

De beweging naar jezelf

Hoe dans- en bewegingstherapie de ontwikkeling van het zelf bevordert bij vrouwen met Anorexia Nervosa



Chiara van Sonsbeek, Juni 2015

Studentnummer: 1064576, begeleidster: Nanon Janssen

Dans- en bewegings therapie, Faculteit Gezondheid en Zorg, Zuyd Hogeschool Heerlen

Mogen bestaan
Stáán op je plek
Houden van jezelf
Van je laten houden
Ontdekken wie je bent
Zijn wie je al was
Loslaten van het verleden
Stilstaan bij het nu
Veranderen wat niet te accepteren is
Accepteren wat niet te veranderen is

Carmen Netten

Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Uiteenzetting resultaten bronnenonderzoek	7
1.3 Zoekstrategie.....	9
1.4 Relevantie voor aanvullend onderzoek	9
1.4.1 Mijn methodisch handelen	9
1.4.2 Voor de cliënten en de beroepspraktijk	9
1.5 Definitie van de belangrijkste begrippen	10
1.6 Vraagstelling.....	10
1.7 Doelstelling.....	11
1.7.1 Mijn methodisch handelen	11
1.7.2 Met betrekking tot de beroepspraktijk.....	11
Hoofdstuk 2: Onderzoeksontwerp	12
2.1 Onderzoekstype	12
2.2 Onderzoeksmethode	12
2.3 Data verzameling	12
2.3.1 De interviews	13
2.3.2 Onderzoekspopulatie	14
2.4 Datapreparatie.....	16
2.5 Data-analyse	16
2.6 Kwaliteitscriteria van Trustworthiness	17
2.6.1 Credibility	17
2.6.2 Dependability	18
2.6.3 Transferability	18
2.6.4 Confirmability	18
2.6.5 Authenticity	18
Hoofdstuk 3: Resultaten	19
3.1 Medium.....	20
3.1.1 Thema's	20
3.1.2 Methodes	21
3.1.3 Werkvormen.....	22
3.2 Therapeut.....	24
3.2.1 Therapeutische houdingen	24
3.2.2 Interventies en therapeutische technieken	24
3.2.3 Therapeutische relatie	26
3.3 Cliënt	27
3.3.1 Eigenschappen	27
3.3.2 Emoties en gevoelens	28

3.3.3 Relatie met de eetstoornis	28
3.4 Zelfontwikkeling.....	28
3.4.1 Zelfvertrouwen	29
3.4.2 Zelfacceptatie.....	29
3.4.3 Zelfwaardering	29
3.4.4 Autonomie.....	30
3.4.5 Eigen identiteit	30
3.4.6 Zelfbeeld en zelfbeleving	31
3.5 Wat is nodig om zelfontwikkeling mogelijk te maken?	32
3.5.1 Zelfinzicht en bewustwording.....	32
3.5.2 Voelen – Denken	32
3.5.3 Randvoorwaarden	32
3.5.4 Wat respondenten benadrukken.....	32
3.6 Hoe beklijft de zelfontwikkeling?	33
3.6.1 Dagelijks leven.....	33
3.6.2 Diepte in gaan.....	33
3.6.3 Lichaam-geest	33
Hoofdstuk 4: Discussie	34
4.1 Sterktes en zwaktes van het onderzoek	34
4.1.1 Sterktes.....	34
4.1.2 Zwaktes.....	34
4.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten	34
4.2.1 Zelfontwikkeling	35
4.2.2 Wat is nodig om zelfontwikkeling te bevorderen en te laten beklijven?	37
4.2.3 Cliënt.....	38
4.2.4 Therapeutische relatie	38
4.2.5 Therapeut.....	39
4.2.6 Medium	40
4.3 Aanbevelingen.....	42
4.3.1 Voor de praktijk en de beroepsontwikkeling	42
4.3.2 Voor vervolgonderzoek.....	43
4.4 Eigen methodisch handelen.....	43
4.4.1 Oud werkmodel.....	43
4.4.2 Nieuw werkmodel.....	44
4.5 Beantwoording deelvragen en vraagstelling	45
Hoofdstuk 5: Samenvatting	47
Literatuuropgave.....	48
Bijlagen	50
Bijlage A: PICO-vragen en zoekgeschiedenis	50
Bijlage B: Introductiebrief	52
Bijlage C: Lijst van codes	53

Voorwoord

Tijdens mijn stage heb ik therapie mogen geven aan cliënten met anorexia nervosa. In deze tien maanden kwam ik erachter hoe hardnekkig deze stoornis is en hoe moeilijk cliënten het hebben om er bovenop te komen.

Het beeld van hoe bewegingstherapeutisch gewerkt kan worden met deze doelgroep was na deze tien maanden nog niet volledig voor mij. Voor mijn gevoel miste ik nog stukken aan kennis om specifiek bij deze doelgroep goed aan te kunnen sluiten. Bij het kiezen van het thema waar ik me op wilde richten ben ik terug gaan kijken naar mijn stage-ervaringen. Waarbij ik herinnerd werd aan cliënte Noa. Zij liet mij tijdens een sessie zien dat haar gevoel van eigenwaarde zo laag was dat ze van zichzelf niet meer mocht bestaan in de ruimte. Ik herinnerde me hoe moeilijk ik het vond om te zien dat Noa er van zichzelf helemaal niet mocht zijn. Mijn interesse werd gewekt.

Het uitvoeren en beschrijven van mijn onderzoek heeft ervoor gezorgd dat ik deze gemiste stukken aan kennis kon opvullen. Door het doen van een literatuuronderzoek en het afnemen van interviews werd het beeld steeds vollediger.

Gedurende de hele opleiding en tijdens het afstudeerproject zijn er een aantal mensen erg belangrijk voor me geweest. Ik neem hier de ruimte om hen te bedanken.

Nanon Janssen, mijn scriptiebegeleidster, je motiveerde me om door te gaan en liet me in mezelf geloven.

Alle respondenten, Ragna Wetzels, Yvonne de Hoog, Andrea Hagedoorn, Karin van de Kimmenade, Yvette Groot en Jeannette Maarse. Ontzettend bedankt voor de tijd die jullie namen om jullie kennis en ervaring met mij te delen! Zonder jullie was mijn beeld niet volledige geworden.

Mijn docenten Ina van Keulen, Simone Kleinlooh en Jenneke van Geest, bedankt voor alle interessante en fijne lessen. Jullie hebben me enorm veel geleerd!

Mijn klasgenootjes Ragna, Lieke, Simone, Emma, Linda, en Kristien. Bedankt voor alle steun, plezier en dansjes die we de afgelopen jaren hebben gedaan.

Verena en Leonie, bedankt voor jullie steun, hulp en inzichten die jullie me gaven. Jullie stonden voor me klaar op de momenten dat ik het nodig had!

Mijn ouders, broer en zus, dankjewel dat jullie er voor me zijn.

Annika, mijn bestie. Dankjewel voor al onze eindeloze praatjes en gelach.

Mijn lieve vriend Gerard, ontzettend bedankt voor al je liefdevolle steun en begrip. Zonder jou had ik deze opleiding niet kunnen afronden.

Chiara van Sonsbeek, juni 2015

Inleiding

Deze scriptie is het eindresultaat van een inventariserend onderzoek waarbij zes bewegingstherapeuten zijn geïnterviewd. Bovendien is deze scriptie het eindresultaat van mijn afstudeerproject waarmee ik de opleiding dans- en bewegingstherapie afrond.

Om een overzicht te geven van de indeling van deze scriptie beschrijf ik hieronder kort welke hoofdstukken aan bod komen en welke inhoud de hoofdstukken hebben.

In hoofdstuk 1 komen de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling aan de orde. Hierbij hoort de aanleiding van dit onderzoek, een uiteenzetting van de resultaten uit het bronnenonderzoek, de relevantie voor aanvullend onderzoek en de definitie van de belangrijkste begrippen. Uit deze probleemstelling worden de vraagstelling en de doelstelling opgesteld.

In hoofdstuk 2 bespreek ik het onderzoeksontwerp. Hier gaat het er over hoe ik het onderzoek heb vorm gegeven. Het type en de methode van het onderzoek, de dataverzameling en datapreparatie en de data-analyse komen hier aan bod. Dit hoofdstuk sluit ik af met een beschrijving van de kwaliteitscriteria van Trustworthiness en hoe dit onderzoek aan die criteria voldoet.

In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de resultaten die verkregen zijn uit de zes interviews. Deze worden beschreven aan de hand van de hoofdcategorieën: medium, therapeut, cliënte, zelfontwikkeling, wat er nodig is om zelfontwikkeling mogelijk te maken en hoe de zelfontwikkeling beklijft.

In hoofdstuk 4 bespreek ik de discussie van dit onderzoek. Paragrafen van deze discussie zijn de sterkte-zwakteanalyse van dit onderzoek, het verklaren en interpreteren van de resultaten, de aanbevelingen voor de praktijk, vervolgonderzoek en beroepsontwikkeling en hoe ik de resultaten integreer in mijn eigen methodisch handelen. Als laatste geef ik de beantwoording op de vraagstelling.

In hoofdstuk 5 wordt een korte samenvatting gegeven waarin de belangrijkste punten uit dit onderzoek beknopt worden beschreven.

Wanneer ik in deze scriptie cliënten noem zijn dit cliënten met anorexia nervosa. Waar cliënte staat beschreven kan ook patiënte worden gelezen. Deze vorm is vrouwelijk omdat het onderzoek gaat over de behandeling bij vrouwen met Anorexia Nervosa. Waar therapeut staat kan ook therapeute gelezen worden. De naam van de cliënte in de casus is gefingeerd om haar anonimiteit te waarborgen.

De transcripties van de interviews kunnen opgevraagd worden via chiara.vs90@gmail.com.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling

In dit hoofdstuk beschrijf ik de aanleiding van dit onderzoek in paragraaf 1.1. In paragraaf 1.2 zet ik de resultaten van het bronnenonderzoek uiteen. In paragraaf 1.3 weergeef ik de gebruikte zoekstrategie en in paragraaf 1.4 benoem ik de relevantie voor mijn eigen methodische handelen en voor de beroepspraktijk. In paragraaf 1.5 definieer ik de belangrijkste begrippen waarna ik in paragraaf 1.6 de vraagstelling van dit onderzoek weergeef en in paragraaf 1.7 de doelstelling met betrekking tot mijn eigen methodisch handelen en de beroepspraktijk.

1.1 Aanleiding

Stage ervaringen en mijn werkmodel: Tijdens mijn opleiding tot dans- en bewegingstherapeute heeft het thema ruimte en mezelf laten zien een belangrijke plaats in mijn persoonlijke en professionele proces ingenomen. Het woord 'ruimte' is breed en wordt op verschillende manieren gebruikt. In de dans- en bewegingstherapie spreken we over ruimte wanneer we het hebben over a) de fysieke ruimte oftewel ruimte om het lichaam heen en ruimte die het lichaam inneemt b) de mentale ruimte en c) de ruimte waarin iemand zich bevindt.

Alle drie deze manieren hebben veel invloed gehad op mijn (zelf)ontwikkeling. De ruimte in mijn lichaam is vergroot, de ruimte die ik inneem wanneer ik beweeg is vergroot, mijn kinesfeer is vergroot, ik neem meer mentale ruimte in en de ruimte die ik inneem ten opzichte van de ruimte waarin ik me bevindt is vergroot en meer in harmonie. Door deze ontwikkelingen vond ik het minder eng om mezelf te laten zien aan anderen. Waarbij ik opmerk dat naarmate ik meer ruimte in beweging in nam het gevoel van veiligheid groeide om mijzelf als persoon aan anderen te laten zien. Het heeft mij dus veel goeds gebracht in de eerste twee jaar van mijn opleiding waardoor het thema ruimte een belangrijke plaats in mijn werkmodel had gekregen.

Tijdens mijn stage op de afdeling eetstoornissen van GGZ Breburg in Tilburg heb ik gewerkt met individuele cliënten en met een groep cliënten met anorexia nervosa als hoofddiagnose (verder afgekort als anorexia). In mijn werkmodel heb ik het thema ruimte gebruikt bij het geven van de therapie. Tijdens een specifieke werkvorm viel me iets op wat me intrigeerde. Dit fenomeen zal ik hieronder weergeven aan de hand van de casus van Noa.

Casus: Noa

Noa legt een aantal touwen neer die als grens van haar persoonlijke ruimte dienen. Ze begint met een touw op ongeveer 3 meter afstand van haar hoek in de zaal. Waarna ze in de hoek gaat staan en kijkt naar haar grens. Wanneer ik haar vraag wat deze grens voor haar betekent geeft ze aan dat het eigenlijk een grens is waar niemand over heen mag komen. Ze vertelt me dat het niet de persoonlijke ruimte van haar lichaam is, maar een grens waar niemand dichterbij mag komen. Na mijn vraag waar de grens van haar persoonlijke ruimte is maakt ze zich zo klein mogelijk in de hoek en legt zo dicht mogelijk bij zichzelf het touw neer. Helemaal samen geklemd in de hoek vertelt ze dat deze persoonlijke ruimte eigenlijk nog kleiner zou moeten zijn. Dat haar lichaam vrijwel niet aanwezig mag zijn in de ruimte. Dat ze er van zichzelf niet mag zijn. Waarna de tranen over haar gezicht lopen.

Noa liet mij zien hoe extreem klein haar persoonlijke ruimte, haar kinesfeer was. Ze mocht van zichzelf vrijwel geen enkele ruimte innemen en maakte zichzelf en haar lichaam zo klein mogelijk. Mijn kennis en ervaring schoten voor mijn gevoel tekort en ik wilde haar helpen om er wel te mogen zijn van zichzelf. Ik begon me af te vragen welke interventies en werkvormen ik zou kunnen inzetten. Hoe kan ik haar via het medium in de ruimte laten zijn? Wat kan ik tegen haar zeggen of aan haar vragen? Wat zijn de achterliggende gedachten en gevoelens waardoor ze geen ruimte inneemt en er niet mag zijn? Hoe kan ik haar helpen om er weer te mogen zijn? Hoe kan ik haar helpen om zichzelf weer te waarderen?

Na deze ervaring ben ik in hogere mate het ruimtegebruik en de achterliggende gevoelens van deze cliënten met anorexia gaan observeren. Ik bemerkte dat meer cliënten met anorexia dit ruimtegebruik lieten zien, en deze gevoelens te hebben. Hierdoor werd ik steeds nieuwsgieriger naar dit fenomeen waarna bij mij steeds meer de behoefte ontstond om er meer over te weten te komen.

Noa liet mij hier in het medium zien dat ze er niet mag zijn van zichzelf. Maar werd het probleem alleen zichtbaar in de ruimte of is ruimte ook een mogelijkheid om tot verandering te komen? Hoe kan ik haar

via het medium helpen er weer te mogen zijn? En wat zijn de achterliggende gedachtes en gevoelens waardoor Noa er niet mocht zijn van zichzelf?

Behoeftte vanuit de praktijk: Over dit onderwerp ben ik in gesprek gegaan met een klasgenote die haar stage heeft gelopen bij een kliniek voor eetstoornissen in het Academisch Ziekenhuis Maastricht (nu het MUMC). Ik vroeg haar of zij het gevoel er niet te mogen zijn herkende bij haar cliënten. En naar haar observaties van ruimtegebruik bij deze cliënten. Ze beaamde mijn observaties van de kleine kinesfeer en het weinig gebruik maken van de ruimte. Daarnaast vertelde ze dat cliënten vaak een lage zelfwaardering hebben. Zij gaf aan behoefte te hebben aan kennis over het werken aan zelfwaardering bij deze doelgroep, en behoefte te hebben aan kennis over de het werken met ruimte bij deze doelgroep. Zij inspireerde mij verder tot de vragen:

Hoe ga je met dit thema aan de slag als dans- en bewegingstherapeute? Welke interventies geven dans- en bewegingstherapeuten en welke effecten zien zij daarvan? Hebben dans- en bewegingstherapeuten de ervaring dat de zelfwaardering een belangrijk thema is bij deze doelgroep en hoe werken zij met dit thema? Hebben dans- en bewegingstherapeuten de ervaring dat ruimte een belangrijk thema is bij deze doelgroep? Welke andere methodes of werkvormen gebruiken dans- en bewegingstherapeuten om een cliënte te laten ervaren dat ze er mag zijn zoals ze is in de ruimte?

1.2 Uiteenzetting resultaten bronnenonderzoek

Doelgroep van dit onderzoek: In de aanleiding heb ik het over cliënten met anorexia waarmee ik werkte tijdens mijn stage bij GGz Breburg. Deze doelgroep heeft mij zo gefascineerd dat het ook de doelgroep van mijn onderzoek is geworden. Verder gespecificeerd is de doelgroep van dit onderzoek vrouwen vanaf 16 jaar met als (hoofd-) diagnose anorexia, en in Nederland in behandeling zijn bij dans- en bewegingstherapie of psychomotore therapie.

De kenmerken van anorexia nervosa

Anorexia nervosa is een type eetstoornis die het meest voorkomt bij meisjes en jonge vrouwen (Van 't Land, Schoemaker & De Ruiter, 2008).

Noordenbos (2007, p.23) beschrijft onderstaande vier punten als de belangrijkste kenmerken van deze stoornis

- Een grote vrees om in gewicht toe te nemen
- Een negatieve lichaamsbeleving
- Ernstige daling in het gewicht
- Het drie maanden uitblijven van de menstruatie

Anorexia en zelfwaardering en zelfontwikkeling: Volgens Noordenbos (2007) ontwikkelen sommige cliënten met een eetstoornis een pseudo-identiteit die samenhangt met hun eetgedrag en gewicht. Deze pseudo-identiteit ofwel de eetstoornis geeft hun een gevoel van controle en identiteit. Wanneer ze deze controle en het essentiële deel van de eetstoornis los laten hebben ze het gevoel niets of niemand meer te zijn door de gebrekkige ontwikkeling van hun zelf.

Cliënten met een eetstoornis hebben behoefte aan zelfvertrouwen, zelfrespect en eigenwaarde. Noordenbos (2007) beschrijft dat het cliënten zelfvertrouwen geeft en het gevoel van eigenwaarde sterk doet toenemen wanneer het (extreme) lijnen en afvallen lukt. De zelfwaardering wordt dan al snel afhankelijk van het gewicht. Het ontwikkelen van het zelf en de zelfwaardering los van het gewicht zien is dus een belangrijk aspect in de behandeling van anorexia. Noordenbos (2007) schrijft zelfs dat er expliciet gewerkt moet worden aan de identiteitsontwikkeling en zelfwaardering om duurzaam herstel mogelijk te maken.

Een cliënte beschrijft haar ervaring in Noordenbos (2007, p. 114-115):

“Ik kon de angst voor dik worden pas loslaten nadat ik veel meer zelfvertrouwen had gekregen en mijn zelfvertrouwen niet meer zo afhankelijk was van dat wijzertje op de weegschaal. (...) ten tweede wil ik gewaardeerd worden om wie ik ben en niet om mijn gewicht.”

Dit voorbeeld geeft het belang van zelfvertrouwen aan om de eetstoornis te kunnen los laten.

Het verstoorde eetgedrag kan een manier zijn om het gevoel van autonomie te ontwikkelen (www.sabn.nl). Dit belang van het ontwikkelen van het zelf en de autonomie wordt tevens beschreven door Noordenbos et al. (z.j.) in de Richtlijn voor behandeldoelen en herstelcriteria voor eetstoornissen.

Hierin wordt gesteld dat het ontwikkelen van zelfvertrouwen en eigenwaarde van fundamenteel belang is voor duurzaam herstel.

Als laatste noem ik het hoofddoel van mijn voorbeeldcasus Noa: leren tevreden te zijn met zichzelf en er mogen zijn zoals ze is. Hier uit maak ik op dat veel van deze belangrijkste doelen van cliënten verband houden met het ontwikkelen van het zelf. Cliënten met anorexia hebben het nodig om hun eigen identiteit en zelfwaardering te ontwikkelen zodat de eetstoornis los gelaten kan worden. De relevantie voor het ontwikkelen van zelfvertrouwen, eigenwaarde en een eigen identiteit wordt door Noordenbos sterk omschreven.

Dit leidt tot de vragen: 'waarop is de bewegingstherapeutische behandeling voor cliënten met anorexia nu op gericht?', 'heeft bewegingstherapie een meerwaarde in het werken met cliënten met anorexia en het verbeteren van zelfvertrouwen, eigenwaarde en identiteit?' en 'hoe werken bewegingstherapeuten in de praktijk aan het verbeteren van zelfvertrouwen, eigenwaarde en identiteit?'.

Anorexia en ruimte: In de literatuur komt meerdere malen de mentale, figuurlijke ruimte terug. Vieten (2011) beschrijft dat de cliënte veiligheid kan ervaren wanneer zij zelf de controle heeft en de ruimte krijgt om het voor haar bekende gedrag toe te kunnen passen. Menning (2012) beschrijft dat cliënten met een eetstoornis het vaak lastig vinden om zelf ruimte in te nemen. Ze passen zich sterk aan anderen aan wat hun gevoel van autonomie aantast en ze het gevoel hebben weinig controle over hun leven te hebben. Het bouwen en hebben van een eigen 'huisje' in de therapie ruimte geeft hun veiligheid en het gevoel dat het echt van henzelf is. Shipton (1999) stelt dat veel volwassen vrouwen in hoge mate bezig zijn met het volume of de ruimte die hun lichaam inneemt in de wereld. Dit fenomeen zag ik in een obsessieve mate terug bij mijn voorbeeldcasus van cliënte Noa. Zij liet haar lichaam zo weinig mogelijk ruimte innemen, en mocht er van zichzelf niet zijn.

Zerbin (2013) beschrijft het mediumgedrag binnen de categorie 'space' van vrouwen met anorexia. In het begin van haar onderzoek zag zij vooral een zichtbare verticale as, een kleine kinesfeer die vanuit de periferie werd benaderd en kleine bewegingen dicht bij het lichaam die plaats vonden in de middenlaag. Aan het einde van haar onderzoek deed zij observaties die aantonen dat het ruimte gebruik van haar cliënten was veranderd. Cliënten namen nu meer ruimte in, bewogen groter, hadden een grotere kinesfeer en konden deze vanuit de ruimte benaderen. Zerbin heeft in haar onderzoek de dansstijl funk ingezet om de lichaamsbeleving te verbeteren. Zerbin heeft dus een ander thema gebruikt dan ruimte om tot deze ontwikkeling te komen. Wat mijn eerder in de aanleiding omschreven vraag staat: 'Welke andere methodes of werkvormen gebruiken dans- en bewegingstherapeuten om een cliënte te laten ervaren dat ze er mag zijn zoals ze is in de ruimte?'.

Ruimte en zelfwaardering: Hagedoorn (2013) schrijft in haar scriptie de conclusie dat het werken met ruimte een positieve invloed heeft op de zelfwaardering bij jongeren met een identiteitsstoornis. Deze conclusie onderschrijft mijn vraag of en hoe het werken met ruimte effect kan hebben op de ontwikkeling van zelfvertrouwen, eigenwaarde en identiteit.

Behandeling van anorexia: In de Multidisciplinaire Richtlijnen voor eetstoornissen (2006) staat beschreven dat de behandeling die cliënten krijgen vooral gericht is op gewichtsherstel. In de richtlijnen worden wel aanbevelingen gedaan om cliënten een integrale behandeling te geven. Wat betekent dat de behandeling zich zou moeten richten op zowel het eetgedrag als lichaamsbeleving en andere algemene psychologische problemen. In de richtlijnen wordt ook gesteld dat om van herstel te kunnen spreken de lichaamsbeleving en zelfwaardering verbeterd moet worden.

Dans- en bewegingstherapie bij cliënten met anorexia: Dans- en bewegingstherapie is een therapievorm die dikwijls wordt ingezet in de behandeling van cliënten met anorexia. De focus ligt dan echter vaak op de lichaamsbeleving. In de Multidisciplinaire richtlijn voor eetstoornissen (2006) staat beschreven dat het verbeteren van de lichaamsbeleving het doel is waar dans- en bewegingstherapie en psychomotore therapie voor worden ingezet. Een tweede doel waar cliënten met anorexia aan werken binnen bewegingstherapie is het maken van contact met het eigen lichaam. Middels verschillende oefeningen helpt de dans- en bewegingstherapeut de cliënten om hun lichaam weer te voelen en er contact mee te maken.

Levy (2005) beschrijft dat, gebaseerd op de verbinding tussen lichaam en geest, dans- en bewegingstherapie voor cliënten met anorexia een krachtig middel is. Binnen deze therapie kunnen cliënten hun relatie met hun lichaam onderzoeken en hun leren ze hun lichaamssensaties te voelen en vertrouwen.

1.3 Zoekstrategie

Smeijsters (2008) noemt de PICO-vraag als hulpmiddel om tot een vraagstelling te komen. 'P' staat hierbij voor de kenmerken van de patiënt of het probleem, 'I' staat voor de interventie, 'C' staat voor de co-interventie en 'O' staat voor outcome.

Deze PICO-systematiek heb ik gebruikt bij het zoeken naar literatuur en het opstellen van een vraagstelling voor het literatuuronderzoek. De volledige PICO-vragen en zoekgeschiedenis zijn te vinden in bijlage A. Uit deze PICO-vragen heb ik de volgende Engelse trefwoorden geformuleerd: dance movement therapy, dance therapy, movement therapy, space, Laban, anorexia, eating disorder(s), kinesphere en autonomy, en de volgende Nederlandse trefwoorden: dans bewegingstherapie, danstherapie, bewegingstherapie, ruimte, Laban, anorexia, eetstoornis(sen), kinesfeer en autonomie. Met deze trefwoorden heb ik gezocht in verschillende databanken. In de databank Psychology and Behavioural Sciences Collection en SpringerLink leverde dit de meeste bruikbare artikelen op. Daarnaast heb ik gezocht in de databanken Science Direct, CINAHL, HBO-kennisbank, Pubmed, Cochrane en in het internationale tijdschrift Body Movement and dance in psychotherapy. In deze databanken heb ik gezocht om onderzoeken en artikelen te vinden die al geschreven zijn over mijn onderwerp.

Het zoeken in deze databanken had meerdere redenen: het vinden van al reeds geschreven onderzoeken en artikelen over mijn onderwerp en het vinden van zowel nationale als internationale literatuur. Daarnaast zijn artikelen vaak actueler dan boeken. Gevonden artikelen heb ik op hun kwaliteit en bruikbaarheid gecontroleerd. Daarnaast waren inclusiecriteria voor de artikelen: de Engelse of Nederlandse taal, zo recent mogelijk geschreven en dat het artikel gratis te verkrijgen was.

Naast deze databanken heb ik gebruik gemaakt van boeken die ik al in mijn bezit had en van verwijzingen van klasgenoten en docenten. Verder heb ik gezocht in de bibliotheek van Hogeschool Zuyd, de stadsbibliotheek van Maastricht en heb ik in de literatuurlijst van relevante artikelen en boeken andere bruikbare bronnen gevonden.

1.4 Relevantie voor aanvullend onderzoek

1.4.1 Mijn methodisch handelen

Zoals in de aanleiding beschreven kwam mijn werkmodel tekort om cliënte Noa goed te ondersteunen bij haar emotionele ervaring in de ruimte. De vaardigheid en kennis om met dit soort ervaringen van cliënten in de toekomst om te gaan wil ik graag bezitten.

