeloos - Met minderwaardigheidsgevoel - Het geen keuzes kunnen maken - Denken dat je minder waard bent dan een ander en dat iedereen tegen je is - Denken dat niemand te vertrouwen is - Weinig zelfvertrouwen - Verwacht dat anderen hem achter zijn rug om bekritisieren - Geeft niet graag een eigen mening - Probeert iedereen tevreden te houden uit angst voor conflicten - Laat over zich heen lopen (Hengeveld & van Balkom, 2008, p.48) (Schweizer, 2006, p.p.88-89) (Rümke, 2007, p. 566)	- Komt niet tot handelen wanneer hij niet wordt aangestuurd - Bij het nemen van beslissingen vraagt de cliënt aan de therapeut wat hij moet doen - Geeft meteen op als iets tegenzit - Als de therapeut een voorstel doet gaat de cliënt hier snel in mee - Moeite bij het kiezen van kleuren - Vraagt zich af of het uiteindelijk wel de juiste keuze was - Tijdens het werken blijft de twijfel aanhouden - Vindt de werkstukken van anderen altijd mooier - Vindt zijn eigen werk niets waard - Twijfelt of hij de instructie begrepen heeft en blijft dan zitten en komt niet tot handelen (L. Blokland, persoonlijke mededeling, 24 maart 2010) (H. van Eck, persoonlijke mededeling, 24 maart 2010) (A. Donkers, persoonlijke mededeling, 15 april 2010) (Schweizer, 2006, p.p.88-89)

Figuur 2 schematische overzicht van de algemene- en mediumgedragingen gekoppeld aan de literatuur en persoonlijke mededelingen

5.1.5 Hulpvraag van de cliënt

Inventarisatie hulpvraag:

Sander is verwezen door de ambulante GGZ, vanwege onvoldoende reactie op medicatie en cognitieve therapie. Hij lijkt overvraagd door de problemen in zijn leven, deze kan hij niet overzien. Hij is niet in staat tot probleemoplossend gedrag. Onder druk van overvraging trekt hij zich terug, ontwikkelt hij depressieve en fobische klachten. Hij vermijdt drukte en onder de mensen zijn. Hij voelt zich leeg en klein. Wanneer je te dicht bij komt haakt hij helemaal af.

Vraag van Sander:

- Hij wil zichzelf terugvinden.
- Hij wil een toekomst opbouwen.
- Hij wil weer werk, een vriendin, meer vrienden.
- Hij wil actiever worden.
- Hij wil leren zich meer op zijn gemak te voelen onder de mensen en bij drukte.

5.1.6 Doelstellingen voor de beeldende therapie

Hoofddoel:	Subdoel voor de beeldende therapie
Zichzelf terug vinden	- Keuzes maken (wat wil hij zelf, wat vindt hij belangrijk)
Zich op zijn gemak voelen onder de mensen en bij drukte	- Leren kijken naar het werk van anderen en hierover in contact gaan met de ander - Hulp vragen aan de anderen
Actiever worden	- Niet gelijk opgeven als het niet lukt - Op zoek gaan naar oplossingen (eventueel met behulp van anderen)

Binnen de verbale therapieonderdelen zullen de volgende zaken opgepakt worden:

- Zijn acceptatieprobleem blijven bespreken.
- Het bespreken van zijn toekomstinvulling.
- Onderzoeken wat zijn mogelijkheden zijn op het gebied van werk.
- Hiernaast gaat hij deelnemen aan SOVA-traningen (sociale vaardigheden training).

Binnen de non-verbale therapieonderdelen zullen de volgende zaken opgepakt worden:

- Actiever worden (zelfstandig aan de slag binnen de groep).
- Wennen aan drukte/de groep (eventueel groepsactiviteiten).
- In contact gaan met de ander (eventueel over het materiaal of de opdracht).
- Zichzelf terugvinden (eigen keuzes maken, wat vindt hij prettig en wat niet?).

5.1.7 Periode, frequentie en tijdsduur van de therapie

Ik was gestart met het doel om één keer per week therapie te geven van 2 maart 2009 t/m 15 juni 2009. Tussendoor is het voorgekomen dat ik of de cliënt niet aanwezig waren. Hierdoor is geprobeerd soms twee maal in de week aanwezig te zijn bij de cliënt. De creatieve therapie duurde van 11.00 tot 12.00 uur.

In overleg met andere disciplines in een MDO ben ik op 11 mei 2009 voortijdig gestopt met het individueel begeleiden van Sander in de groep. Binnen het MDO kwam ter sprake dat de cliënt onvoldoende gemotiveerd is om in deeltijdbehandeling te blijven. Aangezien ik de cliënt niet individueel behandelde en hij niet wist dat ik hem als casus gebruikte ben ik mijn aandacht ook gaan vestigen op de anderen uit de groep.

5.1.8 Definitie stabilisatiegroep

Sander is in 2008 gestart in deeltijdbehandeling, ingedeeld in de stabilisatiegroep. Men start en eindigt binnen deze groep niet gezamenlijk. Er is gedurende het hele jaar de mogelijkheid voor in- en uitstroom. Het ontwikkelingsniveau en de toestand van deze cliënten wisselt hierdoor sterk van elkaar. De doelgroep van cliënten in de Stabilisatiegroep is gericht op mensen die hebben ervaren dat zij kwetsbaar zijn en dat ze hiermee moeten leren omgaan. Het gaat hierbij om mensen met een verhoogde kwetsbaarheid ten gevolge van een psychiatrisch ziektebeeld of op grond van hun persoonlijkheidsstructuur. Daarbij kan men ook blijvend last ondervinden van ingrijpende levensgebeurtenissen die eerder plaatsgevonden hebben. Je kunt hierbij denken aan mensen die net ontslagen zijn na een opname en verdere behandeling nodig hebben. Bijvoorbeeld na het doorgemaakt hebben van een psychotische periode (verwardheidstoestand); anderen zijn langere tijd depressief of angstig.

Een van de doelen van cliënten binnen de stabilisatiegroep is om te leren hoe men om moet gaan met deze verhoogde kwetsbaarheid en hoe men voor zichzelf toch een bevredigende plek in de maatschappij kan krijgen. De nadruk in de stabilisatiegroep ligt vooral op het bieden van VEILIGHEID. Dit betekent dat iemand die zich aanmeldt zich prettig moet kunnen voelen in de groepen waar hij aan meedoet. Maar dat geldt natuurlijk ook voor de andere deelnemers! (Extreem dreigend gedrag naar anderen of zichzelf en overheersend verslavingsgedrag passen hier niet in.)

Naast veiligheid is er wel sprake van BEHANDELING, d.w.z. dat bij de aanmelding OOK gekeken wordt of er enig perspectief is op een verbetering van het functioneren van betrokkene. De duur van de behandeltime is niet onbeperkt. De gemiddelde behandeltime is acht maanden. De behandeling bestaat uit een "op maat" samengesteld pakket activiteiten. In de praktijk betekent dit dat men per week die activiteiten volgt welke het meest aansluiten bij de vraag.

Deze activiteiten kunnen individueel plaatsvinden of in wisselende groepen. Daarnaast hebben cliënten ook een eigen individuele behandelaar die hen kan blijven volgen gedurende de tijd van de deeltijdbehandeling evenals de periode daarna. Periodiek zijn er afspraken met een behandelend psychiater voor ondersteunende medicatie (H. van Eck, persoonlijke mededeling, 27 mei 2010).

5.2 Oude werkmodel

5.2.1 Frictie therapievorm met mijn werkwijze

Vanuit het boven beschreven behandelplan gericht op Sander heb ik methodisch gewerkt in de beeldende therapie. Hierbij heb ik gelet op zijn diagnose, achtergrondinformatie en hulpvraag. In de beeldende therapie stemde ik mijn therapeutische attitude af op Sander, zodat ik hem zo goed mogelijk kon begeleiden om een ontwikkeling door te maken in zijn sociaal gedrag. Zoals ik al eerder beschreven heb, werd vanuit de instelling de beeldende therapie aangeboden in de vorm van een open atelier. Het open atelier was een zeer vrijblijvende setting waarin de cliënten zelf veel structuur aan moesten brengen. Binnen het open atelier mocht iedere cliënt afzonderlijk van elkaar vrij werken aan een zelf gekozen opdracht. Er waren twee ruimtes beschikbaar waar de cliënten verdeeld mochten gaan zitten naar eigen keuze. Vanuit de instelling werd voor iedere cliënt een behandelplan gemaakt, waarin hulpvragen en doelen beschreven en regelmatig geüpdate werden. Deze hulpvragen en doelen werden helaas binnen de aangeboden setting (het open atelier) tijdens de beeldende therapie niet doorgetrokken. De cliënten maken zelf uit wat ze wel en niet willen doen tijdens de therapie en de therapeut volgt hen voornamelijk. Desondanks kon ik als therapeut toch handelen volgens het klinisch redeneerproces. Alleen was de therapievorm “vrijblijvend” gemaakt door de therapeuten. Ik heb destijds gewerkt vanuit de doelen uit het behandelplan van Sander en heb hierop mijn therapeutische attitude en de inzet van het beeldend medium afgestemd, zodat Sander een vooruitgang kon boeken in zijn sociale gedrag. De omgeving en de ruimte binnen het open atelier was onvoorspelbaar, onrustig en chaotisch. Deze factoren speelden in op het gedrag van Sander en bemoeilijkte het werken met doelen en het afstemmen op de hulpvraag van de cliënt. Ik voelde een duidelijke frictie tussen de therapievorm: het open atelier en mijn werkwijze.

5.2.2 Therapeutische houding

Werkwijze

Ik werkte met de orthopedagogische werkwijze, waarbij ik me vooral richtte op het opheffen van de passiviteit (actiever worden) en het verbeteren van de sociale vaardigheden (zich op zijn gemak voelen onder de mensen en bij drukte). Ter ondersteuning van de orthopedagogische werkwijze maakte ik ook gebruik van de supportieve werkwijze. Hierbij kwam de nadruk te liggen op het ondersteunen en stabiliseren. Ik vond het belangrijk dat Sander zijn persoonlijke mogelijkheden kon ontwikkelen. Hiermee richtte ik me op zelfactualisatie (zichzelf terugvinden).

Therapeutische technieken die ik gebruikte om dit te bereiken waren:

- Ik richtte mij vooral op het geven van mediumtechnische tips en adviezen tijdens het werken.
- Ik probeerde hem te bereiken via zijn werkstuk. Op deze manier hoefde het niet over hem persoonlijk te gaan, maar gaat het over het werkstuk of het materiaal.
- Ik schonk hem aandacht op een rustige en geïnteresseerde manier (positieve bekrachtiging).
- Ik gaf aan wat goed en wat minder goed werd uitgevoerd. Hiermee liet ik zien dat er eisen aan het werk werden gesteld. En bood ik duidelijkheid aan grenzen.
- Door in een groep te werken vergroot dit de kans op contact met anderen en eventueel geprikkeld te worden tot het gebruik van een nieuw onbekend materiaal.
- Aansluiten bij het niveau van de cliënt.

De attitude die ik destijds aannam was ondersteunend, waarbij ik Sander probeerde positief te bekrachtigen in de dingen die hij deed. Hiermee wilde ik hem laten zien dat hij er niet alleen voor stond en dat hij me altijd om hulp mocht en kon vragen. Tevens probeerde ik hiermee een vertrouwensband op te bouwen en voldoende veiligheid te creëren. Daarnaast probeerde ik altijd aan te sluiten bij de kenmerken van de cliënt. Dit deed ik door hem zelf keuzes te laten maken wanneer dit mogelijk was en hem te prikkelen op de momenten waarop ik merkte dat hij mogelijk tot handelen kon komen.

Ik nam gedurende de behandeling een empathische houding aan tegenover Sander. Vandereyken (2006, p.135) schrijft hierover dat de therapeut hierbij vanuit een niet-veroordelende zorgverantwoordelijkheid de ervaringen van de cliënt zonder goed- of afkeuring of moreel oordeel erkent. Hij geeft aan dat oordelen elke verdere communicatie blokkeert en geen ruimte laat voor verheldering en verdieping, terwijl dat juist de bedoeling is in de therapie. Daarnaast benoemt hij dat empathie niet enkel een ingangspoort is om de veiligheid in het contact te bewerkstelligen, de defensiviteit te verlagen en de werkaliantie te verstevigen. Bij Sander zag ik de genoemde

ontwikkelingen duidelijk naar voren komen. Op het moment dat je als therapeut inging op zijn ziektebeeld, klachten en hetgeen hij moest veranderen, blokkeerde hij volledig en stond hij niet meer open voor therapie. Ik heb gemerkt dat wanneer ik mij respectvol, steunend, niet oordelend en empathisch opstelde, Sander meer open stond om te communiceren en te werken in het medium. Vandereycken (2006, pp. 135-136) geeft ook aan dat deze aspecten het isolement waarin de cliënt is terechtgekomen kan doorbreken en hier ben ik het mee eens. Sander reageerde positief op de houding die ik aannam en kwam naar mijn mening mede hierdoor uit zijn isolement. Met het isolement bedoel ik zijn houding en aanwezigheid tijdens de therapie. Sander sloot zich af van de groep en negeerde de therapeuten. Hij maakte weinig tot geen contact en kwam niet tot handelen.

