



BEELDENDE THERAPIE en MENTALISATION BASED TREATMENT IN ONTWIKKELING

Een bewogen zoektocht

Een inventariserend onderzoek naar de actuele ontwikkelingen op
het gebied van Mentalisation Based Treatment en beeldende
therapie in de geestelijke gezondheidszorg

Franziska Müller: 0953342
Rachana Termorshuizen: 0947407

Creatieve Therapie- beeldend
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg

Begeleiding: Yvonne Coolen

3 Juni, 2013

Mother's love is unconditional. All I have to do is to be – to be her child. Mother's love is bliss, is peace, is not need to be acquired, is not need to be deserved. But there is a negative side, too, to the unconditional quality of mother's love. Not only does it not need to be deserved – it also cannot be acquired, produced, controlled. If it's there, it's like a blessing; if it's not there, it is as if all beauty has gone out of life – and there is nothing I can do to create it. (Fromm, 1956, p.37)

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
INLEIDING	6
 1 PROBLEEMGEBIED	 7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Literatuuronderzoek.....	8
1.3 Zoekstrategie	12
1.4 Relevantie van het onderzoek.....	13
1.5 Onderzoeksvraag en subvragen	14
1.6 Doelstelling	14
 2 ONDERZOEKSOPZET.....	 15
2.1 Onderzoekstype	15
2.2 Onderzoeksmethode	15
2.3 Dataverzameling.....	16
2.4 Datapreparatie	18
2.5 Data-analyse	19
2.6 Kwaliteitscriteria.....	20
 3 RESULTATEN.....	 21
3.1 Bij welke doelgroepen wordt de MBT in beeldende therapie toegepast?	21
3.2 Op welke manier wordt MBT methodisch toegepast in beeldende therapie?	23
3.3 Welke ontwikkeling is de nationale en internationale beroepsgerelateerde literatuur te zien?.....	35
3.4 Welke overige ontwikkelingen zijn gaande op het gebied van beeldende therapie en MBT?	36
 4 DISCUSSIE Rachana Termorshuizen.....	 38
4.1 Verklaring van de resultaten.....	38
4.2 Korte Interpretatie van de resultaten	46
4.3 Beantwoording van hoofd- en deelvragen	47
4.4 Aanbevelingen.....	49
4.5 De sterkten en tekortkomingen van dit onderzoek	50
4.6 Het oude werkmodel.....	52
4.7 Het nieuwe werkmodel	52

5 DISCUSSIE Franziska Müller	56
5.1 Verklaring van de resultaten	56
5.2 Interpretatie van de verklaring	65
5.3 Antwoord op de deelvragen en de centrale vraagstelling	66
5.4 Aanbevelingen	68
5.5 Reflectie op de sterkten en tekortkomingen van het onderzoek	69
5.6 Mijn Werkmodel	70
 SAMENVATTING	 74
 Bijlagen:	 79
Bijlage 1: Begrippenlijst	79
Bijlage 2: Schema Resultaten	80
Bijlage 3: Deelnemerslijst Peer- Debiefer	81
Bijlage 4: Deelnemerslijst: Respondenten	81
Bijlage 5: Email aan de respondenten	91
Bijlage 6: Topiclijst	92
Bijlage 7: Voorbeeld schema van het open coderen	94
Bijlage 8: PICO vragen en Zoekstrategie databanken voor de literatuurstudie	95

VOORWOORD

Voor u ligt de afstudeerscriptie van Rachana Termorshuizen en Franziska Müller. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de opleiding beeldende therapie aan de Zuyd Hogeschool in Heerlen. Het is een belangrijk onderdeel in de afronding van de opleiding tot beeldende therapeut en heeft tot doel aan te sluiten op de beroepspraktijk. Dit onderzoek draait om de toepassing van de methode Mentalisation Based Treatment (MBT) in de beeldend therapeutische praktijk.

Het stagejaar van de opleiding creatieve therapie, direct voorafgaand aan dit onderzoek, was voor Franziska en Rachana de persoonlijke aanleiding voor de keuze van dit onderzoeksthema. In deze praktijkervaringen hebben wij interesse gevonden in de MBT-methode. Daarbij hebben we ervaren dat mentaliseren een heel basale menselijke verworvenheid is en dat het goed toe te passen is in beeldende therapie. Wij wilden graag meer te weten komen over de werking van MBT binnen beeldende therapie.

Dit heeft ertoe geleid dat wij hebben gekozen voor een inventariserend afstudeeronderzoek over de toepassing van MBT binnen beeldende therapie. Daartoe hebben wij 10 verschillende beeldend therapeuten geïnterviewd die werkzaam zijn met deze methode. Van hieruit hebben wij zicht gekregen op de actuele ontwikkelingen op het gebied MBT en beeldende therapie binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Dit onderzoek zou niet mogelijk geweest zijn zonder de medewerking en ondersteuning van verschillende personen. In het bijzonder willen wij de respondenten bedanken. Zij hebben tijd gemaakt voor een interview en ons met veel enthousiasme verteld over hun werkwijzen, interventies en visies. Zonder de hulp van Brigitte Plum, Marianne Verfaillie, Corinne Prins, Liesbeth Bosgraaf, Mia Wientjes, Sytske Riphagen, Karin van der Vegt, Lille Dresden en Katrijn Aerts zou deze scriptie niet tot stand zijn gekomen.

Verder was dit onderzoek niet mogelijk geweest zonder de kritische ondersteuning van onze scriptiebegeleider Yvonne Coolen. Wij willen jou hartelijk bedanken voor de aanmoediging, de positieve energie en het vertrouwen dat je ons heb gegeven in elke fase van het onderzoek. Met jouw kritische visie heb je op veel momenten voor verheldering gezorgd. Je hebt ons met je feedback uitgedaagd verder te denken.

In de slotfase van onze scriptie willen wij nog speciale dank uitspreken naar de vijf personen die de tijd hebben genomen om deze scriptie met veel nauwkeurigheid na te lezen. Wij danken: Joosje Martens, Gerhard Hagenaar, Julia Offermanns, Jan Buitenhek en Femke Annemanns.

Verder wil ik, Franziska, Rachana bedanken voor de ontzettend leerzame laatste drie maanden. Het was een bijzondere tijd waarin ik mezelf, maar ook Rachana als hele goede vriendin, beter heb leren kennen. Wij zijn voor mijn gevoel nog dichter bij elkaar gekomen. Ik ben heel blij dat ik deze keuze heb gemaakt.

Daarnaast wil ik graag mijn huisgenootje Hanne bedanken voor de momenten van opluchting, nieuwe inspiratie en inzichten door lange diepgaande gesprekken. Maar ook voor de momenten van luchtigheid en energie waarin wij gek door de woonkamer gedanst hebben.

Ik, Rachana, wil Franziska bedanken. We zijn met gedeelde interesse en gedeeld enthousiasme aan dit project begonnen. Hierin hebben we veel aan elkaar gehad: we hebben elkaar kritisch bevraagd, elkaar veel bevestiging gegeven op onzekere momenten en elkaar kunnen motiveren op moeilijke momenten. Dit gedeelde enthousiasme heeft er mede voor gezorgd dat er nu een afstudeerproject ligt waar ik erg trots op ben. Dank je voor deze drie maanden vol enthousiasme, brainstormen tijdens een lekker hapje eten en voor het ontdekken van onze eigen-aardigheden. Ik ben blij dat ik deze ervaring samen met jou heb opgedaan.

Franziska Müller en Rachana Termorshuizen
Mei 2013

INLEIDING

Deze duo- scriptie is het product van een drie maanden durend onderzoek gericht op de vraag: *‘Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied van Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische beroepspraktijk in de geestelijke gezondheidszorg?’*

Mentalisation Based Treatment (MBT) is een behandeling ontwikkeld voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. MBT gaat ervan uit dat de problemen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) in belangrijke mate voortkomen uit verstoringen in de capaciteit om te mentaliseren (De viersprong, 2013). De term *mentaliseren* wordt omschreven als het proces waarin wij realiseren dat wij, net als de ander, een eigen gedachten wereld hebben, en dat deze invloed heeft op de manier waarop wij de wereld zien (Fonagy, Gergeley, Jurist en Target, 2002). In de relatie met zijn moeder leert het kind betekenis te geven aan zijn eigen gedachten en gevoelens, en ook aan die van de ander, in deze relatie leert het kind mentaliseren. Een stagnatie in de ontwikkeling van het mentaliseren kan volgens Fonagy et al. (2002) later leiden tot ernstige psychopathologie.

Op basis van dit theoretisch fundament hebben Anthony Bateman en Peter Fonagy de methode Mentalisation Based Treatment ontwikkeld voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Zij wijzen er nadrukkelijk op dat mentaliseren niet nieuw is, het gaat immers om een fundamenteel menselijk vermogen – en precies het vermogen dat ons tot mens maakt (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Wat wel nieuw is, is het feit dat de focus van een MBT-behandeling volledig is gericht op het aannemen van een mentaliserende houding voor zowel cliënt als therapeut.

Beeldend therapeuten vinden aanknopingspunten in het concept mentaliseren. Dit blijkt uit recente publicatie van artikelen, verschenen literatuur en uitgevoerde bacheloronderzoeken. Ook in de Master of Art Therapies van KenVak (Kenniskring Vaktherapiën) staat MBT recentelijk onder de aandacht. De beeldend therapeut Gemmy Willemars onderzoekt op dit moment welke mentaliserend bevorderende interventies in beeldende therapie ingezet kunnen worden (Gemmy Willemars, persoonlijke communicatie, 20 mei 2012). Er valt te concluderen dat de behandelmethode MBT steeds verder wordt ingebed in de beeldend therapeutische beroepspraktijk.

Dit afstudeeronderzoek sluit direct op deze genoemde ontwikkelingen aan door op inventariserende wijze de actuele ontwikkelingen (voor begripsomschrijving zie bijlage 1) op dit gebied in kaart te brengen. Met dit onderzoek hopen wij een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van kennis en evidence in de beeldend therapeutische beroepspraktijk.

Dit onderzoeksverslag bestaat uit vijf verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 1 *Probleemstelling* wordt de aanleiding voor dit onderzoek beschreven. In een literatuuronderzoek wordt een uitleg gegeven over de MBT-methode en wordt de koppeling met beeldende therapie gemaakt. Daarna volgt de relevantie van het onderzoek, de vraagstelling met de bijhorende subvragen. Tot slot wordt de doelstelling van het onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 2 *Onderzoeksopzet* wordt het onderzoekstype dat van toepassing is binnen ons onderzoek beschreven. Er wordt weergegeven van welke onderzoeksmethode gebruik is gemaakt, hoe de dataverzameling is verlopen en op welke manier de data geanalyseerd zijn. Afsluitend wordt beschreven hoe het onderzoek aan de kwaliteitscriteria van ‘trustworthiness’ voldoet.

In hoofdstuk 3 *Resultaten* wordt een samenvattende beschrijving gegeven van de geanalyseerde data. Deze gegevens komen voort uit de interviews met beeldend therapeuten die werkzaam zijn met de methode MBT.

In hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5 komen de *individuele discussies* van Rachana Termorshuizen en Franziska Müller aan de orde. Eerst worden de gevonden resultaten verklaard door deze te koppelen aan literatuur. Dan volgt een korte interpretatie van waaruit de beantwoording van de deelvragen en de onderzoeksvraag volgt. Hierop aansluitend worden de aanbevelingen voor vervolgonderzoek beschreven. Vervolgens wordt er kritisch op het onderzoek gereflecteerd door sterkten en tekortkomingen te beschrijven. Tot slot zullen zowel Rachana Termorshuizen als Franziska Müller hun oude en nieuwe werkmodel beschrijven.

1 PROBLEEMGEBIED

In dit hoofdstuk wordt het probleemgebied van dit inventariserend onderzoek beschreven. Dit bestaat uit een aanleiding, waarin wordt benoemd hoe de interesse voor dit onderzoeksthema is ontstaan. Door het weergeven van de relevante literatuur wordt het probleemgebied afgekaderd. Aansluitend wordt de relevantie van dit onderzoek benoemd, waarna wij het hoofdstuk afsluiten met de vraagstelling en doelstelling.

1.1 Aanleiding

De keuze voor dit onderzoeksthema komt voort uit interesse in de integratie van beeldende therapie en MBT. Naar aanleiding van onze stage wilden wij ons allebei graag verder verdiepen in deze methode. Daarnaast hadden wij de indruk dat de methode MBT in beeldende therapie nog een 'onontgonnen' gebied is. Bij ons kwamen verschillende vragen op: welke beeldend therapeuten passen MBT toe? Bij welke doelgroepen? Hoe doen zij dat eigenlijk? Het was onze wens een begin te maken met het in kaart brengen van de actuele ontwikkelingen op het gebied van MBT in de beeldend therapeutische praktijk.

Zoals in de inleiding werd beschreven zijn er recentelijk verschillende lopende onderzoeken gaande, er is echter nog erg weinig gepubliceerd en vastgelegd. Wij zijn van mening dat er eerst een inventarisatie van de actuele ontwikkelingen moet plaatsvinden. Op deze basis kan verder onderzoek gedaan worden, zodat de methode MBT in beeldende therapie verder ontwikkeld wordt.

Ook de praktijkervaringen die wij beiden hebben opgedaan in het stagejaar van de opleiding beeldende therapie zijn aanleiding geweest tot het kiezen van dit onderzoeksthema. Hieronder beschrijven wij beiden onze persoonlijke aanleiding.

Rachana heeft stage gelopen bij Mondriaan Zorggroep, een grote GGZ instelling in Limburg. Op de afdeling Doktor Poelsoord in Maastricht werden volwassen cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, voornamelijk borderline persoonlijkheidsstoornis, behandeld. Sinds januari 2012 is deze afdeling een MBT-deeltijd behandeling. Nadere informatie over deze methode is in §1.2.3 te vinden.

De beeldend therapeut die werkzaam is in deze instelling, destijds mijn stagebegeleider, heeft gezocht naar een hernieuwde inhoud van de sessies. Hierbij was steeds het doel de kracht van beeldende therapie en de kracht van MBT met elkaar te verbinden. Als stagiaire was dit een mooie kans om bij deze zoektocht aan te sluiten. Waar wij achter kwamen is dat beeldende therapie in het kader van MBT vooral ten dienste stond van de psychotherapie. Het bestaat voornamelijk uit het *spreken over* het beeldend werk (Holten-Basch, 2011). In de beeldende therapie wordt dit ook wel *met*¹ het medium genoemd (voor begripsomschrijving zie bijlage 1). Ik stelde mij de vraag of de specifieke kracht van beeldende therapie zo wel benut wordt.

Zo zijn mijn stagebegeleider en ik gaan experimenteren met verschillende activiteiten en interventies in het medium die het mentaliserend vermogen van de cliënt bevorderen, maar ook de eigen kracht van beeldende therapie benutten. De methode spreekt mij aan omdat de therapeut op een heel menselijke manier met de cliënt om gaat: hij is ontdekkend, geïnteresseerd en niet wetend. Dit sluit goed aan bij mijn eigen houding als therapeut. Mijn interesse in deze methode en de toepassing ervan in beeldende therapie maakt dat ik mij hier in mijn afstudeeronderzoek graag verder op wilde focussen.

Franziska heeft stage gelopen bij het Hermann-Josef-Haus, een instelling voor de kinder- en jeugdpsychiatrie in Duitsland. Hier worden moeilijk opvoedbare jongens van 6 tot 18 jaar oud met uiteenlopende ziektebeelden zoals ADHD, gedragsstoornis en symptomen van persoonlijkheidsstoornissen behandeld. Tijdens de stage werd zichtbaar dat deze kinderen door de traumatische ervaringen uit het verleden en een gestoorde ontwikkeling van een hechtingsrelatie geen vertrouwen in zichzelf en de ander hebben. Ze hebben een laag zelfbeeld dat vaak in het dagelijks leven niet door de omgeving bekrachtigd kan worden omdat ze zichzelf niet kunnen zien en willen voelen. Daarom kunnen positieve ervaringen ook niet bewust beleefd worden.

¹ Wanneer het proces wordt aangegrepen om een verder voerend verbaal therapeutisch proces in gang te zetten, dan spreekt men van werken 'met' het medium. Werken 'in' het medium is dat de expressie en de verandering van de cliënt zich afspelen *in* de mediumactiviteit. De beeldend therapeut neemt het medium als uitgangspunt en keert er naar terug (Bosgraaf, 2011, p.7).

Binnen de instelling werd de methode Mentalisation Based Treatment niet toegepast als behandelkader vooral ook om dat de instelling een pedagogisch uitgangspunt heeft en geen therapeutische. De therapieën zijn een toevoeging aan de algemene behandeling. Toch werd in de loop van het stagejaar duidelijk dat er veel overeenkomsten zijn tussen de werkwijze van mij als therapeut en de aspecten die binnen MBT toegepast worden. Binnen de instelling zelf is het een bekende methode waarvan de therapeuten zeker zijn dat ze aansluit bij deze doelgroep.

Het werd echter duidelijk dat er juist gebrek was aan een gefundeerde methode om nog beter aan te sluiten bij deze specifieke doelgroep. De positieve effecten van de beeldende therapie binnen de doelgroep waren duidelijk te herkennen.

Doelgroep

Dit onderzoek wordt niet specifiek gericht op één bepaalde doelgroep. Het doel is om de actuele ontwikkelingen op het gebied van MBT in de beeldend therapeutische praktijk te weergeven. Dit omvat zowel volwassenen als kinderen met verschillende psychiatrische of psychische problemen.

Cliënten die in aanmerking komen voor de behandeling met MBT binnen beeldende therapie zijn mensen met een gebrek aan metalliserend vermogen. Volgens Verfaillie (2011) hebben mensen met een traumatische voorgeschiedenis in de gehechtheidsrelatie vanuit overleving geleerd hun denken uit te schakelen als de spanning toe neemt. Als gevolg hiervan worden traumatische ervaringen als losse ongementaliseerde gebeurtenissen in het zelf geplaatst. Als de spanning toe neemt, neemt het vermogen tot mentaliseren af. Dit fenomeen is overkoepelend voor verschillende doelgroepen. Dit onderzoek richt zich met name op de toepassing van de behandelmethode binnen beeldende therapie. Er wordt dus niet uitgegaan van een specifieke doelgroep.

1.2 Literatuuronderzoek

Het onderstaande literatuuronderzoek behandelt de belangrijkste literatuur op het gebied van mentaliseren, de behandelmethode MBT en MBT in beeldende therapie.

1.2.1 Mentaliseren

Mentaliseren is het veelal onbewuste vermogen om in interactie met een ander uit te gaan van het feit dat de ander, net als jezelf, een innerlijke wereld heeft met gevoelens, gedachten en verlangens. Als het goed is houd je in de communicatie met een ander vanzelfsprekend rekening met diens interne toestand. Het vermogen om te mentaliseren is een typisch menselijke verworvenheid. Dit vermogen ontstaat tijdens de vroege ontwikkeling van het kind en krijgt vorm in de affectieve relatie met de verzorger (Verheugt-Pleiter, Schmeets en Zevalkink, 2005). Het vermogen tot mentaliseren heeft invloed op veel aspecten van het dagelijks leven. Waaronder op het ontwikkelen van een stabiel zelfbeeld en het kunnen omgaan met stressvolle situaties.

Een voorbeeld: Jaap is aan het werk en zijn collega Anna komt binnen. Jaap stelt Anna een vraag en krijgt een kortaf antwoord. Jaap bedenkt zich dat Anna misschien kwaad is op hem. Maar het zou ook kunnen dat ze slecht geslapen heeft of een aanvaring heeft gehad met een andere collega of cliënt. Ze komt misschien om in het werk of is er met haar gedachten niet bij. Het zou ook kunnen dat er in haar privésfeer van alles aan de hand is of dat ze even geen zin heeft om zijn vraag te beantwoorden. Dit reflecteren is mentaliseren. We mentaliseren ook over ons eigen gedrag. Dit doen we door onze gevoelens, gedachten en verlangens als oorzaak te zien voor ons gedrag. Belangrijk is het besef dat de interne toestanden en de externe toestanden niet volledig overeen hoeven te komen. Mijn overtuigingen hoeven niet te kloppen, maar die van mijn collega zijn misschien ook niet waar (van Gael, 2007).

Mentaliseren en gehechtheid

MBT is onder andere ontwikkeld aan de hand van de bevindingen van de hechtingstheorie van John Bowlby (1988). Wanneer de opvoeders van het kind goed aansluiten bij de basisbehoeften van hun kind dan ontstaat er een veilige gehechtheidsrelatie die van groot belang is bij het leren mentaliseren. 'Het kind leert passende representaties te maken voor lichamelijke en emotionele sensaties. Pasgeboren baby's kunnen nog geen onderscheid maken tussen binnen-buiten en zichzelf-de ander' (Hamming, 2009, p.10).

Volgens Verfaillie (2011) zorgt een veilige gehechtheid ervoor dat het jonge kind een psychologisch Zelf, een ik-gevoel kan ontwikkelen. Het kind herkent zijn eigen gemoedstoestand in de spiegelende reactie van zijn ouder. Als het gevoel van de baby niet overeenkomt met de spiegelende reactie van de ouder kan volgens Allen et al. (2008) een 'alien self' ontstaan, ofwel een niet-eigen zelf. In het kind ontstaat dan een vreemde. Het kind wordt dan gedwongen om de representatie van de ander te internaliseren als een deel van zichzelf. Met als gevolg dat er geen samenhang is tussen de interne en externe wereld van het kind (Thoomes-Vreugdenhil, 2006).

1.2.2 De ontwikkeling van het mentaliserend vermogen

Allen et al. (2008) beschrijven de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen van het jonge kind en koppelen dit aan de pre-mentaliserende modi. Zij schrijven dat in de ontwikkeling van het mentaliseren twee ervaringsmodi ontstaan, te weten de psychisch equivalentie modus en de alsof modus. Wanneer mentaliseren niet langer vol te houden is zullen mensen gauw terugvallen op deze pre-mentaliserende modi. In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen bij het kind beschreven. In §1.2.6 wordt beschreven hoe de cliënt in beeldende therapie handelt in de verschillende modi.

Psychisch equivalentie modus (vanaf 1 ½ jaar)

Het heel jonge kind stelt de innerlijke wereld gelijk aan de buitenwereld: de wereld is zoals de psyche die representeert, alternatieve gezichtsvormen kunnen niet worden voortgebracht. Er wordt nog geen scheiding tussen fantasie en realiteit gemaakt, fantasie wordt als realiteit beleefd.

Alsof modus (1 ½ tot ongeveer 4 jaar)

Het kind is in staat te fantaseren en te symboliseren. In deze denkmodus komt het fantasiespel tot ontwikkeling. Toch wordt de grens tussen realiteit en fantasie streng bewaakt, binnen en buitenwereld moeten uit elkaar gehouden worden.

Integratie modus (Vanaf 5 jaar)

Bij een normale ontwikkeling integreert het kind de twee bovenstaande modi om tot mentaliseren te komen. Dit is het stadium van reflectief functioneren. Het kind kan zijn eigen mentale toestand en de mentale toestand van een ander interpreteren en zich in de ander verplaatsen. Het kind ontwikkelt het besef dat fantasie en realiteit van elkaar gescheiden zijn.

Allen et al. (2008) gaan ervan uit dat het mentaliseren bij stress, onrust en conflicten vanwege een hoge spanning onder druk komt te staan. Zij benadrukken dat het voor zowel het oudere kind als ook de volwassene mogelijk is om naar de pre-mentaliserende modi terug te keren. Met andere woorden: ook mensen waarbij de ontwikkeling normaal is verlopen en een veilige gehechtheid is ontstaan kunnen last hebben van een (tijdelijk) onvermogen tot mentaliseren. Bijvoorbeeld vanwege ingrijpende levensgebeurtenissen.

1.2.3 Mentalisation Based Treatment (MBT)

Mentalisation Based treatment (MBT) is een psychotherapeutische behandelmethodes die ontwikkeld is in Engeland door Anthony Bateman en Peter Fonagy. Er bestaan verschillende vormen van MBT, waaronder de intensieve ambulante en de deeltijdvariant (Bales et al., 2009).

Psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong' (www.deviersprong.nl) is het expertisecentrum op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek in Nederland. Zij boden als eerste instelling in Nederland een MBT-behandeling aan voor cliënten met een complexe BPS. Het programma is evidence based (Allen et al., 2008) en afgeleid van het programma dat prof. dr. Anthony Bateman in Engeland heeft ontwikkeld. Naast het behandelaanbod op 'De Viersprong' worden er in Nederland meerdere MBT- behandelingen aangeboden en deze zijn vergelijkbaar of daarvan afgeleid.

In de uitleg die wij geven over het behandelprogramma MBT gaan wij uit van model zoals het op 'De Viersprong' aangeboden wordt. De tekst in deze paragraaf is gebaseerd op literatuur van Bales et al. (2009).

Inhoud MBT-deeltijdbehandeling

De psychotherapeutische deeltijdbehandeling is een dagklinisch behandelprogramma van vijf dagen per week voor cliënten met een (complexe) BPS als hoofddiagnose. Er is sprake van een low-level borderline problematiek of psychotische persoonlijkheidsorganisatie. De behandeling heeft een maximale duur van 18 maanden. In een groep van 8 á 9 personen krijgen de patiënten dagelijks een gevarieerd programma aangeboden bestaande uit groepstherapie, creatieve therapie beeldend, een schrijfgroep, medicatiesprekuren, ontspanningsoefeningen en een groepsactiviteit. De groep is geïndiceerd, omdat de cliënt zo leert mentaliseren in relatie tot anderen, maar ook het mentalisatieproces van anderen meemaakt. Eenieder kan zijn gezichtspunten laten zien en verkennen, wat voor de gehele groep leerzaam is. Ook leren de cliënten hoe zij in een groep functioneren.

Doelgroepen en MBT

Zoals eerder beschreven is de behandelmethode MBT ontwikkeld voor cliënten met een complexe BPS. Bij mensen met een BPS neemt het mentaliserend vermogen snel af bij verhoogde spanning, bijvoorbeeld wanneer contacten met anderen intenser en hechter worden (De Viersprong, 2013). Als dat gebeurt, worden zij overspoeld door emoties, voelen zich snel bekritiseerd of afgewezen, vullen zij gedachten bij anderen in of reageren impulsief vanuit een bepaalde gevoelstoestand. Anderen vermijden echte relaties en voelen zich regelmatig leeg, alleen of waardeloos. MBT behandelingen zijn gericht op het versterken van het mentaliserend vermogen.

Uit de literatuur wordt echter duidelijk dat deze methode ook bij andere doelgroepen zijn toepassing kent. Delfstra & Peeters (2011) spreken naast de toepassing van MBT bij BPS ook over de toepassing bij gezinstherapie, de behandeling van problemen in de ouder-kind relatie, eetstoornissen, traumabehandeling, vermindering van geweld op school en als onderdeel van psycho-educatie voor chronisch psychiatrische patiënten. Allen et al., (2008) voegen hier nog de doelgroepen post-traumatische stress stoornis en verslaving aan toe. Verheugt-Pleiter et al. (2005) gaan in hun boek uitgebreid in op MBKT, Mentalisation Based Kinder Therapy. In de literatuur over MBT bij deze doelgroepen wordt weinig tot niets beschreven over het aandeel van beeldende therapie in de behandeling.

Therapeutische houding bij MBT

Volgens Allen et al. (2008) is een mentaliserende houding van de therapeut essentieel om ook het mentaliseren bij de cliënt op gang te brengen. De cliënt – therapeutrelatie wordt ingezet om het mentaliserend vermogen van de cliënt te bevorderen.

Een mentaliserende houding van de therapeut is het vermogen om zich continu af te vragen wat de mentale toestand is van de patiënt, en van zichzelf om te verklaren wat er gebeurt. Het gaat om een onwetende therapeutische houding, waarin de therapeut poogt te begrijpen. Vragen die gesteld kunnen worden zijn: waarom zegt de patiënt dit nu? Wat heb ik misschien gedaan wat de mentale toestand van de patiënt verklaard? (Bales et al., 2009, p.279)

De therapeut neemt een authentieke houding aan en is gericht op het genereren van nieuwe gezichtspunten. Bateman en Fonagy (2007) beschrijven de therapeutische attitude als onderzoekend, uitdagend, actief en empathisch. Volgens hen moet de therapeut niet de deskundige uithangen die het allemaal weet. Hij concentreert zich op de geest van de patiënt en is nieuwsgierig, stelt vragen en laat bliken niet alles te weten.

1.2.4 Beeldende therapie

Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (NVBT, 2013) wordt beeldende therapie beschreven als een behandelmethode voor mensen met psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen. De therapie is er op gericht veranderings-, ontwikkelings, stabilisatie en/of acceptatieprocessen te bewerkstelligen. Beeldende middelen zoals schildertechnieken, houtbewerking, steen, klei, textiel en digitale media vormen de basis van het beeldend therapeutisch werken. Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie waarbij sprake is van een concreet werkproces en eindresultaat. Beeldende middelen worden ingezet om tot uiten en beleven van bewuste en onbewuste gedachten en gevoelens te komen. De problemen worden door het beeldend werken zichtbaar, en daarmee helder en bespreekbaar. De therapeut stemt het aanbod af op de cliënt. De interventies zorgen

ervoor dat er een proces in het beeldende werken op gang wordt gebracht dat gelijk loopt met het beoogde psychische proces.

Een belangrijke basistheorie in de beeldende therapie is het analoge procesmodel, dit model is ontwikkeld door Dr. Henk Smeijsters (2008). In het analoge procesmodel is de analogie tussen het psychisch proces en het beeldend proces kerngegeven. 'Met behulp van het begrip 'analogie' zijn de handelwijzen in een therapie ten dele op te vatten als betekenisvolle handelingen die een afspiegeling zijn van innerlijke psychische processen' (Pénzes, 2009, p.237).

Fundamenteel in de beeldende therapie is de driehoek cliënt – therapeut – medium, deze wordt ook wel de creatief-therapeutische driehoek genoemd (Visser, 2009; Ysermans, 2006). Deze driehoek toont het verschil met de lineaire hulpverleningsrelatie tussen cliënt en therapeut, zoals deze in gesprekstherapieën plaats vindt. In beeldende therapie zijn zowel de therapeut als de mediumactiviteit middel om de problematiek van de cliënt te behandelen (Schweizer et al., 2009). De therapeut kan werken met beeldende materialen, gereedschappen, werkvormen, werkstukken, het gesprek en de therapeutische relatie.

1.2.5 De vijf principes van mentaliseren binnen beeldende therapie

Beeldend therapeuten (Verfaillie, 2011; Hamming, 2009) onderzoeken de specifieke toepassing van beeldende therapie in de MBT behandeling. In deze paragraaf worden de belangrijkste principes van mentaliseren in beeldende therapie samengevat.

1. Beeldende therapie kan het affect van de cliënt spiegelen

Het mentaliseren over werkstukken is te vergelijken met het spiegelingsproces tussen ouder en kind. Vervaille (2011) schrijft dat veilige hechting ervoor zorgt dat het jonge kind een psychologisch Zelf, een 'ik-gevoel' kan ontwikkelen.

De therapeut en het medium kunnen een vervangende waarde hebben omdat zij het affect van de cliënt kunnen weerspiegelen, waardoor de cliënt alsnog een 'ik-gevoel' kan ontwikkelen. Dit kan vormgegeven worden doordat de therapeut de handeling van de cliënt in het medium benoemt. Op deze manier kan de cliënt bewust worden van zijn handelingen. Om hier vervolgens een affect representatie aan te geven.

2. Beeldende therapie creëert een transitional space.

Beeldende therapie speelt zich af in het overgangsgebied tussen binnen- en buitenwereld, in de 'transitional space'. In het werkstuk kan de cliënt gedachten en gevoelens uitdrukken, het beeld kan gezien worden als een 'transitional object'. Het vertegenwoordigt een deel van de maker, maar is ook gewoon een stuk materiaal (Verfaillie, 2011). Bateman en Fonagy (2004) benoemen dat in beeldende therapie een 'alsof situatie' wordt gecreëerd, die veiligheid biedt om de belevingswereld van de cliënt uit te drukken en betekenis toe te kennen. Martens (2013) voegt toe dat het beeldend werkstuk het mogelijk maakt om binnenwereld (beleving) en de buitenwereld (werkstuk) los te koppelen wanneer emoties te heftig worden. Cliënten kunnen dan even in de doe-alsof modus verblijven en afstand nemen van het werkstuk en hun bijkomende emoties. Het doen alsof biedt de cliënt de veiligheid om stukje bij beetje de binnenwereld uit te drukken en er betekenis aan te geven. Gevoelens worden hanteerbaar, controleerbaar en minder overweldigend. Een voorbeeld: in beeldende therapie kan het kind samen met de therapeut 'spelen in het medium'. In het werken met het materiaal kan het kind veilig zichzelf zijn, zonder zich in de ander te verliezen (Bosgraaf, 2011). Zo wordt de grens tussen binnenwereld en buitenwereld duidelijk, en voor het kind hanteerbaar.

3. Beeldende therapie sluit aan op pre-mentaliserende modi

In §1.2.2 werden de pre-mentaliserende modi al beschreven: de psychisch equivalentie modus, de alsof modus en de integratiemodus. Beeldende therapie sluit aan bij deze pre-mentaliserende modi. Cliënten die nog niet beschikken over verbale representaties van hun binnenwereld kunnen in vaktherapie hun gevoel concreet en fysiek uitdrukken. In de vitaliteit waarmee de cliënt werkt, of in het werkstuk kan de cliënt tonen hoe hij zich voelt (Verfaillie, 2011). Ook op momenten waarop de cliënt nog geen woorden heeft voor zijn gevoel. In §1.2.6 wordt beschreven hoe deze modi in beeldende therapie zichtbaar kunnen worden.

4. *Beeldende therapie heeft een theleologisch karakter*

In beeldende therapie worden de zintuigen aangesproken. Beeldend materiaal kun je waarnemen, het kan zacht aanvoelen, of juist plakkerig, het kan ergens naar ruiken. In een teleologische denkmodus heeft alleen het fysiek waarneembare betekenis. Datgene wat letterlijk zichtbaar is. In beeldende therapie kan er sprake zijn van direct contact met het materiaal, het sluit aan bij het concrete handelen van de cliënt (Verfaillie, 2011).

5. *Beeldende therapie maakt het impliciete geheugen bereikbaar*

Impliciete kennis toont zich in de omgang met het medium. In *hoe* je de verf op het doek strijkt, in *hoe* je zachtjes over speksteen wrijft. Of *hoe* je klei met je groepsgenoten verdeelt. Vaktherapie sluit aan bij het impliciete 'weten'. (Verfaillie, 2011)

Van Gael (2008) benoemt dat de focus bij mentaliseren niet zozeer ligt op wat de cliënt doet, en waarom hij dit doet. Het gaat erom een beeld te krijgen van *de manier waarop* de cliënt dingen beleeft, en *hoe* de geest van de cliënt op dit moment werkt. In beeldende therapie gaat het niet zozeer over wat iemand maakt, het eindproduct, maar meer over hoe iemand het werkstuk gemaakt heeft, het werkproces.

1.2.6 Niveaus van mentaliseren in beeldende therapie

Wanneer de ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren verstoord is geraakt is functioneren in de geïntegreerde modus beperkt mogelijk. De psychische equivalentie modus of de alsof modus overheersen dan, de modi werden in §1.2.2 al beschreven. Hamming (2009) beschrijft de kenmerken van het beeldend werken van de cliënt in de verschillende modi. Op basis van dit artikel wordt beschreven hoe de cliënt kan handelen in het beeldend medium.

Psychisch equivalentie modus

In de omgang met het beeldend materiaal kan de cliënt het gevoel hebben geen invloed uit te kunnen oefenen op het materiaal. Vormen op het papier hebben weinig verbinding met elkaar en zijn vaak niet bewust ingezet om iets uit te drukken. Het werk wordt vaak een week later niet herkend of de cliënt is vergeten welk thema het moest uitdrukken. De ervaringen met het materiaal kunnen als overspoelend en oncontroleerbaar worden ervaren.

Alsof modus

In de omgang met het beeldend materiaal kan de cliënt een afstandelijke en gevoelsloze indruk maken. Het beeldend werk verdwijnt in de kast, en de cliënt lijkt er verder weinig waarde aan te hechten. Ook kan zichtbaar worden dat de cliënt steeds kiest voor een materiaal of werkwijze die hij al kent, er worden geen nieuwe materialen uitgetoetst. Vaak kiest de cliënt van tevoren al wat hij gaat maken, dit staat dan vast.

Integratie modus

In beeldende therapie wordt zichtbaar dat er sprake is van wisselwerking. Er komt bijvoorbeeld een vlek op het papier en de cliënt zoekt gericht oplossingen voor het probleem of is in staat de vlek in het geheel in te passen. Er zit ontwikkeling in het gebruik van de materialen. Er worden nieuwe materialen uitgetoetst, de vormgeving verandert. Daarbij beleeft de cliënt iets aan het werken met de materialen. Zowel plezier als frustratie kan daar een onderdeel van zijn.

1.3 Zoekstrategie

In deze paragraaf wordt verhelderd hoe de literatuur is gezocht, en wordt het resultaat van de zoekacties beschreven. Voor de beide onderzoekers was het startpunt de literatuur die in de praktijkstage gebruikt werd. Dit bestond uit verschillende boeken en artikelen met onderwerpen zoals: ontwikkelingspsychologie, hechtingsstoornis, traumatisering in de kindertijd, Mentalisation Based Kinder Therapy (MBKT), MBT en borderline, MBT en beeldende therapie en MBT in psychotherapie. Van hieruit zijn verschillende PICO-vragen opgesteld (zie bijlage 8). De PICO methode helpt bij het structureren van de vraagstelling in verschillende zoektermen. In dit onderzoek zijn deze vragen steeds richtlijn geweest bij het zoeken in de verschillende databanken, catalogi en e-tijdschriften.

De databanken EBSCOhost, PubMed zijn doorzocht. Voor de zoekgeschiedenis, zie bijlage 8. Zowel EBSCOhost als PubMed zijn medische databanken, en dus goed bruikbaar voor het zoeken van internationale artikelen uit de gezondheidszorg. Het zoeken in EBSCOhost leverde een aantal artikelen op, die echter niet mediumsamenstrijkt waren, maar enkel over de methode MBT gingen. De databank PubMed bevatte 4 niet mediumsamenstrijkt artikelen.

Ook HBO kennisbank was goed bruikbaar om afstudeerscripties van studenten te zoeken. In deze databank is gezocht naar scripties die de thema's MBT en/of getraumatiseerd kinderen en/of borderline persoonlijkheidsstoornis bevatten. Zo zijn een aantal bruikbare scripties gevonden, die een aanvulling waren voor de literatuurstudie.

Door te zoeken met Google Scholar zijn twee internationale artikelen gevonden over MBT in beeldende therapie. Deze artikelen waren afkomstig uit het 'International journal of Art Therapy'.

Op de website van de bibliotheek van Zuyd Hogeschool hebben wij alle e-tijdschriften onder de faculteit gezondheidszorg systematisch doorzocht, aan de hand van de PICO vragen. In deze databanken werden de eerste mediumsamenstrijkt artikelen gevonden. Door het lezen van deze artikelen werden weer nieuwe auteurs van boeken of tijdschriften gevonden. Zo is belangrijke nieuwe informatie gevonden.

Het doorzoeken van catalogi is gebeurd in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool en de stadsbibliotheek van Maastricht, hier waren de PICO vragen weer richtlijn. Zo zijn verschillende boeken gevonden over de doelgroep en methode. Mediumspecifieke literatuur was ook hier nauwelijks te vinden.

Tot slot is de samenwerking tussen de beide onderzoekers ook vruchtbaar geweest. Zij konden een groter onderzoeksgebied doorzoeken, en elkaar hierin aanvullen. Wat uit de bovenstaande beschrijving duidelijk wordt is dat er erg weinig mediumsamenstrijkt literatuur bestaat over MBT in beeldende therapie. Dit staat in contrast met de focus die op dit moment uit gaat naar MBT in de beeldend therapeutische praktijk. Deze behandelmethode staat onder de aandacht van beeldend therapeuten, zo blijkt uit huidig onderzoek en het kleine aantal recent gepubliceerde artikelen (zie § 3.1). Het is van belang dat MBT in beeldende therapie verder onderzocht en onderbouwd gaat worden. Het evidence-based onderbouwen van deze methode kan beeldende therapie zich verder profileren in de GGZ.

1.4 Relevantie van het onderzoek

Het onderzoek heeft betrekking op twee verschillende therapeutische werkvormen: beeldende therapie en MBT. Wij constateren dat er weinig literatuur voor handen is over de combinatie van deze therapeutische werkvormen. Wat wel duidelijk wordt is dat steeds meer beeldend therapeuten werkzaam zijn met MBT. Vanuit de literatuur blijkt dat zij vooral werken met volwassenen met BPS en kinderen met een hechtingsproblematiek. Hoeveel beeldend therapeuten dit zijn wordt niet duidelijk. De manier waarop beeldend therapeuten deze methode toepassen wordt slechts door enkele auteurs beschreven (zie §1.2.5). Dit is voor ons aanleiding om in de praktijk interviews af te nemen met beeldend therapeuten die met MBT, of aspecten hiervan, werkzaam zijn. Op deze manier dragen wij bij aan het expliciet maken van de impliciete ervaringskennis die beeldend therapeuten, werkzaam met deze methode met zich mee dragen. KenVak (Kenniskring Vaktherapieën) onder leiding van lector Dr. Susan van Hooren richt zich op het vergroten van kennis omtrent de vaktherapieën. In een door KenVak uitgevoerd onderzoek (Smeijsters, 2008) wordt duidelijk dat vaktherapeuten in het werkveld ervaringskennis willen uitwisselen, dat zij de noodzaak inzien van het evidence based werken en het effect van de behandeling willen onderzoeken.

In dit afstudeeronderzoek willen wij een beeld scheppen van de actuele ontwikkelingen op het gebied van het samengaan van beeldende therapie en MBT. Beeldend therapeuten kunnen kennis nemen van de verschillende benaderingen die hun collegae toepassen. Wij zijn van mening dat het in kaart brengen van de actuele ontwikkelingen op het gebied van MBT en beeldende therapie een belangrijke eerste stap is naar het vergroten van kennis en het evidence based werken op dit gebied.

Voor ons als onderzoekers, en als beginnend beroepsbeoefenaars, heeft het uitvoeren van dit onderzoek grote relevantie. De opgedane kennis over MBT in beeldende therapie kunnen wij integreren in ons methodisch handelen als beeldend therapeut. Daarbij hebben wij kennis van een behandeling die op dit moment actueel is in de GGZ en waarvan de effectiviteit is bewezen.

1.5 Onderzoeksvraag en subvragen

Als vervolg op de aanleiding, het literatuuronderzoek, de conclusie en de beschreven relevantie van dit onderzoek wordt in deze paragraaf de onderzoeksvraag en de bijbehorende subvragen geformuleerd.

Onderzoeksvraag: *Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied van Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische praktijk in de Geestelijke Gezondheidszorg?*

Subvragen

1. Bij welke doelgroepen wordt de methode Mentalisation Based Treatment in beeldende therapie toegepast?
2. Op welke manier wordt Mentalisation Based Treatment methodisch toegepast in het beeldend medium?
3. Welke ontwikkeling is de nationale en internationale beroepsgerelateerde literatuur te zien?
4. Welke overige ontwikkelingen zijn gaande op het gebied van beeldende therapie en Mentalisation Based Treatment?
5. Hoeveel beeldend therapeuten in Nederland werken met de methode Mentalisation Based Treatment?

1.6 Doelstelling

Na het afsluiten van dit onderzoek zijn de onderzoekers gekomen tot een inventarisatie van de actuele ontwikkelingen die spelen op het gebied van MBT in beeldende therapie. Het in kaart brengen van de actuele ontwikkelingen op het gebied is een belangrijke eerste stap naar het vergroten van kennis en het evidence based in beeldende therapie.

Figuur 1 (Smeijsters, 2008) laat zien hoe ervaringskennis onderwerp van onderzoek wordt en leidt tot *best practices*. Een best practice is een techniek, werkmethode of proces waarvan de effectiviteit bewezen is.

De onderzoekers willen aan de hand van het onderstaande model hun eigen, impliciete ervaringskennis en die van andere beeldend therapeuten expliciteren. Door middel van interviews wordt deze ervaringskennis verkregen, en door constante vergelijking tussen eigen ervaringen, ervaringen van beeldend therapeuten en literatuur wordt een inventarisatie gemaakt. Het ontwerpen en toepassen van deze 'best practices' is in dit onderzoek niet van toepassing omdat het gaat om inventariserend en beschrijvend onderzoek. Dit is een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Het uitvoeren van dit onderzoek draagt voor de beide onderzoekers bij aan de persoonlijke ontwikkeling tot 'reflective

en scientific practitioner' (Smeijsters, 2008). De 'reflective practitioner' analyseert en reflecteert op zijn (praktijk)kennis en kan de uitkomsten van deze analyses toepassen in de beroepspraktijk. Door de uitvoering van dit onderzoek wordt gewerkt aan de ontwikkeling tot 'scientific practitioner'. De 'scientific practitioner' reflecteert niet alleen op zijn eigen handelen, maar is ook in staat het handelen op basis van uitkomsten van onderzoek te verbeteren, te innoveren en te ontwikkelen.