Dit onderzoek is relevant om mijn methodisch handelen te verbreden en verdiepen door de kennis en ervaring van verschillende dans- en bewegingstherapeuten te integreren in mijn werkmodel. Door deze kennis en ervaring te integreren in mijn methodisch handelen kan ik wanneer ik in het werkveld terecht kom beter aansluiten bij de cliënten. Dit komt mijn toekomstige cliënten ten goede.

1.4.2 Voor de cliënten en de beroepspraktijk

In de literatuur heb ik gevonden dat de ontwikkeling van zelfvertrouwen, zelfwaardering en identiteit van essentieel belang is bij het herstel van anorexia. Daarnaast heb ik zelf ervaren tijdens de eerste twee jaar van mijn opleiding en tijdens mijn stage dat het thema ruimte in verband staat met de zelfwaardering. Als laatste heb ik zowel tijdens mijn stage als in de literatuur gevonden dat cliënten met anorexia weinig ruimte innemen in beweging en een kleine kinesfeer hebben. Verder dat cliënten met anorexia behoefte hebben om meer tevreden te zijn met zichzelf en dat het vormen van de eigen identiteit en zelfwaardering nodig is voor het herstel. Hoe binnen dans- en bewegingstherapie met deze punten en de eetstoornis anorexia wordt gewerkt ben ik echter nergens tegen gekomen, een reden van relevantie voor dit onderzoek.

De tweede reden is de actualiteit rondom het verbeteren van de behandeling van anorexia. In de Multidisciplinaire richtlijn voor eetstoornissen (2006) worden aanbevelingen gedaan om de psychosociale factoren meer aandacht te geven in de behandeling. Tevens bevelen zij aan om meer onderzoek te verrichten naar het verbeteren van de zelfwaardering.

Een derde reden voor relevantie is de bijdrage die dit onderzoek kan hebben bij het ontwikkelen van een beter passende behandeling bij cliënten met anorexia.

Daarom is het relevant om te onderzoeken hoe dans- en bewegingstherapeuten werken met het thema zelfvertrouwen, zelfwaardering en identiteit in combinatie met het thema ruimte bij vrouwen met anorexia. Wat direct de richting van dit onderzoek aangeeft en leidt tot de vraagstelling.

1.5 Definitie van de belangrijkste begrippen

In deze paragraaf geef ik de definitie van de belangrijkste begrippen uit de probleemstelling.

Dans- en bewegingstherapie "Binnen danstherapie staan het doen en ervaren centraal. (..) Diverse lichamelijke, emotionele, sociale, psychologische en psychiatrische klachten zijn altijd terug te zien in het lichaam en in de beweging. Daardoor zijn ook via het lichaam en de beweging veranderingen op gang te brengen.". De nadruk binnen deze therapievorm ligt op de verbinding tussen lichaam en geest (<http://www.nvdat.nl/>).

Mentale ruimte De figuurlijke ruimte die iemand met zijn gedrag of houding kan innemen. Een voorbeeld: de therapeut laat de cliënte de ruimte om zelf te kiezen met welk materiaal ze wil werken. In deze probleemstelling komt dit terug als een belangrijk punt om cliënten eigen ruimte te geven om eigen keuzes te maken wat de autonomie bevordert.

Persoonlijke ruimte en kinesfeer De persoonlijke ruimte om ons heen zo ver als we kunnen reiken in iedere richting. Buiten onze kinesfeer is de algemene ruimte en als we bewegen beweegt onze kinesfeer met ons mee (Newlove en Dalby, 2004).

Zelfontwikkeling Het woord zelfontwikkeling heb ik gekozen als een verzamelwoord waaronder de volgende begrippen vallen:

- Eigenwaarde of zelfwaardering: eigen mening dat je wat waard bent en iets betekent, los van hoe anderen over je denken (www.encyclo.nl)
- Autonomie: zelfstandigheid en het recht om zelf te bepalen wat je doet, je eigen keuzes te maken (www.encyclo.nl)
- Zelfvertrouwen: het vertrouwen in je eigen mogelijkheden
- Zelfacceptatie: het accepteren je zelf zoals je bent
- Identiteit: de eigenheid van een persoon

De definitie van deze begrippen laat ik verder aanvullen door de kennis en mening van respondenten. De resultaten hiervan worden in hoofdstuk 3 beschreven.

Positieve invloed Onder positieve invloed versta ik een effect dat de ontwikkeling bevordert.

1.6 Vraagstelling

Hieronder wordt de vraagstelling met de twee deelvragen beschreven. Bij het formuleren van deze vraagstellingen is de richting van de gestelde vragen uit de probleemstelling en de relevantie aangehouden. Wat leidt tot de volgende vraagstellingen:

Hoofdvraag:

"Welke methodes, werkvormen en interventies zetten dans- en bewegingstherapeuten in om een positieve invloed op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa te bewerkstelligen?"

Deelvragen:

1. *"Hoe wordt het begrip zelfontwikkeling omschreven vanuit de ervaringskennis van verschillende dans- en bewegingstherapeuten werkzaam in de praktijk?"*
2. *"Hoe heeft het werken met ruimte binnen dans- en bewegingstherapie een positieve invloed op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa?"*

1.7 Doelstelling

1.7.1 Mijn methodisch handelen

Met dit onderzoek wil ik mijn methodisch handelen verdiepen door kennis van dans- en bewegingstherapeuten uit de praktijk te integreren in mijn werkmodel. In mijn huidige werkmodel werk ik vooral intuïtief met ruimte en de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia. Dit intuïtieve werken wil ik uitbreiden met de kennis en ervaringen met betrekking tot het methodisch handelen van dans- en bewegingstherapeuten uit de praktijk.

Door het belangrijkste doel van deze cliënten vanuit een andere insteek te benaderen kan ik mezelf als therapeute profileren.

1.7.2 Met betrekking tot de beroepspraktijk

Met dit onderzoek inventariseer ik de verschillende aspecten van het methodisch handelen van dans- en bewegingstherapeuten, bij het werken (met ruimte) ter ondersteuning van de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia. Het doel van dit onderzoek is om de ervaringskennis die reeds in de praktijk aanwezig is te expliciteren. De resultaten worden via mijn scriptie openbaar gemaakt voor andere dans- en bewegingstherapeuten om hen te inspireren de nieuw geëxpliciteerde kennis te gebruiken in de behandeling van vrouwen met anorexia. Deze nieuw beschreven kennis is een aanvulling op de huidige multidisciplinaire richtlijn van eetstoornissen.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk beschrijf ik het gekozen onderzoekstype en de gekozen onderzoeksmethode (paragrafen 2.1 en 2.2). Daarnaast maak ik inzichtelijk op welke manier de dataverzameling is verlopen, hoe de data geprepareerd zijn en volgens welke benadering de data geanalyseerd zijn (paragrafen 2.3, 2.4 en 2.5). Als laatste beschrijf ik hoe dit onderzoek aan de verschillende kwaliteitscriteria van Trustworthiness voldoet.

2.1 Onderzoekstype

Volgens Smeijsters (2008) brengt een inventariserend onderzoek in kaart hoe vaak en welke verschijnselen voorkomen. Mijn vraagstelling Als dan wordt gekeken naar mijn vraagstelling past dit type onderzoek precies.

“Welke methodes, werkvormen en interventies zetten dans- en bewegingstherapeuten in om een positieve invloed op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa te bewerkstelligen?”.

Beschrijvend onderzoek wordt gedaan wanneer je een situatie wilt beschrijven (Baarda et al. 2013). In deze vraagstelling wordt gezocht naar een inventarisering van de methodes die dans- en bewegingstherapeuten inzetten tijdens hun werk, wat het beschrijvend karakter van de vraag laat zien. Daarnaast wordt er gevraagd naar iets wat zich in het hier-en-nu afspeelt. Volgens Pénzes een kenmerk van inventariserende/beschrijvende vraagstellingen (persoonlijke communicatie, 22 november 2013).

2.2 Onderzoeksmethode

Als onderzoeksmethode voor dit onderzoek heb ik gekozen voor de kwalitatieve survey. De kwalitatieve survey heeft namelijk als doel om een bepaald fenomeen te beschrijven. Er worden vooral gevoelens, gedachten en gedragingen beschreven en het gaat niet om de frequenties. De vragen van een kwalitatief interview zijn ongestructureerd of semi-gestructureerd en de antwoorden worden geanalyseerd met kwalitatieve analysetechnieken (Baarda et al. 2013). Een van de verschillen tussen een kwantitatieve survey en een kwalitatieve survey is dat bij een kwantitatieve survey wordt gewerkt met een groot aantal respondenten die een steekproef uit een populatie vormen. De gegevens worden met een gestandaardiseerd meetinstrument verzameld en als cijfers statistisch geanalyseerd (Smeijsters, 2008). De kwalitatieve survey werkt met een beperkt aantal respondenten. Zij worden open bevraagd en kunnen op die manier hun eigen ervaringen delen. De verkregen gegevens worden niet omgezet in cijfers maar in thema's die via kwalitatieve technieken worden geanalyseerd (Smeijsters, 2008).

Met dit onderzoek heb ik het fenomeen 'zelfontwikkeling' onderzocht. Er hebben zes respondenten mee gedaan die open bevraagd zijn. Middels een semi-gestructureerd interview hebben zij de mogelijkheid gekregen om hun eigen gevoelens, gedachten en gedragingen met betrekking tot het fenomeen te delen. Volgens Boeije (2012) past deze manier van dataverzameling bij een kwalitatief onderzoek.

Binnen kwalitatief onderzoek wordt er verder nog onderscheid gemaakt tussen de kwalitatieve casestudy en de kwalitatieve survey als methodes. De casestudy heeft tot doel om het fenomeen niet alleen te beschrijven en te begrijpen maar het ook te verklaren. Het doel van dit onderzoek is echter om het fenomeen zelfontwikkeling en de juiste begrippen te beschrijven en te begrijpen. De kwalitatieve survey is dus de meest passende onderzoeksmethode om de vraagstelling te beantwoorden. Hoe ik de interviews heb ingezet is in de volgende paragraaf te lezen.

2.3 Data verzameling

Om een zo hoog mogelijke mate van verzadiging te bereiken heb ik gewerkt middels een stapsgewijze iteratie. Dit betekent dat het verzamelen van data, reflecteren en analyseren zich overlapt en herhaalt (Baarda et al. 2013). Dit proces van stapsgewijze iteratie is vooral door Glaser en Strauss ontwikkeld en behoort tot de gefundeerde theoriebenadering (Baarda et al. 2013). Deze benadering en hoe ik er in dit onderzoek mee heb gewerkt leg ik verder uit in paragraaf 2.6: data-analyse. In de praktijk betekent het iteratief proces dat ik met de keuze van respondenten steeds rekening heb gehouden met de reeds verzamelde data. Er hebben steeds twee interviews plaats gevonden waarna de data werden geanalyseerd en meegenomen in de volgende twee interviews. Door dit iteratief proces kan na iedere paar interviews worden gekeken naar de vraag: "Wat is er nog nodig om een antwoord op de vraagstelling te kunnen geven?". Uit de antwoorden van de respondenten bleek dat niet alleen het geven van interventies door de therapeut werd ingezet om zelfontwikkeling te verkrijgen. Maar ook werd

het gebruik van therapeutische technieken en houdingen bewust gedaan en werd aandacht gegeven aan de therapeutische relatie. De punten heb ik meegenomen naar volgende interviews waarin ik specifiek ernaar heb gevraagd.

In theorie wordt het iteratief proces zo lang herhaald tot het goed past. In dit onderzoek heb ik echter het tijdsbestek meegenomen en heb ik een afweging gemaakt tussen het iteratief proces en de mate van verzadiging. Bij verzadiging, ofwel saturatie, gaat de onderzoeker zo lang door met het verzamelen en analyseren van data tot er geen nieuwe informatie meer gevonden wordt (Baarda et al. 2013). In dit onderzoek heb ik een beperkte mate van saturatie bereikt. In de laatste twee interviews merkte ik wel dat respondenten onder andere overeenstemmende thema's, therapeutische houdingen en werkvormen noemden. In totaal zijn er zes interviews gehouden.

2.3.1 De interviews

Het verzamelen van de data voor dit onderzoek gebeurde door middel van het afnemen van mondelinge interviews. Ik heb gekozen voor een mondeling interview omdat deze flexibeler zijn dan een schriftelijk interview wat helpt om de juiste informatie te krijgen. Op deze manier was het namelijk voor zowel de respondent als voor mezelf mogelijk om te vragen wanneer iets niet goed begrepen werd en kon ik doorvragen op relevante topics (Baarda et al. 2013). Deze diepgang door de mogelijkheid op doorvragen was nodig om een volledig beeld te krijgen van hoe respondenten werken.

De vorm van het interview werd mede bepaald door de breedte, het onderwerp en de voorkennis van de onderzoekster (Baarda et al. 2013). De vraagstelling van dit onderzoek suggereert dat er enige voorkennis is, maar niet zo specifiek dat de antwoorden maar één kant op kunnen gaan. Hieruit maakte ik de keuze voor een semi-gestructureerd interview. Een semi-gestructureerd interview geeft de onderzoeker de kans om door te vragen en zich te laten inspireren door de respondent, maar zorgt er daarnaast wel voor dat de belangrijkste vragen gesteld worden (Baarda et al. 2013). Om te bewaken dat de belangrijkste vragen wel gesteld werden heb ik aan de hand van mijn vraagstelling en het literatuuronderzoek een topiclijst gemaakt. Deze topiclijst vormde een basis voor de open vragen die geformuleerd werden voor de interviews (Baarda et al. 2013).

Naarmate er meer interviews werden gehouden hebben de topiclijst en de hieruit ontstane vragen zich ontwikkeld. Dit kwam doordat ik volgens een iteratief proces de interviews heb gehouden. Hieronder weergeef ik in tabelvorm de topiclijst zoals ik heb samengesteld na het proefinterview (tabel 1).

Tabel 1. Weergave van de topics, subtopics en vragen

Topic	Sub topic	Voorbeeld vragen
Algemene vragen	Opleiding(-en) ▪ Werkervaring ▪ Werkervaring met de doelgroep	▪ Wat is je achtergrond in de bewegingstherapie?
Begripsomschrijving zelfontwikkeling	▪ Autonomie / eigen identiteit ▪ Eigenwaarde / zelfwaardering ▪ Zelfrespect ▪ Zelfvertrouwen ▪ Zelfacceptatie ▪ Zelfbeeld ▪ Zelfbeleving ▪ Het belang van zelfontwikkeling	▪ Hoe omschrijf je de volgende begrippen? ▪ Heb je nog een aanvulling op het begrip zelfontwikkeling?
Methodisch handelen	▪ Doelen / thema's ▪ Methodes ▪ Werkvormen / oefeningen ▪ Interventies ▪ Therapeutische technieken en attitudes ▪ Observaties ▪ Effecten → positieve invloed?	▪ Welke aspecten van het methodisch handelen zet je in om de zelfontwikkeling van cliënten te bevorderen?
Ruimte	▪ Kinesfeer ▪ Algemene ruimte ▪ Ruimte die het lichaam inneemt ▪ Mentale ruimte ▪ Effecten → positieve invloed? ▪ Het belang van het thema ruimte	▪ Hoe vindt het thema 'ruimte' hierin een plaats? ▪ Op welke manier zet je dit thema in?

De interviews vonden eenmalig en face-to-face plaats. De tijdsduur van de interviews varieerde tussen 1 uur en 2,5 uur, afhankelijk van hoeveel tijd de respondent had. Het eerste interview dat werd gehouden was een proefinterview. Hierdoor kon ik het geven van de introductie, het doorvragen en het tegelijk maken van notities oefenen (Baarda et al. 2013). De opgedane ervaringen en feedback heb ik meegenomen naar de volgende interviews. De resultaten die ik verkreeg uit het proefinterview heb ik niet verloren laten gaan en zijn dus meegenomen in de data-analyse. De hierboven weergegeven topiclijst in tabel 1 is ontstaan na aanvulling van het proefinterview.

Naast het houden van een proefinterview heb ik een workshop interviewen gevolgd die werd aangeboden door mijn opleiding. Deze workshop heeft mijn interviewvaardigheden vergroot door me te attenderen op vaak voorkomende valkuilen. Daarnaast kon ik me door de tips en technieken beter voorbereiden op de vragen, mijn houding als interviewer en de structuur van een interview.

Interviewen is een vorm van dataverzameling waarin de respondent zich anders kan voordoen dan hij is, wat de validiteit van het onderzoek omlaag brengt. Dit probleem speelt vooral een rol in onderzoeken waarvan de onderwerpen gevoelig zijn voor sociale wenselijkheid (Baarda et al, 2013). Doordat in dit onderzoek geen persoonlijke of sociaal gevoelige vragen werden gesteld verwacht ik dat de sociale wenselijkheid geen grote rol speelt in dit onderzoek.

Bij het verzamelen van de data heb ik gebruik gemaakt van de functie spraakrecorder op mijn mobiele telefoon die de verbale communicatie opnam. Deze spraakrecorder is van te voren uitvoerig getest. Doordat ik niet alles hoefde te noteren kon ik me als onderzoekster concentreren op het gesprek. Dit maakt de data kwalitatief beter doordat de gegevens niet vervormd of geïnterpreteerd worden bij het noteren (Boeije, 2012). Waarmee wordt gewerkt aan het kwaliteitscriterium "confirmability" van de kwaliteitscriteria van trustworthiness.

Naast het vastleggen van de geluidsopname heb ik tijdens de interviews een aantal notities gemaakt. Dit waren zowel persoonlijke notities waar ik later op terug wilde komen als notities over non-verbaal gedrag. Boeije (2012) beschrijft dat onderzoekers notities maken van non-verbaal gedrag zoals de houding, toon, het ritme en de intonatie. Dit non-verbale gedrag staat namelijk niet op de geluidsopname maar is wel van belang bij de interpretaties van de gegevens. Bij dans- en bewegingstherapie heeft beweging zelf een belangrijk aandeel waardoor het in dit onderzoek extra belangrijk is om de non-verbale communicatie te noteren. Wanneer dit namelijk niet of onvoldoende wordt gedaan gaat er belangrijke informatie voor het beantwoorden van de vraagstelling verloren. Ik heb gekozen om alleen non-verbaal gedrag te noteren dat belangrijk is voor het beantwoorden van de vraagstelling. Daarnaast heb ik mijn concentratie op het interview als prioriteit gesteld. Het volgende non-verbale gedrag heb ik genoteerd:

- door lichaamstaal benadrukte woorden en zinnen;
- houding en lichaamstaal van de respondent;
- bewegingen en houdingen die de respondent of onderzoekster voordoet;
- mijn houding als interviewer.

Om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten heb ik de respondenten na het interview de mogelijkheid gegeven om nog via een telefoongesprek of e-mail toevoegingen te doen. Daarnaast heb ik iedere respondent de resultaten voor gelegd om na te vragen of het de werkelijkheid goed weergeeft. Deze techniek heet 'member checking' en wordt verder beschreven in paragraaf 2.6.4.

2.3.2 Onderzoekspopulatie

Pénzes geeft aan dat bij een kwalitatieve survey de verscheidenheid binnen de populatie wordt beschreven (persoonlijke communicatie, 22 november 2013). Om een zo groot mogelijke verscheidenheid binnen de populatie te verkrijgen heb ik de respondenten middels 'theoretical sampling' geselecteerd. Theoretische selectie is het bewust kiezen van respondenten gebaseerd op theoretische redenen (Baarda et al. 2013). Om de respondenten te selecteren heb ik de volgende overwegingen gemaakt:

- Wat is de populatie?
- Wat zijn de variaties in de populatie?
- Welke respondenten dekken die variaties?

Omdat ik het vooral belangrijk vond dat mijn respondenten gespecialiseerd en ervaren zijn in het werken met de doelgroep heb ik mijn populatie verbreed naar ook anderszins bewegingstherapeuten. Daarnaast kan ik de resultaten die anderszins bewegingstherapeuten mij geven ook meenemen in mijn

methodisch handelen aangezien een dans- en bewegingstherapeute niet alleen danst met haar cliënten. De populatie van dit onderzoek omvat bewegingstherapeuten van verschillende disciplines met een erkend diploma. Hieronder heb ik therapeuten geteld met een bachelor of master in de dans- en bewegingstherapie, bewegingsexpressietherapie, psychomotore therapie, of anderszins lichaamsgerichte therapie.

De respondenten zijn allemaal vrouwelijk en werkzaam of recent werkzaam geweest met de doelgroep in midden of zuid Nederland. Hierbij achtte ik het belangrijk dat de populatie zo goed mogelijk afgebakend werd om de mate van verzadiging te verhogen. Naast de mate van verzadiging werden ook de reisafstand, reiskosten en een gezamenlijke taal meegenomen als criterium.

Na het afbakenen van de populatie heb ik gekeken naar de mogelijke variaties. De criteria hierbij waren:

- Mate van ervaring in het geven van therapie algemeen en met de doelgroep;
- Werkzaam in een instelling en/of in een eigen praktijk;
- Verschil in opleiding(-en)
- Verschil in visie.
- Het geven van therapie aan cliënten die in een beginfase of latere fase van de behandeling staan;
- Het geven van therapie aan cliënten die opgenomen zijn, in dagbehandeling, deeltijd of ambulant;
- Het geven van individuele en/of groepssessies;

Na het omschrijven van de variaties binnen de populatie ben ik op zoek gegaan naar mogelijke respondenten. Als eerste heb ik contact opgenomen met therapeuten die ik al kende en met therapeuten naar wie zij me hadden doorverwezen.

Daarna heb ik op de website van vaktherapie gezocht naar geregistreerde dans- en bewegingstherapeuten en psychomotore therapeuten in het zuiden en midden van Nederland. Daarnaast heb ik in Google gezocht naar therapeuten werkzaam in de verschillende disciplines van bewegingstherapeuten. Bij deze zoektocht heb ik van de ene kant therapeuten gekozen die werkzaam zijn bij een instelling of afdeling die gespecialiseerd is in eetstoornissen. Aan de andere kant ben ik op zoek gegaan naar therapeuten met een eigen praktijk. De selectie van deze respondenten vond in eerste instantie plaats door het bekijken van de websites van de praktijken. Vanwege het grote aantal therapeuten dat op deze manier is gevonden heb ik hiervoor in- en exclusiecriteria opgesteld. Als inclusiecriteria moesten de therapeuten op hun website vermeld hebben veel te werken met, of gespecialiseerd zijn in de doelgroep. Uit deze selectie heb ik de therapeuten gekozen met de meeste ervaring en therapeuten die de variaties uit de populatie bestreken.

Deze mogelijke respondenten heb ik zowel via e-mail als telefonisch benaderd. Afhankelijk van of ik ze al kende en hoeveel tijd er nog was. Via e-mail heb ik een introductiebrief verstuurd waarin ik mezelf voorstel, kort mijn onderzoek uitleg en aangeef wat ik van de respondent verwacht. De positieve respons was vrij hoog. Van de tien therapeuten gaf er een aan wegens persoonlijke omstandigheden niet te kunnen. Twee therapeuten hadden toch minder ervaring met de doelgroep en een therapeute had het helaas te druk. De overige zes therapeuten waren bereid om mee te doen aan dit onderzoek. Deze zes respondenten weergeef ik hieronder in tabel 2 met hun opleiding(-en), werkplek(-ken) en werkervaring.

Tabel 2. Respondenten en hun achtergrond

Respondent	Opleiding(-en)	Werkplek/ werkervaring
Ragna Wetzels	▪ Dans- en bewegingstherapie aan de Zuyd Hogeschool in Heerlen	▪ Anderhalf jaar stage bij MUMC, onder andere afdeling eetstoornissen
Yvonne de Hoog	▪ Bewegingsexpressietherapie en de voorgezette opleiding bewegingsexpressietherapie in Tilburg ▪ Gecertificeerd mindfulness-trainer ▪ Volgt momenteel een opleiding voor Mentalisation Based Treatment	▪ Sinds vijftien jaar werkt ze bij GGZ Breburg, sinds 2006 ook in de werkgroep eetstoornissen. ▪ Sinds 2012 heeft ze een eigen praktijk voor psychomotore therapie en mindfulness
Andrea Hagedoorn	▪ Dans- en bewegingstherapie aan de Zuyd Hogeschool in Heerlen	▪ Stage bij GGZ Breburg bij onder andere afdeling eetstoornissen ▪ Vervanging van zwangerschapsverlof bij MUMC

		onder andere op afdeling eetstoornissen
Karin van de Kimmenade	- Dansacademie - Danstherapie in Rotterdam en later ook deze masteropleiding - Kestenberg Movement Profile opleiding in München - Interne opleiding van Human Concern	- Acht jaar bij het Erasmus MC - Sinds vijf jaar bij Human Concern - Ervaringsprofessional
Yvette Groot	- Dansacademie - Bewegingsexpressietherapie in Tilburg - Driejarige training Lichaamsgerichte Psychotherapie van Downing in Zwitserland - Somatic Experiencing - Volgt momenteel de opleiding Sensorimotor Psychotherapy	- Ruim vijftien jaar bij PsyQ in Rotterdam waarvan sinds lange tijd voor de afdeling eetstoornissen - Werkzaam in eigen praktijk
Jeannette Maarse	- Theaterwetenschappen - Voortgezette opleiding voor bewegingsexpressietherapie in Tilburg - Momenteel volgt ze de opleiding Sensorimotor Psychotherapy	- Sinds 1993 werkzaam in de volwassenen psychiatrie - Sinds 2007 werkzaam bij Amarum specialistisch centrum voor eetstoornissen - Sinds 2007 werkzaam in eigen praktijk

2.4 Datapreparatie

Uit de interviews heb ik verschillende vormen van data verkregen. De geluidsregistratie en de notities. Om deze ruwe data te kunnen analyseren heb ik ze eerst geordend. Volgens Boeije (2012) draagt een zorgvuldig databaseer bij aan de transparantie van het onderzoek. Daarom heb ik na het afnemen van de interviews zo gauw mogelijk een transcript ervan gemaakt. Transcriberen is het op schrift zetten van het audiofragment wat op verschillende manieren kan. Voor dit onderzoek heb ik gekozen om een letterlijke transcriptie light te maken (<http://www.notuleercentrum.nl>). Dit betekent dat ik de tekst volledig en letterlijk heb uitgetypt waardoor ik de woordkeuze van de respondenten behoudt. Om de tekst prettig leesbaar te maken heb ik gestotter en herhalingen weggelaten.

Daarnaast heb ik bij het transcriberen van de audiofragmenten sommige gedeeltes er uit gelaten die niet horen in dit interview, zoals het praten over vakantie of het pakken van een kopje koffie. Bij twijfel of een gedeelte relevant is of niet heb ik het altijd uitgeschreven.

Verder heb ik van ieder transcript of uitgewerkte data een back-up gemaakt om de data niet te verliezen bij eventuele technische problemen.

Als laatste heb ik in ieder transcript de notities over non-verbale gegevens die ik tijdens de interviews heb gemaakt herkenbaar toegevoegd. Deze notities spelen een rol bij de analyse en interpretatie van de data. Daarom is het belangrijk dat ook zij op de juiste plek worden geplaatst alvorens de analyse begint.