5.2.3 Werkvormen

Soort activiteit:

Ik bood Sander geen voorbedachte werkvormen aan. Ik vond het belangrijk dat hij zelf keuzes leerde te maken en hierbij zijn eigen mening kon uitspreken. Hierbij stuurde ik hem wel bij waar nodig was. Ik wilde mij hierbij vooral richten op semigestructureerde opdrachten, waarbij ik aansloot op zijn hulpvraag. Ik zette samen met Sander een werkvorm op. Dit deed ik door samen te bekijken waar zijn interesses lagen en wat hij wel eens zou willen uitproberen. Door de opdrachten niet te beperken door vooraf vast te stellen wat ik wilde gaan doen bestond er nog de mogelijkheid om de eigen fantasie van Sander te prikkelen en tevens hierdoor zijn betrokkenheid met het werk te vergroten. Ik heb in mijn oude werkmodel voornamelijk ambachtelijk gewerkt, waardoor ik ondersteuning bood door structuur in het medium aan te brengen en orthopedagogisch aan de slag ging.

Voorbeeld vanuit de casus van Sander:

Zoals ik al eerder beschreven heb liet ik Sander een schaal maken door middel van het werken met kleiplakken. Vanuit het ambachtelijk werken kon ik er vanuit gaan dat de egoversterking op de voorgrond stond. Ik had voor hem als doel dat het werkstuk hem voldoening kon geven en hij een succeservaring hieruit kon opdoen. Ik hielp Sander waar nodig was en schatte voor hem in of het werk haalbaar was. Daarnaast bood ik hem structuur door te werken met stappen en handige tips.

Zoals ik al eerder in een voorbeeld heb geschreven waren dit bijvoorbeeld, het uitrollen van klei tussen 2 latjes, het uittekenen van de vorm voor de bodem op papier en daarna uitsnijden uit de plak klei, uitleg geven over het verbinden van twee stukken klei, zodat deze goed vastzitten enz. Tijdens het werken gaf ik hem dus ook technische ondersteuning en sloot ik zoveel mogelijk aan bij wat hij wilde doen.

Materiaal:

Ik werkte ambachtelijk, maar liet voor een deel ook de keuze voor het materiaal over aan Sander. Ik vroeg Sander waar hij graag mee wilde werken en stemde met die informatie, wetende wat zijn doelen en algemene hulpvraag is, mijn werkwijze daarop af. Ik bekeek dan hoe ik het gekozen materiaal kon integreren in de mogelijkheden voor Sander met het oog op een succeservaring.

Sander gaf bijvoorbeeld in het begin aan dat hij met olieverf of klei wilde gaan werken. Ik heb toen bekeken wat het beste aansloot bij zijn kenmerken op dat moment en heb aangegeven dat hij zou gaan starten met klei. Bij werken met klei en specifiek had hij vooral interesse in het maken van een schaal, wordt er al een interne structuur geboden door de stappen die daarvoor doorlopen moeten worden. Daarnaast is klei een materiaal waar de cliënt mee kan oefenen zonder dat het fout hoeft te zijn. De cliënt kan langzaam kennismaken met het materiaal door middel van een warming up.

Binnen zo'n warming up kan de cliënt het materiaal eerst eens in de hand pakken en ontdekken. Door erin te knijpen, te strelen, te prikken enz. Hierbij kan de cliënt ook de verschillende soorten klei (grove en fijne chamotte) eens voelen. Op deze manier kan de cliënt langzaam wennen aan het idee dat hij gaat werken met klei, voordat er 'gepresteerd' moet worden. Sander reageerde positief op deze warming up en op de stappen die ik hem bood binnen het maken van de schaal. Hij werkte ijverig en stelde vragen wanneer hij twijfelde over een handeling.

5.2.4 Verloop therapiesessies

Omdat het open atelier een informele setting bood had ik het voordeel dat Sander zich hierdoor niet geïntimideerd voelde, maar op zijn gemak was. Ik kon een vertrouwensband met hem opbouwen en voldoende veiligheid creëren voor Sander om op z'n tijd toch een informeel gesprek met hem aan te gaan. Ook was het mogelijk om eerder gemaakte uitspraken of handelingen aan te kaarten of te verhelderen. De begeleiding die ik bood was in eerste instantie vrij neutraal. Ik wilde niet teveel

aandacht op Sander leggen, maar wilde hem wel laten weten dat ik er voor hem was en dat ik hem graag hulp wilde bieden. Ik hield hem in de gaten vanuit mijn ooghoek en probeerde te observeren hoe hij zich gedroeg en wat hij mogelijk nodig kon hebben om aan de slag te kunnen gaan.

Er waren nog tien andere cliënten die soms om hulp vroegen, waardoor ik niet constant naast Sander stond. In het begin van de behandeling heb ik voornamelijk naar Sander toe benoemd wat hij van mij kon verwachten zodat hij wist wat hij aan mij had. Ik probeerde op deze manier een veilige setting voor hem te creëren. En ook heb ik hem bijvoorbeeld een aantal boeken laten zien waarin hij kon bladeren om op ideeën te komen. Ik liet hem in het begin soms een tijdje hier alleen in bladeren. Op deze manier zorgde ik ervoor dat ik hem wat ruimte gaf waardoor hij niet het gevoel had dat ik qua aandacht bovenop hem zat. Na een tijdje ging ik dan weer naar hem toe. Voorzichtig probeerde ik contact te maken met hem en af te tasten hoe hij hierop reageerde. De begeleiding die ik bood ging steeds een stukje verder, waarbij ik ook steeds dichterbij hem kon komen. Als Sander bezig was in het beeldend werken, probeerde ik in eerste instantie contact te maken door hem aan te spreken over zijn werkstuk. Dan gaf ik hem bijvoorbeeld een compliment over een handeling die hij juist had gemaakt of ik vroeg hem vanuit interesse iets over een keuze die hij had gemaakt in het werkstuk. Soms probeerde ik door een nieuw gereedschap aan te reiken in contact te komen bij Sander en hiermee ook een vertrouwensband op te bouwen. Op een gegeven moment zag ik hem bijvoorbeeld zijn best doen om met zijn vingers de schaal helemaal strak te strijken. Ik ben naar hem toe gegaan en heb gevraagd of hij de schaal nog gladder wilde hebben. Op het moment dat hij aangaf dat hij dit wel wilde, maar dat hem dit niet lukte heb ik een lomer gepakt en hem deze laten zien. Ik heb hem voorgedaan wat hij hiermee kon doen en bevestigd dat het er waarschijnlijk wel mooier op zou worden. Het feit dat ik interesse toonde in hem, liet zien dat ik hem begreep en hem hulp aan bood op het juiste moment, kon Sander wel waarderen. Na deze ervaring leek hij mij meer te vertrouwen en vroeg hij mij ook sneller om hulp. Hij vertelde dan ook meer over zichzelf. Ook zijn houding naar anderen toe veranderde. Sander keek meer om zich heen en maakte meer contact met de medecliënten. De andere therapeuten wisten dat ik Sander persoonlijk volgde en begeleidde en zorgden ervoor dat ik hiervoor de ruimte kreeg. Dit deden ze door mij zoveel mogelijk vrij te houden. Wanneer andere cliënten veel aandacht vroegen en hulp nodig hadden probeerden zij deze cliënten te helpen.

5.3 Nieuw werkmodel

5.3.1 Toepassen van het klinisch redeneerproces

Binnen mijn oude werkmodel paste ik al een aantal stappen vanuit het klinisch redeneerproces toe in de behandeling, maar in het nieuwe werkmodel wil ik deze stappen nog eens grondig uitschrijven.

Om zowel voor mezelf als ook voor collega therapeuten een duidelijk werkmodel te kunnen presenteren. Smeijsters e.a., (2007, p.11) beschrijven in het naslagwerk, vernieuwen van werkmodellen uitvoeren van praktijkonderzoek dat de vaktherapeut altijd denkt en handelt op basis van het klinisch redeneerproces. Deze toetst alle aspecten van het methodisch handelen, verbetert dit (enkelslag leren) en/of vernieuwt dit waar nodig (dubbelslag leren). De reflectieve vaktherapeut vraagt zich af of zijn observatie en diagnostiek de juiste is, of zijn indicatie klopt, of hij de juiste doelstellingen kiest, of zijn methoden, werkvormen en therapeutische technieken aansluiten bij de beoogde doelstellingen en wat de effecten van zijn handelen zijn. Afhankelijk van de uitkomst van zijn klinisch redeneerproces zet hij zichzelf aan tot het perfectioneren of innoveren van zijn handelen.

Om tot een vernieuwd werkmodel te komen heb ik gebruik gemaakt van een schema, opgesteld door Ysermans (2006, p.13). Binnen dit schema worden ook de stappen doorlopen vanuit het klinisch redeneerproces, waarbij de therapeutische driehoek, cliënt - therapeut - medium ingezet wordt. Aan de hand van de volgende stappen zal ik mijn nieuwe werkmodel presenteren:

- Diagnose van de cliëntengroep.
- Indicatiestelling.
- Werkwijze.
- Doelen voor de beeldende therapie.

Na het uitvoeren van bovenstaande stappen voordat je de praktijk ingaat geeft Ysermans (2006, p. 13) aan dat wanneer de cliënt in therapie komt, de sessies (driehoek: cliënt – therapeut - medium) van start gaan. Hierna volgen nog een aantal stappen die je als therapeut uitvoert. Deze zal ik verder niet uitschrijven in mijn nieuwe werkmodel, omdat deze pas van toepassing zijn wanneer er onderzoek wordt gedaan in de praktijk.

- De therapeut toetst (evaluatie) binnen de therapie of de doelen zijn gehaald, en of de werkwijze passend is.
- CT-doelen en/of werkwijze wordt voor de vervolg behandeling eventueel bijgesteld.
- Deze procedure blijft zich tijdens het gehele behandelverloop herhalen.
- Einde van de behandeling worden doelen en werkwijze nogmaals getoetst.
- Effect wordt afgezet tegen de diagnose stelling.
- Diagnose wordt mogelijkerwijs herzien.

5.3.2 Diagnose algemene cliëntengroep

Mijn oude werkmodel heb ik gebaseerd op een specifieke cliënt, Sander. Hij leed aan ontwijkende en afhankelijke trekken. In mijn nieuwe werkmodel wil ik mij meer gaan richten op een algemene cliëntengroep. Hierbij zal ik Sander loslaten en meer uitgaan van wat de literatuur schrijft over een cliëntengroep met ontwijkende en afhankelijke trekken. Allereerst zal ik een beschrijving geven van de cliëntengroep. Hierbij maak ik een opsplitsing tussen ontwijkende trekken en afhankelijke trekken.

Ontwijkende trekken

Hovens & Megen (2006, p. 357) geven aan dat deze cliënten voortdurend bang zijn voor afkeuring en vanuit die reden dan ook contacten of verplichtingen veelal uit de weg gaan. Ze associëren de ontwijkende persoonlijkheid ook wel met introversie en een negatief zelfbeeld. Rümke (2007, p.566) geeft ook aan dat deze cliënten heel weinig zelfvertrouwen hebben. Deze cliënten verwachten dat anderen hen achter de rug om bekritisieren. Om deze reden proberen deze cliënten andere mensen en voor hem bedreigende sociale situaties te mijden, geven niet graag een eigen mening en proberen iedereen tevreden en te vriend te houden uit angst voor conflicten en daarmee afwijzing.

Herkenbare gedragingen zijn volgens Hengeveld, e.a. (2008, p.48):

- Terughoudend.
- Sociaal onhandig.
- Geremd.
- Contacten vermijdend.
- Met gevoel tekort schieten.

Afhankelijke trekken

Cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid hebben volgens Hovens e.a. (2006, pp. 357-358) grote moeite met zelfstandig functioneren. Ze hebben voortdurend steun en bevestiging nodig en verlaten zich op anderen bij het nemen van belangrijke beslissingen. Rümke (2007, p.566) geeft aan dat net als bij de ontwijkende trek ook bij de afhankelijke trek sprake is van weinig zelfvertrouwen. De cliënt denkt steeds te zullen falen als hij er alleen voor staat. Hij laat snel over zich heen lopen en probeert zich aan te passen aan anderen. Meningsverschillen zal de cliënt niet uiten uit angst verlaten te worden. Herkenbare gedragingen zijn volgens Hengeveld, e.a. (2008, p.48):

- Onderdanig.
- Afhankelijk.
- Besluiteloos.
- Passief.
- Hulpeloos.
- Met een minderwaardigheidsgevoel.

5.3.3 Indicatiestelling

In dit onderzoek worden zoals al eerder benoemd binnen de verklaring van de resultaten (paragraaf 4.3) twee verschillende scenario's voorgesteld voor een nieuw werkmodel.

Beide scenario's zijn geïndiceerd voor (bijna) alle cliënten. Wel moet er bij de inzet van een nabespreking rekening gehouden worden met de draagkracht van de cliënt. Omdat er in het nieuwe werkmodel altijd afgestemd wordt op de hulpvraag, doelen en kenmerken van de cliënten zullen (bijna) alle cliënten geïndiceerd zijn. In scenario 1, is het gemakkelijker voor de therapeut om met nieuwe cliënten die instromen binnen de stabilisatiegroep een gesprek aan te gaan over de hulpvraag en doelen die ze samen met de behandelaar hebben opgesteld. De andere cliënten hebben deze fase al doorlopen en kunnen aan de slag bij binnenkomst. De beeldende therapeut kan hierdoor op het gemak met de nieuwe cliënt de werkwijze bespreken van de beeldende therapie. Daarnaast kan er al samen met de cliënt een plan opgesteld worden voor de komende sessies. Cliënten die al langer in de

groep zitten en verder zijn in hun behandeling hebben in dit scenario ook meer mogelijkheden om iets nieuws te ondernemen (door de vrije setting) in overleg met de therapeut.