Figuur 1: ervaringskennis leidt tot best practices

2 ONDERZOEKSOPZET

In de beschrijving van de probleemstelling wordt duidelijk dat er weinig mediumspecifieke literatuur te vinden is over het onderzoeksthema. Dit is aanleiding om vooral uit de praktijk de impliciete kennis van beeldend therapeuten te inventariseren en te expliciteren. Hierbij sluit de onderzoeksmethode kwalitatieve survey het best aan. Wat een kwalitatieve survey inhoudt en op welke manier deze aansluit bij deze onderzoeksvraag wordt in dit hoofdstuk nader toegelicht.

2.1 Onderzoekstype

Zoals beschreven in de vraagstelling willen wij door middel van dit onderzoek te weten komen wat de actuele ontwikkelingen zijn op het gebied van beeldende therapie en MBT. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden hebben de onderzoekers voor een kwalitatief onderzoek gekozen. Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is het gebruik van verschillende databronnen en de nadruk ligt op het begrijpen of doorgronden van individuele mensen, groepen of situaties (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009). De onderzoeksvraag en deelvragen van dit onderzoek zijn gericht op *het zicht krijgen op de huidige situatie in de beeldend therapeutische beroepspraktijk*.

Er wordt met souplesse gebruik gemaakt van een flexibele onderzoeksoptzet, die tijdens het onderzoek nog kan wijzigen. Dit is van essentieel belang in het kader van dit onderzoek. Het is belangrijk dat de onderzoekers open staan voor onverwachte onderzoeksgegevens, om een zo realistisch mogelijke afspiegeling te geven van wat er zich in de beeldend therapeutische beroepspraktijk afspeelt.

In dit onderzoek is gekozen voor een inventariserend onderzoekstype. Volgens Migchelbrink (2010) is het essentieel voor inventariserend onderzoek dat je nagaat wat er aan de hand is. Er wordt een afspiegeling gegeven van de *huidige stand van zaken*, je maakt als het ware een foto van de actuele verschijnselen. Om deze reden wordt ervoor gekozen om in dit onderzoek een zo groot mogelijke verscheidenheid aan doelgroepen te benaderen, waarmee beeldend therapeuten en binnen een MBT behandelkader werkzaam zijn. Zo wordt vanuit verschillende invalshoeken naar het verschijnsel gekeken.

2.2 Onderzoeksmethode

De onderzoeksvraag 'Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische praktijk in de Geestelijke Gezondheidszorg?' is een richtinggevende, open vraagstelling (Baarda et al., 2009). Om tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen wordt gekozen voor de onderzoeksmethode kwalitatieve survey. Uit de beschrijving van het probleemgebied blijkt dat een inventarisatie van de onderzoeksverschijnselen nodig is. In dit geval is de kwalitatieve survey volgens Baarda et al. (2009) daarvoor het meest geschikte ontwerp. In een survey beschrijf je de verscheidenheid van opvattingen, meningen, interpretaties of gedrag die mensen aan het onderzoeksthema toekennen. Je maakt als het ware een dwarsdoorsnede van een facet van je onderzoeksverschijnselen (Baarda et al., 2009).

Mentalisation Based Treatment (MBT) is geen nieuwe methode binnen beeldende therapie. Uit het uitgebreid literatuuronderzoek bleek echter dat er nog weinig in kaart gebracht is over *de manier waarop* de verschillende beeldend therapeuten deze methode in de praktijk toepassen. Het gaat hier om impliciete ofwel ervaringskennis, aanwezig bij therapeuten in het werkveld, maar nog niet geïnventariseerd en omschreven. In de kwalitatieve survey is het doel om de centrale tendentie van de opvattingen en meningen van een grotere groep personen te beschrijven (Baarda et al., 2009). In dit onderzoek wordt dit uitgevoerd door een inventarisatie te maken van een grote respondentengroep, namelijk beeldend therapeuten die in de methode MBT geschoold zijn, en werkzaam met verschillende doelgroepen.

Binnen deze onderzoeksmethode expliciteert de onderzoeker 'tacit knowledge', het gaat hier vaak om zaken waar nog niets of weinig over geschreven is. De onderzoekers willen deze verborgen kennis expliciteren door beeldend therapeuten uit de beroepspraktijk te interviewen. De aard, diversiteit en reikwijdte aan subjectieve gezichtspunten en ervaringen van de beeldend therapeuten werkzaam met de methode MBT kunnen zo met behulp van een kwalitatieve survey in kaart gebracht worden (Baarda et al., 2009).

2.3 Dataverzameling

Om de actuele ontwikkelingen binnen beeldend therapie en MBT in kaart te brengen wordt voornamelijk gebruik gemaakt van het afnemen van interviews. Het literatuuronderzoek speelt hierin een ondersteunende rol. In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze van dataverzameling zoals deze in dit onderzoek is uitgevoerd. Hierin worden de interviews, het literatuuronderzoek en de onderzoekspopulatie achtereenvolgens besproken.

Interviews:

Binnen dit onderzoek wordt voor een halfopen of semigestructureerde vorm van interviewen gekozen (Lucassen & Hartman, 2007). De beste manier om 'tacit knowledge' te verkrijgen is het mondeling interview. Tijdens het afnemen van interviews is het doel om zo dicht als mogelijk bij de feitelijke gegevens te komen. De therapeuten moeten *in hun eigen woorden* kunnen spreken. Ze moeten hun gedachten kunnen verwoorden op een manier en in een volgorde die hun past (Baarda et al., 2009).

Bij deze vorm van interviewen heeft vooraf een voorbereiding plaats gevonden over de inhoud, formulering en volgorde van vragen die belangrijk zijn om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag (Boeije, 2005). Deze voorbereiding heeft geleid tot een lijst van onderwerpen of vragen die tijdens het interview aan bod moeten komen. De topiclijst is de leidraad bij het afnemen van de interviews.

De topiclijst is ontstaan door een uitgebreide literatuurstudie over de methode MBT en de toepassing ervan binnen beeldende therapie. Vanuit deze informatie hebben de onderzoekers samen een voorlopig concept ontwikkeld met algemene vragen. Na een toetsing van de lijst door een professional en een deelname aan een workshop over het afnemen van interviews werd deze lijst nog verder aangescherpt. Dit gebeurde door het definiëren van overkoepelende begrippen, zoals mentaliseren als begrip. De topiclijst is ingedeeld aan de hand van de categorieën cliënt, therapeut en medium. Afsluitend wordt nog gevraagd naar de meerwaarde van beeldende therapie binnen MBT, beperkingen in de toepassing en wensen die de therapeut heeft. De uitgewerkte topiclijst is te vinden in bijlage 6.

De volgorde en inhoud van de onderwerpen die aan de orde komen in de topiclijst zijn niet vooraf gestandaardiseerd. Het gaat om kwalitatieve vraaggesprekken waarin wordt doorgevraagd naar achterliggende beleavingswerelden en ervaringen van respondenten (Lucassen & Hartman, 2007). Smeijsters (2008) vat het *halfopen of semigestructureerde interview* als volgt samen:

- Lijst van trefwoorden- topiclijst
- Volgorde kan variabel zijn
- Interviewer bepaald ter plekke hoe hij de vragen stelt
- Antwoorden zijn open van aard
- Interviewer vraagt door

Bij het afnemen van de interviews wordt gekozen voor stapsgewijze iteratie:

In het cyclisch- iteratief proces exploreert de onderzoeker het nieuwe veld. In dat proces worden de fasen die horen bij onderzoek doen gevolgd, maar er wordt tegelijk ook op gereflecteerd. Er wordt vooruit en achteruit gegaan als in een opwaartse en neerwaartse spiraal (cyclisch), maar er wordt ook regelmatig op en neer gegaan tussen de verschillende stappen of fasen van het onderzoek (iteratief). (Borra, van Dijk & Verboom, 2011, p. 50)

Doordat dit onderzoek door twee onderzoekers wordt uitgevoerd is het mogelijk om het iteratief proces uitgebreider uit te voeren. Beide onderzoekers nemen de eerste twee interviews af, deze worden geanalyseerd, zodat op basis daarvan nieuwe respondenten gekozen kunnen worden die een nieuwe invalshoek op de onderzoeksvraag kunnen belichten.

De data worden vastgelegd door het gebruik van een opname apparatuur, omdat de informatie van de respondent tijdens een interview niet zo snel opgeschreven kan worden.

Aansluitend bij de vraagstelling wordt gekozen voor een één-moment opname van de interviews. Het gaat om het inventariseren van de huidige ontwikkelingen, deze ontwikkelingen zullen in de loop van dit onderzoek (ongeveer 3 maanden) naar verwachting constant blijven.

Mocht het zo zijn dat ofwel de onderzoekers, ofwel de respondenten naar aanleiding van het interview nog willen uitwisselen over aanvullende opmerkingen of vragen, dan kan altijd onderling contact opgenomen worden.

Literatuur

Naast het afnemen van interviews vindt er een literatuuronderzoek plaats over actuele theoretische onderzoeken binnen beeldend therapie en MBT. Dit literatuuronderzoek dient ter ondersteuning van de bevindingen uit de interviews.

Hiervoor worden systematisch verschillende nationale en internationale databanken en e-tijdschriften doorzocht. Om deze reden zijn tien verschillende e-tijdschriften en vijf databanken naar specifieke literatuur over MBT binnen beeldende therapie doorgrond. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om alleen de meest belangrijke databanken te doorzoeken voor relevante literatuur, deze waren Pub Med, HBO Kennisbank, Google Scholar en EBSCOhost. Deze databanken zijn de grootste en belangrijkste op het gebied van de gezondheidszorg. Hier zijn de meest actuele artikelen te vinden.

Vervolgens werden er zoektermen gedefinieerd aan de hand van PICO vragen om van daaruit de gekozen e-tijdschriften en databanken systematisch te doorzoeken. De PICO vragen en de bijbehorende zoekgeschiedenis zijn in bijlage 8 te vinden.

Theoretische triangulatie wordt gewaarborgd door het gebruiken van respondenten uit verschillende standpunten. Voorbeelden hiervan zijn therapeuten werkzaam in een instelling of met een eigen praktijk, supervisors en therapeuten werkzaam met verschillende doelgroepen. Baarda et al. (2009) noemt het gebruik van verschillende dataverzamelingstechnieken en verschillende databronnen een multimethodeaanpak. Dit is ook een vorm van triangulatie. Aan deze vorm van triangulatie wordt in dit onderzoek tegemoet gekomen door het genereren van data uit interviews en literatuuronderzoek.

Onderzoekspopulatie

Baarda et al. (2009) beschrijft de onderzoekspopulatie als de afbakening van de onderzoekseenheden die de onderzoeker in zijn onderzoek wil betrekken. Om de kwaliteit van de te verzamelen data te waarborgen is het belangrijk dat de gekozen onderzoekspopulatie aan een aantal voorwaarden voldoet, ook wel inclusiecriteria genoemd. Deze worden in het kader van het onderzoek als volgt geformuleerd:

De beeldend therapeuten dienen in bezit te zijn van een afgeronde HBO opleiding beeldende therapie.

Ten tweede is het belangrijk dat de beeldende therapeut werkzaam is met cliënten met psychische of psychiatrische problemen, ofwel in de GGZ, ofwel in een eigen praktijk. Ten derde is het belangrijk dat de beeldend therapeut een MBT basiscursus heeft gevolgd en afgerond. Tot slot is ervaringskennis met de methode MBT geen vereiste, maar wel een wens, zodat de therapeut in de interviews zijn ervaringskennis kan delen. Er is sprake van een doelgerichte steekproef, ofwel 'purposive sampling'. Boeije (2005) omschrijft deze methode als het doelmatig selecteren van onderzoekseenheden uit de totale populatie. De onderzoekers maken bewust keuzes, op basis van de inclusiecriteria van de operationele populatie, en de sensitising concepts (zie § 2.5).

Het benaderen van respondenten heeft in eerste instantie via de email plaats gevonden. De onderzoekers hebben een algemene email verstuurd aan de operationele populatie waarin het onderzoeksthema wordt toegelicht en gevraagd wordt een interview af te nemen. Deze email is te vinden in bijlage 5. Door werkervaring in de praktijk hebben de onderzoekers al een aantal contacten gelegd met beeldend therapeuten. Er wordt gekozen in eerste instantie gebruik te maken van de bestaande contacten, het eerste interview wordt afgenomen met een ex- stagebegeleiders, zij valt binnen de criteria van de operationele populatie.

In het verloop van het onderzoek wordt een grotere diversiteit van respondenten opgezocht door verschillende instellingen en beeldend therapeuten, werkzaam met MBT, te contacteren. Hiervoor hebben de onderzoekers via internet gezocht naar beeldend therapeuten die werkzaam zijn met MBT. Daarnaast hebben zij in relevante vakliteratuur naar namen van therapeuten gezocht die met deze methode werken. De gevonden therapeuten zijn dan via email of telefoon gecontacteerd worden. Verder hebben de onderzoekers na elk interview aan de respondent gevraagd of deze nog andere therapeuten kent die werkzaam zijn met MBT. Het contact leggen met de respondenten verliep redelijk goed. De meeste respondenten hebben snel op e-mails geantwoord en waren bereid om een interview af te nemen. Bij sommige respondenten was het nodig om deze meer standvastig te benaderen.

Uiteindelijk konden de onderzoekers een brede range aan respondenten bevragen, namelijk persoonlijkheidsstoornissen (deeltijd/klinisch), kinderen en jeugdigen, psychosomatische klachten, verslaving en eetstoornissen. Waaronder ook respondenten waren die een prominente rol spelen in de ontwikkeling van MBT en beeldende therapie. Bijvoorbeeld door het publiceren van artikelen. Een

uitgebreide toelichting over de geïnterviewde respondenten is beschreven in bijlage 4. Doordat er een zo brede range aan respondenten benaderd is, is er sprake van een 'thick discription'. Deze verhoogt de kwaliteit van het onderzoek.

Daarnaast is in dit onderzoek een expert interview afgenomen. De expert is Katrijn Aerts, zijn is beeldend therapeut bij het kenniscentrum voor persoonlijkheidsproblematiek *De Viersprong*. In de Viersprong Academy worden cursussen en opleidingen in de methode MBT aangeboden. Katrijn Aerts speelt een belangrijke rol in het opleiden van beeldend therapeuten in de methode MBT. Om deze redenen is zij als expert gekozen. Bogner, Littig & Menz (2009) beschrijven experts als personen die lid zijn van belangrijke organisaties binnen het onderzoeksthema. Zo kan gewaarborgd worden dat de expert een onderzoekrelevante achtergrond heeft. In het expert interview worden de gevonden resultaten aan de expert voor gelegd, om de resultaten zo met haar visie te toetsen. Verkennende interviews kunnen een bijdrage leveren aan het structureren en thematiseren van het onderzoekgebied en de gevonden data (Bogner et al., 2009).

2.4 Datapreparatie

In het proces van datapreparatie wordt de data geschikt gemaakt voor analyse. Er werd gebruik gemaakt van de vier stappen in datavoorbereiding beschreven door Baarda et al. (2009).

Vorbereidende stap 1: Tekstbestand van de onderzoeksgegevens maken

In deze fase worden de door een memorecorder opgenomen interviews letterlijk uitgetypt. Zo kan er gewerkt worden met de volledige teksten. Om te voorkomen dat non-verbaal gedrag zoals gelaatsuitdrukkingen, houding, toon, ritme en intonatie verloren gaan, zo schrijft Boeije (2005), worden de belangrijkste uitingen binnen haakjes in de tekst opgenomen. De onderzoekers kiezen ervoor niet alle non-verbale uitingen van de respondenten te beschrijven. Enkel de non-verbale uitingen die belangrijk zijn ter ondersteuning van wat de respondent gezegd heeft. Dit gaat om opvallende uitingen, waarmee een respondent bijvoorbeeld sterk de nadruk legt op zijn of haar mening, of door een bepaald handgebaar juist weinig vertrouwen uit in een factor. Het benoemen van deze uitingen is voor de onderzoekers belangrijk omdat de combinatie van verbale en non-verbale uitingen de werkelijkheid realistisch kan weergeven. De uitgetypte vorm van een interview wordt ook wel transcript genoemd.

Vorbereidende stap 2: het schappen van niet- relevante tekst

De volgende stap was in een tweede document alle niet relevante data uit de interviews te schappen. Dit is de tekst die geen antwoord geeft op de onderzoeksvraag. Dit kan een onderbreking zijn in het interview door een andere persoon of ook verhalen die niet in relatie staan tot de onderzoeksvraag. Het resultaat is een afgekorte versie van het interview, die enkel nog de voor de onderzoeksvraag relevante informatie bevat.

Vorbereidende stap 3: keuze voor een analyse- eenheid

Als analyse- eenheid wordt gekozen voor het opdelen in *fragmenten*. Dit houdt in dat de gehele tekst opgedeeld wordt in fragmenten die over hetzelfde onderwerp gaan. Zo wordt duidelijk wanneer een onderwerp is afgelopen en wanneer een nieuw onderwerp begint. Uit de interviews werd duidelijk dat de vraagstelling van de onderzoeker vaak een belangrijke rol speelt in het antwoord van de respondent. De interviewer parafraseert bijvoorbeeld, en de respondent bevestigt met 'ja dat klopt' dat deze parafrase juist is. Door het opdelen in fragmenten konden vragen en antwoorden samen gevoegd worden. Bij het opdelen van fragmenten hebben de onderzoekers met kleurcodes gewerkt, zo werd duidelijk welk stuk van de respondent en welk stuk van de interviewer is.

Vorbereidende stap 4: relevante tekst opsplitsen in fragmenten

Bij het opsplitsen van de tekstfragmenten werd de tekst gelezen tot daar waar een nieuw onderwerp begint. Aan dit tekstfragment werd dan een samenvattende code gekoppeld. Aansluitend zijn de fragmenten, samen met de codes in een over een overzichtelijk schema gezet. Een voorbeeld van deze schema's is in bijlage 7 te vinden.

2.5 Data-analyse

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de coderingsprincipes van de 'Grounded Theory'. Doordat het onderzoek inventariserend van aard is, is het proces van data analyse vooral gericht op het open en axiaal coderen.

Open coderen

De eerste stap van de data analyse is het open coderen en vindt voornamelijk in het begin van het analyseproces plaats. De uitgewerkte interviews zijn het uitgangspunt. Deze worden herlezen en op chronologische volgorde voorzien met samenvattende termen, de codes. Open codes zijn samenvattingen van een tekstfragment, welke door een term omschreven worden. Het doel van het open coderen is een verkenning van de verzamelde data (Boeije, 2005).

Tijdens de beginfase van het coderen selecteert de onderzoeker nog nauwelijks op relevantie van het onderzoeksmateriaal. Want op dit moment weet de onderzoeker nog niet wat hij gaat tegenkomen en wat wel en niet belangrijk zal blijken te zijn. Op een later tijdstip wordt gekeken naar overeenkomsten of herhalingen van codes en wordt een selectie gemaakt.

De 'sensitising concepts' en de topiclijst worden gebruikt als eerste leiddraad voor het formuleren van open codes. Boeije (2005) omschrijft de 'sensitising concept' als attenderende, richtinggevende begrippen, geformuleerd vanuit de uitkomsten van literatuurstudie. Ze worden gezien als de bril of de lens die de onderzoeker richt op het veld van onderzoek en ze spelen een belangrijke rol in de analyse. De onderzoekers constateren twee mogelijke uitkomsten van dit onderzoek, ofwel 'sensitising concepts':

- 1) De onderzoekers gaan ervan uit dat MBT binnen beeldende door de verschillende therapeuten op verschillende manieren wordt toegepast. Hierbij zijn de begrippen cliënt, therapeut en beeldend medium van belang.
- 2) Het is onduidelijk welke ontwikkelingen er op het gebied van beeldende therapie en MBT spelen, een inventarisatie van de huidige ontwikkelingen in het werkveld is nodig. Met name is onduidelijk bij welke doelgroepen MBT wordt toegepast en of er wensen zijn met betrekking tot de ontwikkeling van de methode binnen beeldende therapie.

Bij het formuleren van open codes is het belangrijk dat de code de betekenis van het stuk tekst samenvattend weergeeft. Zo wordt de omvang van het materiaal verminderd en ontstaat er meer overzicht. Tijdens de eerste fase van de codering wordt snel duidelijk dat bepaalde codes onder themacodes te plaatsen zijn. Daarom hebben de onderzoekers ervoor gekozen om de themacodes cliënt, therapeut, medium, literatuur en wensen samen te stellen, waaronder de meeste codes samengevat kunnen worden. Daarnaast zijn bij elk interview individueel nog belangrijke thema's naar voren gekomen die een eigen themacode gekregen hebben.

Het resultaat van open coderen is een lijst met codes waaruit een codeboom kan ontstaan (Boeije, 2005). Dit proces vormt de start van de begripsvorming of conceptualisering van het veld van onderzoek. Belangrijke en relevante verschijnselen worden benoemd met begrippen en daarmee begint het theoretiseren, al is het nog zeer verkennend van aard (Boeije, 2005). In deze fase van het coderen hebben de onderzoekers als eerste stap individueel alle belangrijke codes verzamelt in een voorlopig schema. Als tweede stap hebben de onderzoekers deze aan elkaar voorgelegd en samen een 'mind-map' ontwikkeld waarin de belangrijkste begrippen uit de interviews in relatie met elkaar gebracht worden. Deze bevindingen zijn aan één expert voorgelegd en werden zo getoetst. Deze bevindingen vormen de basis voor de axiale codeboom.

Axiaal Coderen

Tijdens het axiaal coderen worden de codes gegeneraliseerd naar categorieën. De belangrijkste begrippen worden achterhaald en waar mogelijk omschreven (Boeije, 2005). Het axiaal coderen omvat de volgende stappen: Ten eerste werd gecontroleerd of de codes die tot nu toe zijn ontwikkeld de verzamelde gegevens voldoende dekken. Als dit niet het geval was werden er soms nieuwe codes ontwikkeld. Toen de tekstfragmenten in categorieën waren ingedeeld werd nog eens gecontroleerd of elk tekstfragment ook daadwerkelijk onder deze categorie past. Ten derde werden de categorieën in clusters opgedeeld, waarin een onderscheid tussen hoofd- en subcodes werd gemaakt en de codeboom ontstond. Tijdens dit proces kunnen eventueel codes opgesplitst, toegevoegd of weggehaald worden.

Volgens Boeije (2005) is het eerste doel van axiaal coderen om uit te maken wat belangrijke en wat minder belangrijke elementen van het onderzoek zijn. Deze keuzes zijn in eerste instantie gericht op het beantwoorden van de onderzoeksvraag en de deelvragen. Daarnaast kijken de onderzoekers ook of binnen de gevonden data nog andere waardevolle gegevens naar voren komen. Het tweede doel is om de omvang van gegevens en codes te verminderen. Vergelijken, toetsen en interpreteren zijn in deze fase belangrijke activiteiten.

In deze fase hebben de onderzoekers vooral gebruik gemaakt van de constante vergelijking, ofwel 'comparative analysis'. Voor het vormen van een codeboom zijn de onderzoekers steeds weer terug gegaan naar de oorspronkelijke data. Zo kon getoetst worden of de vorming en afbakening van categorieën ook overeen komen met de letterlijke data (Boeije, 2005). Bij het ontwikkelen van een codeboom werd verschillende informatie gebruikt: alle informatie uit de interviews, zoals samenvatting van open codes, topiclijst en aantekeningen uit het logboek. Van hieruit hebben de onderzoekers overkoepelende categorieën geformuleerd waaronder de resultaten van het open coderen samengevat kunnen worden. De codes werden samengevat onder de nieuw ontwikkelde categorieën door een nieuw schemasysteem te ontwikkelen. Onder elke categorie van de codeboom werden alle codes uit de schema's van het open coderen geplaatst.

De fase van axiaal coderen kan afgerond worden als zich duidelijk aftekent welke hoofdcategorieën en subcategorieën er zijn, hoe de categorieën zich van elkaar onderscheiden en wat ze betekenen (Boeije, 2005).

Daarbij hebben de onderzoekers ervoor gekozen om op twee momenten een 'member check' uit te voeren om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te verhogen (zie §2.6 *Confirmability*)

2.6 Kwaliteitscriteria

De kwaliteitscriteria van 'trustworthiness' zijn een belangrijk onderdeel van het onderzoek om de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid te waarborgen. In deze paragraaf wordt beschreven hoe aan deze criteria voldaan gaat worden.

Dependability verwijst naar de grondigheid van dataverzameling. Om een volledige verzadiging te bereiken moet de onderzoeker zo lang naar data zoeken totdat hij niets meer nieuws kan vinden.

Het afnemen van interviews speelt hierbij een belangrijke rol. Door een breed scala aan respondenten te benaderen en deze diepgaand te ondervragen over het onderzoeksthema wordt aan dit kwaliteitscriterium voldaan. Ten tweede wordt zoveel mogelijk literatuur gezocht als binnen dit tijdsbestek mogelijk is. Op deze manier wordt binnen het tijdsbestek van 3 maanden alle bestaande data over dit onderwerp verzameld. Het literatuuronderzoek vindt plaats door het scannen van e-tijdschriften en het doorzoeken van databanken naar relevante literatuur die aanvulling biedt aan het voorafgaande literatuuronderzoek. Hiervoor worden PICO vragen opgesteld gericht op de onderzoeksvraag en aan de hand van de vragen wordt de literatuur doorzocht (zie bijlage 8).

Confirmability beschrijft de overtuigingskracht van het onderzoek voor een buitenstaande lezer (Boeije, 2005).

Bij dit kwaliteitscriterium wordt gebruik gemaakt van de kwaliteit van de data scriptie. Het onderzoek wordt uitgevoerd door twee personen, deze kunnen aan elkaar toetsen of de gegevens op vergelijkbare wijze geïnterpreteerd worden en zo navolgbaar zijn. Dit werd vooral toegepast tijdens het proces van coderen, waarin de onderzoekers hun teksten uitwisselen om de andermans tekst te herlezen op duidelijkheid en kwaliteit. Dit is vooral in de beginfase van het analyse proces gebeurd doordat de onderzoekers de eerste gecodeerde interviews uitgewisseld hebben. Zij hebben vergeleken op welke manier de ander de codes formuleert. Dit proces heeft ook plaats gevonden tijdens het axiaal coderen. Bovendien speelt het proces van datapreparatie een belangrijke rol in de navolgbaarheid, hiervoor wordt verwezen naar §2.4.

Tijdens het onderzoek is het van belang om altijd het persoonlijke logboek bij te houden, waarin alle keuzes, ervaringen, meningen en ideeën worden beschreven. Zo kunnen de onderzoekers de gemaakte keuzes in het proces onderbouwen. Dit draagt bij aan de navolgbaarheid.

In de afrondende fase van het onderzoek hebben de onderzoekers een 'member-check' uitgevoerd, waarin de gevonden resultaten aan de respondenten voorgelegd worden om na te gaan of zij zich hierin terug kunnen vinden. Dit gebeurde in het begin van de data-analyse nadat het interview volledig transcribeert is met de vraag of alle informatie van het interview ook kloppen. Vervolgens heeft er nog

een tweede 'member check' plaats gevonden aan het einde van de data-analyse. De onderzoekers hebben de gevonden resultaten aan de respondenten voorgelegd en gevraagd of zij zich in deze gegevens terug kunnen vinden.

Bovendien zijn er vijf verschillende 'peer- debriefers' bij het onderzoek betrokken (zie bijlage 3). Twee personen controleren tijdens het schrijfproces op de navolgbaarheid van het onderzoek. Zij hebben het onderzoek in drie delen ontvangen en hebben hier feedback op gegeven. Ten eerste de probleemstelling, vervolgens de onderzoeksmethode, dan de resultaten en tot slot de twee discussies. Afsluitend zijn er nog drie 'peer-debrievers' die het volledige onderzoek op navolgbaarheid doornemen. Deze hebben het gehele onderzoek gelezen nadat de opmerkingen van de vorige twee 'peer- debrievers' al verwerkt waren. Door het uitvoeren van meerdere 'peer- debriefings' wordt de onderzoekertriangulatie gewaarborgd wat de betrouwbaarheid en daardoor de kwaliteit van het onderzoek verhoogd.

Transferability omvat de bruikbaarheid van het onderzoek. Hoe bruikbaar zijn de resultaten van het onderzoek voor de praktijk. Voor de bruikbaarheid van het onderzoek is de overdraagbaarheid van groot belang (Boeije, 2005).

Door werken in een duo-scriptie zijn alle beslissingen voor het verloop van het onderzoek in afstemming met elkaar gemaakt. Hierbij hebben de onderzoekers samen na gedacht over welke vervolgstappen genomen moeten worden en deze in notities vast gehouden welke in zijn geheel het onderzoekslogboek vormt.

De resultaten van het onderzoek komen voort uit de praktijk. Er wordt een beschrijvende weerspiegeling geven van de actuele ontwikkelingen op het gebied MBT en beeldende therapie. Daardoor zijn de resultaten ook bruikbaar voor andere beeldend therapeuten die werkzaam zijn met MBT of andere beeldend therapeuten die interesse tonen in deze methode.

Credibility beschrijft de geloofwaardigheid van analyses door de respondenten. Kunnen de respondenten zich in de analyse en de resultaten herkennen? (Smeijsters, 2008)

Om de credibility van het onderzoek te waarborgen maken wij twee keer tijdens de analysefase gebruik van een 'member- check'. Dit gebeurt aan het begin en aan het einde van de analyse fase. Hierbij hebben wij alle respondenten benaderd en ook van alle respondenten feedback ontvangen.

Authenticity betekent letterlijk authenticiteit. Hierbij is het van belang dat de respondenten een eerlijke kans krijgen om hun eigen mening en visies in te brengen (Smeijsters, 2008). In dit inventariserend onderzoek willen de onderzoekers juist de verschillende meningen en opvattingen van de therapeuten in kaart brengen. Hiervoor hebben de onderzoekers de respondenten genoeg vrijheid gelaten om tijdens het open interview hun eigen visie te verwoorden. De data zijn letterlijk uitgetypt, zonder veranderingen aan wat de respondent heeft gezegd. Daarnaast zijn de uitgetypte interviews en de resultaten aan de respondenten voorgelegd zodat zij kunnen toetsen of de bevindingen overeen komen met hun visies.

3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt de gevonden data uiteengezet. Er is in het proces van data-analyse een grote hoeveelheid data verzameld, waarvan in dit hoofdstuk de belangrijkste thema's worden beschreven. De resultaten worden beschreven aan de hand van de deelvragen die in dit onderzoek zijn opgesteld (zie §1.5). Ten eerste worden de verschillende doelgroepen in kaart gebracht. Vervolgens wordt ingegaan op de specifieke methodische toepassing van MBT binnen beeldende therapie, gericht op therapeut, cliënt en medium. Ten derde wordt een samenvatting beschreven van de nationale en internationale literatuur. Tot slot worden de overige ontwikkelingen beschreven.

3.1. Bij welke doelgroepen wordt de MBT in beeldende therapie toegepast?

Tijdens de analysefase is snel duidelijk geworden dat de methode MBT niet alleen binnen persoonlijkheidsstoornissen en de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt toegepast. Een respondent heeft hierover een algemene uitspraak gedaan die van toepassing is op de verschillende doelgroepen: 'het zijn

doelgroepen waar het gaat om veranderingsprocessen. Je hebt ook processen die meer gericht zijn op het stabiliseren van zaken en daar heeft MBT geen toepassing'.

Persoonlijkheidsstoornissen

De methode MBT wordt het meest toegepast bij cliënten met een persoonlijkheidsproblematiek. Binnen dit onderzoek zijn vier respondenten geïnterviewd die werkzaam zijn met deze doelgroep. De eerste respondent, Brigitte Plum, is werkzaam binnen Mondriaan zorggroep met 'high-level' persoonlijkheidsstoornissen, voornamelijk borderline persoonlijkheidsstoornis.

Marianne Verfaillie werkt bij de GGZ Eindhoven met volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek, met name borderline en narcistische persoonlijkheidsproblematiek. 'In de grote lijn kan je zeggen dat het mensen zijn tussen de vijftientig en de vijfendertig jaar. In deze fase ga je, je leven vormgeven in die zin dat je een relatie aan gaat en gaat werken, dit blijkt bij deze cliënten niet te lukken'.

Een andere respondent, Mia Wientjes, werkt met 'high-level' en 'low-level' borderline persoonlijkheidsproblematiek (BPS) binnen de GGZ Altrecht.

De laatste geïnterviewde respondent heeft gewerkt met cliënten met BPS in een deeltijd behandelkader. Op dit moment werkt zij niet meer met deze doelgroep. Daarbij wil zij graag anoniem blijven.

Ter ondersteuning van de resultaten is er een expert interview afgenomen met Katrijn Aerts, zij is werkzaam in het expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek 'De Viersprong'. Ze behandelt cliënten met zware vormen van 'low-level' persoonlijkheidsproblematiek, met name borderline en anti-sociale persoonlijkheidsstoornis.

Kinder- en Jeugd

Binnen kinder- en jeugdpsychiatrie wordt MBT, hier MBKT genoemd, ook binnen beeldende therapie toegepast. Eén van de twee respondenten, Corinne Prins, werkt met jongeren met hechtingsproblematiek, reactieve hechtingsstoornis en gedragsstoornis binnen de polikliniek Accare voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De cliënten zijn kinderen met complexe trauma's, de trauma's zijn in de eerste levensjaren niet goed gereguleerd. 'Dus dan zijn al die gevoelens van binnen helemaal op de hobbels. En het kind brengt het op een niet adequate manier naar buiten. Dan worden ze altijd hier op de polikliniek aangemeld, met problemen in de emotieregulatie en opstandig, agressief en extravert gedrag.'

De tweede respondent werkzaam met MBKT is Liesbeth Bosgraaf zij werkt binnen de instelling Tjallingahiem met kinderen met een lichtverstandelijke beperking, hechting- en gedragsproblematiek. Het zijn kinderen met weinig vermogen tot mentaliseren, die niet over zichzelf kunnen nadenken. In de behandeling wordt expliciet afgestemd op het individuele ontwikkelingsstadia van het kind.

Psychosomatiek

Ook bij cliënten met onverklaarbare lichamelijke klachten wordt met mentaliseren gewerkt. Dit zijn cliënten die moeilijk kunnen luisteren naar hun lichaam en moeite hebben bij zichzelf stil te staan. Ze voelen niet wat er in hun lichaam gebeurt. Sytske Riphagen werkt in de instelling Altrecht psychosomatiek met verschillende methoden, waaronder MBT. Doordat deze doelgroep de eigen lichamelijke grenzen en signalen niet goed kan herkennen wordt gefocust op het lichaamgericht mentaliseren. Zo leren de cliënten om te gaan met eigen gevoelens, en leren zij lichaamssignalen te herkennen om meer verbinding te kunnen maken met hun eigen lichaam en leven.

Eetstoornissen

Karin van der Vegt werkt binnen de instelling GGZ Breburg met een andere doelgroep waarbij het lichamelijk mentaliseren een belangrijke rol speelt, namelijk eetstoornissen. De toepassing van MBT bij cliënten met eetstoornissen is een redelijk nieuwe ontwikkeling. Bij cliënten met een eetstoornis is het mentaliserend vermogen vaak beperkt ontwikkeld. De respondent zegt hierover: 'Als je de overtuiging hebt heel dik te zijn terwijl je eigenlijk heel dun bent, dat is absoluut niet mentaliserend.' De respondent werkt voornamelijk met cliënten met anorexia, boulimia komt in de instelling minder vaak voor. Cliënten hebben moeite met contact maken op iedere mogelijke manier, de behandeling is gefocust op het lichaam.

Verslavingsproblematiek

De laatste geïnventariseerde doelgroep van dit onderzoek is verslaving. Deze problematiek kan ook als afhankelijkheidsproblematiek van het middel beschreven worden. Om aan het middel te komen gebruiken

ze andere mensen. Dus ze zijn gebruiker van het middel zelf, maar ook van de mensen om hun heen. 'Iemand die verslaafd is, is gewoon in bijna ieder opzicht de controle over zichzelf kwijt. De zucht, de trek heeft zowel fysiek als geestelijk als het ware de regie over genomen.' Cliënten met een verslavingsproblematiek leven in hun eigen wereld. 'Hun beleving is de realiteit.' Lille Dresden heeft meerde jaren met deze doelgroep binnen polikliniek IrisZorg gewerkt.

In bijlage 4 is een korte samenvatting te vinden van de interviews met de verschillende respondenten De doelgroep, het behandelkader, therapeutische technieken, gebruikte materialen, en dergelijke worden in een schema weergegeven.

3.2. Op welke manier wordt MBT methodisch toegepast in beeldende therapie?

In dit onderdeel wordt ingegaan op de methodische toepassing van MBT binnen beeldende therapie. Er wordt gestart met de randvoorwaarden, vervolgens wordt ingegaan op de therapeut, de cliënt en het medium. In de beschrijving is geen onderscheid gemaakt in de specifieke toepassing van de methode bij de verschillende doelgroepen. Het doel is immers een algemeen beeld te geven van de actuele ontwikkelingen. Bij de beschrijving van de therapeutische methoden (§3.2.1b) en technieken (§3.2.1d) wordt wel een onderscheid gemaakt tussen kinderen en volwassenen. Deze verschillen namelijk sterk van elkaar. In bijlage 2 wordt de methodische toepassing van MBT in beeldende therapie in een algemeen schema weergegeven.

3.2.1 De therapeut binnen beeldende therapie en MBT

In deze paragraaf worden de resultaten onder het deelopkopje therapeut omschreven. Dit omvat de randvoorwaarden, methoden, therapeutische houding, therapeutische technieken en de nabespreking.

3.2.1a Randvoorwaarden

Uit de interviews wordt duidelijk dat de respondenten verschillende randvoorwaarden belangrijk vinden in de MBT behandeling. Randvoorwaarden zijn aspecten waaraan voldaan moet worden om ontwikkeling van de cliënt in beeldende therapie mogelijk te maken.

De therapeut heeft voldoende materiaalkennis

Voor vijf van de negen therapeuten is het van groot belang dat zij over voldoende materiaalkennis beschikken. Eén van de respondenten benoemt het als een absolute voorwaarde dat de therapeut de gevoelswaarde van ieder materiaal kent. Een andere respondent koppelt dit aan de ontwikkelingsfase waarin de cliënt zich bevindt: '...als therapeut moet je weten welke fase de cliënt zit en welke onderwerpen of stappen in die fase belangrijk zijn. Soms haal ik quasi nonchalant een materiaal uit de kast waarvan ik denk dat het mooi aan zou sluiten'.

De therapeut is zich bewust van de transitional space

Beide respondenten die werkzaam zijn met kinderen met hechtingsproblematiek, benoemen dat het belangrijk is dat de therapeut zich bewust is van de 'transitional space' (zie begripsomschrijving bijlage 1) in beeldende therapie, en dat hij deze goed moet kunnen 'containen'. 'In het spel gaat het [bij kinderen] om de grens tussen fantasie en werkelijkheid. Je creëert [in beeldende therapie] een ruimte waar je dat gecontained echt kan doen'. Maar dat vereist dus ook heel veel van de therapeut. Je kan wel een ruimte hebben met materialen, maar je moet wel goed weten wat de betekenis dan is van die ruimte, die materialen en die 'transitional space'.

De therapeut stemt het materiaal af op de cliënt

Ook geven drie respondenten aan dat zij vooral in de eerste fase van de therapie op zoek gaan naar een materiaal of een opdracht die aansluit bij de cliënt. Zij stemmen hierbij af op wat voor de cliënt haalbaar is. Zo raakt de cliënt geboeid en geïnteresseerd. Twee respondenten geven aan dat het niet veel uitmaakt wat je de cliënt aan biedt 'al ga je breien bij wijze van spreken'. Zo komt interesse en beweging op gang.

De therapeut biedt veiligheid en structuur

Veiligheid en structuur zijn twee belangrijke aspecten. Een respondent benoemt dat door structuur en regelmaat in de therapie veiligheid gecreëerd kan worden. De cliënt kan hierdoor meer loslaten. Een andere respondent werkzaam met eetstoornissen benoemt het belang van begrenzing voor de cliënt. Tot slot beschrijft één respondent dat gewenning aan de therapie ook een belangrijk factor is. Hoe langer iemand in therapie is, hoe meer veiligheid en zelfstandigheid te observeren is.

3.2.1b Methoden

Naast de methode MBT zoals deze werd beschreven in §1.2.3 passen de beeldend therapeuten nog andere methoden toe om het mentaliserend vermogen van de cliënt te bevorderen. In deze paragraaf volgt een overzicht waarin onderscheid wordt gemaakt tussen methoden in het werken met volwassenen en methoden in het werken met kinderen.

Methoden in het werken met volwassenen

Beeldwaarneming

Vijf respondenten maken gebruik van het objectief observeren van het beeldend werkstuk. Drie verschillende methoden worden genoemd: de beeldwaarneming van Ella Molenaar, de formele beeldanalyse en de beeldwaarneming zoals deze in de kunstzinnige therapie wordt gebruikt. Iedere respondent benoemt hierbij dat het objectief waarnemen van een werkstuk mentaliserend kan werken. Respondenten gebruiken dit instrument zowel in de nabespreking als tijdens het werkproces van de cliënt.

De expert over de mentaliserende werking van beeldwaarneming

Beeldwaarneming kan mentaliserend bevorderend werken omdat het concretiserend is, de cliënt wordt uitgedaagd in het hier en nu te kijken naar het werkstuk en af te stappen van zijn, soms starre, eigen beleving. Als therapeut is het van belang dat je blijft opletten: is dit het mentaliserend bevorderende proces wat we op dit moment, bij deze patiënt nodig hebben?

Analoge procesmodel en vitality affects

Vier respondenten gebruiken het analoge procesmodel in hun beeldende therapie. Eén respondent zegt dit als een methodische basis te zien, en past dit niet bewust in interventies toe. Drie respondenten benoemen het belang van 'in beweging komen' bij het ontwikkelen van mentaliserend vermogen. De therapeut sluit aan bij de 'vitality affects', bij de beleving van de cliënt in het moment.

Expressive Therapies Continuum (ETC)

Het Expressive Therapies Continuüm bestaat uit drie lagen van creativiteit. De onderste laag is die van beweging en sensomotoriek, laag twee bestaat uit waarneming en het gevoel, laag drie uit cognitie en symboliek. Interventies zijn erop gericht de cliënt te stimuleren om het functioneren uit alle lagen te integreren (Schweizer, 2009). Twee respondenten benoemen het ETC in het interview. Eén respondent past de verschillende lagen van creativiteit toe in haar interventies. In §3.2.1d leest u hier meer over.

Methoden in het werken met kinderen en jeugdigen

Mentalisation Based Kinder Treatment

Beide therapeuten die werkzaam zijn met kinderen met hechtingsproblematiek passen de methode MBKT toe. Drie fasen: aandachtsregulatie, affectregulatie en mentaliseren zijn te onderscheiden. In §3.2.1d worden de interventies gericht op de drie fases beschreven.

Stop-Denk-Doe methode

Eén respondent past de stop-denk-doe methode toe in het werken met kinderen, dit is een methode uit de cognitieve gedragstherapie. Zij geeft aan dat kinderen in de fase van aandachtsregulatie veel structuur nodig hebben. Door samen met het kind een concreet stappenplan voor het maken van een werkstuk uit te werken biedt zij deze structuur.

3.2.1c Therapeutische houding

De respondenten geven unaniem aan hun houding af te stemmen op de cliënt en zijn niveau van handelen, dit wordt ook wel *aansluiten bij* de cliënt genoemd. Eén respondent zegt hierover: 'ik wil precies weten hoe de cliënten psychisch functioneren, en op welke manier. Ik sluit aan bij de beleving van de cliënt'. Alle respondenten noemen, in verschillende bewoordingen, een open, steunende, bekrachtigende en onderzoekende houding aan te nemen. Hierin nemen therapeuten een actieve, vragende houding aan waarmee zij de cliënt proberen te begrijpen.

Aandachtig en in het hier en nu aanwezig zijn

Zes van de negen respondenten geven aan dat zij aandachtig en in het hier en nu aanwezig zijn bij de cliënt. Respondenten richten zich niet zozeer op het verleden, en het verklaren van eventuele trauma's of life-events, maar meer op de impact hiervan op het heden en op de omgang met het beeldend materiaal.

Niet-wetende houding

Drie van de negen respondenten geven aan een niet-wetende houding aan te nemen, dit wordt omschreven als een nieuwsgierige, vragende houding waarbij de therapeut duidelijk maakt te willen begrijpen hoe de cliënt denkt, voelt en handelt. Twee andere respondenten noemen het belang van een waardevrije houding, waarin niet wordt geïnterpreteerd. '... waardevrij, zonder te zeggen: 'dat heb je toch wel heel snel gedaan'. Daar hoor je al een toon in. Ik vraag 'hoe heb je dat gedaan? Door je vingers erin te drukken'. Dus je vraagt wat er is gebeurt, en je gaat niet interpreteren'.

Respectvolle houding

Voor drie van de negen respondenten is het belangrijk de cliënt serieus te nemen. 'Daar waar een cliënt over een werkstuk zegt 'dat vind ik kinderachtig'. Dan ga ik niet roepen, dat is helemaal niet zo. Ik vraag van wat bedoel je daar nu eigenlijk?'....'Wat vind je daarvan wat wil je ermee. Dat je eigenlijk heel erg serieus gaat nemen, van wat wordt er bedoeld en dat je daar ook erkenning voor hebt'.