De nadruk die een respondente legde door middel van intonatie heb ik in de transcripten aangegeven met een accent aigu op de woorden die werden beklemtoond. Dit zorgde ervoor dat sommige zinnen in hoge mate verhelderd werden doordat de intentie of opvatting van de respondente gemakkelijker uit de tekst te begrijpen was.

2.5 Data-analyse

De gefundeerde theoriebenadering ofwel de *Grounded Theory* werd in 1967 ontwikkeld door Glaser en Strauss. Deze benadering neemt als startpunt een open houding van de onderzoeker en heeft als doel om (nieuwe) theorie over een bepaald verschijnsel te vormen. Een belangrijk onderdeel van de gefundeerde theorie is dat in de analyse alle interpretaties gefundeerd moeten worden op het onderzoeksmateriaal (Baarda et al. 2013). Volgens Pénzes zorgt dit ervoor dat de onderzoeker zo lang mogelijk en zo dicht mogelijk bij het onderzoeksmateriaal blijft. Het verkleint op die manier de kans op 'bias' en vergroot de credibility van het onderzoek. Bias zijn eigen gedachten en meningen die mee in de analyse genomen worden door de onderzoeker (persoonlijke communicatie, 19 december 2013).

Deze benadering draagt dus bij en de zuiverheid van de data. In dit onderzoek heb ik vanwege het tijdsbestek alleen gebruik gemaakt van de principes van de gefundeerde theoriebenadering.

In deze benadering volgen drie soorten codering zich op: het open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Selectief coderen wordt in kwalitatieve casestudies gebruikt om de resultaten te verklaren. Aangezien mijn vraagstelling niet tot doel heeft om de resultaten te verklaren maar eerder te inventariseren heb ik in dit onderzoek alleen de stappen 'open coderen' en 'axiaal coderen' uitgevoerd. Open coderen is volgens Pénzes het ordenen en structureren van de transcripties (persoonlijke communicatie, 16 januari 2014). De fragmenten uit de tekst die relevant kunnen zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling heb ik in kaart gebracht door het aanbrengen van codes. Hierbij ben ik niet op zoek gegaan naar bekrachtiging van wat ik al wist, maar vooral wat ik nog niet wist (Baarda et al. 2013).

Het open coderen heb ik in dit onderzoek ingeperkt doordat gewerkt werd met "sensitizing concepts". Wat betekent dat ik er bij het analyseren van de data niet geheel blanco ben in gestapt, maar met de sensitizing concepts als eerste structuur. Sensitizing concepts zijn een aantal begrippen die ik vanuit de literatuurstudie en mijn voorkennis belangrijk acht in de analyse. Deze begrippen zijn richtinggevend geweest voor mij als onderzoekster. Doordat deze begrippen een globale inhoud hebben, hebben ze zich zolang het onderzoek en de analyse liepen ontwikkeld en zijn ze aangevuld bij de codering (Boeije, 2012). Uit deze codering is een lijst met alle voorkomende codes ontstaan. Deze lijst is opgenomen in de bijlage (Bijlage C).

Niet alleen het selecteren van de respondenten was een cyclisch proces, ook het verzamelen en analyseren van data hebben zich afgewisseld. Dit wordt ook wel 'constant comparison' ofwel 'constante vergelijking' genoemd (Boeije, 2012). Na het maken van een transcript heb ik het open gecodeerd waarna ik deze gegevens weer mee kon nemen in het volgende interview. Het open coderen startte dus bij de eerste verzameling van data en bleef doorlopen totdat alle data verzameld waren.

Axiaal coderen is het groeperen van de codes waarbij op zoek wordt gegaan naar de achterliggende verhoudingen. Ook hierbij is de constante vergelijking een belangrijk aspect. Bij het groeperen van de codes ben ik constant op zoek gegaan naar de overeenkomsten en verschillen tussen de codes waardoor ik steeds meer inzicht in de achterliggende factoren verkreeg (Baarda et al. 2013). De codes die qua thematiek bij elkaar horen kwamen samen in een categorie. Door de codes te groeperen in hoofd- en subcategorieën ging de analyse op een conceptueel niveau verder. Hierbij heb ik opgelet dat de codes niet werden gegroepeerd naar mijn beschouwing maar naar die van de respondenten (Baarda et al. 2013). Wanneer ik het belang van de verschillende codes en hun inhoud aan gaf, heb ik naar advies van Pénzes drie punten meegenomen:

- De nadruk die de respondent erop legt;
- De hoeveelheid respondenten die het noemen;
- Hoe dicht het staat bij de vraagstelling (persoonlijke communicatie, 27 maart 2014).

Deze drie punten hielpen bij het verhelderen van wat hoofd- en wat subcategorieën werden. Dit heeft geholpen om de resultaten ordelijk weer te geven in hoofdstuk 3.

2.6 Kwaliteitscriteria van Trustworthiness

Onderstaand zijn de vijf kwaliteitscriteria van trustworthiness beschreven. Per criterium wordt uiteengezet wat ik heb gedaan om de kwaliteit van dit onderzoek zo hoog mogelijk te maken.

2.6.1 Credibility

Het criterium credibility gaat over de geloofwaardigheid. Volgens Pénzes wordt hierbij gelet op de zuiverheid van de onderzoeksmethoden, of er voldoende data verzameld wordt en of is onderzocht wat de bedoeling was (persoonlijke communicatie, 19 december 2013). Om aan dit criterium te voldoen heb ik gedurende het hele onderzoek de vraagstelling dichtbij en op de voorgrond gehouden. Dit zorgde ervoor dat ik de vraagstelling niet uit het oog heb verloren en daadwerkelijk onderzocht wat de bedoeling was. Daarnaast heb ik de techniek peer-debriefing gebruikt. Peer-debriefing is het raadplegen van collega's (Baarda et al. 2013). Een afgestudeerd dans- en bewegingstherapeute heeft meegekeken of de analyse persoonlijk gekleurd is en of de data-analyse zorgvuldig is gebeurd.

Een andere techniek die deels onder het criterium credibility valt is triangulatie. Triangulatie is het gebruiken van verschillende databronnen of verschillende manieren van dataverzameling. Wanneer deze verschillende gegevens meer overeenkomen zal er sprake zijn van een grotere geldigheid (Baarda et al. 2013). In dit onderzoek heb ik verschillende vormen van dataverzameling gebruikt, namelijk het

opnemen met geluidsregistratie van de interviews en het maken van notities. Daarnaast heb ik meerdere professionals met verschillende opleidingen geïnterviewd en daarmee verschillende bronnen gebruikt.

2.6.2 Dependability

Volgens Pénzes (persoonlijke communicatie, 19 december 2013) gaat dependability erover of te volgen is hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden en of de resultaten zo compleet mogelijk zijn waarbij er geen informatie mist. Om de transparantie van het onderzoek te vergroten heb ik gedurende het onderzoek een logboek bijgehouden waarin ik de belangrijkste keuzes en overwegingen vast heb gelegd. De voortdurende reflectie die ik tijdens het onderzoek deed heb ik in het logboek bijgehouden. Dit verhoogt de navolgbaarheid en daarmee het kwaliteitscriterium 'dependability' van het onderzoek (Baarda, 2009). Daarnaast heb ik in deze scriptie zo nauwkeurig en duidelijk mogelijk omschreven welke keuzes zijn gemaakt en hoe dat werd toegepast op het onderzoek.

Om de resultaten zo compleet mogelijk te hebben heb ik gewerkt middels een iteratief proces waarbij ik verzadiging heb nagestreefd. Dit is uitgebreider beschreven in paragraaf 2.3. Om al verzamelde informatie niet meer kwijt te raken door bijvoorbeeld een technisch probleem heb ik back-ups gemaakt.

2.6.3 Transferability

Transferability betekent volgens Pénzes dat de resultaten zo zijn beschreven dat het mogelijk is een inschatting te maken of het te gebruiken is in een andere situatie (persoonlijke communicatie, 19 december 2013). Om aan dit criterium tegemoet te komen heb ik de resultaten zo duidelijk mogelijk omschreven in deze scriptie. Zodat lezers de benodigde informatie hebben om zelf te beoordelen of de resultaten bruikbaar zijn in hun eigen werksituatie. Daarnaast weergeef ik in paragraaf 4.3 de aanbevelingen voor de praktijk, vervolgonderzoek en de beroepsontwikkeling.

2.6.4 Confirmability

Het criterium confirmability gaat erover of de resultaten daadwerkelijk verwoorden wat de respondenten hebben gezegd en vrij zijn van bias. Om dit te bevorderen heb ik gebruik gemaakt van principes van de gefundeerde theoriebenadering waar de onderzoeker zo lang mogelijk en zo dicht mogelijk bij de data blijft. Hoe ik deze principes heb toegepast staat beschreven in paragraaf 2.5 Data-analyse.

Om hieraan te voldoen heb ik verder de techniek 'member check' gebruikt. Member check betekent dat de bevindingen worden voorgelegd aan de respondenten. Zij kunnen dan aangeven of de getrokken conclusies overeenkomen met de werkelijkheid (Baarda et al. 2013). Na het schrijven van de resultaten heb ik deze aan de respondenten terug gegeven. Zij hebben nagekeken of de resultaten daadwerkelijk verwoorden wat zij hebben gezegd. Aanpassingen die werden gegeven heb ik bijgewerkt in de resultaten. Deze check vergroot ook de kwaliteit van het criterium authenticity.

2.6.5 Authenticity

Het criterium authenticity stelt dat het onderzoek voorgelegd moet worden aan de deelnemers om de kwaliteit te vergroten. Om aan dit kwaliteitscriterium te voldoen is ook de techniek member-check gebruikt. Na de interviews hebben zowel de respondenten als ik zelf de kans gehad om nog eventuele vragen te stellen of aanvullingen te doen. De respondenten hebben een aantal aanvullingen gegeven die ik verwerkt heb.

Hoofdstuk 3: Resultaten

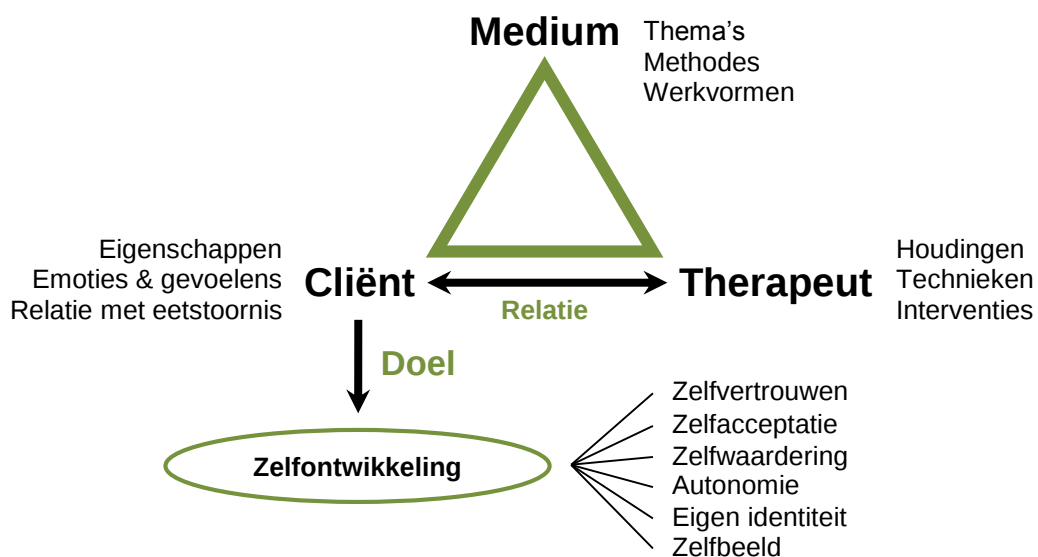
In dit hoofdstuk geef ik een weergave van de resultaten. Deze resultaten zijn verkregen uit de data-analyse van zes interviews met bewegingstherapeuten van verschillende disciplines. De respondenten en hun achtergrond zijn te lezen in paragraaf 2.3.2.

Doordat dit een inventariserend en beschrijvend onderzoek is, weergegeven deze resultaten een inventarisatie van hoe bewegingstherapeuten uit de praktijk werken aan de zelfontwikkeling bij cliënten met anorexia.

Om de leesbaarheid te vergroten noem ik in niet het aantal respondenten maar gebruik ik de volgende woorden die dit aantal reflecteren:

- Enkele: twee respondenten
- Meerdere: drie of vier respondenten
- De meeste: vijf of zes respondenten

Dit hoofdstuk start met een schematische weergave van de resultaten. Aan de hand van dit figuur zet ik de resultaten uit een. Eerst wordt ingegaan op het medium met de thema's, methodes en werkvormen. Hierna komen de therapeut met de therapeutische houdingen, interventies en technieken en de therapeutische relatie aan bod. Vervolgens worden de cliënte met haar eigenschappen, emoties & gevoelens en de relatie met de eetstoornis weergegeven. Daarna wordt het fenomeen zelfontwikkeling met het zelfvertrouwen, zelfacceptatie, zelfwaardering, autonomie, eigen identiteit en het zelfbeeld beschreven. Als laatste bespreek ik wat er nodig is om zelfontwikkeling mogelijk te maken en hoe het beklijft.



Figuur 1. Een schematische weergave van de hoofd- en subcategorieën

Toelichting op het schema: Dit schema weergeeft de hoofd- en subcategorieën van de resultaten, elk van de begrippen worden in de resultaten verder toegelicht. Uitgangspunt hierbij is de creatief therapeutische driehoek van het Landelijk Opleidingsprofiel Creatieve Therapie (2008). De weergegeven aspecten van de drie pijlers: Medium, Therapeut en Cliënt, worden in de resultaten uitgelegd. De pijl tussen de therapeut en cliënt weerspiegelt de therapeutische relatie. Het doel van de cliënte is om haar zelfontwikkeling te bevorderen. De deelbegrippen van zelfontwikkeling zijn benodigd om zelfontwikkeling te bevorderen.

3.1 Medium

3.1.1 Thema's

Respondenten benoemen drie hoofdthema's waar ze mee werken. 1) Ruimte, 2) Humor, spel en plezier en 3) gronding en kracht. Deze thema's leg ik hieronder verder uit.

Van de Kimmenade vertelt dat als je iets gaat doen met waar de cliënte mee binnenkomt er vanzelf een thema ontstaat. Ze geeft aan haar intuïtie hierin te volgen. *"Wanneer je als therapeute een kader en veiligheid biedt zal het thema naar boven komen wat er op dat moment het belangrijkste is voor de cliënte"*.

Ruimte: Naar het thema ruimte heb ik respondenten gevraagd in verband met het beantwoorden van mijn deelvraag. Het thema ruimte werd echter ook door respondenten uit zichzelf genoemd.

De meeste respondenten vertellen te werken aan het leren voelen en durven aangeven van grenzen. Cliënten vinden het vaak lastig om hun grenzen te voelen en durven hun grenzen niet aan te geven.

De kinesfeer van cliënten is vaak erg klein en wordt groter naarmate de behandeling vordert. Werkvormen die respondenten noemen zijn het bewegen op walsmuziek of het zwieren met sjaltjes om het bovenlichaam losser te krijgen. De persoonlijke ruimte wordt dan vanzelf groter.

Meerdere respondenten geven aan dat ze observeren hoe cliënten ruimte innemen en wat iemand doet in haar lichaam. Vaak wordt er ergens in het lichaam iets vastgehouden, beperkt of tegengehouden. Wat zorgt voor een beperking in dat de cliënte er helemaal mag zijn. Deze beperking proberen respondenten te zien en op te heffen.

Enkele respondenten noemen dat cliënten weinig ruimte innemen omdat ze geen duidelijke identiteit hebben waardoor ze zichzelf ook niet zullen laten zien in de ruimte. Ruimte wordt ingezet zodat cliënten zichzelf leren kennen binnen de ruimte, zich leren te uiten in de ruimte en ook ruimte kunnen innemen. Enkele respondenten geven aan dat cliënten meestal het gevoel hebben dat ze dik zijn en veel te veel ruimte innemen. Ze willen het liefste nog meer onzichtbaar zijn en zo min mogelijk ruimte innemen wat terug is te zien in de lichaamstaal van cliënten. Dit gevoel kan ook een reden voor cliënten zijn om nog meer af te vallen zodat er nog minder van hun is. Werkvormen die worden ingezet zijn vormen waarin cliënten meer de leiding mogen nemen, of ruimte leren innemen in bijvoorbeeld een ringhockeyspel. Cliënten wordt de ruimte gegeven om meer van hun eigen plek af te komen en contact met anderen aan durven gaan. Respondenten geven tijdens werkvormen kleine interventies om cliënten te helpen meer ruimte te durven innemen. Door ze bijvoorbeeld uit te nodigen groter te bewegen of door iemand een thema te laten kiezen. Meerdere respondenten geven aan dat ruimte een belangrijk thema is. Dat cliënten echt ook fysiek hun eigen ruimte in mogen nemen en aanwezig mogen zijn op deze aardbol. Daarnaast bieden enkele respondenten oefeningen aan om letterlijk de ruimte van je lichaam aan te geven. Zoals het leggen van de lichaamssomvang met touwtjes en voor de spiegel staan.

Enkele respondenten noemen ook de lichaamshouding in combinatie met persoonlijke ruimte. 'Wat levert het je op als je gesloten bent en wat levert het je op als je meer open bent?' Er wordt geoefend met cliënten met contrasten. Maak je zo klein mogelijk, zo lang mogelijk, zo breed mogelijk. Hoeveel ruimte wil je innemen? Hoe kan je met je uitstraling ervoor zorgen dat je ruimte krijgt? Cliënten worden vervolgens aangespoord om het innemen van ruimte te oefenen in hun dagelijks leven. Verder wordt genoemd dat het werken met ruimte ook over expressie van het lichaam gaat. 'Durven cliënten zichzelf neer te zetten in de ruimte?'. Bij het laten zien van jezelf of het voelen van kracht speelt oogcontact een grote rol. Met oogcontact komen namelijk andere mechanismen tevoorschijn zoals: 'mag ik dit doen naar iemand anders toe?'.

Groot noemt dat 'expansie' altijd een element is. *'Expansie is letterlijk meer ruimte innemen, op een ontspannen manier'*. Innerlijke ruimte voelen waardoor je haar ook meer in de wereld neer zet. Waardoor je gaat voelen dat je de eigen ruimte om je heen hebt.

Samengevat is ruimte heel bewust en op verschillende manieren in te zetten is bij deze doelgroep. Hierbij worden jezelf in de ruimte, mentale ruimte en grenzen genoemd. Wanneer cliënten weten waar hun grens ligt leren ze zichzelf beter kennen, ontwikkelen ze weer een stukje identiteit en durven ze meer ruimte in te nemen. De therapeut kan dit proces ondersteunen door de cliënten te stimuleren om grenzen op te zoeken en in de veilige therapeutische omgeving te experimenteren.

Humor, spel en plezier: De meeste respondenten vertellen het thema spel erg belangrijk te vinden. Ten aanzien van dit thema is er overeenstemming tussen de respondenten.

Voor cliënten met anorexia is humor een belangrijk thema. Deze cliënten zijn vaak vrij introvert en door middel van humor kunnen ze een beetje naar buiten brengen zodat ze zichzelf ook leren zien. Als ze

weten dat ze ook grappige dingen mogen vertellen wordt de sfeer minder beladen en krijgen cliënten meer vertrouwen erin dat ze zich zelf mogen laten zien binnen de therapie. Om erna te kunnen leren dat ook buiten de therapie te doen. Met humor en spelende werkvormen kunnen cliënten dichterbij hun gevoel komen. Veel cliënten denken namelijk bij gevoel aan nare gevoelens en vergeten dat vrolijk zijn of kunnen genieten ook gevoelens zijn.

Daarnaast kunnen cliënten door middel van humor een beetje los laten en ervaren dat dingen ook gewoon leuk kunnen zijn. Het even genieten, los laten en er gewoon kunnen zijn helpt de cliënten om zichzelf weer te voelen en stukjes van het zelf te ontwikkelen. Zonder dat het direct over de eetstoornis hoeft te gaan. Spelen in de therapie kan ook als uitlaatklep fungeren.

Werkvormen die worden genoemd zijn bijvoorbeeld een kussengevecht of spelvormen waarin cliënten plezier kunnen ervaren.

Kracht: De meeste respondenten geven aan met het thema kracht en gronding te werken. Men noemt het van belang dat cliënten eerst voelen dat ze stevig staan, om de stap naar het dagelijkse leven te kunnen maken. Als onderdeel van kracht noemen de meeste respondenten gronding. Om te gronden bieden respondenten vormen aan waarin cliënten zich bewust worden van hun voeten, knieën en benen. Zoals het masseren van je voeten of het gebruiken van een metafoor van een boom die stevig staat. Gronding kan ook in een spelvorm worden gegoten waarbij cliënten elkaar proberen om te duwen en kijken en voelen hoe ze staan. Daarnaast noemt Groot dat ze met cliënten nagaat hoe ze hun lichaam opstapelen door bijvoorbeeld te voelen hoe het is om met of zonder doorgestreekte knieën te staan. Maarse voegt toe dat het bij gronding eigenlijk gaat om *“contact met iets anders waardoor je jezelf gaat voelen”*. Hagedoorn vat samen: *“als je steviger staat accepteer je meer wie je bent en hoe dat voelt”*.

Ook wordt aangegeven dat kracht gekoppeld is aan zelfvertrouwen en een stukje identiteitsontwikkeling. Kracht wordt ingezet met als doel het zelfvertrouwen te vergroten zodat cliënten zichzelf weer durven te gaan voelen. Enkele respondenten noemen stemgebruik hierin mee te nemen. Daardoor leren cliënten zichzelf meer zien en voelen beter wie ze zijn en hoeveel kracht ze hebben. Verder wordt genoemd dat kracht binnen alle fases van een eetstoornis behandeling in te zetten is. Bij de beginnende fase gaat het puur om het voelen van kracht omdat cliënten zich dan nog vaak afsluiten voor alles wat ze voelen. Vanuit daar terug kijken naar wat het doet met een cliënte en de koppeling naar de eetstoornis. Wanneer cliënten verder in de behandeling komen gaat het ook over de mentale kracht. Verder vertellen enkele respondenten dat om kracht te kunnen voelen een cliënte ruimte in moet durven nemen. Door met kracht te spelen kunnen er vaak onderliggende gevoelens ruimte krijgen om geuit te worden. Dit thema blijft hangen bij cliënten doordat ze het kunnen voelen en het ook goed voelt. Ze zetten het zelf op bepaalde momenten in hun leven in. Middels het inzetten van kracht kunnen cliënten leren dat wat ze normaal naar binnen richten naar buiten gericht mag worden.

Werkvormen die worden genoemd om cliënten kracht te laten ervaren zijn met een stok waarbij de cliënte aan de ene kant staat en de therapeut aan de andere kant. Deze stok hebben beiden horizontaal vast. Beiden duwen en trekken waarbij ook een stukje gronding komt kijken. Een tweede werkvorm die wordt genoemd is het slaan en zwiepen met een handdoek richting de grond waarbij de cliënte ronde bewegingen maakt en kracht richting de grond kan uiten. Hierdoor kan een cliënte dichterbij zichzelf komen. Een derde werkvorm die meerdere respondenten noemen is om kracht te ervaren door tijdens een oefening het harde slaan, stampen of gebruik van stem op te bouwen van 25 procent, 50, 75, 100, en weer terug naar beneden.

3.1.2 Methodes

Enkele respondenten hebben een aantal dans-bewegingstherapeutische methodes genoemd.

Chace: Enkele respondenten werken veel met de methode van Chace en variaties daarop. Respondenten geven aan vaak te beginnen vanuit de methode van Chace met het bewegen in een kring. Hierbij laat de therapeut cliënten elkaar spiegelen waarbij de hele groep aan de beurt komt en de aandacht niet steeds op één persoon gericht is. Op die manier kunnen cliënten hun bewegingen terugzien in de anderen waardoor ze het sneller waarderen en eraan kunnen wennen. Dit helpt om cliënten spelenderwijs inzicht te geven in hoe ze bewegen, waarom ze zo bewegen en te om zoeken naar wat iemand kenmerkt. Cliënten leren zichzelf en elkaar zo kennen in beweging waardoor ze een stukje ontwikkeling doormaken in hun identiteit. Een ander voorbeeld daarvan is het in een groep bewegen in kringvorm waarbij de therapeut overneemt wat de cliënten haar geven. Hierbij worden interventies gedaan en instructies gegeven aan de cliënten bijvoorbeeld om de eerste beweging die in je opkomt te laten zien. Een volgende stap is om cliënten in tweetallen elkaar te laten spiegelen in

beweging. Hagedoorn noemt deze methode eerst toe te passen voordat ze cliënten voor een spiegel laat staan: *‘voor een spiegel staan is een stuk confronterender dan jezelf in een ander zien’*.

Laban: Enkele respondenten vertellen te interveniëren door middel van de analysemethode van Laban. Deze methode wordt gebruikt om binnen andere methodes en werkvormen te observeren en vervolgens interventies te geven. Daarnaast wordt aangegeven dat cliënten door middel van het werken met Laban bij hun gevoel kunnen komen.

Hawkins: De methode van Hawkins wordt door een respondent genoemd door middel van visualisatie en het beeldend neerzetten. Cliënten gaven hierbij aan dat ze werkvormen die geïnspireerd waren op deze methode lastig vonden omdat ze verbaal nog wel eens iets konden verzwijgen. Maar wanneer ze het op papier moeten zetten komt het er uit. Een voorbeeld is het op beeld zetten bijvoorbeeld door na een bodycheck op papier te tekenen wat cliënten ervaren hadden in hun lichaam. Het doel is om te gaan ontdekken wat ze ervaren en waar dat zit in hun lichaam.

Mindfulness: Meerdere respondenten geven aan gewerkt te hebben met de methode mindfulness met het doel vooral het hier-en-nu te benadrukken. Wetzels vertelt dat *“cliënten vaak terug gaan naar hoe het was in die eetstoornis, of waar ze naar toe willen maar vergeten ze vaak het moment waar ze nu staan”*. Hiervoor doen enkele respondenten aandachtsgerichte werkvormen waarbij de aandacht gaat naar het hier en nu, zonder dat het anders hoeft. Daarnaast geeft het mindful observeren van je lichaam en de signalen veel informatie.

Authentic Movement: Een respondent noemt de methode Authentic Movement. Op verschillende manieren wordt deze methode toegepast met als doel uit de beoordeling te komen, de diepte in te gaan en de eigen wijsheid van de cliënten aan te spreken.

3.1.3 Werkvormen

Respondenten hebben veel voorbeelden genoemd van werkvormen en hun mogelijke variaties. Omdat er bijna oneindig veel mogelijkheden aan werkvormen en variaties zijn benoem ik sommige van deze voorbeelden beknopt bij het thema of doel waarvoor de werkvorm wordt ingezet. In mijn vraagstelling wordt specifiek gevraagd naar werkvormen die worden ingezet. Daarom geef ik in deze subparagraaf nog een overzicht van de belangrijkste werkvormen die respondenten genoemd hebben en die niet beschreven staan bij thema's of doelen.