In scenario 2 wordt gewerkt aan de hand van groepsopdrachten. Deze werkwijze zou goed aansluiten voor nieuwe cliënten om mee te varen in een geboden structuur van een gezamenlijke opdracht. Ze hebben vaak nog veel last van hun klachten en ze vinden het spannend/moeilijk om in een groep mee te draaien. Een gestructureerd programma (met een korte evaluatie per keer) kan ervoor zorgen dat deze cliënten beter "in de groep" kunnen komen. Op deze manier wordt ook de ruimte geboden om beter kennis te maken met de mogelijkheden van de creatieve materialen. Bij elke (groeps) opdracht wordt een goede uitleg gegeven over het materiaal.

5.3.4 Werkwijze

Steunende en pragmatisch structurerende werkwijze:

In mijn nieuwe werkmodel zal ik gebruik maken van de steunende werkwijze. Door Smeijsters (2003) ook wel de supportieve werkwijze genoemd. Deze is gericht op het creëren van ontspanning, overzicht en veiligheid. Schweizer (2009, pp.211-212) beschrijft dat er vanuit deze werkwijze beeldend therapeutische technieken worden ingezet om de cliënt een positieve ervaring te bieden, tot rust te brengen en om hem enige afstand te laten nemen ten opzichte van zijn klachten. Hierbij zou je je kunnen voorstellen dat je als therapeut de cliënt hartelijk ontvangt, op het gemak stelt en een laagdrempelige opdracht aanbiedt. De therapeut is enthousiasmerend en bemoedigt de cliënt bij het maken van keuzes. Daarnaast zou er tevens gebruik gemaakt kunnen worden van de pragmatisch structurerende werkwijze, ook wel vergelijkbaar met de orthopedagogische werkwijze beschreven door Smeijsters (2003). Binnen deze werkwijze wordt volgens (Schweizer, 2009, p.212) een veelheid aan technieken gehanteerd en wordt er aangesloten op de beperkte mogelijkheid van de cliënt. Pragmatisch betekent leerzaam. Hierbij zou je als therapeut een opdracht samen kunnen doen met de cliënt, waar de taal structurerend en motiverend wordt ingezet. Smeijsters (2003) benoemt hierbij nog dat er vanuit deze werkwijze gewerkt wordt aan het opheffen van de passiviteit en het verbeteren van de sociale vaardigheden.

Therapeutische houding

Hovens, & van Megen (2006, p.362) geven aan dat de therapeut empathisch dient te zijn en steun en aanvaarding behoort te bieden voor de moeilijkheden die de patiënt ondervindt. Tevens is structuur een belangrijk aspect in de therapie voor ontwijkende en afhankelijke cliënten. De therapeut kan op verschillende wijze structuur aanbieden. Haeyen (2007, pp.28-29) beschrijft hierover dat de beeldende therapeut altijd inspeelt op de gegeven situatie door het medium op een bepaalde wijze in te hanteren – materiaalkeuze, structuur, aard van de opdracht cq. aanpak – en sluit daarmee zoveel mogelijk aan bij wat de cliënt aangeeft of aankan. Het is belangrijk dat de therapeut de situatie veilig genoeg houdt, structureert en vooral erg duidelijk is. De cliënt zal eerst enige veiligheid of enig vertrouwen moeten ervaren voor deze zich kan richten op het contact met zichzelf. Vanuit de resultaten kan opgemaakt worden dat zowel vanuit de therapeutische houding als vanuit het medium hiermee rekening gehouden moet worden om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de gedragingen van de cliënt. Binnen de therapeutische houding kun je structureren met taal. Schweizer (2009, p.208) geeft ook aan dat de structurerende werking van taal bijdraagt aan veiligheid, zowel voor de therapeut als voor de cliënt. Een bepaalde manier van verwoorden kan de cliënt helpen om zich gesteund en begrepen te voelen. Het stellen van 'gewoonte-vragen' biedt houvast, zoals: 'wil je iets drinken voordat we aan het werk gaan?', 'hoe was je week?' of 'op welke stoel wil je zitten?'. Geruststellen of verwoorden van wat de cliënt doet kan structuur, houvast en veiligheid bieden. Bijvoorbeeld een sessie met een cliënt die moeite heeft met de afronding, zou je op de volgende manier kunnen afronden: 'volgende keer werken we verder aan dit werkstuk, ik zal het goed voor je bewaren'. Als therapeut is naast structuur dus het bieden van veiligheid ook erg belangrijk bij deze doelgroep. America (2009, p. 66) geeft aan dat het bij een cliënt met afhankelijke trekken belangrijk is om veiligheid uit te stralen in woord en gebaar. Hierbij werkt het aanbieden van kleine hapklare brokken met desnoods wat lichte hulp goed. Het is wel belangrijk om in de gaten te houden niet alles over te nemen van de cliënt, zodat deze op den duur het patroon kan doorbreken van alles klakkeloos over te nemen. Het geven van complimenten en positieve feedback tijdens het werken kan bijdragen aan een ontwikkeling. Aansluitend op het belang van veiligheid geeft Ysermans (2006) aan dat hoe sneller een cliënt zich op zijn gemak voelt binnen de therapie en in contact naar de therapeut toe, hoe eerder hij over te halen is om tot actie over te gaan. Hij is dan ook mogelijk vlugger in staat om contact te maken.

Clëntgerichte psychotherapie

Een aantal uitgangspunten die ik aanhield tijdens de therapie komen nauw overeen met een aantal aspecten uit de cliëntgerichte psychotherapie. In mijn oude werkmodel heb ik deze niet benoemd, omdat ik me hier niet bewust van was. Ik heb vanuit de literatuur bekeken hoe de cliëntgerichte therapie zou kunnen aansluiten binnen het nieuwe werkmodel. Vandereycken (2006, p.133) beschrijft dat de cliëntgerichte therapie meer ambieert dan klachtenreductie en zich richt op de persoon in zijn totaliteit. Hierbij ligt de aandacht meer op het ontwikkelen van een groter potentieel van de mogelijkheden van de cliënt. Tijdens mijn stageperiode vond ik het ook belangrijker om te kijken naar de mogelijkheden die Sander op dat moment had en de ontwikkeling van zijn mogelijkheden, dan het kijken naar het verminderen van zijn klachten. Ook voor het nieuwe werkmodel zou ik het zinvol vinden om op deze manier te werk te gaan met cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken. Naast hetgeen wat Vandereycken beschrijft over de cliëntgerichte psychotherapie wordt er op de website van de vereniging voor cliëntgerichte psychotherapie (www.vcgp.nl) een beschrijving gegeven over de cliëntgerichte psychotherapie en de gewenste houding van de therapeut. Zij geven aan dat cliëntgerichte psychotherapie de nadruk legt op een goede therapeutische relatie en zich richt op zowel het denken als het voelen. Wetenschappelijk onderzoek onderstreept het belang hiervan. Naast cliëntfactoren leveren de therapeutfactoren de belangrijkste bijdragen voor een effectieve behandeling. Cliëntgerichte psychotherapie legt de nadruk op authenticiteit, empathie en respect. De therapeut stelt zich binnen de cliëntgerichte psychotherapie betrokken, empathisch, authentiek, en respectvol op naar de cliënt toe. Deze houding blijkt het meest effectief te zijn.

Therapeutische technieken

Hieronder geef ik in een schematisch overzicht weer met therapeutische technieken en een beknopte beschrijving hiervan binnen het nieuwe werkmodel.

Therapeutische techniek	Beknopte beschrijving
Gebruik maken van rituelen	Rituelen geven structuur en houvast, de situatie wordt op die manier voorspelbaar en veilig. Rituelen kunnen op verschillende manieren en verschillende plaatsen in worden gezet in de therapie. In het nieuwe werkmodel zou je als ritueel de opbouw van de therapie kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld, de binnenkomst → samen aan tafel zitten → uitleg opdracht → uitvoering opdracht → samen nabespreken → werkstuk opbergen in eigen map.
Hulp ego	Steun en hulp bieden in situaties waar de cliënt vast is gelopen door bij voorbeeld een beeldende techniek voor te doen.
Starten vanuit hulpvraag	Door te starten vanuit de hulpvraag van de cliënt werk je indicatiegericht en heb je een betere focus op het behandelplan.
Werken met doelen	Door doelen op te stellen vanuit de hulpvraag van de cliënt kun je meer methodisch te werk gaan. Je kunt hierop je werkvormen afstemmen en je therapeutische attitude.
Aansluiten en afstemmen op de cliënt	Aansluiten: - Bij de materialenkennis en voorkeur van de cliënt - Bij de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt - Op het cognitieve niveau van de cliënt Afstemmen: - Op de behoeften van de cliënt
Positieve bekrachtiging van gewenst gedrag	Gewenst gedrag loven. In beeldende therapie kan dit gedaan worden door de eigen stijl van de cliënt te benadrukken en zijn sterke kanten in de therapie aan bod te laten komen. Dit heeft een egoversterkend effect.
Nabespreken	Beeldaspecten kunnen letterlijk benoemd worden. De ervaring van het werken kan besproken worden. Er kan op elkaars werk gereageerd worden. Het doen van een nabespreking werd in het oude werkmodel niet gebruikt. In het nieuwe werkmodel kan dit gezamenlijk nadat de opdracht gedaan is.
Prikkelen/motiveren	Door middel van humor en aansluiting op de interesses van de cliënt zou je de cliënt kunnen prikkelen of motiveren om tot handelen over te gaan.
Samenwerken	Samenwerken biedt verschillende mogelijkheden: ondersteunen, structuur bieden en de cliënt helpen. Door middel van de groepsopdrachten in het nieuwe werkmodel is er ook de mogelijkheid om samen te werken, waarbij de cliënten elkaar kunnen helpen en hiermee tevens de sociale vaardigheden kunnen ontwikkelen en trainen.
Spiegel voorhouden	Door de cliënt te confronteren met eerder gemaakte uitspraken of handelingen leert de cliënt inzien wat de gevolgen van bepaalde handelingen of uitspraken zijn.
Concreet en duidelijk zijn	Door op een concrete manier interventies te plegen en duidelijk te verwoorden weet de cliënt waar hij aan toe is. Dit biedt tevens veiligheid.

Structureren	Structuur kan de therapeut op verschillende vlakken aanbrengen, door bv. het verloop van de sessie te structureren of het materiaal en de werkvorm op een gestructureerde manier aan te bieden.
Interventies doen op het gedragsniveau	Gedrag benoemen dat de cliënt vertoont. De cliënt en het gedrag van de cliënt in het hier en nu benaderen.

Figuur 3 Beknopt overzicht van de therapeutische technieken

Samenvattend - Hoe ziet de nieuwe therapievorm eruit?

Zoals al meerdere malen benoemd werd is er sprake geweest van twee scenario's voor het nieuwe werkmodel. En zal er ook hier een beschrijving worden gegeven van deze twee scenario's. Er zal beschreven worden hoe deze er concreet uit zullen zien in de praktijk. Hoe hierbinnen wordt gewerkt, hoe de wisselwerking is tussen de therapeut en de cliënt, hoe het medium wordt ingezet, welke houding de therapeut aanneemt enz. Per scenario zal dit onderstaand omschreven worden.

Scenario 1 – Open Atelier

Binnen dit scenario zou er niet zoveel veranderd hoeven te worden aan de therapievorm die er nu gebruikt wordt. Er zou nog steeds sprake kunnen zijn van de therapievorm 'het open atelier', waarbij aan het begin van iedere sessie dan wel de nadruk ligt op het herhaaldelijk terugvallen op de hulpvraag van de cliënt. Hierbij is het belangrijk om vanuit deze hulpvraag samen met de cliënt een plan op te stellen. In een vernieuwd werkmodel zou de cliënt net als in het oude werkmodel mogen aangeven wat hij of zij graag zou willen doen, maar als vernieuwend punt wordt er meer ingegaan op de hulpvraag en doelen die de cliënt zelf heeft aangegeven in overleg met de behandelaar. Ook zou er standaard op het einde van de sessie samen met de cliënt bekeken kunnen worden hoe de sessie is verlopen waarbij een korte "nabespreking" wordt gehouden. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de draagkracht van de cliënt. Door deze wijze toe te passen en duidelijk aan te geven naar de cliënten toe dat er vanaf een bepaald moment op die manier gewerkt gaat worden, weet de cliënt ook wat hij of zij kan verwachten. Je creëert zo meer duidelijkheid voor de cliënt en hiermee ook meer rust. Omdat er binnen de stabilisatiegroep cliënten gedurende de behandeling in- en uitstromen, kan er binnen deze werkwijze gemakkelijker besproken worden met de cliënt als individu wat hij of zij voor ogen heeft binnen de beeldende therapie. Hulpvragen en doelen worden doorgesproken en gebruikt om een plan mee op te stellen. Aangezien iedere cliënt in deze setting voor zichzelf werkt door middel van aansturing en overleg met de beeldende therapeut is er meer ruimte voor de therapeut om met de cliënten als individu een gesprek aan te gaan.