Confronterende houding

Drie van de negen respondenten benoemen expliciet dat zij soms een prikkelende, confronterende houding aan nemen. Alle drie geven zij aan dat dit ook een eigenschap is van hen als therapeut. Het blijkt echter ook afhankelijk van de doelgroep waarmee de respondent werkzaam is. De respondent die werkzaam is met cliënten met verslavingsproblematiek benoemt: 'ik denk dat je als therapeut een heel duidelijke aanwezigheid moet hebben, dat je heel expliciet bent in wat je wilt en wie je bent. En dat je dus daardoor de mensen de ruimte laat om hun eigen proces te hebben'. In het werken met cliënten met psychosomatiek benoemt één respondent slechts confronterend te zijn in het bewustwordingsproces van een cliënt. Zij kiest niet voor een provocerende manier van therapie, maar confronteert vanuit veiligheid en vindt het belangrijk niet te veroordelen.

De expert over de therapeutische houding

Transparantie en echtheid zijn belangrijke basisattituden van de MBT therapeut. De therapeut is transparant over de interventies die hij inzet, en zal aan de cliënt uitleggen waarom hij denkt dat deze interventie hem zal helpen. Zo begrijpt de cliënt hoe hij zijn mentaliserend vermogen kan proberen te herstellen op momenten van hoge of lage spanning.

3.2.1d Therapeutische technieken

Met het begrip therapeutische techniek wordt de interventie van de beeldend therapeut voor, tijdens en na de werkvorm bedoeld, zowel verbaal als in het medium (Smeijsters, 2008). Een interventie is een doelmatig ingrijpen in het proces van de cliënt. Een interventie kan zowel verbaal als non-verbaal van aard zijn.

Interventies gericht op de modi's van niet-mentaliseren

Van de zeven respondenten die met volwassenen werken, benoemen er zes dat zij gerichte interventies doen op de modi's van niet-mentaliseren (zie §1.2.6). De respondenten benoemen dat zij het

spanningsniveau van de cliënt observeren, en bij een hoge en lage arousal verschillende interventies toepassen. Uit de interviews blijkt dat het maken van contact de eerste stap tot mentaliseren is. Eén respondent zegt hierover: 'je brengt ze eerst terug in het contact, met mij als therapeut en ook naar zichzelf toe'.

Psychisch equivalente modus

In de equivalente modus (zie §1.2.6), bij een hoge spanning, toont de therapeut in zijn houding begrip, hij is empatisch en geeft steun. 'Zo kan de spanning dalen en ontstaat er ruimte om te kunnen mentaliseren, te voelen en te denken'.

Twee respondenten benoemen beeldend materiaal gericht in te zetten om het spanningsniveau van de cliënt te beïnvloeden, één respondent zegt hierover: 'met ieder materiaal en iedere werkwijze kun je gradaties inbouwen waarin je kunt schuiven van controle naar minder controle, of van vast naar vloeibaar. Klei kun je bijvoorbeeld constructief bewerken, maar ook sensopatisch. Alle gradaties die daar tussenin zitten zijn opties'. Een andere respondent zegt hierover: 'als ik ze uit de hoge arousal wil halen dan pak ik meestal potlood, kleurpotloden. Iets meer cognitief vind ik dat'.

In de psychische equivalentie modus gebruiken twee respondenten schrijfp opdrachten om de spanning te verlagen. Beide benoemen zij dat dit maakt dat de cliënt afstand kan nemen van zijn werkstuk en dat zo de spanning kan dalen. Eén therapeut noemt dat zo de verbinding tussen denken en voelen op gang komt.

Ook de beeldwaarneming wordt toegepast bij het beïnvloeden van de modi. In de psychisch equivalente modus kan de cliënt de overtuiging 'mijn werkstuk is niets waard dus ik ben niets waard' hebben. De therapeut stelt de cliënt concrete vragen over het werkstuk 'wat zie je? Zie je lijnen, zie je vlakken?', op deze manier kan de spanning zakken en de equivalente overtuiging gerelativeerd worden.

De expert over interventies in de psychische equivalentie modus

In de equivalentie modus is een bepaald gevoel of een bepaalde gedachte de enige waarheid en realiteit. Er is sprake van een zwart wit beleving, de therapeut probeert deze beleving aan het wankelen te krijgen door twijfel te creëren. De expert benoemt hiervan een voorbeeld waarin zij de cliënt vraagt lichaamstekeningen te maken. In eerste instantie een tekening van hoe de cliënt *denkt* dat haar lichaamsomvang is, en later ook van de realistische lichaamsomvang. Tijdens het werkproces houdt de therapeut het spanningsniveau van de cliënt in de gaten en speelt in op wissels in equivalentie. Wordt de spanning te hoog dan vraagt ze de cliënt concrete irreële equivalente gedachten en gevoelens op te schrijven.

Alsof modus

In de alsof mode (zie §1.2.6), bij een laag spanningsniveau, benoemen vier respondenten dat zij ingaan op het affect. De cliënt heeft in deze modus de neiging om veel te praten, en het probleem groter en groter te maken, zo vertelt een respondent. Op dit moment stelt zij concretiserende vragen: wat gebeurde er nu precies? Wat voelde je daarbij?

Ook in de alsof mode, op het moment dat de cliënt bij het maken van het werkstuk niet in contact is met zijn gevoel en bijvoorbeeld maar wat over het werkstuk wrijft, wordt de beeldwaarneming toegepast. Eén respondent benoemt dat zij door het gebruik van concrete vragen over het werkstuk de beleving van de cliënt prikkelt. Ook geeft zij soms terug 'ik zie dat je steeds in deze richting werkt, wat zou dat kunnen betekenen?' De respondenten geven aan een koppeling te maken tussen de objectieve beeldelementen en de beleving van de cliënt. Zo komt het contact met het gevoel weer op gang.

Verder valt op dat twee respondenten meer sensopatische materialen toepassen, omdat dit volgens het contact met het gevoel vergroot.

De expert over interventies in de alsof modus

In de alsof mode is de cliënt vaak erg cognitief en moet hij meer naar het affect. 'Ik zet een opdracht in om vooral de cognitie te stoppen en te zorgen dat iemand gaat stilstaan bij hoe zit ik erbij?' De expert geeft aan in deze modus in te zetten op het tactiele appèl en hiertoe sensopatische materialen in te zetten. 'Ik doe puur interventies in het medium om te zorgen dat iemand wat uit die cognitieve pretend komt en meer gaat ervaren en gaat voelen. Hierbij zet ik verbale interventies en concretiserende vragen in zodat de focus blijft op hoe de cliënt hier, nu zit'. Het werken met potlood en papier benoemt zij als doorgaans te cognitief.

Gemarkeerd spiegelen

Zeven respondenten werken met gemarkeerd spiegelen, één respondent benoemt dit als 'herkenning hebben voor het achterliggende gevoel, en dat duidelijk markeren. Als therapeut laat je zien: ik zie dat, ik voel dat'. Uit de interviews blijkt dat gemarkeerd spiegelen op drie verschillende manieren wordt toegepast. Ten eerste kan het in gesprek plaatsvinden, bijvoorbeeld: 'ik heb de indruk dat je er niet lekker bij zit, klopt dat?'. Ten tweede kan het via het beeldend werk plaats vinden. De therapeut benoemt dan hoe hij de cliënt ziet werken: 'ik zie je zo actief en ruw bezig met het materiaal, ik krijg het idee dat er misschien boosheid zit als ik je gezicht zo zie'. Ten derde kan gemarkeerd spiegelen letterlijk in het beeldend werken plaatsvinden. De therapeut werkt dan samen met de cliënt of naast de cliënt, en de spiegeling vind dan in de non-verbale interactie plaats. Eén respondent beschrijft hiervan een voorbeeld in individuele therapie met een fors hechtingsgestoord meisje van 7 jaar. 'Ik ben letterlijk met haar mee gaan scheuren, en op een gegeven moment was ze uitgescheurd. Later ging ze diezelfde beweging maken met krijt. Toen ben ik heel langzaam met haar hand diezelfde beweging gaan maken, kggggg, met het krijt'.

Eén respondent gebruikt het begrip contingent spiegelen: 'op het moment dat er iets op het spanningsgebied gebeurt, dat je er dan bent. En het niet laat, om het vervolgens in de nabespreking te bespreken, als de cliënt al in een andere modus verkeert'.

Een andere respondent, werkzaam met cliënten met psychosomatiek, spreekt van lichamelijk spiegelen. Dit doet zij bijvoorbeeld door de lichaamshouding die zij observeert bij de cliënt te benoemen: 'ik zie dat je schouders gespannen zijn'. Zij spiegelt ook door haar eigen lichaamssignalen terug te geven aan de cliënt: 'ik merk dat ik een brok in mijn keel krijg als je dit zo verteld'.

Interventies gericht op de materiaalbeleving van de cliënt

Zes respondenten benoemen te vragen naar de materiaalbeleving die de cliënt heeft tijdens het werken met beeldend materiaal. De manier waarop de respondent dit doet blijkt per doelgroep te verschillen. Eén respondent benoemt dat zij in het werken met cliënten met psychosomatiek expliciet naar de materiaalbeleving van de cliënt vraagt: 'ze voelen gewoon zo weinig van zichzelf, dat ik er steeds expliciet naar moet vragen. Dus ik vraag wat doet die beweging met je? Merk je iets in je ademhaling als je met dit materiaal werkt? Voelt het warm of koud? Het is steeds het aanwakkeren en bewust blijven van wat er in het moment gebeurt'.

De respondent die werkzaam is met cliënten met anorexia benoemt dat deze cliëntengroep expressief is in hun omgang met het materiaal: 'Maar dat kan juist ook heel pretend (alsof modus, §1.2.6) zijn, dat ze maar grote schilderijen blijven maken met veel verf en een paletmes. Als ik dan ging vragen naar gevoel dan blijkt de cliënt er niet zoveel bij te voelen'.

Twee respondenten hebben genoemd dat ze het heel belangrijk vinden vanuit het materiaal te werken, met de gevoelsbeleving in het moment. 'Ik werk heel erg vanuit een materiaal... met de appèlwaarde (voor begripsomschrijving zie bijlage 1) van het materiaal, wat je ermee kan doen en wat het met jou doet'.

Eén respondent benoemt dat het vragen naar materiaalbeleving vaak niet aan komt bij de cliënt met een BPS. Op vragen als 'hoe voelt de klei? Nat, zacht, koud?' kan de cliënt volgens haar vaak geen antwoord geven.

Tot slot benoemt één respondent dat zij het vragen naar materiaalbeleving, maar ook naar materiaalhantering gebruikt als een manier om contact te maken met de cliënt. Zij gaat naast de cliënt zitten, stelt vragen over het werkstuk, en maakt op deze manier contact.

De expert over het vragen naar materiaalbeleving

In eerste instantie benoemt de expert dat zij enkel naar materiaalbeleving vraagt als dit aansluit bij het mentaliserend proces van de cliënt. Zij maakt hierin een onderscheid tussen de psychisch equivalentie modus en de alsof modus. Zit de cliënt in alsof mode dan kan de therapeut de cliënt vragen eerst puur stil te staan bij het gevoel: 'hoe vind je het om met softpastel te krassen te wrijven of glooiende bewegingen te maken?'. Bij de psychisch equivalente modus is het vragen naar materiaalbeleving niet zo gepast, de cliënt is immers al één met zijn beleving. De expert geeft aan de cliënt in deze modus eerder een cognitieve uitwerking te laten maken.

Interventies die tot doel hebben het denken, het voelen en het handelen te verbinden

Uit de interviews blijkt dat alle respondenten interventies toepassen om het voelen, het denken en het handelen met elkaar te verbinden. Eén respondent benoemt dat het werken in het medium de mogelijkheid biedt de verschuiving tussen denken en voelen te faciliteren. 'Met ieder materiaal en iedere werkwijze kun je gradaties inbouwen waarin je kunt schuiven van controle naar minder controle, of van vast naar vloeibaar. Klei kun je bijvoorbeeld constructief bewerken, maar ook sensopatisch. Alle gradaties die daar tussenin zitten zijn opties'. Van hier uit kan de therapeut nieuwe ervaringsgebieden aanspreken door materialen aan te dragen waarbij de cliënt een nieuwe ervaring op kan doen.

Twee respondenten benoemen de cliënt te vragen aan de hand van hun beeldend werkstuk te schrijven. Dit zien zij als een verdieping van de ervaring in het medium. 'Door het te beschrijven kan je er afstand van nemen en komt de ervaring ook nog meer binnen'.

Eén respondent benoemt dat cliënten in het begin van de behandeling vaak veel symboliek gebruiken, tranen staan dan bijvoorbeeld symbool voor verdriet. Symboliek benoemt zij als meer cognitief, het is een woord dat staat voor een gevoel. Zij vraagt de cliënt in dit kader een zee te schilderen, ze vraagt naar de beleving van het verdriet. Zo wordt concreter wat de cliënt verdrietig maakt in het dagelijks leven. Er ontstaat ook meer verbinding met het gevoel.

Interventies op basis van het Expressive Therapies Continuüm (ETC)

Twee respondenten benoemen het ETC in het interview. Eén respondent koppelt de fasen van creativiteit zoals deze in het ETC worden beschreven aan de ontwikkelingsfase die de cliënt in therapie doormaakt. Deze respondent werkt met cliënten met eetstoornissen. 'In het begin van de therapie werk ik vooral met het sensomotorische en kinetische aspect. Ik stimuleer het contact met het lijf, de cliënt is namelijk zo uit contact met haar lijf'. Hiertoe zet de respondent materialen in zoals klei en gips, en vraagt cliënten bijvoorbeeld elkaars hand in te gipsen. Ook zegt deze respondent aan te sluiten op de sensomotorische laag door opdrachten aan te bieden waar de cliënt controle los moet laten, bijvoorbeeld bij gebruik van expressieve technieken.

Later in de behandeling maakt de respondent de verbinding naar het lichaamsbeeld. In deze fase werken de cliënten met lichaamstekeningen en maken zij bijvoorbeeld een torso van gips. 'De nadruk ligt dan niet zozeer op hoe zie ik er nu uit, maar op wie ben ik nou eigenlijk, wat is mijn binnenkant, wat is mijn buitenkant. Dus dan komt dat cognitieve er veel meer bij. En dan gaat het veel meer over 'wie ben ik', en kan ik mijzelf aanvaarden zoals ik ben?'.

De andere respondent benoemt het ETC vooral als een kader waarlangs de therapeut zijn interventies kan invullen. Zij onderzoekt op dit moment hoe zij de fasen van creativiteit uit het ETC kan koppelen aan de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen en aan de ontwikkeling van het zelf. Zij kijkt hierin naar verschillende aspecten: de materiaalhantering en materiaalbeleving van de cliënt. Ze stemt af op het voorkeurshandelen van de cliënt en kiest zo materiaalaspecten bij de geformuleerde doelstelling. De respondent benoemt dat het van belang is dat de cliënt op iedere laag van het ETC een creatieve ervaring op kan doen, een ervaring die stimuleert en uitdaagt tot verdere ontwikkeling. Op deze manier gaat de cliënt van 'doen' naar 'zien wat ik doe' naar 'gericht kunnen afstemmen op wat ik doe'.

Therapeutische technieken bij kinderen en jeugdigen

Zoals eerder benoemt werken twee respondenten met kinderen en jeugdigen met hechtingsproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking. Zij gebruiken beiden de drie fasen aandachtregulatie, affectregulatie en mentaliseren. Deze fasen zijn de basis voor de therapeutische interventies. Eén van de respondenten benoemt naast MBKT ook aspecten van cognitieve gedragstherapie toe te passen. Zij zegt hierover: 'bij deze doelgroep is affectieve afstemming het belangrijkste, het is de basis van de methodiek'.

Van mij als therapeut vraagt dit om steeds te kunnen switchen in mijn houding en werkwijze om te kunnen afstemmen op het kind'. Uit de interviews blijkt dat de respondenten verschillende technieken inzetten, deze worden hieronder beschreven.

Fase van aandachtsregulatie

Beide respondenten benoemen in deze eerste fase het belang van structuur, duidelijkheid, grenzen en regelmaat. Een duidelijk afgebakend kader in de therapie is volgens hen een voorwaarde, het kind kan zo veiligheid ervaren. De volgende technieken worden in deze fase door de respondenten gebruikt.

Benoemen van de handeling Beide respondenten benoemen in de fase van aandachtsregulatie niet in te gaan op het affect, maar vooral het concrete handelen en gedrag van het kind te benoemen. Zij benoemen de handeling van het kind in het medium: 'je bent nu heel hard aan het timmeren'. Op deze manier wordt het kind bewust van wat hij aan het doen is.

Trechteren Eén respondent benoemt trechteren als techniek om aandachtsregulatie te trainen. Door de aandacht te vestigen op wat het kind doet of zegt, en ook op wat hij in het medium laat zien, en hier dan de aandacht weer vanaf te halen. Dit heeft tot doel de aandachtsregulatie van het kind te vergroten.

Meebewegen Beide respondenten benoemen letterlijk mee te bewegen met het kind in het beeldend werken. De therapeut stemt af op de cliënt en neemt de beweging van de cliënt over. Beide benoemen ook dat zij op een gegeven moment een andere, of tegenovergestelde beweging introduceren. Hiermee wordt beoogd het kind over zichzelf te laten nadenken: 'hee, dus als ik daar een streep zet, dan doet zij dat ook. Wil ik dat wel?'.

Stop-denk-doe Eén respondent gebruikt de stop-denk-doe methode uit de cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een gedesorganiseerde hechtingsproblematiek. Zij biedt structuur door met het kind samen na te denken over het beeldend werkstuk dat het kind wil maken, en duidelijk de verschillende stappen te structureren. 'Wat wil ik maken, waarmee, wat heb ik nodig, hoeveel uren denk ik dat ik nodig heb? Is het realistisch? Vind ik het dan nog steeds leuk of moet ik iets veranderen?'

Fase van affectregulatie

Waar in de fase van aandachtsregulatie vooral wordt gewerkt met concreet zichtbaar gedrag, gaat het volgens de respondenten in de fase van affectregulatie meer over het erkennen gevoelens. De volgende technieken worden in deze fase door de respondenten gebruikt:

Fantasie – realiteit Beide respondenten benoemen in deze fase te werken met fantasie en realiteit. Eén respondent richt zich in deze fase op het stimuleren van fantasie, zij geeft ook aan dat kinderen hier in deze fase meer toe in staat zijn. De andere respondent geeft aan dat ze gaat spelen met de grens tussen fantasie en realiteit, zij benoemt dit als de 'transitional space'. Door duidelijk aan te geven wanneer fantasiespel overgaat in werkelijkheid en andersom leert het kind dat er een verschil is tussen fantasie en werkelijkheid en dat je bewust in de fantasie kan stappen, en er ook weer uit.

Spiegelen van gevoelens Beide respondenten geven aan in het moment woorden te geven aan het gevoel van het kind. Op het moment dat zij een emotie bij het kind observeren vragen zij bijvoorbeeld: 'klopt dat? Is dit het gevoel dat erbij past?'

Vragen naar materiaalbeleving In deze fase vraagt de therapeut naar hoe het kind een materiaal beleeft. Beide respondenten zetten sensopatisch materiaal in. Eén respondent benoemt dat deze materialen het gevoel prikkelen. 'Hoe voelt gips als je het gaat mengen of hoe voelt het werken met gipsverband? Hoe voelt harde klei, en hoe voelt zachte?'

Fase van mentaliseren

Beide respondenten benoemen dat de fase van mentaliseren door niet veel kinderen wordt bereikt. Vaak bestaat drie kwart van de behandeling uit aandachtsregulatie, waarna de affectregulatie en het mentaliseren volgen. De respondent die werkt met kinderen met een hechtingsproblematiek en licht

verstandelijke beperking benoemt dat het een eigenschap van de doelgroep is dat zij niet over zichzelf kunnen nadenken. Dit maakt dat deze doelgroep de fase van mentaliseren meestal niet bereikt.

De respondent die werkt met kinderen en pubers met een hechtingsproblematiek benoemt de fase van mentaliseren bij kinderen meestal niet te bereiken. Bij pubers wordt deze fase soms wel bereikt. De respondent zegt het hierbij belangrijk te vinden wat er thuis en op school gebeurt, daar worden de effecten zichtbaar, er zijn bijvoorbeeld minder ruzies. De puber kan thuis dan vaak beter uiten wat ze vinden en voelen, en kan ook de mening van de ander horen.

3.2.1e Nabespreking

Alle respondenten die werkzaam zijn met volwassenen maken gebruik van een nabespreking. Zoals in §3.2.2d wordt benoemd vinden een aantal respondenten de groep hierin erg belangrijk. Eén respondent zegt dat de nabespreking essentieel is omdat de cliënt zich hierin bewust kan worden van eigen gevoelens en handelingen in het medium.

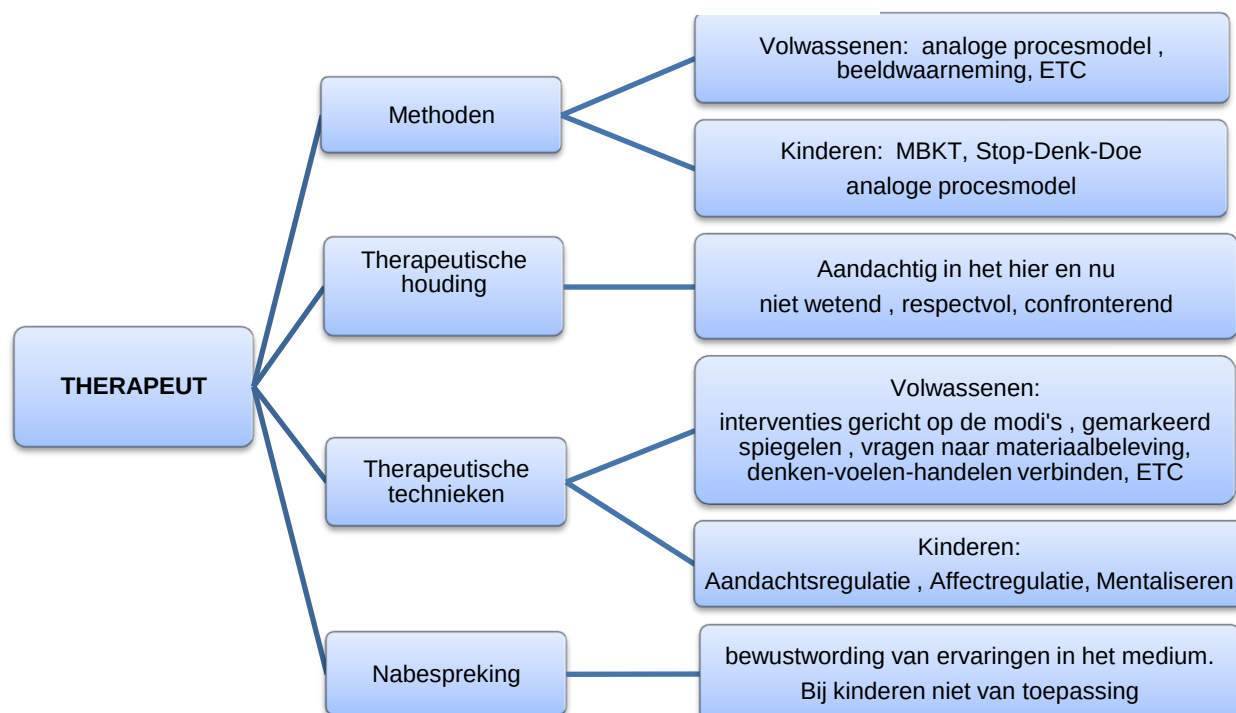
De respondenten die werkzaam zijn met kinderen benoemen meestal geen nabespreking te gebruiken, de nabespreking vindt dan in het moment plaats. De therapeut benoemt de handeling van het kind en kijkt terug op eerdere momenten. Eén respondent benoemt soms aan het einde van de therapie te zeggen: 'Goh, het was een fijne therapie, je hebt dit gedaan en toen dat'.

De expert over de nabespreking

'In de nabespreking is het de kunst om iedereen aan het mentaliseren te houden, en te zorgen dat als er één patiënt besproken wordt dat iedereen niet zijn aandacht verliest'. Verder vertelt zij dat de nabespreking tot doel heeft de cliënt nog te laten mentaliseren over zaken waar in het werkproces nog niet over gementaliseerd is. Zij benoemt het als belangrijk dat de nabespreking niet nog een half uur psychotherapie als vervolg van de sessie wordt, zodat cliënten hun ervaringen kunnen plaatsen.

De nabespreking gaat niet altijd over de werkstukken die de cliënten gemaakt hebben, soms is een bepaalde interactie tijdens de sessie veel interessanter om nog over te mentaliseren. Het gaat om expliciet mentaliseren. 'Ik vraag naar een bepaalde beleving bij het maken van een werkstuk, en de wissels in spanningsniveau die iemand heeft doorgemaakt bespreken. Dit is vaak veel interessanter dan spreken over wat de cliënt allemaal op papier heeft gezet'.

Figuur 2: Codeboom: De therapeut binnen beeldende therapie en MBT



3.2.2 De cliënt binnen beeldende therapie en MBT

Een tweede belangrijk aspect binnen de methodische toepassing van MBT in beeldende therapie is de cliënt. In deze paragraaf wordt ingegaan op de materiaalbeleving van de cliënt, de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen, verschillende vormen van mentaliseren en het belang van de groep.

3.2.2a Materiaalbeleving

Onder het begrip materiaalbeleving wordt verstaan: de manier waarop de cliënt bepaalde beeldend materialen ervaart. Soms zijn dat heel persoonlijke belevingen, maar een materiaal kan bij meerdere mensen ook een vergelijkbare reactie oproepen.

Afkeur van senso-pathisch materiaal

Binnen dit onderzoek noemen drie van de negen respondenten dat cliënten weinig behoefte hebben om met sensopathisch materiaal te werken. Hierbij geeft één respondent aan dat de cliënten het gevoel van controleverlies ervaren bij het werken met sensopathische materialen. Eén andere respondent zegt dat boetsen als akelig ervaren wordt door cliënten met misbruikervaringen. De derde respondent geeft aan dat de cliënten een duidelijke voorkeur en afkeur voor bepaalde materialen hebben. En dat er vooral een afkeur is wat betreft materialen met een 'tactiele beleving'. Ze willen graag schoon werken met potlood en stift.

Voorkeuren voor materialen

Twee andere respondenten beschrijven te observeren dat de cliënten bepaalde voorkeuren hebben voor materialen of technieken. Eén respondent noemt dat het bouwen met restmateriaal de cliënt aanspreekt. Bij het werken met eetstoornissen valt op dat cliënten het fijn vinden om met monotype technieken te werken. De techniek is niet te beïnvloeden en daagt uit tot spel. Binnen dezelfde doelgroep wordt aan het einde van de behandeling met gipsafdrukken van het eigen lichaam gewerkt. De cliënten maken een gipstorso van hun eigen lichaam, deze ervaring beleven de cliënten als een heel intiem moment waarbij het heel belangrijk is om er genoeg aandacht en ondersteuning aan te geven. 'Dat is natuurlijk heel intiem, komt heel dichtbij'.

3.2.2b De ontwikkeling van mentaliserend vermogen

Acht van de negen respondenten gaven aan dat er een zichtbare ontwikkeling plaats vindt in de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen binnen beeldende therapie.

Begin van de therapie

Drie van de respondenten benoemen dat er in het begin van de therapie veel symboliek te zien is. De cliënt maakt dan geen verbinding met het werkstuk. 'Dan merk je soms dat iemand wel heel erg in beweging kan zijn op papier, maar dat er helemaal geen verbinding is met het gevoel, en vaak ook niet met het lijf'. Een andere respondent benoemt dat er geen verbinding in het beeldend werk zichtbaar wordt: het beeld bestaat uit losse onderdelen, weinig kleurmenging, leegte op het papier. Later in de behandeling observeert deze respondent meer vulling en vitaliteit in het beeldend werkstuk van cliënten.

Midden- en eindfase van de therapie

Alle respondenten beschrijven gaandeweg een positieve ontwikkeling van de cliënt in het mentaliserend vermogen en daardoor ook in het beeldend werkproces. De cliënt kijkt steeds meer naar zichzelf. 'Wat ben ik aan het doen?' Het waarnemen van wat is er te zien op het papier. 'Op gang komen, innerlijk in beweging komen, dingen waarnemen in hun eigen werk.'

De cliënt komt meer in interactie met het werkstuk. Eén respondent benadrukt het belang van de vraag 'Wat heb ik eigenlijk nodig? Daarvoor moet je wel eerst weten wie je bent, hoe je in elkaar zit. Wat vind ik helemaal niet fijn? Waar hou ik van? En wat helpt mij? Dan krijg je ook grip op wat heb ik nodig'.

Een ander respondent benoemt het proces van ontdekken, experimenteren en spelen om gevoelens bij jezelf te leren herkennen en erkennen. Door nieuwe ervaringsgebieden te ontdekken binnen beeldende therapie kunnen cliënten meer contact maken met hun gevoel. In dit proces groeit het mentaliserend vermogen van de cliënt, waardoor handeling en gevoelens steeds meer overeen komt. Er ontstaat meer plezier beleving, vitaliteit en verbinding in het beeldend werken. Twee respondenten voegen eraan toe dat het positieve effect niet alleen binnen beeldende therapie te zien is maar ook in hun dagelijks leven. 'Ja dan zie je dat ze dus naar yoga gaan of op naailes'.

Als resumé verwoord één respondent de essentie van beeldend therapie en het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen als 'dat je probeert om zo rechtstreeks mogelijk te werken en niet via je gedachten of via voorbedacht plan. Vanuit het gevoel, vanuit de beleving van het materiaal.'

3.2.2c Vormen van mentaliseren

Alle respondenten vertellen iets over het mentaliseren van de cliënt. Opvallend is dat bijna alle beschrijvingen over het mentaliseren van de cliënten te maken hebben met verbinding en relatie. 'Via de relatie leert de mens mentaliseren'. Het mentaliseren met volwassenen kan op twee verschillende manieren. Het kan in de relatie met het materiaal, maar ook in de relatie met een ander persoon. Het is belangrijk om te benoemen dat de respondenten die werkzaam zijn met kinderen aangeven, dat de kinderen bijna nooit tot aan de mentaliserende fase van MBKT geraken.

Mentaliseren in de overdracht

Drie respondenten benoemen het mentaliseren in de relatie met een ander persoon 'mentaliseren in de overdracht'. Zij omschrijven dit als 'in de relatie kijken: wanneer is een gevoel van mij, en wanneer is het van de ander'. Dit kan ook bereikt worden door het mentaliseren in de groep. Waarbij de groepsleden over hun beelden en belevingen mentaliseren met het doel in contact te blijven met de ander.

Mentaliseren met het werkstuk

In de relatie met het materiaal gaat het om een verbinding te maken met het werkstuk en verbinding te maken met je eigen lichaam vanuit het werkstuk, lichamelijk mentaliseren (voor begripsomschrijving zie bijlage 1). De relatie met het medium, het materiaal en het werkstuk. 'Dat je in de manier van omgaan met je materiaal en op weg naar dat product in het werken kunt mentaliseren'.

'Wat je maakt zeg iets over wie je bent, over wat je voelt, denkt of wilt. Het is mooi als je op een gegeven moment dat 'praatje' bij het 'plaatje' kan leggen'. En over dat wat er in het medium gebeurt kan mentaliseren. Door naar het beeld te kijken kan de cliënt eigen vormgeving te ontdekken, een eigen beeldtaal herkennen, zodat er een identiteit in het beeldend werk ontwikkeld wordt.

Eén respondent benadrukt uit eigen ervaring dat het mentaliseren op zich niet gestructureerd hoeft te gebeuren. 'Je reageert op wat zich in het moment aandient'. Toch kan het gebeuren dat de spanning van de cliënt te hoog of te laag is zodat het niet mogelijk is om tot mentaliseren te komen. Een andere respondent vertelt dat als de spanning te hoog oploopt de cliënt niet in de handeling komt en niet meer beeldend kan en wil werken. Hierover kan dan weer gementaliseerd worden, omdat het mentaliseren steeds het belangrijkste is. Bij een te lage spanning sluit de cliënt zich af van zijn emoties en komt ook niet tot mentaliseren. De therapeut prikkelt de cliënt in dit geval om weer een mentaliserende houding aan te nemen en een verbinding met het werkstuk aan te gaan.

De expert over mentaliseren

De expert benoemt dat op de Viersprong de focus ligt op expliciet mentaliseren. 'Expliciteren betekent voor een deel verbaliseren, meer als op andere afdelingen waar beeldende therapie wordt toegepast. Hier is beeldende therapie een behoorlijk verbaal blok'.

In dit kader benoemt zij ook het onderscheid tussen 'in' het medium werken en 'met' het medium werken (voor begripsomschrijving zie bijlage1). De expert werkt zowel 'in' als 'met' het medium. Zij benadrukt dat de absolute focus van de behandeling het mentaliseren is, en dat zij om deze reden meer 'met' het medium werkt: 'Bij iemand die heel snel affectief erg overspoeld raakt, is de bedoeling dat je iemand meer cognitief getrokken krijgt op dit moment. Dan ga je niet puur 'in' het medium werken'.

3.2.2d De Groep

Vier respondenten benadrukken de meerwaarde van de groep bij het proces van mentaliseren. Deze vier respondenten benoemen allen dat zij de cliënten in de nabespreking aanmoedigen om te reageren op de werkstukken van hun medecliënten, en samen oplossingen te zoeken voor problemen. Eén respondent zegt hierover: 'ik vraag de groep vaak om te reageren op elkaars werkstuk. Zo komen er nieuwe inzichten en leren de cliënten dat er verschillende manieren van kijken zijn'. De cliënten leren zich actief te verplaatsen in hun groepsgenoot, dit werkt volgens de respondenten mentaliserend.

Eén respondent benoemt de rol van de therapeut in eerste instantie niet als leidend, maar als diegene die prikkelt tot reflecteren. 'Reflecteren vind tussen de groepsleden plaats, de therapeut is de persoon die het geheel in de gaten houdt'. In het verlengde hiervan benoemt dezelfde respondent dat de cliënt zich vooral hecht aan de groep, en niet zozeer aan de therapeut. Volgens haar is het aan de therapeut om de 'transitional space' of speelruimte te creëren waarin voldoende veiligheid bestaat voor dit proces van hechting.

Figuur 3: codeboom: de cliënt binnen beeldende therapie en MBT



3.2.3 Het medium binnen beeldende therapie en MBT

Binnen de beschrijving van de methodische toepassing van MBT in beeldende therapie, is het medium het laatste aspect. In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillende beeldend materialen die de respondenten gebruiken. Daarnaast komen de werkvormen en de beeldanalogie aan de orde.

3.2.3a Beeldend materiaal

Sensopathisch materiaal

Bij het gebruik van beeldend materiaal is heel duidelijk te zien, dat sensopathische materialen een heel belangrijke rol spelen. Het prikkelen van gevoelens en sensorische ervaring staat hierbij centraal. Het spreekt de zintuigen aan, maar daagt ook uit om te experimenteren. Binnen de sensopathische materialen wordt voornamelijk klei als materiaal genoemd. Klei is een ruimtelijk en direct materiaal, door de manier van bewerking komt de cliënt tot voelen. Daarnaast wordt pastelkrijt door één respondent genoemd als een materiaal dat ook duidelijk de zintuigen aanspreekt, door de manier van bewerken maar ook door de kleuren van de krijt zelf.

Eigenschappen van het materiaal

Drie respondenten geven aan dat ze in principe geen begrenzing hebben in gebruik van materialen. Ze gaan uit van de eigenschappen van het materiaal en de appèlwaarde die het materiaal op de cliënt doet.

Controle loslaten

Twee respondenten geven aan dat ze materialen of technieken gebruiken zoals nat- in- nat schilderen of de druktechniek monotype om aan het loslaten van controle te werken. Twee andere respondenten benoemen dat ze vaak gebruik maken van ruimtelijke materialen en restmaterialen, zoals stoffen, veren en plastik, dingen die er al zijn. Een tegenstrijd is te zien bij het gebruik van grafische materialen. Eén cliënt gebruikt houtskool en potloden als materialen binnen bepaalde opdrachten. Een andere respondent biedt heel bewust geen grafische materialen zoals potloden, inkt, liniaal of pennen aan, omdat het een te groot appèl doet op het perfectionistisch werken.

3.2.3b Werkvormen

Bij het aanreiken van werkvormen binnen de therapie is er een duidelijk verschil te zien, een gedeelte van de respondenten werkt met concrete werkvormen, en een ander gedeelte laat de cliënt meer vrij werken.

Aanreiken van vaste werkvormen

Vijf van de negen respondenten bieden vaste opdrachten of oefeningen aan. Eén respondent bedenkt met de cliënt samen ter plekke een passende activiteit tijdens de voorbespreking. 'Heel veel van wat zij aanreiken in woordtaal laat ik vertalen in een beeld'.

Een andere respondent, werkzaam met psychosomatiek, geeft iedere sessie een opdracht, waarbij ook ieder cliënt dezelfde opdracht aangereikt krijgt met mogelijke aanpassing. Cliënten kunnen vermijdend zijn en de respondent wil de cliënt een nieuwe ervaring meegeven. De opdrachten zijn vaak gericht op waarneming, lichaam en gevoelsbeleving, zoals waarnemend tekenen en aandachtsgerichte oefeningen.

Twee respondenten doen een voorstel naar de cliënt om een bepaalde werkvorm uit te werken. In de keuze van het thema en de uitwerking is de cliënt vrij.

Wat nog op te merken valt is dat alle respondenten die gebruik maken van vaste opdrachten allemaal activiteiten benoemen die te maken hebben met het verbeelden van emoties. Bijvoorbeeld het maken van een gevoelsportret of het uitbeelden van emoties. Vier van de negen respondenten bieden ook groepsactiviteiten aan.

Vrij werken

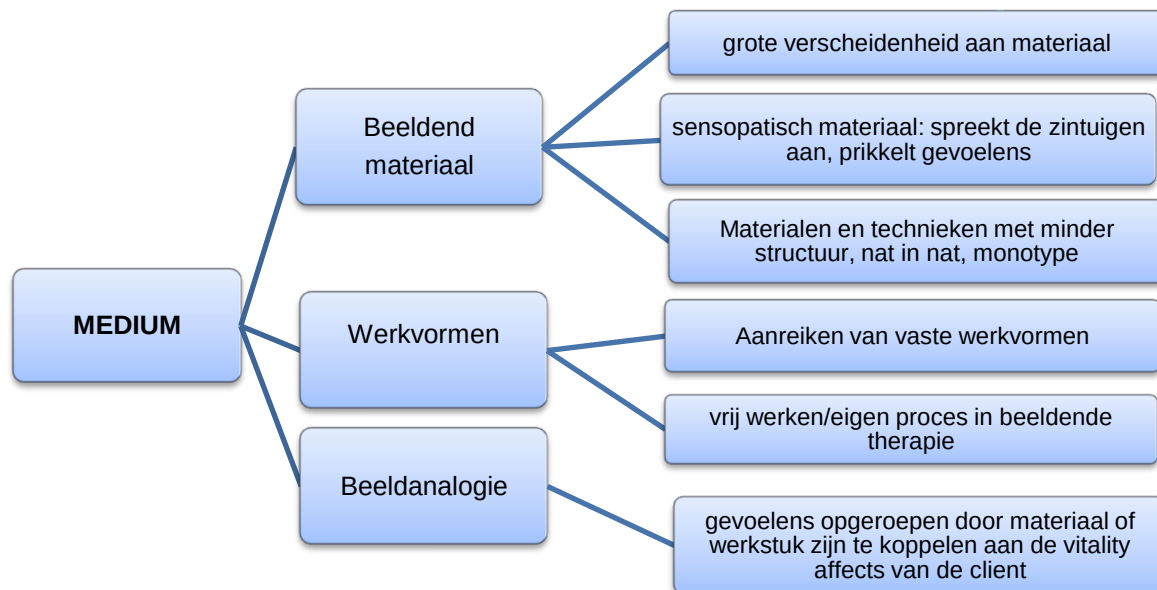
Tegenover het aanbieden van vaste opdrachten zijn er drie respondenten die geen vaste activiteiten aanbieden. Zij gaan uit van de cliënt, wat die graag wil doen of waar die in geïnteresseerd is. Eén respondent geeft alleen in het begin van de behandeling een vaste opdracht. Ze vraagt de cliënt een zelfbeeld te maken uit klei, een mensfiguur over hoe de cliënt zich op dit moment voelt. Na deze ene opdracht maakt zij geen gebruik van vaste opdrachten.

3.2.3c Beeld analogie

'Het beeld geeft mooi zicht op wie je bent. De manier hoe de cliënt op het materiaal reageert, hoe hij met het materiaal omgaat en wat hij voor een beeld maakt zegt altijd iets over de persoon zelf'. Eén respondent noemt dit een 'beeldend verhaal'. Het beeld verteld een verhaal over hoe de cliënt gewerkt heeft en wat die gedaan heeft. Het is duidelijk te zien in het product. Deze analogie geeft de cliënt de mogelijkheid iets over zichzelf te leren.

Drie respondenten noemen met nadruk de analogie tussen de appèlwaarde van een materiaal, de materiaalhantering en de beleving van de cliënt. 'Alle materialen roepen bepaalde gevoelens op. Bepaalde gevoelens horen bij bepaalde materialen'. De gevoelens die opgeroepen worden door materialen zijn heel eigen aan ieder persoon en gekoppeld aan de 'vitality affects' van die persoon. Dit zijn innerlijke gevoelsmatige processen die zij uiten in een vorm van beweging (zie bijlage 1 voor begripsomschrijving). Het beeld is een spiegeling van het eigen handelen op het moment. Het proces van het beeldend verhaal en ook het product is uitgangspunt tot mentaliseren.

Figuur 4: codeboom: het medium binnen beeldende therapie en MBT



3.3 Welke ontwikkeling is de nationale en internationale beroepsgerelateerde literatuur te zien?

Naar aanleiding van het uitgevoerde literatuuronderzoek volgt hier een samenvatting van de gevonden nationale en internationale literatuur over MBT in beeldende therapie.

3.3.1 Nationale literatuur

In Nederland is één boek gepubliceerd over mentaliseren in beeldende therapie door Marianne Verfaillie (2011): *'Mentaliseren in beeldende vaktherapie'*. In dit boek wordt ingegaan op hoe mentaliseren toegepast kan worden door beeldend vaktherapeuten. De theoretische achtergrond van mentaliseren wordt uitgebreid beschreven. In het tweede deel wordt ingegaan op de praktijk; de mogelijkheden van mentaliseren in beeldende therapie worden benoemt. Beeldmateriaal toont proceservaringen van zowel kinder- als volwassenen casuïstiek.

Op nationaal niveau zijn twee artikelen gepubliceerd over mentaliseren in beeldende therapie. Ten eerste een artikel van Marianne Verfaillie (2009), waarin de theoretische achtergrond van mentaliseren kort en krachtig wordt uitgelegd, ondersteund met casusvoorbeelden uit de beeldende therapie. De essentie van vaktherapie wordt beschreven, en er wordt ingegaan op de therapeutische houding.

In het tweede artikel beschrijft Jozanneke Hemming (2009) hoe zij MBT als denkkader gebruikt voor het methodisch handelen in beeldende therapie. Ze gaat in op de achterliggende theorie van mentaliseren en geeft haar visie: in haar ogen kan MBT binnen beeldende therapie van grote waarde zijn. Hierbij focust ze op de manier waarop de cliënt het materiaal hanteert, ze maakt in haar artikel een duidelijk overzicht van hoe de verschillende modi zichtbaar worden in het beeldend werken.

3.3.2 Internationale literatuur

Op internationaal niveau zijn er vier artikelen gevonden. De Noorse onderzoekers Karterud & Pederson (2004) schrijven in hun artikel over effectonderzoek, uitgevoerd op een dagbehandeling voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Beeldende therapie werd door cliënten als het meest effectief benoemt. Zij benoemen dat cliënten beeldende therapie vooral waarderen vanwege de alsof situatie die veiligheid

biedt om de belevingswereld te exploreren, uit te drukken en betekenis toe te kennen door middel van zelfobjecten in de vorm van werkstukken

Franks & Whitaker (2007) presenteren in hun artikel een pilot project waarin een behandelprogramma voor cliënten met een persoonlijkheidsproblematiek wordt beschreven en geëvalueerd. In dit behandelprogramma worden groeps-creatieve therapie en individuele psychotherapie gecombineerd. In het artikel worden de eerste twee sessies creatieve therapie beschreven, waarna de inhoud wordt gekoppeld aan literatuur. Het artikel onderschrijft de kracht van beeldende therapie in een mentaliserend bevorderende behandeling. Om de effectiviteit van de combinatie tussen verbale en non-verbale therapie te bewijzen is er ook een effectstudie uitgevoerd.

Ook Springham et al. (2012) beschrijven in hun artikel een pilot MBT behandelprogramma, voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In een kwalitatieve studie wordt door middel van het afnemen van interviews met cliënten ingegaan op de vraag wat beeldende therapie bijdraagt aan een MBT behandeling. In het artikel worden acht belangrijkste thema's beschreven.