Werkvormen en ruimte: Een respondent zet een werkvorm in waarbij een cliënte een eigen hoepel heeft waarbinnen haar eigen ruimte is. De therapeut probeert in die ruimte te komen en de cliënte moet de therapeut eruit houden. Hierbij zoekt ze de grens van de cliënte op en helpt daarna de cliënte haar eigen grenzen aan te geven middels het geven van uitleg.

Meerdere respondenten noemen een werkvorm voor het leren aangeven van grenzen de 'controlled approach' waarbij cliënten op elkaar aflopen en hierbij hun grenzen voelen en aangeven. Een andere werkvorm die wordt genoemd is een autoritaire oefening waarbij de therapeut EEN, TWEE of DRIE roept waarbij de cliënten de bijpassende beweging moeten maken zoals springen of gaan liggen. Sommige cliënten maken zichzelf daarbij heel klein, en doen precies wat de therapeut zegt terwijl ze daarmee eigenlijk over hun eigen grenzen gaan. Cliënten luisteren daar maar naar want *“zo doet de eetstoornis vaak ook tegen me”*. Dit is dus een werkvorm waarbij cliënten oefenen met het aangeven van grenzen en eigen stevigheid. Niet alleen ten opzichte van anderen maar ook ten opzichte van de eetstoornis.

Een ander voorbeeld van een werkvorm is het levenspad. Hierbij lopen cliënten door de ruimte en bemerken ze dat ze misschien een bepaald patroon lopen en dat die paden elkaar gaan kruisen. Dan kan worden gekeken of cliënten hun ruimte nemen hierin, voor anderen stoppen, anderen ontwijken of er tegen in gaan. De therapeut laat hierbij de cliënte zien dat er meerdere manieren zijn die goed kunnen voelen en dat dat ook zo is in het dagelijkse leven. Een andere werkvorm die wordt genoemd is een groep cliënten de ruimte laten verdelen. En dan kijken hoeveel en welke ruimte cliënten innemen. Hoe ze onderling besluiten, of cliënten vechten voor een groot stuk of genoeg nemen met een hoekje.

Aandachts- en lichaamsgerichte werkvormen: Meerdere respondenten noemen aandachtsgerichte werkvormen zoals een bodyscan, of het richten van je aandacht op ademhaling, geluiden of beelden, om cliënten zich bewust te laten worden van hun lichaam en gevoelens

Een ander voorbeeld van een werkvorm is het in twee minuten maken van een tekening van zichzelf voor en na een oefening. Cliënten mogen hier zelf invulling aan geven. Cliënten kunnen dan op papier terug zien dat ze zich anders voelen in hun lijf voor en na de sessie.

Dans: Enkele respondenten vertellen dat je niet zomaar met iedere groep kunt dansen en bewegen. Het kan helpen wanneer er een cliënte is die een beetje de leiding heeft en het fijn vindt om te dansen, dan trekt de rest zich daar aan op. Wanneer in de groep een sfeer hangt die positief is en minder beladen is dan worden ook cliënten die nieuw komen in de groep mee gesleept.

Respondenten zetten Afrikaanse dans, stampen op de vloer of andere vormen van dans in. Met als doel om cliënten te helpen hun aandacht meer op hun voeten, benen en bekken te richten en meer zichzelf te gaan voelen. Hierbij wordt genoemd dat het werken met dans in een groep lastiger is. Bij cliënten komt vaak het gevoel boven dat de bewegingen mooi moeten zijn. Een respondent noemt hierbij met cliënten zo lelijk mogelijk te gaan dansen. Waardoor ze het gevoel van mooi moeten zijn kunnen los laten. Meestal wordt dans daarom met individuele cliënten gedaan.

Spiegel: Het spiegelen door in een spiegel te kijken wordt door de meeste respondenten ingezet om aan het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving te werken.

Respondenten vertellen pas met cliënten voor de spiegel te gaan staan wanneer ze al iets meer op gewicht zijn. In de beginnende fase is het nog te moeilijk voor ze. Eerst is het nodig dat cliënten wennen aan hun lichaam en het leren verdragen. Verder noemen respondenten veel verschillende manieren en variaties waarop ze cliënten naar zichzelf laten kijken. Cliënten kunnen objectief naar zichzelf leren kijken of subjectief waarbij ze positieve en negatieve lichaamsdelen benoemen. Er wordt genoemd veel aandacht te geven aan wat er in hun hoofd afspeelt waarbij het nodig is dat cliënten deze gedachten ontladen. Hiervoor is het belangrijk dat cliënten zich vrij voelen om te zeggen wat ze echt denken. Ook als dit gaat over heftige gevoelens als walging. Wanneer wordt gespiegeld in een groep kunnen cliënten feedback aan elkaar geven en zich herkennen in de gedachten en gevoelens van de anderen.

Bij het spiegelen gaat ook aandacht uit naar hoe een cliënte het organiseert als ze naar zichzelf kijkt, in welke staat zijn cliënten als ze naar zichzelf kijken. De therapeut helpt de cliënte door te vragen wat ze nodig heeft en door interventies te doen. Cliënten leren dit terug te halen in hun dagelijkse leven. Ze leren bijvoorbeeld 'als ik in zo'n bui ben moet ik gewoon niet kijken want dan kan ik er niet van op aan wat ik zie'. Doelen bij het spiegelen zijn vaak alleen maar echt kijken naar jezelf waarbij je delen niet mooi hoeft te vinden. Met zichzelf door een deur kunnen en zich niet laten afhouden van wat ze willen, belangrijk vinden of willen doen. Vaak gaat het erom te kunnen kijken naar jezelf zonder oordeel.

Er wordt genoemd dat wanneer cliënten voor de spiegel staan ze ook gaan kijken naar wie daar eigenlijk staat. Wat voel je? En hoe gaat het met je? Hierbij wordt niet alleen gekeken naar het uiterlijk maar ook naar het innerlijk van de cliënten.

Van de Kimmenade vertelt de spiegel bijna nooit te gebruiken. Pas als cliënten zich positiever voelen in hun lichaam gaat ze dat verbinden aan wat cliënten zien in de spiegel. Op die manier kan er een gevoel komen van *"oh ik ben misschien wel een leuk mens, en zie ik er misschien ook nog leuk uit en ben ik blij met mezelf. Ook al heb ik flaporen en rare tenen"*.

Sommige respondenten die met de spiegel werken vertellen ook cliënten touwtjes te laten leggen. Hierbij leggen cliënten met een touw de omtrek van een lichaamsdeel neer. Dit kan met een touw hoe ze denken dat de omtrek is, hoe ze die voelen, hoe ze zouden willen dat die was en hoe het echt is. Een respondent geeft aan hier niet mee te werken omdat je dan vooral bezig bent met wat cliënten denken en niet met wie ze zijn of wat ze voelen. Daarnaast kunnen cliënten doen alsof om aan bepaalde verwachtingen te voldoen.

Ontspanningsoefeningen: De meeste respondenten vertellen regelmatig ontspanningsoefeningen in te zetten, zoals imaginatie oefeningen, een prettige plek visualiseren en massagevormen, bijvoorbeeld met verschillende balletjes over iemands rug rollen. Hierdoor kunnen cliënten gaan opmerken welke mate van spanning ze normaal in hun lichaam hebben. Dit opmerken is al een hele stap in de bewustwording van hun lichaam.

Enkele respondenten vertellen hierbij dat sommige ontspanningsoefeningen voor cliënten nogal spannend kunnen zijn omdat ze hun lichaam gaan voelen. Wanneer het doel dus ontspanning is, is het belangrijk hier rekening mee te houden. Om het meer ontspannen te maken gebruiken sommige respondenten mooie muziek.

Beeld, schrijven, tekenen: Meerdere respondenten geven aan soms met beeldende werkvormen te werken. Wanneer het te eng is voor een cliënten om in beweging te gaan kan dit een tussenvorm zijn. Voorbeelden die worden genoemd zijn het werken op papier, met poppetjes of andere materialen. Daarnaast vraagt een respondent al haar cliënten thuis een schriftje bij te houden, waarin ze na iedere sessie iets schrijven en/of tekenen. Dat kan ook alleen een cirkel zijn. Dit schriftje is voor de cliënten zelf zodat ze leren om iets terug te geven en woorden leren creëren.

Verder worden door enkele respondenten nog rollenspellen en samenwerkingsoefeningen genoemd. Door realistische situaties na te spelen kunnen cliënten inzicht vergaren en oefenen met vaardigheden die ze willen ontwikkelen. Daarnaast kan een rollenspel helpen om te verinnerlijken wat iemand wil in het leven. Door met het lichaam te werken wordt dit effect versterkt.

3.2 Therapeut

3.2.1 Therapeutische houdingen

Smeijsters (2008, p. 69) beschrijft het verschil tussen therapeutische technieken en therapeutische houdingen. Hij beschrijft: "de therapeutische houding zegt iets over de persoonlijke opstelling van de creatief therapeut". Deze definitie gebruik ik om deze resultaten te ordenen.

Meerdere respondenten geven aan dat het belangrijk is dat de therapeut affiniteit heeft met de doelgroep. Begaan zijn met de cliënten en een welkome, oordeelvrije houding zijn nodig om cliënten de ruimte te geven zichzelf te ontwikkelen.

De meeste respondenten vertellen een steunende en accepterende houding te hebben. Het is belangrijk cliënten het gevoel te geven dat het oké is wat ze denken, voelen en ervaren. Als therapeut kun je daar wel iets naast stellen: 'Wil je het gewoon een keer proberen op een andere manier om te kijken hoe je dat ervaart?'. Meerdere respondenten staan hierbij zo open mogelijk voor de cliënten. Zodat cliënten voelen dat de therapeut er voor hun is wanneer ze die nodig hebben. Van de Kimmenade voegt toe: *"dat ze maar weten dat jij voor de containing zorgt. En dan komt de rest van zelf"*. Daarnaast moet de therapeut open staan voor de wijsheid van cliënten en het aandurven om iets niet te weten.

Meerdere respondenten geven aan dat soms een directievere houding nodig is. Bijvoorbeeld wanneer cliënten vermijden reageren enkele respondenten daarop door te confronteren.

De meeste respondenten noemen ook het geven van ruimte en steunen zodat de cliënten zelf mogen groeien. De Hoog noemt het *"cliënten leren om hun eigen 'processor' weer aan te zwengelen"*. Zodat ze zelf dingen gaan opstarten en zelf dingen gaan doen. Respondenten zetten de kanttekening erbij dat ruimte geven belangrijk is maar dat je ook niet te meegaand moet zijn. Soms hebben cliënten begrenzing nodig zodat de situatie veilig blijft. De meeste respondenten zeggen cliënten veel ruimte te geven voor gevoelens die er op dat moment zijn, en dat die gevoelens er mogen zijn. De accepterende houding van de therapeut komt hier naar voren.

Een respondent geeft aan cliënten te laten merken dat ze belangrijk vindt wat cliënten voelen en daar respect voor heeft. Hierdoor kunnen cliënten gaan beseffen dat ze mogen luisteren naar hun gevoel. Deze houding helpt cliënten om meer zelfvertrouwen te gaan voelen. Daarna kan de therapeut gaan kijken of dat wat je voelt nog klopt met je huidige werkelijkheid of dat het oude gevoelens zijn.

3.2.2 Interventies en therapeutische technieken

Smeijsters (2008, p. 69) definieert therapeutische techniek als: "De therapeutische techniek zegt meer concreet iets over de wijze waarop de creatief therapeut intervenieert. Een therapeutische techniek is een enkele kortdurende handeling door de creatief therapeut in het medium of verbaal, voor, tijdens of na het werken in het medium, waarmee de creatief therapeut bij de cliënt een onmiddellijke reactie uitlokt of zijn onmiddellijke beleving probeert te beïnvloeden." Omdat interventies en therapeutische technieken in de literatuur en de reacties van de respondenten dicht bij elkaar liggen beschrijf ik beide begrippen in deze subparagraaf.

Observaties: De meeste respondenten vertellen veel observaties te doen en deze ook terug te geven aan cliënten. Cliënten hebben namelijk vaak een heel negatief zelfbeeld en zijn zich niet bewust van wie ze zijn. Door observaties te benoemen kunnen ze dingen gaan herkennen en hun identiteit en zelfbeeld ontwikkelen. En van daar uit gaan accepteren. Het benoemen kan cliënten helpen om meer toegang te krijgen tot hun gevoel. Enkele respondenten geven aan te kijken naar wat er in het lichaam gebeurt en hoe cliënten hun lichaam organiseren. Op basis van deze observaties kan de therapeut de cliënt helpen om bijvoorbeeld haar benen weer meer te kunnen voelen. Het soort interventie kan van

alles zijn en wordt afgestemd op het moment en op de cliënt. Observaties worden door de meesten niet geïnterpreteerd. Veel respondenten vragen na bij cliënten of het klopt en wat het voor hun betekent. Dit ondersteunt weer het eigene van de cliënt. Het oordeelvrij benoemen van observaties kan bij cliënten gevoelens los maken en kan cliënten zich gezien laten voelen. De Therapeut geeft daarmee het gevoel dat cliënten er mogen zijn. Het benoemen van observaties wordt door een respondent genoemd als een belangrijk element in zelfontwikkeling. De cliënt kan dan nagaan of zij dit ook zo ervaart en welke betekenis die lichamelijke gewaarwordingen, gebaren of dat gedrag hebben.

Psycho-educatie/uitleg geven: De meeste respondenten geven uitleg aan cliënten. Wanneer cliënten namelijk inzicht hebben in hoe iets werkt kan dat steunend zijn. Daarnaast helpt het de motivatie van cliënten wanneer ze beter begrijpen hoe ze iets kunnen doen. Door het geven van uitleg en voorbeelden gaan cliënten processen begrijpen.

Er wordt cliënten uitgelegd dat er geen goed/fout is. Alles is een keuze en aan keuzes hangen leuke en minder leuke consequenties vast. Dit moeten cliënten gaan leren verdragen. Daarnaast wordt cliënten uitgelegd dat zij zelf de regie hebben en niet de eetstoornis.

Confronteren: Meerdere respondenten vertellen dat steunen belangrijk is maar dat soms confronteren of doorvragen nodig is. Vaak willen cliënten het niet over hun gevoelens hebben. De therapeut moet dan wel een beetje tactvol proberen toch te komen bij waar het over gaat. Ze kunnen je heel mooi verleiden om in die vermijding mee te gaan maar daar worden ze niet beter van. Als therapeut is het nodig je hiervan bewust te zijn. Groot noemt confronteren *“bij de moeilijke onderwerpen blijven en cliënten niet laten ontsnappen”*.

Uitdagen: Enkele respondenten noemen uitdagen en positief stimuleren als belangrijke technieken. Wanneer cliënten bijvoorbeeld iets niet durven kan de therapeut ze stimuleren door ‘probeer het maar eens’. Hieruit blijkt vaker dat de ervaring anders is dan dat cliënten van tevoren denken. Door uit te dagen en door te vragen kan verbinding worden gemaakt naar de eetstoornis en verkrijgen cliënten meer zelfinzicht. Cliënten kunnen nieuwe ervaringen opdoen en daarmee een leren daarmee een andere kant kennen. Waar ze vaak naar op zoek zijn binnen het zelf en het ontwikkelen van de identiteit. Door middel van uitdaging kun je aan negatieve ervaringen die cliënten hebben gehad een positieve ervaring koppelen. Enkele respondenten zetten hierbij veel positiviteit en bekrachtiging in. De oordeelvrije houding van de therapeut ondersteunt de cliënten in dit proces.

Verbinden: Respondenten verbinden op verschillende momenten. Een eerste moment is om een oefening die een therapeut aanbiedt zin te geven. De Hoog geeft aan cliënten te laten begrijpen van waaruit een oefening komt zodat ze weten dat er een link zit waarin ze iets kunnen leren. Van de Kimmenade vertelt hierover dat ze cliënten bewust niet laat weten met welk doel ze een oefening aanbiedt. Cliënten doen vaak precies wat je zegt en willen aan verwachtingen voldoen waardoor ze niet meer bij zichzelf blijven.

Een tweede moment waarop respondenten verbinden is om een ervaring betekenis te geven of te koppelen aan het dagelijks leven. Deze verbinding is nodig om een ervaring te laten beklijven.

Humor: Therapeuten zetten vaak humor in om vertrouwen van cliënten te krijgen. Het maken van grapjes tussendoor zorgt tegelijk voor wat lucht in de situatie. Humor kan daarnaast ontspanning geven tijdens sessies die nodig is om de sfeer wat te verlichten. Humor kan dingen los maken die niet los komen zonder humor.

Begrenzen: Er zijn cliënten die soms extreem gaan bewegen in de zaal of zichzelf uitputten. Het is dan nodig om cliënten te begrenzen. Dit kan door de cliënten te confronteren met wat ze doen. Hiervoor is wel een veilige situatie en relatie nodig. Een respondent noemt hierbij niet mee te gaan in hoe cliënten omgaan met hun lichaam. Begrenzen van de cliënten zorgt daarnaast ook voor veiligheid.

Mee bewegen: Het mee bewegen met de cliënt, ook tijdens het praten, kan helpen om ze in beweging te laten komen. Wanneer de therapeut stil zit zullen de cliënten nog meer bevriezen dan ze vaak al waren.

Zelfonthulling en normaliseren: Meerdere respondenten geven aan soms iets over zichzelf te delen met cliënten. Dit helpt cliënten te zien dat het allemaal niet zo gek hoeft te zijn en dat alle mensen wel eens nare gevoelens hebben. Het maakt de situatie minder zwaar en menselijker.

3.2.3 Therapeutische relatie

De therapeutische relatie is de relatie tussen therapeut en cliënt. Aangezien deze actief beïnvloed wordt door de therapeut beschrijf ik deze relatie vanuit de therapeut. Respondenten stellen dat de therapeutische relatie erg belangrijk is. Het is een basis van waaruit je kan werken.

Veiligheid en vertrouwen: De meeste respondenten geven aan dat een veilige therapeutische relatie van belang is. Soms heeft die relatie het nodig om even meer tijd in te investeren. Het vertrouwen dat een cliënt in de therapeut heeft is nodig om zichzelf te kunnen laten zien.

Hoe realiseer je nou vertrouwen en veiligheid in de relatie? Vertrouwen moet groeien en is een heel proces. Bij sommige cliënten is het er erg snel en bij anderen pas na een jaar. Dit geeft de therapeut weer informatie over hoe de cliënt vertrouwensrelaties aangaat. De accepterende houding is hierbij belangrijk. Er wordt gewerkt vanuit de behoeftes van cliënten en cliënten krijgen de ruimte om zelf met dingen komen. Bij die accepterende houding is het belangrijk om niet te oordelen en dingen heel erg bij de cliënt te laten. Voor een vertrouwensrelatie is openheid en de connectie tussen cliënt en therapeut van belang. Er wordt verteld dat het contact en vertrouwen ontstaat wanneer de therapeut affiniteit heeft met de doelgroep. Dat de therapeut cliënten laat voelen dat ze leuk zijn. Daarnaast wordt genoemd dat het vertrouwen ook vanuit de therapeut naar de cliënt nodig is. Waarbij de therapeut regels afsprekt met cliënten waarbij ze het vertrouwen uitsprekt.

Van de Kimmenade vertelt bij de kennismaking haar eigen verhaal als ervaringsprofessional. Dit zorgt al snel voor vertrouwen omdat cliënten zich snel begrepen voelen, herkenning vinden en minder schaamte voelen. Door het eigen verhaal te delen krijgen cliënten ook hoop dat ze van de eetstoornis af kunnen komen.

Betrouwbaarheid: Het is belangrijk dat cliënten het vertrouwen hebben dat ze met alles mogen komen. Dat de therapeut ook de hele moeilijke gevoelens kan verdragen. Meerdere therapeuten vertellen dat alle gevoelens welkom zijn zelfs die waar ze zelf niet trots op zijn. Groot noemt dit het allerbelangrijkste om een soort welkom te geven aan welk gevoel dan ook.

Samen: In de therapeutische relatie is het van belang om samen te werken. Met een samen-relatie wordt het meest bereikt binnen in behandeling. De relatie bij cliënten met anorexia is extra belangrijk omdat ze vaak een soort houvast hebben in de eetstoornis. Die eetstoornis is van hun en daar mag niemand aankomen. De eetstoornis in hun manier om autonomie te hebben. De samen-relatie is belangrijk omdat cliënten anders hun eetstoornis niet zullen loslaten. Samen onderzoeken therapeut en cliënt wat er nu eigenlijk gebeurt. Cliënten leren hierdoor meer mogelijkheden kennen. Wanneer cliënten van zichzelf beter leren begrijpen hoe ze dingen doen, kan de therapeut daar ook beter op aansluiten.

Cliënten hebben meestal een doel maar weten niet hoe ze dat doel kunnen bereiken. Door er samen aan te werken krijgt de cliënt de kans om het op haar eigen manier te ontwikkelen. In plaats van iets wat de therapeut haar aanleert. Dit kan de cliënt ook weer een gevoel van controle geven. Samenwerken betekent ook dat de therapeut de cliënten hun eigen verantwoordelijkheid geeft.

Van de Kimmenade geeft het belang van samenwerken met de cliënt aan: *“ik zou niet weten hoe je niet zou kunnen samen werken”*.

Afstemmen op cliënt: De meeste respondenten geven aan dat afstemmen en aansluiten bij de cliënten erg belangrijk is. Wat heeft een cliënt nodig? Meerdere respondenten geven aan cliënten te observeren en vervolgens een passende werkvorm te kiezen. Hierbij moet rekening gehouden worden met de individualiteit aangezien iedere cliënt haar eigen lichaamstaal heeft. Daarnaast is het afhankelijk van de cliënt die de therapeut voor zich heeft welke houdingen goed werken op welk moment. De therapeut kan bij de kennismaking aan de cliënt vragen wat ze als therapeut wel moet doen en wat ze absoluut niet moet doen. Dit geeft veel informatie over hoe de cliënt het fijn vindt om benaderd te worden en geeft de therapeut de mogelijkheid om nog beter op de individuele cliënt af te stemmen.

Meerdere respondenten werken aan de ontwikkeling op basis van wat cliënten hen geven. Door wat de therapeut ziet in het lichaam van een cliënt te vergroten en sterker te maken kunnen cliënten zichzelf opnieuw leren kennen en kunnen ze bewust worden van de dingen die ze doen.

Afstemming op cliënt zorgt ook voor een veilig gevoel doordat de therapeut de cliënt ziet en eigenheden accepteert. Het individueel gericht werken waarbij afstemming op de cliënt plaats vindt is van groot belang. De cliënt leidt en de therapeut is er alleen om de tools te bieden, inzichten te geven en dingen te kunnen verklaren. Inspelen op hoe het op het moment met de cliënt is en wat er op dat moment het belangrijkste lijkt. Hoe groter de rugzak met kennis en ervaring van de therapeut is, hoe beter de therapeut op de cliënt kan afstemmen.

Resonantie: Enkele respondenten geven aan dat wat de intuïtie vertelt toch ergens vandaan komt. Soms uit een observatie en soms uit het eigen lijf van de therapeut. Er vindt een soort resonantie plaats tussen cliënte en therapeut. Wat de therapeut in haar eigen lijf voelt kan van de cliënte zijn. Door dit te benoemen en checken kan het zijn dat de cliënte het verschil ook gaat voelen. Het eigen lijf kan op deze manier als mede informatiebron gebruikt worden. Het blijft wel belangrijk om het na te vragen bij de cliënte.

Voor deze doelgroep is het soms goed om te laten zien dat er fouten gemaakt mogen worden. Want anders doet de therapeut wat cliënten ook graag willen. Perfect zijn. Hierin kan de therapeut een voorbeeldrol aannemen. Daarnaast vindt er een veilige hechting plaats wanneer de cliënte kan voelen dat de therapeut er voor haar is. Ondanks dat de therapeut bijvoorbeeld een afspraak afzegt of de telefoon niet opneemt.

3.3 Cliënt

3.3.1 Eigenschappen

Uit de data-analyse kwam naar voren dat veel respondenten typische eigenschappen van cliënten met anorexia noemen. Hieronder beschrijf ik beknopt de eigenschappen die van invloed zijn op de zelfontwikkeling.

Angst en weerstand: Vaak zit bij cliënten een gevoel van angst. Bang om te falen, om het niet goed te doen. Dit kan belemmeren dat cliënten de stap durven zetten om zich te ontwikkelen. Wanneer dit bij een cliënte voor komt is het belangrijk dat ze zichzelf beter gaat begrijpen. Begrijpen dat het de angst zelf is die haar belemmert. En van zichzelf mogen accepteren dat het ook spannend is en dat die angst voelen niet vreemd is.

Zoals bij de therapeutische relatie beschreven is er een vertrouwd contact nodig tussen cliënten en therapeut. Cliënten zijn namelijk vaak angstig om te gaan voelen, waardoor ze weerstand hebben tegen bepaalde oefeningen en ervaringen. Respondenten geven aan dat die weerstand verlaagd kan worden door ruimte te geven en de weerstand en angst te accepteren. Samen kun je dan gaan onderzoeken waar de angst en weerstand vandaan komen zodat het misschien wat kan gaan zakken.

Vermijding: De meeste respondenten geven aan dat cliënten vaak vermijden om contact te maken met hun gevoel of stil te staan bij zichzelf. Vaak walgen ze van hun lijf en vinden ze het verschrikkelijk. Enkele respondenten geven aan samen met cliënten de vermijding te gaan onderzoeken. Er wordt ook genoemd dat bij vermijding soms een stukje confrontatie nodig is.

(Intrinsieke) motivatie: Veel respondenten geven aan dat motivatie vanuit de cliënten nodig is om tot zelfontwikkeling te komen. De therapeuten zijn er om mogelijkheden te bieden om te kunnen veranderen. Maar de cliënten zullen zelf ook moeten willen veranderen. Een respondent geeft aan soms te confronteren om dit duidelijk te maken. Bij deze confrontatie is ook wel een steunende houding nodig. Een respondent geeft aan te zoeken naar persoonlijke ontwikkeling, maar soms is werken aan gewichtsverandering ook noodzakelijk en zal een cliënte die stap moeten willen zetten. Vanzelfsprekend noemt zij dat er dan ook altijd aandacht voor alle andere belangrijke aspecten is.

Omdat de motivatie in de behandeling vaak wat op en neer gaat brengen therapeuten soms de motivatie weer even in herinnering 'Hoe was het hiervoor en waarom wilde je dat niet meer?'.

Trauma: Meerdere respondenten geven aan dat een aanzienlijk deel van cliënten met anorexia ook een trauma heeft. Een trauma maakt de lichaamsbeleving en autonomie nog ingewikkelder. Het trauma moet dan ook behandeld worden omdat het individuatie en herstel van anorexia in de weg staat. Vanuit het trauma kunnen cliënten zich namelijk schuldig voelen naar zichzelf of negatief over hun lichaam zijn.

Hechting: Sommige cliënten kunnen zich niet goed hechten, anderen vertrouwen of kunnen geen contact maken. Wanneer de therapeut dit constateert is het nodig dit te herstellen om de zelfontwikkeling te kunnen bevorderen.

Van de Kimmenade doet nog twee uitspraken over typische eigenschappen van deze cliënten. *“ze hebben geen interne stop, en als je die niet hebt kun je ook niet assertief worden en dan kun je ook geen identiteit ontwikkelen”* en *“het zijn vrouwen die heel erg gezien willen worden, maar eigenlijk er doodsbang voor zijn dat ze gezien worden”*.