Scenario 2 - Groepsopdrachten:

Binnen het tweede scenario wordt er gewerkt vanuit het aanbieden van gezamenlijke opdrachten met veel structuur. Hierbij is dan al een keuze gemaakt voor een materiaal en voor het formaat. De keuzes zijn dan al gemaakt voor de cliënt en afgestemd op de hulpvraag en doelen die de cliënt heeft aangegeven. Binnen deze setting is het wel belangrijk voor ogen te houden dat de cliënten niet op hetzelfde ontwikkelingsniveau zitten en in verschillende toestandsbeelden verkeren. De therapeut kan gebruik maken van groepsopdrachten mits deze de opdracht aanpast op de hulpvraag van ieder individu. Door op de hoogte te zijn van de hulpvragen kan de therapeut gemakkelijk inspelen op de behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Door het gebruik van groepsopdrachten kunnen er gemakkelijker gesprekken op gang komen door te vragen of te kijken naar wat de ander doet. Naast structuur, bieden de groepsopdrachten ook meer veiligheid. Als therapeut heb je meer overzicht in de groep wanneer je werkt met gezamenlijke opdrachten aan dezelfde tafel in dezelfde ruimte. Aan het einde van de sessie kunnen werkstukken bekeken worden en een "nabespreking" gedaan worden. Ook hier moet rekening gehouden worden met de draagkracht van de cliënt. America (2009, p.66) beschrijft dat je als therapeut veiligheid kunt uitstralen in woord en gebaar. Je kunt duidelijke instructies geven en structuur. Door kleine hapklare brokken te presenteren (door bijvoorbeeld voorbeelden te geven) desnoods met lichte hulp, kan de cliënt het patroon doorbreken van alles klakkeloos overnemen van de therapeut. De cliënt leert eigen keuzes te maken en bouwt door positieve bekrachtiging meer zelfvertrouwen op. Haeyen (2007, p.122) geeft aan dat veiligheid eveneens wordt gecreëerd door zorgvuldig met de cliënt om te gaan.

5.3.5 Doelen voor de beeldende therapie

Hovens & van Megen (2006, p.362) geven aan dat aangezien persoonlijkheidstrekken redelijk stabiel zijn in de tijd, er niet gestreefd moet worden naar radicale verandering, maar veeleer naar een beter niveau van functioneren. Ze benoemen dat het hierbij van belang is om realistische doelen te stellen en met kleine stappen tevreden te zijn. Aansluitend op hetgeen cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken nodig hebben, sluit een behandeling die gericht is op ondersteuning en ontdekking wel aan. Schweizer (2006, p. 89) beschrijft in haar boek een aantal behandeldoelen gericht op de beeldende therapie die aansluiten bij de desbetreffende doelgroep. Ze benoemt de volgende doelen.

- Kennis laten maken met beeldende expressievormen.
- Een ander handelings- en ervaringsrepertoire opbouwen.
- Via beeldend werken de acceptatie van gevoelens bewerkstelligen en de fantasie op gang brengen.
- Het zelfvertrouwen vergroten.
- Leren kijken naar werk van anderen en leren toestaan dat anderen kijken naar het eigen werk.
- Leren plezier te beleven aan creativiteit.
- Creatieve expressie activeren.

Naast de doelen die Schweizer (2006, p.89) benoemt kan ik ook vanuit de resultaten een aantal doelen hieraan toevoegen die benoemd zijn door de verschillende therapeuten.

- Meer tot interactie komen tijdens het werken in een groep (sociale vaardigheden trainen).
- Het kennis laten maken met de beeldende materialen, mede door uitleg te krijgen hierover.
- Drempel verlagen om beeldend te werken en aan de slag te gaan.

Nieuw werkmodel De behandeling van cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken d.m.v. beeldende therapie, volgens de eerste stappen van het klinisch redeneerproces/schame van Ysermans (2006, p.13)		
Diagnose van de cliëntengroep	<u>Ontwijkende trekken</u> Herkenbare gedragingen zijn volgens Hengeveld, e.a. (2008, p.48) - Terughoudend - Sociaal onhandig - Geremd - Contacten vermijdend - Met gevoel tekort schieten	<u>Afhankelijke trekken</u> Herkenbare gedragingen zijn volgens Hengeveld, e.a. (2008, p.48) - Onderdanig - Afhankelijk - Besluiteloos - Passief - Hulpeloos - Met een minderwaardigheidsgevoel
Indicatiestelling	In dit onderzoek worden binnen de verklaring van de resultaten (paragraaf 4.3) twee verschillende scenario's voorgesteld voor een nieuw werkmodel. Beide scenario's zijn geïndiceerd voor (bijna) alle cliënten. Wel moet er bij de inzet van een nabespreking rekening gehouden worden met de draagkracht van de cliënt. Omdat er in het nieuwe werkmodel altijd afgestemd wordt op de hulpvraag, doelen en kenmerken van de cliënten zullen (bijna) alle cliënten geïndiceerd zijn. In scenario 1 is het gemakkelijker voor de therapeut om met nieuwe cliënten die instromen binnen de stabilisatiegroep, een gesprek aan te gaan over de hulpvraag en doelen die ze samen met de behandelaar hebben opgesteld. De andere cliënten hebben deze fase al doorlopen en kunnen aan de slag bij binnenkomst. De beeldende therapeut kan hierdoor op het gemak met de nieuwe cliënt de werkwijze bespreken van de beeldende therapie. Daarnaast kan er al samen met de cliënt een plan opgesteld worden voor de komende sessies. Cliënten die al langer in de groep zitten en verder zijn in hun behandeling hebben in dit scenario ook meer mogelijkheden om iets nieuws te ondernemen (door de vrije setting) in overleg met de therapeut. In scenario 2 wordt er gewerkt aan de hand van groepsopdrachten. Deze werkwijze zou goed aansluiten bij nieuwe cliënten om mee te varen in een geboden structuur van een gezamenlijke opdracht. Ze hebben vaak nog veel last van hun klachten en ze vinden het spannend/moeilijk om in een groep mee te draaien. Een gestructureerd programma (met een korte evaluatie per keer) kan ervoor zorgen dat deze cliënten beter "in de groep" kunnen komen. Op deze manier wordt ook de ruimte geboden om beter kennis te maken met de mogelijkheden van de creatieve materialen. Bij elke (groeps) opdracht wordt een goede uitleg gegeven over het materiaal.	
Contra indicaties	De geïnterviewde AD gaf aan dat wanneer je deze cliëntengroep steeds wilt stimuleren tot activiteiten, je in een te sturende sfeer komt en dan kom je toch al een beetje in de sfeer van ouders die hun kind iets opleggen. Dat kan dan ook heel veel weerstand opleveren. Daarnaast is een te losse, vrijblijvende vorm van aanbieden ook niet geschikt voor deze doelgroep. Op dat moment heb je kans dat de cliënten tot niets komen, faalervaringen opdoen en een negatief zelfbeeld ontwikkelen.	
Werkwijze	<u>Therapeutische houding</u> - De therapeut dient empathisch te zijn en steun en aanvaarding te bieden voor de moeilijkheden die de patiënt ondervindt - De therapeut stelt zich betrokken, authentiek en respectvol op naar de cliënt toe. - Het bieden van structuur en houvast is essentieel - Het bieden van veiligheid - Cliënt geruststellen - Geven van complimenten en positieve feedback - De therapeut richt zich op de persoon in zijn totaliteit - Geven van duidelijke doelstelling en duidelijk instructies bij het werken met groepsopdrachten	<u>Therapeutische technieken</u> - Gebruik maken van rituelen Hulp ego - Starten vanuit hulpvraag - Werken met doelen - Aansluiten en afstemmen op de cliënt - Positieve bekrachtiging van gewenst gedrag - Prikkel/motiveren - Spiegel voorhouden - Concreet en duidelijk zijn - Interventies doen op het gedragsniveau - Nabespreken - Samenwerken - Structureren
Doelen voor de beeldende therapie	- Kennis laten maken met beeldende expressievormen - Een ander handelings- en ervaringsrepertoire opbouwen - Via beeldend werken de acceptatie van gevoelens bewerkstelligen en de fantasie op gang brengen - Het zelfvertrouwen vergroten - Leren kijken naar werk van anderen en leren toestaan dat anderen kijken naar het eigen werk - Leren plezier te beleven aan creativiteit - Creatieve expressie activeren - Meer tot interactie komen tijdens het werken in een groep (sociale vaardigheden trainen) - Het kennis laten maken met de beeldende materialen, mede door uitleg te krijgen hierover - Drempel verlagen om met het beeldend te werken aan de slag te gaan	

Figuur 4. Schematisch overzicht van het nieuwe werkmodel

5.3.6 Werkvormen

Vanuit de resultaten kan ik opmaken dat er meer bereikt kan worden bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken binnen een setting waar meer wordt aangesloten op de hulpvraag van de cliënt. Hierbij kwamen twee opties van aanbieden van werkvormen naar voren. Binnen de eerste optie (scenario 1) wordt er ingespeeld op de vraag van de cliënt. Specifieke werkvormen staan van tevoren niet vast. De cliënt geeft aan wat hij of zij graag wilt en de therapeut speelt hierop in. In samenhang met de hulpvraag en de doelen van de cliënt stelt de therapeut een plan en een werkvorm op voor de cliënt. Hier kan nu dus nog geen concreet voorbeeld van worden gegeven.

Daarnaast kwam naar voren dat het bieden van duidelijke opdrachten ook een optie was om zo de cliënten de structuur te bieden die ze nodig blijken te hebben (Zie bijlage 2 voor een aantal uitgewerkte werkvormen als voorbeeld). Deze optie, met daarbij de uitgewerkte werkvormen in bijlage 2 sluiten aan bij scenario 2: de groepsopdrachten. Omdat vanuit de therapievorm van tevoren meer vastgezet kan worden, konden hiervan enkele concrete voorbeelden gegeven worden.

Vanuit de resultaten kwamen een aantal voordelen van groepsopdrachten naar voren voor deze doelgroep: Er werd meer rust gecreëerd in de groep, er was meer binding met elkaar binnen de groep (voorheen was ieder voor zichzelf bezig en ieder op zijn eigen eilandje), er kwamen gemakkelijker gesprekken op gang door te vragen of te kijken wat en hoe de ander het deed, meer veiligheid. Door het kader dat je aanbiedt. De cliënt kan bij de buurman zien dat zijn tekentalenten vergelijkbaar zijn met die van hem of zelfs minder, wat het gemakkelijker zou kunnen maken om over de drempel te kunnen stappen of zich eraan durven over te geven. Je hebt als therapeut op deze manier meer overzicht in de groep en de cliënt hoeft zich niet alleen te voelen, omdat de anderen hetzelfde doormaken. Schweizer (2006, p.89) beschrijft dat zij binnen dezelfde doelgroep heeft ervaren dat de cliënten door middel van de groepsopdrachten samen het onbekende van het materiaal en de therapie ontdekken. En dat dit hen steun geeft bij gevoelens van onzekerheid. Tevens geeft Schweizer (2006, p.92) aan dat de combinatie tussen individueel werken, maar wel allemaal tegelijkertijd aan dezelfde oefening werken veiligheid biedt. Op de volgende pagina zal ik in een schema drie verschillende soorten van werken in een groep beschrijven met daarbij een beknopte uitleg en een bijpassende werkvorm. De verschillende soorten van werken in een groep zullen niet altijd geïndiceerd zijn binnen het nieuwe werkmodel, maar kunnen worden toegepast op het moment dat de cliëntengroep hieraan toe is en afgestemd op ieders hulpvraag. Afhankelijk van de sfeer, mogelijkheden, beperkingen en staat van het ziektebeeld kan deze keuze gemaakt worden. Onderstaande werkvormen zijn vrij gestructureerd. Er zijn veel mogelijkheden om deze werkvormen, waar nodig is, aan te passen gericht op de doelgroep.

Haeyen (2007, p.45) beschrijft dat structuur door middel van werkvormen en materialen goed aangeboden kan worden. Daarbij benoemt ze wel dat structuur, veiligheid en houvast bieden door middel van werkvormen en materialen niet ten koste mag gaan van de behoefte aan autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Een cliënt met een liniaal en potlood laten werken is een gestructureerde werkvorm. Bijvoorbeeld iets natekenen is wel sterk gestructureerd, maar de kans is groot dat de cliënt hier de eigenheid niet in terugziet. Als dat desinteresse oproept, zijn er snel problemen in het contact of blijft de cliënt weg. Het is zaak het kwetsbare contact goed in de gaten te houden en met de cliënt te overleggen, in plaats van iets op te leggen, en daar een structuur omheen te zetten. Het aanbieden van structuur is mogelijk op verschillende manieren waaronder het gebruik van een gezamenlijke opdracht waarin veel structuur is aangebracht. Hierbij zou er dan al een keuze gemaakt kunnen worden voor een materiaal en voor het formaat. Hierdoor hoeft de cliënt minder keuzes te maken wat beter aan zou sluiten bij deze doelgroep. Volgens Schweizer (2006, p.88) is het belangrijk bij cliënten met afhankelijke en ontwijkende trekken om een duidelijke structuur aan te brengen in de sessie, maar ook is het prettig om ruimte voor individuele wensen en werkpunten vrij te houden. Het geven van herhaling en structuur geeft de cliënten voorspelbaarheid en rust in het werken. Van Rosmalen (2000) beschrijft dat je wat het medium betreft structuur kunt aanbrengen in materialen, technieken en het soort van activiteiten en opdrachten. Tevens wordt er aangegeven dat een te weinig gestructureerde, open activiteit, zorgt voor meer chaos bij de cliënt en dat een gestructureerde, gesloten activiteit juist te weinig mogelijkheden biedt voor uiteindelijke zelfstructurering. Schweizer (2006, p.93) geeft aan dat de therapeut de oefeningen zo veel mogelijk plant en dat het hierbij gaat om een zeer gestructureerde beeldende opdracht. Zoals net al benoemd werd, geeft ook zij aan dat er wordt bepaald voor de cliënt hoe er gewerkt gaat worden en met welk materiaal. Hiernaast benoemt ze ook dat het alvast klaarleggen van materiaal uitnodigend werkt en dat het feit dat er direct bij het binnenkomen iets ligt wat de aandacht trekt, zonder direct te weten wat er mee gedaan zal worden, verrassend werkt.