In het laatste artikel exploreert O'Brien (2008) de hypothese dat beeldend werk, gemaakt tijdens beeldende therapie, de neurobiologische hersenstructuren kan activeren. Ervaringen tijdens het maken van kunst worden in de rechter hersenhelft verwerkt, net als vroegkinderlijke ervaringen. Beeldende therapie heeft zo de mogelijkheid vroege traumatische ervaringen, welke schade hebben aangericht in de rechter hersenhelft, te bereiken. In het artikel staat de casus van een fors hechtingsgestoord meisje centraal, dit kind heeft de sterke behoefte om rommel te maken: het knoeien, smeren, spuiten van verf. De auteur exploreert de verbinding tussen dit mediumgedrag en vroeg traumatische ervaringen.

3.4 Welke overige ontwikkelingen zijn gaande op het gebied van beeldende therapie en MBT?

De overige ontwikkelingen op het gebied van beeldende therapie en MBT bestaan uit de beschrijving kracht van beeldende therapie. Ook worden de wensen van de respondenten uit de beroepspraktijk voor de profilering van het vak beschreven.

3.4.1 De kracht van beeldende therapie binnen MBT

Alle negen respondenten geven aan in beeldende therapie verschillende kwaliteiten te onderscheiden die een positieve invloed hebben op het mentaliserend vermogen.

Drie respondenten benoemen dat beeldende therapie de impliciete beleving van de cliënt kan expliciteren. Een respondent zegt hierover: 'Het op papier zetten maakt de beleving van de cliënt concreter, ze zet het meer in de wereld. Op deze manier wordt het ook explicieter'. Een andere respondent benoemt: 'cliënten maken hun beleving expliciet door deze in het beeldend werk zichtbaar te maken'.

Drie respondenten benoemen dat cliënten vaak geen woorden hebben voor hun gevoel. Het beeld wordt door een van deze respondenten beschreven als 'een omweg om toch bij het gevoel te komen'. De cliënt kan zo verbeelden waar nog geen woorden voor zijn. In beeldende therapie is sprake van een directe, fysieke, sensopatische ervaring in het materiaal. Eén respondent die werkzaam is met kinderen geeft aan dat kinderen vaak geen woorden hebben voor hun gevoel, en dat zij het fijn vinden dat ze in beeldende therapie niet hoeven te praten.

'In beeldende therapie is er sprake van een uniek, fysiek, tastbaar beeldend product. Het draagt de sporen van de manier waarop de cliënt ermee gewerkt heeft' zo spreekt één respondent. Drie respondenten benoemen dat beeldende therapie de 'vitality affects' van de cliënt zichtbaar maakt. Zij geven aan dat in de materiaalkeuze en ook in de materiaalhantering van de cliënt de unieke dynamiek naar voren komt.

Twee respondenten benoemen dat cliënten het in beeldende therapie makkelijker vinden om naar zichzelf te kijken. Eén van de respondenten benoemt dat beeldende therapie veilig is doordat er sprake is van objectdistantie. De afstand tussen het beeldend werkstuk en de cliënt. 'De interactie tussen het werkstuk en de cliënt is veel veiliger, tussen therapeut en cliënt loopt de spanning vaak veel hoger op'.

Drie respondenten benoemen de toegevoegde waarde van het blijvende karakter van het beeldend werkstuk. Eén respondent zegt hierover: 'Een veranderingsproces gaat vaak heel geleidelijk of

schoksgewijs. Als een cliënt zich na vier maanden afvraagt hoe hij is veranderd, dan kan hij naar zijn zelfbeeld kijken [eerste werkvorm die deze respondent aanbiedt] kijken, en kan zien wat er veranderd is. In beeldende therapie kun je de tijd even kan stilzetten'. Een andere respondent benoemt ook samen met de cliënt terug te kijken op beeldend werk uit eerdere sessies, haar focus is gericht op de ontwikkeling in de materiaalhantering van de cliënt. Door de tastbare werkstukken naast elkaar te leggen wordt ook de ontwikkeling in de materiaalhantering zichtbaar.

Eén respondent benoemt dat beeldende therapie de hechtingsrelatie tussen moeder en kind kan nabootsen. Zij zegt hierover: "als beeldend therapeut ben je fysiek aanwezig, je hebt aandacht voor, je kunt helpen bij. Dit kun je vergelijken met de relatie tussen moeder en kind waarin de hechting ontstaat. In beeldende therapie praat en luister je niet alleen maar, maar is er sprake van handelen".

De expert over de kracht van beeldende therapie binnen MBT

'In beeldende therapie kan ik patiënten op veel momenten langer laten mentaliseren, door het indirecte karakter. Het blijft uniek dat wij een driehoek hebben, dit geeft een buffer voor mensen die zich snel overspoeld voelen. Je kunt kijken naar iets daar op het papier, mensen kunnen dat herkennen, of zelfs een gemarkeerde spiegeling in hun beeld zien. Het is maar een weergave, het is niet de realiteit. Dit maakt het veel toelaatbaarder, er zit een duidelijk kader rond'.

Dit is volgens de expert ook de reden dat er op de Viersprong enkel beeldende therapie onderdeel uitmaakt van het behandelprogramma, geen muziektherapie, dramatherapie en bewegingstherapie. In beeldende therapie wordt het onderscheid tussen realiteit en alsof situatie duidelijk. Dit is nodig voor een doelgroep die moeite heeft met denken in analoge processen.

Aan de hand van beeldende werkstukken kan de therapeut 'terugspoelen': 'als je merkt dat een cliënt equivalenter wordt kunnen we terugspoelen naar een moment waarop het spanningsniveau lager was, door het werkstuk er weer naast te leggen'.

3.4.2 Wensen uit de praktijk

De geïnterviewde respondenten hebben allemaal wensen geformuleerd in het kader beeldende therapie en Mentalisation Based Treatment. Hierbij zijn een aantal overeenkomsten ontstaan, maar ook heel individuele wensen.

Krachten bundelen

Vier van de negen respondenten benoemen de wens om meer contact en verbinding te gaan creëren tussen beeldende therapeuten werkzaam met de methode MBT. Lille Dresden noemt het 'krachten bundelen'. Haar wens is dat er meer verbinding en samenwerking ontstaat, waardoor meer overzicht gecreëerd kan worden. Mia Wientjes en Sytske Rihagen ondersteunen deze wens ook, zij willen graag meer ervaringsuitwisseling met andere therapeuten, door een intervisiegroep of iets dergelijks. Marianne Verfaillie is bezig met het leggen van meer contact en verbindingen tussen vaktherapeuten en niet-vaktherapeuten. Haar wens is het om de verbale en non-verbale therapieën meer in elkaar te integreren.

Landelijke groep binnen MBKT

Corinne Prins en Liesbeth Bosgraaf geven aan dat er al een landelijke intervisie groep bestaat binnen MBKT. Hun wens is vooral om 'te gaan beschrijven wat er in de therapie gebeurt en waarom'. Ze willen een koppeling maken tussen MBKT en beeldende therapie, en een duidelijk model gaan beschrijven. 'Ja, te expliciteren wat je doet'. Liesbeth geeft de wens aan om over de theorie ontwikkeling van MBKT en de koppeling met beeldende therapie een boek te gaan schrijven.

Werkvormen koppelen aan MBT

Brigitte Plum en Mia Wientjes hebben de wens de verschillende richtingen nog meer bij elkaar te brengen. Van hier uit kan een algemene beschrijving van werkvormen ontstaan die binnen beeldende therapie ingezet kunnen worden om het mentaliserend vermogen bij de cliënt te bevorderen. Zodat de inzet van vaktherapie nog genuanceerder kan plaats vinden. Brigitte Plum heeft hierin nog de specifieke wens om beeldend werkvormen en materialen te koppelen aan het 'Expressive Therapies Continuum' (ETC) van Hinz.

4 DISCUSSIE Rachana Termorshuizen

Naar aanleiding van de resultaten beschreven in hoofdstuk 3 beschrijf ik, Rachana Termorshuizen, hier mijn discussie. Ten eerste worden de gevonden resultaten in een bredere context geplaatst door deze te verklaren aan de hand van literatuur. Na de verklaring volgt korte interpretatie van de resultaten. Vervolgens worden de hoofd- en deelvragen beantwoord en ik ga in op aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Na een kritische bespreking van het onderzoeksproces beschrijf ik tot slot de ontwikkelingen in mijn werkmodel als beeldend therapeut.

4.1 Verklaring van de resultaten

In deze paragraaf zal ik de gevonden resultaten verklaren aan de hand van literatuur. De deelvragen die opgesteld zijn in dit onderzoek zijn hierin richtlijn. In mijn verklaring zal voornamelijk de resultaten die specifiek gericht zijn op de doelgroep volwassenen verklaren. Deze resultaten zijn voor mijn werkmodel als beeldend therapeut het meest van belang.

4.1.1 Bij welke doelgroepen wordt de MBT in beeldende therapie toegepast?

Uit de resultaten is gebleken dat er verschillende doelgroepen bij dit onderzoek zijn betrokken. Bij al deze doelgroepen werd MBT in beeldende therapie (of aspecten van MBT) toegepast. In deze paragraaf onderbouw ik met literatuur wat maakt dat zowel MBT als beeldende therapie geïndiceerde behandelvormen zijn bij de verschillende cliëntengroepen waar dit onderzoek zich op richt.

MBT en beeldende therapie bij persoonlijkheidsstoornissen

In §1.2.3 werd al besproken dat MBT ontwikkeld is voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, de behandeling is voor deze doelgroep evidence based (Allen et al., 2008). De cliënt met BPS verliest zijn mentaliserend vermogen sneller op het moment dat gehechtheidssystemen in relaties geactiveerd worden (Allen et al., 2008). Cliënten met een BPS zijn vaak onveilig gehecht, het kind krijgt hierdoor niet de mogelijkheid om een psychologisch Zelf, een ik-gevoel te ontwikkelen (Verfaillie, 2011). Dit ik-gevoel is nodig om eigen en andermans gedrag te kunnen interpreteren, met behulp van mentaliseren. De MBT behandeling is gericht op het aannemen van een mentaliserende houding, vooral als de spanning door het activeren van gehechtheidssystemen oploopt.

In de literatuur over beeldende therapie is er, in verhouding tot andere doelgroepen, vrij veel bekend over MBT bij BPS. Verschillende nationale en internationale schrijvers (Verfaillie, 2011; Hamming, 2009; Franks & Whitaker, 2007; Springham et al., 2012; Karterud & Peterson, 2004) onderzoeken het effect of de toepassing van beeldende therapie binnen een MBT behandeling bij deze doelgroep. In Noorwegen is effectonderzoek dat is uitgevoerd in Noorwegen door Karterud & Pederson (2004), op een MBT dagbehandeling voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Door middel van vragenlijsten aan cliënten vóór en na de behandeling en semi-gestructureerde interviews werd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van beeldende therapie in deze behandeling. De auteurs benoemen dat cliënten beeldende therapie vooral waarderen vanwege de alsof situatie die veiligheid biedt om de belevingswereld te exploreren, uit te drukken en betekenis toe te kennen door middel van zelfobjecten in de vorm van werkstukken

Mentaliseren en beeldende therapie bij anorexia nervosa

Volgend één respondent is bij cliënten met een eetstoornis het mentaliserend vermogen maar beperkt ontwikkeld. Skårderud (2007) schrijft dat een mentaliserend bevorderende behandeling erg effectief kan zijn voor deze doelgroep. De cliënt met anorexia heeft vaak moeite met het interpreteren en reguleren van eigen emoties en de emoties van de ander, en ook bij het waarnemen en interpreteren van hun eigen lichamelijkheid. Bij anorexia is er sprake van een directe verbinding tussen innerlijke en uiterlijke werkelijkheid. De patiënt kan de vaste overtuiging hebben dat ze dik en zwak is; dit is haar realiteit. De psychisch equivalente modus overheerst. *Mentalising in the body* (Skårderud, 2007), heeft tot doel om een verbinding tussen lichamelijke en psychische toestand te bereiken.

De respondent werkzaam met cliënten met eetstoornissen benoemt dat zij in beeldende therapie uiteindelijk de verbinding probeert te maken met het lichaam. De respondent vertelt: 'het gevoel dat je krijgt in je lijf door met beeldend materiaal te werken, dat dit in verbinding komt met het lichaamsbeeld'. Klompé (2001) beschrijft dat beeldende therapie cliënten met anorexia nervosa een ervaringsgebied dat de integratie van lichamelijke ervaringen, emoties en cognities mogelijk maakt. In beeldende therapie is naast het denken, het voelen en het handelen ook het lichaam betrokken. De cliënt kan motivatie en zelfwaardering ontwikkelen vanuit het gewaar zijn van eigen beweging (Klompé, 2001).

Mentaliseren en beeldende therapie bij onverklaarbare lichamelijke klachten

Patiënten met ernstige onverklaarde lichamelijke klachten blijken gebrekkig te mentaliseren. Zij hebben moeite een verbinding te ervaren tussen lichamelijke verschijnselen en innerlijk toestanden (Spaans, Koelen & Bühring, 2010). De auteurs spreken over een Lichaamsgerichte Mentalisatie-bevorderende therapie (L-MBT), hierin staat het lichamenlijk mentaliseren centraal. Het doel van de behandeling is dat patiënten beter kunnen omgaan met hun lichamelijke klachten doordat zij meer verbinding ervaren tussen innerlijke ervaringen en lichaamssignalen.

De respondent werkzaam met cliënten met OLK beschrijft beeldende therapie de zintuigen kan aanspreken. Het werken met sensopathische materialen is een fysieke ervaring en zo krijgt de in beeldende therapie de kans om weer in contact te komen met zijn lichaam. Volgens Demmer & Boschloo (2004, p.395) wordt in beeldende therapie een beroep gedaan op de verschillende zintuigen: 'je ruikt de verf, je ziet de kleuren, je hoort het krassen van krijt, je voelt de klei tussen je vingers'. Sensopathische materialen spreken de zintuigen aan en ondersteunen in het proces van lichamenlijk mentaliseren. In beeldende therapie kan de cliënt woord en beeld vinden voor lichamenlijk ervaren, het doorvoelen van de betekenis en de beperking van de ziekte kan zo gestimuleerd worden (Demmer & Boschloo, 2004).

Mentaliseren en beeldende therapie bij verslavingsproblematiek

Allen et al., (2008) bespreken de relatie tussen gebrekkig mentaliseren en middelenmisbruik. Er is volgens de auteurs een overduidelijke samenhang tussen intoxicatie en een beperkt vermogen tot mentaliseren. Middelenmisbruik is volgens hen een goed voorbeeld van de potentiële impact van onvoldoende mentaliseren op de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen. Een beperkt vermogen tot mentaliseren kan bijdragen aan een rigide, reflexmatige gang van intense emotionele arousal naar middelenmisbruik. Mentaliseren kan de flexibiliteit van de copingreacties vergroten.

Recent bacheloronderzoek (Martens, 2013) wijst uit dat beeldend therapeuten werkzaam in de verslavingszorg ook mentaliserend bevorderende interventies toepassen. De beeldend therapeuten betrokken in dit onderzoek onderstrepen het belang van het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen bij cliënten met een verslaving. 'Door te mentaliseren ontstaat volgens hen niet alleen inzicht in de verslaving, maar ook meer inlevingsvermogen waardoor cliënten een functioneel sociaal leven op kunnen bouwen zonder middelengebruik' (Martens, 2013, p.30). Beeldende therapie is ervaringsgericht en sluit aan op de pre-mentaliserende fasen (zie §1.2.2). Beeldende therapie biedt een transitionale space, het werken in met medium biedt de cliënt veiligheid om een explorerende houding aan te nemen. Daarbij is beeldende therapie inzichtgevend en confronterend, zo schrijft Martens (2013). Tijdens het werkproces en in de nabespreking kan de therapeut samen met de cliënt de handelingspatronen bespreekbaar maken.

Mentaliseren en beeldende therapie bij kinderen en jeugd

Het voornaamste doel van Mentalisation Based Kinder Therapy (MBKT) is het verhogen van zelfinzicht en zelfkennis. Om dit te bereiken is het nodig om eerste de aandachtsregulatie en de zelfhandhaving van het kind te behandelen. Pas dan is het mogelijk om met de mentaliserende vermogens van het kind in de therapie aan bod te laten komen.

Verschillende auteurs (Smelt, 2009; Bosgraaf, 2011) schrijven over de toepassing van de behandeling van kinderen en jeugdigen op basis van mentaliseren. Smelt (2009) exploreert in haar onderzoek de mogelijkheden om in de beeldende therapie kinderen met psychiatrische stoornissen in combinatie met een licht verstandelijke beperking te behandelen op basis van mentaliseren. 'Beeldende therapie heeft veel mogelijkheden om aan te sluiten bij de MBKT', zo schrijft Smelt (2009, p.37). Vooral pre-mentaliserend kan deze therapievorm veel bijdragen, dit wil zeggen dat ze het best aansluit bij de deelgebieden aandachtsregulatie en affectregulatie. Beeldende therapie zou kunnen worden ingezet ter voorbereiding op verbale therapieën bij kinderen waar dit nog niet meteen aansluit. Daarbij spreken zowel

Smelt (2009) als Bosgraaf (2011) over de transitional space die beeldende therapie biedt. In het beeldend werken kan het kind samen met de therapeut experimenteren met nieuw gedrag, met nieuwe mogelijkheden.

Conclusie

In deze paragraaf werd de toepassing van MBT toegelicht bij de verschillende doelgroepen die wij in ons onderzoek betrokken hebben. Opvallend is dat er enkel bij de doelgroepen BPS en kind en jeugd sprake is van specifieke MBT-beeldende therapie gecombineerde literatuur. Bij de andere doelgroepen is hier geen informatie over te vinden.

Behalve voor de doelgroepen die betrokken zijn in dit onderzoek werd duidelijk de toepassing van deze methode op dit moment nog breder wordt onderzocht. Delfstra & Peeters (2011) benoemen dat MBT ook zijn toepassing kent in de gezinstherapie, de behandeling problemen in de ouder-kind relatie, traumabehandeling, vermindering van geweld op school, als onderdeel van psycho-educatie voor chronisch psychiatrische patiënten. Allen et al., (2008) spreken aanvullend nog over de behandeling van post-traumatische stress stoornis met MBT. Er is bij deze doelgroepen echter niet duidelijk of beeldende therapie onderdeel uitmaakt van het behandelprogramma. In het kader van dit onderzoek is het niet van belang hier uitvoeriger op in te gaan.

4.1.2 Op welke manier wordt MBT methodisch toegepast in het beeldend medium?

Deze deelvraag gaat over de methodische toepassing van MBT in beeldende therapie. In deze paragraaf wordt de inhoud van de interviews verklaard aan de hand van de beschikbare literatuur. De indeling die hierin wordt gehanteerd is de therapeut, de cliënt en het medium.

4.1.2a De therapeut binnen beeldende therapie en MBT

In deze paragraaf wordt ingegaan op de methodische handelingen van de beeldend therapeut in een MBT behandeling. Deze houden in: de randvoorwaarden, methoden, therapeutische houding, therapeutische technieken en de nabespreking.

Randvoorwaarden

De respondenten noemen een aantal randvoorwaarden, aspecten waaraan moet worden voldaan om therapeutische ontwikkeling/effekten in beeldende therapie mogelijk te maken. De respondenten noemen in dit kader het belang van het bewust zijn van de transitional space die beeldende therapie biedt. Bateman & Fonagy (geciteerd in Kaarsemaker-Verfalle, 2008) schrijven dat het de taak van de therapeut is om de situatie veilig te maken en vervolgens een raamwerk te scheppen voor creatief spel. Door het scheppen van een transitional space worden gedachten en gevoelens voor de cliënt bereikbaar. Volgens de respondenten is het belangrijk dat de therapeut zich bewust is van de transitional space die de beeldende therapie biedt, opdat deze optimaal benut kan worden.

De andere randvoorwaarden beschreven in de resultaten zijn achtereenvolgens: de therapeut heeft voldoende materiaalkennis, de therapeut stemt het materiaal af op de cliënt en de therapeut biedt veiligheid en structuur. Deze randvoorwaarden zijn terug te vinden in de algemene literatuur over beeldende therapie. Smeijsters (2008) benoemt het als van belang dat de creatief therapeut zijn activiteiten, materialen en interventies afstemt op de problematiek van de cliënt. Veiligheid en structuur worden door verschillende auteurs (Smeijsters, 2008; Haeyen, 2011) beschreven als basisbehoeften van de cliënt. Op basis van de literatuur valt te concluderen dat deze algemene randvoorwaarden niet alleen in een MBT behandeling van belang zijn, maar in elk behandelkader een belangrijke rol spelen.

Gebruikte methoden

Naast de MBT-methode gebruiken de respondenten nog verschillende andere methoden in beeldende therapie. In deze discussie ga ik in op de beeldwaarneming en het analoge procesmodel.

Beeldwaarneming

Vijf respondenten maken gebruik van beeldwaarneming als methode om het mentaliseren van de cliënt te bevorderen, hierin wordt de beeldwaarnemingsmethode van Ella Molenaar-Coppens (1987) vaker benoemd. Eén respondent maakt gebruik van een werkvorm waar de hele groep samen naar één schilderij van een kunstenaar kijkt. Het gaat er in deze werkvorm over dat de cliëntengroep zonder oordeel kijkt maar het werkstuk. Hierbij stelt de therapeut vragen als: 'Welke indruk maakt het beeld op je? Wat denk je dat de schilder bedoeld heeft?' De respondent benoemt dit als 'mentaliseren aan de hand van een schilderij', op een creatieve en interactieve wijze. In deze werkvorm gaat het, net als bij mentaliseren, om 'begrijpend waarnemen' (Verfaillie, 2011) tussen cliënt en het werkstuk van de kunstenaar.

Respondenten beschrijven ook gebruik te maken van kunstbeschouwing. De Visser (2006) schrijft dat een kunstwerk een aantal voor ieder oog waarneembare verschijningsvormen heeft, zoals kleur, lijn, vorm, beweging, dynamiek. Volgens deze auteur is kunstbeschouwing een proces van hardop kijken, geleid door de hoop te ontdekken waar de kunstenaar zelf zo moeizaam naar op zoek was. Met andere woorden, kunstbeschouwing is begrijpend waarnemen, en kan dus gezien worden als een proces van mentaliseren.

Analoge procesmodel

In de resultaten is gebleken dat vier respondenten het analoge procesmodel benoemen in de interviews. Zij spreken hier vooral over het aansluiten op de vitality affects van de cliënt. In het onderstaande kader worden de begrippen kernzelf en 'vitality affects' verder toegelicht.

Smeijsters (2008) stelt dat het kernzelf een gevoelsmatig, intuïtief en niet denkend 'weten' is. Door het kernzelf weet de mens gevoelsmatig wat er zich in zijn binnenwereld afspeelt, ook al kan hij dit niet altijd in woorden vertellen. De inhoud van het kernzelf wordt gevormd door de vitality affects. Dit zijn gevoelsmatige processen die zich in het innerlijk afspelen. Smeijsters (2008) stelt dat het hierbij gaat om een 'vlaag' van gevoel, bijvoorbeeld een vlaag van woede.

'Het analoge proces benadrukt de overeenkomst (analogie) tussen vormgevingspatronen van een cliënt in beeldende therapie en de wijze waarop deze cliënt denken, voelend, en handelend vormgeeft aan situaties in het dagelijks leven' (Pénzes, 2009, p.237). Elk beeldend materiaal kent zijn eigen bewegingskwaliteit en mogelijkheden tot bewerking. Hierdoor roepen zij verschillende gevoelens op. Dit maakt dat de cliënt in beeldende therapie nieuwe leerervaringen kan opdoen, en tot een andere manier van vormgeven kan komen. Het kernzelf, dat ook het denken, handelen en voelen in situaties buiten de therapie stuurt, wordt hierdoor beïnvloed.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de respondenten beeldende materialen inzetten om het spanningsniveau van de cliënt te beïnvloeden. Zij benoemen grofweg dat materiaal dat makkelijker te sturen is (de respondenten noemen voornamelijk potlood en papier) ingezet wordt als de cliënt in de equivalent mode verkeerd. Materiaal dat moeilijk te sturen is (respondenten noemen meer sensopatisch materiaal zoals klei en vingerverf) wordt vaker in de pretend mode ingezet.

In het volgende citaat over vitality affects wordt een vergelijkbaar concept beschreven: 'Materiaal dat makkelijk te sturen is, bijvoorbeeld potlood, spreekt de vitality affects van de cliënt op een andere manier aan dan materiaal dat moeilijk te sturen is, bijvoorbeeld ecoline' (Pénzes, 2009, p.239).

In MBT termen poogt de therapeut het spanningsniveau van de cliënt te beïnvloeden, opdat hij een mentaliserende houding aan neemt. In het analoge procesmodel helpt de therapeut de met het exploreren van de vitality's van zijn gevoel in het medium, zo schrijft Smeijsters (2008). Smeijsters (2008) stelt dat wanneer cliënten in het medium vormgeven aan hun vitality affects, zij mentaliseren in het medium. Zo ontstaat er een koppeling tussen het analoge procesmodel en mentaliseren, en wordt duidelijk dat het in beide modellen gaat om het ontwikkelingsproces van de cliënt.

Therapeutische houding

In de resultaten werd beschreven dat de respondenten vier houdingsaspecten het belangrijkste achten in behandeling van cliënten in beeldende therapie: aandachtig in het hier en nu aanwezig zijn, de niet-wetende houding, het serieus nemen van de cliënt en de confronterende houding. Al in §1.2.3 werd gesproken over de houding van de MBT therapeut. Volgens Bateman & Foonagy (2007) heeft de MBT

therapeut een onderzoekende, uitdagende, actieve en empathische houding. Hij is nieuwsgierig, stelt vragen en is not-knowing.

Als we nu kijken naar wat de respondenten over hun therapeutische houding zeggen, dan komt dit grotendeels overeen met hoe Bateman & Fonagy (2007) dit formuleren, hoewel het soms anders wordt benoemt. Ook in de literatuur over beeldende therapie wordt gesproken over de therapeutische houding. Haeyen (2011) schrijft over de grondhouding van de (beeldend) therapeut als oordeelsvrij, ruimte biedend, structuur biedend, vertrouwen gevend, tonen van aandacht en betrokkenheid.

De houding van de therapeut vertoont zowel vanuit de invalshoek van de MBT als vanuit de invalshoek van de beeldende therapie overeenkomsten. Maar wat is er specifiek aan de houding van de MBT therapeut? Bales et al. (2009) zegt hierover dat de therapeut zelf voortdurend een mentaliserende houding moet nemen, om de cliënt te helpen het mentaliseren verder te ontwikkelen. Daarbij gaat het in de MBT behandeling om de continue focus van de therapeut op de mentale toestanden van de cliënt.

Therapeutische technieken

Met het begrip therapeutische techniek wordt de interventie van de beeldend therapeut voor, tijdens en na de werkvorm bedoeld, zowel verbaal als in het medium (Smeijsters, 2008).

Interventies gericht op de modi van niet-mentaliseren

Uit de resultaten is gebleken dat zes van de zeven respondenten die met volwassenen werken, gerichte interventies inzetten om de modi van niet-mentaliseren (zie §1.2.2) te beïnvloeden. Als we kijken naar de literatuur over mentaliseren in beeldende therapie, dan valt op dat er weinig beschreven wordt over concrete interventies om de modi te beïnvloeden.

Psychisch equivalent mode

De respondenten benoemen allen dat zij in deze modus bij de cliënt een hoog spanningsniveau observeren, de cliënt is als het ware een met zijn beleving: ik ben niets waard, dus mijn werkstuk is niets waard. 'Binnen en buiten worden als gelijk aan elkaar/equivalent beleefd' (Verfaillie, 2011). De respondenten passen verschillende interventies toe, gericht op afstand nemen: afstand nemen door goed te kijken naar het beeld, door te schrijven over een ervaring opgedaan in het werkproces, door meer gestructureerde materialen aan te bieden. Dit komt overeen met de literatuur, zowel Hamming (2009) als Verfaillie (2011) schrijven dat beeldende therapie de mogelijkheid biedt afstand te nemen van het werkstuk; op het moment dat gevoelens te echt en overweldigend worden. Hamming (2009) vult aan dat therapeut zich richt op het verminderen van spanning, dit kan gedaan worden door materialen en aan te bieden die passen bij het onderliggende affect.

Twee respondenten benoemen dat schrijfopdrachten naar aanleiding van de ervaring met het werkstuk afstand kunnen creëren. In een artikel over creatief schrijven in de gezondheidszorg (Mazure & Rooij, 2011) benoemt een beeldend therapeut soms schrijfopdrachten aan te bieden aan cliënten. Dit wordt afgestemd op de persoonlijke doelen van de cliënt en de affiniteit met taal en/of poëzie. Soms is het beeld de ingang om te gaan schrijven, soms is het schrijven aanleiding om tot beelden te komen. De auteurs benoemen dat patiënten door schrijven controle krijgen op hun eigen levensverhaal, en hier afstand van kunnen nemen.

Pretend mode

In de pretend mode zeggen de respondenten vooral in te gaan op het affect van de cliënt. Zij stellen concrete vragen over het werkstuk om de beleving van de cliënt prikkelen. De focus ligt hierin op het hier en nu. De respondenten zetten sensomotorische materialen in om de verbinding met het gevoel te stimuleren. In de literatuur wordt gesproken over een beperkte verbinding tussen maker en werkstuk (Hamming, 2009; Verfaillie, 2011). De wijze waarop deze verbinding in beeldende therapie wordt gemaakt wordt in de literatuur nauwelijks beschreven.

Interventies die tot doel hebben het denken, het voelen en het handelen te verbinden

Uit de resultaten is gebleken dat alle respondenten interventies benoemen die het denken, het voelen en het handelen verbinden. Respondenten beschrijven dat deze verbinding op verschillende manieren kan plaatsvinden. Ten eerste kunnen de eigenschappen van de beeldend materialen ingezet worden om een verbinding te faciliteren. Een voorbeeld is het materiaal klei, wat volgens een aantal respondenten door direct gevoelens kan aanspreken. Ook Schweizer (2009) benoemt dit. Een tweede manier die wordt

benoemd is het geven van schrijfp opdrachten naar aanleiding van beeldend werk. Vooral in de pretend mode, waar de cliënt zich met zijn gevoel identificeert, is dit volgens de respondenten werkzaam. Au (n.d.) benoemt in haar product over therapeutisch schrijven in beeldende therapie dat het terug lezen van eigen woorden op papier, ook maakt dat je afstand kunt nemen van het gevoel. De respondenten vullen aan dat deze afstand in de pretend mode nodig is om de spanning weer te laten zakken.

Respondenten beschreven ook dat de cliënt in het begin van de behandeling vaak meer symbolisch werkt, en dat er minder verbinding met het gevoel aanwezig is. Verfaill (2011) schrijft dat deze symboliek vaak het onvermogen van de cliënt is tot het maken van een interne representatie van eigen gemoedstoestand. De cliënt gaat dan representaties 'lenen', in de vorm van een symbool. De therapeut, zo schrijft helpt de cliënt stap voor stap een meer persoonlijke invulling aan zijn beelden te geven. Zo komt ook een verbinding met het gevoel tot stand.

Nabespreking

De nabespreking vindt plaats aan het einde van de sessie en is het moment waarop er gezamenlijk naar het beeldend werk, maar ook naar het werkproces dat hieraan vooraf ging, gekeken wordt. In de resultaten werd beschreven dat alle respondenten die werkzaam zijn met volwassenen een nabespreking toepassen. Eén respondent benoemt dat de nabespreking essentieel is omdat de cliënt zich hierin bewust kan worden van eigen gevoelens en handelingen in het medium. In de nabespreking kan de cliënt woorden geven aan zijn ervaringen. Haeyen (2011) beschrijft dat er in de nabespreking met betrekking tot mentaliseren en reflecteren sprake is van overstijgende gedachten vorming, reflectie op eigen patronen op intrapsychisch niveau en in relatie tot anderen. In de nabespreking kunnen actief en verbaal koppelingen gemaakt worden naar patronen in gedrag, denken en voelen in analogie met het werken in het medium, onder het mom van 'herken je wat er hier nu gebeurt ook in andere situaties?' (Haeyen, 2007). Vanuit de invalshoek van het beeldonderwijs wordt er gesproken over het evalueren van processen. Volgens Schasfoort (1999) is het vooral belangrijk om aandacht te besteden aan *hoe* de leerlingen met de beelden om gaan, aan de wijze waarop de leerlingen (beeldende) problemen aanpakken en oplossen. Evalueren en reflecteren staan volgens Schasfoort (1999) in elkaars verlengde. Beelen (2001) benoemt dat door middel van tussen- en nabesprekingen interactie ontstaat: groepsleden kunnen over hun ervaringen vertellen en anderen kunnen daarop reageren. Ook de respondenten benoemen de meerwaarde van de groep in de nabespreking. De cliënt kan zich verplaatsen in zijn groepsgeenoot, het onderlinge wederzijdse begrip dat in dit proces kan ontstaan werkt volgens de respondenten mentaliserend.

4.1.2b De cliënt binnen beeldende therapie en MBT

In dit onderzoek zijn verschillende doelgroepen genoemd (zie §3.1). In deze paragraaf worden overkoepelende conclusies getrokken. Er worden aspecten beschreven die bij meerdere doelgroepen terug te vinden zijn.

Ontwikkeling van mentaliserend vermogen

In de resultaten werd een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen. Hierin viel op dat de respondenten benoemen in het begin van de therapie veel symboliek te observeren in het beeldend werk van de cliënt. De cliënt heeft hierin weinig verbinding met zijn gevoel en met zijn lichaam. Verfaill (2011) schrijft ook over het gebruik van symbolen in therapie. Zij geeft aan dat op het moment dat de affecten van de cliënt in de ouder-kind relatie niet voldoende gespiegeld zijn, zij vaak moeite hebben een representatie te maken van hun gemoedstoestand. Cliënten lossen dit vaak op door een algemeen symbool te gebruiken om hun gemoedstoestand uit te drukken, het hart is het meest voorkomende symbool. De therapeut, zo schrijft Verfaill (2011) geeft samen met de cliënt stap voor stap meer persoonlijke inkleuring aan deze geleende representaties.

In het verloop van de therapie beschrijven de respondenten dat ze de cliënt in beweging zien komen. In de beeldende therapie gaat de cliënt ontdekken, experimenteren en spelen met gevoelens. Zo kan hij nieuwe ervaringsgebieden ontdekken. De respondenten benoemen dat zij in het beeldend werk meer vulling en vitaliteit observeren, waar het beeldend werkstuk eerst nog erg symbolisch was of uit onsamenvangende delen bestond. Haeyen (2011) beschrijft dat de cliënt in een reflectieve/mentaliserende fase een meer onderzoekende houding ontwikkeld. De cliënt durft uit te proberen, meer te experimenteren en spontaner en intuïtiever te werken. De cliënt kan in deze fase

woorden gaan geven aan zijn ervaringen in beeldende therapie, hij kan komen tot reflectie en overstijgende gedachtenvorming over het eigen proces (Haeyen, 2011).

Vormen van mentaliseren

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten twee vormen van mentaliseren beschrijven. Ten eerste het mentaliseren in de overdacht. Dit vindt vaak verbaal plaats en gaat volgens Allen et al. (2008) over het stimuleren van patiënten om na te denken over de relatie waarin ze in het huidige moment verkeren.

Een tweede manier die de respondenten beschrijven is mentaliseren met het werkstuk. Het belangrijkste gemeenschappelijke aspect dat wordt benoemd is de verbinding die de cliënt aan gaat met het werkstuk. De respondenten benoemen een verband tussen het aannemen van een mentaliserende houding en de verbinding met het werkstuk. Onder een mentaliserende houding ten aanzien van het medium valt bijvoorbeeld het ontdekken en reflecteren op de eigen vormgeving en het ontwikkelen van een identiteit in het beeldend werk.

De expert benoemt ook nog het verschil tussen impliciet en expliciet mentaliseren. Expliciet mentaliseren betekent volgens de expert ook verbaliseren. Terwijl impliciet mentaliseren vooral gericht is op het werken in het medium: ervaren, experimenteren met beeldend materiaal. Bakker & Derks (2011) beschrijven impliciet mentaliseren als non-verbaal, onbewust, automatisch, niet reflectief. Voorbeeld hiervan is het spiegelen tussen therapeut en cliënt. Expliciet mentaliseren is het bewuste, verbale en reflectieve reageren waardoor we bijvoorbeeld in staat zijn om keuzes te maken en flexibel te zijn. Beeldende therapie sluit door zijn non-verbale aard aan bij de impliciete kennis (Verfaillie, 2011), die bijvoorbeeld door middel van een nabespreking geëxpliciteerd kan worden (zie §3.2.1e). Wat in het medium, tijdens het werken verhuld aanwezig is, kan in de nabespreking verwoord en gekaderd worden (Haeyen, 2007). Zo kan de analogie naar de privésituatie van de cliënt gemaakt worden door vragen als 'herken je wat hier nu gebeurd ook uit andere situaties?'

4.1.2c Het beeldend medium binnen beeldende therapie en MBT

In deze paragraaf wordt de rol van het beeldend medium binnen beeldende therapie en MBT beschreven.

Beeldend Materiaal

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten veel verschillende materialen inzetten. Een grote overeenkomst is dat zij allen sensopatisch materiaal benoemen. Volgens de respondenten prikkelen deze materialen de gevoelens en dagen uit tot experimenteren. Klei wordt het meest ingezet in het therapeutisch proces van de cliënt. Eén respondent benoemt klei als een materiaal dat direct gevoelens kan aanspreken. Haeyen (2011) schrijft dat het fysieke aspect van klei een sterk motorisch appèl doet op aanraken, tasten, kneden, knijpen, slaan. Het is daardoor mogelijk een heel scala aan emoties en gevoelens te bereiken. Schweizer (2009) beschrijft dat een materiaal dat direct aangeraakt wordt directer gevoelens raakt dan wanneer bijvoorbeeld gewerkt wordt met potlood, dat het gevoel van controle over de gevoelswereld versterkt.

Bovenstaande auteurs sluiten aan bij de woorden van de respondenten, en benoemen dat het materiaal klei directe emoties en gevoelens kan triggeren. Dit valt te koppelen aan de modi van niet mentaliseren. De respondenten benoemen ook sensopatisch materiaal veelal in de alsof modus wordt ingezet, wanneer de cliënt minder contact heeft met zijn gevoel. Zo kan de cliënt meer gaan voelen en ervaren, en wordt het functioneren in de integratiemodus gestimuleerd.

Werkvormen

Een aantal respondenten werken met concrete werkvormen, andere respondenten werken met een eigen proces in therapie, de cliënt werkt dan aan individuele uitwerkingen. Bij het vrij werken speelt de therapeut in op waar de cliënt mee komt, de beeldend therapeut zal dan (samen met de cliënt) een materiaal of werkvorm zoeken dat past bij het huidige moment. De respondenten die vaste werkvormen hanteren benoemen het belangrijk te vinden om de cliënt een leerervaring aan te bieden, dat is immers waarvoor de cliënt in therapie komt.

Uit de literatuur wordt niet duidelijk welke vorm van werken het meest mentaliserend bevorderend werkt. Om deze reden gebruik ik de mening van de expert als onderbouwing. De expert gebruikt in haar beeldende therapie 'uitwerkingen'. Dit zijn opdrachten of oefeningen die bedoeld zijn om het mentaliserend vermogen van de cliënt op te rekken. De therapeut stemt af op de modi waarin de cliënt

zich bevindt, en biedt in overleg met de cliënt een oefening aan. In het werkproces volgt de therapeut de cliënt steeds op, hij let op wissels in spanningsniveau. Het is belangrijk dat de therapeut steeds afstemt op de individuele cliënt, en kijkt wat deze op dit moment nodig heeft. Het gaat dus om goed afstemmen, en werken met duidelijke hier-en-nu momenten (Allen et al., 2008).

4.1.3 Welke overige ontwikkelingen zijn er gaande op het gebied van beeldende therapie en MBT?

De laatste geformuleerde deelvraag in dit onderzoek gaat over 'overige ontwikkelingen'. Alle respondenten spreken in de interviews over de specifieke kracht van beeldende therapie in een MBT behandeling. In deze paragraaf wordt de kracht van beeldende therapie met literatuur onderbouwd.

De kracht van beeldende therapie binnen MBT

Uit de resultaten is gebleken dat alle respondenten het hebben over de kwaliteiten van beeldende therapie, en het effect van deze kwaliteiten op het mentaliserend vermogen van de cliënt. In deze paragraaf vat ik in een notendop de belangrijkste thema's samen en koppel deze aan literatuur.

Beeldende therapie kan de impliciete belevingen expliciteren

Respondenten benoemen dat beeldende therapie de impliciete beleving van de cliënt kan expliciteren. Eén respondent zegt hierover: cliënten maken hun beleving expliciet door deze in het beeldend werk zichtbaar te maken'. In §1.2.5 werd al gesproken over het verschil tussen impliciete en expliciete kennis. Beeldende therapie sluit door zijn non-verbale aard aan bij de impliciete kennis, die bijvoorbeeld door middel van een nabespreking geëxpliciteerd kan worden. In beeldende therapie gaat het vooral over het hoe: 'hoe je de verf op het doek strijkt (...) of hoe je klei met je groepsgenoten verdeelt' (Verfaillie, 2011, p.39). Beeldende therapie sluit aan op impliciete kennis, deze toont zich in de unieke, eigen materiaalhantering van de cliënt. Op deze manier leren cliënten verbinding te maken tussen binnenwereld en buitenwereld.

In beeldende therapie kan de cliënt woorden geven aan zijn gevoel

De respondenten benoemen dat er in beeldende therapie sprake is van een directe, fysieke, sensopatische ervaring met het materiaal. Eén respondent benoemt dit als 'een omweg om toch bij het gevoel te komen'. Volgens Verfaillie (2011, p.103) sluit beeldende therapie aan op de pre-mentaliserende gemoedstoestand van de cliënt. Cliënten die nog niet beschikken over verbale representaties van hun binnenwereld kunnen in vaktherapie hun gevoel concreet en fysiek uitdrukken. Ze kunnen bijvoorbeeld niet zeggen hoe ze zich voelen, maar kunnen in de vitaliteit waarmee ze werken wordt dit zichtbaar.

Er is in beeldende therapie sprake van objectdistantie

In de resultaten staat beschreven dat een aantal respondenten benoemen dat er in beeldende therapie sprake is van objectdistantie tussen cliënt en werkstuk. Eén respondent zegt hierover: 'de interactie tussen het werkstuk en de cliënt is veel veiliger, tussen therapeut en cliënt loopt de spanning vaak veel hoger op'. In de literatuur is dit terug te vinden. Verschillende auteurs (Karterud & Pederson, 2004) benoemen dat beeldende therapie een laagdrempelige manier van mentaliseren biedt. Het beeldend werk is volgens hen een veilige methode om de eigen mentale staat en die van de ander te onderzoeken. Het beeldend werkstuk kan, zo schrijven Franks & Whitaker (2007) de bewuste en verbale hypothesen ver voor zijn. Het blootstellen van het beeld aan de blik van de groep is volgens de auteurs een veilige, non-verbale voorloper op het verbaliseren.

Beeldende therapie biedt een alsof-situatie

De expert benadrukt de alsof-ruimte die beeldende therapie biedt: 'het beeldend werkstuk is maar een weergave, het is niet de realiteit'. Dit maakt, zo benoemt de expert, dat de borderline cliënt zijn mentaliserend vermogen minder snel verliest. Ook Verfaillie (2011) spreekt over de alsof situatie die beeldende therapie biedt. Het blijvende karakter van het beeldend werkstuk maakt de grens tussen binnen en buitenwereld duidelijk.

De alsof-situatie vertoont overeenkomsten met de esthetische illusie, afkomstig uit de creatief processtheorie van Erenst Kris (in: Schweizer, 2009). In de esthetische illusie staat de verleiding van 'schoonheidsgevoel' als therapeutisch medium centraal. Aansluitend gaan Grabau & Visser (1987) in op het alsof-karakter van situaties. Zij schrijven:

De esthetische illusie kan alleen werkzaam zijn, wanneer we in de uitingsvorm aangesproken worden op onze reële gevoelens en we tegelijkertijd beseffen dat het slechts een spel, een boek, een grap of iets dergelijks is. (...) het kunnen aanbrengen van het onderscheid tussen spel en werkelijk vraagt een grote mate van gedifferentieerd waarnemen, voelen en denken. (Grabau & Visser, 1987, p.70)

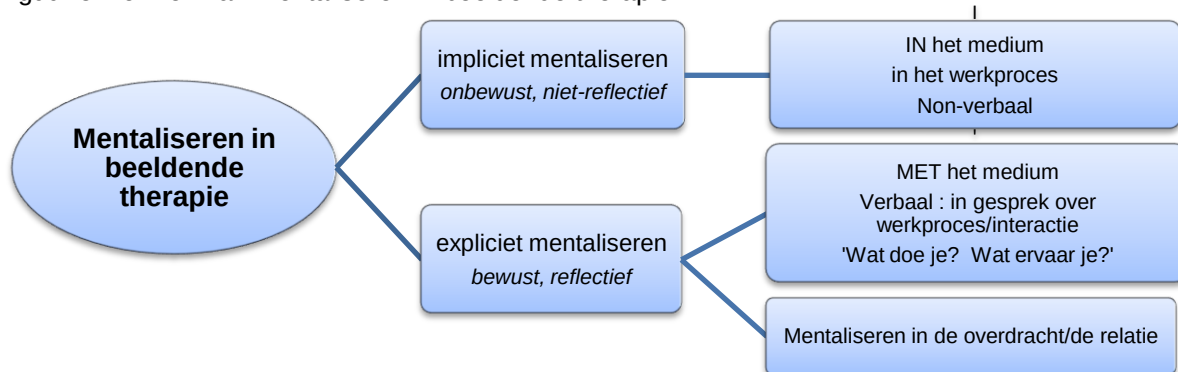
In beeldende therapie kan deze esthetische illusie of ook wel deze alsof-situatie (Allen et al, 2008; Verfaillie, 2011) gecreëerd worden. Dit onderschrijft de kracht die beeldende therapie heeft tot het scheppen van deze alsof-situatie waarin spel tussen fantasie en werkelijkheid kan plaatsvinden. En waar, zoals Grabau & Visser (1987) dit beschrijven, geoefend kan worden met gedifferentieerd waarnemen, voelen en denken. Ofwel, waar geoefend kan worden met het aannemen van een mentaliserende houding.