Groepsdynamica: Soms is het nodig om het gevoel van samen in een groep te vergroten. Cliënten met anorexia zijn namelijk vaak erg op zichzelf. Dit komt het zowel het groepsproces als de individuele processen niet altijd ten goede. De groep kan veel steun geven, motiveren en een gevoel van herkenning geven. Van elkaar kunnen cliënten bijvoorbeeld beter horen dat ze te dun zijn dan van een therapeut. Veel respondenten zetten dit bewust in waarbij ze cliënten elkaar feedback laten geven. Daarnaast kunnen cliënten in een groep leren om beter bij zichzelf te blijven door zich minder aan te passen aan de groepsleden. Enkele respondenten geven aan dat het in een groep snel over groepsdynamica gaat. Bij een individuele sessie kan echt worden ingegaan op wat een cliënte nodig heeft en gaat het al vrij snel over zelfontwikkeling. Door de groepsdynamica te observeren wordt inzichtelijker hoe cliënten met anderen omgaan.

3.3.2 Emoties en gevoelens

De meeste respondenten halen emoties en gevoelens aan als belangrijk aspect van de cliënten waar rekening mee moet worden gehouden. Om te beginnen met gevoel kan de therapeut starten met verwarring. Het niet weten is namelijk ook een gevoel. Door meer schakeringen in gevoelens te noemen wordt het kader van cliënten groter. Een respondent vraagt aan het eind van een sessie aan de cliënte hoe ze het vond en waar ze dat kan voelen in het lichaam. Door gevoel fysiek te maken wordt het laagdrempeliger en kan het als thema ontstaan.

Door middel van ontspanningsoefeningen kan aandacht gegeven worden aan emoties en gevoelens die cliënten vasthouden in hun lijf. Waarbij cliënten zichzelf en hun gevoelens leren kennen. Een gevoel is er namelijk niet in een keer, maar bouwt zich op. Wanneer cliënten beseffen dat het niet in een keer komt kunnen ze de stapjes gaan herkennen bij zichzelf.

Cliënten hebben het nodig de ruimte te krijgen om dingen meer naar buiten te kunnen brengen. Boosheid is hierin ook het afzetten tegen anderen. Wetzels noemt als voorbeeld een cliënte die geen ernstig ondergewicht had maar wel met haar identiteit en autonomie overhoop lag. De cliënte gaf aan dat het allemaal heel goed ging (vermijding) maar kwam niet bij haar gevoel. Wetzels heeft een werkvorm ingezet om de cliënte bij haar gevoel te krijgen. Dit was nodig om het mogelijk te maken om te gaan werken aan die zelfontwikkeling, identiteit en het durven aangeven van grenzen.

3.3.3 Relatie met de eetstoornis

Meerdere respondenten geven aan met de cliënten te onderzoeken wat hun relatie is met de eetstoornis. Cliënten hebben de eetstoornis nodig om spanning en emoties te kunnen reguleren. Door middel van verschillende werkvormen kunnen cliënten gaan herkennen dat de eetstoornis zelf ook spanning geeft. Cliënten krijgen inzicht in de spanningsopbouw waardoor ze ook leren ingrijpen voordat de spanning te hoog is. Zo kan het nodig zijn om even uit de situatie te stappen of om afleiding te zoeken. Zodra ze de spanning goed kunnen reguleren hebben ze daar de eetstoornis niet meer voor nodig.

Meerdere respondenten geven aan dat symbolisch werk vaak gaat over de relatie met de eetstoornis. Door middel van inbeeldingsoefeningen wordt onderzocht hoe cliënten reageren op de eetstoornis. Waardoor cliënten bewust worden van bepaalde patronen die er zijn. Het gevecht met de eetstoornis kan zichtbaar worden middels symbolisch werk. Samen met de cliënte kan de therapeut inzichtelijk maken waarom de cliënte de eetstoornis heeft ontwikkeld en wat haar relatie met de eetstoornis is. Dit kan bijvoorbeeld door oefeningen met visualisaties in te zetten zoals de continuüm oefening. Waarbij de 'gezonde ik' aan een kant 'ligt' en de eetstoornis aan de andere kant. Hierna wordt gekeken waar de cliënte nu staat en kan de cliënte bewegen tussen de gezonde ik en de eetstoornis. Hierbij wordt ook gekeken naar de voor- en nadelen van de eetstoornis.

Van de Kimmenade draait om wat veel klinieken tegen cliënten zeggen, zij vraagt: *“wat is daar in die eetstoornis nou zo fijn, dat je daar zelfs dit voor over hebt, hoe je nu met jezelf omgaat?”*. Dit geeft weer inzicht in welke functie de eetstoornis heeft voor de cliënte heeft en welke oorzaken er mee spelen. Afscheid nemen van de eetstoornis is een rouwproces. De eetstoornis had een functie en heeft een cliënte lang geholpen. Dit rouwproces mag er zijn.

3.4 Zelfontwikkeling

Zelfontwikkeling beschrijf ik met de begrippen zelfvertrouwen, zelfacceptatie, zelfwaardering, autonomie, eigen identiteit en zelfbeeld. Per begrip geef ik aan wat het begrip inhoudt, welke doelen eraan verbonden zijn en hoe het bij de cliënten speelt.

Een respondent noemt dat bij deze doelgroep de eerste sleutel naar het zelf het gewaar worden van je lichaam wat je voelt en wat er gebeurt in je lijf. Meerdere respondenten noemen dit contact met het

lichaam en met het gevoel. Het leren opmerken van lichaamssignalen en hieraan betekenis geven is een stap in het krijgen van dit contact. Het aanwezig kunnen zijn in je eigen lijf, je eigen lijf voelen zodat je ook meer ruimte inneemt met je lichaam. Het leren om beter af te kunnen stemmen op jezelf en daarin beter voor jezelf kunnen zorgen, dan kun je ook anders naar jezelf gaan kijken

Enkele respondenten vullen verder aan dat het belangrijk is dat cliënten een stukje dichter bij zichzelf komen. Dat ze bij zichzelf durven en kunnen stil blijven staan, ervaren en voelen wat er in hen zelf gebeurt.

Wanneer cliënten nog niet op gewicht zijn worden doelen genoemd als het beleven van plezier in beweging, dat cliënten meer om hulp mogen vragen of steun mogen krijgen en afleiding. Middels ontspannings- of massagevormen meer richten op zichzelf en leren om voor zichzelf te zorgen of wat vriendelijker en minder streng naar zichzelf te zijn. Het oordeelvrij naar zichzelf kunnen kijken in een spiegel komt wanneer cliënten meer op gewicht zijn.

De Hoog noemt dat een belangrijk doel voor de cliënten is *‘om het contact met het lijf weer te gaan voelen en van daar uit ook weer meer gaan waarnemen bij zichzelf en ook meer gaan voelen bij zichzelf zodat ze ook weten aan de hand van hun eigen lichaam, bijvoorbeeld grenzen aan kunnen geven of kunnen nagaan wat ze nou eigenlijk willen of op die manier eigenlijk willen werken aan autonomie of op die manier werken aan vertrouwen op jezelf, op je eigen lichaam’*.

3.4.1 Zelfvertrouwen

Wat is zelfvertrouwen? Zelfvertrouwen wordt gezien als een van de belangrijkste stappen van het werken aan een eetstoornis. Vertrouwen in jezelf, hoe je jezelf ziet, dat je dingen kunt en dat je daar ook achter staat. Enkele respondenten zeggen dat zelfvertrouwen overkoepelend is en dat hoe verder een cliënte komt in het verdragen, wennen en accepteren hoe meer zelfvertrouwen iemand ook kan krijgen en hoe fijner het voelt.

Hoe speelt het bij de cliënten en wat is nodig om het te verkrijgen? Er speelt vaak veel onzekerheid bij deze cliënten omdat ze proberen te voldoen aan een soort beeld van hoe ze willen zijn. Enkele respondenten laten cliënten kennismaken met de wijsheid van hun lichaam. Zodat ze leren te vertrouwen op dat wat het lichaam aangeeft. Dit is belangrijk om mee te nemen in een beslissing om niet alleen van het hoofd en gedachten alles te doen. Wanneer cliënten contact maken met hun lichaam kan er meer vertrouwen ontstaan.

3.4.2 Zelfacceptatie

Wat is zelfacceptatie? Een respondent vertelt dat zelfacceptatie in essentie er over gaat dat iemand accepteert wat ze aan gevoelens, behoeftes en verlangens in zich draagt. En dat iemand daar adequaat op kan reageren. Meerdere respondenten noemen zelfacceptatie een groot woord te vinden. Zij zouden eerder zeggen het zelf kunnen verdragen en het enigszins met zichzelf door een deur kunnen. Het verdragen gaat niet alleen over jezelf of je lichaam leren verdragen. Maar ook leren verdragen dat dingen niet altijd gaan zoals een cliënte wil. Het mogen voelen en toelaten van gevoelens is ook een stuk acceptatie.

Hoe speelt het bij de cliënten en wat is nodig om het te verkrijgen? Meerdere respondenten vertellen dat cliënten eerst hun lichaamssignalen moeten leren kennen om zich bewust te worden van emoties en gevoelens. Hoe meer een cliënte zich bewust is van haar emoties en gevoelens hoe meer ze het oké zal vinden dat ze er zijn. Wanneer een cliënte kan accepteren dat ze bijvoorbeeld verdrietig is en het er mag zijn, zal ze ook een stukje meer zelfwaardering ontwikkelen. Zelfacceptatie wordt hierin gezien als een stap naar zelfwaardering.

Dat zelfacceptatie een grote stap is wordt ook uitgelegd aan cliënten die dit zelf tot doel hebben. Een respondent legt dit uit aan de hand van de metafoor van de treinreis: als je met de trein van Heerlen naar Amsterdam gaat ben je niet in een keer daar. De tussenstations zijn eerst nog verdragen hoe je lichaam nu is, je lichaam waarnemen zoals het is en dan pas kun je het accepteren zoals het is. Anders zul je het nooit gaan waarderen. Accepteren dat gevoelens er mogen zijn is vaak een hele stap voor cliënten.

3.4.3 Zelfwaardering

Wat is zelfwaardering? Respondenten noemen dat zelfacceptatie en zelfwaardering sterk samen hangen. Zelfwaardering wordt benoemd als het positief naar jezelf kunnen kijken, blij met jezelf kunnen zijn. Enkele respondenten geven aan het lichaam bij de zelfwaardering te betrekken omdat het bij anorexia gelinkt is. Het gaat er bij cliënten om of ze zichzelf kunnen waarderen en accepteren ondanks dat ze zichzelf niet mooi vinden of perfect zijn.

Hoe speelt het bij de cliënten en wat is nodig om het te verkrijgen? Bij cliënten speelt de gedachte dat als ze niet goed zijn zoals ze zijn, ze zichzelf ook niets waard vinden. Cliënten mogen er van zichzelf vaak niet zijn met hun gevoelens. In het beginstadium is de zelfwaardering vaak erg laag. Positieve ervaringen opdoen kan een cliënte helpen om de zelfwaardering te verbeteren. Een respondent ziet dat wanneer cliënten na de stap zelfacceptatie zichzelf nog niet waarderen ze vaker terugvallen in de eetstoornis. Groot noemt: *“Mijn oprechte interesse in wat zij beleven. Ik denk dat dat het meeste gevoel van eigenwaarde geeft uiteindelijk”*.

3.4.4 Autonomie

Wat is autonomie? Autonomie wordt omschreven als het zelf maken van keuzes, dingen uitspreken over wat je vindt en anderen durven en mogen confronteren. Een respondent noemt autonomie het leren wie jezelf nou echt bent en wat je wil in je leven. Verder wordt genoemd het bij zichzelf kunnen blijven, stop kunnen zeggen op eigen benen kunnen staan en het onafhankelijk denken van anderen.

Hoe speelt het bij de cliënten en wat is nodig om het te verkrijgen? Enkele respondenten geven aan de cliënten te stimuleren om zelf de regie in handen te gaan nemen. Als therapeut laten ze weten er te zijn voor de cliënten, cliënten te ondersteunen maar ook de cliënten te volgen in hun behoeftes en verlangens. Deze houding helpt de cliënten meer eigen keuzes te gaan maken en daarmee de eigen autonomie te vergroten. Door vanuit de cliënte te werken in plaats van buiten af kunnen cliënten zelf dingen gaan ontdekken. Enkele respondenten vertellen dat het ontwikkelen van assertiviteit bij de autonomie hoort. Om assertiever te worden is het handig om stevig te staan, je stem te kunnen gebruiken en aan te voelen waar je grenzen liggen. Dit punt komt vaak naar voren wanneer cliënten weer gaan re-integreren in het dagelijkse leven.

Als volwassene moet je je eigen keuzes maken en zelfstandig in het leven staan. Kiezen welke studie je wil volgen en opkomen voor jezelf. Dit zijn allemaal doelen voor cliënten om te leren. 'Ik wil leren om mijn grenzen te kunnen aangeven en ik wil leren om meer ruimte te kunnen en durven innemen voor mezelf.' Een respondent geeft aan eerst autonomie op te bouwen met cliënten. Cliënten moeten eerst weten wie ze zijn voordat ze zichzelf kunnen waarderen. Dan moet een cliënte leren verdragen wat ook niet zo leuk is aan zichzelf. Ieder mens heeft leuke en minder leuke kanten. Het ontdekken van jezelf is dus niet altijd even leuk. Deze minder leuke stukjes horen wel bij iemand en daar moeten cliënten mee leren omgaan. Hier hangt dan een stukje eigenwaarde aan: Kan ik mezelf waarderen met deze minder leuke eigenschap? Pas dan kun je bij zelfwaardering komen: zo ben ik, en misschien is dat wel helemaal goed. Hierbij is het belangrijk om ontwikkelingsgericht te kijken naar hoe iemand écht is.

Soms komen cliënten erachter dat ze niet weten wat ze willen omdat ze altijd bezig zijn om anderen gunstig te stellen. Een respondent geeft aan hiervoor een werkvorm aan te bieden waarbij in een individuele sessie de cliënte en zij zelf dansen. Hierbij probeert de cliënte om bij zichzelf te blijven en de therapeut ook.

Een respondent geeft aan dat cliënten vaak erg sensitief zijn. Ze voelen wat een andere doet en 'moeten' daar dan in mee. Om de autonomie te vergroten moeten cliënten gaan leren bij zichzelf te blijven en stop te zeggen. Hierbij is het nodig om in bewegingstherapie cliënten contact te laten maken met wat ze voelen, wat ze willen en wat hun behoeftes zijn. Dit contact kan vervolgens gebruikt worden om autonoom te worden.

3.4.5 Eigen identiteit

Wat is eigen identiteit? Meerdere respondenten noemen bij het ontwikkelen van identiteit de vraag: *“Wie ben ik?”*. Verder wordt genoemd: 'wat kenmerkt je?'. Cliënten met anorexia weten soms niet meer wie ze zijn. Ook de vragen 'wie wil ik graag zijn?' 'wat kan ik allemaal en wat niet?' zijn een groot punt bij deze cliënten. *“Als ik geen eetstoornis meer heb, wie ben ik dan?”*. Identiteit ook gaat over de vragen: 'Wie wil ik graag zijn? Wat kan ik allemaal en wat allemaal niet?'.

Hoe speelt het bij de cliënten en wat is er nodig om eigen identiteit te verkrijgen? Wetzels ziet een verschil tussen cliënten die Anorexia ontwikkelden in hun pubertijd of pas na hun twintigste levensjaar. Zij ziet dat cliënten die Anorexia ontwikkelden tijdens de pubertijd de identiteit missen en aangeven: 'als ik geen eetstoornis meer heb, wie ben ik dan?'. Cliënten die na hun pubertijd Anorexia ontwikkelden weten vaak al beter van zichzelf wat ze leuk vinden, waar ze staan in het leven en waar ze van kunnen genieten. Waardoor de zelfontwikkeling sneller en gemakkelijker gaat. Bij deze conclusie zet ze de kanttekening dat het toeval kan zijn en niets hoeft te betekenen. Maarse herkent dat jongere cliënten nog niet helemaal zijn gevormd. Zij weten vaak nog niet goed wat ze willen. De Hoog heeft dit niet zo expliciet gezien maar geeft aan het wel logisch te vinden. Ze vertelt *“als je al wat identiteit hebt*

opgebouwd zonder een eetstoornis ben je veel sterker, dan heb je een bepaalde basis waarop je terug kunt vallen. Wanneer je dit niet hebt dan wordt de eetstoornis eigenlijk je basis, een soort identiteit". Daarom is het misschien zo lastig om een eetstoornis los te laten, omdat het heel erg verinnerlijkt is. Enkele respondenten werken vanuit de kern en gericht op 'wie ben ik nou? Wat wil ik nou?'. Er is geen goed of fout en alleen wat een cliënte wil in haar leven. De therapeut is er om dat te versterken en dan vinden cliënten hun eigen weg waarbij de therapeut ter ondersteuning meeloopt. Een respondent vertelt dat het stukje autonomie en eigen identiteit bovenaan staan in de behandeling. Cliënten hebben een ongelofelijke capaciteit en mooie kwaliteiten. Samen met de cliënte gaat de therapeut daarnaar zoeken om dit verder te ontwikkelen. Cliënten hebben vaak een ideaalbeeld van hoe ze willen zijn. Dit strookt vaak niet met de realiteit. Een respondent vertelt dat de eetstoornis pas weg kan wanneer cliënten zoeken naar 'wie ben ik?' en die ik ook kunnen erkennen.

3.4.6 Zelfbeeld en zelfbeleving

Wat is zelfbeeld en zelfbeleving? De meeste respondenten vertellen dat zelfbeeld een verzamelwoord is waar ook lichaamsbeeld en zelfbeleving onder vallen. Verder is er niet veel overeenstemming. De Hoog noemt het zelfbeeld: *"alles wat je zelf kan, je eigen beeld over jezelf en hoe je dingen doet"*. Hagedoorn noemt zelfbeeld als *'hoe je denkt dat je er uit ziet'*. Ze noemt dat er meerdere aspecten aanzitten zoals hoe een cliënte zichzelf ziet, hoe ze er graag uit wil zien en hoe het eigenlijk is. Groot vertelt hierbij dat lichaamsbeeld en zelfbeeld twee heel verschillende dingen zijn. Lichaamsbeeld is een maar een deel van het zelfbeeld. Het zelfbeeld is een heel beeld van jezelf en gaat over hoe je jezelf ziet, wat er aan je te beleven is, in sociale contacten, hobby's, werk en vriendschappen. Meerdere respondenten geven daarbij aan dat zelfbeleving en lichaamsbeleving zijn hoe je jezelf vóelt. Zelfbeeld en lichaamsbeeld geven meer aan hoe je denkt dat je bent of er uitziet. Zelfbeeld en zelfbeleving liggen dicht bij elkaar en beïnvloeden elkaar. Hoe je je voelt zo kun je ook gaan denken en hoe je denkt zo kun je je weer gaan voelen.

Lichaamsbeeld en lichaamsbeleving: Het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving worden genoemd als de onderdelen van het zelfbeeld waaraan wordt gewerkt binnen de bewegingstherapie. Een respondent noemt het liever niet lichaamsbeeld verbeteren maar eerder het lichaam realistischer gaan zien. Sommige respondenten zeggen hierover dat het lichaamsbeeld bij deze cliënten verstoord is. Van de Kimmenade vertelt net dat het lichaamsbeeld bij deze cliënten realistischer is dan bij mensen zonder eetstoornis. Ze verwijst hierbij naar onderzoek van Anita Jansen aan de universiteit van Maastricht.

Hoe speelt het bij de cliënten en wat is er nodig om het zelfbeeld te verbeteren? Een respondent geeft aan dat een van de belangrijkste dingen die cliënten moeten ontdekken is dat lichaamsbeeld maar een onderdeel is van het zelfbeeld. Het is nodig dat cliënten het lichaam het aandeel toe te kennen wat het ook zou moeten hebben. Door bijvoorbeeld een cirkel te maken waarin de onderdelen van het zelfbeeld worden weergegeven. De enige manier waarop het deel lichaamsbeeld kleiner kan worden is door een ander deel groter te maken door het meer aandacht te geven. Samen kunnen therapeut en cliënte uitzoeken wat er nog meer te beleven valt aan de cliënten buiten dat ze dik of dun is. Hieruit blijkt de veel cliënten het lichaamsbeeld inzetten om enge dingen niet aan te hoeven gaan. Een respondent vindt het voor het zelfbeeld belangrijk dat cliënten objectief naar zichzelf kunnen kijken. Een andere respondent noemt dat het allerbelangrijkste is dat cliënten leren dat hun lijf nog steeds werkt. Ondanks dat ze er vaak erg ongezond mee omgaan. Ze geeft aan dat cliënten dit makkelijk oppakken. Wanneer deze lichaamswaardering een beetje positief is kan er pas toe gewerkt worden naar de lichaamsbeleving. Door bijvoorbeeld de ogen dicht te doen en gaan voelen hoe je lichaam voelt. Cliënten kunnen dan ervaren dat hun lichaam soms best fijn kan voelen, wanneer de gedachtes en oordelen minder invloed hebben. Het helpt om oefeningen te doen die de cliënte fijn vindt of zelf naar vraagt. De lichaamsbeleving krijgt hierdoor meer positieve associaties. Enkele respondenten geven aan pas later in de behandeling aan lichaamsbeleving te werken op het moment dat het al redelijk goed gaat met cliënten. Van tevoren doen ze voorwerk zodat cliënten in ieder geval iets in de ruimte durven doen.

3.5 Wat is nodig om zelfontwikkeling mogelijk te maken?

Respondenten noemen een aantal zaken die essentieel zijn om zelfontwikkeling mogelijk te maken.

3.5.1 Zelfinzicht en bewustwording

Het is niet alleen van belang dat de cliënten inzicht in zichzelf krijgen maar ook dat de therapeut de cliënten meer begrijpt. Voordat iets kan veranderen is er eerst inzicht nodig. Door te begrijpen hoe je zelf in elkaar zit, welke patronen en gedachtegangen je hebt kun je de toegang tot verandering vinden. Om inzicht te verkrijgen zijn uitleg in inzichtgevende ervaringen nodig.

3.5.2 Voelen – Denken

De meeste respondenten noemen dat het belangrijk is om het denken en voelen te combineren. Door deze twee elementen samen te brengen kan er integratie en verbinding optreden. Cliënten zijn vaak verbaal sterk maar zitten zichzelf daarmee ook in de weg. Een non-verbale manier om deze cliënten aan te spreken is via metaforen en verhalen. Cliënten zijn vaak vaardig in het afsplitsen van hun gevoel. Meerdere respondenten maken daarom bewust de verbinding tussen het cognitieve en het gevoel. Het lichaam wordt door de meeste respondenten genoemd als een van de belangrijkste schakels tot verandering. Respondenten noemen het gewaar worden van lichaamssignalen en het stil staan bij het lichaam. Meerdere respondenten helpen cliënten om via hun lichaam contact te maken met eigen gevoelens.

3.5.3 Randvoorwaarden

Er zijn verschillende soorten randvoorwaarden te noemen. Wat veel respondenten noemen zijn randvoorwaarden om de sessies veilig te maken voor de cliënten. Daarnaast worden randvoorwaarden genoemd om bepaalde werkvormen met cliënten te kunnen doen. Om cliënten voor een spiegel te laten staan bijvoorbeeld noemen respondenten dat de cliënte niet meer wankel mag zijn en beter gegrond moet zijn.

In de eerste fase gaat veel aandacht naar de motivatie van cliënten. Motivatie is nodig om verder iets te kunnen doen. In bewegingssessies kan de therapeut ondersteunend zijn door cliënten nieuwe ervaringen op te laten doen. Bijvoorbeeld zodat ze weer plezier kunnen beleven met hun lichaam omdat dit namelijk heel lang ver weg is geweest. Door op die manier te steunen en onderzoeken draagt de therapeut bij aan de motivatie om ook andere ervaringen op te doen waardoor het leven misschien wat draaglijker wordt.

3.5.4 Wat respondenten benadrukken

Ik heb alle respondenten gevraagd wat nou het belangrijkste thema, houding, of ander aspect is in het werken aan de zelfontwikkeling bij cliënten met anorexia.

Wetzels noemt als basis om bij zelfontwikkeling te kunnen komen wordt het verdragen van jezelf, bij het gevoel stil kunnen staan en mogen voelen genoemd.

De Hoog noemt het belang van de therapeutische relatie. Afhankelijk van deze relatie zet ze werkvormen in.

Hagedoorn geeft aan dat gronding en het voelen van kracht veel invloed heeft op de zelfontwikkeling. Daarbij noemt ze ruimte omdat ruimte nodig is om kracht te kunnen voelen.

Van de Kimmenade noemt *“vooral weinig informatie geven in dat wat je biedt. Vertel niet te veel van tevoren want anders zijn ze zichzelf al kwijt voordat ze iets hebben kunnen ontwikkelen.”*. Maar wel veel informatie geven over hoe dingen werken. Daarnaast noemt ze dat *“je dingen moet durven laten ontstaan”*. Laat zo veel mogelijk los, biedt een veilig kader en luister naar de cliënte. Daarmee bouw je verder. Daarnaast vertelt Van de Kimmenade dat het belangrijkste wat zij geleerd heeft in haar opleiding nog steeds haar leidraad is: *“het maakt niet uit wat je doet, als je maar wat doet”*.

Groot benadrukt dat een lichaamsgerichte benadering erg veel kan toevoegen bijvoorbeeld in het voelen van jezelf. Een lichaamsgerichte benadering voegt veel toe op dingen die te maken hebben met de functie van de eetstoornis en de achterliggende problematiek. Daarnaast vindt ze het erg belangrijk om wanneer het individueel kan echt op maat te werken en op de cliënte af te stemmen. Op deze manier kan soms in een paar sessies veel bereikt worden. Het is nodig om de kern aan te pakken en minder te focussen op het symptoom. Verder noemt ze meerdere malen het belangrijk te vinden om van binnenuit de cliënte te werken in plaats van buiten af. Als laatste noemt ze het op maat te werken mét het lichaam om vervolgens samen te werken en expansie te gaan voelen.

Maarse geeft aan dat een basis van waaruit ze werkt de verbinding tussen denken en voelen is. Ze zet cliënten stil en legt het bewustzijn op lichaamssignalen. Door het voelen en denken kunnen cliënten iets helemaal ‘doorleven’.

3.6 Hoe beklift de zelfontwikkeling?

3.6.1 Dagelijks leven

Enkele respondenten geven aan dat de stap naar de praktijk en het dagelijkse leven allesomvattend is. Deze koppeling is erg belangrijk om te maken zodat cliënten ook in het dagelijkse leven dingen die ze ervaren hebben in kunnen zetten.

Makkelijk in te zetten door cliënte zelf: Enkele respondenten geven aan dat kracht het meeste effect heeft op het dagelijkse doen omdat het voelbaar is en makkelijk in te zetten door de cliënten zelf. Door wat ze geleerd hebben tijdens de sessies thuis voor zichzelf te herhalen blijft het langer hangen. Door die kracht te voelen en aangespoord te worden om die ook in te zetten gaan cliënten ook meer voor zichzelf opkomen. Door enkele respondenten wordt kracht gekoppeld aan zelfvertrouwen. Wanneer cliënten meer zelfvertrouwen hebben zal de zelfontwikkeling beter bekliften.