5.3.7 Start van de sessie

Schweizer (2009, p.217) beschrijft dat de verbale instructie van de start van de sessie van groot belang is. Met meerdere mensen in dezelfde ruimte zitten kan stress geven. Duidelijke doelstellingen en duidelijke instructies dragen bij aan ontspanning. Belangrijke criteria voor een instructie zijn de verduidelijking van:

- Het doel van de opdracht (het is niet altijd nodig om het doel bekend te maken, vanwege de ervaring die de activiteit kan bieden, maar dan moet dat duidelijk zijn).
- De volgorde van handelen (wat gebeurt eerst?).
- De rol van het materiaal en welke kennis is daarvoor nodig.
- De indeling van het therapie uur (hoeveel tijd is er voor het werken, hoeveel tijd voor de nabespreking?).

5.3.8 Nabespreking gericht op het werken in een groep

Volgens Schweizer (2009, pp. 217-218) kun je op verschillende manieren nabespreken. Ze geeft aan dat je bij individueel werken in groepstherapie individueel kunt nabespreken. Ook kunnen cliënten leren naar elkaars werk te kijken en feedback te geven. De nabespreking is altijd afhankelijk van de draagkracht van de groep. Wanneer er gewerkt wordt op een steunende/structurende manier zijn de vragen van de therapeut steunend en opbouwend gesteld in de nabespreking. Het gebruik van een nabespreking kan tevens bijdragen aan het creëren van veiligheid en rust. De nabespreking kan als therapeutische techniek (rituelen inzetten) gebruikt worden. Door aan het einde van sessie altijd op een zelfde manier na te bespreken weet de cliënt wat hij of zij kan verwachten.

5.4 Vergelijkingen oud werkmodel met nieuw werkmodel

	Oud werkmodel	Nieuw werkmodel
Therapieruimte	De therapeut loopt op en neer tussen de twee ruimtes en stuurt bij en aan waar nodig is.	De therapeut kan in dezelfde ruimte blijven gedurende de sessie, omdat er één gezamenlijke opdracht wordt aangeboden.
	Er is de mogelijkheid om te kiezen uit twee werkruimtes.	Er wordt altijd gezamenlijk in dezelfde ruimte gewerkt.
	Iedereen werkt individueel voor zichzelf verspreidt over de twee ruimtes.	Er wordt gezamenlijk aan dezelfde tafel gewerkt.
	De ruimte is druk en chaotisch, doordat alle cliënten op en neer blijven lopen door de ruimtes en iedereen met andere materialen werkt.	De ruimte is overzichtelijk en heeft een rustige uitstraling, doordat er op één plek wordt gewerkt en de groep met dezelfde materialen werkt.
Werksituatie	De werksituatie is informeler, door de vrijblijvende situatie. De cliënt gaat hier gemakkelijker mee om. Wanneer het formeel is dan haakt die eerder af. Dan kom je al snel te dicht bij hem.	Formelere werksituatie door de nabespreking, gestructureerde tijdsindeling (uitleg, uitvoering en nabespreking) en gezamenlijke werkplek.
	Iedere sessie is anders. Er is geen touw aan vast te knopen hoe de sessie verloopt.	Door het gebruik van een vaste indeling en rituelen binnen de sessie weet de cliënt waar hij/zij aan toe is.
Therapeutische houding	De therapeut is empathisch, steunend en respectvol.	De therapeut is empathisch, steunend en respectvol.
	De therapeut helpt de cliënt wanneer deze dit nodig heeft, maar geeft verder weinig vastigheid mee. Er is geen vaste indeling van de sessie.	De therapeut leidt de opdracht gedurende de sessie en houdt overzicht op de situatie. Grijpt in en stuurt aan waar nodig is.
	De therapeut probeert in te spelen en zijn houding af te stemmen op de kenmerken van de cliënt.	De therapeut biedt structuur door vaste rituelen en concrete opdrachten.
	De therapeut probeert vanuit de hulpvraag en vooraf opgestelde doelen te functioneren, maar kan dit niet altijd juist tot uitvoering brengen d.m.v. de therapievorm: het open atelier.	De therapeut stemt zijn houding af op de kenmerken van de cliënt. En houdt hierbij ook rekening met de hulpvraag en doelen die gesteld zijn vooraf.
	De therapeut bekrachtigt de cliënt positief tijdens het werken.	De therapeut bekrachtigt de cliënt positief tijdens het werken.
	De therapeut probeert een veilige setting te creëren, voor zo ver dat kan binnen de therapievorm: het open atelier. Dit werd gedaan door de cliënt te sturen in het werk, in te grijpen wanneer er iets dreigt mis te gaan en structuur te bieden tijdens het werken.	De therapeut zorgt voor een veilige setting, door de situatie in te kaderen en hiermee overzicht te creëren. Mede door de groepsopdrachten is het gemakkelijker voor de therapeut om veiligheid te geven aan de cliënten. En doordat de cliënt weet waar hij aan toe is biedt dit ook veiligheid.

	Er wordt geen nabespreking gehouden en ook niet met de cliënt besproken waar hij of zij tegenaan is gelopen in de therapie.	De therapeut houdt een nabespreking afhankelijk van de draagkracht van de cliënt en wanneer en tussendoor iets voorvalt wat van belang is om besproken te worden zou dit ook tijdens de sessie kunnen gebeuren.
	De therapeut stemt zijn houding af op de hulpvraag van de cliënt. De cliënt komt zelf met de vraag en de therapeut stelt zich volgend op.	De therapeut stemt zijn houding af op de hulpvraag van de cliënt. In overleg met de cliënt wordt er samen een plan getrokken voor de komende sessies.
Inzet van het beeldend medium	Iedereen werkt individueel aan een eigen werkstuk. Met een eigen gekozen materiaal of idee.	Iedereen werkt aan dezelfde opdracht gekozen door de therapeut.
	Materialen worden door de cliënten gekozen en de therapeut zal hierbij zoeken naar een manier om dit materiaal gestructureerd aan te bieden. Bv bij de keuze voor klei kan de therapeut aangeven dat er een schaal wordt gemaakt. Deze zal in stappen moeten worden uitgevoerd, waardoor er hierdoor al structuur wordt aangebracht in het werken.	De werkvorm, opdracht, materialen worden bewust gekozen, gekoppeld aan de hulpvraag, doelen en mogelijkheden van de cliënten.
	De therapeut zet het beeldend medium in op de manier waarop het op dat moment uitkomt. De therapeut bekijkt de situatie, het gedrag van de cliënt en de wensen van de cliënt en gaat hierin mee.	Het beeldend medium wordt ingezet vanuit de hulpvraag van de cliënt. Nadat deze is uitgewerkt bekijkt de therapeut hoe het beeldend medium het beste kan worden ingezet in aansluiting op de cliënten. En wanneer het nodig is past de therapeut iets aan om de sessies te verbeteren ten goede van de cliënten.
	Cliënten hebben de mogelijkheid om tijdens de sessie hun eigen weg te gaan. De situatie is hierdoor vrijblijvend, chaotisch en onoverzichtelijk.	Cliënten volgen de opdracht tot de sessie klaar is. omdat iedereen gezamenlijk aan tafel zit en dezelfde opdracht volgt is de situatie meer gestructureerd, rustiger en overzichtelijker.

Hoofdstuk 6 Reflectie op het onderzoek

6.1 Zijn de resultaten op de voorgenomen wijze behaald?

De resultaten zijn achteraf gezien niet op de voorgenomen wijze behaald. Tijdens de uitvoering van de dataverzameling stuitte ik op het probleem dat ik van de vooraf geselecteerde respondenten te weinig informatie verkreeg over de inzet van het beeldend medium. Er bleek een derde databron nodig te zijn om de onderzoeksvraag met voldoende onderbouwing te kunnen beantwoorden. Er was vooraf de keuze gemaakt bij het afhouden van een interview voor twee respondenten. Dit waren de twee disciplines die het dichtst bij de cliënt stonden (de mentor en SPV'er). Hierdoor had ik geconcludeerd dat zij voldoende informatie zouden kunnen verstrekken over het waargenomen fenomeen, om zo later de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Helaas waren de gegevens die ik vanuit de interviews kreeg veelal gericht op de therapeutische attitude, waarbij de inzet van het beeldend medium te weinig aan bod was gekomen om te gebruiken in mijn onderzoek. Om meer gegevens te kunnen verzamelen over de wijze waarop het beeldend medium werd ingezet in de periode van het waargenomen fenomeen heb ik ervoor gekozen om een derde respondent uit te nodigen voor een interview. Hiervoor heb ik gekozen voor een beeldend therapeute die in dezelfde periode als ik startte op de stabilisatiegroep.

Vanuit de gegevens die ik verkregen heb uit het interview met haar, kon ik haar werkwijze vergelijken met die van mijzelf. De SPV'er heeft tijdens het interview ook een gering aantal voorbeelden gegeven over de wijze waarop het beeldend medium het beste zou kunnen worden ingezet bij cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken en deze gegevens konden dus ook gebruikt worden als vergelijkingsmateriaal.

6.2 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek

6.2.1 Sterkten

Vanuit de interviews kon ik opmerken dat er niet alleen vanuit mijn eigen visie, maar ook vanuit de andere disciplines een behoefte was om de therapievorm te veranderen. Door een antwoord te vinden op mijn vraag is het me opgevallen dat het vanuit de praktijk nodig blijkt te zijn om de therapievorm te herzien. Twee van de drie disciplines gaven voorbeelden voor een verbeterde therapievorm en hoe dit er dan inhoudelijk uit zou kunnen zien. De tweede discipline was de derde respondent (beeldend therapeute) die ik later heb uitgenodigd voor een interview. Het was dus niet alleen een voordeel voor het verkrijgen van informatie over de inzet van het beeldend medium, maar ook voor het kunnen concluderen dat er meerdere disciplines tegen hetzelfde probleem zijn aangelopen.

Gedurende het onderzoek kwam naar voren dat veel van geobserveerde gegevens, gedragingen en opgedane resultaten onderbouwd konden worden vanuit de literatuur. Omdat de literatuur gebruikt kon worden ter onderbouwing van de onderzoeksresultaten konden de gemaakte conclusies versterkt worden.

6.2.2 Tekortkomingen

Onderzoek is gebaseerd op één cliënt. En hiermee van subjectieve aard. Dit is eigen aan een kwalitatief onderzoek en een holistische case study, omdat er aan het analyseproces geen regels vast zitten en je als onderzoeker bij de analyseprocedure onbewust door de voorkeuren die je hebt wordt gestuurd. Het generaliseren van de onderzoeksresultaten is hierdoor riskant. Door het gebruik van triangulatie heb ik geprobeerd om het risico op subjectiviteit zo goed mogelijk tegen te gaan.

Omdat er niet besproken kon worden met de cliënt over hoe hij de therapeutische houding en de inzet van het beeldend medium heeft ervaren, mis je de mening van de cliënt zelf. Je kunt alleen afgaan op de dingen die hij uit zichzelf heeft gezegd en zijn non-verbale houding als reactie op een handeling van de therapeut.

Er is in het onderzoek gewerkt met de analyseprincipes van de grounded theory. Volgens de grounded theory behoort men de data vaak te heranalyseren, aan te vullen en zo te diepte in te gaan. Helaas was de tijd, waarin dit onderzoek uit is gevoerd te kort om de analyseprocedure volgens de grounded theory volledig te doorlopen. Daarom kon in dit onderzoek alleen gebruik worden gemaakt van de verwerkingstechnieken.

6.3 Beantwoording vraagstelling

In de voorgaande paragrafen zijn wellicht aspecten uit de vraagstelling naar voren gekomen. Maar een concreet antwoord op de vraag heb ik nog niet gegeven. In deze paragraaf zal ik een concreet antwoord geven op mijn vraagstelling, waarbij ik gebruik zal maken van de deelvragen.

De vraagstelling luidt:

"Welke factoren hebben binnen de beeldende therapie een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het sociale gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?"

Deelvraag 1: *Welke invloed had de therapeutische houding op de ontwikkeling van het sociale gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?*

Bekeken vanuit de interviews en mijn eigen rapportages kan ik concluderen dat de manier waarop de therapeutische houding of attitude werd ingezet van invloed was op de ontwikkeling van het sociaal gedrag. Door de manier waarop beeldende therapie destijds werd aangeboden (open atelier), was het van belang dat ik mijn houding en attitude scherp afstemde op de kenmerken en de gedragingen van de cliënt om toch nog iets te kunnen bereiken met de cliënt. Zowel de geïnterviewden als ikzelf konden concluderen dat de belangrijkste punten binnen de houding en attitude waren:

- Het bieden van structuur.
- Positief bekrachtigen.
- Motiveren/prikkelen.
- Het peilen van de behoeften van de cliënt.
- Afstemmen op de mogelijkheden van de cliënt.

Door als therapeut op deze manier te werken was het mogelijk voor de cliënt om zich te ontwikkelen in het sociale gedrag. De therapeutische houding/attitude was een zeer belangrijke factor in de ontwikkeling van het sociale gedrag van de cliënt. Omdat de therapeut bovengenoemde punten toepaste kon de cliënt zich op z'n gemak voelen in de therapie, meer zelfvertrouwen opbouwen en was er de mogelijkheid voor de cliënt om zich verder te ontwikkelen in zijn sociale gedrag.

In de toekomst zou deze therapeutische houding/attitude goed gebruikt kunnen worden, maar dan binnen anders georganiseerde sessies.