4.2 Korte Interpretatie van de resultaten

In dit onderdeel volgt een korte eigen interpretatie van de resultaten. Graag wil ik beginnen met de vraag: 'wat is nu eigenlijk MBT?' Deze vraag is van belang omdat er een verschil is tussen de behandelmethode MBT en mentaliseren als onderdeel van (beeldende) therapie. In dit onderzoek werkt enkel de expert met de behandelvorm MBT in beeldende therapie, haar werkwijze staat dicht bij de MBT-methode zoals geformuleerd door de grondleggers (Bateman & Fonagy, 2004, 2007). De andere respondenten werken met *aspecten van MBT*, wellicht beter te formuleren als therapie met een mentaliserende focus. Het is belangrijk om in de gaten te houden dat MBT ontwikkeld is voor cliënten met BPS. Bij andere doelgroepen moet er steeds goed gekeken worden naar wat bij deze cliënt of cliëntengroep het werkzame element van MBT is. Het wordt duidelijk dat er verder onderzoek nodig is naar de individuele MBT behandeling voor verschillende doelgroepen.

Verder vind ik opvallend dat er veel verschillende manieren van mentaliseren blijken te bestaan. De respondenten benoemen: impliciet en expliciet mentaliseren, *in* en *met* het medium, met het product en in de overdracht. Ik vind deze verschillende manieren van mentaliseren duidelijk te maken, in figuur 5 word dit overzichtelijk weergegeven. Op deze manier kan de beeldend therapeut met zijn interventies afstemmen op het mentaliserend proces van de cliënt.

Figuur 5: vormen van mentaliseren in beeldende therapie



Impliciet mentaliseren kan worden omschreven als non-verbaal, automatisch en onbewust reageren (Bakker & Derks, 2011). Beeldende therapie sluit door zijn non-verbale aard aan bij de impliciete kennis, die bijvoorbeeld door middel van een nabespreking geëxpliciteerd kan worden. Bij het werken *in* het medium, zonder te reflecteren en te verbaliseren, doet de cliënt ervaringen op (Smeijsters, 2008). De therapeut zal vooral vragen naar 'hoe doe jij dat' dus hoe de cliënt handelt in het medium.

Expliciet mentaliseren gaat over verbaliseren, reflecteren en bewust maken (Bakker & Derks, 2011). Dit kan gezien worden als werken *met* het medium (Smeijsters, 2008). De therapeut gaat meer in op 'wat heb je gedaan? Hoe heb je dit ervaren?' Dit bewustwordingsproces is volgens de respondenten essentieel, omdat de cliënt zich zo bewust wordt van eigen gevoelens en handelingen in het medium.

Allen et al. (2008) benoemen het belang van mentaliseren in de overdracht, de therapeut stimuleert de cliënt na te denken over de relatie waarin hij op dit moment verkeert. Ook in beeldende therapie is er

sprake van overdrachtgevoelens van zowel cliënt als therapeut. Door de driehoeksrelatie van cliënt-therapeut-medium worden overdrachtsgevoelens naar het medium geuit, en minder naar de therapeut.

Naar mijn mening is het belangrijk voor de beeldende therapie dat zowel impliciet als expliciet mentaliseren onderdeel zijn van de behandeling. Op deze manier kan de cliënt binnenwereld en buitenwereld met elkaar verbinden. Beeldende therapie sluit aan bij het impliciet mentaliseren, meer als gesprekstherapie waar verbaliseren en spreken centraal staat. Het is naar mijn mening belangrijk om het non-verbale en impliciete in de beeldende therapie het hoofdingrediënt te laten zijn. Smeijsters (2008) zegt hierover: 'de creatief therapeut die in zijn werk overhelt naar het werken *met* het medium en de meeste tijd besteed aan het verbaal interpreteren van beeldend werk, zodanig dat de verbinding met het medium beperkt is, gaat op de stoel van de psychotherapeut zitten'. Mijns inziens is ook het verbaal bespreken van beeldend werk een belangrijk onderdeel van beeldende therapie. Een juiste wisselwerking en balans tussen beeldend werken en het bespreken van beeldend werk is belangrijk. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou zijn om in de ontwikkeling van mentaliserend bevorderende interventies het verschil tussen het mentaliseren in en met het medium in het oog te houden. Belangrijk is om steeds te kijken of de specifieke impliciete kracht van beeldende therapie zo volledig mogelijk benut wordt.

4.3 Beantwoording van hoofd- en deelvragen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen die in dit onderzoek zijn opgesteld. Eerst komen de deelvragen aan de orde, en afsluitend wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag.

Deelvraag 1: Bij welke doelgroepen wordt de methode Mentalisation Based Treatment in beeldende therapie toegepast?

Dit onderzoek heeft zich gericht op de toepassing van methode MBT in beeldende therapie. Er werden respondenten werkzaam met 5 verschillende doelgroepen bij het onderzoek betrokken: persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek, onverklaarbare lichamelijke klachten, anorexia nervosa en kinderen en jeugdigen. MBT is ontwikkeld voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het is een redelijk nieuwe ontwikkeling dat een MBT behandeling ook bij andere doelgroepen effectief zou kunnen zijn, hier wordt op dit moment onderzoek naar gedaan. Het gemeenschappelijke element bij deze verschillende doelgroepen is tweeledig: 1) de verstoring in de hechting die in veel gevallen heeft plaatsgevonden, en 2) de cliënten verliezen hun vermogen tot mentaliseren sneller, en vallen dan terug in de pre-mentaliserende modi.

Bij al deze doelgroepen in beeldende therapie onderdeel van de MBT behandeling. Door de non-verbale aard van beeldende therapie, en de directe, fysieke ervaring die de cliënt kan opdoen met het materiaal wordt aangesloten bij de pre-mentaliserende modi. Dit geeft een unieke, non-verbale insteek, die in combinatie met psychotherapie effectief blijkt te zijn.

Uit de literatuur wordt duidelijk dat MBT nog bij meerdere doelgroepen wordt toegepast: gezinstherapie, traumabehandeling, PTTS. Echter wordt in de literatuur niet beschreven of beeldende therapie onderdeel is van het behandelprogramma. Wel werd duidelijk dat MBT in beeldende therapie ook bij cliënten met een incest-verleden binnen een tbs-kliniek en bij cliënten met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek wordt toegepast. De onderzoek tijd was echter te beperkt om deze doelgroepen nog in dit onderzoek te betrekken.

Deelvraag 2: Op welke manier wordt Mentalisation Based Treatment methodisch toegepast in het beeldend medium?

In dit onderzoek is een grote hoeveelheid informatie verzameld over de methodische toepassing van MBT in het beeldend medium. Er worden een aantal duidelijk overeenkomsten zichtbaar.

Naast de methode MBT gebruiken therapeuten nog verschillende andere methoden om het mentaliserend vermogen van de cliënt te bevorderen. De beeldwaarneming en het analoge procesmodel worden het meest genoemd. Deze methoden zijn ook de basis voor de interventies die de beeldend therapeut toepast. De belangrijkste interventies zijn gericht op de modi van niet-mentaliseren, waarin de therapeut gericht inspeelt op het spanningsniveau van de cliënt. Ook interventies gericht op het voelen-denken-handelen, gemarkeerd spiegelen en vragen naar materiaalbeleving worden door meerdere respondenten toegepast.

In de beschrijving van de therapeutische houding wordt vooral het belang van erkenning duidelijk: de houding van de therapeut is vrij van oordelen. Hij sluit aan bij de cliënt en neemt een niet-wetende houding aan.

Er zijn verschillende manieren van mentaliseren zoals mentaliseren in de overdracht, mentaliseren met het werkstuk en impliciet en expliciet mentaliseren. Beeldende therapie sluit vooral aan bij impliciet mentaliseren, de ervaring kan expliciet worden gemaakt door middel van de nabespreking. De nabespreking wordt door een groot aantal respondenten benoemd als essentieel, de cliënt kan zich hierin bewust worden van zijn eigen gevoelens en handelingen in het medium. Dit ondersteunt het mentaliserend proces.

Bij kinderen en jeugdigen wordt de methode MBKT gebruikt. Ze gebruiken de drie fasen aandachtsregulatie, affectregulatie en mentaliseren als basis voor interventies. Kinderen bereiken de fase van mentaliseren meestal niet.

Beeldend therapeuten gebruiken een groot scala aan beeldende materialen, de sensopatische materialen worden het meest gebruikt omdat zij een direct appèl doen op het voelen. Een gedeelte van de respondenten werkt met vaste werkvormen, een ander gedeelte werkt met het eigen proces. De appèlwaarde van het materiaal, materiaalhantering en de materiaalbeleving van de cliënt zijn in beide gevallen van groot belang.

Deelvraag 3: Hoeveel beeldend therapeuten in Nederland werken met de methode Mentalisation Based Treatment?

Er is niet duidelijk hoeveel beeldend therapeuten werkzaam zijn met de methode MBT, op deze vraag is geen sluitend antwoord te geven. Er bestaat geen verbindende vereniging/kenniskring voor beeldend therapeuten werkzaam met MBT waar deze informatie op te vragen is. Het expertisecentrum MBT Nederland is partner in het wereldwijde MBT netwerk, bij hen is er echter niet bekend hoeveel beeldend therapeuten werkzaam zijn met MBT. Het is hierbij belangrijk om op te merken dat de grens tussen het aanbieden van een MBT-behandeling en het werken met mentaliserend bevorderende interventies niet omschreven wordt. Op deze manier is niet op basis van inclusiecriteria vast te stellen welke beeldend therapeuten wél en welke niet met MBT werkzaam zijn. Dit zou een aanbeveling zijn voor vervolgonderzoek.

Deelvraag 4: Welke ontwikkeling is in de nationale en internationale beroepsgerelateerde literatuur te zien?

Zowel nationaal als internationaal worden er de laatste jaren artikelen en boeken gepubliceerd over beeldende therapie en MBT. In Nederland is er één boek gepubliceerd, en daarnaast nog twee artikelen. In de internationale literatuur zijn drie artikelen beschikbaar over beeldende therapie en MBT. Deze literatuur is vooral gericht op de doelgroep BPS. Dit is logisch aangezien deze methode voor cliënten met BPS ontwikkeld is. Over MBKT en beeldende therapie zijn twee Nederlandse ongepubliceerde scripties geschreven. Over de andere doelgroepen is qua medium specifieke literatuur niets te vinden.

Er vinden echter meer ontwikkelingen plaats dan in de literatuur vastgelegd. In de Master of Art Therapies van KenVak (Kenniskring Vaktherapieën) staat MBT onder de aandacht, er wordt recentelijk een onderzoeksoptzet ontworpen over de bijdrage van beeldende therapie in de MBT behandeling bij cliënten met een BPS.

Uit deze ontwikkelingen valt te concluderen dat MBT ook bij beeldend therapeuten onder de aandacht staat en dat er behoefte is aan de ontwikkeling van een theoretisch kader. Dit komt overeen met de wensen van de respondenten in dit onderzoek, zij willen graag meer contact en verbinding met beeldend therapeuten werkzaam met de methode MBT. Ook de ontwikkeling van werkvormen en interventies is voor een aantal respondenten belangrijk. Zo valt te concluderen dat er recentelijk een aantal ontwikkelingen plaats vinden, en dat de praktijk ook nog verdere wensen heeft in de ontwikkeling van de methode MBT n beeldende therapie. Het onderzoeken, en evidenc-based onderbouwen is een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Deelvraag 5: Welke overige ontwikkelingen zijn gaande op het gebied van beeldende therapie en Mentalisation Based Treatment?

Alle negen respondenten geven aan beeldende therapie een positieve invloed kan hebben op het mentaliserend vermogen van de cliënt. Beeldende therapie kan impliciete belevingen expliciteren, de cliënt kan woorden geven aan zijn gevoel, er is in beeldende therapie sprake van objectdistantie en

beeldende therapie biedt een alsof-situatie. De literatuur ondersteunt de uitspraken van de respondenten op dit vlak. Het blijkt dat beeldend therapeuten met eigen ervaringen de waarde van MBT in beeldende therapie onderbouwen. Het is echter belangrijk dat er ook onderzoek uitgevoerd gaat worden naar het *daadwerkelijke* effect van deze aspecten. In vervolgonderzoek zou de specifieke kracht van MBT in beeldende therapie verder onderzocht kunnen worden.

Ook de wensen van de therapeuten vallen onder overige ontwikkelingen. Het is opvallend dat een groot aantal respondenten de behoefte heeft aan meer verbinding met collega's en het bundelen van krachten. Deze specifieke wensen kunnen aanleiding zijn voor vervolgonderzoek.

Hoofdvraag: Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische praktijk in de Geestelijke Gezondheidszorg?

In de praktijk wordt duidelijk verschillende ontwikkelingen aan de orde zijn. Bij de behandeling van verschillende doelgroepen wordt een mentaliserende focus op dit moment steeds meer als richtlijn genomen. De methode is voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsproblematiek evidence based. In het huidige beeld van de geestelijke gezondheidszorg is dit belangrijk, de zorgverzekeraar betaalt enkel nog behandelingen waarvan de effectiviteit is bewezen. Ook de beeldend therapeut gaat in deze ontwikkeling mee, steeds meer beeldend therapeuten implementeren MBT in hun beeldende therapie. In de literatuur wordt een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar. Op nationaal en internationaal niveau werden in de laatste jaren verschillende artikelen gepubliceerd. Uit huidig onderzoek in onder andere de Master of Art Therapies van KenVak en de wensen van de respondenten uit dit onderzoek blijkt echter dat er meer ontwikkelingen plaats vinden dan in de literatuur zijn vastgelegd.

Kijkend naar de methodische toepassing, dan valt op dat er naast MBT georiënteerde interventies ook andere beeldende methoden en interventies worden ingezet, zoals de beeldwaarneming en het analoge procesmodel. Er worden ook verschillende manieren van mentaliseren gebruikt. Beeldende therapie biedt de cliënt veel mogelijkheden om zijn mentaliserend vermogen te bevorderen, zo blijkt uit de woorden van de respondenten en uit de literatuur.

Het is van belang te benoemen dat er een duidelijk verschil is tussen MBT en het inzetten van mentaliserend bevorderende interventies in beeldende therapie. In het laatste geval wordt gewerkt met *aspecten van MBT*. Om tot een verdere ontwikkeling van MBT in beeldende therapie te bewerkstelligen is het naar mijn mening belangrijk om eerst tot een heldere en eenduidige begripsdefiniëring te komen. Komen: Wat is MBT in beeldende therapie? Welke eigenschappen moet deze therapievorm hebben? Dit is een eerste stap tot het duidelijk omschrijven, en in de toekomst evidence-based bewijzen van MBT in beeldende therapie.

4.4 Aanbevelingen

In deze paragraaf beschrijf ik aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek. Deze zijn gericht op de praktijk, beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek

Aanbevelingen voor de praktijk en beroepsontwikkeling

De respondenten hebben in dit onderzoek concreet uitspraken gedaan over wensen op het gebied van de ontwikkeling van beeldende therapie in het MBT kader. Deze wensen zijn de basis voor de aanbevelingen voor de praktijk. De respondenten benoemen de wens om supervisie groep(en) op te zetten waarin therapeuten ervaringskennis kunnen uitwisselen. Zo ontstaat er verbinding en samenwerking, en kunnen beeldend therapeuten hun krachten bundelen. Dit heeft een positieve invloed heeft op de professionalisering van het vak. Binnen de MBKT bestaat al een landelijke supervisiegroep.

Een tweede aanbeveling zou zijn om mentaliserend bevorderende werkvormen en interventies in beeldende therapie te gaan ontwikkelen. In de doelstelling van dit onderzoek (§1.6) werd beschreven hoe ervaringskennis onderwerp van onderzoek wordt en leidt tot *best practices* (Smeijsters, 2008). Een 'beste practice' is een techniek, werkmethode of proces waarvan de effectiviteit bewezen is. Dit onderzoek is inventariserend van aard, en heeft niet tot doel best practices te ontwerpen. Dit is een aanbeveling voor praktijk en vervolgonderzoek. Therapeuten zouden bijvoorbeeld een module kunnen schrijven met daarin de verschillende mentaliserend bevorderende werkvormen die zij toepassen. Het is hierin belangrijk dat de praktijk het verschil tussen beeldende therapie *in* en *met* het medium in het oog houdt, en steeds

probeert te kijken of de specifieke impliciete kracht van beeldende therapie zo volledig mogelijk benut wordt.

Een derde aanbeveling voor praktijk en beroepsontwikkeling is het schrijven van literatuur. Het is belangrijk dat therapeuten hun ervaringskennis expliciteren door deze op papier te zetten. Deze ervaringskennis kan de basis vormen voor wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van deze mentaliserend bevorderende beeldende therapie.

De respondenten in dit onderzoek spreken allen over de kracht van beeldende therapie binnen een MBT behandeling. Het zou een kans zijn voor de praktijk om deze specifieke kracht van MBT nog verder uit te diepen. Op deze manier wordt beeldende therapie in de MBT behandeling verder geprofileerd.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de ontwikkelingen in de praktijk kan ook vervolgonderzoek plaats vinden naar de toepassing en effectiviteit van MBT in beeldende therapie. Onderzoek moet aansluiten op de ontwikkelingen in de praktijk, en op deze manier impliciete ervaringskennis te expliciteren. Naar aanleiding van de ontwikkelde werkvormen en interventies in de praktijk zou vervolgonderzoek de effectiviteit van deze werkvormen en interventies kunnen toetsen.

Waar dit onderzoek een algemeen inventariserend beeld heeft van de actuele ontwikkelingen, kan een casestudy meer specifiek beschrijven welke werkzame elementen in beeldende therapie het mentaliserend vermogen van de cliënt bevorderen. Iedere beeldend therapeut kan een belangrijke bijdrage leveren aan het genereren van evidence door het onderbouwen van eigen en andermans methodisch handelen. Dit kan zoals beschreven in de vorm van een case-study, maar ook door het schrijven van artikelen, e.d.

Ook ligt er een mogelijkheid in de ontwikkeling van een individuele MBT behandeling voor verschillende doelgroepen. Het is belangrijk om in de gaten te houden dat MBT ontwikkeld is voor cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij andere doelgroepen moet er steeds goed gekeken worden naar wat bij deze cliënt of cliëntengroep het werkzame element van MBT is.

4.5 De sterkten en tekortkomingen van dit onderzoek

In dit onderdeel reflecteer ik kritisch op het door ons uitgevoerde onderzoek. Hierbij worden sterkten en tekortkomingen benoemd aan de hand van de stappen die zijn doorlopen in het onderzoeksproces.

Onderzoekspopulatie

Het is een grote meerwaarde dat de betrokken respondenten in dit onderzoek werkzaam zijn met cliënten met verschillende ziektebeelden. Dit maakt dat het onderzoek een breed beeld geeft van de actuele ontwikkelingen. Daarbij spelen een aantal van de respondenten een belangrijke rol in de ontwikkeling van MBT in beeldende therapie. Eén van de respondenten is auteur van het eerste Nederlandse boek over mentaliseren in beeldende therapie, en drie respondenten hebben de Master of Art Therapies van KenVak gedaan, of doen deze op dit moment. Deze voorbeelden geven aan dat de respondenten die betrokken zijn in dit onderzoek experts zijn op dit gebied. Dit verhoogt de kwaliteit van dit onderzoek.

Een tekortkoming van dit onderzoek is dat er, in het geval van de doelgroepen eetstoornissen, psychosomatiek en verslaving slechts één respondent per doelgroep is geïnterviewd. De resultaten op dat vlak zijn dus minder representatief.

Vorbereiding en uitvoering van de interviews

In de voorbereiding van de interviews is een topiclijst opgesteld op basis van uitgebreid literatuuronderzoek. Dit draagt bij aan de validiteit van deze topics en dus de gespreksonderwerpen tijdens de interviews. De brede opzet van de hoofdvraag in dit onderzoek heeft ook geresulteerd in een breed opgezette topiclijst. De semi-gestructureerde interviews zijn op een open manier afgenomen, waardoor de respondent de ruimte had te vertellen over haar opvattingen en werkwijzen. Dit is een sterk punt van dit onderzoek. Dit heeft echter ook een keerzijde, door de open manier van interviewen is er vanuit de respondenten veel verschillende informatie verkregen: niet iedere respondent heeft over ieder onderwerp iets benoemt, of is even diep op ieder onderwerp ingegaan. In het open en axiaal coderen was het in sommige gevallen moeilijker om overeenkomsten in data te vinden.

In het onderzoek is er voor gekozen de eerste twee interviews samen (door de twee onderzoekers) af te nemen, en de overige interviews te verdelen tussen de beide onderzoekers. De topiclijst was hierbij

steeds richtlijn, dit heeft de kwaliteit van de interviews gewaarborgd, hiermee konden wij controleren of alle topics ook daadwerkelijk aan bod zijn geweest. Onderlinge verschillen in de manier van vragen stellen, in de interactie met de respondent en dergelijke kunnen invloed hebben gehad op de resultaten, en deze minder valide maken. Dit is echter moeilijk te achterhalen. Het meest betrouwbare zou zijn geweest om alle interviews samen af te nemen. Dit was echter niet mogelijk in verband met de te korte tijdsduur van het onderzoek.

Datapreparatie en data-analyse

Het uittypen van de interviews verliep soepel. Wij hebben onderling een goede verdeling gemaakt en de interviews volledig uitgetypt. Ook de notering van belangrijk zichtbaar non-verbaal gedrag was in de fase van data-analyse behulpzaam.

Het uitvoeren van dit onderzoek met twee onderzoekers is een duidelijke meerwaarde gebleken. Beide onderzoekers keken met een andere 'bril' naar de verzamelde data, met eigen oordelen, verwachtingen, gevoelens en gedachten. De onderzoekers konden elkaar controleren op interpretaties in data. Om eventuele interpretaties op te sporen hebben de onderzoekers in het analyseproces elkaars analyses doorgenomen, over verschillen werd met elkaar gesproken. Op deze manier wordt de betrouwbaarheid verhoogd.

Bij het open coderen is dit uitgevoerd door de eerste twee interviews die wij hebben gecodeerd met elkaar uit te wisselen en te controleren of wij dezelfde codes zouden geven aan de tekstfragmenten als de ander. Wij hebben het bij deze ene uitwisseling gehouden, omdat er niet genoeg tijd was om bij alle interviews de open codes te controleren. Bij de start van het axiaal coderen hebben wij alle open codes uit alle interviews ingedeeld in categorieën. Hierdoor kwamen alle interviews door elkaar te staan, en konden wij elkaar codes nog eens checken.

In het data-analyse proces zijn wij steeds terug gekeerd naar de getranscribeerde interviews, als de context van een tekstfragment niet duidelijk was. Dit draagt ook bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten, er is dicht bij de originele woorden van de respondent gebleven.

In het schrijfproces hebben wij de codes onderling verdeeld, en ieder heeft deze individueel uitgewerkt. Wij hadden echter geen tijd meer om elkaars analyseproces op te volgen en te controleren. Dit had de betrouwbaarheid van de resultaten nog verhoogd.

Reflectie aan de hand van de kwaliteitscriteria voor trustworthiness

Zoals in §2.6 al werd beschreven zijn de kwaliteitscriteria voor trustworthiness belangrijk om de betrouwbaarheid en de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten.

Dit onderzoek werd uitgevoerd op basis van de analyseprincipes van de 'grounded theory'. Het analyseproces volgens de grounded theory is een cyclisch proces, waarin regelmatig heranalyseren centraal staat. Dit cyclisch proces kon in dit onderzoek maar beperkt uitgevoerd worden door de korte onderzoekstijd van 3 maanden. Het beschrijven en analyseren van de data riep weer nieuwe vragen op, en het zou de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroten als wij ook deze vragen hadden kunnen stellen aan de respondenten.

In dit onderzoek is op twee momenten een terugkoppeling naar de respondenten gemaakt. Echter hadden wij graag nog een uitgebreidere terugkoppeling naar de praktijk uitgevoerd, bijvoorbeeld door nog een tweede interview af te nemen. Zo hadden wij nog dieper in kunnen gaan op het beantwoorden van onze hoofdvraag.

Het is van duidelijke meerwaarde dat dit onderzoek in de vorm van een duo-scriptie is uitgevoerd. Hierdoor hebben wij alle keuzes die wij in het onderzoeksproces maakten samen kunnen bespreken en reflecteren. Het bijhouden van een logboek, met daarin de belangrijkste keuzes, heeft bijgedragen aan het schrijven van deze kritische reflectie.

Een andere kwaliteit van dit onderzoek is op het gebied van de member-check en peer-review. Er is met grote zorgvuldigheid een member-check uitgevoerd, om ervoor te zorgen dat de resultaten ook daadwerkelijk representeren wat de respondenten benoemt hebben. Ook de peer-review is uitgebreid uitgevoerd. Collega's uit verschillende invalshoeken (psycholoog, beeldend therapeut, studenten beeldende therapie) zijn benaderd en hebben meegelezen. Dit verhoogt de overtuigingskracht van dit onderzoek en is een duidelijke meerwaarde.

4.6 Het oude werkmodel

Het werkmodel valt te omschrijven als het methodisch handelen van de beeldend therapeut: zijn therapeutische houding, de wijze waarop hij zijn interventies inzet, de manier waarop hij structuur aanbrengt, etc. In mijn oude werkmodel beschrijf ik de wijze waarop ik handelde tijdens mijn jaarstage in de opleiding beeldende therapie, direct voorafgaand aan dit onderzoek. Ik beschrijf waar ik persoonlijk tegenaan liep bij het werken met cliënten. Persoonlijke gevoelens, gedachten en angsten waren van invloed op mijn therapeutische houding, de wijze waarop ik omging met cliënten en de manier waarop ik interventies inzette.

In mijn stage heb ik gewerkt met volwassen cliënten met een persoonlijkheidsproblematiek. In de omgang met cliënten was het voor mij erg belangrijk om aan te sluiten bij de cliënt, en niet over zijn grenzen te gaan. Ik stemde zachtaardig af op wat de cliënt nodig had, en was geïnteresseerd in diens gemoedstoestand. Mijn insteek was steeds dat de cliënt zichzelf, bewust of onbewust, het beste kent. Als therapeut wil ik vooral niet diegene zijn die het 'weet'. Samen met de cliënt zocht ik naar het meest passende materiaal op dit moment, of de meest passende handeling. Ik was begrijpend, ondersteunend en empatisch. De therapeutische houding die ik beschrijf komt overeen met hoe ik als mens ben. Ik ben een gevoelig mens, en stem hierdoor gevoelsmatig af op wat de ander nodig heeft en wat zijn lichaamstaal zegt.

In het therapieproces van cliënten was ook sprake van weerstand, of spanning die hoog op liep. De cliënt kon zijn draai niet vinden in een werkvorm en uitte dit door de confrontatie in het contact op te zoeken. Andere cliënten uitten de spanning meer internaliserend. Ik vond vooral de momenten waarop de spanning in het contact hoog opliep moeilijk, dan was ik vooral gericht op het (zo snel mogelijk) hervinden van stabiliteit. Ook ik voelde me vaak gespannen, had de neiging me terug te trekken in mijzelf. Hierdoor was ik vaak niet helder naar de cliënt over mijn eigen gevoelens, gedachten en wensen. Ofwel, ik verloor mijn eigen mentaliserende houding en kwam in de tegenoverdracht. Voor de cliënt was ik in deze momenten een onstabiele factor. Ik bood de cliënt niet voldoende structuur en holding om zijn spanning weer te kunnen verdragen.

Wel toonde ik begrip, en keek met de cliënt mee naar manieren om met de spanning om te gaan. Door de werkvorm aan te passen, en andere mogelijkheden in het medium aan te dragen. Ik zette materiaal gericht in om de cliënt een nieuwe ervaring aan te bieden. In de nabespreking ging ik vooral in op het *hoe*. Hoe heb je met je met het materiaal gewerkt? Wat voelde je hierbij? De materiaalhantering, de materiaalbeleving van hieruit de analogie naar het dagelijks leven stond centraal.

Ik bemerkte dat deze interventies de cliënt op momenten van hoge spanning niet altijd leken te bereiken. Mijn interventies waren gericht op het beeldend werkstuk, of het werkproces van de cliënt. Voor de cliënt was de gevoelde spanning in het moment vaak belangrijker dan het werkstuk. De cliënt kon écht zijn draai niet vinden in zijn werkvorm en zei dingen als 'wat is dit nu voor opdracht, dat ga ik écht niet doen!' Op deze momenten zocht ik vooral samen met de cliënt naar aanpassingen in de werkvorm, zodat de cliënt toch in de handeling kon komen. Ik richtte me op het verhelpen van de spanning, maar niet op de spanning zelf. Hiertoe had ik bijvoorbeeld vragen kunnen stellen als: 'Wat gaat er nu in je om? Wat maakt nu dat je hier zo tegen aan loopt? Wat zou je kunnen helpen?'

In mijn nieuwe werkmodel is vooral het bewust en gericht inspelen op het spanningsniveau van de cliënt belangrijk. Hierin wil ik interventies toepassen die de cliënt weer ruimte geven om te voelen, te denken en te handelen. Als therapeut bied ik een kader ('transitional space') waarbinnen de cliënt vrij is om te experimenteren met nieuw gedrag, met nieuwe mogelijkheden. Hierin vind ik ook eigen verantwoordelijkheid belangrijk.

4.7 Het nieuwe werkmodel

Door het afnemen van interviews heb ik als beginnend beeldend therapeut veel kunnen leren van de onder woorden gebrachte houding, interventies en persoonlijke visie van iedere respondent. Het horen over al deze verschillende manieren, heeft mij ook aan het denken gezet over wat mijn manier is. Wat voor beeldend therapeut ben ik? In deze paragraaf zal ik beschrijven hoe mijn werkmodel veranderd is tijdens het doorlopen van het onderzoeksproces.

In mijn nieuwe werkmodel staan de interventies gericht op de modi van niet-mentaliseren centraal. Dit zijn voor mij de handvaten waar aan ik als therapeut structuur ontleen om meer te durven en kunnen

spelen met het spanning in therapie. Het werkmodel is in de 'therapeut-vorm' geschreven. Doel is dat het werkmodel voor mij, maar ook voor andere beeldend therapeuten een methodisch uitgangspunt kan zijn.

Randvoorwaarden

Om gericht te kunnen inspelen op het spanningsniveau van de cliënt is het belangrijk dat de beeldend therapeut veel kennis heeft van de eigenschappen van ieder materiaal. Een respondent zegt hierover: 'met ieder materiaal en iedere werkwijze kun je gradaties inbouwen waarin je kan schuiven van controle naar minder controle, of van vast naar vloeibaar. Klei kun je bijvoorbeeld constructief bewerken, maar ook sensopatisch'.

Naast materiaalkennis is het ook belangrijk dat de beeldend therapeut de eigenschappen van de cliënt helder heeft. De diagnose, therapiedoelen, maar ook het voorkeurshandelen van de cliënt in beeldende therapie. De cliënt heeft bijvoorbeeld heel veel behoefte aan structuur en controle, en gebruikt enkel potlood en liniaal. Dit kan dan omschreven worden als zijn voorkeurshandelen. De beeldend therapeut stemt af op dit voorkeurshandelen van de cliënt, en zijn materiaalkennis ondersteunt hem in het aanbieden van materialen en werkvormen die passen bij het voorkeurshandelen van de cliënt. Hij kan de cliënt in stapjes uitdagen zijn mogelijkheden in het medium verder te ontdekken.

Therapeutische houding

De uitkomsten van dit onderzoek onderbouwen de therapeutische houding die ik beschreef in mijn oude werkmodel. Ik sloot aan bij de cliënt, was geïnteresseerd in diens gemoedstoestand en ik nam een niet-wetende houding aan. Ik zocht samen met de cliënt naar het meest passende materiaal, was begripvol en empathisch. Zowel de respondenten als de literatuur (Allen et al, 2008; Verfaillie, 2011) spreken over een oordeelsvrije houding, waarin de therapeut aansluit bij de cliënt. Samen met de cliënt wordt gekeken naar het werkstuk, onderzoekende en nieuwsgierige wijze naar het werkstuk.

Echter, door de respondenten werd ook een prikkelende en confronterende houding als belangrijk benoemd. Dit houdingsaspect heb ik in mijn oude werkmodel minder vaak gehanteerd. Zoals beschreven ben ik niet iemand van de harde weg, maar meer van zachtmoedig afstemmen

Ten eerste: contact maken en erkenning bieden

Bij het inspelen op zowel hoge als lage spanning wordt door de respondenten benadrukt dat het maken van contact met de cliënt, en het bieden van erkenning de eerste stap is tot mentaliseren. De therapeut kan zowel impliciet (in het medium) als expliciet (in gesprek) contact maken en erkenning bieden.

Het is belangrijk dat de beeldend therapeut aandacht heeft voor de eigen, authentieke wijze waarop de cliënt handelt in het medium (zijn vitality affects). De therapeut sluit aan bij de cliënt en geeft hem het gevoel dat elke handeling die hij uitvoert de juiste is: jij bent oké zoals je bent. Door deze erkenning kan de cliënt de ruimte voelen om zich te ontwikkelen. Denken, voelen en handelen kunnen weer met elkaar in verbinding komen.

In het spreken over het beeldend werk is het belangrijk dat de therapeut samen met de cliënt komt tot een zo juist mogelijke erkenning en benoeming van gevoelens en veranderingen daarin. Niet het gedrag van de cliënt is uitgangspunt voor het gesprek, maar de focus is op de mentale ervaring voor, tijdens en na het beeldend werken (van Gael, 2007). De therapeut stelt hierin explorerende vragen.

Ten tweede: inspelen op de modus waarin de cliënt verkeert

Het veilige kader dat ontstaat door het maken van contact en het bieden van erkenning is basis voor de insteek op het spanningsniveau, de insteek op te hoge spanning of juist op te lage spanning. Het doel is steeds de cliënt te laten functioneren in de integratiemodus en hem door interventies te helpen zijn denken, voelen en handelen weer met elkaar in verbinding te brengen.

Psychisch equivalentie modus

In de psychisch equivalentie modus ervaart de cliënt een hoge spanning. Binnenwereld en buitenwereld worden als gelijk aan elkaar beleefd (Verfaillie, 2011), de cliënt valt samen met zijn beleving van het beeld. In deze modus is een bepaald gevoel of een bepaalde gedachte de enige waarheid en realiteit. Er is sprake van een zwart-wit beleving, bijvoorbeeld: 'mijn werkstuk is niets waard dus ik ben niets waard'.

Therapeutische interventies zijn er in deze modus op gericht afstand te nemen van de equivalente overtuiging. Materiaal wordt gericht ingezet om het spanningsniveau van de cliënt te beïnvloeden, de therapeut stemt hierin af op het onderliggende affect. In deze fase zal de therapeut gestructureerde materialen aanbieden. Gestructureerd materiaal, bijvoorbeeld potlood, versterkt het gevoel van controle over de gevoelswereld (Schweizer, 2009). De cliënt kan zo meer afstand nemen van zijn gevoel in het moment, de spanning kan zakken.

Een andere manier om afstand van het beeld te creëren is het aanbieden van een passe-partout. Het passe-partout legt letterlijk een kader rond het beeld en heeft de mogelijkheid in te zoomen op een klein stuk van het beeld (wat misschien wel naar tevredenheid is). Ook op deze manier krijgt de cliënt de kans zijn identificatie met het werkstuk los te laten.

Een derde wijze is het aanbieden van een tussenstap in het medium. Op het moment dat de therapeut observeert dat een ervaring in het medium te overspoelend is, dat kan hij de situatie stop zetten en een 'tussenstap' in het medium aanbieden. Bijvoorbeeld een gerichte en gestructureerde materiaalontdekking, of juist een cognitieve uitwerking.

In gesprek over het beeldend werk stelt de therapeut concretiserende vragen over het werkstuk van de cliënt. De cliënt kan afstand nemen van zijn irreële equivalente overtuiging ('mijn werkstuk is niets waard dus ik ben niets waard'): wat zie je daadwerkelijk? Lijnen, vlakken, ronde of strakke vormen?

Een tweede mogelijkheid de impliciete ervaring te expliciteren ligt in het aanbieden van korte schrijfp opdrachten naar aanleiding van een ervaring in het medium. Als gevoelens in de equivalent mode te echt dreigen te worden, dan kan schrijven een methode zijn om afstand te nemen van de beleving in het moment. Het is hierin belangrijk dat de therapeut de schrijfp opdracht voldoende afbakt, zodat de cliënt structuur en controle kan ervaren.

Alsof modus

In de alsof modus, bij een laag spanningsniveau, is de cliënt losgekoppeld van zijn eigen beleving. In het medium ontstaat er geen verbinding met het werkstuk. Cliënt kan de neiging hebben veel te praten, probleem groter en groter te maken. De cliënt is cognitief en emoties komen niet in beweging.

Door de inzet van sensopatische materialen zoals klei en vingerverf, kan het contact met het gevoel hersteld worden. Materiaal dat direct aan te raken is, raakt ook directer gevoelens, zo schrijft Schweizer (2009). De therapeut stelt concretiserende vragen. Enerzijds vraagt hij naar wat de cliënt ziet in het werkstuk (beeldwaarneming) en anderzijds ook naar de beleving voor, tijdens en na het werkproces. Deze concretiserende vragen zijn gericht op de beleving in het hier en nu en prikkelen de cliënt ook te kijken naar zijn gevoelens.

Integratie modus

In de integratiemodus ervaart de cliënt voldoende veiligheid en structuur. Vanuit de erkenning die de basis is in therapie ontstaat er een werkbare situatie waarin er een constructieve wisselwerking kan plaatsvinden tussen cliënt en werkstuk, en tussen cliënt en therapeut. De therapeut biedt de cliënt een kader, binnen dit kader kan de cliënt spelen, experimenteren en ontdekken in het medium. Zo worden nieuwe ervaringen opgedaan. In de integratie modus is een belangrijke vraag: *wat heb ik nu nodig?* De cliënt krijgt zicht op wat hij nodig heeft in momenten van hoge of juist lage spanning. Er kan een analogie gelegd worden naar het dagelijks leven, de cliënt kan meer controle en grip op zijn leven ervaren.

Voor de therapeut is het steeds van belang te zoeken naar een balans tussen veiligheid en uitdaging. Een interventie zal het beste aankomen wanneer de cliënt een bepaalde spanning, nieuwsgierigheid voelt voor iets dat nog net buiten zijn bereik ligt (Verfaillie, 2011). De therapeut moet voldoende holding bieden, maar de cliënt ook voldoende uitdagen en prikkelen. Op deze wijze kan beeldende therapie een leersituatie zijn.

Hoe ga ik als beeldend therapeut om met spanning in beeldende therapie?

In mijn oude werkmodel beschreef ik dat ik dat ik het moeilijk vond om te gaan met hoge spanning van cliënten in beeldende therapie. Op mijn stage stemde ik al intuïtief af op het spanningsniveau van de cliënt. Ik sloot aan bij de cliënt, en wat hij in het moment nodig had, ik zette materialen in die pasten bij wat de cliënt op dit moment nodig had. Echter, op momenten dat de spanning op liep verloor ik mijn eigen vermogen tot mentaliseren.

Dit onderzoek heeft me handvaten gegeven om met deze hoge spanning om te gaan. Zowel in verbale interventies als in mediuminterventies. Contact en erkenning is de eerste stap, van daaruit bestaat er ruimte om te handelen, te denken en te voelen. Als therapeut bied ik een kader waarbinnen de cliënt vrij is om te experimenteren met nieuw gedrag, en met het verdragen van spanning. Ik heb geleerd dat het oprekken van spanning onderdeel is van een leerproces in therapie. Dit is iets wat ik als therapeut ook mag opzoeken als dit het doel dient, en niet hoeft te ontwijken. Dit vraagt van mij als therapeut om spanning te kunnen verdragen en zelf een mentaliserende houding te bewaren. Ik probeer begrijpend waar te nemen: wat wil de cliënt mij zeggen? Wat zit hem dwars? Zo blijft duidelijk welke gevoelens van de cliënt zijn, en welke gevoelens van de therapeut. Tegenoverdracht wordt zo voorkomen.

Een nieuw aspect in dit onderzoek was voor mij het lichamelijk mentaliseren. Ik denk dat het aandacht hebben voor lichaamshouding en ademhaling in beeldende therapie een belangrijke meerwaarde kan zijn in het proces van mentaliseren. Spanning uit zich altijd lichamelijk, op momenten van hoge spanning kan de therapeut interventies doen gericht op lichaamsbeleving. Zo krijgt de cliënt zicht op wat zijn lichaam hem te vertellen heeft, en hoe hij zijn eigen lichaamsgrenzen beter kan bewaken.

Ik vind het belangrijk om iedere cliënt te zien als een individueel mens, met eigen gevoelens, gedachten en wensen. Het gedachtegoed achter MBT is voor mij heel waardevol. Als therapeut ga je uit van wat de cliënt werkelijk nodig heeft, je kijkt als het ware achter het zichtbare gedrag. Een mens is niet alleen maar wat hij doet, hoe hij zichtbaar handelt. Als therapeut probeer je ook te kijken naar achterliggende wensen, verlangens, angsten. Het is een menselijke houding, waarin de therapeut – cliënt relatie ook gewoon een relatie van mens tot mens is.

5 DISCUSSIE Franziska Müller

Binnen dit hoofdstuk geef ik, Franziska Müller, door middel van de onderbouwende literatuur een verklaring van de gevonden resultaten. Aan het einde van de verklaring komt er een korte conclusie waarin ik mijn interpretatie weergeef met betrekking tot de onderzoeksvraag, om van daaruit een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Het antwoord leidt tot de aanbevelingen van dit onderzoek. Daarnaast beschrijf ik de sterke kanten en de tekortkomingen van het onderzoek. Afsluitend beschrijf ik hoe dit onderzoek bijgedragen heeft aan de ontwikkeling van mijn eigen werkmodel. In mijn discussie ben ik voornamelijk ingaan op het werken met kinderen en jeugd, omdat ik bij deze doelgroep de meeste kennis en affiniteit heb door mijn derde jaar stage.

5.1 Verklaring van de resultaten

In dit paragraaf zou in de gevonden resultaten uiteenzetten en koppelen ondersteunende literatuur. De verklaring richt zich op de toepassing van verschillende doelgroepen binnen de methode MBT en beeldende therapie. Vervolgens ga ik in op de methodische toepassing van beeldende therapie en MBT. Afsluitend onderbouw ik de kracht van beeldende therapie gekoppeld aan de methode. Hieruit volgt een kort interpretatie.

5.1.1 Verschillende Doelgroepen binnen MBT en beeldende therapie

Mentalisation Based Treatment (MBT) wordt als behandelmethode binnen veel verschillende doelgroepen toegepast. Een respondent beschrijft deze doelgroepen als 'waar het gaat om veranderingsprocessen'. Binnen dit onderzoek zijn wij echter op zoek gegaan naar doelgroepen die met behulp van de methode MBT behandeld worden, maar waarbij beeldende therapie ook deel van de behandeling uitmaakt.

MBT en beeldende therapie binnen Persoonlijkheidsstoornissen

In de literatuur is te zien dat persoonlijkheidsstoornissen het uitgangspunt is van de behandelmethode MBT. De koppeling naar beeldende therapie is in dit onderzoek al toegelicht in de probleemstelling. (zie § 1.2.5). Ik geef daarom hier een korte samenvatting over de doelgroep en de koppeling tussen MBT en beeldende therapie.

Franks en Whitaker (2007) zeggen dat een persoonlijkheidsstoornis het best te verwoorden is als een desorganisatie van hechting en affectregulatie.

Kaarsenmaker noemt in het Handboek Beeldende Therapie (Kaarsenmaker- Verfaillie, 2009) de mogelijkheid van het werken met het medium als een mentaliserende handeling op zich. Wanneer je een ervaring verbeeldt ben je eigenlijk al, pre-verbaal, aan het mentaliseren, naar uitdrukkingsvormen aan het zoeken. Beeldende therapie sluit aan bij het impliciete weten van de cliënt. De impliciete kennis is moeilijk onder woorden te brengen. Het verloop automatisch, intuïtief onbewust en non-verbaal. Deze kennis uit zich in het beeld door hoe de cliënt in het beeldend medium werkt. Deze onbewuste handelingspatronen hebben al een mentaliserend karakter op zich (Verfaillie, 2011).