Eigen maken: Ontwikkelingen eigen maken duurt soms jaren. Enkele respondenten kijken met cliënten naar hun eigen kracht om eventuele terugval op te vangen. Hierbij wordt het gebruik van een metafoor genoemd: van een boom die sterke wortels heeft om storm en de winter te kunnen overleven. Met cliënten wordt gekeken naar wat hun wortels zijn. Bijvoorbeeld contact met familie of het vertrouwen houden in zichzelf. Wat hebben cliënten nodig om overeind te blijven staan op het moment dat ze verlangen naar de eetstoornis? Van de Kimmenade vertelt hierbij ook haar eigen ervaringen als ervaringsprofessional. Ze geeft uitleg over het hele proces hoe ze eetbuien heeft afgebouwd en wat daarin heeft geholpen.

3.6.2 Diepte in gaan

Door de diepte in te gaan en geen trucjes aan te leren kunnen cliënten hun eigen weg vinden en wordt het meer eigen. Deze eigenheid is nodig zodat cliënten meer bij zichzelf kunnen blijven en het beter beklift. Een ervaring wordt dieper wanneer de cliënte er in dat moment contact mee heeft en de lichaamssensaties daarvan gewaar wordt. Daarna wordt de ervaring verbonden met het hier-en-nu in deze ruimte. De aandacht voor het lichaam daarin is erg belangrijk. Wanneer cliënten echt een transformerende ervaring hebben gehad komt vanzelf ontspanning. Iets wat cliënten echt ervaren hebben en makkelijk in te zetten is door henzelf beklift beter.

Dans en beweging kan cliënten helpen om dingen waar ze moeite mee hebben te gaan doen in plaats van er over praten. Cliënten kunnen tijdens de sessies gaan ervaren wat ze willen veranderen.

3.6.3 Lichaam-geest

De meeste respondenten noemen dat de connectie tussen lichaam en geest nodig is om een ervaring te laten bekliften. Wanneer cliënten fysiek kunnen voelen dat hun kinesfeer vergroot brengt het nieuwe mogelijkheden met zich mee om zichzelf te laten zien en vrij te kunnen voelen. Groot noemt dit 'expansie'. Het lichaam speelt niet alleen een grote rol om het zelf te ontwikkelen, maar ook om die ervaringen en ontwikkeling te laten bekliften.

Verbinden: Door een ervaring te verbinden en betekenis te geven kan het integreren. Anders blijft het een losse ervaring. Losse ervaringen kunnen ook waardevol zijn. Maar door het te verbinden aan je overtuigingen, je geschiedenis en wat je op dit moment mee maakt wordt de ervaring dieper.

Het geven van betekenis aan een ervaring kan op een cognitieve maar ook op een lichaamsgerichte manier door iets écht te voelen in je lijf. Zodat cliënten kunnen gaan inzien dat hoe zij de wereld zien misschien niet is hoe de wereld werkelijk is.

Enkele respondenten noemen vanuit de opleiding Sensorimotor Psychotherapie te werken met lichaamsgerichte rescripting. Wat kan zorgen voor een spontane verandering van hoe iemand zichzelf beleefd. Hierbij wordt niet gewerkt met een van tevoren bedacht beeld maar komt de informatie echt uit het lichaam.

Therapeuten gaan hierbij bij cliënten op zoek naar de beweging die het lichaam nog wil uitvoeren. Hierbij blijft de therapeut sterk bij wat de cliënte op dat moment voelt in haar lichaam. Wanneer die beweging dan gemaakt wordt ontspant het lichaam vanzelf. Op deze manier kunnen cliënten het contact met hun lichaam terug pakken. Deze manier zorgt voor een veel dieper effect. Door naar de achterliggende problemen en de functie van de eetstoornis te kijken en ruimte te geven aan dat wat ruimte nodig heeft. Door het gelijk te verbinden en de ervaring betekenis te geven beklift het nog beter.

Hoofdstuk 4: Discussie

In dit hoofdstuk worden eerst de sterktes en zwaktes van het onderzoek weergegeven in paragraaf 4.1. Paragraaf 4.1 weergeeft de verklaring en interpretatie van de resultaten. In paragraaf 4.3 worden de aanbevelingen geformuleerd. In paragraaf 4.4 beschrijf ik hoe ik de resultaten integreer in mijn methodisch handelen en in paragraaf 4.5 komt het beantwoorden van de vraagstellingen aan bod.

4.1 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

In deze paragraaf reflecteer ik op het onderzoek aan de hand van een sterkte-zwakteanalyse.

4.1.1 Sterktes

Dit onderzoek heeft vijf sterktes.

Een eerste sterkte van dit onderzoek ligt in het kwaliteitscriterium dependability. Ik heb actief een logboek bijgehouden met alle overwegingen, beslissingen en gedachtes. Het weergeven in de scriptie van deze beslissingen bevordert de transparantie van het onderzoek. Deze informatie heeft me daarnaast sterk geholpen in het houden van het overzicht tijdens het onderzoek.

Daarnaast heb ik een proefinterview gehouden en een workshop interviewen gevolgd. Dit heeft mijn interviewkwaliteiten vergroot. Vooral wat betreft het luisteren naar de respondenten om echt hun manier van werken duidelijk te krijgen.

Als ik kijk naar de doelen die ik met dit onderzoek wilde bereiken zie ik een sterkte in de ontwikkeling van mijn eigen methodisch handelen. Ik heb veel kennis en ervaringen van respondenten mee kunnen nemen in mijn eigen werkmodel. Waardoor ik een grote ontwikkeling zie in mijn methodisch handelen. Wat een belangrijk doel is van dit onderzoek.

De respondenten zijn allemaal zorgvuldig gekozen op hun ervaring en specialisatie in het werken met de doelgroep anorexia. Vier van de zes respondenten hebben al jarenlange ervaring in het werken met de doelgroep. De andere twee respondenten hebben minder ervaring in het werken maar hebben als sterkte dat ze net van de opleiding afkomen. Zij hebben wat ze geleerd hebben op de opleiding nog vers in hun geheugen en kunnen dat koppelen aan praktijkervaringen.

Van de respondenten heb ik veel en diverse informatie gekregen. Doordat ik flexibel was met de vraagstelling heb ik deze verruimd naar alle aspecten van hoe bewegingstherapeuten werken met zelfontwikkeling bij cliënten met anorexia. Hierdoor heb ik 'oprechte data' verkregen van de respondenten in plaats van wat ik zou willen horen. Er werd duidelijk dat niet alleen methodes werkvormen en interventies belangrijk zijn maar ook dat er nog meer gebeurt tijdens de sessies. Zonder deze verruiming van de interpretatie van mijn vraagstelling zouden de resultaten niet volledig zijn geweest, wat betreft hoe bewegingstherapeuten werken aan zelfontwikkeling bij cliënten met anorexia.

4.1.2 Zwaktes

Dit laatste punt is tevens een zwakte van mijn onderzoek. Doordat ik de respondenten open en lang heb laten vertellen heb ik veel informatie verkregen. Hierdoor kreeg ik een hele berg resultaten die langer de tijd vergde om te ordenen en analyseren. Deze abstracte berg resultaten heb ik bij het axiaal coderen gefilterd op het belang voor het beantwoorden van de vraagstelling. Het heeft veel tijd gekost om alle resultaten te categoriseren en uit te werken. Wanneer er meer tijd was geweest hadden meer stappen van het axiaal coderen plaats kunnen vinden.

Een tweede zwakte was het begrip zelfontwikkeling. Het bleek een erg groot begrip te zijn waar veel bij kwam kijken. Wanneer ik had ingezoomd op delen van het begrip, zoals bijvoorbeeld alleen de zelfacceptatie en zelfwaardering, of alleen de autonomie en eigen identiteit, had ik dieper in kunnen gaan op die begrippen.

4.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten

De hoofdvraag van dit onderzoek vraagt naar hoe gewerkt wordt aan zelfontwikkeling met cliënten met anorexia. Dit heb ik tweeledig benaderd. Ten eerste komt het medium naar voren in de methodes en werkvormen waaraan ik tijdens het onderzoek het aspect thema's heb toegevoegd. Ten tweede komt in de interventies het handelen van de therapeut naar voren. Zoals beschreven in de resultaten

noemden respondenten niet alleen interventies en technieken van belang, maar ook de therapeutische houdingen en de therapeutische relatie. Deze verbreding van de interpretatie van de vraagstelling is significant geweest om een completer beeld te krijgen van hoe zelfontwikkeling bewerkstelligd wordt.

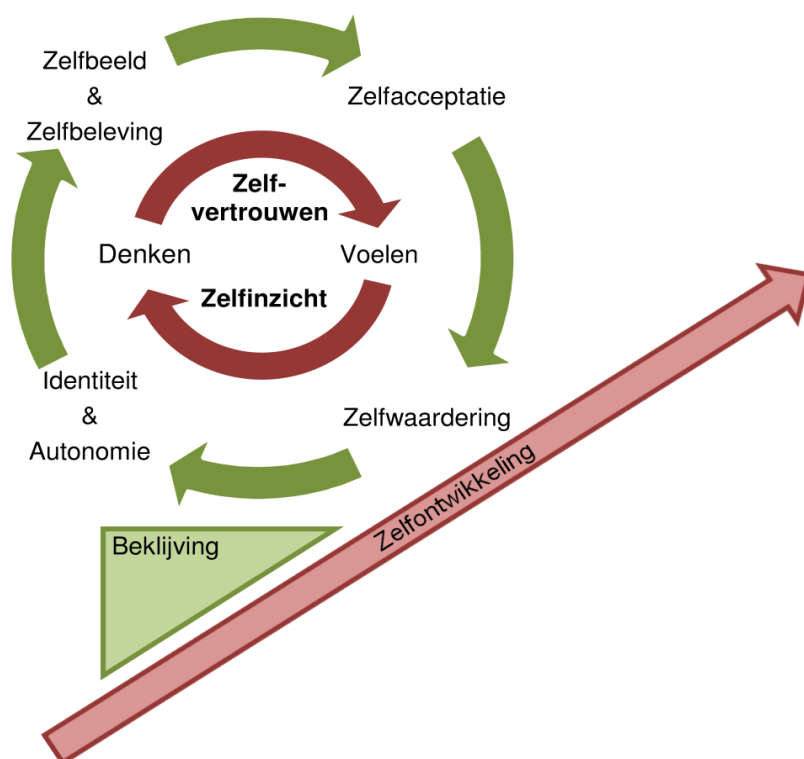
Bij het verklaren en interpreteren van de resultaten neem ik daarom opnieuw de driehoek Cliënt-Therapeut-Medium erbij. Met deze driehoek geef ik de cohesie weer tussen de drie aspecten.

Verder zal ik het proces van zelfontwikkeling en hoe het beklijft inzichtelijk maken en toelichten aan de hand van literatuur en uit eigen ervaring.

In de probleemstelling heb ik gebruik gemaakt van de Gids voor herstel van eetstoornissen van Greta Noordenbos (2007). In dit boek staat veel praktische informatie over de behandeling van cliënten met anorexia. Veel behandelingen zijn vooral gericht op het herstel van gewicht en eetgedrag, er bestaat dus met name literatuur die hierop is gericht. De gids voor herstel van eetstoornissen is echter meer gericht op de achterliggende problemen die van grote invloed zijn op het herstel van anorexia. Waaronder de zelfontwikkeling. Omdat dit boek spreekt over dezelfde belangrijke aspecten in de behandeling van eetstoornissen als ik bespreek in deze scriptie is het een waardevol boek om naast de resultaten te leggen.

4.2.1 Zelfontwikkeling

Zelfontwikkeling is het doel van de therapie waar dit onderzoek op focust. Zelfontwikkeling is afhankelijk van de volgende zes deelbegrippen: zelfvertrouwen, zelfacceptatie, zelfwaardering, autonomie, eigen identiteit en zelfbeeld. De relatie tussen deze begrippen en hoe deze leiden tot zelfontwikkeling wordt weergegeven door het onderstaande zelfontwikkelingsschema. De gevonden resultaten zal ik verklaren en interpreteren aan de hand van dit figuur.



Figuur 2. Proces van zelfontwikkeling

Toelichting: Het hierboven weergegeven schema is gebaseerd op de kwaliteitscirkel van Deming (www.btsq.nl). De verschillende aspecten van zelfontwikkeling zijn nauw met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Dit model is een versimpelde weergave van dit complexe proces.

De pijl van zelfontwikkeling staat voor een steeds verdere zelfontwikkeling. Zelfvertrouwen en zelfinzicht staan in de kern van dit schema omdat ze onderdeel zijn van de buitenste cirkel. Indien het aan zelfvertrouwen en zelfinzicht ontbreekt is zelfontwikkeling onmogelijk.

De binnenste cirkel staat voor de verbinding tussen het denken (cognitie) en het voelen (lichaam). Het denken beïnvloedt het voelen, en het voelen beïnvloedt het denken. De relatie tussen denken en voelen is een essentieel onderdeel in de ontwikkeling van het zelf. Het bepaalt hoe iemand zichzelf voelt en hoe iemand over zichzelf denkt. Dit is de basis voor de aspecten in buitenste cirkel.

De buitenste cirkel geeft het iteratieve proces van de zelfontwikkeling weer. Het denken over zichzelf komt tot uiting in zelfbeeld. Het voelen uit zich in zelfbeleving. Het is nodig dat de cliënte zichzelf verdraagt. De mate waarin de cliënte zichzelf verdraagt komt tot uiting in de zelfacceptatie. Om de zelfontwikkeling te versterken is het niet alleen nodig dat een cliënte zichzelf accepteert maar ook zichzelf waardeert. Door zichzelf te waarderen zal de autonomie groeien en de eigen ik versterkt worden. Een duidelijkere ik beïnvloedt het zelfbeeld en de zelfbeleving positief. Dit iteratieve proces leidt tot zelfontwikkeling.

De zelfontwikkeling steunt op bepaalde aspecten om te bekijken. Dit wordt weergegeven door de wig die ervoor zorgt dat de cirkel de helling van zelfontwikkeling niet meer afrolt.

Zelfvertrouwen is een overkoepelend begrip wat essentieel is in de ontwikkeling van het zelf. Wanneer het zelfvertrouwen een beetje groeit, zullen de andere deelbegrippen mee groeien. Andersom speelt dit ook. Wanneer een cliënte zichzelf meer zal waarderen en een sterkere autonomie heeft zal het zelfvertrouwen mee groeien. Noordenbos (2007) geeft hierover aan dat het vergroten van het zelfvertrouwen en het weerbaarder worden tegen kritische opmerkingen van anderen belangrijke behandeldoelen zijn. Wanneer cliënten namelijk weinig zelfvertrouwen hebben en een gering gevoel van eigenwaarde zal hun lichaamsbeleving ook negatief blijven.

Daarnaast beschrijft Noordenbos (2007) dat het krijgen van positieve feedback van de therapeut voor veel cliënten belangrijk is om een gezond zelfvertrouwen te kunnen ontwikkelen.

Zelfacceptatie gaat er over of iemand accepteert wat ze aan gevoelens, behoeftes en verlangens in zich draagt. Het accepteren van jezelf gebeurt in stapjes waarbij je eerst jezelf leert te verdragen. Noordenbos (2007, p. 119) beschrijft dat het van belang is dat cliënten gaan leren dat niemand perfect is. "Waar het om gaat is een fundamenteel gevoel van acceptatie, van het gevoel er te mogen zijn zoals je bent, met al je persoonlijke kenmerken."

Bij zelfwaardering gaat het er om of een cliënte zichzelf kan waarderen, ondanks dat ze zichzelf niet mooi of perfect vindt. Hiervoor is het belangrijk dat cliënten gaan leren dat ze niet hun gewicht zijn. En dat er meer is wat hen kenmerkt dan alleen hun gewicht. Noordenbos (2007, p. 115) beschrijft dat het belangrijk is dat cliënten hun zelfvertrouwen en zelfwaardering los gaan zien van het wijzertje op de weegschaal. Zodat ze zichzelf kunnen gaan waarderen om wie ze zijn in plaats van of ze dik of dun zijn. Het gaan waarderen van zichzelf, los van hun gewicht of hoe ze er uit zien is dus erg belangrijk. Het lijkt mij dat wanneer cliënten deze twee aspecten los van elkaar gaan zien, ze minder snel terug zullen vallen in destructieve gedachtepatronen en eetgedrag.

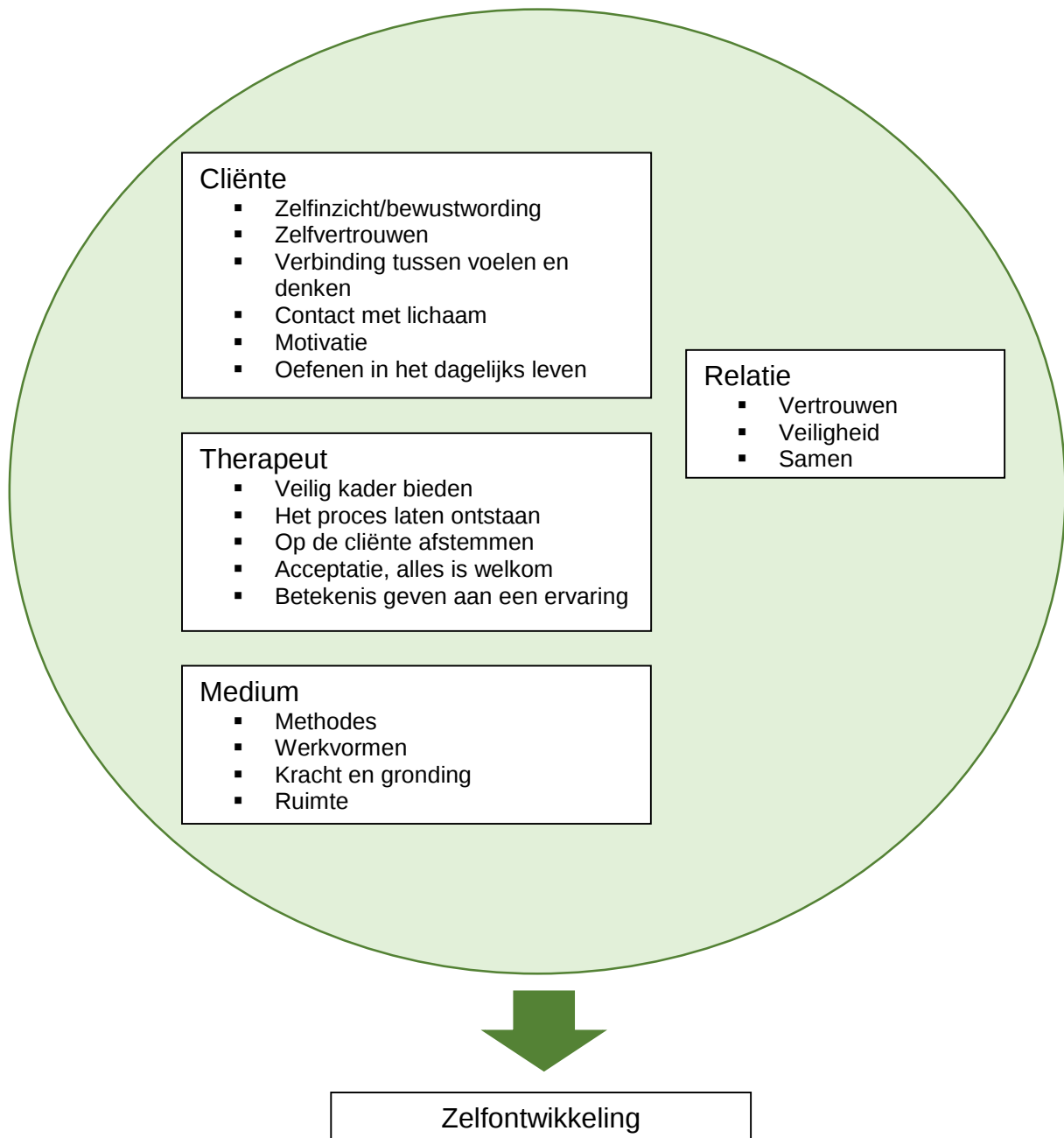
Zowel uit de resultaten als uit de literatuur komt naar voren dat het erg belangrijk is om het ik-gevoel van de cliënten te versterken. De eetstoornis kan pas weg wanneer cliënten weten wie ze zijn en wat hen kenmerkt. Wanneer ze een sterkere autonomie en eigen identiteit hebben zullen ze de identiteit die de eetstoornis hen geeft niet meer nodig hebben. Noordenbos (2007) benoemt hierover dat het belangrijk is dat cliënten zich bewuster worden van wat ze zelf willen en voelen. Dit zal het ik-gevoel versterken.

Zelfbeeld

Cliënten denken vaak erg negatief over zichzelf en denken dat andere mensen hen ook zo zien. Dit kan voor een erg onzeker gevoel zorgen waardoor cliënten het minder prettig vinden om zich zelf aan anderen te laten zien. Ook bij het zelfbeeld is terug te zien dat cliënten al hun aspecten als de zelfwaardering en het zelfvertrouwen aan hun gewicht en eetgedrag koppelen. Zo ook het zelfbeeld en de zelfbeleving. Noordenbos (2007) noemt dat het daarom belangrijk is dat cliënten de zelfbeleving los gaan halen van het gewicht en eetgedrag. Zij beschrijft ook dat zolang cliënten negatief over zichzelf denken, hun lichaamsbeleving ook negatief zal blijven. En het verbeteren van de lichaamsbeleving is een belangrijk doel voor deze cliënten. Noordenbos (2007) noemt dat het hiervoor van belang is dat cliënten hun eigen lichaam leren te accepteren en zich niet meer dik te voelen.

4.2.2 Wat is nodig om zelfontwikkeling te bevorderen en te laten beklijven?

In onderstaand figuur weergeef ik schematisch de aspecten die uit de resultaten essentieel bleken te zijn om zelfontwikkeling te kunnen bevorderen.



Toelichting: In het schema is te zien dat het geheel van de cliënte, de therapeute en hun relatie en het medium samen ervoor zorgt dat er zelfontwikkeling kan plaatsvinden. Uit de resultaten blijkt dat zelfontwikkeling onmogelijk is wanneer het aan zelfvertrouwen en zelfinzicht ontbreekt. Noordenbos (2007) beschrijft hierover dat zonder psychische ontwikkeling en het verkrijgen van zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde er geen sprake kan zijn van duurzaam herstel van een eetstoornis. Na volledig herstel blijkt de terugval nauwelijks meer voor te komen.

De verschillende aspecten uit het bovenstaande figuur licht ik in de volgende subparagrafen verder toe en verklaar ik aan de hand van literatuur.

4.2.3 Cliënt

Bewustwording: Voordat er iets kan veranderen heeft een cliënt eerst zelfinzicht nodig. Wanneer je begrijpt hoe je zelf in elkaar zit, welke patronen en gedachtegangen je hebt kun je de toegang te verandering vinden.

Om het zelfinzicht te vergroten is het geven van psycho-educatie en uitleg belangrijk. Noordenbos (2007) beschrijft dit als een goede eigenschap van een therapeut. Psycho-educatie over het functioneren van het menselijk lichaam kan cliënten helpen niet alleen naar de uiterlijke kenmerken te kijken, maar ook naar hoe het lichaam functioneert (Noordenbos, 2007). Uit de resultaten komt naar voren dat de therapeut kan werken aan lichaamswaardering. Hierbij kan de aandacht worden gericht op wat je lichaam nog allemaal kan. De focus wordt hierdoor verlegd van het uiterlijk naar het functioneren van het lichaam.

Verbinding tussen voelen en denken: Door verbinding te maken tussen het voelen en het denken treedt er integratie op. Deze integratie is niet alleen nodig om de zelfontwikkeling te bevorderen maar ook om het beter te laten beklijven. Door deze integratie kunnen cliënten een ervaring echt doorleven. Wat er weer voor zorgt dat een ervaring zowel in het gevoel als in de gedachtes beter blijft hangen. Levy (2005, p. 224) beschrijft hierover: "Integration provides a form of closure to end the experience."

Contact met het lichaam en gevoelens: Uit de resultaten wordt duidelijk dat een van de belangrijkste doelen voor cliënten is om weer contact te krijgen met hun lichaam. Door het lichaamsbewustzijn te vergroten worden cliënten zich bewuster van hun gevoelens en hoe deze zich in het lichaam manifesteren. Daarnaast is het belangrijk om de kern aan te pakken en in mindere mate de symptomen. Het werken met het lichaam voegt veel toe en helpt zowel de kern van de problematiek aan te pakken als de kern van de cliënt te vinden en te versterken. Noordenbos (2007) beschrijft dat het voor het herstel van de eetstoornis erg belangrijk is dat cliënten weer in contact komen met hun lichaam en de lichamelijke sensaties. Het doel is dat de cliënten weer duidelijke gevoelens in het eigen lichaam leren aflezen, zoals gevoelens van moeheid, spanning en ontspanning, warmte en kou en verzadiging.

Wanneer cliënten de focus kunnen leggen op het eten en wat ze allemaal leuk vinden aan zichzelf hebben ze geen aandacht meer over voor vervelende emoties. In deze zetten cliënten hun negatieve lichaamsbeeld vaak in om enge dingen niet aan te hoeven gaan. Dit wordt ook zo omschreven door Noordenbos (2007). Zij beschrijft dat de eetstoornis een belangrijk copingmechanisme kan zijn om negatieve emoties te vermijden en te onderdrukken.

Hiervoor is het belangrijk dat cliënten andere copingmechanismen gaan leren om met hun gevoelens om te leren gaan. Het werken met het lichaam, waarbij cliënten gevoelens leren ervaren en reguleren is een goede manier om dit te doen.

Motivatie: Het hebben van motivatie om te veranderen is belangrijk voor cliënten om tot zelfontwikkeling te komen. De motivatie ligt bij deze doelgroep echter lastiger dan bij anderen omdat de eetstoornis ook veel voordelen heeft. Cliënten zijn bang om hun eetstoornis los te laten omdat ze dan niet meer weten wie ze zijn. Levy (2002, p. 223) schrijft hierover: "there is ambivalence and fear about giving up the eating disorder, which has paradoxically come to represent both 'best friend' and 'worst enemy'." Deze gevoelens maken dat cliënten het soms nodig hebben om even herinnerd te worden waarom ze gemotiveerd zijn om te veranderen.

Door de cliënt zelf in te zetten in het dagelijkse leven: Noordenbos (2007) geeft aan dat ook als cliënten alle doelen hebben bereikt het niet altijd makkelijk vol te houden is in het dagelijks leven. De aandacht en feedback van zowel therapeut als groepsleden missen ze en dan moeten ze het zelf doen. Het dunne laagje zelfvertrouwen dat dan is opgebouwd heeft nog veel oefening en goede nazorg nodig. Zodat dat wat in de behandeling is geleerd vastgehouden en versterkt kan worden.