Therapeutische houding beïnvloed door de therapievorm: "het open atelier"

Naast het feit dat de therapeutische houding/attitude een belangrijke factor heeft gespeeld in de ontwikkeling van het sociale gedrag van de cliënt was er ook een belangrijke factor die deze ontwikkeling in negatieve zin beïnvloedde. De therapievorm: "het open atelier" was niet ondersteunend aan mijn attitude die ik aannam in de beeldende therapie. Ik stemde mijn houding en attitude af op de hulpvraag van de cliënt, maar helaas kon ik er bijna niet langs om de vorm waarin de therapie werd aangeboden te omzeilen. Ook de cliënten hadden als enige constante factor binnen de therapie, dat ze vrij mochten werken en zelf hierin beslissingen mochten maken. Ik was genoodzaakt om deels mee te gaan in deze werkwijze, wat als gevolg had dat ik mij volgend op moest stellen naar de cliënt toe. Op het moment dat de cliënt besloot niets te willen doen of ineens iets anders te willen doen werd er vanuit de therapievorm (het open atelier) meegegaan in de wens van de cliënt. Toch stemde ik zoveel mogelijk mijn attitude, houding en interventies af op de kenmerken van de cliënt om zo een vooruitgang te boeken op het sociale gedrag van de cliënt.

Het probleem lag vooral in de wijze waarop de therapeuten werkten binnen de beeldende therapie. Vanuit de instelling waren er voor iedere cliënt behandelplannen opgesteld, waarin hulpvragen en doelen beschreven werden die de cliënt samen met de persoonlijke behandelaar had uitgestippeld. Binnen de therapievorm: "het open atelier" wordt deze informatie niet geïntegreerd. De beeldend therapeuten, werkzaam op de stabilisatiegroep, hebben dus geen zicht op hulpvragen of doelen per individu.

Deelvraag 2: Welke invloed had de manier van inzetten van het beeldend medium op de ontwikkeling van het sociale gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?

In het verlengde van de therapeutische houding/attitude werd ook het beeldend medium ingezet door af te stemmen op de kenmerken en gedragingen van de cliënt. Door ambachtelijk te werken werd er structuur, veiligheid en houvast aangeboden aan de cliënt. Door de cliënt te stimuleren en te betrekken bij de andere medecliënten was er een mogelijkheid tot ontwikkeling in het sociale gedrag van de cliënt. Om de drempel te verlagen voor de cliënt om contact te leggen met anderen kwam uit de resultaten naar voren dat de therapeut de cliënt laat kijken bij de werkstukken van anderen. Op deze manier kan de cliënt gemakkelijker in contact komen met de medecliënten en kunnen zij aan de cliënt uitleggen wat ze aan het doen zijn. Hierbij hoeft het niet te gaan over persoonlijke onderwerpen, maar kan er gesproken worden over de werkstukken, materialen en gereedschappen. Het medium beeldend zorgt op deze wijze voor een connectie tussen de cliënten door over hetzelfde onderwerp te praten (de werkstukken/beeldend medium).

De inzet van het beeldend medium beïnvloed door de therapievorm: Het open atelier

Door het vrije kader waarin de beeldende therapie werd aangeboden (open atelier) werd er veel onrust, chaos en onveiligheid gecreëerd. Deze therapievorm beïnvloedde de manier waarop ik het beeldend medium inzette, afgestemd op de hulpvraag, doelen, mogelijkheden, beperkingen en behoeften van de cliënt. Ik probeerde als therapeut rust, overzicht en veiligheid te creëren door op deze wijze te werken. Ik liet de cliënt bijvoorbeeld werken met technieken en materialen, waarvan ik wist dat deze structuur boden. Door de stappen die hierbij ondernomen moesten worden wist de cliënt waar hij aan toe was en wat hij kon verwachten binnen die sessie. Dit bood de cliënt veiligheid en rust. De therapievorm "het open atelier" ondersteunde de manier waarop ik het beeldend medium inzette, afgestemd op de hulpvraag van de cliënt, niet. De cliënt kreeg van mij wel structuur mee door de werkvorm die ik aanbood, maar werd door de therapievorm (het open atelier) soms verleid om niet mee te gaan in datgene ik hem aanbood. De mogelijkheid en verleiding tot niets te hoeven doen was door deze therapievorm soms groter dan het meegaan in de werkvorm die werd aangeboden door mij. De chaotische, onrustige sfeer die er werd gecreëerd door deze therapievorm maakte het voor de cliënt soms ook lastig om zich te concentreren op de werkvorm die ik hem aanbood. Voor de cliënt was het ook niet duidelijk wat er uiteindelijk van hem verwacht werd in de therapie. Aan de ene kant probeerde ik een duidelijke structuur aan te brengen middels technieken en materialen die hieraan bijdroegen en aan de andere kant was de setting waarin de beeldende therapie werd aangeboden vrijblijvend en chaotisch.

6.4 Aanbevelingen

Voor een vervolgonderzoek zou ik aanraden om de huidige therapievorm, "het open atelier" grondig te testen in de praktijk. Door de therapievorm te testen kan er bekeken worden of er voldoende winst te halen valt met deze therapievorm voor de desbetreffende doelgroep. Daarbij zouden de resultaten, verkregen uit dit onderzoek, meteen in de praktijk meegenomen kunnen worden. Het definiëren van wat er onder het "open atelier" verstaan wordt kan bijdragen aan een gerichter onderzoek. Nadat duidelijk is wat er verstaan wordt onder het "open atelier" zou de werkwijze vervolgens zodanig geformuleerd kunnen worden dat deze passend is in een behandeling binnen de creatieve therapie beeldend. Vanuit een vervolgonderzoek kan men zich afvragen wat een "open atelier" voor een therapieproces bij deze cliënten betekent. Voor het doen van een actiegericht praktijkonderzoek kan rekening gehouden worden met het feit dat de eigenschappen van je cliënt eisen stellen aan de opzet van de therapiesessie. Eisen kunnen bijvoorbeeld zijn: structuur bieden en veiligheid creëren. Binnen de therapievorm, "het open atelier" zoals deze nu wordt gehanteerd is dit niet het geval. In deze setting wordt onvoldoende rekening gehouden met de eigenschappen en kenmerken van de cliënten om een therapeutisch proces te kunnen aangaan. Vanuit het onderzoek kan ik twee scenario's aanbevelen om te overwegen deze te toetsen in de praktijk.

Bekeken vanuit de kenmerken en eigenschappen van de cliëntengroep en de opzet van de stabilisatiegroep zou er gewerkt kunnen worden met gezamenlijke groepsopdrachten, waarbij je als therapeut de opdracht afstemt op ieder individu. Hierbij wordt rekening gehouden met de hulpvraag, het toestandsbeeld en de mogelijkheden tot inzichtgevend vermogen.

Rekeninghoudend met het feit dat er binnen de stabilisatiegroep een in- en uitstroom gehanteerd wordt, zitten de cliënten op verschillende niveaus binnen de behandeling. Dit is dan ook de reden dat het belangrijk is bij het doen van gezamenlijke groepsopdrachten om altijd terug te koppelen naar de

hulpvraag van ieder individu. Het gebruik van groepsopdrachten biedt structuur. Je kunt de opbouw van de opdrachten en de sessie telkens op dezelfde manier indelen, zodat de cliënt kan wennen aan deze “rituelen”. Naast het doen van de opdracht, kan een “nabespreking” ook één van de rituelen zijn binnen de sessie.

Daarnaast zou er ook gewerkt kunnen worden in een soortgelijke setting als “het open atelier”. Voor cliënten en therapeuten is een voordeel bij het gebruik van een therapievorm als “het open atelier” dat het gemakkelijker is om een plan per individu op te stellen. Dit plan zal dan opgesteld worden afgestemd op de hulpvraag en doelen van de cliënt. Door meer rituelen aan te brengen in de sessies, weten de cliënten beter waar ze aan toe zijn en wat ze kunnen verwachten van de therapie en van de therapeuten. Je brengt dus structuur aan binnen deze vrije setting door het gebruik van vaste onderneming. Bijvoorbeeld, bij de start van de sessie samen bekijken wat je gaat doen, hoe je ervoor staat enz. En op het einde van de sessie zou er een korte “nabespreking” kunnen worden gehouden met de cliënt. Afhankelijke van de draagkracht van de cliënten zal afgestemd worden in hoeverre de vragen binnen deze “nabespreking” inzichtgevend zullen zijn. Het kan voor de cliënt ook voldoende zijn als afsluiter van de sessie om samen te kijken naar het werkstuk en kort hierbij te bespreken hoe de sessie verlopen is.

Daarnaast zou ik aanraden om nogmaals een onderzoek te doen gebaseerd op dezelfde soort vraag waarbij meerdere cliënten met soortgelijke symptomen deelnemen. Waarbinnen dan gebruik wordt gemaakt van een meervoudige case study. Daardoor kun je de informatie volgens deze methode veralgemeniseren en je kunt hiermee de transferability vergroten van het onderzoek.

Zoals ik al aan gaf zou het onderzoeken in de praktijk een aanrader zijn, zodat de ideeën die ik geopperd heb en eventueel vanuit een vervolgonderzoek worden geopperd getest kunnen worden op de desbetreffende doelgroep. Zo kan er eventueel door middel van aanvullingen of aanpassingen een verbeterde versie op mijn onderzoeksresultaten of die vanuit een vervolgonderzoek verkregen worden. Ook zou het aan te raden zijn om meerdere onderzoeken te doen binnen dezelfde doelgroep, dus bij cliënten met afhankelijke en ontwijkende trekken. Hierdoor zullen de resultaten nauwkeuriger en beter bruikbaar zijn in andere vergelijkbare situaties.

Samenvatting

Tijdens mijn stageperiode in het derde leerjaar bij het GGZ te Helmond heb ik gewerkt in de volwassenenpsychiatrie. Binnen de deeltijdbehandeling heb ik Sander behandeld met ontwijkende en afhankelijke trekken. Gedurende de behandeling merkte ik dat er een frictie ontstond tussen mijn manier van werken en de therapievorm waarin de beeldende therapie werd aangeboden. Desondanks viel het mij op dat Sander een ontwikkeling doormaakte in zijn sociale gedrag. Op basis van deze ervaringen en observaties ben ik op zoek gegaan naar de factoren die van invloed waren op de ontwikkeling van het sociale gedrag. De specifieke vraag die ik me hierbij stelde was: „Welke factoren hebben binnen de beeldende therapie een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het sociale gedrag bij een cliënt met ontwijkende en afhankelijke trekken?” Om een antwoord op deze vraag te krijgen heb ik de casus van Sander opnieuw bekeken en geanalyseerd. Hierbij heb ik mijn oude werkmodel en rapportages bekeken en gebruik gemaakt van interviews en literatuur. De verzamelde data heb ik geanalyseerd aan de hand van de verwerkingstechnieken van de grounded theory. De resultaten die verkregen zijn vanuit het onderzoek geven een beschrijving van de therapeutische houding, de inzet van het beeldend medium en de vorm waarin de beeldende therapie werd aangeboden, het open atelier. Aanvullend op de verzamelde data die een beschrijving geven van de resultaten worden deze vanuit de literatuur onderbouwd. Naar aanleiding van de door de literatuur onderbouwde resultaten, de casus van Sander en mijn oude werkmodel is in de discussie het nieuwe werkmodel beschreven.

Concluderend kan ik zeggen, dat de therapeutische houding en attitude die ik destijds aannam en de manier waarop ik het beeldend medium in het verlengde daarvan inzette een grote invloed had op de ontwikkeling van het sociale gedrag van Sander. De belangrijkste punten die ervoor zorgden dat Sander een ontwikkeling door kon maken in zijn sociale gedrag bekeken vanuit mijn houding en attitude waren; het bieden van structuur, positief bekrachtigen, motiveren/prikkelen, afstemmen op de mogelijkheden en het peilen van de behoeften van Sander. Doordat de therapeut deze houding aannam kon Sander zich op z'n gemak voelen in de therapie en meer zelfvertrouwen opbouwen, waardoor er de mogelijkheid voor hem was zich verder te kunnen ontwikkelen in zijn sociale gedrag. Bekeken vanuit de inzet van het beeldend medium was ook hier structuur bieden een belangrijke factor. Structuur in de zin van het aanbieden van een gestructureerde werkvorm. Het kiezen van materialen en technieken, waarvan ik van tevoren wist dat deze voldoende structuur zouden bieden voor Sander, zodat hij wist wat hij kon verwachten van de therapie. Hierdoor creëerde ik een veilige setting voor Sander en kon hij zich meer ontspannen. Door de cliënten naar elkaars werk te laten kijken en elkaars ervaringen met de materialen uit te laten wisselen kon er contact worden gemaakt op een laagdrempelig niveau. Er werd geen appèl gedaan op het inzichtgevend vermogen en er hoefde op deze manier niet gesproken te worden over persoonlijke zaken, waar Sander doorgaans veel moeite mee had. Het medium beeldend zorgde in dit geval voor een connectie tussen Sander en de medecliënten. Concreet betekent de connectie; de werkstukken, materialen en gereedschappen. Naast de genoemde factoren (therapeutische houding en inzet van het beeldend medium) die van invloed waren op de ontwikkeling van het sociale gedrag van Sander was er nog een derde factor die de ontwikkeling beïnvloedde. Deze factor beïnvloedde voornamelijk in negatieve zin de ontwikkeling in het sociale gedrag. Deze derde factor betreft de therapievorm: “het open atelier”.

Met het oog op de hulpvraag van Sander ging ik methodisch te werk en stemde ik mijn houding en de inzet van het beeldend medium hierop af, maar daarentegen ondersteunde de therapievorm: “het open atelier” mijn werkwijze niet. Door deze therapievorm werd ik beperkt in het therapeutisch inzetten van het medium en stagneerde hiermee ook de ontwikkeling in het sociale gedrag van Sander. Binnen de therapievorm: “het open atelier” werd te vrij gewerkt en te weinig rekening gehouden met hulpvragen en doelen van de cliënt als individu. De cliënten kregen teveel vrijheid en te weinig structuur aangeboden in deze setting.