Daarnaast benoemen de respondenten dat het werken met beeldend middelen een meerwaarde biedt als het gaat over het vergoten van het mentaliserend vermogen. Het werken met beeldende middelen vertoont overeenkomsten met het fantasiespel van kinderen (playing with reality). Uit de literatuur blijkt dat het fantasiespel van groot belang is bij het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen. Daarom lijkt het vanzelfsprekend om dit binnen de beeldende therapie in te zetten tijdens de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Verfaillie, 2011; Hamming, 2009). Omdat deze doelgroep kramt met het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen.

Mentaliseren en beeldende therapie binnen Psychosomatiek

In de resultaten wordt beschreven dat mensen met onverklaarbare lichamelijke klachten vooral gekenmerkt worden door een gebrek aan het kunnen herkennen van hun eigen lichamelijke signalen. De behandeling is daarom gericht op het lichamelijke mentaliseren zodat de cliënten leren om een verbinding met hun eigen lichaam te ontwikkelen. Spaans, Koelen & Bühring (2010) geven aan dat door onderzoek bij patiënten met somatoforme stoornissen meer dan drie kwart onveilig gehecht zijn. De beleving van

affectieve relaties zoals gehechtheidrelaties heeft sterke invloed op het vermogen tot het mentaliseren van lichamelijke verschijnselen. Een gevolg daarvan is een gebrekkige mogelijkheid tot het herkennen en verwoorden van gevoelens.

Het lichamenlijk mentaliseren, ook 'lichaamsmentaliseratie' genoemd, verwijst in onze visie naar het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen. Het gaat om een subtiel aanvoelen van lichamenlijke signalen én de daarmee samenhangende psychische toestanden (Spaans, Veselka, Luyten & Bühring, 2009). De respondent beschrijft in het interview dat het lijkt alsof de lichamenlijke ervaringen bij deze patiënten niet goed geïntegreerd zijn met hun mentale bewustzijn. Daardoor zijn ze minder ontvankelijk voor de eigen- en andermans lichaamssignalen, en hebben moeite met het verbinden van deze signalen aan verschillende emoties, intenties, behoeften en gedachten.

In de literatuur wordt beschreven dat het beeldend werken een ondersteunende factor biedt voor cliënten met somatische aandoeningen doordat het een beroep doet op verschillende zintuigen: "je ruikt de verf, je ziet de kleur, je hoort het krassen van krijt, je voelt de klei tussen je vingers". (Demmer & Boschloo, 2004) Het werken met beeldende materialen kan zeer uiteenlopende gevoelens oproepen. Verbeelding, fantasie en motoriek worden aangesproken. Bovendien doen de verschillende beeldende materialen een direct appél op gevoelens; "wie zich laat aanspreken vindt in beeldend bezig zijn een directe manier om emoties te voelen, te externaliseren en in een context te plaatsen". (Demmer & Boschloo, p. 396) Het beeldend medium nodigt daardoor direct uit om door het materiaal met je eigen gevoel in aanraking te komen. Vooral senso-pathische materialen doen een beroep de zintuigen en ondersteunen daardoor het 'lichaam- mentaliserend' proces.

Mentaliseren en beeldende therapie binnen Eetstoornis

Uit de interviews blijkt dat het werken met het MBT behandelkader binnen beeldende therapie bij cliënten met een eetstoornis is een redelijk nieuwe ontwikkeling. Toch is het behandelkader heel toepasselijk op de stoornis. Bruch (1978) beschrijft ontstaan van anorexia als volgt:

The development of anorexia is so closely related to abnormal patterns of family interactions that successful Treatment must always involve resolution of the underlying family problems, which may not be identifiable as open conflicts; on the contrary, quite often excessive closeness and over intense involvements lie at the roots. (p. 215)

Dit geeft duidelijk aan dat er een splitsing plaats vindt tussen de onderliggende problemen binnen het gezin en de naar buiten gedragen 'perfecte' familie. De geïnterviewde respondent beschrijft dat deze splitsing ook duidelijk te zien is in de beleving van de cliënt. In hun beleving is hun eetgedrag en lichaamsgewicht niet opmerkelijk terwijl het voor een buitenstaande abnormaal lijkt te zijn. Deze toestand geeft een duidelijk gebrek aan mentaliserend vermogen weer. Skårderud (2007) geeft aan dat cliënten met anorexia meestal problemen hebben met het interpreteren en reguleren van eigen affecten, maar ook die van andere. Toch zijn ze heel goed in staat om hun eigen lichaam te herkennen. Zij hebben problemen om hun eigen lichamenlijke reacties waar te nemen en te interpreteren, zoals honger, moeheid of krachteloosheid.

Klompé (2001) geeft aan dat creatieve therapie beeldend bij deze doelgroep een ervaringsgebied aanbiedt dat een integratie van lichamenlijke ervaringen, emoties en cognities mogelijk maakt. Het beeldend werken is vooral gericht op non- verbale processen en biedt daardoor een alternatief voor het verbaliseren van problemen. Daarboven biedt het beeldend werkstuk een realistisch spiegel voor de toetsing van hun eigen handelen en realiteit. Bijvoorbeeld het expressief werken in een beeld maar geen verbinding aangaan met het werkstuk (alsof modus) of een dikke mensfiguur kleien en zichzelf zo dik voelen (psychisch equivalent modus).

Het beeldend materiaal kan hier bijdragen aan het beleven van lichaamsensaties waardoor in eerste instantie de verbinding tussen het herkennen en waarnemen van eigen lichamenlijke reacties gecreëerd wordt, waardoor een bewustzijn van het eigen lichaam kan ontstaan, 'embodiment' (Skårderud, 2007).

Mentaliseren en beeldende therapie binnen Verslaving

In de literatuur wordt beschreven dat mensen met een verslavingsproblematiek in hun eigen wereld leven, vanwege de samenhang tussen intoxicatie en een beperkt vermogen tot mentaliseren. Daarbij is het belangrijk om te noemen dat de verslaving niet alleen belemmerend werkt in relatie met het herkennen van eigen mentale inhoud. Maar dat mensen met een verslavingsproblematiek ook doorgaans gepaard gaan met veronachtzaming van de mentale toestanden van anderen (Allen et al., 2008). Het gebrekkig mentaliseren draagt bij aan conflicten binnen hechtingsrelaties. Deze conflicten

zorgen voor een voortdurende spanning en onzekerheid, die tot episodes van alcohol- en drugsgebruik kunnen leiden (Allen et al., 2008).

Martens (2013) vat samen dat beeldende therapie een ervaringsgerichte therapie is en daarmee aansluit op de pre- mentaliserende fasen. Het werken in het beeldende medium, in de 'transitional space' (zie §1.3.5) biedt de cliënt veiligheid voor exploratie. Bovendien werkt beeldende therapie confronterend en inzichtgevend door het bespreken van handelingspatronen tijdens het beeldend proces en het bekijken van het beeldend product. Het werkstuk is hierdoor aanleiding tot mentaliseren.

MBKT en beeldende therapie bij Kinderen en Jeugd

Uit de literatuur blijkt dat kinderen die voor de indicatie van MBKT in aanmerking komen volgens Verheugt- Pleiter et al. (2005) vooral kinderen zijn met een gedesorganiseerde gehechtheid. Gedesorganiseerdheid of gedesoriënteerdheid wordt beschreven als een tijdelijk instorten of de afwezigheid van copingstrategieën gericht op het omgaan met gehechtheidgerelateerde stress. Het kind heeft grote moeite met het ontwikkelen van het vertrouwen in het eigen waarnemingsvermogen. Een belangrijk aspect in dit proces is het gebrek aan mentaliserend vermogen, omdat het kind de beangstigende informatie niet kan verwerken (Verheugt- Pleiter et al., 2005). Het gebrek aan mentaliserend vermogen ontstaat doordat de mentale inhoud uit de interactie met het kind niet gerepresenteerd wordt door de ouder. Het kind ziet dus zijn eigen mentale inhoud niet terug in de ander. Als dit probleem rondom verkeerde representatie van mentale inhoud zich op meerdere gebieden manifesteert, dan kan het voorkomen dat het kind hele delen van zijn persoonlijkheid niet leert om te beleven als intentioneel en gerepresenteerd.

Smelt (2009) geeft aan dat zij beeldende therapie als 'de gouden sleutel' ervaart om via een tussenstap te leren mentaliseren. Die gouden sleutel is het medium: het maken van een beeldend werkstuk en het omgaan met het materiaal, maar ook het gemaakte product zijn dingen waar je concreet naar kunt kijken. Het is iets van jou maar het staat toch los van je. Je kunt er van een afstand naar kijken. Dat maakt het minder bedreigend.

Beeldend therapie biedt de mogelijkheid om te experimenteren in een alsof situatie, dit is binnen de MBKT behandeling een belangrijk onderdeel, '*playing with reality*'. Volgens Smelt (2009) is daarmee de oervorm van het spel geboren: een overgangsgebied tussen subjectieve behoeften en objectieve realiteiten. Het beeldend medium biedt een ruimte voor creativiteit waarin met realiteit en fantasie, of binnen en buitenwereld gespeeld kan worden, de '*transitional space*'. De situatie is te koppelen aan de alsof modus binnen MBKT, waarin het fantasiespel volledig tot ontwikkeling komt. Het kind doet alsof. De grens tussen fantasiewereld en externe realiteit moet in de fase duidelijk gescheiden zijn.

Van Zadelhoff (2001): "Het kind wordt gestimuleerd het sensopatisch contact met het materiaal aan te gaan. Die aanpak brengt het in contact met zijn gevoelens, behoeften en innerlijke belevingswereld, en leert tegelijk grip te krijgen op zijn materiële buitenwereld." De expressie in het materiaal helpt bij het weer op gang brengen van een achtergebleven of gestagneerde ontwikkeling.

5.1.2 De methodische toepassing van MBT binnen beeldende therapie

De methodische toepassing van MBT binnen beeldende therapie is vooral gericht op de therapeutische driehoek cliënt- therapeut- medium. De drie aspecten vormen de leidraad voor de verklaring van de resultaten.

Randvoorwaarden

Uit de interviews komt naar voren dat er voorafgaand aan de behandeling een aantal belangrijke randvoorwaarden nodig zijn voor een goede start en verloop van de therapie.

De respondenten benoemen dat het hierbij belangrijk is dat therapeut voldoende materiaalkennis bezit over de eigenschappen en appels van beeldende materialen om het materiaal goed op de cliënt af te kunnen stemmen. Allen et al. (2008) en Hamming (2009) geven aan dat de therapeut steeds aansluit bij de cliënt en zijn mentaliserende gemoedstoestand. Hierop kan verbaal en in het contact afgestemd worden, maar ook via het medium.

Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut de cliënt het gevoel van erkenning geeft. Haeyen (2011) noemt dit de behoefte om gezien en serieus genomen te worden. Dat de cliënt het gevoel heeft als persoon erkend te worden. Allen et al. (2008) ondersteunt dit belang en voegt eraan toe dat de therapeut zelf transparant moet zijn doordat hij zijn eigen tekorten in mentaliseren bloot legt.

Veiligheid en structuur zijn daarnaast nog twee andere belangrijke randvoorwaarden. Door de regelmaat van structuur wordt veiligheid gecreëerd. Haeyen (2011) geeft aan dat cliënten het als prettig ervaren als er enige structuur bestaat binnen de therapie. Hier gaat het om de juiste balans tussen het aanbieden van een gestructureerde activiteit, waarin nog genoeg vrijheid bestaat voor zelfinvulling.

Ondersteunende Methoden voor de therapeut

Uit de interviews wordt duidelijk dat de respondenten zelden alleen maar MBT als behandelkader gebruikt. Vooral binnen de combinatie van beeldende therapie en MBT worden meerdere beeldende methoden gebruikt. Deze zijn hier kort beschreven:

Beeldwaarneming

De beeldwaarneming wordt gebruikt om het beeldend werkstuk op een objectieve manier te bekijken.

De meest bekende methoden hierin zijn de beeldwaarneming van Ella Molenaar (1987) en de formele beeldanalyse voor kunstbeschouwing van Ad de Visser (1986). Alle twee de methoden dienen als hulpmiddel voor het objectief bekijken van een beeldend werkstuk. Hierbij gaat het vooral om de aard van het werkstuk, gebruikte materialen, kleur, lijnvoering en compositie; dus het waarnemen van hoe het werkstuk gemaakt is.

Volgens de expert kan de beeldwaarneming mentaliserend bevorderend werken omdat het concreterend is, de cliënt wordt uitgedaagd om in het hier en nu te kijken naar het werkstuk en afstand te nemen van zijn, soms starre, eigen beleving. Door te benoemen wat er te zien is in het werkstuk of hoe het gemaakt is krijgt de cliënt het gevoel herkend te worden in zijn beleving. Daardoor kan er een innerlijke wereld worden opgebouwd waarin (h)erkend wordt wat er gevoeld wordt (Verfaillie, 2011).

Het analoge procesmodel

De respondenten noemen het analoge proces model van Smeijsters (2003) als een van deze methoden. Pénczes (2009) zegt dat de theoretische uitgangspunten van dit model terug te voeren zijn naar de eigenschappen en kenmerken van het beeldend medium en de manier waarop de cliënt in het medium vormgeeft. Het analoge proces benadrukt de overeenkomsten van de handelingspatronen in het beeldend vormgevingsproces en de wijze waarop de cliënt zijn denken, handelen en voelen vormgeeft in het dagelijks leven. Er is dus een analogie te herkennen tussen de manier van beeldend werken en de handelingen in het dagelijks leven.

Op basis van deze theorieën wordt steeds duidelijker dat de wijze van vormgeven; het denken, handelen en voelen, niet alleen bepaald wordt door cognitie, maar door wat Damasio het '*kernzelf*' noemt. Het kernzelf is een gevoelsmatige, intuïtieve, niet- cognitieve vorm van weten.

(Pénczes, 2009, p. 237)

Het kernzelf wordt gevormd door de zo genoemde '*vitality affects*'. Vitality affects zijn innerlijke gevoelsmatige processen gekoppeld aan een bewegingspatroon. Deze patronen uiteten zich door de combinatie van parameters zoals tempo, ritme, dynamiek en vorm, daardoor zijn deze patronen analoog aan de handelingspatronen tijdens het vormgevingsproces in het medium (Pénczes, 2009). Hierbij is nog op te merken dat de eigenschappen van het beeldend materiaal heel nauw aansluiten op het niveau van het kernzelf.

De therapeut sluit aan op de '*vitality affects*' en de beleving van de cliënt in het moment. Zodat de cliënt van daaruit in 'beweging kan komen' en de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen op gang komt.

Methoden in het werken met kinderen en jeugdigen

De twee respondenten werkzaam met kinderen en jeugd gebruiken de methode *Mentaliseren Bevorderende Kindertherapie (MBKT)* als basis voor hun therapie. MBKT is gebaseerd op drie categorieën:

1. Het ontwikkelen van aandachtsregulatie: Het woord aandacht wordt hier in een bredere context gebruikt. Volgens Verheugt- Pleiter et al. (2005) gaat het vooral om de capaciteit om impulsiviteit te controleren, iets dat geleerd kan worden in een veilige hechting. Er is veel onderzoek waaruit blijkt dat zelfcontrole en de capaciteit om aandacht te richten aan elkaar gerelateerd zijn (Bateman & Fonagy, 2004). Het vermogen om controle te krijgen over eigen innerlijke impulsen is een essentiële voorwaarde om te kunnen mentaliseren, omdat de mentale toestand voorrang moet kunnen krijgen boven een fysieke realiteit en omgekeerd hetzelfde (Verheugt- Pleiter et al., 2005). Binnen deze fase spelen 'holding' en

afstemmen door de therapeut op het fysieke en psychologische functioneren van het kind een belangrijke rol.

2. Het ontwikkelen van affectregulatie: In deze fase krijgen de affectieve ervaringen van het kind de volle aandacht en betekenis. De wijze waarop het kind zijn affecten kan reguleren heeft ook implicaties voor de ontwikkeling van het zelf (Verheugt- Pleiter et al., 2005). Affectregulatie bestaat voor een groot deel uit de werkelijkheidswaarde geven aan de ervaringen van het kind: door het kind serieus te nemen in zijn belevingen gaan deze meer bestaan (Verheugt- Pleiter et al., 2005). Binnen de therapie wordt hierbij vooral aandacht geschonken aan het spelen binnen grenzen. Dat betekent dat de therapie een alsof situatie creëert waarin gespeeld kan worden met de grenzen tussen fantasie en werkelijkheid. Maar ook dat er gespeeld kan worden met het ervaren van gevoelens. Aan de beleefde affecten kan dan een werkelijkheidswaarde gegeven worden. Deze situatie is te koppelen aan de alsof modus uit het MBKT behandelkader.

3. Het ontwikkelen van mentalisatie: In de laatste fase van de MBKT behandeling hebben de kinderen voor een groot deel hun eigen affecten in kaart gebracht en geleerd deze te reguleren. Daarom wordt de focus nu gelegd op het benoemen van de eigen mentale inhoud en innerlijke processen. Het woorden geven aan wat er van binnen speelt. Als laatste stap gaat het dan om de interactie met een andere persoon en het herkennen van de eigen mentale toestand en dat die van de persoon tegenover met de eigen beleving kan verschillen.

De Therapeutische houding binnen beeldende therapie en MBT

De essentie van mentaliseren zit in de houding van de therapeut ten opzichte van het proces en niet in de interventietechnieken. Een mentaliserende therapeut zal de cliënt niet vertellen wat hij moet doen en hoe hij met zijn problemen moet omgaan.

(Verfaillie, 2011, p. 121)

Deze uitspraak verklaart, dat alle respondenten het 'aansluiten bij de cliënt' als een groot aandachtspunt zien. Het afstemmen van de therapeut op de cliënt kan op verschillende manieren gebeuren. Verfaillie (2011) en Allen et al. (2008) vatten de mentaliserende houding samen als een onderzoekende, nieuwsgierige en transparante houding ten opzichte van de verschillende gemoedstoestanden van de cliënt en van de therapeut zelf.

De 'niet wetende houding' van de therapeut speelt een belangrijke rol in het mentalisatieproces van de cliënt. Met een vragende houding maakt de therapeut duidelijk dat hij/zij wil begrijpen hoe de cliënt denkt, voelt en handelt. Daarin heeft de therapeut een waardevrije houding ten opzichte van het proces en het beeldend product van de cliënt. Verfaillie (2011) beschrijft dat de therapeut in een niet wetende houding steeds probeert een interne representatie te maken van wat je aan de expressie van de cliënt denkt te zien. Je informeert de cliënt over jou observaties over wat de cliënt uitbeeldt, zodat de cliënt jou kan laten weten of dat van toepassing is (Allen et al., 2008). Hierbij is van groot belang dat het verwoorden van wat de therapeut in de handeling of het beeldend product ziet op een oordeelvrije manier gebeurt. Je benoemt wat er te zien is zonder te interpreteren. "Door geen waardeoordeel te geven is de therapeut een voorbeeld voor de cliënt in het aannemen van een oordeelvrije houding." (Haeyen, 2011, p. 75) Dit kan ook op een confronterende manier gebeuren, doordat de therapeut de cliënt direct op zijn handelingspatronen aanspreekt. De therapeut geeft hierover zijn visie of spreekt eigen gevoelens of gedachten uit met als doel de cliënt een ander perspectief aan te bieden en tot inzicht of gedragsverandering te laten komen (Haeyen, 2011).

Therapeutische houding bij kind en jeugd

MBKT gaat ervan uit dat het essentieel is om aandacht te geven aan het kind. Betrokkenheid tonen en aansluiten op het niveau van het kind maakt het mogelijk om een stevige therapeutische relatie op te bouwen, waarin het kind kan exploreren.

Prins (2011) beschrijft de therapeutische principes binnen MBKT als volgt:

1. Aansluiten op het niveau van het psychisch functioneren: Om vastgelopen ontwikkelingsprocessen bij het kind opnieuw op gang te helpen is het op de eerste plaats van belang om aan te sluiten bij de natuurlijke neigingen en belangstellingen van het kind.

2. Werken in het hier en nu van de relatie: Doordat de therapeut de innerlijke wereld van het kind op het moment 'contained' ontstaat er een gemarkeerde reflectie van het kind door de therapeut. Dit biedt de beste mogelijkheden om het mentaliseren van het kind op gang te brengen.

3. Werkelijkheidswaarde geven aan innerlijke ervaringen: De therapeut gaat af op wat zich in het hier en nu manifesteert als affect. In de therapie is het dus belangrijk om de belevingskant vanuit het perspectief van het kind te expliciteren en er werkelijkheidswaarde aan te geven. Zo wordt er gebouwd aan een innerlijke structuur zodat het kind op een gegeven moment zelf affecten tot uitdrukking kan brengen. Op den duur ontwikkelt het kind dan het vermogen om over gevoelens te reflecteren en misconnecties te corrigeren.

Therapeutische technieken binnen beeldende therapie en MBT

Binnen dit onderzoek zijn een groot deel van de therapeutische technieken gericht op de drie modi binnen MBT. Hierbij passen de respondenten bepaalde interventies toe om de cliënt uit de niet-mentaliserende houding meer contact met zichzelf te krijgen zodat de cliënt een mentaliserende houding overneemt. Daarnaast zijn er nog een aantal andere belangrijke interventies beschreven. Met de therapeutische techniek worden de interventies van de beeldende therapeut voor, tijdens en na de werkvorm bedoeld, dit kan verbaal of in het medium gebeuren (Smeijsters, 2008).

Psychisch equivalente modus

Alle respondenten beschrijven dat als de cliënt in de psychisch equivalente modus terecht komt zit hij in een hoge spanning. Dan is het de taak van de therapeut zo te interveniëren dat de spanning van de cliënt weer kan dalen, zodat er weer gementaliseerd kan worden. Hiervoor kan de therapeut gebruik maken van een gerichte materiaalinzet, schrijfoopdrachten of beeldwaarneming.

Uit de literatuur blijkt dat dit gedaan kan worden door materialen en opdrachten aan te bieden die passen bij het onderliggende affect. Het feit dat de therapeut de gevoelens goed aanvoelt, of doorvraagt wat er aan de hand is, werkt vaak al regulerend en spanning verlagend (Hamming, 2009). De expert benoemt daarnaast nog gericht schrijfoopdrachten aan te bieden waarin de cliënt zijn overweldigende gevoelens opschrijft om er afstand van te kunnen nemen. Het gebruik van schrijfoopdrachten is ook terug te vinden binnen het psychotherapeutische behandelkader van Bateman & Fonagy en binnen de beschrijving van groepswerkvorm in het boek van Verfaillie (2011).

Alsof modus

In de alsof mode functioneert de cliënt op een laag spanningsniveau. De cliënt is niet in contact met het werkstuk en zijn gevoelens. De expert beschrijft dat de cliënt erg cognitief handelt en weer terug moet naar het affect. In deze modus wordt vaak gebruik gemaakt van sensopathisch materiaal om een appel te doen op de tactiele beleving. Deze materialen roepen diverse emotionele, gevoelsmatige, en motorische reacties op (Haeyen, 2011).

Verfaillie (2011) probeert bij cliënten die in beeldende therapie te weinig voelen en meestal te veel denken, te verleiden om niet vanuit hun denken, maar vanuit een materiaal te gaan werken dat net buiten hun voorkeur ligt. Het is niet zo belangrijk of dit voor hen een prettige of een nare ervaring is. Het gaat erom dat ze vanuit een nieuw materiaal beleving weer wat gaan voelen en van daaruit kan verder gewerkt worden.

Gemarkeerd spiegelen

Gemarkeerd spiegelen wordt als een veel gebruikte interventietechniek door de respondenten genoemd. De toepassing zelf is echter uiteenlopend. Ten eerste het verbaal benoemen van de indruk die de therapeut heeft van de cliënt. Ten tweede de therapeut benoemt hoe hij de cliënt ziet werken en toets deze eigen observatie met de cliënt. De expert benadrukt bij deze interventie het belang van de therapeut. De therapeut maakt duidelijk dat het om de persoonlijke beleving van de cliënt gaat, zodat deze daar betekenis aan kan geven.

Verfaillie (2011) koppelt spiegelende interventies aan de gewaarwording van lichaamssignalen van de cliënt door de therapeut.

Interventies die tot doel hebben het denken, het voelen en het handelen te verbinden

Interventies worden door de respondenten ook gericht toegepast op het denken, handelen en voelen van de cliënt. Deze interventies worden op verschillende manieren vormgegeven. Daarbij wordt het schuiven tussen denken en voelen binnen het medium genoemd. Doordat de therapeut nieuwe materialen aanbiedt kunnen de cliënten meer in het voelen of juist in het denken komen en nieuwe ervaringen opdoen.

Er wordt ook gebruikt gemaakt van schriftelijke opdrachten, waardoor de opgedane ervaringen door het opschrijven en voordragen nog meer bevestigd wordt. Een andere mogelijkheid is om de cognitieve gedachten in een beeld uit te werken om zo meer in het werkelijke voelen van de gedachte te raken. Haeyen (2011) geeft aan dat woorden geven aan wat materialen oproepen aan diverse emotionele, gevoelsmatige en motorische reacties verdiepend kan werken.

Het sensopathisch materiaal speelt ook een belangrijke rol. De zintuiglijke bewustwordingen evenals lichaamsbewustwording kan door de gevoelsexpressie via het handelen geprikkeld worden. De therapeut zet het medium zo in dat de cliënt in sensomotorische en sensopathische werkvormen leert de verschillende sensaties waar te nemen en daardoor gesensibiliseerd wordt voor het emotionele voelen (Viets, 2011).

Therapeutische technieken binnen beeldende therapie en MBKT

Fase van aandachtsregulatie

In de eerste fase is het vooral belangrijk dat het kind zich bewust wordt van wat het aan het doen is en daar aandacht aan kan schenken. Hiervoor gebruikt de therapeut vooral de techniek van benoemen. "Geen vragen stellen maar benoemen." (Smelt, 2009, p. 43) Het benoemen van handelingen van het kind in het medium, zodat het kind stap voor stap van zijn eigen handelen bewust wordt en leert deze beter in te schatten.

Verder is het meebewegen van de therapeut in de beweging van het kind een belangrijk aspect. Dit gebeurt vooral non-verbaal in het medium doordat de therapeut letterlijk meebeweegt in de beweging van het kind. Volgens Smelt (2009) leent beeldende therapie zich er uitermate goed voor om zonder te praten aan te sluiten bij het kind in het beeldend bezig zijn. Door het meebewegen in het medium kan de therapeut ook kleine veranderingen aanbrengen, waardoor hij structuur aan de handelingen kan geven. De beeldende therapeut kan bijvoorbeeld kleine pauzes maken in het krassen (Smelt, 2009). Maar het kan bij het kind ook bewustzijn creëren in verandering. Doordat de therapeut iets anders doet dan het kind, ontstaat er een bewustzijn binnen de eigen handelingspatronen.

Fase van affectregulatie

In de tweede fase gaat het vooral om het affect van het kind. Het herkennen en benoemen van gevoelens, gedachten en wensen. In deze fase wordt vooral met fantasie en realiteit gespeeld. Het stimuleren van fantasie en het spelen met de grenzen tussen fantasie en realiteit, waardoor het kind leert dat er een verschil tussen allebei bestaat. En uiteindelijk bewust in het fantasiespel kan stappen en ook weer er uit. Tekenen of andere beeldende handelingen kunnen een alsof karakter hebben. In beeld kunnen allerlei fantasieverhalen ontstaan. De therapeut kan die afzetten tegen de werkelijkheid en verbaal benoemen. Of het fantasiedier in het beeld laten staan zonder het in woorden om te zetten en ermee te spelen (Smelt, 2009).

Het spiegelen van gevoelens door de therapeut is een tweede aspect dat van belang is. Het woorden geven aan materiaalbelevingen van het kind. Hierbij wordt ook bewust gebruik gemaakt van sensopathisch materiaal zodat het gevoel geprikkeld wordt. De beeldende therapeut kan in deze fase benoemen wat voor hem zichtbaar wordt in de handeling van het kind: wat roept het materiaal, de materiaalhantering, het beeld of de relatie op aan affecten? (Smelt, 2009)

Fase van mentaliseren

De twee respondenten beschrijven dat de fase van mentaliseren door vele kinderen niet bereikt wordt. Het grootste deel van de behandeling wordt besteed aan de eerste twee fasen. Bij sommige pubers is het wel mogelijk om in de mentaliserende fase te belanden. Hierbij gaat het dan vooral om het reageren op eigen mentale inhoud. In de beeldende therapie bestaat de mogelijkheid om met het kind te bespreken hoe hij naar zijn eigen werkstuk kijkt en wat hij daarbij voelt. In een normale ontwikkeling kan een kind rond het vierde levensjaar redelijk mentaliseren. Dat wil zeggen uit kan gaan van het feit dat niet alleen hij zelf, maar ook de ander een interen wereld heeft van gedachten. Om over zijn eigen affecten na te kunnen denken en deze uit te spreken zonder er direct afstand van te nemen, maar mentaal betrokken te blijven moet de vaardigheid voor zelfreflectie ontwikkeld zijn. Dit is de hoogste vorm van mentaliseren bij volwassenen (Verheugt- Pleiter et al., 2005).

Het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen bij de cliënt in beeldende therapie en MBT

De respondenten beschrijven dat er een zichtbare verandering te zien is in de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen bij de cliënt binnen beeldende therapie.

In het begin van de therapie is duidelijk te zien dat de cliënt geen verbinding met het werkstuk kan maken, maar ook niet in verbinding met zijn gevoelens en lichaam is. Haeyen (2011) omschrijft dat de persoonlijke gewaarwordingen ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van de cliënt. Het vormt de bodem waarop doorleefde en doorvoelde ervaringen tot een bewustwording kan leiden.

Er ontstaat een gewaarwording van de cliënt gericht op zijn eigen handelen en het beeldend werkstuk. Hierdoor komt de cliënt in interactie met het werkstuk. Het is hierbij van belang dat de cliënt de vrijheid heeft om te kunnen ontdekken. Door te ontdekken, experimenteren en spelen in het beeldend medium worden nieuwe ervaringsgebieden ontdekt waardoor de cliënt meer contact kan maken met zijn gevoel. De ontdekking van nieuwe ervaringsgebieden vindt niet alleen plaats in het beeldend medium maar ook in de persoon zelf. Door het experimenteren, leert de cliënt om te gaan met de verschillende krachten en tegenstrijdigheden van zichzelf. Er vindt als het ware een integratie van de eigen persoonlijkheid plaats (Haeyen, 2011). Waardoor de cliënt zichzelf meer als eenheid kan ervaren en zij emoties en impulsen kan hanteren. Dit proces laat het mentaliserend vermogen van een cliënt groeien, waardoor handelingen en gevoelens steeds meer overeen komen. Er ontstaat meer plezier beleving, validiteit en verbinding in het beeldend werken. Cliënten komen tot bewustwording doordat ze naar zichzelf en hun gevoelens, gedachten en gedrag kijken via het beeldend medium (Haeyen, 2011). Zodat er uiteindelijk een dialoog kan ontstaan tussen de maker en het werkstuk.

Waardoor de cliënt bewust kan beginnen om te mentaliseren vanuit het werkstuk. Door een verbinding aan te gaan met het werkstuk kan de cliënt het werkstuk als spiegel gebruiken om over zijn eigen handelingen te mentaliseren. "Cliënten komen tot bewustwording,..., doordat zij naar zichzelf en hun gevoelens, gedachten en gedrag kijken via het beeldend medium." (Haeyen, 2011, p.44/45)

Er kan ook samen met de therapeut over het beeldend werkstuk gementaliseerd worden, door samen naar het beeld te kijken en eigen vormgeving te ontdekken. Een eigen beeldtaal wordt herkend, zodat een identiteit in het beeldend werk wordt ontwikkeld.

Het beeldend medium binnen beeldende therapie en MBT

In de resultaten komt naar voren dat bij het gebruik van beeldend materiaal sensopathische materialen een belangrijke rol spelen. Het prikkelen van gevoelens en sensorische ervaring staat hierbij centraal. Het spreekt de zintuigen aan, maar daagt ook uit om te experimenteren. Beeldende materialen roepen diverse emotionele, gevoelsmatige en motorisch reacties op (Haeyen, 2011). Hierin wordt vooral het materiaal klei genoemd. Klei is een ruimtelijk en direct materiaal, door de manier van bewerking komt de cliënt tot voelen. Met name het materiaal klei levert de meest uiteenlopende en opvallende reacties op, waardoor het materiaal een heel scala aan emoties en gevoelens kan bereiken (Haeyen, 2011).

Een aantal respondenten hebben geen begrenzing in het gebruik van materialen omdat ze de eigenschappen van het materiaal en de appélwaarde van de cliënt als uitgangspunt gebruiken. De appélwaarde is bij ieder persoon verschillend omdat deze gekoppeld zijn aan persoonlijke belevingen uitgaand van de eigenschappen van het materiaal (Ysermans, 2006).

Een deel van de respondenten bieden binnen de therapie vaste werkvormen aan in afspraak met de cliënt, waarin nog genoeg ruimte bestaat voor eigen invulling. Haeyen (2011) beschrijft bij deze manier van werken dat het niet noodzakelijk is om alleen maar aan te sluiten bij de voorkeuren van de cliënt. Juist de dingen die lastig zijn en veel moeite oproepen kunnen een leerzame ervaring zijn. Toch is het belangrijk om een balans tussen veiligheid en uitdaging, dus ook structuur en vrijheid in het aanreiken van werkvormen.

In tegenstelling tot het aanbieden van werkvormen wordt er binnen beeldende therapie ook vrij gewerkt vanuit de interesses en de behoeften van de cliënt. Hierbij wordt vooral uitgegaan van de individuele beleving van de cliënt en het daaruit ontstaande beeldende proces met het materiaal. Er is geen eenduidige uitspraak in de literatuur te vinden over welke vorm van werken het meest mentaliserend werkt voor de cliënt.

De analogie van het beeld binnen beeldende therapie en MBT

Het beeld geeft mooi zicht op wie je bent. Het 'beeldend verhaal' verteld over hoe de cliënt gewerkt heeft, hoe hij op het materiaal reageert, heeft en hoe hij vervolgens ermee is omgegaan. Het is duidelijk te zien in het product. Deze analogie geeft de cliënt de mogelijkheid iets over zichzelf te leren. Dit wordt niet

gebaseerd op symboliek zoals in de psychoanalytische betekenis. Het wordt uitgegaan van de 'vitality affects' (Stern) en de kernzelfervaringen (Damasio) die de cliënt opdoet in het werkproces. De analogie tussen de appélwaarde van een materiaal, de materiaalhantering en de beleving van de cliënt wordt tevens van verschillende respondenten genoemd. De gevoelens die opgeroepen worden door bepaalde materialen zijn heel eigen aan iedere persoon en worden gekoppeld aan de 'vitality affects' van deze persoon. Beeldende vormgevingsprocessen bevatten een sterke lichamelijke- emotionele basis en een intuïtief gevoelsmatig begrijpend en verbeeldend karakter (Haeyen, 2011). Het beeld is een spiegeling van het eigen handelen op het moment. Het proces van het beeldend verhaal en ook het product is uitgangspunt tot het mentaliseren. De handelingen in het beeldend proces zijn analoog met handelingspatronen uit het dagelijks leven. Daardoor geeft het beeld duidelijk informatie over het mentaliserend vermogen van de cliënt.

5.1.3 De kracht van beeldende therapie binnen MBT

Alles respondenten beschrijven dat het unieke karakter van beeldende therapie een ondersteunende kracht biedt bij het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen van de cliënt. De expert benoemt het unieke van beeldende therapie een 'buffer' voor mensen die snel overspoeld raken. Het beeldend werkstuk geeft een indirect kader waardoor mensen op veel momenten langer kunnen mentaliseren. 'Je kunt kijken naar wat op het papier te zien is, mensen kunnen dat herkennen. Toch is het maar een weergave, het is niet de realiteit. Dit maakt het heel toelaatbaar.'

Cliënten hebben vaak geen woorden voor wat ze voelen. Het beeld kan een 'omweg' zijn voor het uiten van deze gevoelens. Verfaillie (2011) geeft aan dat beeldende therapie aansluit op de pre-mentaliserende fase. Cliënten die nog niet beschikken over verbale representaties van hun binnen wereld, kunnen in beeldende therapie hun gevoel concreet en fysiek uit drukken. Ze kunnen bijvoorbeeld niet zeggen hoe ze zich voelen, maar kunnen het wel in het werkstuk vormgeven. De cliënt kan zo verbeelden waar nog geen woorden voor zijn. De impliciete beleving van de cliënt wordt zo expliciet en zichtbaar gemaakt. Beeldende therapie speelt zich juist af tussen het overgangsgebied van binnen en buitenwereld, in de 'transitional space'. Daardoor kan het beeld zelf als 'transitional object' gezien worden, het vertegenwoordigt dat wat de cliënt van binnen beleefd, toch is het maar een stuk papier (Verfaillie, 2011).

Om tot bewustwordingen en verandering te komen in het beeldend proces waardoor het mentaliserend vermogen verder ontwikkeld wordt moet eerst iets in beweging worden gezet bij de cliënt. Verfaillie (2011) argumenteert dat al een minimale handbeweging met een krijtje over het papier iets in beweging kan zetten, waardoor er automatisch ook geestelijke beweging ontlokt gaat worden, lichaam en geest worden hierdoor verbonden.

De materiaalkeuze en het werkproces van de cliënt laat de unieke dynamiek van de persoon zien. Dit wordt door de therapeuten gekoppeld aan de 'vitality affects' die tijdens het werkproces van de cliënt zichtbaar worden. Paul Klee heeft deze kracht al bijna honderd jaar gelden waargenomen met de uitspraak: 'Kunst geeft niet het zichtbare weer, echter maakt het zichtbaar.' (Paul, Klee, 1920, para. 1) Het beeldend medium geeft een toegang tot de vormen van vitaliteit van ieder persoon (Verfaillie, 2011). Daarom is het vooral interessant om te kijken naar hoe de persoon gewerkt heeft en niet naar wat er gemaakt is (Kaarsenmaker-Verfaillie, 2009). Deze manier van kijken naar het beeld geeft meteen de aanleiding om over het werkproces van de cliënt te mentaliseren door middel van het werkstuk zelf.

Door de reflectie vanuit het beeld vinden cliënten het makkelijker om naar zichzelf te kijken. Ook omdat er een afstand ontstaat tussen de cliënt en het beeldend werkstuk, de afstand tussen de maker en het object wordt ook als 'objectdistantie' beschreven. Bateman & Fonagy (Verfaillie, 2011) merken op dat in beeldende therapie een aspect van het Zelf naar buiten wordt gebracht, waardoor het minder beangstigend, controlerend en overweldigend wordt. Gevoelens worden beter begrepen en het begrijpen van zichzelf en de ander kan makkelijker toegelaten worden.

Een andere waardevolle kracht van het beeldende medium is het blijvende karakter van het beeldend werkstuk. Doordat de gemaakte producten blijven bestaan geven deze steeds de mogelijkheid om het samen te beschouwen en als het nodig is ook aan de hand van de werkstukken het beeldend proces 'terug te spoelen'.

5.2 Interpretatie van de verklaring

Na de verklaring van de resultaten heb ik ervoor gekozen om nog een conclusie te trekken als verheldering voor de gevonden informatie. Hierbij ga ik alleen in op de facetten die voor mij van betekenis zijn en plaats deze in een grotere context. Het gaat vooral om het beantwoorden van persoonlijke vragen over 'waarom' deze bevindingen op deze manier naar vore zijn gekomen. Om van daaruit de onderzoeksvraag en deelvragen te beantwoorden en aanbevelingen te doen voor verder onderzoek.

Wat als eerste mijn aandacht trok was de vraag 'Waarom juist deze doelgroepen in aanmerking komen voor de behandelingsmethode MBT?' Het zijn in principe allemaal verschillende doelgroepen met verschillende diagnoses en symptomen. Toch hebben alle deze cliënten iets gemeenschappelijks. Ze hebben naar mijn mening allemaal een vroegkinderlijke traumatische ervaring meegemaakt in een gehechtheidsrelatie. Verfaillie (2011) beschrijft in haar boek dat mensen met een traumatische voorgeschiedenis vanuit overleving geleerd hebben hun denken uit te schakelen in een situatie van stress. Daardoor worden deze ervaringen los gekoppeld van de eigen beleving en herinnering van deze mens.

De vaardigheid om te kunnen mentaliseren over zichzelf en de ander hangt samen met de frontale cortex van een mens. Dit gedeelte van het brein zorgt ervoor om waar te kunnen nemen en na te denken over wat er in je omgaat. In momenten van verhoogde stress verzwakt deze vaardigheid waardoor ook het vermogen tot mentaliseren afneemt. Hoe zwaarder de traumatische ervaringen is geweest, des te sneller komt de persoon terecht in een niet- mentaliserende houding. Dit geeft antwoord op de vraag waarom deze doelgroepen in aanmerking komen voor de behandelingsmethode MBT in beeldende therapie.

Door de grondige analyse van de data en de verwerking in de resultaten wordt voor mij heel duidelijk dat er een verschil bestaat tussen de toepassing van de methode MBT binnen beeldende therapie en de toepassing van mentaliseren. Allen et al. (2008) verduidelijkt dat de behandeling gericht op mentaliseren een van de minst vernieuwende behandelingen is die binnen de psychotherapeutische behandeling bestaan. Rondt uit omdat het hier gaat om een fundamenteel menselijk vermogen. De behandelingsmethode MBT is echter een toespitsing als behandelkader. Dit maakt dat er een verschil bestaat tussen mentaliseren en het gericht werken vanuit de behandelingsmethode MBT binnen beeldende therapie. De expert zegt hierbij dat als je mentaliserend in je behandeling werkt heet dat nog lang niet dat je volgens het MBT behandelkader werkt. Binnen de MBT behandeling in beeldende therapie is het in eerste instantie het doel om de cliënt vanuit een niet- mentaliserende houding (modi) via het medium of verbaal aan te zetten tot mentaliseren. Als het mentaliseren op zich centraal staat in de therapie gaat het meer om het mentaliserend proces van de cliënt in betrekking tot met het beeldend proces.

Wat bij beide behandelvormen overeenkomt is de houding van de therapeut. Ik vind het bijzonder dat alle respondenten het 'aansluiten bij de cliënt' als een heel belangrijk uitgangspunt benoemen. Deze houding sluit natuurlijk aan bij de mentaliserende- houding van een therapeut. Volgens Allen et al. (2008) en Verfaillie (2011) zit de essentie van mentaliseren in de houding van de therapeut. Deze stelt zich op als niet- wetend, onderzoekend, open en een eerlijke therapeut tegenover de cliënt. De belangstelling van de therapeut wordt ook binnen dit onderzoek duidelijk, doordat veel respondenten een uitgebreide beschrijving geven aan mogelijke interventies gericht op de cliënt en het medium. In de verklaring wordt duidelijk dat er bijna geen literatuur te vinden is over de beeldend therapeutische interventies, sowieso niet in relatie tot MBT. Daardoor wordt het naar mijn mening heel moeilijk om mentaliseren en MBT binnen beeldende therapie duidelijk af te bakenen.

In de beschrijving van de cliënten valt mij op dat het ervaren van bestaansrecht in de therapie een heel belangrijk aspect is. De herkenning van de therapeut en het gevoel 'te mogen zijn zoals ik ben' zijn belangrijke voorwaarden voor de ontwikkeling van de cliënt. De behoeftepiramide van Maslow (1943) ondersteunt deze behoefte. Het ervaren van waardering en erkenning door jezelf maar ook de ander is een voorwaarde om zichzelf te kunnen ontwikkelen.

Daarnaast valt mij op dat het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen van de cliënt gekoppeld is aan het bewustwordingsproces van die persoon. De basis van dit bewustzijnsproces is een verbinding tussen denken, handelen en voelen. Visser (2009) zegt dat denken, voelen en handelen onlosmakelijk met elkaar in verbinding staan. Mensen die een balans in hun leven hebben zullen deze drie aspecten als

evenwichtig ervaren. Als mensen vastlopen in hun leven zou de driehoek van denken, voelen en handelen ook in een disbalans zijn. Doordat een mens bij voorbeeld zijn lichaam afsluit om minder te voelen en meer te denken, kan deze ook minder bewust zijn eigen mentale toestanden herkennen en die van de ander. Deze disbalans wordt zichtbaar in het beeldend werken. Meer denkende handelingspatronen zullen in de uitwerking van een beeldend product terug komen en daardoor analoog zijn met handelingen in het dagelijks leven. Deze analogie tussen het beeldend werken en het dagelijks leven is een heel belangrijk uitgangspunt voor het bewustwordingsproces van de cliënt en het ontwikkelen van zijn mentaliserend vermogen.

Een wezenlijke ondersteuning voor de verbinding tussen denken, handelen en voelen is het beeldend medium. Daarbij valt mij vooral op dat de respondenten op twee heel verschillende manieren gebruik maken van het medium. Hierbij gaat het namelijk om het onderscheid tussen het aanreiken van een vaste activiteit in tegenstelling tot een cliënt vrij laten werken. Naar mijn mening is dit verschil ook gekoppeld aan de insteek van mentaliseren met de cliënt. De vaste opdrachten zijn voornamelijk gericht op het uitbeelden van innerlijke belevingen of gevoelens. Deze beelden zijn uitgangspunt voor het mentaliseren. In het gesprek speelt het materiaal, het werkproces en de ervaring van de cliënt natuurlijk ook een belangrijke rol. Deze manier van werken kan beschreven worden als het werken 'met' het medium, omdat de verbalisering van de ervaring van groot belang is.