4.2.4 Therapeutische relatie

Zowel de resultaten als de literatuur laten zien dat een goede therapeutische relatie een belangrijke voorwaarde is voor herstel (Noordenbos, 2007)

Vertrouwen: In de therapeutische relatie is er vanuit zowel de therapeut als de cliënt vertrouwen nodig. De cliënt heeft het vertrouwen in de therapeut nodig om zichzelf te laten zien en om ruimte in te kunnen nemen. Daarnaast helpt het vertrouwen uit de therapeutische relatie de cliënt om zelfvertrouwen te gaan opbouwen. Noordenbos (2007, p. 144) beschrijft hierover: "Het vertrouwen van de therapeut in de

cliënt wordt als het ware geïnternaliseerd door de cliënt, waardoor deze op een gegeven moment ook zichzelf een compliment kan geven en zichzelf positief kan toespreken.” Daarnaast beschrijft Noordenbos (2007) dat cliënten vaak erg wantrouwend zijn tegenover anderen. Cliënten kunnen weer leren een vertrouwensrelatie aan te gaan wanneer er iemand is die het vertrouwen in hun heeft. De therapeutische relatie is voor veel cliënten cruciaal in hun herstelproces.

Het vertrouwen binnen de therapeutische relatie heeft als eerste functie om een veilige relatie te hebben zodat de cliënte het proces aan durft te gaan. Een tweede functie die het vertrouwen vervuld is het verbeteren van het zelfvertrouwen van de cliënte.

Veiligheid: Het is belangrijk dat een cliënte zich veilig voelt tijdens de sessies en in de therapeutische relatie zodat ze haar proces aan durft te gaan. Voor het geven van dit veilige gevoel is er vanuit de therapeut veel nodig. De cliënte moet het gevoel hebben geaccepteerd en niet beoordeeld te worden. Ze moet zich vrij voelen om zichzelf te laten zien en durven om zichzelf te gaan ontdekken. Daarnaast moet de cliënte het gevoel hebben dat de therapeut stevig naast haar staat en alle heftige emoties van de cliënte aankan. Het gevoel dat ze door de therapeut wordt gesteund en geholpen op moeilijke momenten draagt mijn inziens bij aan het gevoel van veiligheid van een cliënte. De houding van de therapeut is hiervoor van essentieel belang. Noordenbos (2007) beschrijft dat het belangrijk is voor cliënten om hun negatieve gevoelens te leren kennen en accepteren, zonder zichzelf te veroordelen. Hierbij is het belangrijk dat de negatieve gevoelens van de cliënte niet wordt ‘veroordeeld’ door de therapeut. Waardoor de cliënte zich gaandeweg kan gaan accepteren als iemand die ook negatieve gevoelens mag hebben.

Samen: Uit de resultaten blijkt dat het samenwerken tussen cliënte en therapeut erg belangrijk is. Met een samen-relatie wordt het meeste bereikt binnen een behandeling. Door samen te werken met de cliënte krijgen cliënten ook hun eigen verantwoordelijkheid wat de autonomie weer bevordert. Daarnaast zal door samen te werken de therapeut beter af kunnen stemmen op de cliënte. Levy (2005, p. 222) schrijft hierover: “The more therapists understand and convey their understanding of the patient’s perspective, the more the patient will feel a sense of hope that a succesful and lasting recovery is possible.” Door samen te werken zal de therapeut de cliënte beter begrijpen en dit ook kunnen overdragen naar de cliënte.

4.2.5 Therapeut

Wat betreft de therapeutische houdingen, interventies en technieken zijn er veel overeenkomsten te vinden tussen de literatuur en de resultaten. Wat een therapeut allemaal moet doen om de zelfontwikkeling te bevorderen licht ik hier toe.

Wat is een goede therapeut? Noordenbos (2007) noemt als belangrijke voorwaarde voor goed herstel dat de behandelaar deskundig is en ervaren met de behandeling van eetstoornissen. Eetstoornispatiënten merken namelijk vaak al snel of een behandelaar deskundig is of niet en zullen de behandelaar mogelijk gaan testen of ze zullen afhaken. Het inventariseren van het therapeutisch handelen ten behoeve van zelfontwikkeling is dus erg belangrijk. Evenals het meenemen van de mening van cliënten over aan welke benadering van de therapeut zij het meeste hebben.

Daarnaast komt uit de resultaten naar voren dat het belangrijk is om naar de cliënte te luisteren en haar het gevoel te geven dat ze zelf met dingen mag komen. Daarom vind ik het belangrijk om de mening van cliënten mee te nemen wanneer een goede therapeut omschreven wordt. Noordenbos (2007, p.194) beschrijft wat cliënten belangrijke eigenschappen vinden van een goede behandelaar. De eigenschappen die van belang zijn voor de zelfontwikkeling en die meehelpen de resultaten te verklaren en interpreteren som ik hier op. Een goede therapeut:

- Heeft goede kennis van en ervaring met de behandeling van eetstoornissen;
- Toont begrip voor jouw problemen en klachten;
- Kan zich goed inleven in je situatie;
- Neemt je serieus;
- Kan goed luisteren;
- Respecteert je;
- Geeft informatie en uitleg;
- Neemt voldoende tijd voor je ;
- Stelt je op je gemak;
- Durft ook te confronteren;
- Geeft goede feedback;
- Motiveert je voor de behandeling;

- Geeft je inzicht in de kenmerken en achtergronden van eetstoornissen;
- Werkt aan een positiever zelfbeeld;
- Werkt aan een positievere lichaamsbeleving;
- Leert je om je emoties beter te uiten;
- Geeft nazorg.

Noordenbos geeft aan dat therapeuten met deze checklist kunnen nagaan of ze geschikt zijn als therapeut om met cliënten met een eetstoornis te werken. Deze lijst is een belangrijke ondersteuning en aanvulling op de resultaten over de therapeutische houdingen, interventies en technieken.

Veilig kader bieden: Voor cliënten is het nodig om ruimte te krijgen zodat ze zelf aan kunnen geven wat ze nodig hebben. Hierbij is het van belang dat er een balans wordt gevonden tussen de hoeveelheid ruimte die een therapeut geeft en de hoeveelheid structuur en houvast. Het bieden van een veilig kader betekent namelijk ook dat de cliënte de houvast en begrenzing van de therapeut krijgt die ze nodig heeft. Hierbij zal de therapeut dus weer moeten afstemmen op de individuele cliënten. Om iedere cliënte de ruimte en het houvast te geven dat ze nodig heeft.

Het proces laten ontstaan: In de resultaten is te lezen dat het belangrijk is om het proces te laten ontstaan. Dit is uit te leggen als het vertrouwen erop dat wat voor een cliënte belangrijk is tijdens een sessie van zelf naar de voorgrond komt. Door weinig voor te structureren, af te stemmen op de cliënte en flexibel te zijn in waar in een sessie aan gewerkt wordt kan het thema dat voor dat moment het belangrijkste is ontstaan. Hierdoor wordt gewerkt aan de kern van de cliënte waardoor door ze haar zelf kan ontwikkelen.

Op de cliënte afstemmen:

Uit de resultaten komt naar voren dat het erg belangrijk is om vanuit de cliënte te werken en op haar af te stemmen. Het afstemmen op de individuele cliënte lijkt mij extra belangrijk in het werken aan de zelfontwikkeling. Wanneer een therapeut afstemt op de cliënte laat zij hierbij al een accepterende houding zien. Een houding waardoor de cliënte kan gaan voelen dat haar mening en gevoelens mee tellen en waardevol zijn. Dit helpt weer de autonomie en zelfwaardering te ontwikkelen.

Noordenbos (2007) beschrijft dat wanneer de behandeling niet goed aansluit bij de cliënten, ze erg teleurgesteld kunnen raken en de behandeling staken. Hieruit blijkt dat een goede afstemming op de cliënten niet alleen van belang is om zelfontwikkeling mogelijk te maken, maar ook zeer belangrijk is om überhaupt het proces aan te kunnen gaan.

Acceptatie: Uit de resultaten komt naar voren dat een welkome en oordeelvrije houding nodig is om de cliënten de ruimte te geven zichzelf te ontwikkelen. Daarnaast kan de therapeut door een steunende en accepterende houding aan te nemen cliënten het gevoel geven dat het oké is wat ze denken, voelen en ervaren. Hierbij benoemden respondenten dat de steunende houding nodig is, maar dat de therapeut wel moet durven confronteren. Cliënten willen het vaak niet over hun gevoel hebben en dan is het de taak aan de therapeut om toch bij de moeilijke onderwerpen te blijven.

Noordenbos (2007) beschrijft dat therapie meer is dan alleen steun. Het gaat namelijk om een belangrijk proces waarbij veel in de praktijk geoefend wordt. Verder is goede therapie niet alleen steunend en begripvol maar wordt de cliënte ook geconfronteerd met de negatieve gevolgen van de eetstoornis.

“Patiënt’s often need to be reminded that no mistakes are possible in dance movement therapy and that there is no wrong way to feel. Instead they are encouraged to let themselves ‘be the way they are’ and not to censor their needs or sacrifice their sense of authenticity.” Levy (2005, p. 224)

Betekenis geven aan een ervaring: Zoals in paragraaf 4.2.3 beschreven is het verbinden en integreren van ervaringen belangrijk. Door een ervaring betekenis te geven, of na te gaan wat het betekent voor de cliënte beklijft de ervaring beter.

4.2.6 Medium

Methodes: De interpretatie van de genoemde methodes is minder relevant, maar wel nodig voor de beantwoording van de vraagstelling. Daarom zal ik de methodes en hun doelen kort benoemen.

Uit de methode van Marian Chace komt het spiegelen, waar veel mee wordt gewerkt. Cliënten spiegelen elkaar in beweging waardoor ze zichzelf in de beweging van de ander terug kunnen zien. Waardoor ze zichzelf sneller waarderen en eraan kunnen wennen zichzelf te zien. Daarnaast helpt het cliënten om spelenderwijs te leren wat hen kenmerkt.

De analysemethode van Rudolf Laban wordt gebruikt om de bewegingen van cliënten te observeren en daarop interventies te geven. De therapeut leert hierdoor de cliënten beter kennen en de cliënten kunnen dicht bij hun gevoel komen.

De methode van Alma Hawkins wordt vooral ter inspiratie gebruikt. Door middel van visualisatie kunnen cliënten gaan ontdekken wat ze allemaal ervaren en waar in het lichaam dit zich manifesteert.

Mindfulness is een methode die veel wordt ingezet om het hier-en-nu te benadrukken. Daarnaast worden cliënten bewuster van hun lichaam en gevoelens. Cliënten leren om hun aandacht te richten op wat er op dit moment speelt, zonder na te moeten denken over het verleden of de toekomst.

Authentic Movement van Mary Whitehouse wordt toegepast met als doel uit de beoordeling te komen, de diepte in te gaan en de eigen wijsheid van de cliënten aan te spreken. Middels deze methode kan er echt gekeken worden naar wat er uit de cliënte zelf komt wat betreft gevoelens en thema's.

Werkvormen:

In de onderstaande tabel (tabel 3) weergeef ik een aantal voorbeelden van werkvormen die worden ingezet. Deze zijn gecategoriseerd op basis van het doel waarvoor ze worden ingezet.

Tabel 3: Voorbeelden van werkvormen om zelfontwikkeling te bevorderen

Bewustwording van gevoelens	- Cliënten schrijven of tekenen na een sessie in een schrift wat de sessie voor hun betekende. Dit schrift is voor de cliënte zelf en heeft als doel om te leren reflecteren en verwoorden wat er in je om gaat. - Rollenspellen worden ingezet ter bevordering van het bewustzijn van cliënten over hun gevoelens. - Aan het begin en einde van een sessie krijgen cliënten twee minuten om zichzelf en wat ze voelen te tekenen. Op papier kunnen ze dan terug zien dat ze zich anders in hun lichaam voelen voor en na de sessie.
Bewustwording van lichaam	- Een bodyscan, waarbij de aandacht wordt gericht op het lichaam, helpt cliënten hun aandacht te leren richten en geeft bewustwording van wat cliënten voelen in hun lichaam. - Het leggen van de aandacht op de ademhaling, zonder dat daar iets mee hoeft, helpt aandacht te leren richten. - Afrikaanse dans helpt cliënten om zich gegrond te voelen. Door bewegingen te maken met veel stampen op de vloer en gebogen knieën, dicht bij de grond kunnen cliënten hun aandacht richten op hun voeten, benen en bekken. - Met touwtjes geeft een cliënte aan hoe groot ze denkt, voelt of zou willen dat een bepaald lichaamsdeel is en hoe het echt is. Deze oefening helpt om cliënten bewust te maken van hun lichaam. - Ontspanningsoefeningen als het werken met massageballetjes kunnen cliënten helpen om hun lichaam te gaan voelen.
Bewustwording van gedrag	Het lopen van een 'levenspad'. Cliënten lopen door een stuk van de ruimte. Er wordt gekeken naar hoe ze reageren wanneer iemand hun pad kruist. Stoppen ze voor de ander, draaien ze om, of lopen ze door?
Bevorderen van autonomie	- Rollenspellen worden ingezet zodat cliënten kunnen verinnerlijken wat zij willen in het leven. - Een cliënte heeft een hoepel waarbinnen haar eigen ruimte is. De therapeut probeert die ruimte in te komen en zoekt de grenzen van de cliënte op. De cliënte probeert de therapeut buiten de ruimte te houden en geeft haar grenzen aan. - De therapeut roept EEN, TWEE of DRIE waarbij de cliënten moeten springen, liggen of lopen. Het tempo wordt opgevoerd door de therapeut en de cliënten leren hun grenzen waar te nemen en aan te geven.

Verminderen van oordelen	▪ Bij het samen dansen probeert iedereen zo lelijk mogelijk te dansen. Waardoor de focus van het oordeel afgaat en meer richting plezier en ontspanning. ▪ Het kijken in een spiegel naar zichzelf. In het spiegelen zijn meerdere variaties. Bij een variatie proberen cliënten zo objectief mogelijk te kijken waarbij ze oordelen leren herkennen en los laten.
--------------------------	---

Kracht en gronding: Het werken met kracht en gronding wordt onder andere gedaan om de bewustwording van de cliënte over haar lichaam te vergroten. Wanneer cliënten in de therapie voelen hoe ze stevig kunnen staan kunnen ze dit ook in hun dagelijkse leven gaan toepassen. Wanneer een cliënte steviger staat zal ze meer gaan accepteren wie ze is en hoe dat voelt. Wanneer iemand zich krachtig voelt groeit het zelfvertrouwen en de identiteit. Volgens mij komt dit doordat stevig staan krachtig voelt. Wanneer je je krachtig voelt, voelt dat fijn en is er meer vertrouwen dat je dingen kunt. Daarnaast kunnen cliënten via kracht hun gevoel naar buiten brengen. Kracht is dus een thema wat veel wordt ingezet om doelen te bereiken die direct samenhangen met het ontwikkelen van het zelf.

Ruimte: Het thema ruimte gaat over meerdere aspecten. De eerste is het leren ervaren en aangeven van grenzen. Door het aangeven van eigen grenzen leert een cliënte voor zichzelf opkomen. Wanneer een cliënte ervaart dat ze haar grenzen aan durft te geven zal dit haar zelfvertrouwen versterken. Daarnaast helpt het aangeven van grenzen bij het definiëren van wat een cliënte zelf belangrijk vindt en haar wensen en behoeftes. Waardoor cliënten leren opkomen voor hun eigen autonomie.

Een tweede aspect is het leren innemen van ruimte. Dit betekent ook het laten zien van zichzelf aan andere mensen of zichzelf zichtbaarder maken. Iets wat vaak erg eng is voor cliënten. Uit de resultaten komt naar voren dat cliënten zichzelf niet snel laten zien omdat het lastig is wanneer ze geen duidelijke identiteit hebben. Het onzichtbaar willen zijn heeft ook te maken met het mogen innemen van ruimte van zichzelf. Zoals uit de probleemstelling en de resultaten blijkt vinden cliënten het lastig om er te mogen zijn van zichzelf. Ruimte kan stapje voor stapje helpen om cliënten meer ruimte te laten innemen. Door het voelen van innerlijke ruimte zal dit ook zichtbaarder worden voor de mensen om de cliënte heen en zal ze gaan voelen dat ze eigen ruimte om zich heen heeft. Het aangeven van grenzen speelt ook een rol in het leren innemen van ruimte. Wanneer een cliënte haar grenzen aangeeft zal ze namelijk al meer van zichzelf laten zien. De therapeut kan dit proces ondersteunen door de cliënten te stimuleren om grenzen op te zoeken en deze gewaar te worden. Door vervolgens een veilig kader te bieden waarbinnen cliënten kunnen experimenteren kan de cliënte haar eigen ruimte leren kennen.

4.3 Aanbevelingen

4.3.1 Voor de praktijk en de beroepsontwikkeling

Mijn scriptie bevat veel kennis uit de praktijk over het werken aan de zelfontwikkeling met cliënten met anorexia. Hierdoor levert het interessante informatie op voor therapeuten die werken of nog gaan werken met deze doelgroep. Therapeuten in de praktijk kunnen hun eigen methodisch handelen naast de resultaten van mijn scriptie leggen en hierdoor eventueel nieuwe kennis of inspiratie opdoen. Meerdere respondenten uit mijn onderzoek gaven aan dat het goed deed om nog eens te reflecteren op het eigen methodisch handelen. Door weer even van onbewust bekwaam naar bewust bekwaam te gaan werden respondenten zich weer bewust van de achterliggende redenen waarom ze bepaalde houdingen, technieken of werkvormen inzetten. Doordat een deel van de resultaten niet specifiek op dans en beweging gericht is kunnen ook andere vaktherapeuten en behandelaars de resultaten aanwenden.

Uit mijn onderzoek blijkt dat het ontwikkelen van het zelf en het afstemmen op individuele cliënten erg belangrijk is. Daarom raad ik therapeuten in de praktijk aan om ondanks de bezuinigingen deze belangrijke aspecten van de behandeling niet uit het oog te verliezen. Leg de focus minder op eetgedrag en zelfbeeld en meer op de wensen en behoeftes van de cliënten. Aandacht voor de achterliggende problemen en het ontwikkelen van het zelf is belangrijk.

4.3.2 Voor vervolgonderzoek

Voor onderzoekers zoals de studenten die komend jaar afstuderen is het interessant om hun onderzoek te laten volgen op mijn onderzoek. Dit kan zich richten op zowel de doelgroep anorexia binnen dans- en bewegingstherapie als het fenomeen zelfontwikkeling.

De helft van de respondenten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen zijn opgeleid tot dans- en bewegingstherapeut. Ik heb echter niet veel resultaten gekregen hoe er wordt gewerkt met beweging en dans. Respondenten geven aan dat het lastiger is om met dans te werken binnen deze doelgroep. Ik zie hier echter wel mogelijkheden en pluspunten in wanneer ik kijk naar de verkregen resultaten. Uit de resultaten verwacht ik dat met de doelen, thema's en het handelen van de therapeut goed gewerkt kan worden binnen dans- en bewegingsgerichte werkvormen. Dans en beweging kan in het werken aan zelfontwikkeling met deze doelgroep veel meerwaarde hebben. Het is interessant om te onderzoeken hoe een dans- en bewegingsgerichte behandeling, die tot doel zelfontwikkeling heeft, vorm kan krijgen in de praktijk.

Een tweede aspect dat interessant is om te onderzoeken is het thema kracht en gronding. Uit de resultaten bleek dit thema erg belangrijk te zijn doordat het op verschillende manieren ingezet kan worden, het verschillende doelen van de zelfontwikkeling kan helpen bereiken en de bereikte doelen helpt beklijven.

Een derde aspect dat erg belangrijk blijkt te zijn voor cliënten met anorexia is de verbinding tussen voelen en denken. Een vervolgonderzoek zou dieper in kunnen gaan op deze verbinding. Wat deze verbinding betekent, hoe die ontstaat, welke rol die speelt en welke positieve invloed die verbinding heeft op het herstel van de eetstoornis.

Een vierde belangrijk aspect dat uit mijn onderzoek naar voren komt is het perspectief van de cliënten. Om de zelfwaardering, eigen identiteit en autonomie te vergroten wordt er veel gewerkt vanuit de cliënte zelf. Cliënten kunnen zelf vaak goed aangeven wat ze nodig hebben van een therapeut. En hebben een eigen wijsheid over zichzelf die geen enkele therapeut zal hebben. Door verder onderzoek te doen naar het perspectief van cliënten binnen dans- en bewegingstherapie kan de behandeling van anorexiaclienten verbeterd worden.

4.4 Eigen methodisch handelen

In deze paragraaf beschrijf ik welke resultaten ik integreer in mijn eigen werkmodel. Eerst geef ik relevante aspecten uit mijn oude werkmodel weer waarna ik beschrijf welke resultaten ik mee neem en zal inzetten wanneer ik werk met cliënten met anorexia. Als laatste illustreer ik kort hoe ik nu met cliënte Noa uit de probleemstelling zou werken.

4.4.1 Oud werkmodel

Om mijn oude werkmodel ten opzichte van deze doelgroep (en het bevorderen van zelfontwikkeling) te omschrijven heb ik mijn stage-aantekeningen opnieuw doorgenomen. Hierin merkte ik op dat hoe ik heb gewerkt met cliënten deels overeenkomt met de bevonden resultaten uit dit onderzoek.

Bij het werken met cliënten speelde de verbinding tussen het voelen en denken bij mijzelf een grote rol. Van de ene kant werkte ik namelijk erg intuïtief. Ik probeerde de cliënte aan te voelen en hierop in te spelen. Maar de kennis en vaardigheden om in te spelen op de cliënten miste ik nog grotendeels.

Van de andere kant dacht ik vaak veel na en 'zat ik in mijn hoofd'. Nu ik de resultaten van mijn onderzoek erbij pak zie ik dat ik daarmee hetzelfde deed als veel cliënten. Door de resonantie die tussen de cliënte en therapeut speelt verwacht ik dat dit invloed op de cliënten heeft gehad waardoor zij nog meer in hun hoofd kwamen te zitten. Wanneer ik zelf minder nadenk en meer contact met mijn lichaam heb tijdens de sessies is de kans groter dat dit doel ook te bewerkstelligen is bij een cliënte.

Een ander punt in hoe ik heb gewerkt is het blijven stil staan bij gevoelens. Een cliënte heeft een sterke en betrouwbare therapeut naast zich nodig zodat ze durft te gaan voelen. Deze kracht straalde ik waarschijnlijk niet genoeg uit. Cliënten vonden het lastig om hun gevoel toe te laten. Zeker de gevoelens die erg eng waren. Ik bleef op sommige momenten stil staan bij de gevoelens van een cliënte maar werd soms zelf onzeker waardoor heftige gevoelens geen ruimte kregen.

4.4.2 Nieuw werkmodel

Na de analyse en interpretatie van de resultaten heb ik er nog eens over nagedacht. Waarna ik het heb vergeleken met mijn oude werkmodel. Er viel me een aantal belangrijke aspecten op die belangrijk zijn om in mijn methodisch handelen te integreren. Wat ik wil meenemen in de ontwikkeling van mijn nieuwe werkmodel beschrijf ik hieronder. Gecategoriseerd naar de driehoek Cliënt-Therapeut-Medium.

Cliënte

Wat neem ik mee?

- Om tot verandering te kunnen komen is inzicht nodig. Inzicht in eigen gevoelens, gedrag en bewustwording van het lichaam. Om dit te ondersteunen zal ik uitleg geven en cliënten de mogelijkheid bieden om te kunnen exploreren.
- De verbinding tussen voelen (lichaam) en denken (cognitief) is voor de cliënten erg belangrijk.
- Cliënten hebben het contact met het lichaam en gevoelens nodig om tot zelfontwikkeling te kunnen komen. Hieraan gekoppeld is de sfeer dat alles welkom is. Het is voor cliënten belangrijk om te gaan ervaren dat ze er mogen zijn zoals ze zijn. Met hun lichaam en hun gevoelens.
- De motivatie van cliënten gaat tijdens de behandeling op en neer. Soms zullen ze eraan herinnerd moeten worden.
- Zelfontwikkeling beklijft beter bij cliënten wanneer ze oefenen in het dagelijks leven. Wanneer cliënten een deeltijd of ambulante behandeling hebben, hebben ze steun en feedback nodig om het bereikte zelfvertrouwen vast te houden en te versterken.

Therapeutische relatie:

Wat neem ik mee?

- Het vertrouwen tussen cliënten en therapeut is cruciaal in de ontwikkeling van het zelf.
- Het bieden van een veilig kader is belangrijk voor het gevoel van veiligheid voor cliënten. Wanneer ik cliënten de ruimte geef om zelf sturen tijdens de sessies zal ik dit in balans houden met de mate van structuur en houvast die ik geef.
- Daarnaast is ook het hebben van een samen-relatie essentieel in de behandeling van cliënten. Door cliënten ook hun eigen verantwoordelijkheden te geven zal hun autonomie groeien. Het samenwerken zal het gevoel van zelfwaardering bij de cliënten vergroten doordat ik laat blijken hun mening en inbreng te waarderen. Het samenwerken geeft de therapeut inzicht waardoor zij beter kan afstemmen op individuele cliënten.
- Samen met de cliënten betekenis geven aan ervaringen. Wat betekent het voor de cliënte en wat is daarbij belangrijk of verder nodig?
- Bij de kennismaking neem ik de tip mee om een cliënte te vragen wat ik als therapeute net wel of wat ik absoluut niet moet doen. Cliënten weten zelf vaak vrij goed hoe ze het prettig vinden om benaderd te worden. Met deze informatie kan ik vervolgens beter aansluiten bij de individuele cliënte.

Therapeute:

Wat neem ik mee?

- Op de individuele behoeftes en wensen van de cliënten afstemmen. Het afstemmen op de cliënten is erg belangrijk om de zelfontwikkeling te ondersteunen.
- Het lijstje met goede eigenschappen van een therapeute, beschreven door Noordenbos (2007, p. 194) in paragraaf 4.2.5.
- Een stevige en sterke houding als therapeute, waarbij cliënten zich veilig voelen zodat ze hun angsten aan durven gaan.
- Er op vertrouwen dat het proces ontstaat. Wanneer cliënten en therapeut samenwerken in een veilige relatie zal wat belangrijk is voor de cliënte in het moment naar de voorgrond komen.
- Uitstralen dat een cliënte welkom is en er mag zijn zoals ze is. Ik ben er voor haar, veroordeel niet en zal haar steunen in haar proces.
- Doordat cliënten het lastig vinden om bij zichzelf stil te blijven staan is het soms nodig om cliënten te helpen om bij een moeilijk of eng gevoel te blijven. Het is nodig dat de therapie soms confronterend is voor de cliënten.
- Aandacht geven aan hoe opgedane ervaringen beklijven bij cliënten. Door hier extra op te letten kan de bereikte zelfontwikkeling beter blijven hangen bij cliënten.

Medium

Wat neem ik mee?