Cruciaal bij cliënten met ontwijkende en afhankelijke trekken is het aanbieden van een gestructureerd kader binnen de beeldende therapie. Vanuit de resultaten kwamen twee ideeën naar boven voor de toekomst die beter zouden kunnen aansluiten bij de stabilisatiegroep. De therapievorm “het open atelier” zou kunnen blijven bestaan, met als voorwaarde dat er een aantal punten aangepast worden. Hierbij zou het dan gaan om het toespitsen op de hulpvraag en doelen per individu aan de start van iedere sessie, waardoor er meer methodisch gewerkt zal worden. Op het einde van de sessie zou een korte evaluatie gedaan kunnen worden. Daarnaast zou een tweede mogelijkheid zijn om te werken vanuit gestructureerde groepsopdrachten. Ook hierbij zal het van belang zijn om als therapeut duidelijk te hebben welke hulpvragen en doelen er liggen per individu en dat hierop ingespeeld wordt binnen de sessie.

Binnen het vernieuwde werkmodel worden er dus twee mogelijkheden gepresenteerd die het werkmodel meer gestructureerd, concreter voor de cliënten en de therapeuten maakt. En daarnaast de focus teruglegt op het indicatiegericht werken. Doordat de therapeuten meer overzicht hebben op de groep en hun gedragingen kan beter gewerkt worden aan de hand van het klinisch redeneerproces. Er is de mogelijkheid om het werkmodel in samenhang met de doelgroep steeds opnieuw te herzien, aan te passen en te verbeteren. Hierbij is het belangrijk om altijd de doelgroep, hun hulpvragen, doelen, beperkingen en mogelijkheden voor ogen gehouden.

Literatuuropgave

Boeken:

- America, M. (2009). Allemaal mensen: Herkenning en benadering van gedragsstijlen en persoonlijkheidsstoornissen in de (para) medische praktijk. Prelum Uitgevers.
- Baarda, D. B., Goede de, M. P. M., Teunissen J. (2009). Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Wolters-Noordhoff bv, Groningen.
- Binsbergen, M.H. (2003). Motivatatie voor behandeling: Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling. Garant uitgevers.
- Boeijs, H. (2006). Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen. Uitgeverij Boom, Den Haag.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, W.M, (2009). Handboek persoonlijkheidspathologie. Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2007). Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek. Bohn Stafleu van Loghum.
- Hengeveld, M.W., Balkom van, A.J.L.M. (2008). Leerboek Psychiatrie. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht.
- Jagt, N & Jagt, L. (2006). Taakgerichte hulpverlening in social work. Bohn Stafleu van Loghum.
- Korzilius, H. (2000). De kern van survey-onderzoek. Van Gorcum & Comp. Bv., Assen.
- Migchelbrink, F. (2009). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: SWP.
- Oomkes, F, Garner, A., (2005). Communiceren: contact maken, houden en verdiepen. Uitgeverij Boom, Den Haag.
- Rigter, J. (2004). Psychologie: Voor de praktijk. Uitgeverij Coutinho Bussum.
- Rümke, A. (2007). Verkenningen in de psychiatrie: Een holistische benadering. Uitgeverij Christofor.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2007). Methoden en technieken van onderzoek. Pearson Education Benelux, Amsterdam.
- Segers, J. (2002). Methoden voor maatschappijwetenschappen. Koninklijke Van Gorcum bv. Assen.
- Smeijsters, H. (2003). Handboek Creatieve Therapie. Uitgeverij Coutinho. Bussum.
- Smeijsters, H. (2005). Praktijkonderzoek in Vaktherapie. Uitgeverij Coutinho, Bussum.
- Schweizer, C. (2006). In beeld: Doelgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten. Bohn Stafleu van Loghum.
- Schweizer, C. (2009). Handboek beeldende therapie: Uit de verf. Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (2006). Handboek Psychopathologie: Deel 2 Klinische praktijk. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wester, F. & Peters, V. (2004). Kwalitatieve analyse: Uitgangspunten en procedure. Uitgeverij Coutinho, Bussum.

Niet gepubliceerde artikelen

- Cilissen, A. (2006). Cliënt-Therapeut-Medium: Een wisselwerking. Niet gepubliceerd verslag Hogeschool Zuyd Heerlen: Opleiding Creatieve therapie beeldend.
- Janssen, N., Kurstjens, H., Louppen, G., Mesaros, M., Notermans, H., Smeijsters, H., Tanis, W., Vink, A. & Welten, J. (2007). Naslagwerk Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek. Niet gepubliceerd verslag Hogeschool Zuyd Heerlen: Opleiding Creatieve therapie beeldend.

Internetbronnen:

- Vereniging voor cliëntgerichte psychotherapie, gezondheidszorg.
<http://www.vcgp.nl/clienten/over-de-therapie/56-wat-is-clientgerichte-psychotherapie->
Datum opzoeken 17 mei 2010. Wat is cliëntgerichte psychotherapie

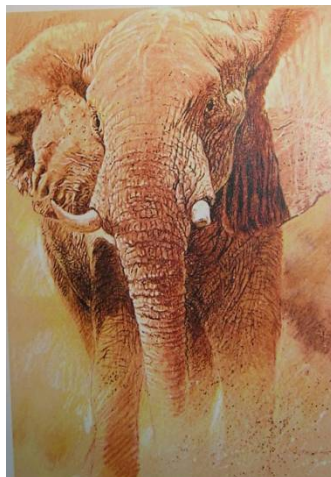
Bijlagen

Bijlage 1: Werkstukken Sander

Bijlage 2: Schematisch overzicht werkvormen

Bijlage 3: Interviews beeldende therapie Anita Donkers

Bijlage 1: Werkstukken Sander



Bijlage 2: Schematisch overzicht werkvormen (groepsopdrachten)

Soorten groepswork	Beknpte uitleg	Voorbeeld werkvorm
Individueel in de groep	iedere cliënt werkt aan zijn eigen product. De invloed van anderen kan maar hoeft geen invloed te hebben op de cliënt. Er wordt gewerkt aan dezelfde opdracht, maar maakt een individueel werkstuk.	Opdracht: Aantekenen <u>Vorbereiding:</u> De therapeut knipt voor de sessie verschillende plaatjes uit en legt deze op een tafeltje in de ruimte. Tevens legt de therapeut de vellen papier en de andere materiaal klaar op tafel. <u>Uitleg:</u> Iedere cliënt kiest één plaatje uit. Het formaat van het papier waarop wordt gewerkt is al gekozen. Bij de kleinere plaatjes wordt een A4 vel gebruikt en bij de grotere plaatjes een A3 vel papier. Probeer bij het plaatje een ruimte te bedenken. Bv bij een schoen kun je een mens eraan tekenen of een schoenen rek in een winkel. Plak het plaatje op de plek naar keuze op het vel papier. <u>Materiaal:</u> - Potloden - Kleurpotloden - Pritt - Wasco - viltstiften
Beeldend werken gericht op samenwerking	Hierbij wordt gewerkt aan één product met de hele groep. Het al dan niet overleggen over wie wat wil enzovoort, is een interessant onderdeel van de therapie. De beeldend therapeut kan dit bewust wel of niet inzetten als interventie. Variaties in samenwerking zijn mogelijk, bijvoorbeeld: - het werken in twee-tallen, - eerst individueel werken, dan individuele werkstukken tot groepswerk samenvoegen.	Opdracht: spiegelmandala in 2 – tallen <u>Vorbereiding</u> De therapeut zorgt voor een sjabloon van een grote cirkel en legt de benodigde materialen op tafel. <u>Uitleg</u> Er worden 2-tallen gemaakt. Afhankelijk van de sfeer in de groep kiest de therapeut zelf de 2-tallen uit of laat dit over aan de groep zelf. Om meer structuur en veiligheid te bieden, maakt de therapeut de 2-tallen. Deze gaan tegenover elkaar zitten aan een tafeltje. Iedere 2-tal krijgt een zwart A2 vel papier en 1 potlood waarmee ze één van de twee de cirkel overtrekt op het vel papier met het potlood. Dan word het sjabloon doorgegeven naar het volgende 2-tal. Één van het 2-tal zet met een liniaal een streep (ongeveer) in het midden. Ieder 2-tal krijgt dan van de therapeut een doosje met soft pastel die ze moeten delen. Het is de bedoeling dat om de beurt een vorm/figuur wordt getekend die daarna de ander op zijn eigen helft probeert te spiegelen met dezelfde kleur. Zo tekent om de beurt iemand een vorm/figuur die de ander dan op de eigen helft spiegelt. <u>Materiaal:</u> - A2 vel papier (zwart) - Softpastel - Liniaal - Potlood - Sjabloon van cirkel
Beeldend werken waarbij er niet gesproken wordt.	Dit confronteert de cliënt met het non-verbale gedrag. Hierbij kan gedacht worden aan volgzzaamheid, dominantie, energieheid. Ook wordt het samen spelen bevorderd wanneer er niet gesproken wordt tijdens het werken. Actie en reactie leidt dan tot spontaan gedrag en plezier.	Opdracht: schilderen in 2-tallen op 1 vel papier (non-verbaal) <u>Vorbereiding:</u> De therapeut legt de benodigde materialen klaar <u>Uitleg:</u> Er worden 2-tallen gemaakt. Rekeninghoudend met dezelfde punten als benoemd in de vorige werkvorm. Per 2-tal worden twee kleuren acrylverf uitgekozen. Iedere cliënt zoekt zijn eigen kleur uit. Naast de gekozen twee kleuren krijgt ieder 2-tal ook de kleur wit. De kleur wit is voor beide cliënten bestemd. De kleuren worden op een palet gedaan, maar nog niet gemengd. De kleuren mogen alleen op het vel gemengd worden. Op deze wijze blijft de kleur wit ook echt wit en kunnen beide cliënten hier gebruik van blijven maken. Er wordt tijdens de opdracht niet gesproken, maar er mag op het vel wel onderling gemengd worden of non-verbaal uitingen gemaakt worden. Aan de hand van de sfeer, mogelijkheden, beperkingen van de cliënten kun je ervoor kiezen om een thema aan te houden om meer structuur te bieden en anders kun je aangeven dat de cliënten zelf non-verbaal mogen beginnen en vanuit daar kunnen zien wat er uit gaat komen op het vel. Dit laatste kan te bedreigend en te vrij zijn voor veel cliënten. Ze weten hierdoor niet waar ze aan toe zijn <u>Materialen</u> - A2 vel papier (wit) - Acrylverf - Kwasten - Potten voor het water - Tape

Bijlage 3: Interview Beeldend therapeute Anita Donkers

Om een voorbeeld te geven van de interviews die ik gehouden heb met de drie disciplines tijdens mijn onderzoek zal ik hieronder één van de interviews uitschrijven.

Inleiding interview:... ja ik heb net al een beetje uitgelegd waar mijn onderzoek naar toe gaat en wat ik wil gaan doen. Mijn vraagstelling gaat dus ook over het onderzoeken welke bijdrage de therapeutische houding maar ook de inzet van het beeldend medium eventueel heeft gehad in de ontwikkeling die ik heb gezien in zijn sociale gedrag.

Ik wil eerst een stukje ingaan op jouw therapeutische houding voordat ik inga op het medium.

In eerste instantie ben ik actief bezig geweest om contact te maken met hem. Zowel op het beeldende vlak als in gesprekjes aangaan om een beetje te peilen waar zijn interesses liggen en op welke punten er aansluiting gevonden zou kunnen worden. Ik merkte dat hij daar zelf in ieder geval niet zo heel veel behoefte aan had. Hij ging het niet uit de weg maar hij ging het ook niet aan. Zijn antwoorden waren heel kort en ik zou het bijna heel terughoudend willen noemen. Er werd ook geen vervolg gegeven op opmerkingen of vragen. Het was puur heel kort antwoord geven op een vraag en daar bleef het dan ook bij. En daar heb ik eigenlijk een beetje de conclusie uit getrokken dat de behoefte bij hem niet groot was en heb ik hem ook een beetje zelf laten bepalen wat hij dan wel zou willen en welke koers dat hij wilde gaan varen en heb ik mezelf wat op de achtergrond gehouden. Wel open blijven staan op vragen. En ook wel regelmatig toch wat proberen door luchtig contact te maken.

En wat moet ik verstaan onder luchtig contact?

Over koetjes en kalfjes en over het weer, dat soort algemene dingen.

Je zegt dus dat je wat meer op de achtergrond blijft. Dat je die behoefte hebt aangevoeld. Je gaf aan dat je open stond voor vragen. Kwamen die vragen ook?

Heel soms. Ik moet er misschien wel bij aanvullen dat, op momenten dat ik zag dat hij op beeldend vlak ergens bij vastliep, ik dan wel heb ingegrepen en hulp heb geboden. Om wat structuur te bieden..

En je gaf net al voor een deel aan hoe hij hierop reageerde. Bv heel kort. Maar op het moment waarop jij structuur bood/gaf hoe reageerde hij daarop?

Hij is wel een jongen die gebaat is bij structuur. Dat heb ik wel gemerkt. Als hij dingen zelf moest gaan bedenken of zelf moest gaan vormgeven, had hij hier wel moeite mee. En dan wist hij niet goed hoe hij daar een volgorde in aan kon brengen. Dus dat heb ik wel gemerkt.

Dus op het moment dat jij hem daarin bijstond voelde je wel dat hij daar iets aan had.

Ja!!.. ja..

Je hebt het sociale gedrag, maar ook het niet sociale gedrag. Ik vroeg me af hoe jij omging met deze twee punten. Bv gericht op het houding of interventies?