Aan de andere kant hebben respondenten aangegeven de cliënten vrij te laten werken uitgaande van de appélwaarde, de individuele beleving van de cliënt in het moment met betrekking tot het materiaal. Hierbij is vooral het medium de mentaliserende spiegel voor de cliënt en dient een bespreking ter ondersteuning, ondergeschikt aan het beeldend proces. Het mentaliserende werkproces in het medium wordt beschreven door Visser en Grabau (1987) gericht op de esthetische illusie. Deze heeft altijd te maken met afstand en nabijheid. Te veel opgaan in het beeldend werken lijdt ertoe dat de scheiding tussen de speelse en mooie vorm en onszelf, te veel wegvalt. De uitingsvorm of de handeling krijgt daardoor te veel realiteitswaarde (psychisch- equivalent modus). Te veel afstand met betrekking tot het beeld betekent dat het werkstuk ons niets zegt en wij er onze gevoelens en behoeften niet in kwijt kunnen (alsof modus). De esthetische illusie, het beleven van plezier en schoonheid in plaats van angst en verveling ligt daar tussenin.

5.3 Antwoord op de deelvragen en de centrale vraagstelling

Voor het beantwoorden van de centrale vraagstelling heb ik ervoor gekozen om eerst de deelvragen te beantwoorden, omdat deze de algemeen gestelde centrale vraagstellingen heel duidelijk afbakenen. Zodat ik de vraagstelling aan het eind kort en krachtig kan beantwoorden.

Deelvraag 1: Bij welke doelgroepen wordt de methode Mentalisation Based Treatment in beeldende therapie toegepast?

De toepassing van de methode MBT wordt bij veel verschillende doelgroepen binnen de Geestelijke gezondheidszorg ingezet. Binnen dit onderzoek zijn er therapeuten geïnterviewd gericht op vijf verschillende doelgroepen. Daarin vindt methode MBT binnen beeldende therapie zijn oorsprong bij het werken met persoonlijkheidsstoornissen, de geïnterviewde respondenten over de toepassing van persoonlijkheidsstoornissen binnen dit onderzoek hebben het grootste deel uit gemaakt. Verder wordt de methode ook toegepast binnen de verslavingszorg. Bij de doelgroep psychosomatiek wordt de focus vooral gelegd op het 'lichamelijk mentaliseren'. Deze focus komt ook naar voren bij een redelijk nieuwe ontwikkeling met name bij cliënten met eetstoornissen. Binnen de doelgroep kinderen en jeugd is er een speciale methode ontwikkeld voor deze behandeling, Mentalisation Based Kinder Therapie, die zijn toepassing vindt in beeldende therapie.

De overeenkomstig factor van deze doelgroepen is dat het ontstaan van de diverse psychopathologie terug te voeren is naar een traumatische gehechtheid ervaring. Traumatische ervaringen zijn moeilijk in woorden te vatten, daarom sluit beeldende therapie goed aan als een non- verbale behandelmethode.

Wat ik nog belangrijk vindt om te benoemen is dat wij aan het einde van dit onderzoek twee andere doelgroepen ontdekt hebben waarin een mentaliserende methode binnen beeldende therapie toegepast wordt. Dit zijn cliënten met een verstandelijke beperking en cliënten binnen een tbs-kliniek. Deze twee doelgroepen hebben wij niet bij ons onderzoek kunnen betrekking. Dit was door de beperkte tijdbestek en de late ontdekking heelaas niet haalbaar.

Deelvraag 2: Op welke manier wordt Mentalisation Based Treatment methodisch toegepast in het beeldend medium?

De methodische toepassing van MBT binnen beeldende therapie vindt naar mijn inzicht op veel verschillende manieren plaats. Het is niet mogelijk om de toepassing in het algemeen te beschrijven. Toch zijn er een aantal overkoepelende factoren te vinden bij de methodische toepassing van de therapeut. Deze wil ik kort benoemen. Bijna alle respondenten gebruiken andere beeldend therapeutische methode ter ondersteuning van de behandeling, zoals de beeldwaarnemingsmethode of het analoge procesmodel. Een grote overeenkomst is te zien in de houding van de therapeut. Alle respondenten benoemen het belang van een niet-wetende, aandachtige en oordeelvrije houding. Die de cliënt het gevoel van erkenning geeft. Daarnaast hebben de respondenten uitgebreide informatie gegeven over de inzet van interventies. Vele interventies zijn gericht op de drie modi binnen MBT. Verder is het spiegelen van gedrag een belangrijk onderdeel, depiegelende interventies vinden plaats in het medium door bijvoorbeeld mee te bewegen in het beeldend medium maar ook verbaal doordat de therapeut de handelingen van de cliënt benoemt. In de behandeling met volwassenen is de nabespreking een belangrijk onderdeel van de therapie. De bespreking van het werkproces, over materiaalhantering en persoonlijke ervaring en in het proces dient ter ondersteuning van het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen.

Bij de methodische inzet van het beeldend medium is er een duidelijk verschil te zien bij het aanbieden van beeldende opdrachten. Een groot deel van de therapeuten biedt vaste werkvormen aan, tegenover de vrijheid voor de cliënt voor een eigen materiaalkeuze en uitwerking. In beide gevallen is de analogie tussen de mediumhandelingen en handelingspatronen in het dagelijks leven van groot belang.

Afsluitend is het belangrijk om te zeggen dat er een verschil bestaat tussen de toepassing van het behandekader MBT binnen de beeldende therapie en het gebruik van mentaliserend bevorderende therapie. (zie Interpretatie)

Deelvraag 3: Welke ontwikkeling is in de nationale en internationale beroeps gerelateerde literatuur te zien?

Door onze literatuurstudie is duidelijk geworden dat de literatuur over MBT gerelateerd aan beeldende therapie voornamelijk in Nederland en Engeland te vinden is. In Nederland is een artikel geschreven over MBT en persoonlijkheidsstoornissen en een boek geschreven over mentaliseren in vaktherapie. In Engeland zijn er drie artikelen geschreven, namelijk een artikel over het effect van beeldende therapie in een MBT behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis, een artikel over beeldende therapie in een MBT groepsbehandeling en een artikel over de werking van vroegkinderlijke traumatische ervaringen in beeldende therapie met betrekking tot mentaliseren.

Aanvullend zijn er drie Nederlandse ongepubliceerde scripties geschreven, twee onder de methode MBKT binnen beeldende therapie en een inventarisatie binnen de verslavingszorg en de toepassing van mentaliserende methoden.

Recent onderzoek op Masterniveau en binnen de beeldend therapeutische praktijk in de vorm van RAAK projecten laat zien dat er op dit moment veel ontwikkeling en veel nieuwe ontwikkeling gaande is. Dit laat duidelijk zien dat er ook vanuit de praktijk behoefte is om de methode MBT binnen beeldende therapie te profileren.

Deelvraag 4: Welke overige ontwikkelingen zijn gaande op het gebied van beeldende therapie en Mentalisation Based Treatment?

De overige ontwikkelingen binnen beeldende therapie en MBT zijn gericht op het profileren van vaktherapie binnen de psychotherapeutische behandelmethode. De respondenten noemen heel duidelijk de kracht van beeldende therapie binnen MBT. Dit wordt tevens door vakliteratuur ondersteund. Door deze kracht naar voren te brengen kan een sterke bijdrage geleverd worden aan de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen van de cliënt. De respondenten beschrijven dat de kracht van het medium vooral zit in het feit dat het een spiegel biedt voor de maker, het blijft bestaan waardoor steeds weer terug gekeken kan worden op het gehele ontwikkelingsproces. Bovendien wordt het medium als een 'buffer' tussen de cliënt en de therapeut beschreven, dat de cliënt veel meer veiligheid kan bieden tot mentaliseren. Aan de andere kant kwam uit de interviews naar voren dat er de wens bestaat om krachten te bundelen zodat de methode nog steviger neer gezet kan worden.

Deelvraag 5: Hoeveel beeldend therapeuten in Nederland werken met de methode Mentalisation Based Treatment?

Het was niet mogelijk om op deze vraag een duidelijk antwoord te geven. Doordat er geen duidelijke richtlijnen bestaan over de toepassing van MBT in beeldende therapie kan ook niet gezegd worden hoe veel therapeuten echt met deze methode werken. Waardoor ieder therapeut die een cursus heeft gevolgd over mentaliseren kan zeggen dat hij met deze methode werkt. De cursussen voor MBT en beeldende therapie worden echter door twee verschillende beeldende therapeuten aangeboden, met name Marianne Verfaillen en Katrijn Aerts, wat de deelnemers aantal wel overzichtelijk zou maaken.

Binnen de methode MBKT bestaat een landelijk groep voor beeldende therapeuten, toch bestaat hier geen officiële lijst wie lid is van deze groep.

Hoofdvraag: Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische praktijk in de Geestelijke Gezondheidszorg?

Door het uitvoeren van dit onderzoek wordt duidelijk dat de ontwikkelingen van MBT binnen beeldende therapie op dit moment ontzettend kortstondig zijn. Uit de praktijk blijkt dat er steeds meer doelgroepen te vinden zijn waarin de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen bij de cliënt centraal staat. Deze ontwikkeling is ook te zien in de literatuur. Steeds meer artikelen worden geschreven over de toepassing van MBT gericht op verschillende doelgroepen. Terwijl er nog weinig artikelen geschreven zijn gericht op beeldende therapie.

De methodische toepassing van MBT binnen beeldende therapie laat overeenkomsten zien in de houding van de therapeut, als een niet wetende, transparante houding. Waarbij de therapeut afstemt op het psychisch functioneren van de cliënt. Toch zijn er ook duidelijk verschillen wat betreft de therapeutische technieken en het inzet van het beeldend medium.

Echter vind ik het heel belangrijk om nog een keer het verschil tussen de toepassing van MBT en beeldende therapie en het mentaliserend werken binnen beeldende therapie te benadrukken. Door het onderzoek wordt duidelijk dat therapeuten die mentaliserend werken in hun behandeling niet per se de behandelmethode MBT toepassen. Er zijn veel overeenkomsten te zien in het methodisch handelen van de therapeut. Toch is de toepassing van MBT in de behandeling toegespitst op het werken met de modi. Deze manier van werken is binnen dit onderzoek alleen bij de expert te zien. Daardoor kan niet eenduidig aangegeven worden wanneer een therapeut de methode MBT toepast en wanneer deze mentaliserend bevorderend werkt.

5.4 Aanbevelingen

De aanbevelingen voor de praktijk voortkomend uit de praktijk zijn voornamelijk het bundelen van krachten. Er bestaat een duidelijke wens om meer samenwerking te creëren tussen beeldende therapeuten werkzaam met de MBT. Daarnaast hebben therapeuten ook de behoefte aan meer contact onderling met het idee het opzetten van een landelijke supervisie of intervisie groep. Daarop aansluitend zou dit een mogelijkheid bieden om een overzicht te maken van de hoeveelheid beeldend therapeuten die met de methode werken.

Voor de beroepsontwikkeling gericht op de methode MBT is het vooral belangrijk om een methode te ontwikkelen van beeldende therapie en MBT gericht op een doelgroep. Hier komen alle doelgroepen waarbinnen MBT in beeldende therapie toegepast wordt in aanmerking. Daarnaast zou ook een schema ontwikkeld kunnen worden waarin verschillende beeldende werkvormen gericht op de modi binnen MBT beschreven staan. Hierdoor kan beeldende therapie nog krachtiger en genuanceerde omschreven worden. Wat heel duidelijk wordt in dit onderzoek is dat er bijna geen literatuur te vinden is met betrekking tot beeldend therapeutische interventies, vooral niet gericht op MBT. De omschrijving van dergelijke interventies zou naar mijn mening een meerwaarde zijn voor de beroepsontwikkeling. Een ander aspect is de onduidelijkheid binnen beeldende therapie tussen het werken 'in' en 'met' het medium. Een verheldering en een krachtige omschrijving van dit verschil zou een grote bijdrage leveren aan de profilering van de vaktherapie.

Deze twee aspecten, het ontwikkelen van een interventieschema gericht op de modi van MBT en beeldende therapie en de uiteenzetting van het werken 'in' het medium en 'met' het medium binnen beeldende therapie, zullen mogelijke vervolg onderzoeken zijn. Daarnaast bestaat er nog de mogelijkheid

voor meerdere praktijkonderzoeken gericht op het ontwikkelen van een methode binnen beeldende therapie en MBT bij de verschillende doelgroepen.

5.5 Reflectie op de sterkten en tekortkomingen van het onderzoek

Aan het einde van de onderzoeksfase merk ik dat er door het hele onderzoekproces heen sterken maar ook tekortkomingen verweven zijn. Om het geheel een kader te geven heb ik ervoor gekozen om de sterkte en zwakte analyse van het onderzoek aan de hand van de onderzoeksopzet te doorlopen.

Het onderzoektype en methode:

De keuze voor een kwalitatief onderzoek (zie §2.1) met een inventariserende onderzoeksmethode (zie § 2.2) is achteraf gezien een sterkte van ons onderzoek. Door de inventariserende methode hadden wij de mogelijkheid om de impliciete kennis van de therapeuten in kaart te brengen. Waardoor wij een verduidelijking kunnen geven wat de actuele ontwikkelingen in de praktijk zijn op het gebied van beeldende therapie en MBT. Echter zijn hierdoor ook onduidelijkheden ontstaan over de specifieke toepassing van MBT binnen beeldende therapie. Dit biedt wederom de mogelijkheid om de methode nog dieper te onderzoeken waardoor deze verder kan ontwikkelen.

De dataverzameling:

Om de onderzoekspopulatie af te bakenen hebben wij een beschrijving van inclusief criteria beschreven aan die de respondenten moeten voldoen (zie § 2.3). Een sterkte punt van het onderzoek is dat alle geïnterviewde respondenten ook binnen deze 'operationele populatie' vallen. Bovendien zijn tussen de respondenten ook de belangrijkste vertegenwoordiger van de methode MBT binnen beeldende therapie. Marianne Verfaillie heeft het eerst boek geschreven over mentaliseren binnen beeldende vaktherapie en is instructeur van cursussen over beeldende therapie en MBT, Katrijn Aerts als opleider van MBT en beeldende therapie op de Viersprong Academy, Corinne Prins en Liesbeth Bosgraaf die binnen de masteropleiding hun scriptie over MBKT geschreven hebben en Brigitte Plum, zijn is op dit moment werkzaam met MBT en beeldende therapie binnen de Master Opleiding. De onderzoekspopulatie biedt een grote verscheidenheid aan doelgroepen, dit was ook ons te bereiken doel (zie § 3.1). Wij weten dat er ook een beeldend therapeut werkzaam is met gehandicapten en MBT, echter hebben wij ervoor gekozen om deze niet meer in ons onderzoek te integreren omdat de doelgroep duidelijk afwijkt van de andere geïnterviewde doelgroepen. Bovendien zijn wij in het literatuuronderzoek een artikel over mentaliseren en rouwverwerking tegen gekomen. Deze doelgroep had ook nog een potentiële data bron kunnen zijn. Helaas konden wij tot nu toe geen beeldend therapeut vinden die werkzaam is met deze doelgroep en MBT.

Wat wij ons ook realiseren is dat één respondent van elke doelgroep niet representatief is voor de doelgroep binnen beeldende therapie en MBT in zijn geheel. Dit zou een minpunt kunnen zijn voor het onderzoek. Maar binnen de gegeven tijd van het onderzoek was het niet mogelijk meer respondenten van elke doelgroep te benaderen.

Binnen dit onderzoek wordt voor een halfopen of semigestructureerde vorm van interviewen gekozen (zie § 2.3). De thema's van de topiclijst geven een algemene en brede richtlijn voor het afnemen van de interviews. Dit geeft op de ene kant vrijheid voor de respondent om open te vertellen, maar kan tegelijkertijd ook te open zijn waardoor belangrijke kennis niet wordt overgebracht omdat hier niet expliciet naar gevraagd wordt. Dit was ook te zien bij de respondenten. Sommige respondenten vonden het heel prettig om vrij te mogen vertellen. Ze hebben de tijd gebruikt om alle belevingen en ervaringen te verwoorden. Bij andere respondenten hebben wij gemerkt dat zij het moeilijk vonden om te begrijpen wat wij precies willen weten of anders gezegd wat ze moeten vertellen over een bepaald thema. Hierdoor zijn er wel verschillen in de data ontstaan, omdat sommige respondenten een thema heel uitgebreid besproken hebben andere niet. Deze tekortkomingen hadden wij misschien kunnen voorkomen door gericht op bepaalde thema's door te vragen of vanaf het begin gerichte vragen te stellen.

Een ander belangrijk onderdeel bij het afnemen van de interviews was het feit dat er twee interviewers de data verzamelen. De twee onderzoekers kijken alle twee vanuit hun eigen 'bril' naar de informatie die zij krijgen. Daardoor kunnen ook verschillende accenten in een interview gelegd worden. Tijdens dit proces was het niet mogelijk om alle interviews samen door te voeren, wat achteraf zeker een minpunt van het onderzoek is. Omdat wij zo niet konden voorkomen dat de informatie van de respondent van beide onderzoekers kritisch wordt opgevraagd. Dit zou het onderzoek berouwbaarder maken.

Datapreparatie en –analyse:

Tijdens het proces van de datapreparatie hebben wij goede afspraken gemaakt over welke stappen wij gaan doorlopen met betrekking tot het analyseproces (zie § 2.4). Dit maakte het makkelijker om met het coderingsproces te beginnen.

In de fase van het open coderen hebben wij de eerste codeerde interviews aan elkaar uitgewisseld om een beeld te krijgen hoe de ander te werk gaat. Daarop hebben wij aanvullingen gegeven om vervolgens met de eigen interviews verder te gaan. Vanuit de codeerde interviews hebben wij een codeboom ontwikkeld welke als leidraad voor het axiaal coderen gebruikt wordt. Hierbij hebben wij heel veel samen gewerkt en op de resultaten van het open coderen gereflecteerd om zo de codeboom te ontwikkelen. Voor het axiaal coderen hebben wij de codeboom onderling opgedeeld, zodat iedereen een deel van de codes verwerkt. Daardoor ontstond een hele nieuwe combinatie van codes uit alle interviews die bewerkt en op gesplitst moesten worden. Dit gaf de mogelijkheid om nog een keer alle open codes, die van mij maar ook van Rachana, met elkaar te vergelijken en te toetsen, waardoor de betrouwbaarheid verhoogd wordt. Een ander sterktepunt tijdens dit proces was dat wij een schema gemaakt hebben waarin de code, het tekstfragment en de pagina nummer uit het interview genoteerd werd. Daardoor was het mogelijk om tijdens het axiaal coderen steeds weer terug naar de oorspronkelijke tekst te kijken en deze te toetsen. Van deze mogelijkheid hebben wij allebei gebruik gemaakt. Door de beperkte tijd voor het uitschrijven van de resultaten was het niet meer mogelijk om een volledige analyse te doen en nog een keer terug te gaan naar de respondenten om vragen te stellen over de onduidelijkheden. Dit is wel een tekortkoming in de resultaten.

De kwaliteitscriteria:

De kwaliteitscriteria van 'trustworthiness' worden gebruikt als richtlijn om de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van het onderzoek te waarborgen (zie § 2.6).

De onderzoeksperiode was te kort om een volledige verzadiging te bereiken. Het onderzoeksgebied is zo groot dat er niet alle data verzameld kon worden. Het was wel mogelijk om een heel breed scala aan doelgroepen te benaderen, maar verzadiging hebben wij daarin niet bereikt. In het literatuur onderzoek hebben wij wel zo lang gezocht totdat er geen nieuwe geschikte literatuur meer te vinden was.

Het schrijven van een 'duo- scriptie' geeft een heel grote meerwaarde aan de overtuigingskracht voor een buitenstaander. Alle keuzes en beslissingen zijn tijdens het onderzoek besproken. Daardoor is er op alle gemakte keuzes gereflecteerd wat het zou betekenen voor het vervolg van het onderzoek en wat de beste manier is om dat te doen. Daarbij hebben wij ook een logboek bijgehouden voor algemene keuzes, echter was het bespreken en argumenteren van keuzes belangrijker. Bovendien hebben wij twee keer gebruik gemaakt van een 'member- check' en vijf 'peer- debriefers' voor het lezen van het onderzoek om de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten. Toch hadden wij graag meer tijd gehad om een uitgebreidere terugkoppeling te maken van de resultaten aan de respondenten. Dit was in het kader van de tijdsbeperking niet mogelijk.

De bruikbaarheid voor het onderzoek is gewaarborgd doordat de resultaten een weerspiegeling zijn van de actuele gebeurtenissen in de beeldend therapeutische praktijk gericht op MBT. De therapeuten hebben veel vrijheid in de interviews gehad om hun impliciete ervaringen te vertellen. Toch moeten wij realiseren dat dit voor sommige therapeuten te veel vrijheid was, maar voor andere ook juist als prettig ervaren werd.

5.6 Mijn Werkmodel

Mijn werkmodel als afstuderend beeldend therapeut heeft zich vooral gevormd door het beeldend proces van het laatste studiejaar gericht op mijn eigen handelen met betrekking tot het medium. En door dit afstudeeronderzoek waarin ik heel veel nieuwe inspiratie en informatie kon verzamelen over mijn methodisch handelen als therapeut.

Binnen het ontwikkelingsproces van mijn oude werkmodel naar het nieuwe werkmodel was het leerdoel bewustwording van groot belang. Bewustwording van mijn eigen handelen met het materiaal en het effect daarvan, maar ook de bewustwording van mijn eigen handelen als therapeut en welk effect dit op de cliënt heeft. In dit kader krijgt de titel van ons onderzoek een dubbele betekenis. Het was niet alleen een bewogen zoektocht om te gaan onderzoeken wat de actuele ontwikkelingen van de behandelmethode

MBT in beeldend therapeutische praktijk zijn. De ontdekkingsreis naar de bewustwording van mijn eigen handelen was in gelijke mate bewogen.

De basis van mijn werkmodel is het handelen vanuit intuïtie. Ik ben een heel gevoelig mens en handel van daaruit vaak uit een intuïtief gevoel. Deze manier van werken is niet verkeerd, toch vraagt het een bepaald basisbewustzijn, om mijn intuïtieve gevoel te toetsten met de werkelijkheid, zodat ik het als therapeut bewust methodisch in kan zetten. Het bewuste handelen vanuit intuïtie.

Mijn oud werkmodel

Mijn oud werkmodel was vooral gekenmerkt door onbewuste handelingen. Mijn handelingen kwamen vooral voort uit een innerlijke gedrevenheid om mensen te helpen. De handelingen zelf waren intuïtief en in het moment niet bewust achterhaald en uitgevoerd. Ik ben vooral meegegaan in de behoeftes van de ander en heb erin geen duidelijk grens getrokken. Het gevolg waren momenten waarin ik overspoeld raakte door gevoelens die ik zelf niet kon plaatsen. Het resultaat van deze insteek was, dat ik mij eigen handelingen in de sessies heel moeilijk kon achterhalen, waardoor ik tegen heel veel weerstand aanliep.

Gedurende de tijd lukt het mij steeds beter mij eigen handelen en het effect ervan tijdens de therapie sessie in de gaten te houden. Het doel was een bewuste methodische inzet in de therapie op te bouwen. Dit leerdoel heeft mij in een grote strijd gebracht met mijn behoefte om intuïtief te kunnen handelen. Hoe kan ik een bewust methodische inzet ontwikkelen en toch nog naar mijn intuïtieve gevoelens kunnen luisteren? Vanuit deze vraag ben ik begonnen om stap voor stap steeds kritischer naar mezelf te kijken. Naar te gaan waarom ik zo handel als ik handel en wat dat over mij zegt als persoon. Dit was de start van mijn bewustwordingsproces.

Tegen het einde van mijn stagejaar was ik in staat om steeds bewuster naar te gaan wat het kind op dit moment van mijn nodig heeft om dan vervolgens mij houding en het medium erop aan te passen. Toch merk ik achteraf dat ik daarin nog heel veel aan het exploreren was. Het was voor mij niet helemaal helder hoe ik met elk kind individueel om moet gaan. Het was meer een spontane maar wel bewuste keuze.

Het proces van bewust handelen in het hier en nu heeft zijn vervolg gevonden in mijn medium proces in het laatste opleidingsjaar. Ik was geconfronteerd met twee grote stukken steen, die in hun materiaaleigenschappen redelijk fragiel zijn. De stenen vroegen van mij heel veel bewust handelen in het moment. En steeds weer een verbinding te creëren tussen het denken, handelen en voelen. Vanuit de handeling stoppen en goed naar het beeld kijken: Wat heeft het nog nodig? Kritisch erover nadenken wat in het beeld nog veranderd moet worden om dan aan te voelen of dat wel klopt. Dit proces was op de ene kant heel confronterend en vermoeiend, maar het heeft mij ook geholpen om nog bewuster te worden van mezelf. Duidelijk te zien waar mijn kwaliteiten liggen en in welke situaties ik nog moeilijkheden heb. Het product van dit proces is een sterke integratie van mijn denken, handelen en voelen. Ik merk dat deze integratie ook een groot bijdrage heeft geleverd aan het herkennen van mijn eigen mentale toestanden, met andere woorden dat ik steeds beter over mezelf kan mentaliseren, maar ook in de communicatie met andere mensen. Deze persoonlijke succeservaring is een mooi motivatie om verder te ontwikkelen in het bewustzijn van mezelf.

Mijn nieuw werkmodel

Mijn nieuw werkmodel is gebaseerd op de ervaringen uit mijn derde jaar stage. Tijdens dit jaar heb ik met vroeg getraumatiseerd kinderen gewerkt. Daardoor is de integratie van mijn nieuw werkmodel gericht op het werken met deze doelgroep. Ik beschrijf mijn nieuw ontwikkelende methodische inzet van mij als therapeut en het beeldend medium gericht op de doelgroep vroeggetraumatiseerde kinderen.

Fasering van de behandeling

Door dit onderzoek realiseerde ik mij, dat de voorafgaande randvoorwaarden een heel belangrijk onderdeel zijn voor het verloop van het therapieproces. Voor het werken met deze kinderen is het van groot belang om een gestructureerd en veilig kader te bieden zodat de kinderen vertouwen kunnen opbouwen ten opzichte van de therapiesetting, de therapeut en het materiaal. Dit moet gebeuren door veel continuïteit en zelfs rituelen die in de therapiesetting ingebouwd kunnen worden. Bij voorbeeld dat de therapie steeds op de zelfde manier begint en eindigt, of dat de sessie steeds in het zelfde lokaal plaats vindt. De kinderen ervaren daardoor een houvast in de therapie en moeten niet bang zijn voor onverwachte gebeurtenissen. Daarnaast is het een heel belangrijke voorwaarde dat de therapeut voldoende materiaalkennis heeft over beeldend materialen. Zodat er materialen gebruikt worden die met

hun eigenschappen aansluiten bij de cliënt. De verantwoordelijkheid voor het voorzien in deze voorwaarde, ligt bij de therapeut.

Als methodisch kader van de therapie zou ik nog bewuster de fasering binnen MBKT (Mentaliserend Bevorderende Kinder Therapie) gebruiken als leidraad voor de therapie. Deze is opgedeeld in drie fases. In de drie fases gaat het vooral om de interventietechnieken van de therapeut gericht op het proces van de cliënt.

1. Fase: Aandachtsregulatie

In deze fase gaat het voornamelijk om aandacht te geven aan de handelingen van de cliënt. Door in de handeling te zijn in het hier- en- nu is er de volle aandacht van de beeldende therapeut en stuurt deze daarmee de aandacht van het kind (Smelt, 2009). Hierbij speelt het benoemen van de handelingen een belangrijke rol. Dit kan gebeuren door verbaal aan te sluiten bij het kind doordat de therapeut benoemt wat hij het kind ziet doen in het medium. Echter kan dit ook non- verbaal gebeuren door een mediuminterventie. De therapeut gaat meebeweging in de handeling van het kind, waardoor een 'congruente spiegeling' plaats vindt door de therapeut. De therapeut kan zijn handeling bij deze interventie veranderen waardoor het kind ervan bewust kan worden wat zijn eigen handeling is en hoe deze verschilt in vergelijking tot met de handeling van de therapeut, het 'gemarkeerd spiegelen'. Door deze twee interventiemogelijkheden wordt gelijk een ander belangrijk aspect benaderd: Het trechteren van handelingen. Door het benoemen of meebewegen van de therapeut wordt de focus van het kind steeds weer terug gebracht naar zijn eigen handelingen in het medium. Dit is ook het doel van deze fase de aandacht richten op het eigen handelen.

Voor kinderen die heel veel moeite hebben met concentratie en de focus richten op een bepaald taak zou ik de 'stop- denk – doe methode' ter ondersteuning gebruiken. Hierbij wordt vooraf een stappenplan gemaakt voor de beeldende uitwerking. Deze wordt dan als houvast gebruikt, waarop steeds weer terug gekeken kan worden, als het kind de focus op de eigenlijke taken verliest.

Ten slotte vind ik het heel belangrijk om binnen deze fase genoeg aandacht te besteden aan succeservaringen die het kind op kan doen. Beeldende therapie leent zich goed voor het opdoen van positieve ervaringen. Het kind kan altijd iets doen wat lukt in het materiaal, in zijn houding of in de relatie (Smelt, 2009). De werkvorm dus het materiaal en de technieken moeten zo afgestemd zijn op het kind dat het binnen zijn bereik ligt, zodat er een succeservaring opgedaan kan worden binnen dit proces. Hiervoor is het in deze fase belangrijk dat het drempel- verlagende activiteiten zijn. Ik wil het kind wel de vrijheid laten om zelf keuzes te maken wat betreft een materiaal of techniek. Toch is het in deze fase nodig dat de therapeut een duidelijk structuur aanreikt omdat de kinderen vaak zelf niet in staat zijn om deze structuur aan te brengen. Van daaruit zou ik in de eerste fase vooral nog een structurerend kader scheppen door activiteiten aan te reiken, die aansluiten bij de materiaal interesse van het kind.

2. Fase: Affectregulatie

Om naar de volgende fase door te kunnen gaan is het van belang dat het kind meer overzicht kon creëren over zijn eigen handelen. Dat het lukt om impulsiviteit te reguleren en aandacht te schenken aan de handeling in het medium. In deze tweede fase gaat het namelijk om de affectregulatie. Dus de aandacht voor de handeling is er al tot stand gekomen, waardoor nu de belangstelling ligt op het affect van het kind tijdens het beeldend werken. Hierbij gaat de therapeut in op de materiaalbeleving. De interventies richten zich op het denken, handelen en voelen in het beeldend proces. De therapeut beschrijft de handelingen van de cliënt in het medium en koppelt daar een gevoel aan, deze toets hij met het kind. Door het benoemen wordt de affecttoestand tot realiteit gemaakt en het kind kan voor zichzelf erover nadenken of dit gevoel ook van toepassing is (Smelt, 2009). De therapeut kan ook non-verbaal interveniëren op het affect van het kind. Door de mediumhandeling van het kind te spiegelen geeft de therapeut deze affecttoestand weer terug aan het kind.

Een belangrijk onderdeel van deze fase is het spelen met fantasie en realiteit. Smelt (2009) beschrijft dat tekenen of andere beeldende handelingen een alsof karakter kunnen hebben. In een beeld kunnen allerlei fantasieverhalen ontstaan. De therapeut kan die afzetten tegen de werkelijkheid en in het fantasieverhaal instappen. Hij kan het ook zo laten en niet verbaliseren, zodat de fantasie geen groter betekenis krijgt. Het spelen met deze grens tussen realiteit en fantasie kan het kind de ruimte geven om gevoelens maar ook handelingen in een alsof situatie te uiten, zodat ze minder bedreigend zijn. Hij kan ermee experimenteren en variëren om hun uiteindelijk in de werkelijkheid toe te passen. Deze waardevolle ruimte wordt ook 'transitional space' genoemd.

In deze fase van de therapie mag het kind steeds meer een eigen keuze maken in materiaal gebruik. Ik ga ervan uit dat elk materiaal een bepaald appél op het kind doet en dit is het uitgangspunt voor de affectregulatie. Toch zou ik op het moment dat het kind enigszins in staat is gevoelens de reguleren sensopathisch materiaal introduceren. Materiaal zoals klei, gips of vingerverf doen in uitermate een appél op het voelen, waardoor de gevoelens van het kind in dit moment nog meer geprikkeld worden.

3. Mentaliseren

De laste afsluitende fase van de behandeling vraagt een bepaalde cognitieve ontwikkeling van het kind. Het kind moet in staat zijn om de eerste stappen tot zelfreflectie te kunnen maken. Het reflecteren over zichzelf ontwikkelt zich rond het twaalfde levensjaar. Jongeren in deze leeftijd kunnen de mentaliserende fase wel bereiken, dit gebeurt meestal niet heel vaak. Deze fase vraagt al veel bewustwording van het eigen handelen en voelen. Het gaat voornamelijk om het doorvragen naar de mentale toestanden van de jongeren. Hierbij wordt doorgevraagd naar innerlijke belevingen gericht op het beeldend werken. Smelt (2009) noemt het, het reflecteren van de beeldende therapeut samen met het kind op de mentale toestanden en processen van het kind. Wat zijn de gedachten, behoeftes en wensen die uit het beelden naar vore komen? Hierbij kun je goed teruggrijpen op ouder werk, waarbij je oudere werkstukken erbij pakt om te kijken wat er veranderd is in het proces en of de innerlijke belevingen steeds nog hetzelfde zijn.

Voor de bespreking van de beelden zou ik de beeldwaarnemingsmethode gericht als handvat inzetten. Hierdoor kan objectief naar het beeld gekeken worden. En alle verschillende aspecten van het beeld worden benaderd zodat de therapeut maar ook het kind een volledig indruk van het werkstuk kunnen krijgen.

Werkvormen en materialen kunnen in deze fase een complexere rol spelen. Daarbij kunnen grotere projecten met een kind uitgewerkt worden of moeilijkere materialen of technieken gebruikt worden, bij voorbeeld werken met hout of steen.

Houding als therapeut

Naast het toepassen van een duidelijke fasering van de behandeling heeft er ook een ontwikkeling plaats gevonden in mijn houding als therapeut. Door het interviewen van de verschillende therapeuten kon ik voor mezelf een heel duidelijk beeld scheppen welke houding ik als beeldend therapeut aan wil nemen.

Het is van belang dat de therapeut een balans vindt tussen het tonen van empathie en het stellen van grenzen. Er wordt wel meegegaan in het gedrag van het kind maar er worden ook grenzen gesteld als dat nodig is (Smelt, 2009). Daarbij gaat het vooral om het afstemmen op het kind in zijn belevingswereld. Dat het kind serieus genomen wordt in zijn beleving en deze niet afgekeurd wordt door niet ernaar te luisteren. In tegenstelling tot het meegaan met het kind is het belangrijk om grenzen duidelijk aan te geven en deze grenzen ook niet te verschuiven. Deze kinderen hebben nood aan duidelijk grenzen omdat ze deze vaak niet hebben ervaren. Een duidelijk afgebakend kader biedt veiligheid en vertrouwen voor het kind om los te kunnen laten. Smelt (2009) beschrijft dat de MBKT methode in een gelijkwaardige houding van de therapeut de essentie ziet. MBKT gaat ervan uit dat het essentieel is om aandacht te geven aan de cliënt. Betrokkenheid tonen en aansluiten op het niveau van de cliënt maakt het mogelijk om een stevige therapeutische relatie op te bouwen, waarin de cliënt kan exploreren. Door werkelijkheidswaarde te geven aan de ervaringen van de cliënt voelt hij zich herkend en ervaart bestaansrecht. Zo wordt veiligheid en ruimte gecreëerd, waarin het kind zich kan ontwikkelen. Het is van groot belang om aandacht te schenken aan het kind in het hier en nu.

Toch is het ook belangrijk om het kind genoeg vrijheid te beiden om te kunnen experimenteren. De kunst is het om een balans te vinden tussen meegaan en grenzen stellen, betrokkenheid en vrijheid. Dit vraagt veel flexibiliteit maar ook constantheid van de therapeut in elk situatie van de therapie. Het bewust kunnen schuiven tussen deze aspecten naar aanleiding van wat het kind op dit moment nodig heeft. Om dit te kunnen doen is het voor mij als therapeut belangrijk om een niet wetende houding aan te nemen. Ik kan alleen maar constateren wat het kind op dit moment nodig heeft, maar ik zou het nooit echt weten. Hierin transparant en echt te zijn en het kind oordeelvrij vragen of mijn ideeën met de gemoedstoestand van het kind overeen komen. Om van daaruit de situatie aan te passen door bij voorbeeld de algemene structuur te veranderen, een ander materiaal aan te bieden of binnen het materiaal handelingsalternatieven te laten zien. Deze houding van de therapeut sluit aan bij de mentaliserende houding van een therapeut zoals Allen et al. (2008) het beschrijven. Bevorderlijk voor een mentaliserende houding van de cliënt is een niet- wetende, nieuwsgierige houding van de therapeut. Een veilige basis is

van essentieel belang zodat de cliënt zijn eigen mentale toestanden kan ontdekken. In dit geval kan het medium als een laboratorium gebruikt worden om te experimenteren en nieuwe ontdekkingen te kunnen maken. Deze dragen ertoe bij om zichzelf meer in kaart te brengen, waarbij het einddoel voor de behandeling met kinderen is de eigen mentale toestand exploreren.

Afsluitend wil ik opmerken dat ik in mijn nieuw werkmodel niet puur met de methode MBT wil werken, maar dat het voor mijzelf van essentieel belang is om een mentaliserende houding als therapeut aan te nemen. Allen et al. (2008) benadrukken dat de therapeut in een mentaliserende houding ook zijn eigen tekorten in het mentaliseren benoemt. Het open verwoorden wat ik denk op een oordeelvrij manier en het duidelijk aangeven van eigen fouten tijdens de therapie is op de ene kant een uitdaging voor mij. Op de andere kant is het een zeer belangrijke basisattitude van de therapeut om als voorbeeld te fungeren voor het kind. Daarboven geeft het de cliënt een gevoel van herkenning, waardoor een nog veiligere relatie opgebouwd kan worden.

Ik kan het kind alleen de mogelijkheid bieden door middel van het beeldend medium zich zelf te ontdekken als een bijzonder en uniek mens. Als therapeut kan ik hierin ondersteuning bieden door mijn houding en de inzet van het beeldend materiaal. Toch moet het kind het zelf willen en uitvoeren, ik zou het nooit voor hem kunnen bepalen.

SAMENVATTING

De aanleiding van Franziska Müller en Rachana Termorshuizen voor de keuze van dit onderzoek is de persoonlijke interesse in de integratie van beeldende therapie en MBT. Naar aanleiding van onze stage wilden wij ons allebei graag verder verdiepen in deze methode. Doordat er geen eenduidige methode beschreven staat over de toepassing van MBT en beeldende therapie hadden wij de indruk dat dit een gebied is waarin nog veel ontwikkeling mogelijk is. Het was onze wens een begin te maken met het in kaart brengen van de actuele ontwikkelingen op het gebied van MBT in de beeldend therapeutische praktijk.

Van hieruit zijn wij tot de centrale vraagstelling gekomen die als volgt luidt:

'Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied van Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische beroepspraktijk in de geestelijke gezondheidszorg?'

Mentalisation Based Treatment (MBT) gaat ervan uit dat de problemen van de cliënten in belangrijke mate voortkomen uit verstoringen in de capaciteit om te mentaliseren. Mentaliseren is het veelal onbewuste vermogen om in interactie met een ander uit te gaan van het feit dat de ander, net als jezelf, een innerlijke wereld heeft met gevoelens, gedachten en verlangens. Het vermogen om te mentaliseren is een typisch menselijke verworvenheid. Dit vermogen ontstaat tijdens de vroege ontwikkeling van het kind en krijgt vorm in de affectieve relatie met de verzorger (Verheugt-Pleiter et al., 2005). Een stagnatie in de ontwikkeling van het mentaliseren kan volgens Target et al. (2002) later leiden tot ernstige psychopathologie.

Beeldende therapie laat zich goed in het mentaliserend behandelkader implementeren, doordat het de impliciete beleving van de cliënt expliciet zichtbaar kan maken. Wat als aanleiding dient tot mentaliseren. Echter is er nog weinig onderzoek gedaan over de integratie van MBT en beeldende therapie, waardoor ook heel weinig vakliteratuur te vinden is.

Dit was de reden voor de keuze van een inventariserend onderzoek. Door het afnemen van interviews in de beeldend therapeutische praktijk wilden wij een overzicht creëren over de toepassing van MBT binnen beeldende therapie.

Uit de inventarisatie blijkt dat de methode zijn toepassing vindt in een brede range aan doelgroepen. De methodische toepassing van MBT laat overeenkomsten zien in de houding van de therapeut. Toch zijn er ook duidelijk verschillen wat betreft de therapeutische technieken en het gebruik van het beeldend medium.

Deze bevindingen verduidelijken de noodzaak voor verder onderzoek om de methode binnen beeldende therapie verder te profileren. Hierin zijn al actuele ontwikkelingen te zien op het gebied van literatuur en recente onderzoeken.

LITERATUURLIJST

- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008) *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Au, T.-K. (n.d.). *Woord in beeld of beeld in woord. Creatief schrijven in combinatie met beeldende therapie*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool Utrecht, Amersfoort.
- Baarda, D. B., de Goede M. P. M. & Teunissen J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Bakker, J. & Derks, H. (2005). Mentaliseren als richtsnoer in de klinische praktijk. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 37(5), 331-345.
- Bales, D., Beek, N. van & Bateman A. (2009). Mentalisation-Based Treatment voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. In Eurlings – Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M. & Verheul, R. (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp.265-287) (2e herz. dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalisation-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis, praktische gids voor hulpverleners in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beelen, F. & Oelers, M. (2001). *Interactief. Creatieve therapie met groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boeije, H.R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2009) *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bosgraaf, L. (2011). *Module 4 Master of Art Therapies. Leren mentaliseren voor kinderen/jongeren met hechtingsproblematiek vanuit het analoge procesmodel*. Ongepubliceerde module, Master of Art Therapies, KenVak.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge
- Dalley, T. (2008). 'I wonder if I exist?': a multi-family approach to the treatment of anorexia in adolescence. In: Case, C. & Dalley, T. (Red.). *Art therapy with children: from infancy to adolescence*. (pp.215-231). Routledge: Londen and New York.
- Delfstra, G. & Peeters, G. (2011). Mentalisatie bevorderende therapie in de groep. Samen ontdekken hoe de geest werkt. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 37, 5-17.
- Demmer, T. & Boschloo, I. (2004). Tasten, voelen, kijken: Creatieve Therapie. In Pool, G., Hevel, F., Ranchor, A.V. (Red.), *Handboek psychologische interventies bij chronisch somatische aandoeningen*. (pp. 395-403) Van Gorcum: Assen.
- De Viersprong. (2013). Behandeling met MBT. Geraadpleegd op: <http://www.deviersprong.nl/behandelingen/volwassenen/9-behandeling-met-mbt.html>

- Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. & Target, M. (2002) *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press.
- Franks, M. & Whitaker, R. (2007). The image, mentalisation and Group art psychotherapy. *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 12, 3-16.
- Fromm, E. (1956). *The art of loving*. New York: HarperCollins Publishers
- Gael, M. van (2007). Extreem luid en ongelooflijk ver weg: Mentaliseren in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33(1), 6-22.
- Grabau, E. & Visser, H. (1987). *Creatieve therapie. Spelen met mogelijkheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kracht van vaktherapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen*. Introductie van een beeldende therapie vragenlijst. Garant: Apeldoorn-Antwerpen.
- Hamming, J. (2009). Gevoelens in beeld. De therapeutische kracht van beelden en beeldend werk bij het stimuleren van het mentaliserend vermogen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 5, 9-16.
- Holten-Basch, van H.L. (2011). Een bijzondere casus (serie): De volgroeide boom die zichzelf omhakt tot dode stronk. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 29, 18-33.
- Kaarsemaker- Verfaillie, M. (2009) Mentalization- Based Treatment. Voor vaktherapeuten ook de nieuwste trend? *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 23-29.
- Kaarsenmaker-Verfaillie, M. (2009). Beeldende Therapie binnen 'Mentalization-Based Treatment. In Schweizer, C. (Red.), *Handboek beeldende therapie. Uit de verf* (pp. 292-298) Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Karterud, S., & Pederson, G. (2004). Short term day hospital treatment for borderline personality disorder: benefits for therapeutic components. *Therapeutic communities*, 25, 43-54.
- Klee, P. (1920) *Schöpferische Konfession*: Paul Klee. Berlin: Erich Reiß Verlag.
- Klompé, H. (2001). Sorry dat ik het papier verspild heb. Beeldende therapie voor adolescenten en jongvolwassenen met anorexia nervosa. In Schweizer, C. (Red.), *In Beeld. Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten* (pp. 189-210) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lucassen, R. & Hartman, T.C.O. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Martens, J. (2013). *Een onderzoek naar opvattingen en praktijken van beeldend therapeuten uit de verslavingszorg, over het bevorderen van het mentaliserend vermogen bij cliënten met een verslaving, door middel van beeldende therapie*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Mazure, R. & Rooij, de S. (2011). Creatief schrijven in de gezondheidszorg? Ongepubliceerd artikel, Kunstfator Utrecht.
- Migchelbrink, F. (2005). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Nederland: Uitgeverij SWP Amsterdam.

Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie. (n.d.). Wat is beeldende therapie? Geraadpleegd op: http://beeldendetherapie.org/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=61

O'Brien, F. (2004). The making of mess in art therapy: Attachment, trauma and the brain. *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 9:1, 2-13.

Penzés, I. (2009). Het analoge procesmodel in beeldende therapie. In Schweizer, C. (Red.), *Handboek beeldende therapie. Uit de verf* (pp. 235-242) Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.

Prins-Oechies, C. (2011). *Module 4 Master of Art Therapies*. Ongepubliceerde module, Master of Art Therapies, KenVak.

Schasfoort, B. (1999). *Beeldonderwijs en didactiek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie. Uit de verf*. Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.

Skårderud, F. (2007). *Eating One's Words: Part III. Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa—An Outline for a Treatment and Training Manual*. *European Eating Disorders Review*, 15, 323–339.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H. (2008). Praktijkonderzoek en practiced based evidence in de lerende organisatie. Onderzoek door kenniskringen van hogescholen. TH&MA (geaccepteerd voor publicatie).

Smelt, C. (2009). Ik verbeeld me. Mentaliseren in beeldende therapie. Niet-gepubliceerde scriptie, Stenden Hogeschool, Leeuwarden.

Spaans, J.A., Koelen, J.A. & Bühring, M.E.F. (2010). Mentaliseren bij ernstige onverklaarbare lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 36, 5-21.

Springham, N., Findlay, D., Woods, A., & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 17:3, 115-129.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (2006). *Behandeling van Hechttingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Dale. (2013). Actueel. Geraadpleegd op: <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=actueel&lang=nn>

Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in Vaktherapie*. Apeldoorn-Antwerpen: Garant uitgevers.

Verheugt- Pleiter, J.E., Schmeets, M.G.J. & Zevalkink, J. (2005) *Mentaliseren in de kindtherapie. Leidraad voor de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Vieten, J. (2011). *Ik voel dus ik ben. Een case-study als bijdrage aan beeldende therapie met een anorectische cliënt*. Niet-gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, Heerlen.

Visser, H. (2009). Fundamentele vaardigheden. In Schweizer, C. (Red.), *Handboek beeldende therapie. Uit de verf* (pp. 78-131) Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.

Visser, de A. (2006) *Hardop kijken. Een inleiding tot kunstbeschouwing*. Sun: Nijmegen.

Ysermans, A. (2006). Client, therapeut, medium. Een wisselwerking. Niet-gepubliceerd artikel, Hogeschool Zuyd, Heerlen.

Zadelhoff, T. (2001). Zelf uit het ei. Beeldende Therapie voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen met psychische problematiek. In Schweizer, C. (Red.), *In Beeld. Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten* (pp. 39-64) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlagen:

Bijlage 1: Begrippenlijst

Geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandelt cliënten met psychische of psychiatrische problemen. Bijvoorbeeld een kind met autisme, een persoon met een verslaving, schizofrenie of depressie.

Actuele ontwikkeling

Op het ogenblik bestaand of plaatsvindend: actuele gebeurtenissen; een actueel vraagstuk (Van Dale, 2013)

Medium

in creatieve therapie staat het medium centraal, dit kan respectievelijk 'dans', 'drama', 'muziek' of 'beeldend vormen' betekenen. In dit onderzoek staat het medium beeldend vormen centraal.

Transitional space

In de transitional space kan gespeeld worden met gevoelens, gedachten, woorden en verbeeldingen. Het is een vrije gevoelsruimte waarin betekenisvolle verbindingen tussen binnen en buitenwereld gelegd kunnen worden. Voor cliënten die moeite hebben met het loslaten van de subjectieve werkelijkheid kan dergelijke speelruimte geïndiceerd zijn.

Lichamelijk mentaliseren

Het mentaliseren van lichamelijke verschijnselen is het vermogen eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn en verbinding te ervaren met de onderliggende mentale toestanden (Spaans et al., 2010)

In en met het medium

Wanneer het proces wordt aangegrepen om een verder voerend verbaal therapeutisch proces in gang te zetten, dan spreekt men van werken 'met' het medium.

Werken 'in' het medium is dat de expressie en de verandering van de cliënt zich afspelen *in* de mediumactiviteit. De beeldend therapeut neemt het medium als uitgangspunt en keert er naar terug. (Bosgraaf, 2011)

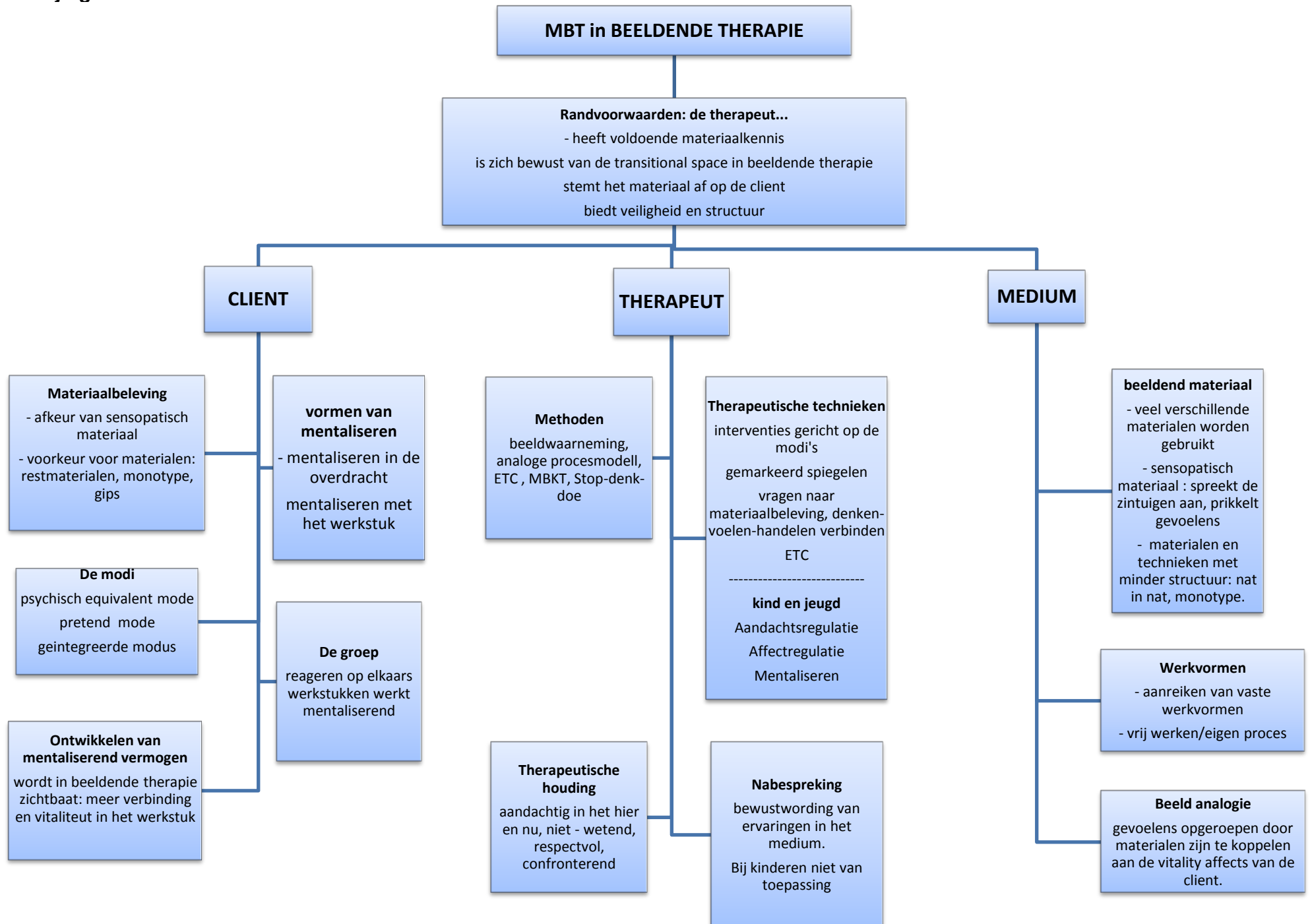
Appélwaarde

Wat een activiteit, werkvorm of materiaal bij de client aan handelingen en beleving uitlokt, wordt de appélwaarde genoemd. Werken met klei kan voor de ene cliënt heel fijn zijn, terwijl het voor de andere een reactie van afschuw oproept. Appélwaarden zijn van persoon tot persoon verschillend (Ysermans, 2006)

Validity affects

Validity affects zijn gevoelsmatige processen die zich in het innerlijk afspelen. Smeijsters (2008) stelt dat het hierbij gaat om een 'vlaag' van gevoel, bijvoorbeeld een vlaag van woede. Validity affects hebben een bewegingspatroon dat tot stand komt door een combinatie van parameters zoals dynamiek, vorm, tempo. Deze patronen zijn analoog aan de patronen die ontstaan tijdens het vormgeven in het medium (Pénzes, 2009).

Bijlage 2: Schema Resultaten



Bijlage 3: Deelnemerslijst Peer- Debriefers

Gerard Hagenaar: Beeldende therapeut 'De Viersprong'.

Joosje Martens: Afstudeert beeldend therapeut in 2013. Thema van het afstudeerscriptie: Een onderzoek naar opvattingen en praktijken van beeldend therapeuten uit de verslavingszorg, over het bevorderen van het mentaliserend vermogen bij cliënten met een verslaving, door middel van beeldende therapie.

Julia Offermanns: Beeldend therapeut, ex- stagebegeleider.

Jan Buitenhok: Coaching, psychologisch advies, begeleiding.

Femke Annemanns: Creatieve Therapie beeldend student (derde jaar).

Bijlage 4: Deelnemerslijst: Respondenten

Een respondent wil graag anoniem blijven.

Beeldend Vaktherapeute: Liesbeth Bosgraaf.

Instelling: Tjallingahiem, Kinderen met een lichtverstandelijke beperking, hechting- en gedragsproblematiek.

Beeldend Vaktherapeute: Marianne Verfaillie,	
Instelling:	'De Wende' GGzE
Werkervaring:	20 jaar, Master en Supervisor, cursusleider in eigen praktijk en RINO
Doelgroep:	Persoonlijkheidsproblematiek: borderline. Volwassenen. Groepstherapie, 9 cliënten. Op indicatie individuele therapie.
Behandelkader:	Klinische opname: 1 sessie beeldende therapie in de week 3 sessies x psychotherapie, 1 uur in de week: drama, PMT. 1 sessie farmacotherapie, 1 sessie systeemtherapie individuele psychotherapie, ingebed in milieutherapie.
Therapeutische houding:	Goed op de cliënt afstemmen; Stilstaan, aandacht geven, tijd geven, Respectvol, accepterend; Begrenzend.
Therapeutische technieken:	Bewust maken van een lichamelijke reactie: voelen; Creëren van een speelruimte, 'transitional space', waarin geëxperimenteerd kan worden.
Gebruik van beeldend materiaal:	Klei als direct en ruimtelijk materiaal; Verschillende materialen.

Werkvormen:	Groep opdrachten gericht op interactie en verschillende materialen leren kennen; Begin opdracht van de therapie: Zelfbeeld maken, mensfiguur uit klei → zou weer geven hoe de cliënt zich voelt op dit moment, aan de start van de therapie.
Wensen:	Meer verbinding tussen vaktherapeuten en niet-vak therapeuten. → meer integratie en communicatie tussen non-verbale en verbale therapie
Persoonlijk citaat:	‘Beeldende therapie is net een stapje durven nemen in het onbekende land.’ ‘Beeldende therapie kan tijd stilzetten in een beeld.’

Beeldend Vaktherapeute: Brigitte Plum	
Instelling:	Mondriaan Zorggroep/ PsyQ Maastricht, MBT deeltijdbehandeling
Werkervaring:	23 jaar; zmk school, activiteiten therapie; geriatrie, klinische setting voor psychosociale problematiek
Doelgroep:	High- level Persoonlijkheidsproblematiek: voornamelijk Borderline. Volwassenen. Groepstherapie: 9 cliënten.
Behandelkader:	3 daagse behandeling: 2x beeldende therapie: 1,5 uur; 1x schrijfsessies, 3x groepspsychotherapie; 1x individuele psychotherapie per twee weken, 1x mentalisatie training. 1 daagse behandeling: 1x beeldende therapie; 1x schrijfsessies, 1x mentalisatie training ; 1x groepspsychotherapie; 1x individuele psychotherapie per 2 weken.
Gebruikte methoden	Analoge procesmodel Beeldenwaarneming ETC (Expressief Therapies Continuüm)
Therapeutische houding:	Goed afstemmen; onderzoekend houding, niet wetend, geïnteresseerd, transparant; Kijken naar WAT en HOE doet de client; Niet de harde confrontatie, maar de geleidelijke weg; Coachend samen werken; Bekrachtigende houding; Herkenning, serieus nemen, respectvol.
Therapeutische technieken:	Werken in het Hier en Nu in MBT (beeldend); Werken in het beeldend materiaal en in de materiaalhantering; In een tastbaar product de ontwikkeling in de materiaalhantering bekijken; Gebruik maken van het medium om nieuwe ervaring op te doen; Materiaal afstemmen op niveau van mentaliseren;

	Verbinding maken met het voelen: In het materiaal op gang brengen (in beweging); Interventie om nieuw ervaringsgebied te aan te spreken door middel van het materiaal: meer contact maken met het gevoel door beeldend materialen; Herkenning en geven en bij het onderliggende gevoel en ,gedachte stilstaan (gemarkeerd spiegelen) Toetsende vragen stellen vanuit eigen gevoel
Gebruik van beeldend materiaal:	Gradaties in beeldend materialen. Gradaties van materiaal eigenschappen.
Werkvormen:	Geen vaste werkvormen, ontstaan in overleg met de cliënt.
Wensen:	Kijken welke methoden zijn er binnen beeldende en MBT en hoe kan je die inzetten, met welk doel; Werkvormen en materialen koppelen aan de opbouw van het ETC model van Hinz; bv. vanuit beweging, waarneming, cognitie enz. →Daardoor kan je Vaktherapie nog genuanceerder inzetten.
Persoonlijk citaat:	‘Wat heb IK eigenlijk nodig?’ ‘Met ieder materiaal en iedere werkwijze kun je gradaties inbouwen waarin je kan schuiven van controle naar minder controle, of van vast naar vloeibaar. Klei kun je bijvoorbeeld constructief bewerken, maar ook sensopatisch. Alle gradaties die daar tussenin zitten zijn opties’.

Kunstzinnig beeldend Therapeute: Sytske Riphagen	
Instelling:	Altrecht GGZ
Werkervaring:	2 jaar
Doelgroep:	Psychosomatiek: Ernstige onverklaarbare lichamelijke klachten. Volwassenen die weinig contact hebben met hun lichaamssignalen en emoties, en deze moeilijk kunnen interpreteren en hier adequaat naar handelen. Groepstherapie: 4 cliënten groep, 8 cliënten groepen. Individuele Therapie.
Behandelkader:	Lichaamsgericht mentaliseren, ACT (acceptance and commitment therapy), Mindfulness. Deeltijd behandeling en klinische opname. 1x in de week beeldende therapie
Gebruikte Methoden:	Kunstzinnige therapie Expressief/Impressief werken
Therapeutische houding:	Aansluiten bij de cliënt; Erkenning, serieus nemen; Gericht op veiligheid en empathie

	Open, transparant; Niet oordelend; confronterend wanneer nodig om bewustwordingsprocessen te versterken; Aansluitend op het moment, niet teveel willen verklaren; kijken naar wat er is.
Therapeutische technieken:	Gebruikt eigen lichaamssignalen in therapie, spiegelen; Spiegelen van de lichaam de cliënt door bewegingen en houding; Spiegelen in het medium. Verbaal: Wat zie ik? Wat voor gevoel geeft dit mij?; Spiegelen door benoemen van geobserveerde emotie; Doorvragen en exploreren naar lichamelijke en emotionele beleving Vraagt expliciet naar materiaalbeleving.
Gebruik van beeldend materiaal:	Sensopatische materialen spreken de zintuigen aan: Pastelkrijt: kleur, warmte, spreekt tastzin aan. Klei, eigenschappen: koud, moeilijk warm te krijgen. Helpt bij begrenzen, biedt stevigheid Speksteen, 'aaien' over het materiaal, geeft zachtheid Nat-in-nat schilderen, spreekt gevoelsleven aan, lichaamssensaties bij kleuren ervaren. controle loslaten; Houtskool en potloden; Bijenwaskrijt voor expressief tekenen.
Werkvormen:	Geeft altijd een opdracht; Iedere cliënt krijgt over het algemeen dezelfde opdracht, wel aanpassingen op praktisch vlak indien nodig (groter/kleiner vel); Aandachtgerichte oefeningen: Body-scan; Waarnemingsoefeningen: Waarnemend tekenen; Schilderoefeningen; Groepsoefeningen; Uitbeelden van emoties in kleur;; Expressief werken met krijt/houtskool, tekenen vanuit beweging; Inzichtgevend werken.
Wensen:	Mentaliseren als onderdeel van de opleiding die zij heeft gedaan; Ervaringen van andere therapeuten horen → meer uitwisseling.
Persoonlijk Citaat:	'In het beeldend werken wordt zo duidelijk wat iemand zo goed kan verbloemen in zijn verbale contact. Daar kun je gewoon dwars doorheen kijken, als je niet het verbale als instrument hebt'.

Beeldend Vaktherapeute: Mia Wientjes	
Instelling:	Altrecht GGZ
Werkervraing:	13 jaar
Doelgroep:	High- en Low- leven borderline persoonlijkheidsproblematiek. Volwassenen. Groepstherapie: 8 cliënten met 2 therapeuten.
Behandelkader:	Ambulante opname. 1× in de week beeldende therapie: 1,5 uur
Gebruikte methoden:	Analoge procesmodel. Antroposofische beeldenwaarneming.
Therapeutische houding:	Basishouding is een mentaliserende houding; Aandachtig in het moment aanwezig zijn; Actieve houding; nieuwsgierig blijven naar wat de cliënt beweegt; Steunend; ideeën en opvattingen terug houden.
Therapeutische technieken:	Inspelen op modi's: Inhoud van de interventie is het schakelen naar een "gebied" van denken/handelen/voelen; Therapeut speelt in op hoge/lage arousal; Cliënt eerst uit de modus halen en contact herstellen; Opdracht moet aansluiten bij de cliënt; Methodische toepassing beeldend materiaal; Cliënt raakt geboeid en begrijpt wat er gebeurt; Gemarkeerd spiegelen via het beeldend werken en in gesprek.
Gebruik van beeldend materiaal:	Alle soorten materialen; Schilderen; Kleibewerking.
Werkvormen:	Aanbieden van werkvormen door de therapeut; Therapeut doet een voorstellen, het gekozen thema is altijd in overleg en heeft samenhang met het proces Iedere cliënt werkt met hetzelfde onderwerp.
Wensen:	Het ontwikkelen van beeldend opdrachten, die creatief en interactief mentaliseren zijn; Verschillende therapeutische Richtingen bij elkaar brengen → Intervisiegroep, meer contact met andere therapeuten
Persoonlijk citaat:	'Ik kijk naar je handen in plaats van naar je hoofd'.

Vaktherapeut Beeldend: Corinne Prins	
Instelling:	Universitaire en algemene kinder- en jeugdpsychiatrie Accare, Cluster Assen
Werkervaring:	15 jaar? Master of Art Therapies, Afstudeerbegleider Hogeschool Stenden
Doelgroep:	Kinderen en Jeugd, 9 – 23 jaar, reactieve hechtingsstoornis en gedragsstoornis en emotieregulatie problematiek. Individuele Therapie.
Behandelkader:	Ambulante therapie. 1× in de week beeldende therapie.
Gebruikte methoden:	Fasering van MBKT: aandachtsregulatie, affectregulatie, mentaliseren Analoge procesmodel; Cognitieve gedragstherapie.
Therapeutische houding:	Aansluitend bij de cliënt; Ondersteunend; Afstemmen in het medium; Actief;
Therapeutische techniek:	Gedrag benoemen, focussen, inzoomen op wat er gebeurt; Samen meedoen, prikkelen, maar ook niet te veel; Letterlijk meebewegen op het papier. Beweging van het kind overnemen- samen doen; Complimenteren; Fantasie prikkelen; Confronteren, meer spiegelen, meer woorden geven aan het gevoel; Als het nodig is nieuw materiaal introduceren.
Gebruik van beeldend materiaal:	Veel materialen. Uitgaand van de materiaalbeleving en appelwaarde van de cliënt → analogie daartussen; Elk materiaal roept bepaalde gevoelens op. Bepaalde gevoelens horen aan bepaalde materialen, dit verschilt per kind; Sensophatisch materiaal die gevoelens prikkelen. → sensorische ervaringen; stoerdere materialen (graffiti).
Werkvormen:	Geen vaste werkvormen samen het kind een opdracht vormen, Uitgaand van de appelwaarde van het materiaal.
Wensen:	Beschrijving van wat er in beeldende therapie gebeurt en waarom. MBKT gekoppeld aan beeldende therapie. → expliciteren wat je doet; Dat er een model beschreven wordt van MBKT en beeldende therapie;

	Databank opzetten met alle artikelen en scripties. Verder onderzoek; Lijstje maken welk therapeuten met MBKT en MBT werken.
Persoonlijk citaat:	'Ik zeg altijd in het begin van dat wat je maakt zeg iets over wie je bent, over wat je voelt of denkt of wil. Maar dat is mooi als je op een geven moment dat 'praatje' bij het 'plaatje' kan leggen en dat kinderen/ jongeren het dan gaan snappen'.

Beeldend Vaktherapeute: Lille Dresden	
Instelling:	IrisZorg ook Paschalis in Venray. (Eigen praktijk)
Werkervaring:	15 jaar, Part -Time docent hogeschool Arnhem en Nijmegen
Doelgroep:	Verslavingsproblematiek: middelen misbruik. Groepstherapie: 8 – max. 10 cliënten. (Eigen praktijk: geen bepaalde doelgroep. Individuele therapie.)
Behandelkader: (Iris Zorg)	wisselende uitgangspunten van 3 keer per week tot 1 - 2 keer per week 1x in de week beeldende therapie.
Gebruikte methoden:	Beeldwaarneming (beeldanalyse) Analoge procesmodel
Therapeutische houding:	Niet wetend, altijd alert blijven wat te zien is, wat gebeurt; Waardevrij, oordeelvrij; Acceperend; Respecterend; Niet interpreteren; Heel directief; Duidelijk aanwezig zijn, duidelijke rol, expliciet in wat je wil, helder; Ruimte gevend.
Therapeutische technieken:	Uitleg geven over het materiaal; Drempelverlagend materiaal spannend/interessant maken; Aanvoelen, kijken wat er gebeurt, bij nieuwe ervaringen erbij blijven, vragen stellen; Samen met de cliënt op zoek gaan; Inhoudelijk en in het medium afstemmen; Vraagt cliënten om dingen op te schrijven, verdieping van datgene wat ze gedaan hebben; Beschrijven van de beleving creëert meer afstand, vervestigt de opgedane ervaring, verbinding scheppen tussen denken en voelen.
Gebruik van beeldend materiaal:	Werken vanuit het materiaal en de appelwaarde van het materiaal op de cliënt; Het gebruik van senopathisch materiaal heel nadrukkelijk; ruimtelijk materiaal: dingen die er al zijn, stoffen, plastic, veertjes; Klei→voelen;

	Gebruikt geen precieze materialen zoals potlood, pen, liniaal, inkt.
Werkvormen:	Vaste oefeningen aanbieden, binnen de oefening veel vrijheid in de uitwerking, maar wel als houvast en begrenzing Voorbeeld activiteit met klei bij verslavingzorg: Twee fantasiedieren maken, 1 jezelf als persoon de andere het middel/de zucht, deze in relatie met elkaar zetten Voorbeeld groepsopdracht deel 1: met de groep vrij op een vel met vingerverf schilderen (zonder bewustzijn hoeveel ruimte iedereen inneemt) Voorbeeld groepsactiviteit deel 2 (na de nabespreking van deel 1): met de groep vrij op een vel met vingerverf schilderen (Met het besef van wat iemand doet, hoe veel ruimte iedereen inneemt op het vel) Voorbeeld activiteit: een gevoelsportret maken van jezelf, door omtrekringlijnen van jezelf tekenen en daarin de eigen gevoelens uitwerken.
Wensen:	Meer verbinding en meer samenwerking tussen vaktherapeut, meer overzicht over wie met de methode MBT werkt →krachten bundelen
Persoonlijk citaat:	'In ieder mens zit de mogelijkheid tot creëren, tot zichzelf leren kennen, de ander leren kennen.' 'Een ieder heeft in potentie de mogelijkheid om beeldend uitdrukking te geven aan wat hij/zij ervaart is ook alleen tenzij er een duidelijke contra indicatie bestaat om met beeldende middelen te werken'.

Beeldend Vaktherapeute: Karin van der Vegt	
Instelling:	GGZ Breburg
Werkervaring:	Ca. 10 jaar
Doelgroep:	Eetstoornissen: voornamelijk anorexia nervosa, (boulimia nervosa) Jonge volwassenen. Volwassenen. Groepstherapie: 8 cliënten
Behandelkader:	Ambulante behandeling op indicatie. Klinische opname en deeltijdbehandeling. 1× in de week beeldende therapie.
Gebruikte methoden:	ETC (Expressief Therapies Continuüm) Analoge procesmodel BeeldWaarNeming van Ella Molenaar Coppens.
Therapeutische houding:	Not-knowing, vragend; Spiegelend; Spaaning verhogend (directief); Geeft veel ruimte, naarmate men langer in therapie is, autonomie ontwikkeling stimuleren;

	reflectieve instelling van de therapeut.
Therapeutische technieken:	Contact maken in de relatie; Door MBT meer gaan vragen, contact maken, basaal mentaliseren over gemoedstoestand; Therapeut spiegelt door handeling te benoemen, vormgevingsaspecten spreekt cliënt direct aan op handelingspatronen; Interventie bij equivalent mode: Beeldwaarneming; Interventie bij pretend mode: Vanuit de handeling weer contact met het gevoel, Beeldwaarneming; Wat voel je bij wat je nu ziet? Ingaan op wat werkelijk is. Mentaliseren in het proces: Wat voel je? Wat denk je? → Contact houden.
Gebruik beeldend materiaal:	Verschillend materiaal aanbod gekoppeld aan doelen van de cliënt; sensopatische materialen: Gips voor het maken van een torso
Werkvormen:	Verschillend werkvormen gekoppeld aan doelen van de cliënt; Lichaamstekeningen van de eigen lichaam; Gipstorso van het eigen lichaam (aan het einde van de therapie)
Wensen:	Onderzoeken: Hoe verhoudt mentaliseren in de overdracht zich tot beeldende therapie?
Persoonlijk citaat:	'Mentaliseren hoeft niet zo gestructureerd, want het gebeurt toch wel. Dus je reageert meer op wat er zich aandient, in plaats van dat ik steeds vragen ga stellen.'

Beeldend Vaktherapeute: Katrijn Aerts	
Instelling:	Expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek 'De Viersprong'
Werkervaring:	10 jaren
Doelgroep:	low- level persoonlijkheidsproblematiek, met name borderline persoonlijkheidsstoornissen Groepstherapie: 9 cliënten
Behandelkader:	Deeltijdbehandeling van 5 dagen per week Maximaal 18 maanden, 2x per week beeldende therapie Opbouw sessie: 15 (-30) minuten voorbespreking (30-) 45 minuten werktijd, 30 minuten nabespreking.
Gebruikte methoden:	Interventies gericht op de modi van niet-mentaliseren; Focus is vooral op expliciet mentaliseren.
Therapeutische houding:	Transparant houding, echtheid; Eerlijk en direct.

Therapeutische technieken:	Direct inspelen op de modi van niet-mentaliseren; Letten op 'wissels' in modi, de cliënt opvolgen en inspelen op verschillende vormen van equivalentie/pretend; Gemarkeerd spiegelen; Mentaliseren over de ander (zie werkvormen) is belangrijk.
Gebruik beeldend materiaal:	Geen beperkingen in beeldend materiaal.
Werkvormen:	Bij pretend, concretiseren en meer affectieve focus. Spanning verhogen bvb door onverwachte wendingen; Om equivalenties te doorbereken (na voldoende contact over de beleving van de cliënt op dat moment) net uitzoemen om nuanceren en alternatieven te bekomen, door bvb eerder werk erbij te halen, een ander facet van een situatie uit te werken; Mentaliserende uitwerkingen van interacties tussen cliënt en ander. Stap 1: Wat voel ik? Wat zie ik bij de ander? Stap 2: Hoe kom ik over? Vanuit welke interne belevingen doet de ander wat hij doet?
Wensen:	Meer mensen effectief kunnen helpen die nu nog onvoldoende geholpen kunnen worden.
Persoonlijk citaat:	'Geen enkele wetmatigheid is mentaliserend bevorderend'. 'Het indirecte karakter van beeldende therapie blijft uniek. Het mentaliseren gaat via het medium en dit biedt een 'buffer' voor cliënten die hun buffer snel kwijtspelen. Je kunt kijken naar iets op papier, en het is maar een weergave, het is niet hun innerlijke realiteit'.

Bijlage 5: Email aan de respondenten

Beste,

Wij zijn Franzi Muller en Rachana Termorshuizen, twee 4e jaars studenten beeldende therapie aan Hogeschool Zuyd in Heerlen. In februari 2013 beginnen wij met ons afstudeeronderzoek. Hiervoor zijn wij op zoek naar interview-respondenten.

Via de website van de NVBT hebben wij vernomen dat u met de methode Mentalisation Based Treatment (MBT) werkt/heeft gewerkt. Dit sluit aan bij ons onderzoeksgebied. Het zou heel fijn zijn als u tijd wil nemen deze email door te nemen.

Het onderzoeksthema

In onze stages als beginnend beeldend therapeut hebben wij beiden kennis gemaakt met de methode MBT. Door een literatuurstudie hebben wij ons verdiept in de relatie tussen MBT en beeldende therapie. Dit blijkt een dynamisch en actueel onderzoeksgebied te zijn. Veel instellingen en beeldend therapeuten zijn al werkzaam met MBT, of werken op dit moment aan omscholing. Het in kaart brengen van de actuele ontwikkelingen die spelen in de beeldend therapeutische beroepspraktijk is ons doel. Hiertoe stellen wij ons de volgende vragen:

- Op welke manier werken beeldend therapeuten met MBT?
- Hoe zetten beeldend therapeuten MBT methodisch in? Welke rol speelt het medium?
- Bestaat er verschil in visies?
- Wat is de persoonlijke ervaring van beeldend therapeuten over het werken met MBT?

Van hieruit hebben wij de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische praktijk?

Onze vraag aan u

Wij willen u vragen te participeren aan ons onderzoek om uw visie op de bovenstaande vraag met ons te delen. Uw ervaring met deze methode zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de inventarisatie van de ontwikkelingen in het vakgebied.

Praktische informatie

Het zal gaan om één interview van naar schatting 1 tot 1,5 uur. Wij zullen hiervoor naar uw werkplek afreizen.

Fijn dat u de tijd genomen heeft deze email door te lezen. Wij horen graag of u interesse heeft om aan ons onderzoek deel te nemen. Indien u nog verdere vragen heeft, email ons dan gerust.

Met vriendelijke groet,

Franzi Müller
Rachana Termorshuizen

Bijlage 6: topiclijst

Hoofdvraag

Wat zijn de actuele ontwikkelingen op het gebied Mentalisation Based Treatment in de beeldend therapeutische praktijk?

Start van het interview

- Achtergrond: Jezelf en de onderzoeksvraag presenteren
 Aangeven waarom je voor deze respondent hebt gekozen
 Hoe is het opnemen van contact verlopen?
 Aangeven wat je met de resultaten gaat doen
- Kosten: Opnemen van het interview
 Tijd (1-1,5u)
 Anonimiteit (ook van de instelling?)
 Toegang tot geluidsbanden
- Inhoud: Globale inhoudsopgave benoemen
 Gebruik van een open interview, waarin het gaat om uw ervaring.
 Gebruik van open vragen.

Hoofdfase

Opname apparaatje kan altijd stil gezet worden als hier behoefte is aan pauze.

Algemeen	
Hoe ben je in contact gekomen met MBT? Met welke doelgroep werk je? Welke scholing in MBT heb je gevolgd? Welke rol speelt MBT binnen de instelling? Welke rol speelt het beeldend medium binnen de MBT behandeling? (aantal sessies per week).	
Mentaliseren (als blijkt dat de begripsdefiniëring niet overeenkomt)	
Wat is mentaliseren?	
MBT in beeldende therapie	
Medium	Welke werkvormen worden gebruikt (activiteiten of opdrachten)? - Vragen om voorbeelden - Individueel of in de groep - Kiest een cliënt zelf of vaste opdrachten? - Veranderd dit door de behandeling heen? Welke materialen worden gebruikt? - Wat kiest de cliënt? - Wat valt op in de keuze van materialen? - Welke eigenschappen(hard - zacht, stoffig, brokkelig) hebben deze materialen? Welke mediumtechnieken (een materiaal kan met verschillende technieken bewerkt worden. verf kun je met rollers, kwasten, paletmes, etc. bewerken) worden gebruikt?
Therapeut	Hoe is de indeling van de sessie? Welke interventietechnieken (ingrijpende handeling van de therapeut in het proces van de cliënt) gebruikt u? - Verbale interventies - Non-verbale interventies - Mediuminterventies

	➔ (therapeutische technieken) Welke houding neemt de therapeut aan? - Ondersteunend? - Supportief - Re-educatief (Confronterend) - Ortho-pedagogisch Nabespreking - Inhoud - Wat is de meerwaarde?	
Cliënt	Wat laat de cliënt zien in zijn mediumhandeling (wat laat de cliënt letterlijk zien in het beeldend werken)? Wordt het mentaliserend vermogen zichtbaar in het beeldend werk? Groeit dit vermogen tot mentaliseren in het proces van de beeldende therapie? Hoe zie je de meerwaarde van MBT voor deze doelgroep? Hoe zie je de meerwaarde van beeldende therapie voor deze doelgroep?	
Overige vragen		
	Hoe zie je de meerwaarde van MBT in beeldende therapie? Zijn er beperkingen in de toepassing van MBT binnen beeldend therapie voor deze doelgroep? Mis je nog vragen die wij niet gesteld hebben? Heeft u wensen? (bijvoorbeeld verdere ontwikkeling van methoden, sessie beschrijvingen, uitwisseling met collega's).	

Afsluiting

Mondelinge terugblik: samenvatting en conclusie

Zijn alle vragen beantwoord?

Heeft de respondent nog vragen

Bedanken voor de tijd

Hoe informeren wij u over de resultaten? Afspraak maken voor peer-review

Begin mei een belafsprak plannen om feedback te vragen.

Uitgetypte versie sturen wij op, en later in het proces ook de uitgewerkte versie.

Bijlage 7: Voorbeeld schema van het open coderen

Categorie: WENSEN			
Subcode	Tekstfragment	Respondent	Pagina nummer
Een landelijke groep. Allemaal heel goed op papier zetten wat er gebeurt en waarom. MBKT gekoppeld aan beeldende therapie. → expliciteren wat je doet.	Nauw wat ik mis maar daar ben ik zelf al mee bezig, een groep een landelijke groep, om met allemaal heel goed op papier te zetten van wat er gebeurt en waarom, waarvoor, waardoor, wat het gevolg is en aan literatuur te koppelen. Dus daar zijn we nu zelf mee bezig. Dus eigenlijk gewoon het nog beter te funderen. Ja, en expliciteren wat je doet. Ja, MBKT gekoppeld aan beeldende therapie. Ja. Nauw daar is dat van Corine Smelt wel een heel mooi begin .	Anoniem	11
Databank. Verder onderzoek.	Ja...ja en dat wat je doet dus ook ergens komt te staan. Dat het in een databank komt, dat er echt wat mee gedaan wordt. En dat er ook onderzoek naar gedaan wordt. Dat is dan de volgende stap.	Anoniem	11
Het beschrijven van een model	Ja, maar dan moet er dus wel een keer een model worden beschreven. En dat is waar wij nu willen, waar wij nu mee bezig zijn	Anoniem	11
Lijstje maken wie met wat werkt	Als jullie dan een lijstje maken wie met wat werk is ook wel handig.	Anoniem	12

Bijlage 8: PICO vragen en Zoekstrategie databanken voor de literatuurstudie

P = patiëntenpopulatie / aandoening:	Borderline Personality Disorder
I = interventie / diagnostiek / behandeling:	Art Therapy/Creatieve Therapie Beeldend
C = te vergelijken interventie:	MBT/ Mentalization Based Treatment
O = uitkomst / welke effecten wil je weten?:	mentaliserend vermogen; effect
P = patiëntenpopulatie / aandoening:	Trauma
I = interventie / diagnostiek / behandeling:	Art Therapy/Creatieve Therapie Beeldend
C = te vergelijken interventie:	MBT/ Mentalization Based Treatment
O = uitkomst / welke effecten wil je weten?:	mentaliserend vermogen; effect
P = patiëntenpopulatie / aandoening:	Verslaving/Addiction
I = interventie / diagnostiek / behandeling:	Art Therapy/Creatieve Therapie Beeldend
C = te vergelijken interventie:	MBT/ Mentalization Based Treatment
O = uitkomst / welke effecten wil je weten?:	mentaliserend vermogen; effect
P = patiëntenpopulatie / aandoening:	Eetstoornis/ Eating Disorder
I = interventie / diagnostiek / behandeling:	Art Therapy/Creatieve Therapie Beeldend
C = te vergelijken interventie:	MBT/ Mentalization Based Treatment
O = uitkomst / welke effecten wil je weten?:	mentaliserend vermogen; effect
P = patiëntenpopulatie / aandoening:	Kinderen/ Children
I = interventie / diagnostiek / behandeling:	Art Therapy/Creatieve Therapie Beeldend
C = te vergelijken interventie:	MBKT/ Mentalization Based Kinderen Therapie
O = uitkomst / welke effecten wil je weten?:	mentaliserend vermogen; effect

1. Databank: Pub Med

Zoektermen:

Borderline Personality Disorder

AND

Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

➔ Een resultaat:

- Bohus, M. & Kröger, C. (2001). Psychopathology and psychotherapy of borderline personality disorder: state of the art. Tijdschrift Nervenarzt, 82, 16- 24.
(niet medium relevant)

Zoektermen:

Art Therapy/Beeldende Therapie

AND

Mentalization Based Treatment/Mentalisation Based Treatment

AND

BPD/BPS

➔ Geen resultaten

Zoektermen:

Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

➔ Twee resultaten:

- Bohus, M. & Kröger, C. (2001). Psychopathology and psychotherapy of borderline personality disorder: state of the art. Tijdschrift Nervenarzt, 82, 16- 24. (niet medium relevant)
- Beutel, M., Michal, M. & Subic- Wrana, C. (2008) Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry, 36, 125-42. (niet medium relevant)

Zoektermen:

Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

AND

Children; Eating Disorder; Addiction; Trauma

➔ Met Trauma een resultaat:

- Beutel, M., Michal, M. & Subic- Wrana, C. (2008) Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry, 36, 125-42. (niet medium relevant)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#23	Add	Search (#15) AND Trauma	<u>1</u>	16:04:54
#22	Add	Search (#15) AND Addiction Schema: all	<u>0</u>	16:04:39
#21	Add	Search (#15) AND Addiction	<u>0</u>	16:04:39
#20	Add	Search (#15) AND Eating Disorder Schema: all	<u>0</u>	16:04:18
#19	Add	Search (#15) AND Eating Disorder	<u>0</u>	16:04:18
#18	Add	Search children[Author] OR "Children"[Journal]	<u>191</u>	16:02:54
#17	Add	Search (#15) AND children	<u>0</u>	16:02:52
#15	Add	Search (Art Therapy) AND Mentalization Based Treatment	<u>2</u>	15:56:09
#13	Add	Search ((Beeldende Therapie) AND Mentalisation Based Treatment) AND BPS	<u>0</u>	15:54:35
#14	Add	Search ((Beeldende Therapie) AND Mentalisation Based Treatment) AND BPS Schema: all	<u>0</u>	15:54:35
#11	Add	Search ((Art Therapy) AND Mentalisation Based Treatment) AND BPS Schema: all	<u>0</u>	15:53:50
#10	Add	Search ((Art Therapy) AND Mentalisation Based Treatment) AND BPS	<u>0</u>	15:53:49
#7	Add	Search ((Art Therapy) AND Mentalization Based Treatment) AND BPD Schema: all	<u>0</u>	15:53:13
#6	Add	Search ((Art Therapy) AND Mentalization Based Treatment) AND BPD	<u>0</u>	15:53:13
#4	Add	Search ((Art Therapy) AND Mentalization Based Treatment) AND BPS Schema: all	<u>0</u>	15:51:19
#3	Add	Search ((Art Therapy) AND Mentalization Based Treatment) AND BPS	<u>0</u>	15:51:19

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#2	Add	Related Citations for PubMed (Select 21221524)	<u>145</u>	15:45:23
#1	Add	Search ((Borderline Personality Disorder) AND Art Therapy) AND Mentalization Based Treatment	<u>1</u>	15:41:12

2. Databank: HBO Kennisbank

Zoektermen:

- Mentalisation Based Treatment
➔ Geen resultaten
- Mentaliseren
➔ 5 resultaten (een over mentaliseren binnen de psychomotorische therapie)
- MBT
➔ 15 resultaten (een over MBT en dramatherapie)
- Eetstoornis
➔ 10 resultaten (geen over MBT)
- Verslaving
➔ 54 resultaten (geen over MBT)
- Borderline
➔ 21 resultaten (een over MBT en dramatherapie)

3. Databank: Google Scholar

Zoektermen:

- Art Therapy "Mentalization Based Treatment"
➔ 406 resultaten (bijna geen aan beeldende therapie gerelateerd + een artikel die wij al hebben)
- Malitzky, M. (2010) Dissolution of "The Committee": Mentalization and Psychic Transformation in the Case of Olav. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6, 118- 125.
(medium relevant)
- Niet alle 40 paginas doorzocht, eerste 20 p.)

Zoektermen:

- Kunsttherapie "Mentalization Based Treatment"
➔ 11 Resultaten
- Schultz- Venrath, U. (2008) Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (Mentalization-Based Treatment-MBT)-eine neue niederfrequente Psychotherapie für Borderline- Persönlichkeitsstörung.
(niet medium relevant)

4. Databank: EBSCOhost

Zoektermen:

Borderline Personality Disorder

AND

Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

(All text All)

➔ Een resultaat:

- Treatment of self-harm in a learning-disabled woman using a combination of psychoanalytic and mentalization-based psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2011 Sep; 25 (3): 277-91. (niet medium relevant)

Zoektermen:

Borderline Personality Disorder (All Text All)

AND

Art Therapy (Title)

AND

Mentalization Based Treatment (All text All)

➔ Geen resultaten

Zoektermen:

Art Therapy/Beeldende Therapie

AND

Mentalization Based Treatment/Mentalisation Based Treatment

AND

BPD/BPS

(All Text All)

➔ Geen resultaten

Zoektermen:

Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

(All Text All)

➔ 2 resultaten:

- Treatment of self-harm in a learning-disabled woman using a combination of psychoanalytic and mentalization-based psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2011 Sep; 25 (3): 277-91. (niet medium relevant)
- Music and psychosis: a research report detailing the transition from sensorial play to musical form by psychotic patients. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2008; 17 (2): 89-104. (niet medium relevant)

Zoektermen:

Visual Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

(All Text All)

➔ Geen resultaten

Zoektermen:

Art Therapy

AND

Mentalization Based Treatment

AND

Children; Eating Disorder; Addiction; Trauma

➔ Children en Trauma: Een resultaat

- Treatment of self-harm in a learning-disabled woman using a combination of psychoanalytic and mentalization-based psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2011 Sep; 25 (3): 277-91

- (niet medium relevant)

➔ Eating Disorder, Addiction: geen resultaten

	<u>Search ID#</u>	Search Terms	Search Options	Actions
☐	S11	TX Art therapy AND TX Mentalization Based Treatment AND TX addiction	Search modes - Boolean/Phrase	(0)
☐	S10	TX Art therapy AND TX Mentalization Based Treatment AND TX eating disorder	Search modes - Boolean/Phrase	(0)
☐	S9	TX Art therapy AND TX Mentalization Based Treatment AND TX trauma	Search modes - Boolean/Phrase	(1)
☐	S8	TX Art therapy AND TX Mentalization Based Treatment AND TX trauma	Search modes - Boolean/Phrase	(1)
☐	S7	TX Art therapy AND TX Mentalization Based Treatment AND TX children	Search modes - Boolean/Phrase	(1)
☐	S6	TX visual art therapy AND TX Mentalization Based Treatment	Search modes - Boolean/Phrase	(0)
☐	S5	TX visual art therapy AND TX Mentalization Based Treatment	Search modes - Boolean/Phrase	(0)
☐	S4	TX art therapy AND TX Mentalization Based Treatment	Search modes - Boolean/Phrase	(2)
☐	S3	TX borderline persoonlijkheidsstoornis AND TX beeldende therapie AND TX Mentalisation Based Treatment	Search modes - Boolean/Phrase	(0)
☐	S2	TX borderline personality disorder AND TX art therapy AND TX Mentalization Based Treatment	Search modes - Boolean/Phrase	(0)
☐	S1	TX borderline personality disorder AND TX art therapy AND TX Mentalization Based Treatment	Search modes - Boolean/Phrase	(1)