- De methodes en werkvormen die uit de resultaten van dit onderzoek naar voren komen. Deze lijsten kan ik in mijn rugzak met kennis en ervaring stoppen om eruit te halen wanneer dit passend is voor de cliënten.
- Kracht en gronding. Het werken met dit thema heeft veel positieve invloed op de zelfontwikkeling.
- Het thema ruimte. Dit thema heeft zich ontwikkeld tussen de probleemstelling van dit onderzoek en het verklaren en interpreteren van de resultaten. Ik ben erachter gekomen hoe ik met het thema kan werken. Om zowel observaties te doen als werkvormen om de persoonlijke ruimte te vergroten en de grenzen te voelen een aan te geven. Het blijkt een belangrijk thema waarvan ik nu beter weet hoe ik het kan inzetten om cliënten te helpen hun zelf te ontwikkelen.
- Wanneer ik met cliënten ga kijken naar zichzelf in een spiegel zal ik alle variaties van deze werkvorm nog eens bij de hand nemen. Het kijken naar jezelf in een spiegel heeft volgens mij namelijk de juiste begeleiding nodig om een positief effect ervan te kunnen krijgen. Ik ga proberen om bij deze werkvormen het denken en voelen van de cliënten te integreren. Zodat het niet alleen gaat over wat cliënten denken, maar ook over hoe het echt voelt.

Casus Noa: Het blijkt dus erg belangrijk voor Noa te zijn dat ze het gevoel gaat krijgen dat ze er mag zijn zoals ze is. Dit kan vooral bewerkstelligd worden door de therapeutische houding. De beschreven werkvorm in de casus heeft haar waarschijnlijk bewuster gemaakt van deze gevoelens. Bewustwording is de eerste stap naar verandering. Deze ervaring zou ik kunnen verbinden aan haar eigen gedachten, eerdere ervaringen en wensen. Daarnaast kan ik haar uitleggen of de eventuele groepsgenoten laten aangeven dat ze er hier mag zijn, ook met haar verdriet.

In de verdere behandeling zal ik dus een steunende, accepterende houding aannemen waarbij ik niet oordeel en haar en haar gevoelens verwelkom. Verder zal ik werkvormen aanbieden waarin ze kan oefenen om steeds meer ruimte in te nemen en zichzelf te laten zien. Het thema kracht en gronding zal ik ook inzetten om op zoek te gaan naar haar innerlijke gevoel van kracht.

Door het doen van dit onderzoek kan ik kennis en ervaringen van therapeuten uit de praktijk in mijn eigen rugzak met kennis en ervaringen stoppen. Hierdoor zal ik meer handvaten hebben wanneer ik werk met cliënten en wil handelen naar wat mijn intuïtie mij vertelt.

Ik ben me nu meer bewust van hoe ik ruimte kan geven en hoe ik hun eigenheid kan bemoedigen. Nog belangrijker is dat ik me nu realiseer hoe belangrijk het is dat cliënten meer een zelf ontwikkelen. Ik heb nu meer inzicht in wat deze cliënten nodig hebben: vooral het afstemmen op de individuele behoeftes. Het doen van dit onderzoek heeft niet alleen invloed gehad op hoe ik het werk met vrouwen met anorexia. Van al deze kennis en ervaring zal ik ook veel profijt hebben wanneer ik ga werken met andere doelgroepen. De doelstelling over mijn eigen methodisch handelen heb ik met het doen van dit onderzoek dus behaald.

4.5 Beantwoording deelvragen en vraagstelling

In deze paragraaf zal ik de hoofd- en subvragen beantwoorden waarbij ik een korte samenvatting per vraag geef. Voor de volledige resultaten verwijs ik naar hoofdstuk 3.

Om de vragen te beantwoorden heb ik zes interviews gehouden met bewegingstherapeuten van verschillende disciplines. De resultaten uit deze interviews heb ik geanalyseerd, verklaard en geïnterpreteerd.

Hoofdvraag:

“Welke methodes, werkvormen en interventies zetten dans- en bewegingstherapeuten in om een positieve invloed op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa te bewerkstelligen?”

Deze vraagstelling is meerdelig. Eerst wordt er gevraagd naar de ingezette methodes werkvormen en interventies. Vervolgens wordt er gevraagd naar een positieve invloed op de zelfontwikkeling bij vrouwen met anorexia.

De methodes en werkvormen die genoemd zijn door de respondenten heb ik in hoofdstuk 3 overzichtelijk weergegeven.

De interventies bleken samen te horen met de therapeutische technieken. Waarvan ik de volgende hoofdcategorieën heb geformuleerd:

- Observeren van cliënten en hierop interventies doen;
- Het geven van uitleg en psycho-educatie;
- Het confronteren van cliënten bij vermijding;
- Het uitdagen van cliënten zodat ze nieuwe ervaringen op gaan doen;
- Het verbinden om betekenis te geven aan een ervaring;
- Het inzetten van humor en maken van grapjes;
- Het begrenzen van cliënten voor een veilige situatie;
- Het mee bewegen met een cliënte zodat ze minder bevriest in beweging;
- Het gebruiken van zelfonthulling en het normaliseren om de situatie lichter te maken.

Hoe het proces van zelfontwikkeling loopt heb ik schematisch weergegeven in hoofdstuk 3. Dit schema maakt duidelijk hoe het proces van zelfontwikkeling bij deze doelgroep verloopt en wat een positieve invloed is.

Hiermee kan ik stellen dat alle aspecten van de hoofdvraag beantwoordt zijn.

Deelvragen:

1. *“Hoe wordt het begrip zelfontwikkeling omschreven vanuit de ervaringskennis van verschillende dans- en bewegingstherapeuten werkzaam in de praktijk?”*

Om antwoord te geven op deze vraagstelling heb ik respondenten gevraagd hoe zij zelfontwikkeling en de deelbegrippen zagen. De gegeven definities komen veel met elkaar overeen en vullen elkaar aan. Alleen over de deelbegrippen zelfbeeld en zelfbeleving zijn een aantal kleine verschillen. Hiermee kan ik stellen dat deze deelvraag beantwoordt is.

2. *“Hoe heeft het werken met ruimte binnen dans- en bewegingstherapie een positieve invloed op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa?”*

Het thema ruimte bleek van belang te zijn in het werken aan de zelfontwikkeling. Er wordt gewerkt met het leren voelen en aangeven van grenzen, het vergroten van de ruimte die een cliënte inneemt en de figuurlijke ruimte die cliënten krijgen van de therapeut. Het thema ruimte is echter niet het enige belangrijke thema. Het onderzoek heeft buiten de vraagstelling om nog meer relevante bevindingen aan het licht gebracht. Deze bevindingen zijn zeker het vermelden waard en daarom zal ik deze hier ook kort samenvatten via de indeling Cliënt-Therapeut-Medium.

Cliënt: De cliënten blijken een aantal eigenschappen te hebben die van invloed zijn op de zelfontwikkeling. Hierbij gaat het om angst en weerstand waardoor cliënten het maken van contact met het lichaam en gevoelens vaak vermijden. Daarnaast blijkt de motivatie van de cliënte cruciaal te zijn in de bereidheid om te veranderen. Verder wordt duidelijk dat veel cliënten met anorexia ook een trauma hebben die behandeling nodig heeft om het herstel van anorexia mogelijk te maken.

Hiernaast komt naar voren dat het belangrijk is om de emoties en gevoelens mee te nemen in behandeling. Als laatste blijkt dat het nodig is voor de cliënten om inzicht te verkrijgen in hun relatie met de eetstoornis.

Therapeut: Voor het therapeutisch handelen is nog van belang dat therapeuten zich bewust zijn van hun houding. Belangrijke houdingen die hierbij worden genoemd zijn de steunende, accepterende en soms confronterende houdingen. Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut de cliënte het gevoel geeft dat ze er mag zijn zoals ze is.

De therapeutische relatie tussen cliënte en therapeut blijkt van essentieel belang bij het bevorderen van de zelfontwikkeling. Hierbij is het vertrouwen en veiligheid, het samen werken, het afstemmen op de cliënte en de resonantie tussen cliënte en therapeut belangrijk.

Medium: Een belangrijke aanvulling binnen het medium zijn de thema's humor, spel en plezier, en het ervaren van gronding en kracht.

In dit onderzoek heb ik dus niet alleen de antwoorden op de vraagstellingen gevonden maar is daarnaast nog andere relevante informatie aan het licht gekomen.

Hoofdstuk 5: Samenvatting

De aanleiding om dit onderzoek komt uit mijn stage-ervaringen en de hierbij gevonden literatuur. Tijdens mijn stage heb ik therapie gegeven aan vrouwen met anorexia. Waarbij ik zag dat cliënten vaak een erg lage zelfwaardering hebben waardoor ze geen ruimte in mogen nemen van zichzelf. Deze ervaring heb ik samengelegd met literatuur waaruit de vraagstelling is ontstaan.

In mijn scriptie beantwoord ik de vraag: welke methodes, werkvormen en interventies zetten dans- en bewegingstherapeuten in om een positieve invloed te hebben op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa? Verder ben ik verder ingegaan op de volgende aspecten: begripsomschrijving van zelfontwikkeling, de bijbehorende deelbegrippen en op het thema ruimte en hoe daarmee gewerkt wordt.

Om de vragen te kunnen beantwoorden heb ik een kwalitatieve survey verricht waarbij ik zes bewegingstherapeuten een interview heb afgenomen. Deze interviews heb ik vervolgens getranscribeerd en geanalyseerd volgens de coderingsprincipes: open coderen en axiaal coderen van de Grounded Theory.

De beantwoording van de vraagstellingen geeft aan de ene kant een opsomming van methodes, werkvormen en interventies. Aan de andere kant een schema over het bewerkstelligen van een positieve invloed op de zelfontwikkeling.

Uit de resultaten blijkt echter dat respondenten meer aspecten hebben benoemd die van invloed zijn op de zelfontwikkeling en die niet naar voren komen in de vraagstelling. Deze relevante informatie heb ik meegenomen in het onderzoek en als aanvulling op de vraagstelling geformuleerd.

De resultaten geven een inventarisatie weer van het methodisch handelen van bewegingstherapeuten uit de praktijk.

De resultaten werden vervolgens verklaard en geïnterpreteerd door ze naast belangrijke literatuur te leggen. Hierbij viel op dat de resultaten en de literatuur elkaar veel overlappen en onderbouwen. Onderstaande aspecten bleken van essentieel belang om te zelfontwikkeling te kunnen bevorderen.

Cliënte	Relatie	Therapeute	Medium
▪ Zelfinzicht/bewustwording ▪ Zelfvertrouwen ▪ Verbinding tussen voelen en denken ▪ Contact met lichaam ▪ Motivatie ▪ Oefenen in het dagelijks leven	▪ Vertrouwen ▪ Veiligheid ▪ Samen	▪ Veilig kader bieden ▪ Het proces laten ontstaan ▪ Op de cliënte afstemmen ▪ Acceptatie, alles is welkom ▪ Betekenis geven aan een ervaring	▪ Methodes ▪ Werkvormen ▪ Kracht en gronding ▪ Ruimte

Uit de verkregen en geïnterpreteerde resultaten vloeiden de aanbevelingen voort. Voor (aanstaande) therapeuten in de praktijk is het van belang om af te stemmen op de cliënten, hun eigen methodisch handelen te reflecteren en in de therapie aandacht te geven aan de zelfontwikkeling. Vervolgonderzoek kan zich richten op het thema kracht en gronding, de verbinding tussen denken en voelen of het perspectief van de cliënten.

Alle door dit onderzoek verkregen informatie heb ik vervolgens naast mijn methodisch handelen gelegd. Waarbij ik heb gekeken welke aspecten ik zal gaan inzetten wanneer ik in het werkveld terecht kom.

Als laatste werden de onderzoeksvragen beantwoord waaruit bleek dat alle onderzoeksvragen beantwoord zijn en daarnaast nog meer relevante resultaten verkregen zijn.

Literatuuropgave

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T. & de Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- BTSg (2015). Geraadpleegd op 27 mei 2015 op het World Wide Webb:
<http://www.btsq.nl/infobulletin/Deming%20cirkel.html>
- Encyclo (2014). Eigenwaarde. Geraadpleegd op 3 april 2014 op het World Wide Web:
<http://www.encyclo.nl/begrip/eigenwaarde>
- Encyclo (2014). Autonomie. Geraadpleegd op 3 april 2014 op het World Wide Web:
<http://www.encyclo.nl/begrip/autonomie>
- Hagedoorn, A. (2013). *Space: een verborgen identiteit* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van
<http://www.hbo-kennisbank.nl>
- Landelijk Opleidingsprofiel Creatieve Therapie (2008), Landelijk Opleidings Overleg CT, Heerlen/Leeuwarden/Nijmegen/Utrecht.
- Levy, F. (2005). *Dance Movement Therapy, A Healing Art*. Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, and Dance.
- Menning, T. (2012). *Walk the line* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>
- Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen (2006). *Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Houten: Trimbos-instituut.
- Newlove, J., Dalby, J. (2004). *Laban for all*. New York: Taylor & Francis Group.
- NJI (2015). Geraadpleegd op 30 mei 2015 op het World Wide Webb:
http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_eetstoornissen.pdf
- Noordenbos, G. (2007). *Gids voor herstel van eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Noordenbos, G., Psychologisch Instituut, Universiteit Leiden, Stichting Anorexia en Bulimia Nervosa, & Stichting Human Concern. (z.j.). Richtlijn voor behandeldoelen en herstelcriteria voor eetstoornissen. Geraadpleegd van
https://www.humanconcern.nl/downloadfiles/herstelcriteria_behandelaarsversie.pdf
- Notuleercentrum (2015). Geraadpleegd op 7 januari 2015 op het World Wide Webb:
<http://www.notuleercentrum.nl/transcripties/soorten-auditranscripties>
- NVDAT (2013). Geraadpleegd op 2 april 2014 op het World Wide Web:
<http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>
- Shipton, G. (1999). Anorectic space. *Journal of community & Applied Social Psychology*, 9, 1.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (2014). Geraadpleegd op 20 maart 2014 op het World Wide Web: http://www.sabn.nl/informatie_eetstoornissen/oorzaken_en_factoren.php

Van 't Land, H., Schoemaker, C., & De Ruiter, C. (red.) (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Vieten, J. (2011). *Ik voel dus ik ben* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>

Zerbin, J. (2013). *Funk ya body* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>

Bijlagen

Bijlage A: PICO-vragen en zoekgeschiedenis

Om overzichtelijk en goed te kunnen zoeken in de databanken werd er met PICO-vragen gewerkt. Smeijsters (2008, p. 144) beschrijft dit als volgt.

P: patiënt
I: interventie
C: co-interventie
O: outcome

Hieruit zijn de volgende PICO-vragen opgesteld:

P	Eating disorders, Anorexia, eetstoornissen
I	Dance and Movement Therapy, dans en bewegingstherapie, bewegingstherapie
C	Laban, ruimte, space
O	Autonomy, autonomie

In het schema hierboven staan de trefwoorden die ik heb gebruikt bij het zoeken naar literatuur in de databanken. Met deze trefwoorden en combinaties ervan heb ik via de bibliotheekwebsite van Zuyd Hogeschool in de volgende databanken gezocht en bruikbare artikelen gevonden:

Springer Link:

Shipton, G. (1999). Anorectic space. *Journal of community & Applied Social Psychology*, 9, 1.

HBO-kennisbank

Hagedoorn, A. (2013). *Space: een verborgen identiteit* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>

Menning, T. (2012). *Walk the line* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>

Vieten, J. (2011). *Ik voel dus ik ben* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>

Zerbin, J. (2013). *Funk ya body* (scriptie Zuyd Hogeschool). Opgevraagd van <http://www.hbo-kennisbank.nl>

Geraadpleegde literatuur die al in mijn bezit was:

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Newlove, J., Dalby, J. (2004). *Laban for all*. New York: Taylor & Francis Group.

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

Van 't Land, H., Schoemaker, C., & De Ruiter, C. (red.) (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Geraadpleegde literatuur die ik heb gevonden in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool en de stadbibliotheek van Maastricht:

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T. & de Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Noordenbos, G. (2007). *Gids voor herstel van eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Geraadpleegde literatuur gevonden uit de bronnenlijst van andere bruikbare bronnen:

Noordenbos, G. (1990). *Eetstoornissen: preventie en therapie*. Lochem: De Tijdstroom.

Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen (2006). *Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Houten: Trimbos-instituut.

Geraadpleegde bronnen van het internet:

Encyclo (2014). Eigenwaarde. Geraadpleegd op 3 april 2014 op het World Wide Web: <http://www.encyclo.nl/begrip/eigenwaarde>

Encyclo (2014). Autonomie. Geraadpleegd op 3 april 2014 op het World Wide Web:
<http://www.encyclo.nl/begrip/autonomie>

NJI (2015). Geraadpleegd op 30 mei 2015 op het World Wide Webb:
http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_eetstoornissen.pdf

Noordenbos, G., Psychologisch Instituut, Universiteit Leiden, Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, & Stichting Human Concern. (z.j.). Richtlijn voor behandeldoelen en herstelcriteria voor eetstoornissen. Geraadpleegd van
https://www.humanconcern.nl/downloadfiles/herstelcriteria_behandelaarsversie.pdf

Notuleercentrum (2015). Geraadpleegd op 7 januari 2015 op het World Wide Webb:
<http://www.notuleercentrum.nl/transcripties/soorten-audiotranscripties>

NVDAT (2013). Geraadpleegd op 2 april 2014 op het World Wide Web:
<http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>

SG (2015). Geraadpleegd op 27 mei 2015 op het World Wide Webb:
<http://www.btsg.nl/infobulletin/Deming%20cirkel.html>

Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (2014). Geraadpleegd op 20 maart 2014 op het World Wide Web: http://www.sabn.nl/informatie_eetstoornissen/oorzaken_en_factoren.php

Bijlage B: Introductiebrief

Maastricht, 25 november 2014

Beste Geadresseerde,

Voordat ik een korte uitleg geef over mijn onderzoek zal ik mezelf eerst voorstellen:
Ik ben Chiara van Sonsbeek en ik studeer dans- en bewegingstherapie aan Hogeschool Zuyd in Heerlen. Inmiddels zit ik in het vierde jaar en ben ik aan het afstuderen in de vorm van een afstudeeronderzoek. Mijn onderzoek gaat over de therapeutische dans- en beweging behandeling van (jonge) vrouwen met anorexia nervosa. Met de onderzoeksvraag:

“Welke methodes, werkvormen en interventies zetten dans- en bewegingstherapeuten in om een positieve invloed op de zelfontwikkeling van vrouwen met anorexia nervosa te bewerkstelligen?”

Het doel van dit onderzoek is om de verschillende aspecten van het methodisch handelen ten opzichte van de zelfontwikkeling van cliënten van dans- en bewegingstherapeuten te inventariseren. De resultaten van deze inventarisatie zal ik eind februari omschrijven in een scriptie. Hiermee beoog ik zowel mijn eigen methodisch handelen te verbeteren als eventueel een toegevoegde waarde te hebben voor de behandeling van cliënten met anorexia nervosa.

Voor dit onderzoek ben ik dan ook op zoek naar dans- en bewegingstherapeuten die werken met deze doelgroep. Mijn vraag aan u is of u wilt deelnemen en dit onderzoek wilt helpen door het geven van een interview. Dit interview zal 1 a 1,5 uur van uw tijd in beslag nemen en kan plaatsvinden op de tijd en plek die voor u het beste uitkomt.

Alvast heel erg bedankt, en ik hoop van u te horen,

Met vriendelijke groet,

Chiara van Sonsbeek
T. 06-48627104
E. chiara.vs90@gmail.com

Bijlage C: Lijst van codes

Emoties en gevoelens	(Functie van de) eetstoornis	Ruimte	Zelfontwikkeling begrip
A: Boos, agressieregulatie	A: functie	A: Grenzen	A: Zelfacceptatie
B: zich kunnen uiten, expressie geven aan wat er in je leeft	B: oorzaak, ontstaan	B: Kinesfeer/ persoonlijke ruimte	B: Zelfvertrouwen
C: angst	C: anorexia los laten, rouwproces	C: Ruimte die het lichaam inneemt, innerlijke ruimte, lichaamshouding	C: Eigenwaarde
D: bang om te falen	D: niet volwassen worden	D: Therapieruimte	D: Autonomie
E: gedachtes ontladen	E: koppeling naar eetstoornisgedachten	E: Het belang van ruimte	E: Eigen identiteit
F: aandacht voor emoties en gevoelens	F: specifiek voor ED/AN	F: mentale ruimte	F: Zelfbeeld
G: emoties leren kennen	G: voordelen, nadelen	G: zz laten zien	G:Lichaamsbeeld
H: kunnen genieten / fijn voelen, blij, plezier	H: zonder eetstoornis	H: ruimte in Laban/danselementen	H: zelfrespect
J: verdriet	J: intelligentie	J: jezelf durven neerzetten, laten zien wie je bent	J: zelfbeleving
K: ander gevoel zoals verwarring	K: (borderline-) persoonlijkheidsstoornis, of andere stoornis zoals autisme	K: expansie	K: lichaamsbeleving
L: laagdrempelig	L: hoog sensitief	L: expressie van het lichaam	Z: Overig
M: emoties en gevoelens toestaan, gevoelens zijn welkom, cliënten zijn welkom met wat ze hebben	M: kijken naar de eetstoornis	Z: Overig	
N: contact maken met gevoelens en behoeftes en... , contact met binnenkant	N: relatie met de eetstoornis		
O: opluchting	O: innerlijke conflicten rondom eten		
P: zich zelf laten meenemen in emoties/gevoelens	P: eetbuien		
R: emotie waar het over gaat of secundaire emotie	R: BED		
S: emotieregulatie, jezelf reguleren	Z: Overig		
T: ongelukkig voelen			
U: spanning(sregulatie)			
Z: overig			

Achtergrond respondent	Mijn onderzoek	Niet van belang/wegstrepen	Positieve invloed
A: Opleiding(en)	A: Introductie, vraagstelling	Z: Overig	A: Korte termijn
B: Werkervaring	Z: Overig		B: Lange termijn
C: Werkervaring met de doelgroep			C: Dagelijkse leven
D: instelling			D: Beklijft iets?
E: persoonlijk			E: makkelijk in te zetten
F: Karin geleerd: het maakt niet uit wat je doet, als je maar wat doet			F: Eigen maken, beklijft in het lijf
G: advies			G: momenten die bij blijven
H: respondent specifiek			H: verandering
Z: Overig			J: proberen op te nemen en mee te nemen
			Z: Overig

Cliënt overig	Methodisch handelen	Zelfontwikkeling	Overig
A: Controle	A: Intuïtie	A: Zelfacceptatie / tevreden of blij zijn met zichzelf / (ermee dealen, tot Karin 25)	A: Psycho-educatie, uitleg geven, inzichtelijk maken
B: Motivatie	B: Thema's	B: Zelfvertrouwen	B: Muziek
C: Weerstand	C: Doelen	C: Eigenwaarde / zelfwaardering	C: Fysiek contact / aanraking
D: Groepsdynamica	D: Oefeningen/ werkvormen	D: Autonomie	D: plezier, genieten, even los laten
E: Geremd	E: Interventies	E: Eigen identiteit	E: normaliseren, menselijk maken, luchtigheid, spelenderwijs
F: Veilig voelen, vrij voelen	F: Observaties	F: Zelfbeeld	F: inspelen op dit moment, hier en nu
G: Hechting	G: Effecten	G: Lichaamsbeeld	G: gronding, stevig staan
H: (Eigen)wijs, behoeftes, wensen, verlangens	H: Therapeutische attitudes, technieken	H: Het belang van zelfontwikkeling	H: basis, randvoorwaarden, voorwerk
J: Casus	J: verbale/reflecties, benoemen	J: zelfinzicht, bewust te maken, snappen	J: afstemmen op cliënt
K: stilstaan bij jezelf/ gewaarwording, zichzelf voelen	K: methodes	K: zelfrespect	K: begrijpen
L: vermijding	L: therapeutische relatie	L: zelf regie, cliënt leidt, keuzes (in het leven)	L: teamoverleg, samenwerken, onderdeel van geheel
M: lichaam-geest, denken-voelen	M: kracht	M: eigen verantwoordelijkheid	M: metaforen, visualiseren, inbeelden, symboliek
N: gewicht BMI, fase behandeling	N: humor	N: kern	N: opbouwen
O: contact met lichaam, lichaamssignalen, lichaamsgericht, lichaam leren kennen ,	O: stem	O: groei, ontwikkeling in welk gebied dan ook	O: realiteit terug pakken

lichaamsbewustzijn, wijsheid van het lichaam, stilstaan bij het lichaam			
P: er mogen zijn	P: vertrouwen geven, krijgen, winnen, betrouwbaarheid	P: anderen vertrouwen	P: ontspanning
R: oordeelvrij, acceptatie, geen goed/fout, zonder dat er iets hoeft	R: confronteren, erbij blijven, niet laten ontsnappen	R: vroege kind ontwikkeling	R: onderzoeken, op zoek
S: trauma	S: uitdagen	S: lichaamswaardering	S: het belang en kracht van DBT bij deze doelgroep
T: doen alsof, doen wat jij wil of denken dat moet	T: stimuleren	T: zelfbeleving	T: duidelijkheid
U: contact met anderen, sociale aspect, aanpassen aan, hoe je overkomt	U: (positief) bekrachtigen	U: lichaamsbeleving	U: laagdrempelig
V: gewoon doen, uitproberen, oefenen	V: samen, in overleg	V: wennen aan verandering/ontwikkeling, tijd krijgen, merken van verandering	V: oogcontact
W: laten ontdekken, mogelijkheden bieden om te kunnen veranderen, kader bieden	W: ervaringsdeskundig	W: leren verdragen	W: verbinden, betekenis aan geven
X: ervaren (positief), transformerende ervaring	X: openheid	X: jezelf leren kennen/ontdekken	X: alles geeft informatie
Y: wat er in hoofd afspeelt, rationeel	1: therapeut eigen / specifiek, speerpunt in hoe ik werk	Y: capaciteit en kwaliteit	Y: intimiteit
1: assertiviteit: voor zich zelf opkomen, nee/ stop zeggen	2: non-verbaal	1: iets verdragen/ermee dealen	Z: Overig
2: iets vragen van therapeut	3: materiaal	2: positief over zichzelf denken	
3: perfectionisme	4: spiegel	3: jezelf zijn, contact maken met jezelf	
4: niet kunnen stoppen	5: diepte in gaan, geen trucjes aanleren, oppervlakte, kern aanpakken, niet (alleen) het symptoom, op dieper niveau koppelen		
5: bij zichzelf blijven / zich zelf kwijt raken	6: laten ontstaan, het proces het proces laten	Z: Overig	
6: systeem (vanaf Karin 28)	7: er voor de cliënt zijn en voor containing zorgen		
7: groepsdynamica	8: beeld: schrijven, tekenen enz.		

8: onrust, rust	9: volgen, luisteren, zien		
9: omslag/keerpunt voor cliënt	10: rugzak		Behandeling overig
10: wat wil je lichaam nog uitvoeren? Onafgemaakte beweging	11: creativiteit (vanaf Karin 30)		1: kennismaking
11: eye-opener	12: er zijn voor cliënt (vanaf Karin 31)		2: behandeling / behandelplan
12: beeld van hoe ze willen zijn	13: hoop geven		3: sessie (structuur), ritueel
13: onzekerheid	14: hier-en-nu		4: beleid afspreken
14: voor zichzelf zorgen	15: van binnen naar buiten, niet andersom		5: preventieplan, voorbereiden, terugval
	16: ingang, beginnen vanuit...		6: in groep of individueel
	17: eigen lijf van de therapeut		7: evaluatie
Z: Overig	Z: Overig		50: overig