Sommige dingen zijn zo'n automatiek geworden. Dus om bewust te kunnen aangeven wat ik heb gedaan is moeilijk. Het was toen meer jouw project dan de mijne en het was logisch dat ik ook wat meer op de achtergrond ging staan.

Ik weet niet of je er misschien ideeën bij hebt. Hoe je bv zou om kunnen gaan met het feit dat hij niet in contact ging met anderen of geen beeldend werk aanging.

Nou.. het is dan ook de vraag hoever je daarin moet gaan. En die vraag is toch wel een vraag die thuishoort in een MDO. Wat is het beleid dat uitgestippeld gaat worden. En op dat moment had ik niet heel erg helder wat het beleid was dat voor hem was opgesteld. Maar over het algemeen vind ik het wel heel belangrijk dat je aansluit bij de vraag die de cliënt stelt. Die vraag kan dus ook zijn.. ik heb wel structuur nodig, maar aan contact heb ik geen behoefte. En dan vind ik dat wij dat gewoon moeten respecteren.

Ik weet dus dat zijn hulpvraag toen was dat hij meer contact wilde maken met anderen om hem heen. En dit was ook een punt waar ik mij toen mee heb bezig gehouden. Om deze reden richt ik me op de ontwikkeling in het sociale gedrag. Ik weet niet of je hierop nog aanvullingen hebt. Als ik dit erbij vertel.

Ja die motivatie om daar echt mee aan de slag te gaan die heb ik gemist bij hem. Dat heb ik niet bij hem terug gezien in zijn gedrag. Dus dat verbaast me ook wel een beetje moet ik zeggen. Die motivatie heb ik echt gemist. Ik ben hier dus ook niet heel direct op ingegaan.

Oké.. Denk je dat jou therapeutische houding een bijdrage zou hebben geleverd aan de ontwikkeling die hij heeft doorlopen.

Ik denk dat dat minimaal is. Wat dat betreft had hij ook wel een stukje eigengereidheid. Zo van, ik doe het op mijn manier en het interesseert me niet zoveel wat andere mensen van mij vinden. Een echte verandering heb ik bij hem gemerkt toen hij kwam met het bericht dat hij vader zou gaan worden. Dat vond ik echt een omslagpunt. Toen kon hij ook zeggen dat hij toch echt iets van zijn leven moest gaan maken omdat hij de verantwoordelijkheid over een klein jongetje of een klein meisje zou krijgen en dan wilde hij daar ook een echte vader voor zijn en ook aan het werk zijn en de verantwoordelijkheid nemen. We hebben er niet echt meer op ingespeeld, omdat dit aan het eind van de behandeling was.

Oke.. ja dat is dan ook logisch om daar niet meer op in te gaan. Je gaf al aan dat je een minimale bijdrage hebt geleverd. Hoe zag dit er dan specifiek uit.. welke houding zou er bv. aan hebben bijgedragen .

Dat vind ik lastig om antwoord op te geven. Aan de ene kant omdat het al weer een poosje geleden is, maar aan de andere kant omdat het contact zo oppervlakkig was. Maar ik denk dat het bij hem wel belangrijk is dat hij het gevoel heeft gewaardeerd te worden en in zijn waarde gelaten te worden. En vooral was het belangrijk om zijn eigen waarde te vergroten en zekerder van zichzelf te laten zijn. Dat is op zich wel een basishouding die je bij iedereen aanneemt. Dus je probeert dan toch naar ieder afzonderlijk toe een punt te vinden waarop je een klik met elkaar kunt maken. Dat was bij hem moeilijk.

Ik heb een keer gezien dat je het met hem had over auto's of over de garage.. en toen was hij ook opener naar jou toe. Ik weet niet of je zo'n situaties nog terug kunt halen?

Ik zit hier zelf ook aan te denken. Hij heeft zo'n periode gehad dat hij airbrush heel interessant vond en dat hij daar ook iets mee wilde gaan doen. En op zo'n moment heb je iets gevonden waar zijn interesse en motivatie ligt. En dan is het gemakkelijker om in contact te komen. Bij hem was dat dat punt. En bij een ander is dat koken of tuinieren.

Ben je er toen zelf op ingegaan of is hij er zelf op ingegaan?

Nee dat zou ik niet meer weten...

Ik weet niet of er nog iets is wat je zou willen aanvullen op zijn ontwikkeling. Je hebt al een aantal punten benoemd.

Ik denk uiteindelijk dat hij zijn deeltijdbehandeling toch wel met een goed gevoel heeft beëindigd. Maar vooral ook omdat hij bij zichzelf die omslag heeft kunnen maken. Dan zei hij: „En nou ga ik ervoor want nu heb ik ook een doel”. En dat was toch een drijfveer die hij miste, voordat hij vader werd.

Op het moment dat hij die switch had gemaakt, heeft hij toen ook vooruitgang geboekt?

Ja, toen stond hij er heel anders in. Veel serieuzer. En echt de motivatie om iets te willen gaan maken van zijn leven. Nu wilde hij ook vader zijn en een vader die er voor zijn kind is. Ik weet niet of wij die omslag met de behandeling voor elkaar hadden gekregen. Daar heb ik wel ernstige twijfels bij eerlijk gezegd. Maar daar kom je nooit achter.

Zag je specifieke veranderingen tegenover jou, medecliënten of het beeldend medium?

Nou.. ik merkte wel dat het gemakkelijker was om in contact te komen, omdat we zo'n punt hadden gevonden waar we het over konden hebben. Ik wist er niet al teveel over maar gewoon door interesse te tonen waar hij dan ook een goed gevoel bij had. En dat maakte dan wel dat hij gemakkelijker kwam door dingen te vertellen of dingen die hij wilde vragen.

En zag je de veranderingen alleen bij jou of ook tegenover anderen?

Ook wel met anderen ja...

Heb je ook veranderingen binnen het beeldend medium gezien. Of hij hier bv ook actiever in is geworden?

Het beeldend medium was moeilijk voor hem. Zijn interesse lag er niet zo, maar het was toen ook een vrijblijvende situatie waarin hij zelf ook veel structuur aan moest brengen en dat was gewoon een heel moeilijk punt voor hem. Ik denk dat we meer met hem hadden kunnen bereiken in een setting waar duidelijke opdrachten werden geboden. En op die manier gewerkt werd. En ik denk dat hij daar meer baat bij zou hebben gehad. Nu was het voor hem te vrijblijvend. Hij kon zich er te gemakkelijk tussen uit wringen.

Hoe zag jij hem binnen het beeldend medium. Wat was jou visie van hem als persoon in het beeldend medium. Hoe was hij bezig bv..

In het begin was hij heel vluchtig in contact, maar ook beeldend. En in het beeldend is het heel lang gebleven. Dat hij wel dingen wilde uitproberen maar bij de minste tegenslag wilde hij meteen stoppen. In contact is dat wel wat gegroeid. In het begin vluchtig, korte antwoorden, niet ingaan op gesprekken en niet meegaan in een gesprek maar gedurende de periode is dat wel echt verbeterd. Dan had je ook echt contact met hem.

En kwam het contact vanuit hem of altijd vanuit iemand anders.

Of het laatst kwam dit ook wel vanuit hem.. ja..

Welk gedrag vertoonde hij binnen het beeldend medium? Bv bleef hij zitten, had hij aansturing nodig enz.

Hij had heel veel aansturing nodig. En dat is eigenlijk wel de gehele behandeling door gebleven.. Hij moest aangezet worden om ergens aan te beginnen. Hij heeft ook altijd moeite gehouden met het zelf structureren. Dat is wel wat verbeterd. Maar hij bleef daar wel hulp bij nodig te hebben. En het lukte ook niet altijd om daar hulp bij te vragen. Ook later in de behandeling had hij daar veel moeite mee. Maar dat kwam ook wel een beetje omdat hij het idee had dat hij dingen zelf moest kunnen. Dat hij het misschien als een soort van falen zag om het te moeten vragen. Dat kan ik me bij hem voorstellen. Ik heb het hem nooit gevraagd.

Ja ik vond hem ook altijd enorm perfectionistisch met hele hoge eisen.

Ja!! Hele hoge eisen...ja.

En hoe ging je hier dan mee om?

Tot concrete opdrachten is het eigenlijk nooit gekomen. Ik ben wel een aantal keren met hem in gesprek gegaan. Zo van.. dit lukt niet en je wilt nu iets anders doen, maar wat nu als dat ook niet lukt. Wat dan? Ga je dan toch door? Gaan we dat eens proberen? En dan probeerde hij dit dan toch wel altijd te omzeilen. Ik heb wel altijd geprobeerd om toch door te zetten en er toch iets van te maken waar hij aan begonnen was. Omdat hij het aan de kant wilde schuiven en weer iets anders wilde gaan doen.

En hoe reageerde hij hierop?

Dat was voor hem dan ook meteen een gesloten boek. Als het niet goed was dan was het over en wilde hij er ook niet meer mee verder.

Je gaf net aan dat je toch probeerde hem hier verder mee te laten gaan. Hoe ging je hier dan mee om?

Door dit te doen wilde ik hem laten zien dat er wel nog mogelijkheden waren. En dan misschien wel mogelijkheden die niet helemaal aan zijn eisen voldeden, maar wel mogelijkheden.

Ging hij hier dan wel eens op in?

Nee volgens mij heeft hij het allemaal naast zich neergelegd. Ik geloof niet dat hij hier echt op in is gegaan.

Ik heb toen wel gemerkt dat hij bij het werken met olieverf zichzelf wel wat meer tijd gunde met de achtergrond. Hij zei meteen al bij de eerste keer dat het helemaal niets was. Maar toen heb ik aangegeven dat hij hierin wel mocht oefenen en proberen en dat heeft hij zichzelf toen wel toegelaten.

Ik heb daarbij wel ook de indruk gehad dat hij dat maar deed om van het gezeur af te zijn. Misschien een beetje bot, maar ik denk dat het dan zo is van dan hoeft ik niets anders te bedenken en dan zeuren ze niet meer aan mijn kop.

Ja dat zou natuurlijk ook kunnen. Is er een moment geweest dat je benaderingswijze niet aansloot bij hem?

In het begin was dat wel een beetje ja. Toen probeerde ik hem toch te stimuleren tot activiteit. En dat werkte niet bij hem.

Op welke manier deed je dat dan?

Nou in eerste instantie in de zin van ga eens wat doen want een uur duurt ook lang als je niets te doen hebt. Probeer het eens. Te stimuleren. Maar na een aantal sessies merkte ik dat het bij hem niet werkte. Het was misschien een te sturende sfeer voor hem. Dan kom je toch al een beetje in de sfeer van ouders die hun kind iets opleggen en dat kan ook heel veel weerstand opleveren. Dus na 2 à 3 sessies heb ik dat ook niet meer gedaan en heb ik hem meer laten bepalen. Tevens heb ik de vragen wat opener gemaakt zo van wat ga je doen vandaag? En hem ook meer aangesproken op wat zijn interessegebieden waren. Want ik zie dat dat jou weinig doet. Mijn houding heb ik wel drastisch veranderd naar hem toe en ik merkte wel vrij snel dat hij toegankelijker werd. En dan gebeurde het nog wel vrij vaak dat hij dingen wegwimpelde of ja zei en nee deed. Maar dan had ik ook zoiets van.. ja laat maar gebeuren. Ik liet hem dan ook in zijn eigen behoefte. En aan de ene kant gaf dat een beetje het gevoel dat ik niet genoeg met de behandeling bezig was of ik liet hem te vrij en daar kon hij niet zo goed mee omgaan. Maar van de andere kant had ik ook heel sterk het idee dat als ik er meer op in zou gaan en meer zou sturen, ik meer weerstand kreeg en dan kwam je helemaal nergens. Dus ja.. dat is dan een beetje dubbel.

Die dubbele behoefte kwam ook vaak vanuit het MDO.

Dus uiteindelijk heb ik ervoor gewoon voor gekozen om uit die weerstand te blijven. En wel proberen om contact met hem te maken al dan niet via de beeldende weg, maar eerder verbaal.

Op welke manier heb jij het beeldend medium ingezet bij Sander? Maar je gaf net al aan dat je voornamelijk via het verbale stuk met hem hebt gewerkt en niet via concrete opdrachten.

Nee dat klopt. Ondertussen is dat veranderd in deze groep omdat het voor meerdere mensen moeilijk was. Maar goed, dat was toen nog niet. Ik kan me wel herinneren dat ik een aantal keren iets heb willen aanbieden, maar dat hij dat niet wilde. Dan stelde ik iets voor en vroeg ik of hij dit iets vond, maar dan zei hij altijd.. nee nee dat wilde ik niet. Maar concreet welk materiaal dat kan ik niet meer terughalen. Het belangrijkste doel voor mij was dat ik iets kon vinden waar hij wel iets aan zou kunnen hebben. Maar dat is niet gelukt. Maar toch had ik wel het idee dat hij wel graag kwam.

Vooraf op het moment dat hij meer contact had met anderen.

Ik denk wel dat zijn perfectionisme daar ook lelijk in de weg heeft gezeten.

Hoeveel invloed zou de manier waarop jij het medium hebt ingezet hebben op de ontwikkeling van Sander in het sociale gedrag.

De manier waarop we het toen ingekaderd hebben bij die groep binnen de creatieve therapie denk ik echt dat dat machinaal is om te zien wat het effect is van de beeldende therapie op hem. Dat heb ik ook al eerder gezegd. Ik denk dat hij gewoon veel meer structuur nodig had.

Ik denk zeker dat ik een hoop heb aan deze informatie. Heel erg bedankt voor je medewerking.. ik ben echt blij dat je nog zoveel wist. Zou ik later nog mogen mailen voor hulp als ik ergens niet uitkom?

Ja natuurlijk, of langskomen.